

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГРИНШПАНА

Попова М.А., Мухамеджанова Л.Р.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

В последние десятилетия отмечен рост заболеваемости красным плоским лишаем, что обусловлено, по данным современных исследователей, несколькими причинами. Во-первых, это рост соматической патологии; во-вторых,отягощенность хроническими инфекционными очагами (гайморит, тонзиллит) и в-третьих, наличие вторичных иммунодефицитных состояний. Синдром Гриншпана (триада: красный плоский лишай, сахарный диабет, гипертоническая болезнь) чаще встречается у женщин зрелого и пожилого возраста, а течение и исход его полностью зависят от соматического статуса пациентки.

В стоматологическую поликлинику обратилась пациентка 52 лет с жалобами на отек правой половины лица, который она связывает с перенесенной простудой (ОРВИ). При осмотре выявлено: физиологического цвета кожные покровы, которые слегка отечны в щечной и подчелюстной областях справа. При пальпации лимфатических узлов определяется незначительная болезненность по переднему краю жевательной мышцы справа и в толще правой щеки.

При осмотре полости рта - слизистая без патологических изменений.

Предварительный диагноз: лимфаденит щечной и подчелюстной области справа. Были назначены компрессы с 2% раствором новокаина и димексидом на щечную область справа.

Спустя 3 суток больная пожаловалась на ухудшение состояния, проявляющееся в дальнейшем усилении отека, болезненности лимфатических узлов и появлении эрозий в полости рта. Пациентка направлена на консультацию к пародонтологу.

На слизистой оболочке щеки справа выявлены эрозивные сливные очаги размером 2х3 см с ровными четкими контурами, расположенными на застойно- гиперемизированном фоне. Поверхность очагов покрыта плотной фибриновой пленкой желтоватого цвета. При попытке снять пленку возникает резкая болезненность и обильная кровоточивость. В основании очагов поражения - плотный болезненный инфильтрат.

На основании данных анамнеза (гипертоническая болезнь II стадии, инсулинозависимый сахарный диабет) и клинической картины был поставлен диагноз: синдром Гриншпана.

Комплексное лечение включало пероральное применение делагила, метилурацила, аевита, димефосфона. Местное лечение заключалось в обезболивании (10% гель Lidoxor), антисептической обработке (0,01% раствор мирамистина), аппликационной сорбции (порошок «Целлоформ»), обработке антибактериальными и кератопластическими препаратами (мазь «Левомеколь»). С целью ускорения снятия инфильтративных явлений в основании очага применялись инъекции раствора гепарина и суспензии гидрокортизона. На 11 день отмечена полная эпителизация очагов поражения. План реабилитационного наблюдения включал назначение рег ос-капилара и перлингвально- имудона. Рекомендовано диспансерное наблюдение у эндокринолога и вегетоневролога.

Таким образом, сложность данной ситуации заключается в том, что на первом плане оказались проявления сосудистой патологии в виде отека, обусловленной гипертонической болезнью и диабетическими ангиопатиями. Наблюдение у хирурга- стоматолога способствовало своевременному выявлению эрозивного поражения слизистой оболочки полости рта, и, следовательно, успешному лечению.