

КОМПЛЕКСНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ШЕГРЕНА



ГРИГОРЬЕВ Сергей Сергеевич

Заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.
Екатеринбург, Россия

В подготовке лекции принимали участие:

КОЗЬМЕНКО Анастасия Николаевна – доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент.

ГАБДУЛВАЛИЕВА Надежда Андреевна – ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

ГАЙНЕТДИНОВ Максим Ринатович – старший лаборант кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Роль влияния очагов хронической инфекции в полости рта пациентов с синдромом Шегрена (СШ) на течение основного заболевания остается недостаточно изученной. Лечение пациентов с СШ также усложняется по мере прогрессирования заболевания. Таким образом, санация хронических очагов инфекции у больных с СШ является медико-социальной проблемой, на что указывает сложность решения поставленной задачи при лечении данной категории пациентов. Недостаточная изученность причин, способствующих возникновению и развитию заболевания СШ, затрудняет выбор оптимальных методов лечения и вызывает прогрессирование заболевания. В то же время имеются предпосылки к решению проблемы. Прямая реставрация композиционными материалами на основе нанотехнологий позволяет получить хороший отдаленный результат при малых экономических затратах и скорости изготовления. При этом надежность и долговечность прямых реставраций зависит не только от мастерства стоматолога, но и от свойств пломбировочного материала, используемого при восстановлении, а также от исходного состояния твердых тканей. Наибольшую привлекательность вызывают материалы, обладающие не только высокими физико-механическими и эстетическими характеристиками, но и оказывающие лечебное действие. При этом известно, что пораженные твердые ткани зубов у пациентов с СШ требуют особого подхода при их восстановлении, что обусловлено целым комплексом изменений как в самих тканях зуба, так и общим состоянием пациента. На практике часто наблюдается картина, когда врач эмпирически производит выбор пломбировочного материала, основываясь на финансовых возможностях пациента и личных своих предпочтениях. При этом, как правило, физико-механические свойства материала и исходное состояние твердых тканей зуба не учитываются, что приводит к неудаче при пломбировании на ранних сроках наблюдения.

В связи с вышеуказанным было проведено изучение влияния очагов хронической инфекции в полости рта у пациентов с СШ, опирающееся на современные социологические и клинические методы с целью разработки и внедрения новых лечебно-профилактических способов коррекции, дифференцированного подхода и алгоритма оказания помощи больным с СШ на любой стадии патологического процесса. При изучении эффективности пломбирования исследовано 1036 реставраций. Для мониторинга качества реставраций проводили оценку качества пломб в сроки наблюдения 3, 6, 12 месяцев, 2, 3 года и 5 лет по критериям Д.М. Каральника, А.Н. Балашова и И.М. Макеевой (для фронтальных зубов), по данным электрометрического исследования пломб по методу Г.Г. Ивановой, Р.Г. Буянкиной на аппарате «Геософт» и трансиллюминации в волокнах световода. В процессе проводимого лечения осложненных форм кариеса в основную группу вошли 96 пациентов, которым было диагностировано и проведено лечение 164 зубов, с полным объемом микробиологических исследований содержимого корневого канала на всех этапах лечения. Для объективной оценки гигиенического состояния полости рта использован упрощенный индекс гигиены полости рта Грина – Вермилиона. При оценке состояния тканей пародонта проведена индексная оценка с определением: КПИ; ПИ; ИК.

При анализе выживаемости пломб на протяжении 5 лет наблюдения в зависимости от используемых пломбировочных материалов в боковой группе зубов отмечено, что наилучшие результаты получены при пломбировании наноуполненными композиционными материалами в группе витальных зубов (рис. 1). Процент выживаемости пломб в первый год наблюдения составил 100%.

В последующем на этапах динамического наблюдения появлялись неудовлетворительные результаты, которые в основном были связаны с эстетическими изменениями. К пятому году наблюдения процент неудовлетворительных результатов составил 15,4%. Аналогичные данные мы получили при анализе состояния реставраций девитальной группы зубов. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о недостаточной прочности композиционных материалов к окклюзионным нагрузкам и недолговечном качестве маргинальной адаптации. По этим причинам мы не используем их для пломбирования жевательной группы зубов у пациентов с СШ. Анализ состояния выживаемости пломб на протяжении 5 лет наблюдения во фронтальной группе зубов показал, что оптимальные результаты получены при работе с наноструктурируемыми материалами в обеих группах наблюдения (рис. 2).

Данная группа материалов обладает сочетанием прочности и параметров высоких эстетических характеристик, долго держит гляцевый блеск поверхности. При соблюдении пациентами рекомендаций по уходу за реставрациями выживаемость пломб составила 100% в витальной группе и 93,0% в группе девитальных зубов. В группе пациентов, которые наши рекомендации выполняли не в полном объеме либо ими пренебрегали, процент выживаемости пломб составил 90,8% и 77,3% соответственно (рис. 3).

Таким образом, следует отметить, что прямые реставрации выполнять у пациентов с СШ возможно только на витальных зубах и при потере твердых тканей не более 40% с применением наноструктурированных композиционных материалов. Поражение твердых тканей зуба с последующим вовлечением в патологический процесс периапикальной области сопровождается быстрым ростом числа бактерий в кариозной полости и в корневом канале, что легко проконтролировать рентгенологически по увеличению очага деструкции костной ткани у верхушки корня зуба и бактериологическому исследованию взятого материала. Длительно текущий хронический воспалительный процесс приводит к истощению защитных механизмов, что сопровождается сменой микробного статуса. Кроме того, патогенные микроорганизмы оказывают влияние на интенсивность восстановительных процессов в периапикальной области. Хронические очаги воспаления в тканях зуба и периапикальной области способствуют алергизации организма, а также усугубляют и обостряют тяжесть процесса основного заболевания. Проведенные микробиологические исследо-



Рис. 1. Анализ выживаемости пломб в жевательной группе зубов на протяжении 5 лет, выполненных наноуполненными композитами



Рис. 2. Анализ выживаемости пломб во фронтальной группе зубов на протяжении 5 лет, выполненных наноуполненными композитами



Рис. 3. Анализ выживаемости пломб во фронтальной группе зубов на протяжении 5 лет наблюдения, выполненных композиционным материалом Filtek Z250

вания корневого канала и кариозной полости показали наличие представителей облигатной и факультативно-анаэробной флоры. Из числа выделенных и идентифицированных 36 штаммов микроорганизмов в большом количестве в исследуемом материале выявлены *Candida ssp.* Чаще всего выделялись представители рода *Streptococcus* – у 62 (96,8%) обследованных пациентов, немного реже *S. sanguis* – 58 (90,6%). У 36 (56,2%) обследованных выявлен *Enterococcus faecalis*, у 44 (68,7%) – *Enterobacter ssp.* Следует также отметить высокую частоту обнаружения *S. mutans* – 33 (51%) случая. Пародонтопатогенные виды бактерий *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* соответственно определялись в 29,6% и 25% случаях, а *Prevotella* и *Corinebacterium* в 11 (17,2%) и 9 (14%) случаев. Моноинфекция ни в одном случае не выявлена. Чаще всего выделялись ассоциации возбудителей, включавшие от 3 до 5 видов микроорганизмов. Из материала, полученного при исследовании хронического периодонтита в стадии обострения, выделяли наибольший спектр микроорганизмов, а при среднем кариесе – наименьший. При всех формах осложненного кариеса до лечения доминировали стрептококки. При изучении микробного пейзажа неосложненного кариеса превалировали грибы рода *Candida*. Пожалуй, только при синдроме Шегрена, мы наблюдаем у пациентов разрушение коронковой части зуба с поражением биологически инертных зон, что получило название «симптом тающего сахара». Неправильно оцененная ситуация с быстрым разрушением коронковой части зуба и частым выпадением пломб нередко приводила к тому, что корни зубов удалялись. Основу корня зуба составляет дентин, который пронизан каналами концентрического сечения (2–3 мкм в диаметре), по ним движется биологически активная жидкость от пульпы к твердым тканям. Нарушение циркуляции жидкости приводит к снижению прочности зубов, как это имеет место у больных, страдающих СШ. На микроуровне СШ проявляется в виде склерозирования (перекрытия) дентинных каналов. Проблемой для стоматолога при лечении зубов у пациентов с таким диагнозом является оценка возможности сохранения корня зуба для дальнейшего восстановления коронковой части. Поэтому исследование прочностных свойств корневого дентина является важной задачей с точки зрения клинической практики. Механические испытания показали, что дентин способен выдержать значительную обратимую деформацию (до 30% осадки). Изучение трещин в твердых тканях здорового (интактного) зуба показало, что перед вершиной существует зона необратимой деформации (пластическая зона), где располагаются порообразные трещины. Наличие в дентине двух каналов релаксации упругой энергии (деформация и рост трещин) гарантирует прочность зуба при пережевывании пищи. Морфология поверхности образцов из дентина зависит от распределения дентинных каналов на данном участке зуба. Поэтому две простейшие ориентации могут быть приняты как эталоны при металлографической аттестации структуры дентина. Первая ориентация, когда каналы ориентированы параллельно поверхности образца и выглядят подобно параллельным чередующимся темным и светлым полоскам (рис. 4а). Темные полосы – это дентинные каналы шириной ~ 2–3 мкм, а светлые – межтрубочковый дентин шириной ~ 10 мкм. Вторая ориентация, когда каналы ориентированы перпендикулярно рабочей поверхности образца (рис. 4б).

Каналы выглядят на светлом фоне как темные точки диаметром ~ 2–3 мкм. Расстояние между соседними точками порядка 10 мкм. На рис. 4в приведена микрофотография склерозированного дентина в зубе, удаленном у больного, страдающего синдромом Шегрена. Следов дентинных трубочек на поверхности зуба нет. На рис. 5а показан образец, вырезанный из нижней части корня патологического зуба (в режиме на отражение), в нем имеется два корневых канала.

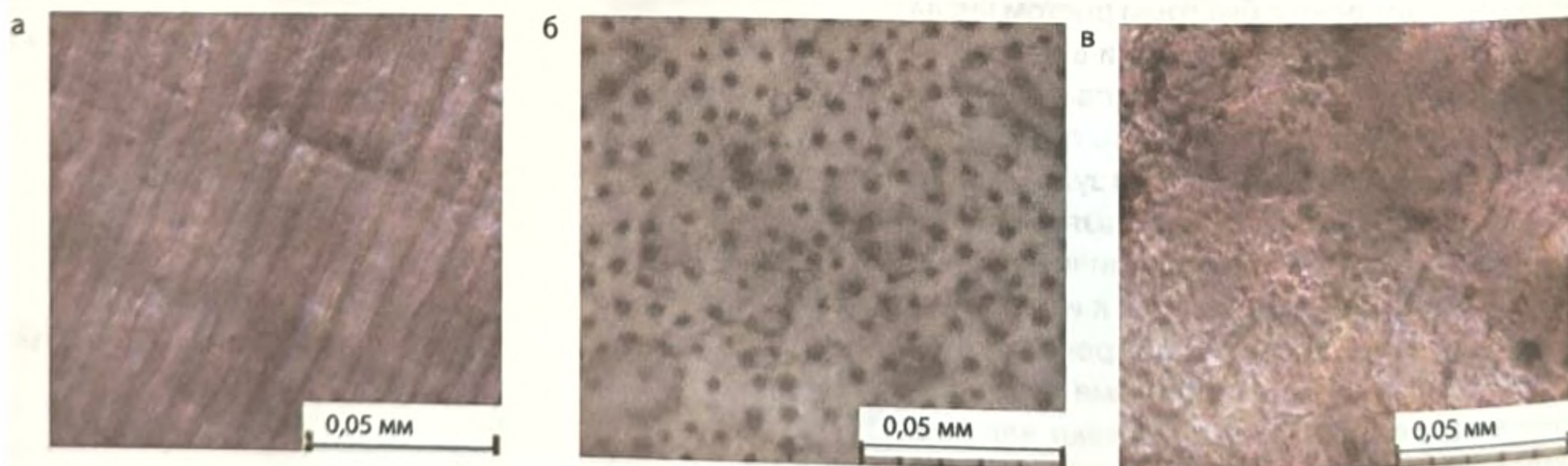


Рис. 4. Боковые поверхности образцов: а – каналы ориентированы параллельно поверхности образца, здоровый дентин; б – каналы ориентированы перпендикулярно поверхности образца, здоровый дентин; в – склерозированная структура

Между корневыми каналами и краем образца расположена область эллиптической формы, отличающаяся по цвету от окружающего ее материала. Граница этой области четкая и окрашена в коричневый цвет. В правой верхней части образца видна коричневая область треугольной формы, тогда как остальной

дентин окрашен в белый, характерный для здоровой твердой ткани, цвет. Цемент, располагающийся на границе образца, окрашен в темно-коричневый цвет. На рис. 5б показан тот же образец после утонения (в режиме «на просвет»). Более темные области на рис. 5а стали более светлыми (прозрачными), а более светлые – темными. Поскольку образец имеет одинаковую толщину на всей поверхности, то условия прохождения света через него определяются только собственными свойствами материала, а не толщиной образца. В области корневого канала материал менее прозрачен относительно края образца, это может быть связано со снижением плотности дентинных трубочек по мере удаления от корневого канала к границе зуба. По краю зуб покрыт цементом, непрозрачным на просвет. Изучение областей с цветом, от интактного дентина (там наблюдаются дентинные трубочки). На рис. 6 показана поверхность образца на участке, расположенном между областью несклерозированного дентина и треугольной областью.

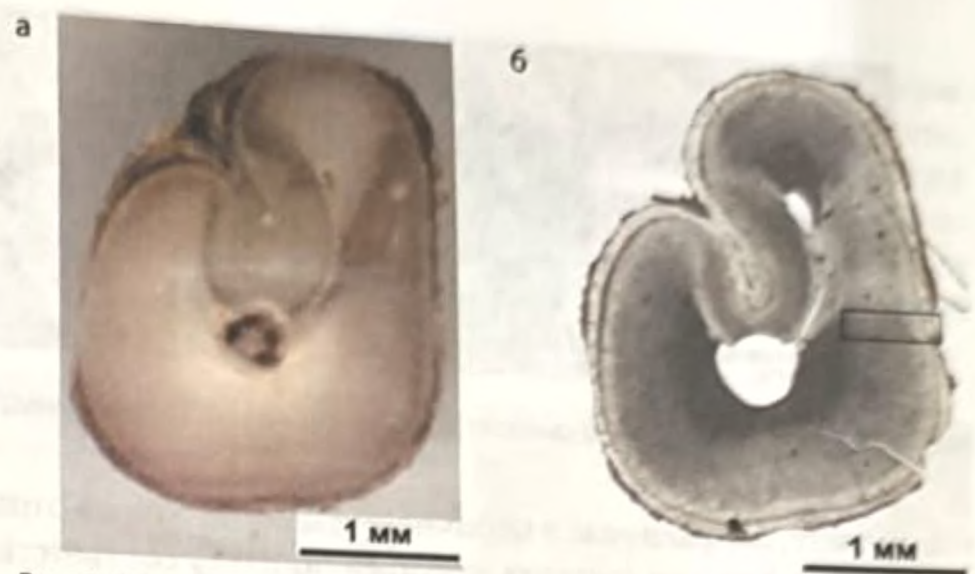


Рис. 5. Образец, вырезанный из патологического зуба (синдром Шегрена): а – массивный образец (в режиме на отражение); б – образец после утонения (в режиме на просвет)



Рис. 6. Морфология пораженного дентина

Левая часть рисунка располагается в области несклерозированного дентина, а правая – в треугольной области. В левой части микрофотографии четко видны дентинные каналы, лежащие параллельно поверхности. В средней части, соответствующей границе между областями, каналы также наблюдаются, но их видимая плотность значительно ниже. А в треугольной области и около границы дентин – цемент (правая часть микрофотографии) дентинных трубочек практически нет. Область материала вблизи вершины трещины (рис. 7) в несклерозированном дентине показана на рис. 8. Дентинные каналы, располагающиеся параллельно поверхности образца, видны по всей длине микрофотографии. Край трещины у вершины неровные, а ее угол раскрытия порядка 10° . Перед вершиной трещины на траектории ее движения находится узкая темная полоска, которую можно определить как зону необратимой деформации или пластическую зону. В ней возникают сателлитные – порообразные трещины, слияние которых с магистральной является механизмом роста трещины в дентине. Изучение структуры тонких образцов (при увеличении $\times 500$) показало



Рис. 7. Морфология пораженного дентина (см. рамку на рис. 26)



Рис. 8. Вершина трещины в корневом дентине пораженного зуба (синдром Шегрена)

что области, окрашенные в коричневый цвет (режим на отражение), обладают частично склерозированной структурой. Участки образца, которые по цвету соответствуют интактному дентину, обладают канальной структурой, свойственной здоровому дентину. Следовательно, область пораженного дентина может быть определена металлографическими методами, хотя граница между здоровым и склерозированным дентином размыта. Характер распространения трещины в канальном дентине пораженного зуба указывает на то, что механизм роста трещины подобен механизму разрушения здорового дентина. Поэтому здесь также нельзя пренебрегать вкладом необратимой деформации в релаксацию напряжений в вершине трещины. Исходя из этого, можно сделать вывод, что корневой дентин патологического зуба по механическим характеристикам не отличается от дентина здорового зуба и может быть использован в качестве основы для восстановления коронковой части зуба. Вопрос о возможности использования корня зуба при протезировании зависит от соотношения здоровой и пораженной ткани в зубе каждого пациента, страдающего СШ индивидуально.

Учитывая тот факт, что потеря прочностных и релаксирующих свойств составила не более 10–15% от здоровых зубов, мы считаем целесообразным использование корней в качестве опоры под несъемные ортопедические конструкции.

Проведенные микробиологические исследования содержимого корневого канала после однократного применения кальцийсодержащей пасты «Метапаста» показали высокую эффективность выбранного отсроченного метода лечения в 67% случаев. У обследованных пациентов после обработки корневого канала наблюдалась полная деконтаминация микроорганизмов. В остальных случаях достоверно снижалась их концентрация. При этом заведомо устойчивые штаммы *Candida alb.*, *Prevotella*, *Peptostrept. niger* оказались даже более чувствительными, чем клинические штаммы оральных стрептококков, к проводимому лечению. Это послужило основанием для повторного использования кальцийсодержащего материала. Оптимальные сроки лечения соответствуют 4 неделям. Доказана высокая эффективность в применении кальцийсодержащего материала с целью временного пломбирования корневых каналов у пациентов с СШ. Для активного восстановления очага деструкции в костной ткани нами предложено использование отсроченного пломбирования корневого канала. Доказана целесообразность использования эндометозона сроком от 3 до 6 месяцев с обязательным проведением контрольных рентгеновских снимков.

Завершенное эндодонтическое лечение является окончанием решения поставленной задачи (рис. 9). Необходимо решить вопрос о восстановлении коронковой части зуба под опору несъемной конструкции. Какими же свойствами должен обладать материал, который мы будем вводить в корневой канал? Данный вопрос давно волнует врачей-стоматологов. Металлические штифты и вкладки использовать нецелесообразно или даже опасно, так как имея высокий модуль прочности, несоответствие с модулем прочности и эластичности дентина зуба, металлический штифт в процессе эксплуатации вызовет развитие поперечного



Рис. 9. Завершенное эндодонтическое лечение

перелома корня зуба. Это достаточно часто приходится наблюдать в клинической практике у пациентов соматически сохранных. Штифт должен повторять форму корневого канала, иметь свойства на прочность, изгиб и сдвиг, приближенные к свойствам дентина, иметь хорошие свойства макро- и микроретенции для удержания в корневом канале и фиксации материала при восстановлении культи зуба. Немаловажное значение имеет рентгеноконтрастность и светопроводимость материала, так как фиксация осуществляется на цемент двойного отверждения. Учитывая вышесказанное, следует сделать заключение, что материал не должен терять форму и быть стабильным (рис. 10).

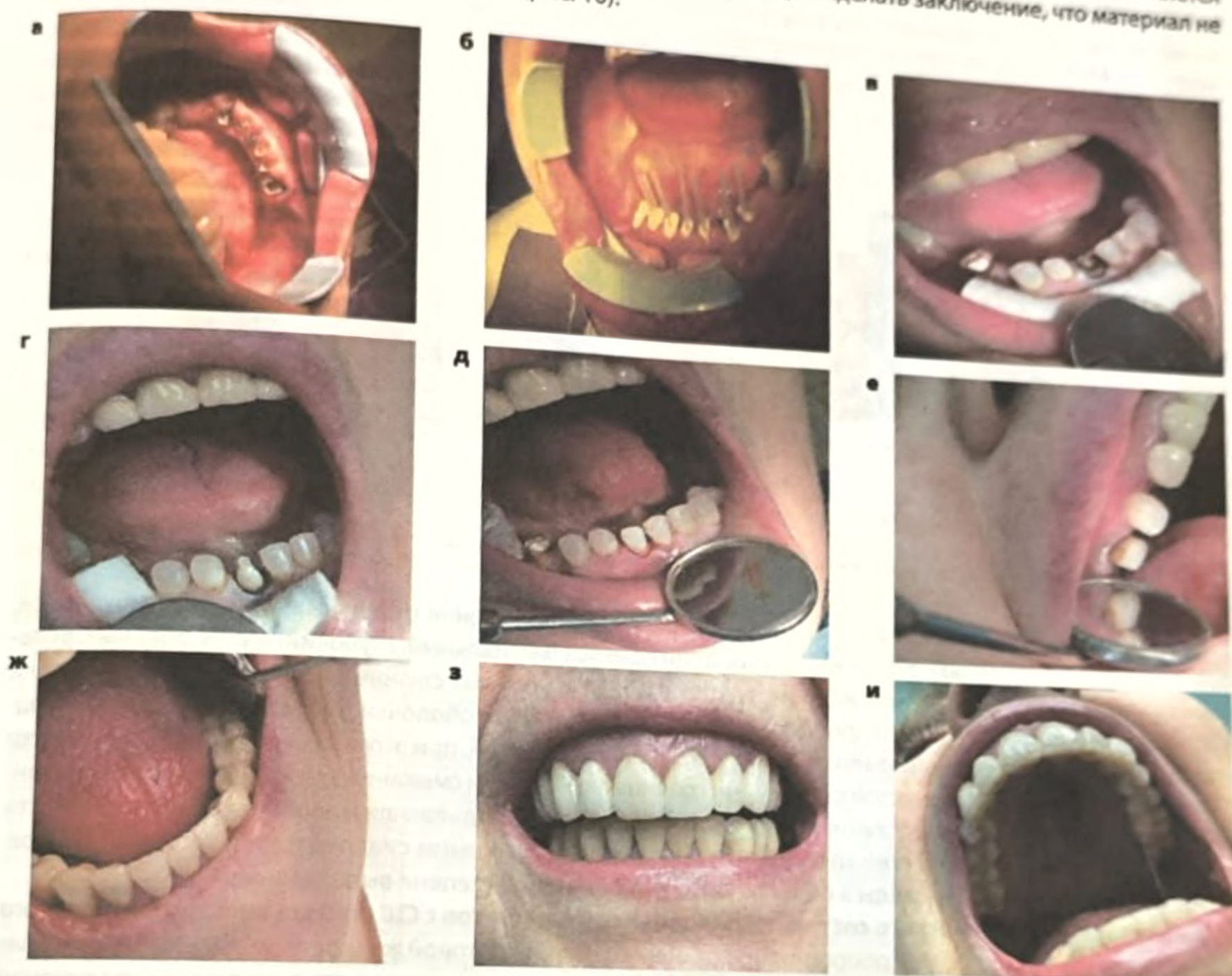


Рис. 10. Пациентка Л., 62 года. На рисунках: а – исходная клиническая ситуация после проведенного повторного эндодонтического лечения; б – установлены стеклокерамические штифты; в–д – этап формирования культей зубов на нижней челюсти; е – этап формирования культей зубов на верхней челюсти; ж – восстановленная коронковая часть керамическими коронками на нижней челюсти; з, и – восстановленная коронковая часть керамическими коронками на верхней челюсти через 7 лет клинического наблюдения

Состояние пародонта в целом можно оценить как удовлетворительное. Выявлено несоответствие между клинической и рентгенологической картинами. Клинически не наблюдали ярко выраженной воспалительной картины со стороны тканей пародонта, при этом рентгенологически выявляется резорбция костной ткани. Среди обследованных пациентов у 59,7% больных поставлен диагноз «хронический генерализованный пародонтит легкой степени», у 40,3% – «хронический генерализованный пародонтит средней степени». Степень тяжести пародонтита коррелировала с общим объемом ротовой жидкости. При снижении секреции слюны усугубляется течение пародонтита. При обследовании выявлен мягкий зубной налет, а твердые зубные отложения определены в области центральных резцов нижней челюсти с язычной поверхности и имели светло-коричневый цвет. При проведении зондирования определена слабая кровоточивость десен. В группе обследованных пациентов глубина зубодесневых карманов составила $2,5 \pm 0,04$ мм. При визуальном осмотре не отмечено наличия рыхлой грануляционной ткани. Жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов предъявляли 22,6% пациентов и 4,3% – при приеме твердой пищи. Появление запаха из полости рта отмечали 87% больных. Пародонтальный индекс составил $1,75 \pm 0,2$, что соответствует легкой степени поражения пародонта. Чаще определялось слабое воспаление слизистой десны, локализованное преимущественно в

области межзубных сосочков. При проведении зондирования определялась кровоточивость, но при этом в зубодесневых карманах отсутствовала грануляционная ткань (рис. 11). Воспалительно-деструктивные процессы в пародонте наблюдались при наличии усугубляющих факторов (дефекты зубных рядов, аномалии прикуса и т. д.), когда отмечалась функциональная перегрузка. Рентгенологические изменения костной ткани альвеолярных отростков, выявленные на ортопантомографии, носили воспалительно-дистрофический характер. Превалировал горизонтальный тип резорбции межальвеолярных перегородок.

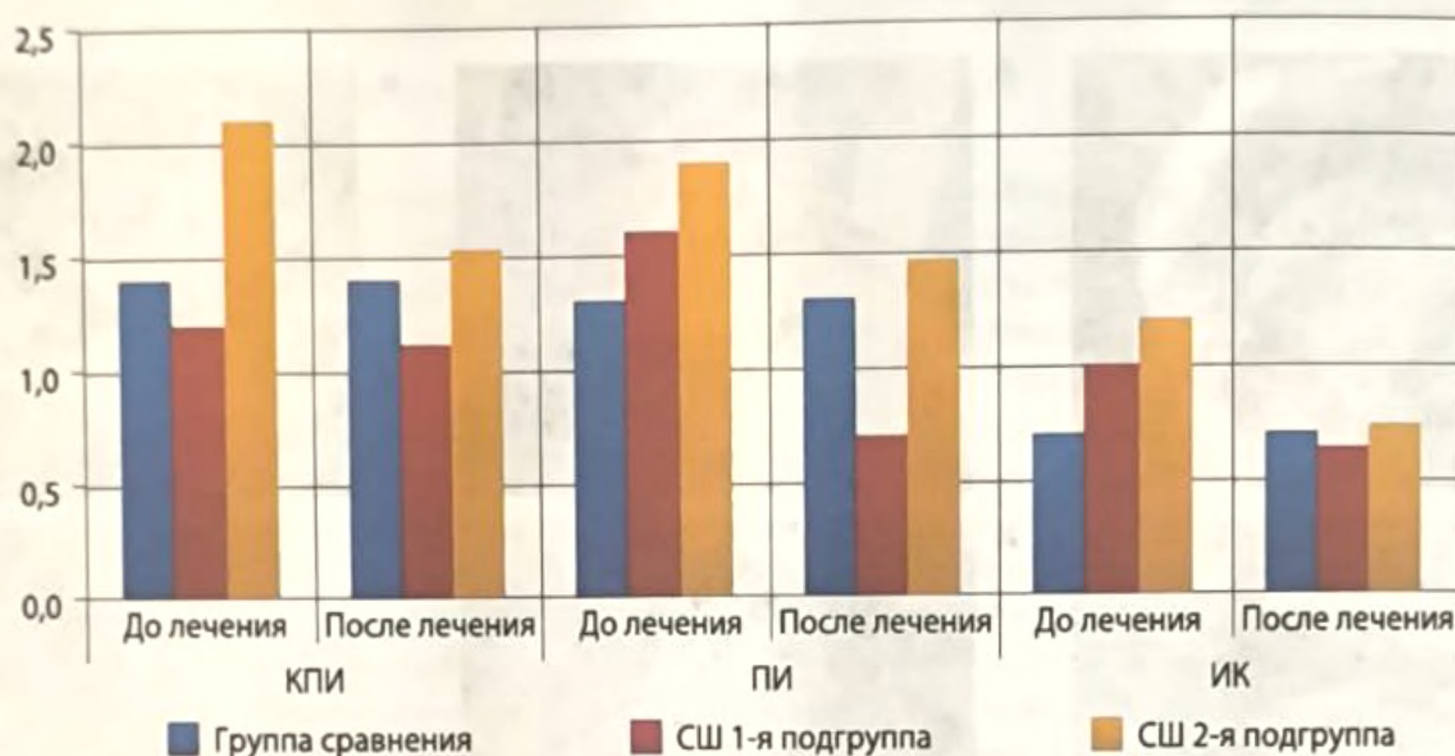


Рис. 11. Индексная оценка состояния пародонта у пациентов с СШ до и после лечения

Частичная адентия выявлена в 100% случаев, аномалии положения отдельных зубов (вестибулярное, оральное, тортоаномалия) – 5% больных, аномалии прикуса (мезиальный, глубокий) – у 7% больных. Большинство пациентов предъявляли жалобы на боль в области больших слюнных желез, которую связывали с обострением воспалительного процесса. При осмотре слизистой оболочки полости рта выявлено неоднородное состояние и варьировало от слабо увлажненной до сухой, при этом диагностировались участки гиперемии и воспаления слизистой с нечеткими границами. По линии смыкания зубов участки травмированной слизистой с наличием подслизистых гематом. Все больные предъявляли жалобы на сухость в полости рта и конъюнктивы глаз (чувство «песка»), что подтверждено данными сиалометрии и тестом Ширмера. У всех пациентов выявлены заеды в области углов рта различной степени выраженности.

Анализ микробиотического состояния полости рта у пациентов с СШ показал зависимость видового и количественного состава микроорганизмов от общего объема ротовой жидкости. Выявлены отклонения от принятой за норму величины общей микробной обсемененности полости рта в сторону ее увеличения на 64%. С высокой частотой были выделены представители облигатных микроорганизмов полости рта – лактобактерии, грибы рода *Candida*, пептококки. Вместе с тем другие облигатные виды – эпидермальные стафилококки, бактероиды, вейллонеллы – выявлены у 70% обследованных, а частота выделения негемолитических и зеленеющих стрептококков, непатогенных нейсерий, составляющих основную флору полости рта здорового человека, была резко снижена. Количественный уровень пептококков и бактероидов у 2/3 обследованных был значительно выше нормы – на 43 и 72% соответственно. Обращает на себя внимание увеличение частоты выделения таких условно патогенных бактерий, как пиогенные стрептококки, золотистые стафилококки. Уровень обсемененности ими полости рта на 82 и 50% соответственно выше, чем в группе сравнения. Из полости рта у пациентов основной группы выделены также микроорганизмы, не характерные для данного отдела ЖКТ – эшерихии и протеи в количестве 3–7 Ig/KOE и в единичных случаях – бифидобактерии и представители рода *Enterobacter*.

Применение высокоинтенсивной лазеротерапии диодным лазером Sirolaser в комплексной терапии с композицией кремнийорганического глицерогидрогеля в сочетании с диклофенаком натрия у пациентов с СШ способствует уменьшению воспалительного процесса в тканях пародонта, как при легкой, так и при средней степени тяжести пародонтита. У 75% больных выявлено снижение температурной чувствительности и чувствительности на механические раздражители после лазеротерапии пародонта. При повторных осмотрах болезненности в области зубов у больных не отмечалась. После проведенного лечения и при последующем наблюдении через 6 и 12 месяцев пародонтальные индексы ПИ и ИК у пациентов с СШ в обеих подгруппах (1-я подгруппа – объем секретируемой слюны – $2,85 \pm 0,5$ мл; 2-я подгруппа – объем секретируе-

мой слюны – $1,8 \pm 0,1$ мл) выявили стойкую тенденцию к снижению и сохранению эффективности полученных результатов. Индекс гигиены у пациентов обеих групп снизился, стал характеризоваться как средний, что позволило считать гигиену полости рта удовлетворительной. Полученные результаты свидетельствуют о повышении мотивации к поддержанию гигиенического состояния полости рта пациентов. У обследованных пациентов основной группы после проведенного лечения выявлено изменение микробного пейзажа в сторону нормализации. При этом полного восстановления микробиотоза в полости рта добиться не возможно, так как количество слюны остается ниже примерно в два раза относительно группы сравнения. Значительные изменения отмечены также в видовом спектре бактерий, частоте их обнаружения и количественном содержании в полости рта. Отмечено существенное снижение количества *S. anhaemolyticus* на 59% и 61% соответственно. Выявленные до лечения в значительных количествах представители облигатных микроорганизмов полости рта – лактобактерии, грибы рода *Candida*, пептококки тоже имели тенденцию к значительному снижению. Облигатные представители микроорганизмов – эпидермальные стафилококки, бактероиды, вейллонеллы – выявлены у 16% обследованных, при этом частота выделения негемолитических и зеленающих стрептококков, непатогенных нейсерий, составляющих основную флору полости рта здорового человека, имела тенденцию к повышению в среднем на 42%. Количественный уровень пептококков и бактероидов у всех обследованных снизился до 14 и 27% соответственно относительно группы сравнения, но до состояния нормы не изменился. Проведенное лечение свидетельствует о значительных изменениях видового и количественного состава микробиотоза полости рта у пациентов с СШ, позволяющих судить о тенденции к нормализации микробного пейзажа в полости рта. После проведенного лечения сухость кожного покрова сохранялась у всех обследованных пациентов. При этом следует отметить, что основной стоматологический признак болезни – сухость в полости рта – уменьшился у всех больных на 47%, что подтверждается данными сиалометрии. У пациентов, которые предъявляли жалобы на жжение и болезненность слизистой оболочки полости рта, данные симптомы полностью отсутствовали. При исследовании полости рта выявлено накопление слюны вокруг уздечки языка. В 85% случаев выявлено наличие озерца слюны. Трещинки в области углов рта исчезали у всех пациентов. Слизистая оболочка имела бледно-розовый цвет, гладкая, влажная, блестящая, без видимых патологических изменений. Язык нормальных размеров. Спинка языка без налета, розового цвета, сосочки атрофированы. Уровень pH слюны имел тенденцию сдвига в щелочную сторону и составил $6,5 \pm 0,2$, $p < 0,01$. На появление слезы указывали 45,7% пациентов. Прием пищи у 68,6% пациентов стал возможен без дополнительного употребления воды.

Анализ полученных результатов позволил достичь максимального лечебного и эстетического результата, обеспечивая профилактику рецидива и прогрессирования заболевания. Данный подход положен в основу алгоритма оказания стоматологической помощи пациентам с СШ:

1. Коррекция микробиоты полости рта в зависимости от степени дисбиотического сдвига.
2. Обучение правилам индивидуальной гигиены полости рта, подбор средств гигиены, слюнозаместительная терапия.
3. Лечение неосложненных и осложненных форм кариеса (используя принцип этапности лечения).
4. Лечение заболеваний тканей пародонта и СОПР (с применением диодного лазера и комбинации кремнийорганического глицерогидрогеля).
5. Восстановление жевательной эффективности (ортопедическое лечение с индивидуальным подбором материалов).
6. Динамическое наблюдение у врача стоматолога-терапевта (координатора) 3 раза в год.

Консультация со специалистами общего профиля, с обязательным полным обследованием и коррекции базовой терапии 1 раз в 6 месяцев у врача-ревматолога.

После проведенного комплексного лечения пациентов с СШ согласно предложенному алгоритму выявлено повышение качества жизни, обусловленное стоматологическим здоровьем. Значительно уменьшился показатель категории психоэмоционального состояния пациентов (в среднем на 45,2%), что свидетельствует о положительном влиянии комплексного лечения на психоэмоциональный статус больных. Отмечено улучшение показателей по категориям: социальное функционирование (на 36,5%), ролевое функционирование (на 52,4%), жизненная активность (на 27%), самовосприятие (на 39%). Полученные результаты являются статистически достоверными по сравнению с первоначальными данными и перешли на более высокий уровень. Сравнивая результаты самооценки выполненных реставрационных работ, можно отметить большую удовлетворенность качеством и эстетикой реставраций, что связано с меньшим объемом, и следовательно, меньшей «заметностью» пломб. Однако основным критерием удовлетворенности пациентов служил факт сохранности пломб. Отрицательных отзывов не было получено ни в одном случае. Изучение мотивации пациентов к посещению стоматолога после проведенного комплексного лечения показало, что подавляющее большинство респондентов собирается посещать стоматолога не реже чем 1 раз в полгода (284 человека – 88,6%), чем при первичном анкетировании пациентов (63 человека – 19,5%). Таким обра-



зом, результаты анкетирования свидетельствуют об эффективности комплексного лечения пациентов с СШ по предложенному алгоритму с точки зрения самих пациентов и о повышении мотивации к регулярному посещению врача-стоматолога с профилактической целью.

Таким образом, в результате проведенной работы обоснован и внедрен в практику комплексный подход к лечению и стоматологической реабилитации пациентов с СШ. Новые подходы к изучению и анализу затронутых медико-социальных проблем, оценки качества состояния здоровья при осуществлении комплексной реабилитации пациентов с синдромом Шегрена в значительной степени способствуют дальнейшему совершенствованию основ исследования, связанных с социально-экономическими и медико-психологическими процессами, их методологией и разработкой концепции на перспективу. Апробированная модель комплексного подхода оказания помощи пациентам с синдромом Шегрена предусматривает доступность квалифицированной консультации, с проведением всех необходимых исследований, начиная с первого звена – консультативного центра. В основе модели лежит комплексный подход, обеспечивающий на уровне специализированного центра научную и просветительскую деятельность по проблеме охраны здоровья, своевременность выявления, лечения и динамического диспансерного наблюдения. Принципиально важным в деятельности специализированного центра является новый качественный уровень взаимодействия со специалистами, принимающими участие в диагностике и лечении пациентов с синдромом Шегрена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев Д.В., Григорьев С.С., Панфилов П.Е. Пластическая зона перед вершиной трещины в твердых тканях зубов // IX Молодежная школа-семинар по проблемам физики конденсированного состояния вещества: тез. докл. – Екатеринбург, 2008. – С. 128.
2. Григорьев С.С., Ларионов Л.П., Ронь Г.И. и др. Оценка эффективности клинического применения препарата кремнийорганического глицерогидрогеля при лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с ксеростомией // Фармация и общественное здоровье: Материалы ежегодной конференции 17 февраля 2009 г. – Екатеринбург: Ажур, 2009. – Т. 2. – С. 70–71.
3. Панфилов П.Е., Григорьев С.С., Зайцев Д.В. О возможности использования корней патологических зубов для установки штифтов при протезировании // IV Российская научно-техническая конференция «Ресурс и диагностика материалов и конструкций». – Екатеринбург, 2009. – С. 6.
4. Григорьев С.С., Ларионов Л.П., Коллерова М.С., Ивашов А.С. Опыт лечения заболеваний пародонта у пациентов с гипосаливацией новой комбинацией препаратов на основе кремниевого глицерогидрогеля // Материалы ежегодной конференции «Фармация и общественное здоровье». – Екатеринбург, 2010. – С. 521–522.
5. Григорьев С.С., Ларионов Л.П., Коллерова М.С., Ивашов А.С. Эффективность клинического применения желатиновых пленок в послеоперационном периоде у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне сниженной секреции слюны // Материалы ежегодной конференции «Фармация и общественное здоровье». – Екатеринбург, 2010. – С. 522–523.
6. Григорьев С.С., Мандра Ю.В., Жегалина Н.М., Власова М.И. Выбор зубных паст при наличии композитных реставраций во фронтальном отделе полости рта // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 1. – С. 10–13.
7. Григорьев С.С., Ларионов Л.П., Коллерова М.С., Ивашов А.С. Опыт применения желатиновых пленок в послеоперационном периоде у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне сниженной секреции слюны // Сборник материалов XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2010. – С. 84.
8. Григорьев С.С., Ларионов Л.П., Коллерова М.С., Ивашов А.С. Оценка эффективности лечения заболеваний пародонта у пациентов с гипосаливацией новой комбинацией препаратов на основе кремниевого глицерогидрогеля // Сборник материалов XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2010. – С. 84–85.
9. Григорьев С.С., Панфилов П.Е., Зайцев Д.В., Ивашов А.С. Особенности морфологии дентина у пациентов с синдромом Шегрена // Материалы XV Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 2010. – С. 57.
10. Григорьев С.С., Панфилов П.Е., Зайцев Д.В., Ивашов А.С. Влияние обработки адгезивными системами на микротвердость дентина у пациентов с синдромом Шегрена // Материалы XV Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 2010. – С. 57–58.
11. Григорьев С.С. Повышение эффективности реставрации твердых тканей зубов у больных с синдромом Шегрена // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 3 (8). – С. 5–6.
12. Григорьев С.С., Зайцев Д., Панфилов П. Изучение прочностных свойств дентина у пациентов с синдромом Шегрена // Материалы III Евразийского конгресса по медицинской физике и инженерии. – М.: МГУ, 2010. – С. 245–248.



13. Zaytsev D., Grigoriev S., Panfilov P. Relationship between Morphology and Deformation Tooth Hard Tissues // Abstract Booklet of 6th International Conference on Materials structure and micromechanics of fracture. MSMF6. 28-31.06.2010. – Brno, Czech Republic, 2010. – P. 193.
14. Григорьев С.С., Ронь Г.И. Разработка комплексного подхода стоматологической реабилитации больных с синдромом Шегрена // Актуальные вопросы стоматологии: Сборник научных трудов по материалам Всероссийского конгресса «Стоматология Большого Урала». – Екатеринбург, 2011. – С. 81–83.
15. Ронь Г.И., Григорьев С.С. Современные подходы к комплексной стоматологической реабилитации больных с синдромом Шегрена // Актуальные вопросы стоматологии: Сборник научных трудов по материалам Всероссийского конгресса «Стоматология Большого Урала». – Екатеринбург, 2011. – С. 83–85.
16. Григорьев С.С. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с синдромом Шегрена: клинико-экспериментальное исследование: автореферат дис. ... доктора медицинских наук. – Екатеринбург, 2011. – 41 с.
17. Григорьев С.С., Ронь Г.И., Ларионов Л.П., Хонина Т.Г. Применение новых композиций лекарственных препаратов на основе кремнийорганического глицерогидрогеля в комплексной стоматологической реабилитации больных с синдромом Шегрена // I Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии: сб. ст. – Екатеринбург: УГМА, 2013. – С. 73–83.
18. Зайцев Д.В., Григорьев С.С., Панфилова П.Е. Сравнение деформационного поведения дентина человека при сжатии и изгибе // XVIII Зимняя школа по механике сплошных сред: тез. докл. – Пермь, 2013. – С. 136.
19. Григорьев С.С., Сайпеев К.А. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Обзор литературы // Уральский медицинский журнал. – 2014. – Т. 119. – № 5. – С. 1–20.
20. Кабанова А.В., Чочиев Б.Т., Григорьев С.С. и др. Особенности деформационного поведения дентина и эмали человека в поле растягивающих напряжений // Механика, ресурс и диагностика материалов и конструкций: тезисы VIII Российской научно-технической конференции. – Екатеринбург, 2014. – С. 48.
21. Забродина А.А., Спивак Н.М., Григорьев С.С., Зайцев Д.В. Экспериментальное моделирование деформационного поведения зуба человека после реставрации // X международная конференция «Механика, ресурс и диагностика материалов и конструкций»: сб. материалов. – Екатеринбург: ИМАШ УрО РАН, 2016. – С. 344.
22. Григорьев С.С., Сорокоумова Д.В., Чернышева Н.Д., Чагай А.А. и др. Морфология корневых каналов. Эндодонтический доступ. Методические рекомендации. – Екатеринбург: ТИРАЖ, 2019. – 56 с.