

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.8.4.008>



Зиновенко О.Г.¹ ✉, Подгурский К.Н.², Бобкова И.Л.¹, Анисов А.Ю.³

¹ Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

² Стоматология «ДЕКО плюс», Кобрин, Беларусь

³ Стоматология «Тимоли», Минск, Беларусь

Проявление синдрома Гриншпана – Потеекаева в ротовой полости

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Зиновенко О.Г. – идея, анализ и интерпретация полученных данных, подготовка первичного текста, набор клинического материала; Подгурский К.Н. – набор клинического материала, фото к тексту; Бобкова И.Л. – оформление работы, редактирование; Анисов А.Ю. – набор клинического материала.

Подана: 12.08.2024

Принята: 02.12.2024

Контакты: olia.zinovenko@yandex.by

Резюме

Введение. Синдром Гриншпана – Потеекаева включает такие соматические заболевания, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь и эрозивно-язвенная форма плоского лишая.

Цель. Повышение эффективности диагностики и терапии эрозивно-язвенной формы плоского лишая с учетом выявления связи с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (синдром Гриншпана – Потеекаева).

Материалы и методы. На консультацию на кафедру терапевтической стоматологии обратилась пациентка Д., 1965 года рождения, с жалобами на наличие образований, крайне болезненных в области щек и десен, чувство стянутости, шероховатости, сухости во рту. Со слов пациентки, неоднократно протезировалась в течение последних 3 лет. Частичными съемными протезами пользуется редко по причине периодического обострения процесса в ротовой полости. Из опроса выяснено, что около 5 лет назад врачами-дерматовенерологами был выставлен диагноз «красный плоский лишай». Лечение пациентка проходила амбулаторно однократно. Соматический анамнез: периодически принимает гипотензивные препараты. На момент обращения при внешнем осмотре высыпаний на коже не выявлено. В ротовой полости в ретромолярной области, а также по линии смыкания зубов на фоне отечной, гиперемизированной слизистой щек отмечается билатеральный симметричный сетчатый рисунок, образованный мелкими папулами, в петлях которого выявляются эрозии, как мелкие, так и сливающиеся в полигональную эрозированную поверхность, покрытую фибринозным налетом. В области маргинальной десны в проекции зубов 2.3, 2.6 – очаги гиперкератоза. На слизистой беззубого альвеолярного отростка нижней челюсти слева белесоватые сплошные очаги ороговения, несколько возвышающиеся над поверхностью.

Результаты. По результатам проведенного опроса и на основании клинического визуально-инструментального обследования был выставлен предварительный диагноз L43.9 Лишай красный плоский неуточненный. Согласно клинко-морфологической классификации выделено сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая с гиперкератотической в ротовой полости.

С целью верификации диагноза было проведено цитологическое исследование, взятие материала из ротовой полости для проведения бактериологического исследования, общий и биохимический анализ крови.

На основании жалоб, анамнестических данных, объективного обследования и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, а также с учетом наличия эрозивно-язвенной формы плоского лишая в ротовой полости, показателей артериального давления (160/110) и лабораторных показателей (уровень глюкозы – 9,47 ммоль/л, гликозилированного гемоглобина – 8,6%) был выявлен синдром Гриншпана – Потеекаева.

Разработан алгоритм персонализированной местной терапии очагов поражения в ротовой полости. Общее лечение гипертонии и сахарного диабета пациентка проходила у врача общей практики и врача-эндокринолога.

Эпителизация очагов поражения отмечалась через 3 недели после начала комплексного лечения. На повторный консультативный прием пациентка пришла спустя 2 месяца после наступления выраженного клинического эффекта. Принимает на постоянной основе гипотензивные и антидиабетические препараты. Отмечает улучшение состояния слизистой в ротовой полости, сохранение незначительной болевой реакции при употреблении в пищу кислых продуктов питания. Пациентка пользуется частичными съемными протезами на постоянной основе. При осмотре в ротовой полости отмечается отсутствие эрозивных поражений на слизистой щек и в ретромолярной области на фоне симметричного сетчатого рисунка, образованного мелкими папулами.

Заключение. В результате обращения пациентки на консультацию на кафедру терапевтической стоматологии и совместного диагностического поиска с врачами общей практики был выявлен синдром Гриншпана – Потеекаева, включающий триаду признаков: эрозивно-язвенную форму плоского лишая в ротовой полости, гипертонию и инсулиннезависимый сахарный диабет. Проведенное комплексное персонализированное общее и местное лечение пациентки врачом общей практики, врачом-эндокринологом, врачом – стоматологом-терапевтом, врачом – стоматологом-ортопедом позволило добиться эпителизации элементов поражения на слизистой щек и в ретромолярной области. Пациентка взята на диспансерный учет врачом – стоматологом-терапевтом по месту жительства.

Ключевые слова: синдром Гриншпана – Потеекаева, эрозивно-язвенная форма плоского лишая

Zinovenko O.¹✉, Podgursky K.², Bobkova I.¹, Anisov A.³

¹ Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² DECO plus Dentistry, Kobrin, Belarus

³ Timoli Dentistry, Minsk, Belarus

Manifestation of the Grinspan – Potekaev Syndrome in the Oral Cavity

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Zinovenko O. – idea, analysis and interpretation of the obtained data, preparation of the primary text, collection of clinical material; Podgursky K. – collection of clinical material, photos for the text; Bobkova I. – design of the work, editing; Anisov A. – collection of clinical material.

Submitted: 12.08.2024

Accepted: 02.12.2024

Contacts: olia.zinovenko@yandex.by

Abstract

Introduction. Grinspan – Potekaev syndrome includes such somatic diseases as diabetes mellitus, hypertension and erosive ulcerative form of lichen planus.

Purpose. To increase the effectiveness of diagnosis and therapy of erosive ulcerative form of lichen planus, taking into account the identification of a link with diabetes mellitus and hypertension (Grinspan – Potekaev syndrome).

Materials and methods. Patient D., born in 1965, applied for a consultation at the Department of Therapeutic Dentistry, complaining of the presence of "formations" extremely painful in the cheeks and gums, a feeling of tightness, roughness, dry mouth. According to the patient, she has repeatedly undergone orthopedic treatment over the past 3 years. Partial removable dentures are rarely used due to periodic exacerbation of the process in the oral cavity. It was found out from the survey that about 5 years ago, dermatologist diagnosed "lichen planus". The patient was treated on an outpatient basis once. Somatic history: periodically takes antihypertensive drugs. At the time of treatment, no skin rashes were detected during external examination. In the oral cavity in the retromolar region, as well as along the line of closure of the teeth against the background of edematous, hyperemic cheek mucosa, a bilateral symmetrical mesh pattern formed by small papules is noted, in the loops of which erosions are detected, both small and merging into a polygonal eroded surface covered with fibrinous plaque. In the area of the marginal gum in the projection of the teeth 2.3, 2.6 foci of hyperkeratosis. On the mucous membrane of the toothless alveolar process of the lower jaw, whitish continuous foci of keratinization on the left, slightly rising above the surface.

Results. According to the results of the survey and on the basis of a clinical visual and instrumental examination, a preliminary diagnosis of L43.9 Lichen planus, unspecified, was made. According to the clinical and morphological classification, a combination of erosive and ulcerative form of lichen planus with hyperkeratotic in the oral cavity was identified.

In order to verify the diagnosis, cytological examination, taking material from the oral cavity for bacteriological examination, general and biochemical blood analysis were carried out.

Based on complaints, anamnestic data, objective examination and differential diagnosis with other diseases, as well as taking into account the presence of erosive and ulcerative form of lichen planus in the oral cavity, blood pressure (160/110) and laboratory parameters (glucose level – 9.47 mmol/l, glycosylated hemoglobin – 8.6%), the Grinspan – Potekaev syndrome was identified.

An algorithm for personalized local therapy of lesions in the oral cavity has been developed. The patient underwent general treatment of hypertension and diabetes mellitus with a general practitioner and an endocrinologist.

Epithelialization of lesions was observed 3 weeks after the start of complex treatment. The patient came to a second consultation 2 months after the onset of a pronounced clinical effect. He takes antihypertensive and antidiabetic drugs on a regular basis. It notes an improvement in the condition of the mucous membrane in the oral cavity, the preservation of a slight pain reaction when eating acidic foods. The patient uses partial removable dentures on a permanent basis. When examined in the oral cavity, there is no erosive lesions on the mucous membrane of the cheeks and in the retromolar region against the background of a symmetrical mesh pattern formed by small papules.

Conclusion. As a result of the patient's request for consultation at the Department of Therapeutic Dentistry and a joint diagnostic search with general practitioners, the Grinspan – Potekaev syndrome was revealed, including a triad of signs such as erosive ulcerative form of lichen planus in the oral cavity, hypertension and insulin-independent diabetes mellitus. The comprehensive personalized general and local treatment of the patient by a general practitioner, an endocrinologist, a dental therapist, and an orthopedic dentist made it possible to achieve epithelialization of the lesion elements on the cheek mucosa and in the retromolar region. The patient was registered at the dispensary by a dentist-therapist at the place of residence.

Keywords: Grinspan – Potekaev syndrome, erosive and ulcerative form of lichen planus

■ ВВЕДЕНИЕ

Синдром Гриншпана – Потеекаева включает такие соматические заболевания, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь и эрозивно-язвенная форма плоского лишая. Данное состояние впервые описано в 60-х гг. прошлого столетия южноафриканским врачом D. Grinspan и российским ученым, профессором Н.С. Потеекаевым (D. Grinspan, 1963; Н.С. Потеекаев, 1964) [3, 4]. Многие исследователи в своих трудах отмечают связь плоского лишая, а именно эрозивно-язвенной формы, с сосудистой и эндокринной патологиями. По мнению ряда авторов, синдром Гриншпана – Потеекаева чаще встречается у женщин старшего и пожилого возраста [2–4].

Некоторые ученые описывают синдром Гриншпана – Потеекаева как ятрогенно-индуцированный синдром в ответ на лекарственную терапию сахарного диабета и артериальной гипертензии [3]. Другие считают сочетание сахарного диабета и гипертонической болезни диэнцефальной патологией, представляющей собой порочный круг: гипертензия в сосудистой системе поджелудочной железы способствует развитию сахарного диабета, который, в свою очередь, усугубляет корково-диэнцефальные расстройства, лежащие в основе гипертонической болезни [1, 4]. Возможно, именно эти диэнцефальные расстройства являются триггерами в развитии плоского

лишая в ротовой полости и, как показывает практика, без коррекции сахарного диабета и контроля над гипертонической болезнью процесс склонен к постоянному рецидивированию и носит торпидный к традиционной терапии характер [3].

Сахарный диабет, как правило, предшествует дерматозу, являясь благоприятной платформой для развития кожных проявлений, возникающих на фоне гипергликемии и гиперглюкодермии. Течение красного плоского лишая при данном синдроме прямо зависит от тяжести гипертонической болезни и сахарного диабета [6].

Ряд авторов описали случаи паранеопластического синдрома Гриншпана – Потеева, а также развитие его в связи с приемом антидиабетических и гипотензивных препаратов [2].

Клинически данный синдром характеризуется эрозивными очагами на слизистой рта, которые могут сочетаться с типичными и атипичными проявлениями этого дерматоза на коже и/или поражением ногтевых пластин [5, 6].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности диагностики и терапии эрозивно-язвенной формы плоского лишая с учетом выявления связи с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (синдром Гриншпана – Потеева).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На консультацию на кафедру терапевтической стоматологии обратилась пациентка Д., 1965 года рождения, с жалобами на наличие образований, крайне болезненных в области щек и десен, чувство стянутости, шероховатости, сухости во рту. Со слов пациентки, неоднократно протезировалась в течение последних 3 лет. Частичными съемными протезами пользуется редко по причине периодического обострения процесса в ротовой полости. Сменила несколько стоматологических учреждений, однако полученным результатом не удовлетворена.

Из опроса выяснено, что около 5 лет назад врачами-дерматовенерологами был выставлен диагноз «красный плоский лишай». Лечение пациентка проходила амбулаторно однократно.

Соматический анамнез: со слов пациентки, периодически принимает гипотензивные препараты.

На момент обращения при внешнем осмотре высыпаний на коже не выявлено. Лицо симметрично. Регионарные лимфоузлы (затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, шейные, надключичные) не пальпируются. Движения височно-нижнечелюстного сустава в полном объеме, плавные, без щелчков. Высота нижней трети лица снижена. В уголках губ определяются заеды. Красная кайма губ сухая, бледно-розовая.

В ротовой полости в ретромолярной области, а также по линии смыкания зубов на фоне отечной, гиперемизированной слизистой щек отмечается билатеральный симметричный сетчатый рисунок, образованный мелкими папулами, в петлях которого выявляются эрозии, как мелкие, так и сливающиеся в полигональную эрозированную поверхность, покрытую фибринозным налетом (рис. 1). В области маргинальной десны в проекции зубов 2.3, 2.6 очаги гиперкератоза. На слизистой беззубого альвеолярного отростка нижней челюсти слева белесоватые сплошные очаги ороговения, несколько возвышающиеся над поверхностью.



Рис. 1. Состояние слизистой щеки слева на момент обращения
Fig. 1. The condition of the cheek mucosa at the time of treatment

У пациентки двусторонние концевые дефекты на нижней челюсти (I класс по Кеннеди). Металлокерамические коронки на зубах 3.4, 4.3, 4.4. На верхней челюсти концевой дефект справа и включенный дефект слева. Металлокерамические коронки на зубах 1.4, 1.3, 2.4, 2.6. Изготовлены акриловые и нейлоновые частичные съемные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

Анализ крови на РДТК: Co – 11%; Cr – 10%; Ni – 10%; Ti – 9%; АКР – 10%.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного опроса и на основании клинического визуально-инструментального обследования с визуализацией и описанием специфических элементов был выставлен предварительный диагноз L43.9 Лишай красный плоский неуточненный. Согласно клинико-морфологической классификации Боровского Е.В., Машкиллейсона А.Л. (1984), выделено сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая с гиперкератотической в ротовой полости.

С целью верификации диагноза было проведено цитологическое исследование в стоматологическом отделении городской поликлиники по месту жительства со слизистой оболочки щеки. Полученный результат – микрослизь, клетки многослойного плоского эпителия – явился недостаточно информативным.

Осуществлено взятие материала из ротовой полости для проведения бактериологического исследования. Результаты микробиологического исследования: грибы рода *Candida* в титрах 10^2 КОЕ/мл, что не является показанием для проведения антимикотической терапии.

В соответствии с персонализированным планом верификации диагноза и подбора симптоматической терапии дано направление на общий и биохимический анализ крови. Общий анализ крови: гемоглобин 147 г/л; эритроциты – $4,75 \cdot 10^{12}$ клеток/л;

гематокрит – 45,4%; тромбоциты – 142 (10^9 клеток/л); моноциты – 13,1% (данные показатели несколько повышены), все остальные – в пределах нормы.

Биохимический анализ крови: мочевина – 8,3 ммоль/л; креатинин – 56,85 мкмоль/л; холестерин общий – 6,97 ммоль/л; ЛПВГ – 1,56 ммоль/л; ЛПНП – 4,8 ммоль/л; коэффициент атерогенности – 3,78 Ед; триглицериды – 2,26 ммоль/л; билирубин общий – 10,6 мкмоль/л; АсАТ – 16,3 Ед/л; АлАТ – 25,8 Ед/л; глюкоза (сыворотка) – 9,47 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин – 8,6%.

Показатели артериального давления на момент осмотра – 160/110 мм ртутного столба.

На основании показателей артериального давления и биохимического анализа крови было сделано предположение о наличии гипертонической болезни и сахарного диабета. Пациентке настоятельно рекомендовано обращение к врачу-эндокринологу, врачу общей практики с целью диагностики и терапии данных заболеваний.

На основании жалоб, анамнестических данных, объективного обследования и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, а также с учетом наличия эрозивно-язвенной формы плоского лишая в ротовой полости, показателей артериального давления (160/110) и лабораторных показателей (уровень глюкозы – 9,47 ммоль/л, гликозилированного гемоглобина – 8,6%) был поставлен диагноз «синдром Гриншпана – Потекаева».

Проведена местная терапия в ротовой полости сотрудниками кафедры совместно с врачом-дерматовенерологом. Алгоритм персонализированной местной терапии включал профилактику присоединения вторичной инфекции путем антисептической обработки элементов поражения. Далее проводили аппликации кортикостероидной мазью триамцинолон 1 мг/г (умеренный топический глюкокортикоид). Аппликации осуществляли на эрозивные поражения тонким слоем 1–2 раза в день (10–15 г мази в сутки), 5 процедур (согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с лейкоплакией» – стероидное противовоспалительное лекарственное средство, приложение 7).

С появлением признаков эпителизации применяли аппликации с кератопластиками (метилурациловая мазь 10%). Мазь наносили на пораженные участки слизистой рта и десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин, 10 и более процедур (согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с лейкоплакией» – лекарственные средства, способствующие нормальной регенерации, приложение 3).

Также на данном этапе применяли мазь Репарэф-2 на основе биена путем аппликаций на пораженные участки слизистой оболочки рта. Длительность аппликации – 5–7 мин, кратность – 2 раза в день, длительность терапии – 5–10 дней (до завершения регенерации).

Общее лечение гипертонии и сахарного диабета пациентка осуществляла у врача общей практики и врача-эндокринолога. Нами было рекомендовано дополнительно принимать антигистаминные препараты в течение 10 дней (десенсибилизирующая терапия) и витаминный комплекс (общеукрепляющая терапия).

Эпителизация очагов поражения отмечалась через 3 недели после начала комплексного лечения. На повторный консультативный прием пациентка пришла спустя 2 месяца после наступления выраженного клинического эффекта. Были выставлены следующие диагнозы (выписка из медицинских документов): инсулиннезависимый

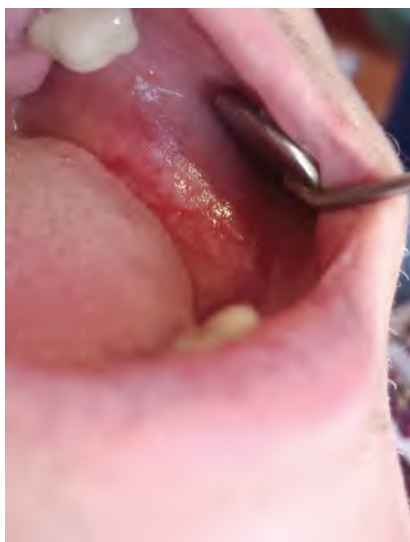


Рис. 2. Состояние слизистой щеки слева после проведенного лечения
Fig. 2. The condition of the left cheek mucosa after the treatment

сахарный диабет (E11); атеросклеротическая болезнь сердца с артериальной гипертензией (I25.1A); лишай красный плоский (L43); частичная адентия (K00.00).

Со слов пациентки, принимает на постоянной основе гипотензивные и антидиабетические препараты. Отмечает улучшение состояния слизистой в ротовой полости, сохранение незначительной болевой реакции при употреблении в пищу кислых продуктов питания. Пациентка стала пользоваться нейлоновыми частичными съемными протезами на постоянной основе. Однако отмечает, что продолжает аппликации средств, способствующих регенерации. При осмотре в ротовой полости отмечается отсутствие эрозивных поражений на слизистой щек и в ретромюлярной области на фоне симметричного сетчатого рисунка, образованного мелкими папулами (рис. 2).

Сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии проведен подбор индивидуальных средств гигиены, коррекция гигиенических мероприятий, а именно индивидуальной чистки зубов, межзубных промежутков, спинки языка, зубных протезов. Рекомендовано регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта не реже 2 раз в год; диетические назначения (ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи).

Пациентка мотивирована и обучена врачом – стоматологом-ортопедом правилам ухода за съемными зубными протезами, включающими ополаскивание водой после каждого приема пищи, чистку протезов специальной щеткой и пастой, обработку съемных зубных протезов специальными дезинфицирующими средствами с высокой антимикробной активностью. Для предотвращения возникновения натертостей, улучшения фиксации и повышения жевательной эффективности рекомендовано использовать фиксирующий крем.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате обращения пациентки на консультацию на кафедру терапевтической стоматологии и совместного диагностического поиска с врачами общей практики был выявлен синдром Гриншпана – Потекаева, включающий триаду признаков: эрозивно-язвенную форму плоского лишая в ротовой полости, гипертонию и инсулиннезависимый сахарный диабет. Проведенное комплексное персонализированное общее и местное лечение пациентки врачом общей практики, врачом-эндокринологом, врачом – стоматологом-терапевтом, врачом – стоматологом-ортопедом позволило добиться эпителизации элементов поражения на слизистой щек и в ретромолярной области. Пациентка взята на диспансерный учет врачом – стоматологом-терапевтом по месту жительства.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bayahmetova A.A., Valov K.M. Grinspan-Potekaev syndrome in the clinic of therapeutic dentistry. *Vestnik KazNMU*. 2019;(3):482–484. (in Russian)
2. Kamilov H.P., et al. Clinical picture of Grinspan-Potekaev syndrome. E-Global Congress. Hosted online from Dubai, U. A. E., E-Conference (29th February 2024). P. 5–6.
3. Potekaev N.N., et al. Red squamous lichen planus as part of syndromes: cases from practice. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology / Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2016;(3):17–23. (in Russian)
4. Molochkova Yu.V., Molochkov V.A., Izvarina D.S. Grinspan-Potekaev syndrome. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology / Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2017;(6):50–53. (in Russian)
5. Molochkova Yu.V., Molochkov V.A., Izvarina D.S. Red squamous lichen planus: questions of epidemiology and clinical and morphological diagnostics. *ARS medica. The art of medicine: dermatovenereology*. 2012;(12):96–102. (in Russian)
6. Molochkova Yu.V., et al. Erosive-ulcerous red squamous lichen planus in Grinspan-Potekaev syndrome. *Bulletin of Postgraduate Education in Healthcare*. 2019;(1):96–99.