



Е. А. Бондаренко



Е. Г. Черкесова



Л. Н. Шилова



С. Л. Болотова

Болезнь Бехчета (клинический случай)

Е. А. Бондаренко, ассистент кафедры госпитальной терапии, ВПТ
Е. Г. Черкесова, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии, ВПТ
Л. Н. Шилова, д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии, ВПТ
С. Л. Болотова, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии, ВПТ

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, Волгоград

Behcet's disease (clinical case)

E. A. Bondarenko, E. G. Cherkasova, L. N. Shilova, S. L. Bolotova
 Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Резюме

Болезнь Бехчета (ББ) – это редкий системный васкулит с поражением сосудов разного калибра. ББ диагностируют при наличии рецидивирующего афтозного стоматита, сочетающегося с любыми двумя и более проявлениями – язвами на половых органах, поражением глаз, кожи и положительным тестом патергии, а также при позитивном тесте на антиген HLA-B 51. В статье представлен клинический случай ББ у пациентки, имеющей семейную агрегацию заболевания, с типичным волнообразным течением с последовательным вовлечением в процесс разных органов и систем. Авторами дан анализ развития клинической симптоматики, динамики ведущих синдромов, алгоритма диагностики и тактики лекарственной терапии ББ, которая базировалась на современных отечественных и международных клинических рекомендациях с позиции влияния фармакотерапии на прогноз заболевания.

Ключевые слова: болезнь Бехчета, афтозный стоматит, генитальные язвы, увеит, HLA-B 51.

Summary

Behcet's disease (BD) is a rare systemic vasculitis, which affects vessels of different size. BD is diagnosed in the presence of recurrent aphthous stomatitis, combined with any two or more manifestations: genital ulcers, eye and skin damage and a positive pathergy testing, as well as the presence of positive HLA-B 51 test. This article describes the clinical case of a patient with Behcet's disease, who has a family aggregation of the disease, a wave-like course, and the gradual involvement of new systems. Authors have considered not only the development of clinical symptoms and the dynamics of the course of the disease, but also have presented algorithms for BD diagnosis and treatment in this patient, which had been based on the current national and international clinical recommendations focusing on the therapy impact on the prognosis in BD.

Key words: Behcet's disease, aphthous stomatitis, genital ulcer, uveitis, HLA-B 51.

Введение

Болезнь Бехчета (ББ) является представителем редко встречающегося в европейской популяции системного васкулита, характеризующегося поражением сосудов разного калибра.

Наибольшая частота встречаемости отмечается в тех странах, расположение которых исторически соответствует географии Великого шелкового пути [3]. Наибольший вклад в статистику заболеваемости данной патологии вносят Турция (80–370 случаев на 100 тыс. человек), арабские страны, а также Китай (14 на 100 тыс.), Япония (11,9 на 100 тыс.) [1, 3]. В европейских странах распространенность ББ значительно ниже (2,5 на 100 тыс.) [2, 5]. Данных эпидемиологического анализа распространенности ББ в российской популяции нет. Вместе с тем отдельные клинические случаи ББ в реальной клинической практике продолжают регистрироваться, о чем свидетельствуют публикации отечественных специалистов [1, 4, 5]. Следует подчеркнуть, что в нашей стране ББ отнесена к орфанным заболеваниям, что открывает определенные перспективы для пациентов в плане получения ими качественной специализированной помощи. Как известно, на территории Российской Федерации наибольшая частота распространения ББ отмечена среди уроженцев Северного Кавказа [1, 2, 3].

Согласно действующей современной классификации (принятой на конференции в Чапел-Хилле в 2012 году), ББ относится к группе системных васкулитов без какого-либо преобладания определенного типа сосудов (васкулит с вовлечением в патологический процесс сосудов разного диаметра) [1, 2, 5]. Хулуси Бехчет в 1937 году впервые выделил в отдельную нозологию изучаемое им заболевание и описал клиническую картину, включающую три основных признака: поражение слизистых оболочек ротовой полости в виде афтозного стоматита; язвенные дефекты слизистой оболочки гениталий; поражение глаз с развитием увеита. Вышеописанные симптомы турецкий дерматолог наблюдал в течение длительного периода у трех пациентов [5].

Дебют ББ наблюдается наиболее часто в молодом возрасте, который регистрируется между 20 и 40 годами. С одинаковой частотой данное заболевание отмечается как среди мужчин, так женщин.

Прогноз при ББ зависит от вовлечения в патологический процесс органов и систем. Так, при классическом течении заболевания с поражением слизистых, кожи, суставным синдромом прогноз заболевания более благоприятен. В то же время около 25% пациентов с поражением глаз при отсутствии своевременно начатой адекватной терапии имеют более тяжелое, прогностически неблагоприятное течение, обусловленное в первую очередь развитием осложнений, таких как панувеит, тромбоз сосудов сетчатки, васкулит сосудов сетчатки, приво-

дящих к прогрессивному снижению остроты зрения вплоть до полной потери зрения. В то же время до 10% летальности от ББ обусловлены поражением центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, крупных сосудов, развитием тромбозов. К факторам риска неблагоприятного течения ББ можно отнести ранний дебют в возрасте до 20 лет и принадлежность к мужскому полу [1, 2, 3, 4].

В целом полиморфная клиническая картина, наблюдаемая у больных с ББ, может затруднить своевременную диагностику заболевания и привести к серьезным осложнениям, поэтому считаем необходимым проводить изучение и тщательный разбор каждого клинического случая.

Клинический случай

Нами наблюдалась пациентка 34 лет, обратившаяся в поликлинику с жалобами на болезненные язвы в полости рта, язвы в области гениталий, умеренно болезненные узловые образования в области голеней с явлениями «цветения», также больная отмечала периодически возникающие боли в правом голеностопном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке, длительной ходьбе, боли в лучезапястных суставах ноющего характера, покраснение и боль в глазах, снижение остроты зрения, периодически усиливающийся зуд в области глаз и пораженной кожи.

При сборе анамнеза было установлено, что впервые жалобы на язвы в полости рта, язвы в области гениталий появились в начале декабря 2018 года остро после перенесенного ОРВИ, отмечала повышение температуры до фебрильных цифр ($38,5^{\circ}\text{C}$) в течение 2 суток. Обращалась за медицинской помощью к стоматологу и гинекологу. Проводилось обследование: СРБ – $25,1\text{ мг/л}$, СОЭ по Вестергрену – 26 мм/ч , лейкоцитоз – $11,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз – $383 \times 10^9/\text{л}$, ревматоидный фактор – 6 МЕ/мл (референсные значения: $0\text{--}14\text{ МЕ/мл}$), маркеры гепатита В, С, RPR-тест (сифилис), ВИЧ-инфекция – отрицательные. В серологических тестах выявлены антитела класса IgG к *Herpes simplex I* и II типа в диагностическом титре 14,3 (более 1,1 – антитела обнаружены). В результате обследования пациентке выставлен диагноз «герпетическая инфекция». Была назначена противовирусная терапия (ацикловир по схеме). Через 3 недели отмечалась положительная динамика – регресс язвенных дефектов слизистой оболочки ротовой полости и гениталий. В течение последующих 5 месяцев больная не отмечала рецидивирования язвенных дефектов. Затем, уже в июне 2019 года, появились язвенные дефекты на слизистой оболочке ротовой полости и гениталиях, затуманенное зрение, светобоязнь, боль в правом глазу, затем в левом, слезотечение. Практически в это же время пациентка отметила появление болезненных узловатых образований багрово-фиолетового цвета в области голеней. Больная была консультирована дерматологом, установлен диагноз «узловатая эритема». Проводилось обследование: СРБ – $17,4\text{ мг/л}$, СОЭ по Вестергрену – 48 мм/ч , лейкоцитоз – $9,3 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз – $392 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 118 г/л , эритроциты $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, ревматоидный фактор – 4 МЕ/мл . Эмпирически была назначена антибактериальная терапия (таблетки амоксилав 1000 мг два раза в сутки) – без заметного улучшения. Через 7 дней внутримышечно введен

раствор бетаметазона 1 мл . Через 3 дня отмечался регресс узловатых образований кожи, язв ротовой полости, гениталий. Осмотрена окулистом – выставлен диагноз «передний увеит». Назначено стандартное лечение (глюкокортикостероиды [ГКС], нестероидные противовоспалительные препараты, м-холиноблокатор). Направлена к ревматологу. В связи с улучшением состояния на прием не явилась.

В ноябре 2019 года вновь появились язвенные дефекты на слизистой оболочке ротовой полости и гениталиях, узловатые образования в области голеней, боли в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Обратилась к терапевту, который направил на консультацию к ревматологу.

Из анамнеза жизни известно, что травм, операций не было. Прием гормональных препаратов, аллергические реакции отрицает. Двое родов в срок без патологии. Отец-азербайджанец страдал заболеванием глаз (со слов пациентки, как у нее) и язвами полости рта. Мать-грузинка страдает артериальной гипертензией. Дедушка со стороны отца оперирован по поводу отслойки сетчатки глаза.

При осмотре были выявлены узлы диаметром до 3 см в области передне-боковых поверхностей голеней, соответствующие стадиям созревания и разрешения узловатой эритемы. В полости рта на слизистой оболочке щек были обнаружены афты. В области голеностопных суставов больше справа отмечались отек, ограничение движения; при пальпации коленных, голеностопных и лучезапястных суставов определялась болезненность. В анализах обращало на себя внимание повышение уровня СРБ – $56,5\text{ мг/л}$, СОЭ по Вестергрену – 59 мм/ч , лейкоцитоз – $15,7 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз – $538 \times 10^9/\text{л}$, в остальном показатели крови и мочи – без особенностей. Проведен тест патергии. Через 27 часов на месте укола обнаружены папулы диаметром до $1,7\text{ мм}$. Через 3 дня исчезли. Осмотрена гинекологом, проведены УЗИ органов малого таза, кольпоскопия. Заключение: язвенное поражение гениталий, влажные, шейки матки. Рубцовая деформация шейки матки. Вульвовагинит. Диффузная форма аденомиоза.

На основании данных анамнеза заболевания, жалоб пациентки, типичной клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с классификационными критериями ICBД установлен диагноз «болезнь Бехчета, подострое течение, рецидивирующие язвы гениталий, афтозный стоматит, поражение кожи (узловатая эритема), поражение глаз (передний увеит), суставов (артриты, артралгии)».

Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии, где инициирована базисная терапия колхицином. Пациентке проводилось лечение колхицином в дозе $1,5\text{ мг}$ в сутки в комбинации с противовоспалительной терапией ГКС – метилпреднизолоном 12 мг в сутки. Выписалась с улучшением с рекомендацией продолжить прием метилпреднизолона 4 мг три раза в сутки (12 мг), колхицина 500 мкг три раза в сутки ($1,5\text{ мг}$), рекомендовано постепенное снижение дозы метилпреднизолона при отсутствии клинических и лабораторных признаков активности ББ.

В феврале 2020 года на фоне терапии метилпреднизолоном 4 мг в сутки, колхицином $1,5\text{ мг}$ в сутки пациентка отметила ухудшение состояния – появились боли в суставах, узловатые высыпания на коже, покраснение глаз, светобо-

язнь. В анализах крови СРБ – 17,4 мг/л, СОЭ по Вестергрену – 31 мм/ч, лейкоцитоз – $9,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз – $383 \times 10^9/\text{л}$, в остальном показатели крови и мочи – без особенностей. Была направлена к окулисту. Установлен рецидив переднего увеита. Назначена терапия: метилпреднизолон 16 мг в сутки, азатиоприн 100 мг в сутки. Колхицин был отменен. Через 2 недели при повторном обследовании отмечена положительная динамика. Прием азатиоприна пациентка субъективно переносит хорошо. В анализах крови СРБ – 8,4 мг/л, СОЭ по Вестергрену – 20 мм/ч, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $180 \times 10^9/\text{л}$. Рекомендовано снижение дозы метилпреднизолона до 12 мг в сутки на фоне базисной терапии азатиоприном в прежней дозе.

Обсуждение

Представленный клинический случай является примером редко встречающегося системного васкулита. В настоящее время в диагностике данного заболевания главенствующую роль имеют клинические проявления, в то время как инструментальная и лабораторная диагностика носит лишь дополнительный характер. В 1990 году были предложены критерии, разработанные международной группой по изучению болезни Бехчета (ISBD) [6]. Согласно международным критериям ISBD ББ диагностируется на основании наличия у пациента афтозного стоматита или герпетиформных язв, рецидивирующих не менее трех раз в год, в сочетании с двумя и более симптомами:

- рецидивирующие язвы гениталий – афты или рубчики;
- поражение глаз: передний, задний увеит, васкулит сетчатки;
- поражение кожи (узловатая эритема, акнеподобная сыпь, псевдофолликулит и папулопустулезные высыпания);
- положительный тест патергии.

В клинической практике (с 2014 года) используются модифицированные международные критерии ICBD, согласно которым каждому клиническому проявлению ББ ICBD присваиваются баллы. Так, вовлечение в патологический процесс органа зрения – 2 балла, наличие генитальных язв – 2 балла, афтозного стоматита – 2 балла, кожные проявления – 1 балл, неврологические проявления – 1 балл, сосудистые поражения – 1 балл, положительный тест патергии – 1 балл [5, 7, 11]. Диагноз ББ может быть установлен при сумме баллов 4 и более. Таким образом, в вышеописанном клиническом случае диагноз был выставлен согласно современным критериям диагностики данного заболевания. Сумма баллов у пациентки составила 7 по критериям ICBD.

Необходимо отметить, что существенную роль в развитии болезни Бехчета играет наличие генетической предрасположенности к заболеванию. В настоящее время, согласно данным оригинальных исследований и имеющихся наблюдений, установлена ассоциация ББ с антигеном HLA-B*51, а в некоторых семьях – с HLA-B*52 [1, 2, 5, 9], частота обнаружения указанных антигенов у лиц с ББ варьирует от 40 до 80% [5, 8]. В данном клиническом случае пациентке не проводилось генетическое обследование, однако семейный анамнез (поражение слизистых оболочек и заболевание органов зрения у отца и деда больной) косвенно указывает на семейную агрегацию.

Полисиндромность заболевания является причиной того, что врачам разного профиля приходится встречаться с данной патологией в своей клинической практике. В представленном клиническом наблюдении имел место наиболее часто встречающийся классический дебют заболевания, который сопровождается поражением слизистых оболочек ротовой полости (развитие афтозного стоматита) и слизистых оболочек гениталий (с образованием язвенных дефектов и их последующей рубцовой деформацией). Характерно также волнообразное течение заболевания, которое мы наблюдали у нашей пациентки: чередование периодов обострения с периодами затухания процесса. Поражения кожи у пациентов с ББ весьма многообразны. У трети из них кожные поражения дебютируют картиной узловатой эритемы с локализацией на нижних конечностях, реже на других участках тела [4]. Как правило, наблюдается последующий постепенный регресс с разными стадиями «цветения» в зоне узлов, возможна последующая пигментация. Суставной синдром у пациентов с ББ встречается более чем в половине случаев (от 14 до 70% пациентов) [3, 4]. В большинстве случаев поражение суставов протекает в виде асимметричного неэрозивного артрита без признаков деформации. Наиболее часто отмечается вовлечение в воспалительный процесс суставов нижних конечностей (коленных, голеностопных), а также лучезапястных суставов [3, 4].

Несмотря на наибольшую встречаемость при ББ поражений слизистых оболочек, кожи и суставной синдром, необходимо отметить, что определяющую роль в развитии осложнений и соответственно неблагоприятного прогноза заболевания имеют вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, а также поражение желудочно-кишечного тракта и органов зрения.

У пациентки наблюдалось поражение глаз с развитием переднего увеита. Поражение глаз – одно из основных и наиболее серьезных проявлений ББ, встречается у 50–70% больных, чаще у мужчин. Обычно глаза вовлекаются в патологический процесс через 2–3 года после появления афтозного стоматита и (или) язв гениталий, только у 10–20% пациентов возможен дебют ББ с поражения глаз [4, 10]. Для ББ характерен рецидивирующий двусторонний негранулематозный увеит, чаще задний или генерализованный, реже – передний [4]. К наиболее тяжелому поражению органа зрения, имеющему неблагоприятный прогноз, относится поражение сетчатки и сосудистой оболочки глаза.

Анализ манифестации ББ у наблюдаемой пациентки показал, что заболевание дебютировало с поражения слизистой полости рта по типу афтозного стоматита, язвенного поражения слизистых оболочек гениталий с последующим присоединением поражения глаз (передний увеит) и кожи (узловатая эритема), суставов (асимметричный неэрозивный полиартрит, полиартралгия). Верификация диагноза в соответствии с классификационными критериями ББ явилась основанием для патогенетической терапии с применением системных глюкокортикоидов в комбинации с колхицином согласно клиническим рекомендациям Ассоциации ревматологов России (2018) и международным рекомендациям EULAR (2018) [3, 11]. Согласно действующим документам назначение колхицина рекомендовано пациентам с активной

формой ББ при рецидивирующем течении заболевания, особенно при наличии язв слизистых оболочек, сочетающихся с поражением кожи и суставов. При поражении глаз рассматривается более активная иммуносупрессивная терапия с применением цитостатика азатиоприна.

Как следует из приведенного примера, несмотря на положительный эффект проводимой терапии комбинацией колхицина и метилпреднизолона, у пациентки на фоне снижения дозы глюкокортикоида возникло повторное обострение заболевания, которое сопровождалось не только поражением слизистых оболочек, кожи и суставов, но и поражением глаз: офтальмологом был диагностирован передний увеит. Прогноз при поражении органа зрения зависит от тяжести клинических проявлений и распространенности процесса, а также от частоты обострений и в ряде случаев может приводить к полной потере зрения, что определяет стойкую нетрудоспособность пациентов и утраченное качество жизни. При изолированном переднем увеите и своевременно начатой терапии прогноз может быть благоприятным. Достижение ремиссии ББ, в том числе при рецидивирующем увеите, имеет важное клиническое и прогностическое значение. Общеизвестным является требование по мультидисциплинарному подходу к ведению пациентов с ББ [3]. Лечение этой категории пациентов при наличии увеита должно проводиться совместно с офтальмологами. В соответствии с последними рекомендациями EULAR (2018) лечение в острую фазу проводят высокими дозами глюкокортикостероидов в сочетании с иммуносупрессивной терапией [11]. Наибольшую эффективность в контролируемых рандомизированных исследованиях показали азатиоприн и циклоспорин А. В отдельных исследованиях высокую эффективность продемонстрировали блокаторы ФНО- α (инфликсимаб и адалимумаб) и интерферон- α .

Согласно клиническим рекомендациям пациентке был назначен препарат азатиоприн в комбинации с глюкокортикоидной терапией. Под влиянием данной комбинации получен четкий клинический эффект, подтвержденный положительной динамикой острофазовых показателей. При выписке пациентке рекомендовано продолжить прием азатиоприна с последующим постепенным снижением дозы глюкокортикостероидов.

Заключение

Таким образом, представленное наблюдение отражает типичный маршрут пациента от начала болезни до постановки диагноза, объективные сложности распознавания болезни Бехчета на ранних стадиях. Необходимо отметить, что в дебюте заболевания моносиндромность или неспецифическая симптоматика могут протекать под маской других заболеваний и требуют проведения непростого алгоритма дифференциальной диагностики. При ББ отсутствует специфическая лабораторная и инструментальная диагностика, не всегда имеется возможность проведения генетического анализа на наличие антигена HLA-B5/51. Для своевременной и правильной диагностики

ББ специалистам необходимо опираться на классификационные критерии ICBD, что указано в действующих клинических рекомендациях APP (2018) и международных рекомендациях EULAR (2018). Прогноз при ББ зависит от сроков постановки диагноза и инициации рациональной болезни-модифицирующей терапии. Поздняя диагностика заболевания и несвоевременная терапия повышают риск генерализации иммуновоспалительного процесса, что приводит к развитию тяжелых осложнений, значительно ухудшает прогноз заболевания. В связи с полиморфностью клинических проявлений ББ врачи разных специальностей могут заподозрить эту форму системного васкулита. В большинстве случаев ведение пациентов с ББ требует привлечения широкого круга специалистов (окулистов, дерматологов, неврологов, пульмонологов, гинекологов), что позволяет рассматривать ББ как мультидисциплинарную проблему. Что касается наблюдаемого нами клинического случая, то верификация ББ и достигнутый клинический ответ на терапию, проводимую согласно современным клиническим рекомендациям, позволяют сделать более оптимистический прогноз в плане стабилизации состояния, достижения стойкой лекарственной ремиссии и возможности предупреждения тяжелых инвалидизирующих осложнений этого заболевания.

Список литературы

1. Алекберова З. С., Лисицына Т. А. Болезнь Бехчета. В кн.: Насонов Е. Л., ред. Ревматология. Российские клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. С. 210–28. [Alekberova ZS, Lisitsyna TA. Behcet's disease. In: Nasonov EL, editor. Revmatologiya: Klinicheskie rekomendatsii (Rheumatology. Russian clinical guidelines). Moscow: GEOTAR-Media; 2017. P. 210–28 (In Russ.)]
2. Алекберова З. С. Болезнь Бехчета: Монография. Москва; 2007. 86 с. [Alekberova ZS. Bolezni' Bekhcheta: Monografiya [Behcet's Disease: Monograph. Moscow; 2007. 86 p. (In Russ.)]
3. Клинические рекомендации по болезни Бехчета МЗ РФ. 2018. ID: KP255. Доступно по ссылке: <http://cr.rosminzdrav.ru>. [Klinicheskie rekomendatsii po bolezni Bekhcheta MZ RF (Clinical recommendations for Behcet's disease of the Ministry of Health of the Russian Federation). 2018. ID: KR255. Available from: <http://cr.rosminzdrav.ru> (In Russ.)]
4. Лисицына Т. А., Алекберова З. С., Голыева Р. Г., Давыдова Г. А. Болезнь Бехчета: клинические проявления, современные принципы диагностики и терапии. Научно-практическая ревматология. 2019; 57 (5): 553–563. [Lisitsyna TA, Alekberova ZS, Goloeva RG, Davydova GA. Behcet's disease: clinical manifestations, current principles of diagnosis and therapy. Nauchno Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2019; 57 (5): 553–563 (In Russ.)]
5. С. В. Моисеев, Н. М. Буланов, Е. А. Каровайкина, Н. Р. Носова, Е. А. Макаров, А. С. Зыкова, Е. И. Кузнецова, О. О. Бородин, Н. В. Никифорова, П. И. Новиков. Современные представления о болезни Бехчета. Клини. фармакол. тер., 2018, 27 (3), 58–66. Clinical Pharmacology and Therapy. 2018.3.pdf
6. Criteria for diagnosis of Behcet's disease. International Study Group for Behcet's disease. Lancet. 1990. Vol. 335: 1078–1080.
7. Davatchi F, Assaad-Khalil S, Calamia KT, et al. The International Criteria for Behcet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014; 28 (3): 338–47.
8. Алекберова З. С., Измаилова Ф. И., Гусева И. А. и др. HLA-B5/51-генотип: связь с клиническими проявлениями болезни Бехчета. Научно-практическая ревматология 2015; 54 (4): 367–70.
9. Arber N, Klein T, Meiner Z, et al. Close association of HLA-B51 and B52 in Israeli patients with Behcet's syndrome. Ann Rheum Dis. 1991; 50 (6): 351–3.
10. Zeidan MJ, Saadoun D, Garrido M, et al. Behcet's disease physiopathology: a contemporary review. Autoimmun Highlights. 2016 Dec; 7 (1): 4. DOI: 10.1007/s13317-016-0074-1.
11. Лисицына Т. А., Алекберова З. С., Голыева Р. Г. Новые рекомендации по ведению пациентов с болезнью Бехчета (EULAR, 2018). Научно-практическая ревматология. 2019; 57 (2): 133–41. [Lisitsyna TA, Alekberova ZS, Goloeva RG. New guidelines for the management of patients with Behcet's disease/syndrome (EULAR, 2018). Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya Rheumatology Science and Practice. 2019; 57 (2): 133–41 (In Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2019-133-141.
12. International Team for the Revision of the International Criteria for Behcet's Disease (ITR-ICBD). The International Criteria for Behcet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014; 28 (3): 338–47.

Для цитирования: Бондаренко, Е. А. Черкесова Е. Г., Шилова Л. Н., Болотова С. Л. Болезнь Бехчета (клинический случай). Медицинский алфавит. 2020; (31): 34–37. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-31-34-37>.

For citation: Bondarenko E. A., Cherkesova E. G., Shilova L. N., Bolotova S. L. Behcet's disease (clinical case). Medical alphabet. 2020; (31): 34–37. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-31-34-37>.