

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНДРОМА ГРИНШПАНА-ПОТЕКАЕВА

Камилов Х. П.

Ибрагимова М. Х.

Адилходжаева З. Х.

Абдувахобова Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Красный плоский лишай (КПЛ) полости рта может ассоциироваться с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Сочетание эрозивного КПЛ полости рта с сахарным диабетом и артериальной гипертензией известно как «синдром Гриншпана—Потекаева». Данное состояние впервые описано в середине 60-х годов прошлого столетия южно-африканским врачом D. Grinspan и отечественным ученым, проф. Н.С. Потекаевым [Ю.В. Молочкова, В.А. Молочков, Д.С. Изварина. Клиническая дерматология и венерология 6, 2017.С.50-53]. Чаще встречается у женщин старшего и пожилого возраста. Ряд авторов описали случаи паранеопластического синдрома Гриншпана—Потекаева, а также развитие его в связи с приемом антидиабетических и гипотензивных препаратов.

Клинический случай

Больная К., 67 лет предъявляет жалобы на боль и ощущение жжения в области слизистой оболочки щек при приеме горячей и острой пищи. Из анамнеза стало известно, что больная более 3 лет страдает сахарным диабетом тип.2, часто сопровождающийся повышением артериального давления.

Объективный осмотр: кожные покровы чистые, симметрично, на слизистой оболочке обеих щек по линии смыкания зубов и в ретромолярной области определяются участки отека и гиперемии, наличие папул белого цвета, сливающиеся в ажурный рисунок – сетка Уикхема. На правой щеке в центре гиперемии и отека отмечается яркий эрозивно-язвенный участок округлой формы, покрытый фибринозным налетом.

Площадь воспаления составляет 2,58 см².

Площадь эрозий составляет 0,16 см².



Консультация терапевта. Поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений. Рекомендована замена **эналаприл на** телмисартан по 40 мг в сутки.

Консультация эндокринолога. Поставлен диагноз сахарный диабет 2 го типа. Гистологическое исследование со слизистой щеки: биоптат представлен фрагментом слизистой оболочки, покрытой многослойным плоским неороговевающим эпителием. На слизистой оболочке щеки определяется язва, дно которого представлено собственной пластинкой с фиброзом и лимфогистиоцитарной инфильтрацией.

Заключение: Учитывая наличие 3 симптомов (эрозивно-язвенная форма КПЛ, сахарный диабет и гипертоническая болезнь поставлен диагноз: синдром Гриншпана-Потекаева.

До лечения проводили профессиональную санацию полости рта. Проводили местное лечение состоявшее из антисептической обработки, аппликации анестетиков и ферментов, после были назначены аппликации 0,05% спрея активизированного кремнистого раствора (тоник «Fatiderm-plus»), Предварительно до аппликации Холисал геля тоник Fatiderm-plus распыляли на слизистую оболочку полости рта для образования наилучшего контакта и уменьшения поверхностного натяжения. Общее лечение состояло из проводили внутривенного лазерного облучения крови аппаратом «Лазник - Влок» с маточными лазерными излучающими головками.

Клинически через 2-3 дня после начала лечения (1 день наблюдения) у больных с синдромом Гриншпана-Потекаева наступило начало эпителизации очага, где диаметр в 1,4 раза уменьшился, чем исходные данные ($p<0,001$). Через 7-10 дней (2 день наблюдения) диаметр очага снизился в 1,9 раза, по сравнению с исходными данные ($p<0,001$); через 12-14 дней (3 день наблюдения) диаметра очага снизился в 2,5 раза ($p<0,001$), боли не было. Эффективность лечения оценивали по срокам ремиссии. Так, ремиссия удлинилась в 1,98 раза ($p<0,001$).

Таким образом, больная с синдромом Гриншпана-Потекаева, получила местное и общее лечение, после которого наступила эпителизации эрозивно-язвенных поражений в полости рта, ремиссия удлинилась в 1,98 раз ($p<0,001$).

