

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А.ВАГНЕРА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

**Куклина Елизавета Александровна**

**ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К  
ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ У  
ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В  
ПОЛОСТИ РТА**

14.01.14 – стоматология

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научные руководители:  
доктор медицинских наук,  
профессор О.С.Гилева  
доктор медицинских наук,  
профессор С.В.Кошкин

Пермь – 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	17
1.1. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях красного плоского лишая	17
1.2. Стоматологические аспекты КПЛ: проявления КПЛ в полости рта и методы стоматологического лечения пациентов	20
1.2.1. Принципы и основные направления медикаментозной терапии стоматологических проявлений КПЛ	21
1.2.2. Состояние и проблемные вопросы оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с проявлениями КПЛ в полости рта	23
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	30
2.1. Общая характеристика клинических исследований	30
2.2. Принципы диагностики и лечения КПЛ; общеклиническое обследование пациентов с КПЛ	32
2.3. Комплексное стоматологическое обследование с углубленной оценкой состояния СОПР и ортопедического стоматологического статуса пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта	36
2.4. Метод цифровой фотосъемки	53
2.5. Оценка нуждаемости пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта в ортопедическом стоматологическом лечении	55
2.6. Социологические методы исследования	56
2.6.1. Определение психотипа больного с патологией СОПР	56
2.6.2. Оценка стоматологических показателей качества жизни пациентов с проявлениями КПЛ	56
2.7. Статистические методы исследования	57
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	59
3.1. Общая характеристика обследованных лиц	59
3.2. Комплексная характеристика ортопедического стоматологического статуса у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта	72
ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА, ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КПЛ В ПОЛОСТИ РТА	87
4.1. Алгоритм диагностики и планирования ортопедического лечения по поводу отсутствия (частичного, полного) зубов у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта	89

4.2. Алгоритмы, особенности и комплексная оценка эффективности ортопедического стоматологического лечения больных с КПЛ с полным и частичным отсутствием зубов	92
4.2.1. Разработка рациональных подходов и оценка эффективности несъемного зубного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	96
4.2.1.1. Анализ качества первичного несъемного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	96
4.2.1.2. Объем, методические особенности (алгоритмы) и эффективность несъемного зубного протезирования у пациентов с КПЛ	99
4.2.1.2.1. Алгоритм несъемного зубного протезирования металлокерамическими конструкциями при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	102
4.2.1.2.2. Алгоритм несъемного зубного протезирования замещающими конструкциями с опорой на имплантаты при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	106
4.2.1.2.3. Комплексная оценка эффективности ортопедического лечения (несъемное протезирование) у больных КПЛ	108
4.2.2. Разработка рациональных подходов и оценка эффективности съемного зубного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	114
4.2.2.1. Анализ качества первичного съемного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	114
4.2.2.2. Объем, методические особенности (алгоритмы) и эффективность съемного зубного протезирования у пациентов с КПЛ	116
4.2.2.2.1. Алгоритм съемного зубного протезирования бюгельными протезами при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	118
4.2.2.2.2. Алгоритм съемного зубного протезирования частичными съемными пластиночными протезами при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.	121
4.2.2.2.3. Алгоритм съемного зубного протезирования полными съемными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ	123
4.2.2.2.4. Комплексная оценка эффективности ортопедического лечения (съемное протезирование) у больных КПЛ	125
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	135
ВЫВОДЫ	147
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	150
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	152
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	153
ПРИЛОЖЕНИЕ	173

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы.** Число лиц с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) среди населения РФ и многих других стран мира неуклонно возрастает на фоне старения и ухудшения общесоматического здоровья, нарастающей полиморбидности в сочетании с полипрагмазией, неблагоприятного влияния иных общих и местных факторов риска, низкого уровня диагностики и качества специализированного стоматологического лечения этих пациентов (Янушевич О.О. и соавт., 2009; Рабинович О.Ф. и соавт., 2012; Гажва С.И. и соавт., 2014; Гилева О.С., 2015; Ni Riordain R. et al., 2015).

Красный плоский лишай (КПЛ) относится к наиболее распространенным и манифестным формам кожно-слизистых дерматозов (Слесаренко Н.А. и соавт., 2014; Федотова К.Ю. и соавт., 2014; Потеев Н.Н. и соавт., 2016; Gorouhi F. et al., 2014). Изолированный КПЛ СОПР выявляется у 25,6-35,0% больных КПЛ, чаще протекает в осложненных, рецидивирующих формах, сопровождается выраженными структурно-функциональными и эстетическими (при локализации на красной кайме губ) нарушениями, приводит к снижению стоматологических составляющих качества жизни (Либик Т.В., 2010; Ронь Г.И., Акмалова Г.М., 2014; Чуйкин С.В. и соавт., 2015; Жовтяк П.Б., Григорьев С.С., 2017; Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F., 2010; Scully C., Carrozzo M., 2008).

Если на долю КПЛ приходится от 1,5 до 2,5% случаев дерматологических заболеваний, то в структуре заболеваемости СОПР его проявления занимают первое место (от 35,0 до 50,0% в разных популяциях); сочетанные КПЛ-ассоциированные поражения кожи и слизистых, включая СОПР, выявляются у 45,0-75,0% больных КПЛ, что определяет экстенсивный аспект актуальности проблемы (Панкратов В.Г., Горбацевич Д.С., 2012; Олисова О.Ю. и соавт., 2015).

Стоматологические аспекты КПЛ многогранны, входят в зону научно-практических интересов стоматологов различного профиля и врачей-интернистов. Наиболее полно изучены особенности клинических проявлений и эффективность различных схем физио- и фармакотерапии КПЛ СОПР (Рабинович И.М. и соавт.,

2002; Литвинов С.А., 2004; Иванова Е.В., 2005; Рабинович О.Ф., Эпельдимова Е.А., 2005; Арутюнов С.Д. и соавт., 2007; Акмалова Г.М., 2016; Porter S., Scully C., 2000; Suresh S.S. et al., 2016; Akram Z. et al., 2017; Gupta S. et al., 2017). Однако, обращено внимание, что даже на фоне применения современных схем медикаментозной терапии не всегда удается достичь оптимального клинического результата с выходом в стойкую ремиссию КПЛ.

У пациентов с полным или частичным отсутствием зубов низкая эффективность фармакотерапии КПЛ СОПР может быть связана со многими, до конца не изученными проблемами ортопедического лечения. Системные исследования, отражающие специфику протетического лечения при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ единичны (Калинова Н.В., 1982, Чуйкин С.В. и соавт., 2015). Большинство работ этого направления содержит обобщенные данные по особенностям протезирования дефектов зубных рядов (ДЗР) ортопедическими конструкциями при широком спектре патогенетически гетерогенных заболеваний СОПР (Самусенков В.О. и соавт., 2014; Флайшер И.М. и соавт., 2014; Московский А.В., Вокулова Ю.А., 2015; Утюж А.С. и соавт., 2015; Трунин Д.А. и соавт., 2016, 2017).

Сведения о показаниях, особенностях и преимуществах использования современных технологий ортопедического стоматологического лечения у пациентов с КПЛ, включая протезирование с опорой на имплантаты, малочисленны, представлены зарубежными исследователями (Scully C. et al., 2007; Petruzzi M. et al., 2012; Reichart P.A. et al., 2016), что объективизирует актуальность проведения пилотных исследований подобного направления в РФ. Особенности, преимущества и проблемы ортопедического лечения при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ СОПР требуют критического анализа, теоретический и практический интерес может представлять ретро- и проспективная оценка роли протезирования ДЗР с использованием различных конструкций и материалов в качестве триггерных факторов дебюта и обострения кожно-слизистого дерматоза [Chen H.X. et al., 2017].

Выбор рациональных подходов к ортопедическому лечению вторичной адентии у пациентов с КПЛ СОПР должен быть обоснован с учетом измененного состояния СОПР и красной каймы губ (ККГ) при длительном течении КПЛ, с учетом инволютивных системных процессов в организме, в связи с чем актуализируется проблема углубленной оценки СОПР в стадии ремиссии КПЛ и ее мониторинга на всех этапах ортопедической стоматологической реабилитации. В связи с этим перспективен поиск и разработка оптимальных методик оценки клинично-функционального состояния СОПР, адаптированных к специфике ее изменений при проявлениях КПЛ в полости рта.

Для врача-стоматолога практический интерес может представлять выяснение роли психо-эмоциональных факторов и особенностей психотипа пациента в формировании его мотивированности и комплаентности к ортопедическому лечению.

**Степень разработанности темы.** В научном пространстве медицины все чаще поднимаются вопросы необходимости совершенствования стоматологической помощи пациентам со «специальными нуждами», у которых наличие особой коморбидной системной патологии требует разработки особых методических подходов к диагностике и лечению основных стоматологических заболеваний и специфических форм сочетанной патологии (Орехова Л.Ю., 2004; Орешака А.В., 2004; Булкина Н.В. и соавт., 2012; Халявина И.Н. и соавт., 2012; Анисимова Е.Н., Ерилин Е.А., 2014; Гажва С.И. и соавт., 2015; Стафеев А.А., 2015; Шемонаев В.И. и соавт., 2015; Колосова Е.Ю., 2016; Scully С., Cawson R.R., 2005).

Недостаточно разработаны вопросы комплексной стоматологической реабилитации больных с кожно-слизистыми дерматозами, в частности, пациентов с КПЛ, проявляющимся на СОПР у большей части из них, причем чаще – в более тяжелых деструктивных формах. КПЛ является самой распространенной формой патологии СОПР у населения РФ и многих стран мира, исследованию его различных аспектов посвящены многие отечественные и зарубежные работы по направлению «Заболевания слизистой оболочки полости рта». Всесторонне проанализирована методология (средства, методики, технологии) фармако- и

физиотерапии КПЛ СОПР (Рабинович И.М. и соавт., 2002; Литвинов С.А., 2004; Иванова Е.В., 2005; Рабинович О.Ф., Эпельдимова Е.А., 2005; Арутюнов С.Д. и соавт., 2007; Акмалова Г.М., 2016; Porter S., Scully C., 2000; Suresh S.S. et al., 2016; Akram Z. et al., 2017; Gupta S. et al., 2017), однако ощущается недостаток системных исследований по оценке роли ортопедического стоматологического лечения в комплексной реабилитации пациентов этого профиля (Калинова Н.В., 1982; Самусенков В.О. и соавт., 2014; Флайшер И.М. и соавт., 2014; Московский А.В., Вокулова Ю.А., 2015; Утюж А.С. и соавт., 2015; Чуйкин С.В. и соавт., 2015; Трунин Д.А. и соавт., 2016, 2017). Работы этого направления малочисленны, требуют более глубокой проработки и доказательной базы.

До настоящего времени должным образом не изучена потребность в оказании конкретных видов ортопедической стоматологической помощи, не актуализирован поиск рационального (эффективного и безопасного для КПЛ-ассоциированных поражений СОПР и кожи) инструментально-технологического обеспечения ортопедического стоматологического приема. Остро поднимается проблема разработки и усовершенствования применительно к пациентам с КПЛ существующих алгоритмов диагностики, планирования и проведения протетического лечения при вторичной адентии, гарантирующих его оптимальные результаты при минимизации рисков развития типичных и специфических для основного заболевания осложнений. Не обсуждена возможность улучшения стоматологических составляющих качества жизни (КЖ) пациентов с КПЛ за счет эффективной ортопедической стоматологической реабилитации.

Актуальность и недостаточная степень разработанности указанных проблемных направлений предопределили выбор темы, цель и основные задачи настоящего исследования.

**Цель исследования:** повышение качества ортопедического стоматологического лечения при отсутствии зубов у пациентов с проявлениями красного плоского лишая в полости рта на основе внедрения усовершенствованных лечебно-диагностических протоколов.

Для реализации цели исследования в работе поставлены следующие **задачи:**

1. На основе клинико-инструментальных и лабораторных исследований определить особенности ортопедического стоматологического статуса и нуждаемость пациентов с КПЛ в оказании ортопедической стоматологической помощи с учетом доли лиц, нуждающихся в первичном, повторном и дополнительном протезировании зубов; установить потребность в конкретных видах и наиболее перспективных технологиях протетического лечения, включая протезирование с опорой на дентальные имплантаты.

2. В ретроспективном исследовании изучить клинико-анамнестические параллели между динамическим состоянием слизистой полости рта при хроническом течении КПЛ и проведенными ранее предпротезной подготовкой и протетическим лечением; выявить частоту, структуру и клинико-патогенетические особенности реактивных (специфических и неспецифических) изменений СОПР, возникающих у пациентов с КПЛ в процессе пользования зубными протезами различных конструкций и материалов. Оценить функциональное состояние СОПР в периоде ремиссии / компенсации КПЛ для учета и коррекции выявленных изменений при планировании и проведении рационального ортопедического лечения.

3. Оценить степень мотивированности пациентов с КПЛ к ортопедическому стоматологическому лечению с учетом особенностей психотипа и удовлетворенности результатами первичного протезирования зубов; обозначить место психологической коррекции на ортопедическом этапе стоматологической реабилитации пациентов.

4. Разработать комплекс мероприятий по оптимизации диагностического ресурса ортопеда-стоматолога при планировании ортопедического лечения по поводу частичного или полного отсутствия зубов у пациентов с КПЛ.

5. Обосновать особенности и перспективные направления оптимизации ортопедического стоматологического лечения при отсутствии зубов у больных КПЛ; оценить эффективность внедрения разработанных лечебно-диагностических алгоритмов по клинико-функциональным показателям и с позиций качества жизни стоматологического пациента.



**Научная новизна и теоретическая значимость исследования.** Впервые установлены и детально проанализированы особенности ортопедического стоматологического статуса пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта, определены высокая частота, клинико-топографические особенности дефектов зубных рядов, а также сопутствующие им структурно-функциональные нарушения в полости рта, психоэмоциональные и социальные проблемы, негативно отражающиеся на стоматологических составляющих КЖ пациента.

Определены основные причины неуспешного первичного протезирования зубов у больных КПЛ, доказана их связь с использованием стандартных, чаще упрощенных подходов к планированию и проведению ортопедического лечения, реализуемого с использованием устаревших технологий, нерациональных конструкций и материалов, без учета структурно-функциональных изменений СОПР при хронизации КПЛ-ассоциированного воспаления.

Впервые научно обоснованы рациональные подходы к съемному и несъемному протезированию при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ с учетом степени функциональных нарушений органов и тканей полости рта, клинико-топографических особенностей поражения различных зон СОПР, индивидуальной переносимости конструкционных материалов, предпочтений пациентов и возможностей лечебных баз.

Впервые теоретически обоснованы закономерности эволюции пораженной СОПР при компенсации КПЛ на фоне эффективной медикаментозной терапии, определяющие показания (допуск) к зубному протезированию; всесторонне изучены риски планируемого протетического лечения с учетом особенностей изменений СОПР в стадии ремиссии КПЛ (склонность к атрофии, сухости, ригидности, грибковому ко-инфицированию, усилению болевой чувствительности и кровоточивости и др.), исходя из которых определены направления оптимизации предпротезной подготовки и протезирования съемными и несъемными замещающими конструкциями у пациентов с кожно-слизистым дерматозом.

Впервые описаны, терминологически обозначены и систематизированы специфические для больных КПЛ осложнения со стороны СОПР и кожи,

проявляющиеся на разных этапах и после протетического лечения по поводу вторичной адентии.

Получены новые данные об особенностях психологического статуса больных КПЛ с дефектами (замещенными или незамещенными протезами) зубных рядов, связанных с исходно низким уровнем мотивации к ортопедическому лечению, формированием психологического дискомфорта и особых форм денто/канцерофобий в исходе неуспешного протезирования, а также с низкой удовлетворенностью его результатами.

Обобщен первый опыт успешного проведения, определены особенности и преимущества использования дентальной имплантации в комплексе ортопедического лечения больных КПЛ; обозначены перспективы дальнейшего применения стоматологической имплантации у пациентов с сочетанными поражениями СОПР и кожи.

Научно обоснованы, методически выверены, инструментально и технологически обеспечены усовершенствованные лечебно-диагностические алгоритмы оказания ортопедической стоматологической помощи по поводу отсутствия зубов у больных КПЛ, эффективность внедрения которых подтверждена динамикой клинико-функциональных показателей и обоснована критериями КЖ.

**Практическая значимость результатов работы.** Результаты проведенных исследований указывают на острую необходимость совершенствования системы и методологии оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с КПЛ, нуждающимся в первичном и повторном протезировании по поводу полного или (и) частичного отсутствия зубов.

Проведен критический анализ объективных и субъективных причин неудач первичного ортопедического лечения больных КПЛ, позволяющий предложить стратегию успешного зубного протезирования у этой категории пациентов и для ее реализации разработать конкретные методические подходы.

Предложена методология расширенной динамической (до, на этапах и после протезирования) оценки состояния СОПР, ККГ и кожи у больных КПЛ, основанная

на: макро- (визуальном и люминесцентном) и микроуровневом (контактно-биомикроскопическом) анализе состояния СОПР с последующим цвето-цифровым кодированием результатов по топографическим кодам ВОЗ; определении степени увлажненности СОПР с использованием оригинальных диагностических инструментов – «Модифицированной шкалы клинической диагностики ксеростомии CSCOD» и «Модифицированного опросника для комплексной оценки ксеростомии» (рацпредложение №2641 и № 2643 от 12.03.2014); интегральной оценке степени ригидности (уплотненности) СОПР (щеки, губы, языка) с расчетом индекса ригидности; определении индивидуальной чувствительности СОПР к апробируемым конструкционным материалам по оригинальным эпимукозным тестам (рацпредложение №2740 от 10.10.2017 и №2746 от 09.11.2017); фотодокументировании клинического материала (СОПР, кожные покровы, ногти) при распространенных формах кожно-слизистого дерматоза по оригинальной методике (рацпредложение №2747 от 09.11.2017).

Разработана с учетом риска травмирования СОПР при использовании стандартных жевательных проб оригинальная (рацпредложение №2742 от 17.10.2017) атравматичная методика оценки жевательной эффективности у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.

С учетом предложенных рационализаций разработан усовершенствованный алгоритм диагностики и планирования ортопедического лечения, внедрение которого позволяет оценить индивидуальные риски зубного протезирования у пациентов с проявлениями КПЛ, обеспечивает высокий уровень диагностики за счет выбора наиболее рациональных методов, материалов и конструкций зубных протезов для замещения ДЗР у больных с хроническим кожно-слизистым дерматозом.

Определены особенности и разработан оптимизированный алгоритм ортопедического лечения вторичной адентии с использованием съемных и несъемных зубных протезов, адаптированный к специфике изменений стоматологического, психоэмоционального, дерматологического и социального статуса пациентов с компенсированным течением КПЛ СОПР. Для повышения

качества съемного и несъемного зубного протезирования при ДЗР у больных КПЛ существующие лечебные алгоритмы дополнены рядом оригинальных методических приемов (рацпредложение №2533 от 05.03.2011 «Способ профилактики десневого кровотечения при проведении стоматологических манипуляций»; рацпредложение №2640 от 12.03.2104 «Способ профилактики травматизации десны при проведении стоматологических манипуляций у больных красным плоским лишаем слизистой полости рта»; рацпредложение №2724 от 07.02.2017 «Рациональный способ протезирования дефектов твердых тканей зубов при заболеваниях слизистой полости рта»; рацпредложение №2726 от 28.03.2017 «Способ фиксации несъемных ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты у пациентов со специальными нуждами»; рацпредложение №2744 от 19.10.2017 «Способ профилактики травматических повреждений слизистой полости рта и пародонта при протетическом лечении пациентов с кожно-слизистым дерматозом»; рацпредложение №2745 от 19.10.2017 «Способ профилактики травматических повреждений десны при препарировании твердых тканей зубов у больных с хроническими заболеваниями слизистой полости рта»). Практическое использование разработанных и усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов обеспечивает повышение эффективности и безопасности ортопедического стоматологического лечения пациентов с ДЗР, способствует улучшению КЖ больных кожно-слизистым дерматозом за счет его стоматологических составляющих. Предложен и внедрен в практику ортопедо-стоматолога оригинальный поддерживающий лечебно-профилактический комплекс для защиты СОПР на этапах протезирования пациентов с ДЗР, включающий последовательное использование противовоспалительных и увлажняющих средств для местного применения.

Для комплексной оценки успешности ортопедического стоматологического лечения пациента с КПЛ эффективно использованы инструменты соцанализа – «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU и анкета-опросник удовлетворенности проведенным протезированием по шкале GRS.

Предложен алгоритм междисциплинарного взаимодействия врачей-стоматологов (ортопедов и терапевтов) с врачами-дерматологами и врачами-психотерапевтами для обеспечения необходимого качества комплексной стоматологической реабилитации пациентов с КПЛ.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Высокая потребность в протезировании дефектов зубных рядов, неудовлетворительное качество первичного протезирования, проведенного с использованием устаревших технологий, материалов и замещающих конструкций, низкая мотивированность к лечению объективизируют низкий уровень и необходимость совершенствования ортопедической стоматологической помощи пациентам с КПЛ.

2. Нерациональное протезирование зубов является значимым фактором риска осложненного течения КПЛ и развития специфических КПЛ-ассоциированных реакций СОПР, требующих адекватной профилактики и коррекции с использованием особого инструментально-технологического обеспечения и междисциплинарных решений на этапах и в ближайшие сроки после установки протезов в полости рта больных кожно-слизистым дерматозом.

3. Практическое использование усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов обеспечивает высокую эффективность и безопасность лечения пациентов с КПЛ в клинике ортопедической стоматологии, улучшает их стоматологические показатели качества жизни.

**Методология и методы исследования.** Методологической базой работы явилось последовательное применение методов общенаучного познания, приемов формальной логики и специальных клинических, инструментальных, социологических и статистических методов исследования. Субъект исследования – больной КПЛ с дефектами зубных рядов. Предмет исследования – рационализация методических подходов к ортопедическому лечению при частичном / полном отсутствии зубов для обеспечения качественной стоматологической помощи и улучшения КЖ стоматологических пациентов с КПЛ.

**Связь диссертационной работы с научными программами.** Работа выполнена в рамках комплексной темы НИР ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (номер государственной регистрации 115030310055).

**Специальность, которой соответствует диссертация.** Область и способы исследования относятся к специальности стоматология и соответствуют основным пунктам паспорта специальности 14.01.14 – стоматология (медицинские науки).

**Степень достоверности и апробация результатов.** Степень достоверности полученных результатов определяется достоверным и репрезентативным объемом выборки, выбранным научным дизайном многоцентрового открытого когортного проспективного контролируемого с элементами ретроспективного анализа клинического исследования, использованием адекватных и современных методов исследования и статистической обработки результатов.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: Всероссийских конгрессах «Стоматология XXI века: Стоматология Большого Урала» (Пермь, 2011, 2015); научной сессии молодых ученых ПГМА (Пермь, 2012); I-ом Всероссийском совещании по проблемам фундаментальной стоматологии (Екатеринбург, 2013); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной первому выпуску стоматологического факультета Кировской ГМА «Современные достижения стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Киров, 2014); XV научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» (Киров, 2014); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы дерматовенерологии и эстетической медицины» (Киров, 2015); молодежной научной школе по проблемам фундаментальной стоматологии (Екатеринбург, 2016); V Междисциплинарном медицинском конгрессе «Эффективное здравоохранение – залог здоровья общества» (Пермь, 2016).

Выполнение диссертационной работы обсуждалось на заседаниях кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, научно-координационного совета по стоматологии, ученого совета

стоматологического факультета, Совета по аспирантуре ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России.

**Личный вклад диссертанта в исследование.** Автором самостоятельно произведен обзор литературы по основным направлениями исследования, сформулированы его цель и задачи. Лично проведено стоматологическое клиническое обследование, сбор и анализ клинико-anamnestических, лабораторно-инструментальных и социологических данных у 117 пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта. На основе предложенных рационализаций, разработанных автором совместно со стоматологами и дерматовенерологами, применительно к больным КПЛ усовершенствованы лечебно-диагностические алгоритмы ведения пациентов с дефектами зубных рядов в клинике ортопедической стоматологии. Самостоятельно проведено ортопедическое стоматологическое лечение 32 пациентов с КПЛ, выполнен статистический анализ и обобщены полученные результаты, сформулированы выводы и практические рекомендации.

**Публикации.** По материалам диссертации опубликовано 14 печатных работ, в том числе, 6 – в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, из них 1 – в издании, входящем в международные реферативные базы данных и системы цитирования (Scopus); получены 14 удостоверений на рационализаторские предложения.

**Внедрение результатов исследования.** Работа выполнена на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. кафедрой – Заслуженный работник здравоохранения РФ, д.м.н., проф. О.С.Гилева) ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (ректор – д.м.н., проф. И.П.Корюкина), кафедры дерматовенерологии и косметологии (зав.кафедрой – д.м.н., проф. С.В.Кошкин) ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ Минздрава России (и.о. ректора – Копысова Лариса Анатольевна).

Материалы исследования внедрены в практику работы I-го поликлинического отделения стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (гл. врач – О.В.Поздеева), КОГБУЗ «Кировская стоматологическая поликлиника» (гл. врач – Заслуженный врач РФ,

к.м.н. И.Н.Халявина) и БУЗОО «ГКСП № 1» (гл. врач – А.И.Матешук), используются в учебном процессе кафедр терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. кафедрой – Заслуженный работник здравоохранения РФ, д.м.н., проф. О.С.Гилева) и ортопедической стоматологии (зав. кафедрой – д.м.н., доцент Н.Б.Асташина) ФГБОУ ВО ПГМУ имени академика Е.А.Вагнера Минздрава России, кафедры ортопедической стоматологии (зав. кафедрой – Заслуженный врач РФ, д.м.н., проф. С.Е.Жолудев) и кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний (зав. кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Ю.В.Мандра) ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России; кафедры ортопедической стоматологии (зав. кафедрой – доктор медицинских наук, доцент А.А.Стафеев) и терапевтической стоматологии (зав. кафедрой – доктор медицинских наук, доцент Л.М.Ломиашвили) ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 177 страницах машинописного текста и состоит из введения, главы обзора литературы, материалов и методов, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Библиографический список содержит 128 работы отечественных и 96 работ зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 3 таблицами и 40 рисунками.



## I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

*1.1. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях красного плоского лишая.*

Красный плоский лишай (КПЛ) определяют как хронический воспалительный процесс в эпителии кожи и слизистых мультифакторного генеза. Заболевание и по сей день остается актуальной проблемой современной стоматологии и медицины в связи с неясностью этиопатогенеза, разнообразием триггерных и пусковых факторов риска, развитием клинически манифестных морфофункциональных и эстетически значимых поражений кожи, слизистых оболочек и внутренних органов [1, 7, 16, 19, 22, 25, 48, 66, 84, 119, 209, 212, 221].

В структуре дерматологической заболеваемости на долю КПЛ приходится 1,5%-2,5% случаев [8, 26, 27], частота одновременного поражения слизистых оболочек и кожи варьирует от 23,0 до 28,6% [164, 208, 210]. Изолированные поражения СОПР, по данным различных авторов, зарегистрированы у 35,0% - 58,0% случаев [13, 14, 16, 105, 141, 144, 146]. Проявления КПЛ на СОПР протекают более тяжело, могут задолго предшествовать появлению кожных симптомов и оставаться единственным признаком заболевания.

Данные статистики указывают на более частую поражаемость КПЛ женщин, преимущественно 40-60 лет, т.е. женщины, находящиеся в климактерическом периоде относятся к группе риска по возникновению КПЛ. Однако, в последнее время клиницисты отмечают тенденцию к «омоложению» заболевания, диагностируя проявления КПЛ на СОПР у детей и подростков.

Специалисты рассматривают КПЛ как заболевание мультифакторной природы в которой эндогенные и экзогенные факторы могут играть определенную роль в инициации, течении и исходе патологического процесса. Исторически рассматривают несколько теорий КПЛ: вирусная, аллергическая, токсико-аллергическая, аутоиммунная, неврогенная, наследственная и др. [12, 88, 126, 205, 207] Согласно вирусной (HPV) теории, измененные вирусом эпидермальные или(и)

эпителиальные клетки выступают как антигены, индуцирующие продукцию антител, развитие аллергической реакции с аутоаллергическим компонентом, в ответ на что происходит повреждение базальной мембраны, вакуольная дегенерация базальных клеток и клеточная инфильтрация стромы [87]. Велика доказательная база у наследственной теории КПЛ [7].

Сторонники токсико-аллергической теории КПЛ отдают ей первостепенное значение в возникновении изолированного поражения СОПР. Вклад в этом аспекте патогенеза КПЛ вносит рост аллергизации населения, неконтролируемый прием медикаментов, полипрагмазия – «фармакологический прессинг», в значительной степени изменяющие физико-химический гемостаз полости рта и провоцирующие развитие аллергических и медикаментозно обусловленных поражений в полости рта [7, 175].

В последние годы возрос интерес к оценке роли дисбиотических нарушений в генезе КПЛ: по некоторым данным, у 86,5% больных КПЛ были выявлены нарушения микробиоценоза как в полости рта, так и в кишечнике [12, 35], что проявлялось достоверным снижением обсемененности сапрофитной флорой (стрептококковой, грамм-отрицательной - синегнойная, протей, кишечная палочка; лактобактерии). В отечественной и зарубежной литературе встречается много исследований, свидетельствующих о связи КПЛ с заболеваниями печени и гепатобилиарной системы (3,4 до 46,0% пациентов с КПЛ). Остается актуальной неврогенная теория происхождения КПЛ, в соответствии с которой на фоне стрессовых реакций и нервно-психического перенапряжения на СОПР и коже манифестируют патологические элементы КПЛ [2, 9, 15, 140, 168, 183, 204, 205, 215, 217]. У 60,0 % больных КПЛ выявлены низкая стрессоустойчивость, состояние дезадаптации, навязчивые страхи, чувство растерянности, беспокойства, ощущение надвигающейся беды. Доказано, что эмоциональный стресс является важным фактором перехода неосложненных форм КПЛ в осложненные. Исходя из этого, КПЛ и его проявления в полости рта правомерно рассматривают как психосоматическую патологию. В зарубежной и отечественной литературе представлены убедительные доказательства, что КПЛ является типичным

аутоиммунным заболеванием, в основе которого лежит формирование иммунного ответа к неидентифицированным аутоантигенам эпителия слизистых оболочек, а главным патогеном является повышенная функциональная активность Т-хелперов первого порядка, вызывающих воспалительный процесс типа гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ). Более выраженный сдвиг в сторону  $T_{H1}$  – опосредованного иммунного ответа проявляется при тяжелом течении КПЛ, в частности, при осложненных (эрозивно-язвенной и буллезной) формах поражения. Известно, что иммунные нарушения контролируются генетическими механизмами и это предоставляет дополнительные докзательства в пользу генетической теории КПЛ (генетической предрасположенности КПЛ).

Кожная форма КПЛ, как правило, характеризуется появлением на сгибательных поверхностях конечностей мелких зудящих папул фиолетового цвета [17, 26, 27, 28]. Поражения обычно двусторонние и симметричные. На поверхности папул образуются тонкие, прозрачные, плотно прилегающие чешуйки, располагающиеся на фоне сетки Уикхема из мелких белесоватых точек или кружевных линий [172]. Требуется особый диагностический подход и лечения гипертрофическая форма КПЛ, характеризующаяся образованием крупных гиперкератотических плотной консистенции зудящих бляшек на коже конечностей, чаще нижних. При везикулобуллезной форме, нередко на фоне бляшечных и папулезных высыпаний появляются волдыри, преимущественно на коже нижних конечностей. Реже КПЛ манифестирует пемфигоидной форме. Относительно редким клиническим вариантом КПЛ является актиническая форма, проявляющаяся у жителей отдельных регионов мира (Индия, Ближний Восток, Африка). На слизистой половых органов может проявляться кольцевидная (анулярная) форма КПЛ, сопровождающаяся кожным зудом и дискомфортом, хотя состояние может быть и бессимптомным. Атрофическая форма является следствием хронически протекающих кольцевидной или гипертрофической разновидностей КПЛ. Выраженной атрофии способствует длительное применение потенцированных или сильно потенцированных кортикостероидов для лечения КПЛ и иных системных заболеваний. Фолликулярный КПЛ (*lichen planopilaris*)

характеризуется образованием точечных гиперкератотическими папул, чаще на коже волосистой части головы. Отмечают, что эта клиническая форма КПЛ может быть спровоцирована операциями по пересадке волос или развиваться в исходе реконструктивно-пластических операций на лице. Возможными триггерами процесса могут явиться феномен Кебнера, предоперационная антигенная подготовка и послеоперационный иммуновоспалительный ответ. Редкой формой заболевания является ладонно-подошвенный КПЛ, проявляющийся высыпанием распространенных, сильно зудящих папул на коже нижних конечностей. Помимо кожи КПЛ может поражать и ногтевые пластины, что наиболее часто встречается у детей. Чаще всего поражаются ногтевые пластины верхних конечностей [144, 149, 175, 185].

Помимо кожной формы выделяют слизистые формы поражения КПЛ с вовлечением слизистых полости рта, пищевода, гортани, конъюнктивы и вульвы [164]. Изолированная форма КПЛ СОПР может быть единственным клиническим проявлением болезни, но может проявляться в сочетании с другими кожно-слизистыми феноменами.

Сочетание тяжелых форм КПЛ СОПР (десны) и слизистой половых органов выделяют в особый «вульво-вагинально-гингивальный синдром» [164].

Всесторонний анализ различных сторон патогенеза КПЛ предопределяет необходимые объемы и направления обследования и комплексного лечения пациентов.

*1.2. Стоматологические аспекты КПЛ: проявления КПЛ в полости рта и методы стоматологического лечения пациентов.*

Проблемы диагностики и стоматологического лечения клинических проявлений КПЛ в полости рта и связанных с ними структурно-функциональных и эстетических нарушений рассматриваются в научно-практическом разделе «Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ». Заболевания СОПР соотносятся с основными трендами развития современной стоматологии

[167]. Число лиц с заболеваниями СОПР у населения РФ и с других стран мира созраняет тенденцию к росту на фоне постарения, ухудшения системного здоровья, полиморбидности и полипрагмазии; проявления заболевания СОПР провоцируют множественные местные факторы риска – триггеры развития и прогрессирования КПЛ СОПР [221]. Стоматологические аспекты КПЛ многогранны, изучены недостаточно, в основном направлены на изучение особенностей клинических проявлений КПЛ в полости рта и эффективность различных программ фармакотерапии и физиотерапевтического лечения [190, 203].

### *1.2.1. Принципы и основные направления медикаментозной терапии стоматологических проявлений КПЛ.*

В отечественной и зарубежной литературе описано множество методов и средств терапии КПЛ, целесообразность применения которых опосредована той или иной теорией патогенеза заболевания. Однако, единой схемы лечения КПЛ не существует.

С учетом патогенеза КПЛ обсуждается эффективность применения различных иммунокорректирующих и иммуносупрессивных средств в комплексном лечении эрозивно-язвенных форм КПЛ [5, 20, 28, 35, 57, 58, 84, 86, 93, 96, 108, 109, 146, 151, 163, 174], перспективно применение метаболической терапии для коррекции заболеваний СОПР и пародонта [29, 59, 174, 224], в качестве альтернативы кортикостероидной терапии, провоцирующей многие местные и системные осложнения при лечении КПЛ, обоснована эффективность использования ингибиторов кальциневрина [65, 124], в качестве симптоматической терапии в комплекс лечения включается антибактериальная терапия, противовирусные и противогрибковые препараты, а также средства, обладающие эпителизирующим и местноанестезирующим действием [4, 5, 75, 83, 91, 169, 174, 198, 207]. Представляют практический интерес данные об эффективности лимфотропной медикаментозной терапии в комплексном лечении КПЛ [111, 122].

С учетом роли нейрогенных факторов в генезе КПЛ СОПР обосновано рекомендуют применение психофармакологических средств: нейротропных и седативных препаратов, витаминотерапии (гр. В, РР), по показаниям, антидепрессантов [73, 78]. Должное место отводится гипосенсибилизирующей терапии с использованием антигистаминных препаратов.

Перспективным направлением проявлений КПЛ на СОПР является назначение вит. А (его аналогов) ретиноидов, уменьшающих интенсивность воспалительной реакции, улучшающих состояние клеточных мембран и нормализующих процессы пролиферации при низкой токсичности [...].

С целью снижения антигенной нагрузки на организм больного КПЛ назначают экстраиммунную терапию – гипоаллергенную диету, лечение очагов хронических инфекций, витаминотерапию и т.д. [23, 24]

Препаратами первой линии при лечении осложненных форм КПЛ СОПР являются высокоактивные топические стероиды (бетаметазон, клобетазол), обладающие высокой клинической активностью, имеющие минимальное количество побочных эффектов в сравнении с применением системных кортикостероидов [22].

В соответствии с рекомендациями ВОЗ с 2004 года для местного лечения КПЛ СОПР в комплексной терапии деструктивных форм КПЛ используются ингибиторы кальциневрина (1% пимекролимус, 0,1% такролимус); их эффективность подтверждена в немногочисленных отечественных исследованиях [66, 67, 117, 202, 206].

Традиционно наряду с медикаментозными средствами в комплексе терапии КПЛ используются различные физические факторы: ультрафиолетовое облучение в сочетании с фотосенсибилизирующим препаратом и дозированным вакуумом [97]; лечебные грязи, морские и индифферентные ванны, общие солнечные ванны, облучение ртутно-кварцевой лампой [102]; транскраниальной электростимуляции [6] диадинамические токи [110]; ПУВА-терапия [119], постоянное магнитное поле [195]; импульсное магнитное поле [210]; гелий-неоновый лазер [39, 71, 86]; магнитолазерная терапия [208]; низкоинтенсивная эксимер-лазерная терапия [162,

163], облучение очагов поражения монохроматическим красным излучением с длиной волны – 660 нм [163], линейно-поляризованным светом [6, 49, 54, 124] и др.

Многие публикации отечественных и зарубежных исследователей посвящены вопросам организации стоматологической помощи пациентам с заболеваниями СОПР и ККГ [7, 10, 92, 201]. Зарубежные и отечественные работы последних лет свидетельствуют, что при всем многообразии средств и методов фармако- и физиотерапии проявлений КПЛ в полости рта не всегда удается достичь оптимального клинического результата с достижением стойкой ремиссии заболевания, что специалисты связывают с проблемами организации ортопедической стоматологической помощи этим пациентам в связи с чем это направление исследования было актуализировано в настоящей работе.

### *1.2.2. Состояние и проблемные вопросы оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с проявлениями КПЛ в полости рта.*

Системные исследования по оценке ортопедического стоматологического статуса пациентов с КПЛ крайне малочисленны [25, 46, 89], хотя необходимость в их проведении объективизирована многочисленными ссылками на высокую (58,8%-93,3%) распространенность дефектов зубных рядов у лиц, страдающих КПЛ, и их особое место в общей структуре стоматологической заболеваемости [1, 7, 10, 38, 55, 69, 94, 106, 193, 70, 116].

Проблемы рационального протезирования больных КПЛ с вторичной адентией не снижает своей актуальности с учетом сохраняющейся частоты выявления КПЛ и отсутствия зубов у населения земного шара. Известно, что вторичная адентия выявляется у 75% и более населения различных регионов земного шара и составляет от 40 до 75 % обращений в ЛПУ за оказанием стоматологической помощи [117]. Более того, тенденции к постарению и ухудшению общесоматического здоровья населения (ВОЗ-2020) прогнозируют

рост частоты вторичной адентии и тяжести ее проявлений за счет пациентов пожилого и старческого возраста. Известно, отсутствие зубов приводит к прогрессирующим структурно-функциональным изменениям в полости рта и организме в целом, провоцирует развитие многих системных заболеваний, в первую очередь, желудочно-кишечного тракта [12, 45]. Выраженность функциональных и эстетических нарушений при отсутствии зубов сопровождается ограничением функций, психологическим дискомфортом и расстройствами, социальной дезадаптацией и т.д., т.е. приводит к снижению стоматологических составляющих качества жизни [18, 30, 68, 161, 188]. Значимость клинико-социологических исследований этого направления подтверждается возрастающим числом публикаций по динамике стоматологических параметров КЖ в процессе ортопедического лечения.

Особенности ортопедического лечения больных КПЛ с ДЗР проанализировали с позиций влияния электрохимических факторов гальваноза на проявления этого дерматоза в полости рта [3, 21, 64, 74, 101, 103, 105, 123]. В работе обоснована значимость выявления и устранения электрохимических факторов за счет выбора конструкционных материалов зубных протезов у больных КПЛ, разработан эффективный алгоритм диагностики, лечения и профилактики обострений КПЛ у больных гальванозом. Определены особенности клинического течения КПЛ СОПР при ассоциированном гальванозе у лиц, имеющих в полости рта зубные протезы из нержавеющей стали, а также разнородные металлические конструкции; даны рекомендации по использованию у больных КПЛ кобальто-хромовых и золотосодержащих сплавов, сплавов на основе оксида циркония.

Биохимически обоснована целесообразность использования серебряно-палладиевых сплавов в качестве безопасного и биоинертного материала для зубного протезирования пациентов с КПЛ СОПР [40], доказано достоверное снижение числа и тяжести осложнений со стороны СОПР при ортопедическом лечении с использованием этих материалов, сформулированы практические рекомендации по использованию серебряно-палладиевых сплавов у больных с другими формами хронической патологии СОПР.



Роль рациональной ортопедической коррекции при ДЗР в комплексном лечении пациентов с КПЛ СОПР [79] обоснована необходимостью минимизации травмирования СОПР за счет предпочтительного использования несъемных конструкций зубных протезов, ограничения применения штампованно-паянных конструкций, рекомендаций по использованию сплавов на основе серебра и палладия, использования дуговых и пластиночных протезов с опорно-удерживающими элементами для разгрузки СОПР, а также серебрения базисов съемных протезов.

Этому созвучны практические рекомендации [116] по специфике ортопедического лечения ДЗР у больных с заболеваниями СОПР, основанные на анализе опыта протезирования 48 пациентов с КПЛ и кандидозом, 65,8% из которых нуждались в лечении ортопеда-стоматолога. В работе проанализировано качество используемых ранее зубных протезов, не отвечающее необходимым требованиям в 82,5% случаев. Критически оценены: необходимость щадящего препарирования опорных зубов, изоляции краев слепочных ложек, использования индивидуальных ложек и разгружающей методики получения функциональных оттисков, предпочтения бюгельному протезированию, использование средств фиксации зубных протезов, а также средств, стимулирующих слюноотделение у пациентов с патологией СОПР. Последние методические решения, связанные с необходимостью поддержания жидкостного гомеостаза СОПР, особенно актуальны для пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих сочетанную системную патологию и длительно принимающих лекарственные препараты с ксерогенными свойствами [91]; продемонстрирована эффективность применения комплекса препаратов Biotene на примере пациентов с симптомом «сухого рта».

Рациональные подходы к ортопедическому лечению вторичной адентии у пациентов с КПЛ обоснованы с позиций улучшения стоматологических составляющих КЖ [65]. Указано на необходимость разрыва «порочного круга» востребованности в ортопедическом лечении и проблемами частых его осложнений при наличии хронических воспалительных процессов в СОПР, решаемая совместно терапевтами-стоматологами и ортопедами-стоматологами.

В последние годы в проблематике выбора оптимального подхода к выбору методов зубного протезирования у пациентов с хроническими заболеваниями СОПР, включая проявления на ней распространенного КПЛ, все чаще обсуждаются возможности протезирования с опорой на имплантаты [145, 156, 157, 158, 160, 170, 179, 180, 181, 187, 196, 200, 214, 216]. Чаще проблема ДИ у больных с КПЛ СОПР рассматривается в иностранной литературе с позиций особенностей протезирования зубов у пациентов со специальными нуждами (*special care patients*), страдающих хроническими заболеваниями системы крови, декомпенсированным сахарным диабетом, болезнью Шегрена, аутоиммунными дерматозами (КПЛ) и др.

Ортопедическое лечение с использованием ДИ рекомендуется проводить соответственно классификационной системе оценки системного здоровья для стоматологических пациентов (*ASA Physical Status Classification System – for Dental Patients Care 2017*) [208] лишь у пациентов с КПЛ, входящих в категории ASA I-II; у лиц ASA-III, как правило, нуждающихся в интенсивном лечении, ДИ должна проводиться под строгим общеврачебным контролем системного состояния, в стационаре, чтобы избежать возможных осложнений [134, 145, 150, 156, 157, 181, 214]. Учитывается, что пациенты с распространенными кожно-слизистыми КПЛ-ассоциированными поражениями, как правило, получают в качестве базовой терапии системные кортикостероиды, поэтому составляют группу риска для прогноза результатов ДИ, т.к. продемонстрировано их отрицательное влияние на регенерацию костной ткани челюстей после ДИ и полноценность остеоинтеграции имплантатов на фоне атрофии костных и мягкотканых комплексов, усиления кровоточивости, присоединения кандидоза [139]. Очевидно, у пациентов с проявлениями КПЛ СОПР, планирующих на этапе реабилитации ортопедическое лечение с использованием ДИ, следует регламентированно применять общую и местную кортикостероидную терапию, по возможности заменить гормональные препараты на препараты «второй линии», например, ингибиторы кальциневрина, зарекомендовавшие себя как эффективное и относительно безопасное противовоспалительное и иммуномодулирующее средство при осложненных формах КПЛ СОПР [126].

В ретроспективном исследовании [198] определено (у 14 пациентов) влияние состояния СОПР, пораженной КПЛ, на успешность ДИ в отдаленные (1,0-2,0 года) сроки наблюдения в сравнении с исходами протезирования на имплантатах у 15 лиц со здоровой СОПР, имеющих показания к ДИ по поводу частичного отсутствия зубов. Сравнительные исследования указали на отсутствие различий в успешности ДИ у пациентов со здоровой СОПР и СОПР у пациентов с проявлениями КПЛ. Аналогично обнадеживающие результаты протезирования зубов на имплантатах продемонстрированы в кросс-секционном исследовании Lopez-Jornet P. et al., 2014 [187]. Так, после ДИ у пациентов с проявлениями КПЛ СОПР в 17,9% случаев в ранний послеоперационный период выявляли признаки воспаления СОПР в периимплантатной зоне (периимплантитный мукозит), а в более поздний период в 25,0% случаев клинико-рентгенологически диагностировали периимплантит. По результатам сравнительного исследования, с учетом сопоставимой частоты постимплантационного мукозита и периимплантита у больных КПЛ и лиц с неизменной СОПР сформулировано заключение, что эндооссальные имплантаты не осложняют течение КПЛ СОПР и не являются фактором риска его прогрессирования. Положительно оценено влияние протетического лечения (с использованием и без использования ДИ) пациентов с КПЛ СОПР на стоматологические показатели качества жизни по индексу ОНIP-14.

Отмечено [170] положительное влияние протетического лечения с опорой на имплантаты на течение хронического эрозивного поражения СОПР при КПЛ, проявляющееся снижением частоты и продолжительности рецидивов, купированием субъективных симптомов и самочувствия пациентов. Указано на необходимость особой поддерживающей терапии СОПР на этапах ортопедического лечения с использованием ДИ. Практически все исследователи указывают на необходимость тщательного анализа состояния СОПР перед выбором способа протезирования зубов у стоматологических пациентов, особенно у лиц с патологией СОПР. По мнению ряда авторов, клиническая структура КПЛ СОПР определяет показания к ДИ, которая обоснованно рекомендована при неосложненных (папулезных, ретикулярных, бляшечных) формах заболевания и

менее показана при осложненном эрозивно-язвенном поражении (даже в стадии ремиссии заболевания), особенно часто выявляемом у пациентов с полным отсутствием зубов [170]. Проведенный анализ специальной литературы указывает на то, что состояние СОПР наряду с качеством и количественными характеристиками костной ткани челюстей оказывает влияние на исход ортопедического лечения, в т.ч. с использованием ДИ, что особенно четко прослеживается у пациентов с КПЛ. Очевидно, что проблемы материального обеспечения имплантационного лечения пациентов с КПЛ, чаще лиц пожилого возраста, с низким материальным достатком, ограничивают возможности его проведения в широкой клинической практике, но не исключают необходимости научно-практических изысканий подобного направления, что было учтено в планируемой работе.

Таким образом, использование современных технологий (материалов и видов конструкций) зубного протезирования должно рассматриваться как фактор профилактики общих реакций организма и тканей полости рта на конструкционные материалы при планировании ортопедического стоматологического лечения у лиц с сохранным системным и стоматологическим статусом, а для пациентов с кожно-слизистым дерматозом (КПЛ) приобретает особое значение для полноценной реабилитации по завершению местной и системной медикаментозной терапии, предпротезной подготовки пациента.

Резюме. Красный плоский лишай – это актуальная проблема специалистов разных медицинских специальностей, его комплексное лечение должно основываться на тесных междисциплинарных решениях. Среди стоматологических проблем на сегодняшний день наименее изучены особенности ортопедического лечения как важного этапа стоматологической реабилитации пациента с КПЛ; не определены потребность и нуждаемость в оказании ортопедической стоматологической помощи у этой декретированной группы пациентов, не проведена оценка перспектив применения современных технологий протезирования. Требуют решения вопросы адекватного инструментально-технологического обеспечения диагностических и лечебных мероприятий у

ортопеда-стоматолога. Значимы исследования по поиску эффективных и безопасных методик ортопедического лечения с учетом особенностей состояния СОПР, дефектов зубных рядов, индивидуальных характеристик пациентов с определением их психотипа и мотивированности к лечению; актуализируется оценка комплексной ортопедической стоматологической реабилитации с позиций повышения качества жизни больного с хроническим кожно-слизистым дерматозом.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Общая характеристика клинических исследований.

Для решения поставленных задач за период с 2011 по 2015 годы на базах стоматологической клиники (гл. врач – О.В.Поздеева) и кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. кафедрой – Заслуженный работник здравоохранения РФ, д.м.н., проф. О.С.Гилева) ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (рис. 2.1. а), кафедры дерматовенерологии и косметологии (зав.кафедрой – д.м.н., проф. С.В.Кошкин) ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» (рис. 2.1. б) и КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (гл. врач – Заслуженный врач РФ, к.м.н. И.Н.Халыгина) (рис. 2.1. в) проведено комплексное исследование по оценке ортопедического статуса, потребностей в протетическом лечении и обоснованию рациональных подходов к его проведению у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.



а



б



в

Рисунок 2.1 – Базы исследования: кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, стоматологическая клиника ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (а); кафедра дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» (б); КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (в).

Структуру и методологию научного исследования основывали на принципах доказательной медицины, соблюдая правила качественной клинической практики (Good Clinical Practice, GCP) [72].

*Дизайн исследования* – многоцентровое открытое когортное проспективное контролируемое с элементами ретроспективного анализа клиническое исследование. Всего в исследование включено 117 пациентов (24 мужчины и 93 женщины в возрасте 24-70 лет) с проявлениями КПЛ в полости рта, проживающих на территории Приволжского Федерального округа (Пермский край, Кировская область). В проспективной части работы обобщены данные результатов ортопедического лечения вторичной адентии у 32 пациентов (7 мужчин и 25 женщин в возрасте 56-64 лет), проведенного с использованием разработанных и усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов.

*Субъект исследования* – пациент с проявлениями КПЛ в полости рта, состоящий на диспансерном учете врача-стоматолога, ведущего специализированный прием пациентов с хроническими заболеваниями СОПР и пародонта. Постановка пациентов с КПЛ на диспансерный учет осуществлялась по направлениям врачей-стоматологов амбулаторно-поликлинического звена (при наличии изолированных форм КПЛ СОПР) или врачей-дерматологов, проводящих стационарное лечение по поводу распространенных (кожно-слизистых) форм КПЛ (КОГБУЗ «Кировский кожно-венерологический диспансер»). Субъект проспективной части исследования – пациент с КПЛ в стадии медикаментозной ремиссии / типичной форме, проходящий лечение в клинике ортопедической стоматологии по поводу вторичной адентии.

*Предмет исследования* – рационализация методических подходов к ортопедическому лечению при частичном / полном отсутствии зубов для обеспечения качественной ортопедической стоматологической помощи и улучшения КЖ стоматологических пациентов с КПЛ.

*Критерии включения* пациентов в исследование:

- возрастная группа – 24 - 70 лет;
- наличие у пациента КПЛ, диагноз которого подтвержден клинически и лабораторно;

- отсутствие у пациента декомпенсированных форм сочетанной системной патологии, ограничивающей его активность и составляющей угрозу жизни (ASA I-II);
- наличие информированного согласия на участие в клиническом исследовании и использование персональных данных в научных целях.

*Критерии исключения:*

- лица моложе 24 и старше 70 лет;
- наличие тяжелой системной патологии, ограничивающей активность и составляющей угрозу жизни (ASA III-V);
- отсутствие информированного согласия на участие в клиническом исследовании.

Исследование включено в основной план НИР (номер госрегистрации 115030310055) и одобрено решением Локального этического комитета ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России в соответствии с принципами Хельсинской декларации ВМА [120, 222].

*2.2. Принципы диагностики КПЛ; общеклиническое обследование и лечение пациентов с КПЛ.*

Когорта пациентов, вошедших в исследование, представлена пациентами стоматологического (амбулаторно-поликлинического) и дерматологического (стационарного) приема (соответственно 95 (81,2%) и 22 (18,8%) человек). Сочетанные поражения кожи и СОПР были выявлены у всех (100,0%) госпитализированных пациентов дерматологического профиля, проходящих лечение по поводу КПЛ в кожно-венерологическом диспансере, а также у 24 (25,3%) стоматологических пациентов, состоящих на учете стоматолога по поводу КПЛ СОПР. У 80 (64,8%) всех включенных в исследование пациентов кожные симптомы КПЛ отсутствовали, заболевание манифестировало только в полости рта (*изолированный КПЛ СОПР*), тогда как 37 (31,6%) пациентов имели



мультизональные кожно-слизистые проявления, сопровождающиеся вовлечением в процесс СОПР (*распространенный КПЛ*).

У пациентов дерматологического профиля диагноз КПЛ (L43 – лишай красный плоский) формулировали (МКБ-10) в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями [117], на основании результатов комплексных клинико-лабораторных исследований. Выделяли типичную, гипертрофическую (веррукозную), атрофическую; пигментную, пузырьную; эрозивно-язвенную и фолликулярную формы дерматоза.

По показаниям клинический диагноз КПЛ подтверждали гистологически по наличию (рис. 2.2): гиперкератоза с неравномерным гранулезом и акантозом; выраженной вакуольной дистрофии клеток базального слоя эпидермиса; диффузной полосовидной круглоклеточной инфильтрации верхнего отдела дермы; экзоцитоза; периваскулярных лимфо-гистиоцитарных инфильтратов из базофилов, меланофагов, гистиоцитов в глубоких слоях дермы.

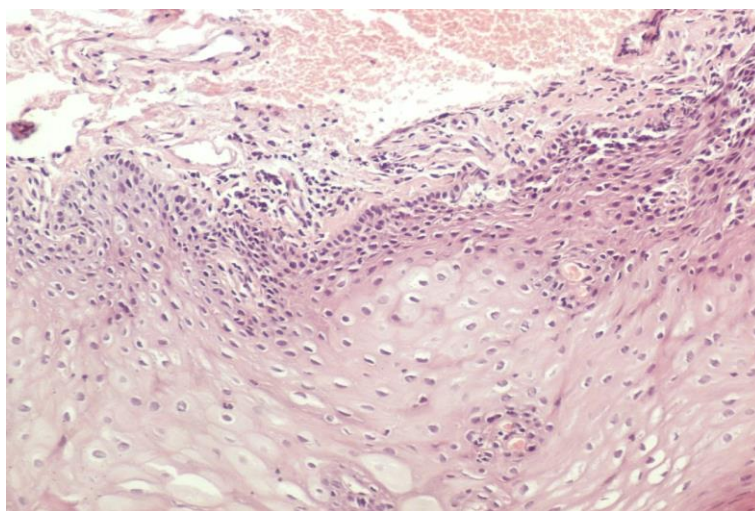


Рисунок 2.2 – Патоморфологические признаки гипертрофической формы КПЛ; окраска гематоксилин-эозином. х 400.

Распространённость КПЛ характеризовали с учетом вовлеченности кожи, ногтевых пластин и слизистых различной локализации, включая СОПР; выделяли острое (до 1 мес.), подострое (до 6 мес.) и хроническое (более 6 мес.) течение заболевания, а также стадии прогрессирования, стабилизации и регресса.

Дифференциальную диагностику кожных проявлений КПЛ проводили с вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом, ориентируясь на результаты клинико-лабораторных исследований. Врач-дерматолог по показаниям назначал пациентам консультации эндокринолога, терапевта, стоматолога, гинеколога, уролога, офтальмолога и др. специалистов, а также дополнительные методы обследования: клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови с определением общего белка, глюкозы, прямого и связанного билирубина, АСТ, АЛТ, триглицеридов, холестерина.

При выявлении у пациентов, госпитализированных по поводу КПЛ, сочетанных проявлений заболевания в полости рта (СОПР, ККГ), основной диагноз дополняли развернутым стоматологическим диагнозом в соответствии с МКБ-С на основе МКБ-10: L43 Лишай красный плоский; L43.8 Другой красный плоский лишай; L43.80 Проявления красного плоского лишая папулезные в полости рта; L43.81 Проявления красного плоского лишая ретикулярные в полости рта; L43.82 Проявления красного плоского лишая атрофические и эрозивные в полости рта; L43.83 Проявления красного плоского лишая (типичные бляшки) в полости рта; L43.88 Проявления красного плоского лишая уточненные в полости рта; L43.89 Проявления красного плоского лишая неуточненные в полости рта.

Кроме того, в процессе углубленного стоматологического обследования, на основании жалоб, данных анамнеза и визуальной (клинико-люминесцентной) оценки СОПР формулировали диагноз КПЛ СОПР, основываясь на классификации Е.В.Боровского, А.А.Машкиллейсона (1984), выделяя типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, гиперкератотическую, буллезную и атипичную форму. По характеру течения выделяли осложненные (эрозивно-язвенная, экссудативно-гиперемическая, буллезная) и неосложненные (типичная, гиперкератотическая) формы КПЛ СОПР.

У всех пациентов анализировали (по заключениям участковых терапевтов, выкопировкам из медицинских карт госпитализированных пациентов) состояние системного здоровья (распространенность, тяжесть и коморбидность системных

заболеваний), используя классификационную схему ASA, модифицированную М. Fehrenbach и J. Weiner для пациентов стоматологического профиля (ASA Physical Status Classification System – for Dental Patients Care 2017) [207], позволяющую в зависимости от степени его сохранности и наличия / отсутствия риска стоматологического лечения отнести пациента к одной из 6-ти групп: ASA I – сохранное системное здоровье, отсутствие риска стоматологического лечения; ASA II – легкое (среднетяжелое) течение системной патологии, компенсируемое медикаментозно; минимальные риски стоматологического лечения, консультации соответствующих специалистов перед стоматологическим лечением; ASA III – среднетяжелое течение одной или нескольких форм системной патологии; сохранная трудоспособность, ограничение активности; определенные риски стоматологического лечения, требующие консультаций соответствующих специалистов и подготовки к стоматологическому лечению пациента; ASA IV – пациенты с тяжелой системной патологией, ограничивающей его активность, составляющей угрозу для жизни пациента; высокие риски стоматологического лечения; ASA V – пациенты в состоянии агонии, без надежды выжить в ближайшие 24 часа без/после оперативного вмешательства; ASA VI – пациенты в состоянии клинической смерти, потенциальные доноры органов.

Госпитальное лечение пациентов с распространенным кожно-слизистым КПЛ проводили в кожно-венерологическом диспансере, в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных красным плоским лишаем [117]. Лечение назначали с учетом формы, стадии, степени выраженности, распространенности и длительности заболевания, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, эффективности проводимой ранее терапии, психо-эмоционального статуса пациента. В качестве базисной противовоспалительной и иммуносупрессорной терапии пациентам назначали невысокие суточные дозы глюкокортикоидов (20-30 мг перорально в пересчете на преднизолон в течение 1-2 месяцев с последующей постепенной отменой), сочетая их с приемом: антималярийных препаратов на основе производных 4-

аминохинолина (гидроксихлорохин 200 мг 2 р. в сутки перорально курсом 5 дней с 2-х дневным перерывом между последующими 1-2-хмесячными курсами); антигистаминных, седативных, ноотропных, антиоксидантных, витаминных препаратов.

Стоматологическое лечение деструктивных (эрозивно-язвенных, экссудативно-гиперемических, буллезных и др.) форм КПЛ СОПР включало применение высокоактивных топических стероидов (клобетазола пропионат в форме геля / мази аппликационно) или, при наличии противопоказаний, ингибиторов кальциневрина (мазь Элидел в аппликациях) в течение 3-4 недель, в сочетании со светотерапией низкоинтенсивным лазерным лучом в методиках, оказывающих комплексное антибактериальное, противовоспалительное, обезболивающее, ранозаживляющее действие [7, 55, 126, 152, 153, 165, 220]. Пациенты стоматологического профиля, находящиеся на диспансерном учете врача-стоматолога по поводу неосложненного типичного КПЛ, специфического лечения СОПР не получали, им проводилась максимально атравматичная для СОПР и ККГ санация полости рта, включая лечение кариеса зубов и его осложнений, а также рациональное (эффективное и безопасное) протетическое лечение, подготовка к которому и основные этапы проведения которого были оптимизированы в процессе настоящего исследования (гл. 4).

*2.3. Комплексное стоматологическое обследование с углубленной оценкой состояния СОПР и ортопедического стоматологического статуса пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.*

Всем пациентам с КПЛ проводили комплексное стоматологическое обследование по ВОЗ с углубленной оценкой состояния СОПР [176], а также целевое клинико-инструментальное и лабораторное обследование по оценке ортопедического стоматологического статуса с определением нуждаемости в различных видах протезирования с учетом качества имеющихся зубных протезов.

Стоматологическое обследование пациентов проводили в условиях стоматологических кабинетов (рис. 2.3), по единому алгоритму, с использованием стандартных и специальных, в том числе, клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования.



Рисунок 2.3 – Стоматологическое обследование пациента с проявлениями КПЛ в полости рта в КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (г. Киров).

При сборе анамнеза у пациентов с КПЛ обращали внимание на социальный и трудовой статус, наличие профвредностей. Выясняли наличие системных заболеваний, в т.ч. являющихся факторами риска развития и прогрессирования КПЛ, и их медикаментозное сопровождение, выявляя возможное лихенизирующее, ulcerогенное, ксерогенное, раздражающее СОПР действие длительно применяемых лекарственных препаратов. Выясняли наличие и длительность существования у пациентов вредных привычек – курения, злоупотребления алкоголем, горячей (острой) пищей, а также привычного прикусывания СОПР. Уточняли наличие КПЛ и иных дерматозов у ближайших родственников.

Анализировали опыт предшествующего стоматологического лечения КПЛ СОПР, эффективность медикаментозных средств, применяемых для топической терапии, а также методов хирургического или физиотерапевтического лечения.

Оценивали возможное влияние схем глюкокортикоидной терапии на выраженность гемorragического, дисбиотического и ксеростомического симптомов. Определяли общую продолжительность и максимальные сроки ремиссии заболевания. У пациентов с дефектами и частичной потерей зубов прицельно выясняли возможность травматизации СОПР (обострения КПЛ) разрушенными коронками зубов, некачественными реставрациями или протетическими конструкциями. Определяли наличие взаимосвязи между дисгеузическим и (или) парестетическим симптомами, жжением, сухостью в полости рта и протезированием с применением конкретных конструкционных материалов.

Выясняли, как часто, по мнению пациента, дебютные симптомы КПЛ (папулезные высыпания) или его обострения (развитие осложненных форм, нарастание площади поражения) были связаны с протезированием зубов и (или) предпротезной подготовкой. При наличии в полости рта пациента зубных протезов из анамнеза выясняли особенности течения адаптационного периода, оценку пациентом качества проводимого ранее ортопедического лечения.

Анализировали возможную взаимосвязь всех этапов проведенного протезирования и предпротезной подготовки с появлением новых элементов КПЛ на СОПР и коже (ногтях), с трансформацией неосложненных форм КПЛ в осложненные, в т.ч. с развитием вторичных, особенно язвенных и пузырьных элементов поражения. Выясняли, на какой стадии заболевания (подострой, хронической в ремиссии), по мнению пациента, ортопед-стоматолог приступал к первичному зубному протезированию, как пациент был подготовлен психологически и обеспечен финансово. Инициальной точкой для изучения анамнеза КПЛ СОПР во взаимосвязи (позитивной, негативной, эмпирической) с протетическим лечением было выяснение времени появления кожно-слизистых проявлений заболеваний: «задолго до», «во время предпротезной подготовки», «на этапе протезирования», «в период адаптации», «после долгого пользования зубным протезом». Выясняли, направлялись ли обследуемые пациенты на ортопедическое лечение терапевтом-стоматологом или решение о протезировании пациенты

принимали самостоятельно, насколько часто в ходе протезирования в связи с обострением КПЛ СОПР пациенту требовалась специализированная терапевтическая стоматологическая помощь (лечение заболеваний СОПР и пародонта).

У пациентов с ретикуло-папулезными формами КПЛ выясняли, насколько проведенные этапы лечения и подготовки к нему провоцировали развитие фокального гиперкератоза и веррукоза – особенно в области неба, десны, альвеолярных отростков.

Отношение больных КПЛ СОПР к зубному протезированию анализировали и с позиций появления / нарастания симптомов канцерофобии, депрессии и иных психосоматических расстройств, а также в связи с понесенными на лечение финансовыми тратами, результируя полученные данные в оценку качества жизни стоматологического пациента с сочетанным дерматозом. Выясняли общее отношение пациента к поддержанию стоматологического здоровья, индивидуальную психологическую настроенность к протезированию зубов, предпочтения к выбору тех или иных методов ортопедического лечения, в т.ч. с учетом финансовых возможностей.

При осмотре обращали внимание на внешний вид больного, состояние кожных покровов (лицо, область предплечий, голеней и др.), оценивали цвет, увлажненность, наличие патологических элементов (папул, эрозий, эксфолиаций и т.п.), в отдельных случаях изучали состояние ногтевых пластин, волос, конъюнктивы глаз. При осмотре челюстно-лицевой области (ЧЛО) определяли симметричность лица, высоту его нижней трети, выраженность носогубных складок; оценивали состояние красной каймы губ, её цвет, степень увлажненности, четкость контуров линии Клейна, наличие патологических элементов; осматривали углы рта на наличие трещин, заед, корок, налета. Состояние височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у пациентов с КПЛ оценивали по сокращенному «Гамбургскому» опроснику, выявляя лиц с функциональной нормой, лиц с 40%-ной вероятностью дисфункции ВНЧС и лиц с явной патологией суставов [136]. Максимальную ширину открывания рта определяли, используя оригинальное

атравматичное измерительное устройство, позволяющее определить степень затруднения открывания рта максимально щадящим для ККГ и СОПР способом [115].

Осмотр собственно полости рта проводили при дневном освещении, визуально или, по требованию, с использованием бинокулярных линз. Соответственно 3-4-ой задачам исследования, проводили углубленную оценку состояния СОПР и ККГ, визуально определяя цвет, опалесценцию, увлажненность, рельеф поверхности, наличие и выраженность отека, патологических элементов на СОПР и ККГ, конкретизируя их стадии развития, количество, площадь, топографию и характер группирования, состояние границ, наличие и степень перифокального воспаления. У лиц, имеющих в полости рта зубные протезы, анализировали их «территориальную» сопряженность с фокусами КПЛ СОПР, уточняли симметрично или асимметрично к протезу были сгруппированы элементы, анализировали топографию первично появившегося(ихся) элемента(ов) КПЛ на СОПР и их расположение в проекции или (и) в контакте с конкретными частями конструкции.

Для документирования результатов обследования СОПР пациентов с КПЛ использовали модифицированную схему-топограмму СОПР (О.С.Гилева и соавт., 2008) с цветовым и цифровым кодированием 61-ой топографической зоны, включая пародонтальные сегменты (рис. 2.4). Подобная визуализация клинико-топографических особенностей КПЛ СОПР с точным кодированием «проблемных» зон СОПР оказывалась полезной при принятии междисциплинарных решений терапевтом-стоматологом, хирургом и ортопедом-стоматологом. Знание зон «излюбленной» локализации элементов поражения у конкретного пациента, страдающего КПЛ, имело важное значение при планировании ортопедического стоматологического лечения, выборе конструкционных решений и материалов.



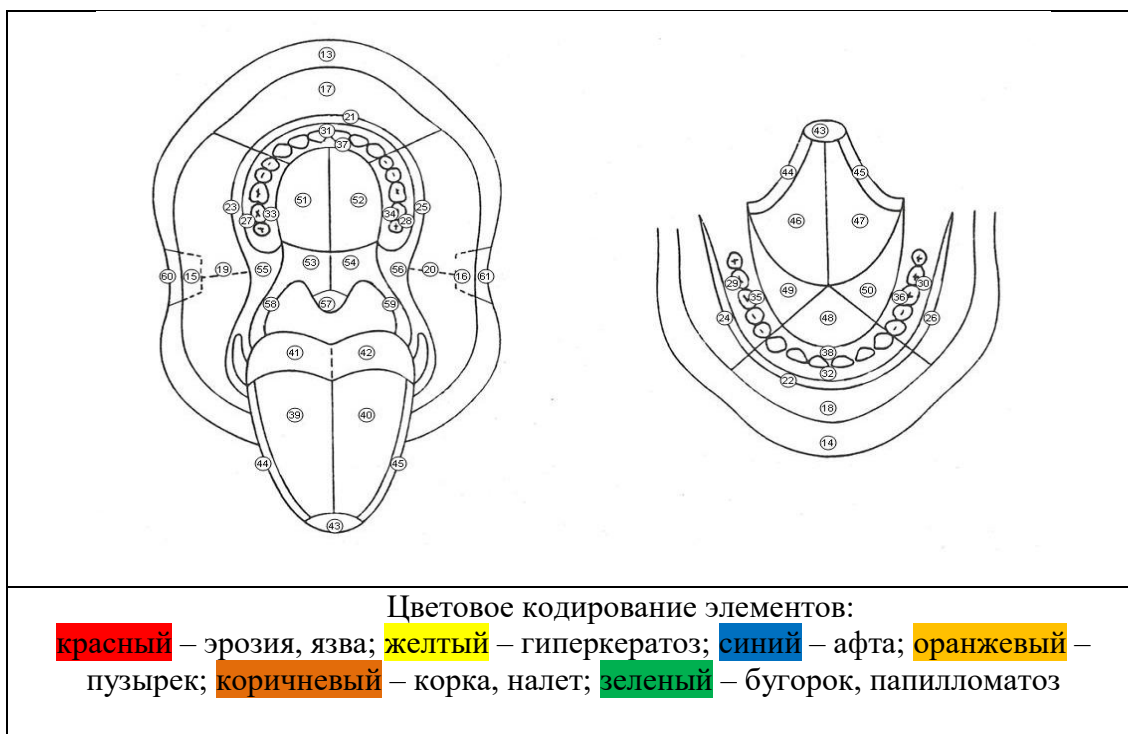


Рисунок 2.4 – Модифицированная схема-топограмма СОПР с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ (Гилева О.С. и соавт., 2008).

Состояние СОПР (наличие воспаления, десквамации, атрофии, склерозирования и т.д.) у больных КПЛ оценивали люминескопически (рис. 2.5), используя интраоральную систему «ВизиЛайт Плюс» (ZilaPharmaceuticals, USA) (рис. 2.5.) [130, 173, 219]. Люминесцентное обследование СОПР проводили: исходно, при первичном осмотре пациента; непосредственно перед началом протезирования; на его этапах и по завершению периода адаптации к изготовленным протезам.



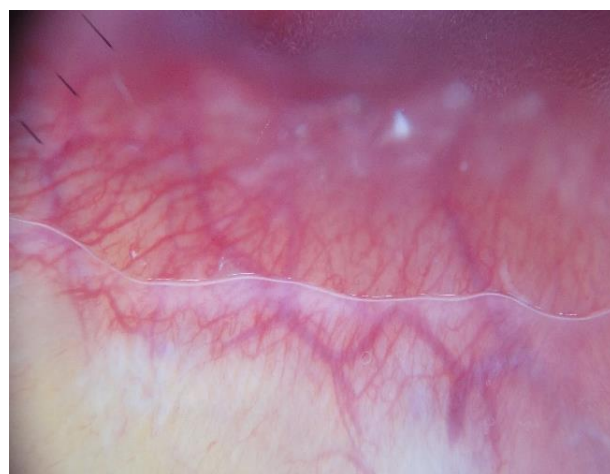
Рисунок 2.5 – Процедура люминесцентного обследования слизистой неба (51-54 ТК ВОЗ) с использованием системы ВизиЛайт Плюс

Люминесцентное обследование СОПР проводили: исходно, при первичном осмотре пациента; непосредственно перед началом протезирования; на его этапах и по завершению периода адаптации к изготовленным протезам.

Клинико-люминесцентную оценку состояния СОПР дополняли данными контактной биомикроскопии (Dermlite II Pro HR; Dermlite, USA), широко применяемой для клинического анализа кожи при различных дерматозах. Эпилюминесцентный микроскоп при 10-кратном оптическом увеличении позволял визуально и фотометрически оценить состояние микроциркуляторного русла СОПР (по 15-16, 60-61, 39-40 и 13-14 ТК ВОЗ) по количеству и форме капилляров, извилистости и плотности капиллярной сети, состоянию (мутность, прозрачность) капиллярного фона, наличию деструктивных изменений структуры капилляров в зоне контакта окуляра с СОПР или ККГ (рис. 2.6). Метод биомикроскопии\*<sup>1</sup> использовали в комплексе мероприятий по оценке индивидуальной переносимости конструкционного материала (эпимукозный тест), планируемого к использованию для протезирования у пациента с проявлениями КПЛ в полости рта.



а



б

Рисунок 2.6 – (а) Портативный эпилюминесцентный микроскоп Dermlite II Pro HR; (б) Состояние микроциркуляторного русла СОПР при увеличении 10х.

<sup>1</sup>Удостоверение на рационализаторское предложение №2740 от 10.10.2017 «Методика оценки индивидуальной переносимости конструкционных материалов у пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин, М.М.Мирзоян)





Наличие в анамнезе или на момент обследования больных КПЛ в большей или меньшей степени выраженного воспалительного процесса в СОПР предполагало измерение такого значимого для качественного протезирования показателя состояния СОПР, как ее податливость. Принимали во внимание, что у больных КПЛ хронизация воспаления с существенными изменениями сосудистого русла СОПР, даже на фоне эффективной гормональной или иммуносупрессивной терапии, приводит к развитию очаговой атрофии или рубцовых изменений, что должно неизбежно сказываться на податливости СОПР, нарастании размеров ее малоподатливых, ригидных участков, особенно в области протезного ложа у лиц, пользующихся съемными зубными протезами. Это указывало на необходимость учета степени податливости СОПР при: выборе оттискового материала с заданной вязкостью, получении оттисков (разгружающих, а не компрессионных), выборе конструкционного материала и конструкции протеза. Степень и величину податливости слизистой протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов определяли, используя классификацию Supplee с выделением 4-х классов (типов): умеренно податливой; мало податливой атрофичной; избыточно податливой / рыхлой и т.д.

Интегральную оценку степени ригидности (малоподвижности) СОПР (щек, губ, языка) и ККГ у пациентов с хроническими заболеваниями СОПР проводили в соответствии с рекомендациями Kraemer J. R. et al. (1980), ориентируясь на тактильные ощущения врача при инструментальном обследовании и субъективные заключения пациента, суммарно ранжируемые по балльному индексу ригидности (ИР): 0 баллов – слизистая и ККГ хорошо подвижны, их ригидность не определяется; 1 балл – подвижность слизистой (ККГ) несколько ограничена, преимущественно в ее отдельных топографических зонах; возможности клинического анализа состояния органов и тканей полости рта не ограничены; 2 балла – СОПР (ККГ) умеренно ригидна во всех топографических зонах; 3 балла – определяются выраженная ригидность СОПР (ККГ) во всех топографических зонах, существенно ограничивающая возможность полноценного клинического







анализа состояния органов и тканей полости рта с помощью рутинных инструментальных методик.

Объективную оценку степени выраженности ксеростомии проводили по модифицированной (Гилева О.С. и соавт., 2014) [81] применительно к заболеваниям СОПР шкале клинической диагностики ксеростомии Challacombe S. J. («The Challacombe Scale of Clinical Oral Dryness», CSCOD, Challacombe S. J. et al., 2008)\*<sup>2</sup>. При осмотре СОПР визуально и инструментально идентифицировали 10 ключевых клинических признаков ксеростомии (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Модифицированная шкала клинической диагностики ксеростомии Challacombe S. J. (Гилева О.С. и соавт., 2014)

№	Признаки (симптомы) ксеростомии	Клиническая иллюстрация симптома
1	Стоматологическое зеркало легко прилипает к слизистой оболочке щеки (ТК ВОЗ 19,20) во время стоматологического обследования	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с проявлениями типичной формы КПЛ СОПР</p>
2	Стоматологическое зеркало легко прилипает к спинке и боковой поверхности языка (ТК ВОЗ 39,40) во время стоматологического обследования	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с проявлениями типичной формы КПЛ СОПР</p>
3	При осмотре СОПР в ретромолярной, подъязычной (реже на небе и щеках) (ТК ВОЗ 19, 20, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56) областях обнаруживается пенная слюна	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с проявлениями типичной формы КПЛ СОПР</p>
4	Отсутствие слюны (сухость) в подъязычной области (ТК ВОЗ 48,49,50)	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне гепатита С</p>

<sup>2</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2641 от 12.03.2014 «Модифицированная шкала клинической диагностики ксеростомии» (О.С.Гилева, Е.Н.Смирнова, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, О.Н.Турунцева, Е.М.Мусорина)

5	Атрофия сосочков на дорсальной поверхности языка (ТК ВОЗ 39, 40) (лакированный язык)	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с проявлениями эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР</p>
6	Утрата рельефа маргинальной и папиллярного сегментов десны (ТК ВОЗ 31,32) (чаще их сглаженность)	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с проявлениями экссудативно-гиперемической формы КПЛ СОПР</p>
7	Утрата присущего СОПР блеска и опалесценции (тусклый вид), особенно в области неба (ТК ВОЗ 51,52)	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с проявлениями эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР</p>
8	Появление складчатости (борозды, трещины) на дорсальной поверхности языка (ТК ВОЗ 39,40)	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с хроническим кандидозом полости рта</p>
9	Наличие множественного пришеечного кариеса	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с хроническим кандидозом полости рта на фоне иммунодефицитного состояния</p>
10	Образование трудно снимаемого, липкого бактериального налета на зубах и СОПР (чаще на небе) (ТК ВОЗ 51,52)	 <p>Симптом продемонстрирован на примере пациента с кандидозом полости рта</p>

По клиническому показателю ксеростомии CSCOD степень ксеростомии ранжировали как легкую (I) – при 1-3 баллах, среднюю (II) – 4-6 баллов, тяжелую (III) – 7-10 баллов. Данные дополняли результатами анкетирования пациентов по модифицированному опроснику\*<sup>3</sup> для комплексной оценки ксеростомии.

<sup>3</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2643 от 12.03.2014 «Модифицированный опросник для комплексной оценки ксеростомии» (О.С.Гилева, Е.Н.Смирнова, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халыгина, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, О.Н.Турунцева, Е.М.Мусорина)

Учитывая значимость негативного влияния различных конструкционных материалов зубных протезов на СОПР [60, 64, 103, 105, 123, 142, 171, 184, 192, 211, 213, 218], на этапе планирования лечения пациентов с КПЛ определяли индивидуальную переносимость конструкционных материалов с помощью эпимукозного теста<sup>4,5</sup>. Эпимукозные пробы воспроизводили в 2-х вариантах топической доставки тестируемых материалов к СОПР: 1. На тестовом диске, апплицируемом на СОПР (чаще щеки по 15-19 и 16-20 ТК ВОЗ) и фиксируемом на ней с помощью индифферентной прозрачной биопленки (рис. 2.7) в течение 120 мин.; 2. В индивидуальной полимерной капле с «карманом» для образца материала, контактирующего с СОПР (17, 19-20 ТК ВОЗ) через «окошко» (рис. 2.8). Результаты тестов оценивали визуально, люминескопически и методом контактной биомикроскопии.



Рисунок 2.7 – Проведение эпимукозного теста: тестируемый материал апплицируется на СОПР на 15-19 ТК ВОЗ.

---

<sup>4</sup>Удостоверение на рационализаторское предложение №2740 от 10.10.2017 «Методика оценки индивидуальной переносимости конструкционных материалов у пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин, М.М.Мирзоян)

<sup>5</sup>Удостоверение на рационализаторское предложение №2746 от 09.11.2017 «Модифицированная методика эпимукозного теста на стоматологическом приеме» (О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.А.Городилова)



а



б

Рисунок 2.8 – Индивидуализированная каппа для фиксации тестируемого образца в полости рта (а); каппа с тестируемым образцом материала в полости рта (б).

В динамике фиксировали: изменение цвета, рельефа поверхности, опалесценции, увлажненности участка СОПР в месте аппликации и субъективные ощущения пациента – локальное жжение, ссаднение, шероховатость и др. Анализировали состояние микроциркуляторного русла СОПР в месте аппликации (прирост количества капилляров, уплотнение капиллярной сети, извитость, мутность капиллярного фона, явные изменения структуры капилляров и др.) до и после аллергопробы [60, 64, 103, 105, 123]. После проведения эпимукозных проб с тестируемым конструкционным материалом у больных КПЛ в течение недели оценивали состояние СОПР и кожи на предмет развития изоморфной реакции Кебнера (появление элементов поражения в исходно интактных участках), трансформации типичных папулезных элементов в эрозивные, усиление лихенизации и т.д.

По показаниям у пациентов проводили микробиологические исследования: микроскопию соскоба с участков поражения СОПР (клетки гриба *Candida*, нити псевдомицелия) и бактериологические методы с расчетом ее обсемененности грибами в колониеобразующих единицах (КОЕ).

Обращали внимание на конфигурацию альвеолярных отростков челюстей, пальпаторно определяли наличие костных образований – потенциальных факторов риска травматизации СОПР при изготовлении и пользовании протетическими

конструкциями. Оценивали форму и степень атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюсти.

Оценивали состояние твердых тканей зубов, рассчитывали индекс КПУ как сумму количества зубов, пораженных кариесом (К), пломбированных по поводу кариеса и его осложнений (П) и удаленных по разным причинам (У); характеризовали степень разрушенности коронок зубов и нуждаемость в проведении ортопедической коррекции; определяли наличие и степень подвижности зубов, а также наличие, степень и характер стирания окклюзионных их поверхностей.

Состояние пародонта и гигиены полости рта (ГПР) оценивали по индексам: ОНI-S (уровень ГПР – хороший (0-0,6 баллов), удовлетворительный (0,7-1,6), неудовлетворительный или плохой); РМА (легкая (<30%), средняя (31-60%) и тяжелая (>60%) степень тяжести гингивита); СРITN (с уточнением объема необходимой пародонтологической помощи); ВоР (по % зон с признаками кровоточивости при зондировании десневой борозды); IR для оценки распространенности (%) и выраженности (мм) рецессии десны. С учетом вовлеченности десны в воспалительный процесс у больных КПЛ СОПР выделяли кератотический (при типичной и гиперкератотической формах КПЛ СОПР), эритематозный (при экссудативно-гиперемической и атипичной формах КПЛ СОПР) и эрозивный (при эрозивно-язвенной и буллезной формах КПЛ СОПР) десневые КПЛ-ассоциированные симптомокомплексы [182].

Определяли наличие, локализацию и протяженность дефектов зубных рядов. ДЗР систематизировали по Кеннеди (I-IV), выделяли малые (отсутствие 1-3-х зубов), средние (отсутствие 2-3-х зубов) и протяженные (отсутствие на челюсти более 3-х зубов) дефекты.

Статическую жевательную эффективность рассчитывали по И.М.Оксману. С учетом функциональных изменений СОПР при хроническом течении КПЛ, ее склонности к травмированию, десквамации, воспалению и эрозированию даже на фоне незначительных механических нагрузок, для оценки динамической жевательной эффективности у этих пациентов были исключены методики,



предполагающие интенсивную жевательную нагрузку, потенциально провоцирующую травмирование СОПР – например, способы, предполагающие разжевывание твердых (сырая морковь и т.д.), а также упруго-плотных (желатиновые капсулы) образцов. У больных использовали оригинальную атравматичную жевательную пробу с использованием в качестве мягкого тестового материала кедрового ореха\*<sup>6</sup>, опираясь на рекомендации по особенностям диагностики жевательной эффективности у лиц с развившимися формами заболеваний пародонта, аномалиями прикуса и др. [92]. Для оценки динамической жевательной эффективности пациенту с КПЛ СОПР предлагали полностью, до появления рефлекса глотания, разжевать 10-12 очищенных мягких кедровых орехов, фиксируя по секундомеру время (сек), затраченное на это, ориентируясь на следующие нормативные показатели [92]: время (сек) разжевывания вплоть до появления непреодолимого желания проглотить мягкий тестовый материал в норме составляет 16 сек, что эквивалентно 100% жевательной эффективности.

У лиц, имеющих в полости рта зубные протезы из разных материалов, особенно на фоне симптомов гальванизма, проводили электрометрические исследования цифровым мультиметром APPA 205 для определения значений разницы потенциалов (U, мВ) между конструкцией (коронкой, пломбой, имплантатом и т.д.) и СОПР. Определение пар с разностью потенциалов (Umax) более 80 мВ требовало соответствующей коррекции.

Изучали контрольно-диагностические модели как на этапе диагностики возможных окклюзионных нарушений, так и на этапе планирования повторного протетического лечения.

Рентгенологическую диагностику (ОПТГ) проводили по общепринятым методикам Schiller и Parma с закрытым и открытым ртом на аппарате «Orthophos XG 5» (SIRONA, Германия). По данным ОПТГ оценивали состояние зубов и зубных рядов, наличие дефектов зубных рядов и их протяженность. По показаниям проводили прицельную визиографию на аппарате «Phot-X II DC 303-WK» (Tasara

---

<sup>6</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2742 от 17.10.2017 «Методика проведения мягкой жевательной пробы у пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин, М.М.Мирзоян)

Belmont Corp. Япония). Оценку состояния костных структур челюстных костей (объем и качество кости для оценки возможности протезирования с использованием имплантатов) проводили с помощью метода 3D компьютерной томографии полости рта (или 3D КТ) на аппарате «Orthophos XG 3D» (SIRONA, Германия).

Оценивали состояние имеющихся у пациентов зубных протезов, систематизируя их по видам, количеству, качеству, материалам изготовления, срокам и постоянству использования, а также по эстетическому уровню и функциональности [44, 52, 82]. Характеризовали технологии изготовления зубного протеза как современные или устаревшие.

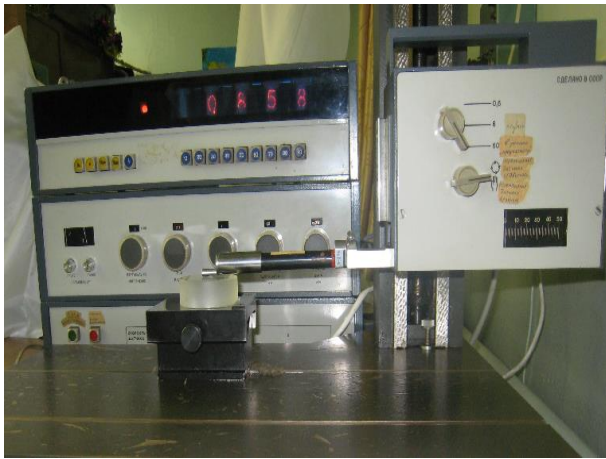
При наличии *несъемных зубных протезов*, замещающих ДЗР, отмечали их гигиеническое состояние, прилегание края коронок к шейкам зубов, соотношение края коронки (промежуточной части мостовидного протеза) к десневому краю, сохранность / наличие стираемости (дефектов) коронки, сохранность фиксирующего материала, эстетичность конструкции по цвето-текстурным характеристикам. Прицельно оценивали состояние СОПР и десны в местах контакта с искусственной коронкой или частями мостовидного протеза (перифокальная группировка папул, лихенизация, отек, гиперемия, эрозирование СОПР в месте контакта с протезом и т.д.), а также субъективные симптомы гальванизма.

У пациентов, имеющих *съемные зубные протезы*, визуально *ex vivo* и *in vivo* оценивали их состояние (целостность / дефекты – трещины, поры, сколы, следы починки, перебазируются; цвето-текстурные характеристики; гигиеничность базиса), качество искусственных зубов (воссоздание нужной анатомической формы, гармоничность цветопередачи, сохранность рельефа окклюзионной поверхности, уровень гигиены и т.д.) и элементов фиксации зубного протеза (кламмеров и др.). Оценивали функциональные качества протеза в полости рта: комфортность, удобство и малозаметность в статическом состоянии; гигиеничность; устойчивость, обеспечивающую достаточный уровень пережевывания пищи и глотания, внятность речи и четкость дикции, правильность

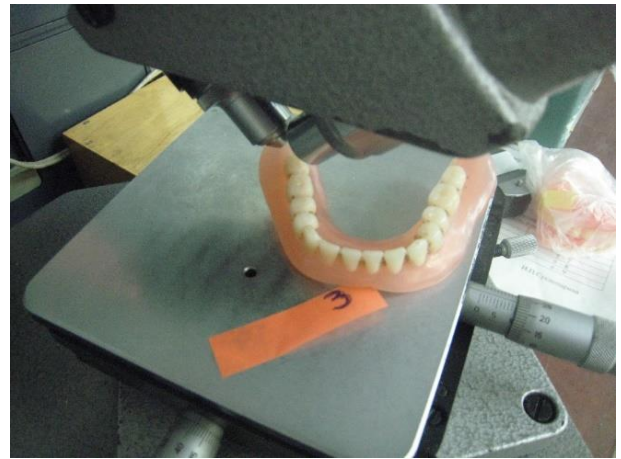
границ и прилегание базиса к протезному ложу, контакты с зубами-антагонистами при смыкании зубов и др. Качество замещающей конструкции оценивали как «неудовлетворительное» (0 баллов), «удовлетворительное» (1 балл), «высокое» (2 балла). Тщательно, на основе клинико-люминесцентного анализа, изучали «взаимоотношения» различных частей протеза с окружающей и находящейся в непосредственном контакте с ними СОПР, десной; комплексно оценивали состояние СОПР в области протезного ложа (податливость, увлажненность, признаки воспаления, включая болевую чувствительность), в местах контакта с базисом и кламмерами, а также в близкорасположенных перифокальных участках СОПР. Определяли наличие, структуру, клинико-топографические особенности, частоту выявления специфических именно для больных КПЛ «реактивных» изменений СОПР, возникающих у них в процессе и(или) ближайшие сроки после протезирования (особенно съёмными конструкциями).

Уделяли внимание *ex vivo*-оценке гигиеничности съёмных протезов, определяя текстуру поверхности базиса протеза и эффективность его очищения клинико-лабораторными методами. Для определения уровня гигиены съёмного протеза применяли методику E. Ambjornsen (1968) по 4-х балльной системе оценки: «хороший» (0 баллов), «удовлетворительный» (1-3 балла) и «неудовлетворительный» (4 и выше баллов) [141].

В дополнение, качество поверхности базиса (шероховатость) 22-х съёмных пластиночных протезов (14 полных и 8 частичных) оценивали профилометрически (Ra, мкА) с использованием отечественного прибора МОД 252 для контактного измерения профиля и параметров шероховатости поверхности образцов различных материалов технического назначения в соответствии с ГОСТ 25142-82 (рис. 2.9).



а



б

Рисунок 2.9 – Прибор для измерения шероховатости поверхности исследуемых конструкций – профилометр (а); Исследование профиля поверхности полного съемного зубного протеза (б).

Фиксацию и стабилизацию съемных зубных протезов в полости рта оценивали (Свирина Б.В., 1998) по следующим критериям [100]: устойчивость протеза при жевании, широком открывании рта, громкой речи, высовывании языка («отлично»); устойчивость протеза при жевании, нормальном открывании рта, обычной речи, движении языка по губам («хорошо»); устойчивость протезов при жевании нетвердой пищи, нормальном открывании рта, обычной речи, движении языка в пределах преддверия полости рта («удовлетворительно»); неустойчивость протеза при жевании, нормальном открывании рта, обычной речи, движениях языка в пределах полости рта («неудовлетворительно»).

Успешность проведенного ранее или повторного, проводимого в рамках настоящего исследования, протетического лечения оценивали психометрически, по результатам балльной (1-5 балла) самооценки пациента по шкале GRS (Global Rating of Satisfaction, Likert), причем минимальный 1 балл соответствовал полной удовлетворенности пациента результатами лечения, а максимальный (5) балл – абсолютной неудовлетворённости проведенным протезированием. При этом пациенты ориентировались на ощущение комфортности пользования протезами, их гладкости и отполированности, исключая травмирующую СОПР и рецидив заболевания, возможность полноценного использования во время приема обычной пищи, разговора, общения, выполнения профессиональных и социальных активностей, личной жизни, удовлетворенность эстетическими характеристиками,

простоту и эффективность ухода за протезом, а также на финансовые траты при подготовке и проведении зубного протезирования. Обращали внимание на правильность соблюдения или нарушения режима использования съемных зубных протезов: «в течение рабочего периода», «эпизодически», «по требованию»; уточняли причины нарушения правил пользования зубным протезом.

Качество функции речи определяли по методике Трезубова В.Н. и Чикунова С.О. (2012) с учетом степени разборчивости и произношения звуков речи при чтении опросного листа по критериям «низкое», «хорошее» и «высокое» качество речи [63, 104].

#### *2.4. Метод цифровой фотосъемки.*

Данные клинико-инструментального обследования дополняли анализом фотоснимков следующих целевых для настоящего исследования объектов: участки СОПР и ККГ с ключевыми элементами поражения и их перифокальными зонами для определения формы / тяжести изолированного КПЛ СОПР – 536 изображений; участки кожи с ключевыми элементами распространенного КПЛ для определения клинической формы / тяжести дерматоза – 73 изображения; дефекты зубных рядов, не замещенные или восстановленные различными конструкциями протезов – 111 изображений; зубные протезы *in vivo* – установленные в полости рта, и *ex vivo*, вне полости рта, - для оценки их эстетико-функциональных характеристик – 345 изображений; аппаратура и приборы для дополнительных исследований – 29 фотоснимков. Применительно к больным с сочетанными поражениями СОПР и кожи – пациентам с распространенными кожно-слизистыми формами КПЛ при проведении фотосъемки использовали оригинальный\*<sup>7</sup> методический подход, предполагающий проведение интраоральной съемки одномоментно со съемкой элементов КПЛ, расположенных на коже верхних конечностей (при типичной кожной локализации КПЛ) у одного и того же пациента (рис. 2.10).

---

<sup>7</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2747 от 09.11.2017 «Методика фотодокументирования пациента с кожно-слизистым дерматозом» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, С.В.Кошкин)



Рисунок 2.10 – Пациентка Б-ва, 74 года; фотоснимок основных элементов КПЛ на коже предплечья (папулы) и СОПР (эрозии по 20 ТК ВОЗ).

Способ одномоментной интра- и экстраоральной фотосъемки кожно-мукозальных поражений КПЛ, позволяющий сопоставить клинические особенности проявления дерматоза в полости рта и на коже, а также изучить их динамику в процессе комплексного лечения был востребован как стоматологами, так и дерматологами. Первичная (диагностическая) фотосъемка (получение и анализ 408 изображений) проводилась на этапе обследования пациента, 1128 фотоизображений проанализировано в динамике лечебных процедур (мониторинговая съемка), включая ортопедическое стоматологическое лечение пациентов с КПЛ. При анализе фотоизображений получали и качественно характеризовали очаги поражения, их территориальную сопряженность с протетическими конструкциями, а также проводили количественную характеристику (площадь очага поражения) методом планиметрии.

Фотосъемка клинического материала у пациентов с проявлениями КПЛ проводилась с помощью фотосистемы (зеркальная фотокамера Nikon D750 Body; объектив AF-S VR Micro-NIKKOR 105mm f2.8 G IF ED; набор беспроводных вспышек для макросъемки R1C1 Kit) в режиме макросъемки с использованием ретракторов и внутриротовых зеркал. Фотосъемку проводили после получения

информированного добровольного согласия пациента с соблюдением этико-правовых норм.

*2.5. Оценка нуждаемости пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта в ортопедическом стоматологическом лечении.*

По итогам объективной клинико-инструментальной оценки ортопедического стоматологического статуса и качества имеющихся зубных протезов, а также расширенной оценки состояния СОПР и кожи определяли нуждаемость больных КПЛ в ортопедическом лечении на день обследования. Рассчитывали: 1) количество (абсолютное число и %) лиц, имеющих ДЗР, требующих замещения, но не имеющих зубных протезов – нуждаемость в первичном протезировании; 2) количество (абсолютное число и %) лиц с ДЗР, имеющих некачественные ортопедические стоматологические конструкции, требующие замены (по низким параметрам качества, в связи с истечением срока пользования, по причине проявления неспецифических или специфических признаков неблагоприятного действия на состояние СОПР, течение КПЛ и т.д.) – нуждаемость в повторном протезировании; 3) количество (абсолютное число и %) лиц, имеющих пригодные к использованию зубные протезы, но нуждающихся в дополнительном протезировании. Отдельно фиксировали клинические ситуации, когда изменившиеся в процессе пользования зубными протезами клинико-топографические характеристики КПЛ СОПР потребовали обоснованного выбора иной, более рациональной конструкции зубного протеза и конструкционного материала.

Выделяли представительство (абсолютное число, %) пациентов с КПЛ СОПР, которые: а) не нуждаются в протезировании; б) нуждаются в одном виде протезов (съёмный, несъёмный); в) нуждаются в комбинированном протезировании (нуждаются в одиночном и комбинированном протезировании); г) нуждаются в полном протезировании. Определяли возможность использования дентальной имплантации (ДИ) в комплексе протетического лечения лиц с

проявления КПЛ в полости рта (% лиц, имеющих показания при отсутствии противопоказаний).

## *2.6. Социологические методы исследования.*

### *2.6.1. Определение психотипа стоматологического пациента с КПЛ.*

Тип личности стоматологического пациента больного КПЛ, определяли в соответствии с рекомендациями В.Н.Трезубова и Т.Г. Незнамова (1989), характеризуя реакцию на заболевания полости рта и отношение к стоматологическому лечению. Выделяли гармоничный тип – адекватный к стоматологическому лечению, включая зубное протезирование, легко входящий в контакт с врачом, не тревожный или умеренно тревожный; оптимистичный тип – пациент, не обеспокоенный состоянием стоматологического здоровья, не тревожный, иногда вплоть до полного игнорирования заболевания, не выстраивающий конструктивные отношения с врачом-стоматологом; пессимистичный тип – пациент с подавленным тревожно-мнительным настроением, с отсутствием веры в успех лечения и профессиональные компетенции ортопеда-стоматолога.

### *2.6.2. Оценка стоматологических показателей качества жизни пациентов с проявлениями КПЛ.*

Стоматологические составляющие качества жизни (КЖ) у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта были оценены исходно при первичном обследовании и в динамике ортопедического лечения с использованием русскоязычного валидированного варианта опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» (Oral Health Impact Profile) ОНIP-49-RU [65]. Пациентам предлагалось ответить на 49 вопросов (приложение), характеризующих состояние здоровья полости рта с точки зрения самого пациента по следующим



позициям: ограничение функций (ОФ), физическая боль и физический дискомфорт (ФД), психологический дискомфорт (ПД), физические расстройства (ФР), психологические расстройства (ПР), социальная дезадаптация (СД) и возможный ущерб (У), который несет пациент в результате наличия и развития стоматологической патологии (от утраты трудоспособности до инвалидизации – физический ущерб, материальный ущерб и т.д.). Ответы на каждый из вопросов анкеты ранжировались по 5-ти категориям: «никогда» (0 баллов), «крайне редко» (1 балл), «часто» (2 балла), «очень часто» (3 балла), «постоянно» (4 балла). Результаты анкетирования обрабатывались статистически и представлялись в виде интегрального стоматологического показателя КЖ  $\Sigma_{\text{ОНП-49-RU}}$  (max – 196 баллов) и его соответствующих пошкаловых значений (max – от 20 до 36 баллов), высшие баллы соответствовали большей скомпроментированности стоматологических составляющих КЖ. Для оценки эффективности зубного протезирования в критериях КЖ рассчитывали величину статистического эффекта лечения по показателю  $\Delta \text{ ОНП-49-RU}$  (Cohen, 1977): «выраженного» ( $>0,8$  балла), «умеренного» (0,2-0,8 балла) и «малозначимого» ( $<0,2$  балла) [56, 151]. Показатели индекса ОНП-49-RU с расчетом показателя Cohen были оценены в динамике ортопедического стоматологического лечения у 32 пациентов с КПЛ. Всего получено и проанализировано 96 анкет-опросников.

### *2.7. Статистические методы исследования.*

Формирование базы данных и обработка результатов проводились с использованием пакетов программ Microsoft Office® 365 (Microsoft Corporation, Seattle, USA), Microsoft Excel и STATISTICA Base. Для количественных признаков были рассчитаны среднеарифметическое значение ( $M$ )  $\pm$  стандартная ошибка ( $m$ ). Для статистического анализа количественных данных при их нормальном распределении использовали t-критерий Стьюдента, при ненормальном распределении – критерий Манна-Уитни, для парных сравнений – критерий Вилкоксона. Для качественных признаков рассчитывали абсолютную частоту

проявления признака и частоту проявления в процентах. Статистическая значимость отличий между качественными переменными в группах небольшой размерности была оценена с помощью точного критерия Фишера. Для оценки корреляционных связей рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ) и Спирмена ( $\rho$ ). В качестве пограничного уровня статистической значимости принимали значение  $p \leq 0,05$ .

Материалы, отражающие отдельные вопросы методологии исследования, опубликованы в следующих работах:

- 1) Усовершенствованная методика планиметрии слизистой оболочки полости рта / О.С.Гилева, Т.В.Либик, А.А.Позднякова, Т.Ю.Шилова, Л.Я.Сатюкова, Е.А.Городилова // I Всероссийское совещание по проблемам фундаментальной стоматологии. Сборник научных трудов. – Екатеринбург, 2013. – С. 173-175.
- 2) Эффективность применения новых многокомпонентных схем терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных с различной системной патологией / О.С.Гилева, Н.С.Белева, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 5. – С. 24-29.
- 3) Современный инструмент оценки стоматологического здоровья / О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.В.Халилаева, А.А.Позднякова, В.А.Садилова, Ю.А.Пленкина, Д.В.Хохрин, Е.А.Городилова, Е.Д.Назукин // Стоматология XXI века: Стоматология Большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний: Материалы Всероссийского конгресса. – Пермь, 2011. – С. 37-41.

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

### 3.1. Общая характеристика обследованных лиц.

Всего в исследование были включены 117 пациентов [24 (20,5%) мужчины и 93 (79,5%) женщины в возрасте от 24 до 70 лет] с проявлениями (распространенными кожно-слизистыми или изолированными в полости рта) КПЛ в полости рта, из которых жителей г.Перми и Пермского края – 83, включая 13 (15,7%) мужчин и 70 (84,3%) женщин в возрасте 29-70 лет, и жителей г.Кирова и Кировской области – 34, в том числе 11 (32,4%) мужчин и 23 (67,6%) женщины в возрасте от 24 до 64 лет. Гендерный профиль (рис. 3.1) обследованных (соотношение мужчин и женщин 1:4) отражает известные факты о более частом выявлении КПЛ у лиц женского пола. Наиболее часто (рис. 3.1) КПЛ выявляли у лиц в возрасте 46-60 (59 чел., 50,4%) и пожилых лиц старше 61 года (52 чел., 44,1% пациентов). Более половины обследуемых (52,1%) – лица пенсионного возраста с нестабильным (низким) финансовым положением.

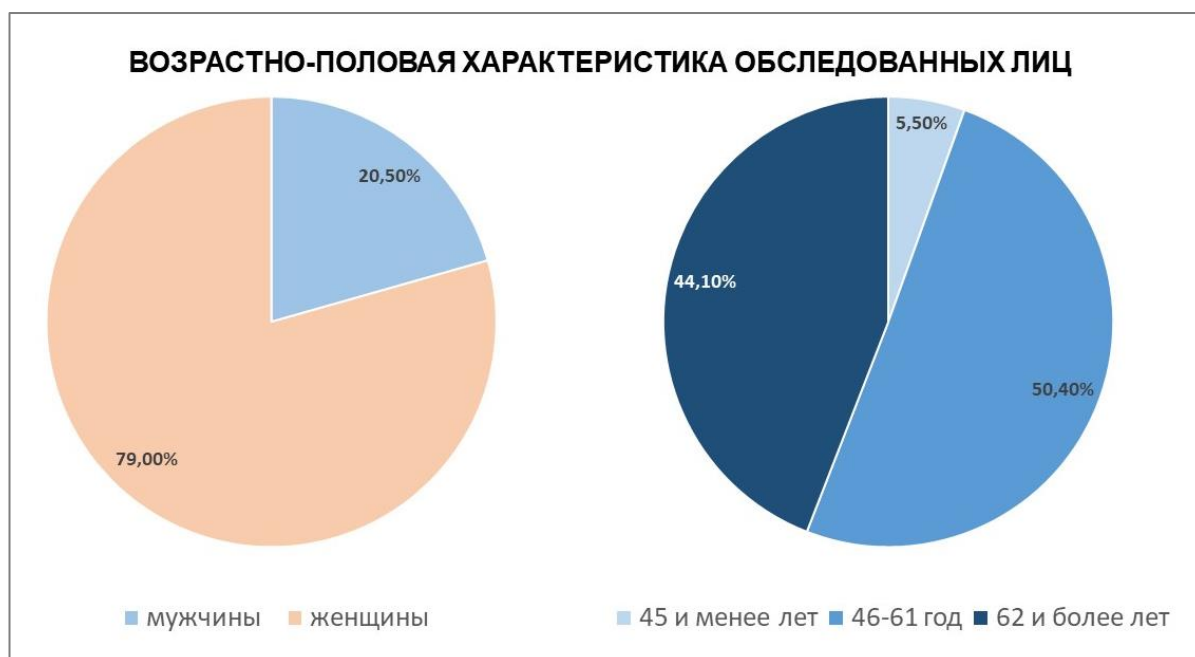


Рисунок 3.1 – Гендерная и возрастная характеристика (% лиц различного пола и возраста) пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.

Среди пациентов доминировали (80 человек, 68,4%) лица с изолированными поражениями слизистой полости рта (КПЛ СОПР; L43.18), распространенные формы дерматоза (КПЛ; L43), поражающие кожу, слизистую полости рта и ногтевые пластины (в 5,4%), выявляли у 37 (31,6%) обследованных.

В структуре *распространенных форм КПЛ, проявляющихся кожно-слизистыми поражениями* (рис. 3.2), преобладали: типичная (64,9%) и гипертрофическая (18,9%); реже – атрофическая (8,1%) и фолликулярная (2,7%); в 5,4% случаев наблюдали сочетание 2-3-х клинических вариантов дерматоза.



Рисунок 3.2 – Клиническая структура распространенного КПЛ (L43)  
(абс. число и % лиц с различными формами дерматоза).

У пациентов с *типичной формой дерматоза* (рис. 3.3) на коже предплечий, сгибательной поверхности лучезапястных суставов, передней поверхности голени, в области голеностопных суставов визуально и дерматоскопически определяли типичные полигональные папулы красновато-лилового цвета, с характерным блеском и пупковидным вдавлением в центре, с легким шелушением; 21,6% пациентов беспокоили легкий кожный зудом, жалобы на эстетический дефект.



Рисунок 3.3 – Пациентка В-а Т.В., 62 года, с проявлениями типичной формы распространенного КПЛ на коже предплечья: элемент поражения – полигональная папула.

*Гипертрофическая форма дерматоза* (18,9% пациентов) проявлялась наличием множественных папул, сливающихся в крупные бляшки (рис. 3.4), возвышающиеся над поверхностью кожи, застойно-красного цвета, покрытые чешуйками, чаще на коже верхних и нижних конечностей спины, груди и живота, проявляющиеся жалобами на зуд и сухость кожи, а также эстетический дефект. У 85,7% пациентов с гипертрофической формой КПЛ кожные проявления сочетались с типичными папулезными высыпаниями на СОПР, образующими сетку Уикхема (L43.80); у 2-х пациентов папулы на СОПР группировались в крупные бляшки (бляшечная разновидность гиперкератотической формы КПЛ СОПР – L43.83) (рис. 3.5).

*Атрофическая форма дерматоза* выявлялась достоверно ( $p < 0,001$ ) реже (8,1%), чаще развивалась вторично – у пациентов со стойкой ремиссией заболевания, проявляясь наличием на коже небольших пятен, участков очаговой атрофии, а в полости рта – единичными мелкими белесоватыми папулами, сливающимися в кольцевидные сетчатые структуры. У 5,4% пациентов с кожно-слизистым дерматозом выявлены характерные поражения ногтей (рис. 3.6)

Острое течение дерматоза наблюдалось у 18,9% госпитализированных больных с распространенным КПЛ, хроническое течение – у 11 (29,7%) пациентов. Достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще (в 51,4% случаев) заболевание протекало в подострой форме. Длительность дерматоза варьировала от 21 дня до 19 лет (в среднем 7,6 лет).

*а**б*

Рисунок 3.4 – Пациентка З-а Г.Ф., 54 года, с проявлениями распространенного КПЛ (L43): крупные бляшки на коже рук в области лучезапястного сустава (*а*) и ног в области голеностопного сустава (*б*)



Рисунок 3.5 – Пациентка З-а Г.Ф., 54 года, с проявлениями распространенного КПЛ в полости рта; гиперкератотическая форма КПЛ СОПР: бляшка на слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти справа по ТК ВОЗ 27 (L43.83)



Рисунок 3.6 – Пациентка А-ва С.Я., 54 года, с проявлениями распространенного КПЛ (L-43): поражение ногтевых пластин

Поражения СОПР (L43.8x) выявляли у всех 37 пациентов с распространенным КПЛ и у всех 80 пациентов с изолированным КПЛ СОПР. Клиническая структура и распространенность различных вариантов поражения СОПР и ККГ у пациентов с распространенным КПЛ и изолированным КПЛ СОПР представлена на рис. 3.7.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КПЛ СОПР У ОБСЛЕДОВАННЫХ ЛИЦ

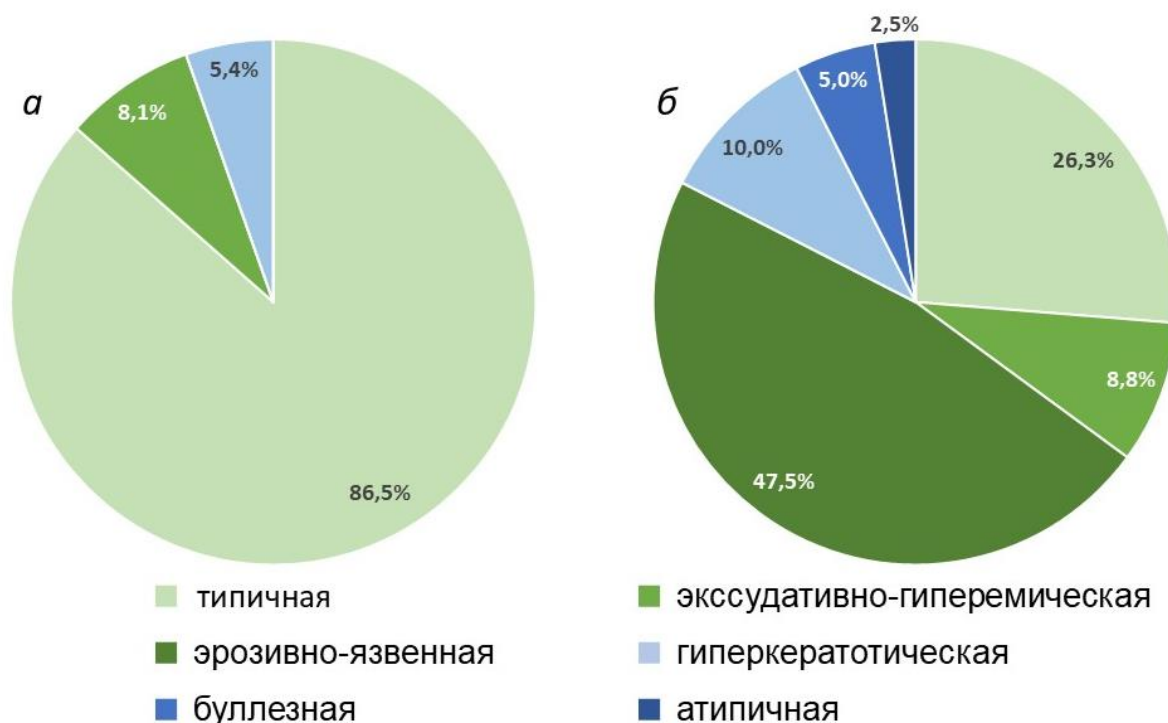


Рисунок 3.7 – Структура и распространенность различных клинических форм КПЛ СОПР у пациентов с распространенным КПЛ (а) и изолированным КПЛ СОПР (б)

У 86,5% пациентов с распространенным дерматозом в полости рта определяли типичную форму КПЛ СОПР (L43.80), проявляющуюся папулезными элементами (рис. 3.8), сливающимися в сетчатый рисунок, расположенными на фоне неизменной СОПР, чаще – на слизистой щек, альвеолярных отростков по ТК ВОЗ 19-20, 27-38, реже – языка и ККГ по ТК ВОЗ 39-48, 13-14.



Рисунок 3.8 – Проявления типичной формы КПЛ СОПР у пациента с распространенным дерматозом: множественные мелкие сливающиеся папулы (сетка Уикхема) на слизистой щеки по 20 ТК ВОЗ (L43.80)

У 8,1% пациентов с типичными кожными проявлениями дерматоза в полости рта диагностировали экссудативно-гиперемическую форму КПЛ СОПР, у 5,4% – гиперкератотическую форму КПЛ СОПР (рис. 3.9), при которой на фоне типичной папулезной «сетки» определялись крупные гиперкератотические бляшки (L43.83), причем в 80,0 % наблюдений расположенные в месте контакта с зубным протезом.

Иная клиническая структура КПЛ СОПР была выявлена в случаях, когда КПЛ проявлялся только в полости рта (L43.IX) - при *изолированном КПЛ СОПР*. Так, у этих пациентов достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще (в 47,5% случаев), чем у лиц, имеющих кожные проявления КПЛ, диагностировали эрозивно-язвенную форму КПЛ СОПР; L43.82 (рис. 3.10). Достоверно ( $p < 0,001$ ) реже – у 26,3% пациентов выявляли типичную форму КПЛ СОПР; L43.80 (рис. 3.11). У 8,8% пациентов в полости рта КПЛ проявлялся резкой гиперемией и отеком СОПР (экссудативно-гиперемическая форма), а у 5,0% пациентов – буллезными элементами (рис. 3.12). У 10,0% больных обнаруживали сочетание типичных папулезных высыпаний и бляшек на СОПР, а у 2,5% заболевание манифестировало в атипичном варианте, на слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти, с переходом на слизистую и красную кайму верхней губы.



*a**б*

Рисунок 3.9 – Проявления гиперкератотической формы КПЛ СОПР (L43.83) у пациента с распространенным дерматозом: (а) мелкие папулы, слившиеся в крупную бляшку на слизистой альвеолярного отростка (27 ТК ВОЗ), в месте контакта с промежуточной частью металлокерамического мостовидного протеза; (б) крупная бляшка по 16 ТК ВОЗ в месте контакта СОПР с частичным съемным пластиночным протезом.

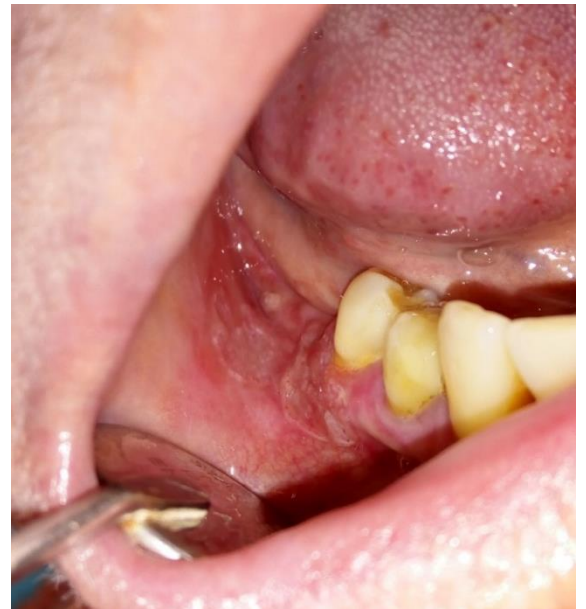
*a**б*

Рисунок 3.10 – Проявления эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР (L43.82) при изолированном поражении полости рта: крупные эрозии, язвы и папулезные высыпания на фоне гиперемированной отечной (а) слизистой оболочке щеки (19 ТК ВОЗ) и (б) альвеолярного отростка по 29, 35 ТК ВОЗ).



Рис. 3.11 – Проявления типичной формы КПЛ СОПР (L43.80) при изолированном поражении полости рта: типичные мелкие ороговевающие папулы, слившиеся в кольцевидный рисунок, на слизистой щеки по 20 ТК ВОЗ



Рисунок 3.12 – Проявления буллезной формы КПЛ СОПР (L43.88) при изолированном поражении полости рта: вскрывшийся пузырь на СО щеки по 19 ТК ВОЗ в проекции зуба 4.8 с некачественной композитной реставрацией и острыми краями щечной поверхности коронки

Сравнительный анализ структуры и распространённости различных клинических вариантов проявления КПЛ у пациентов с распространённым кожно-слизистым КПЛ и изолированным КПЛ СОПР позволяет заключить, что изолированные поражения полости рта достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще (в 71,2% случаев) протекали в более тяжелых, осложненных формах (эрозивно-язвенной, экссудативно-гиперемической, гиперкератотической и буллезной) и отличались хроническим течением, тогда как распространённые кожно-слизистые формы дерматоза в 86,5% наблюдений – в неосложненных клинических вариантах

(типичной форме). Полученные сведения согласуются с данными отечественной и зарубежной литературы и в заданном исследовании дизайне, в том числе, могут быть объяснены разными схемами системной или местной терапии КПЛ, проводимой в условиях дерматовенерологического стационара или стоматологической поликлиники.

Клинико-топографические особенности *распространенного КПЛ* (рис. 3.13), манифестирующего на коже и СОПР, в полости рта проявились преимущественным вовлечением в процесс следующих зон СОПР по ТК ВОЗ: коды 55,56 (ретромолярная область) – 72,9%, коды 19,20 (слизистая щек) – 24,6%, коды 13,14 (красная кайма губ) – 16,2%, коды 39,40,44,45 (слизистая языка) – 13,5% и коды 27-32 (десна и альвеолярные отростки) – 8,7%. Иные топографические ориентиры излюбленной локализации элементов поражения выявлены у пациентов с *изолированным КПЛ СОПР*. Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) эрозивно-язвенные и папулезные элементы определялись на слизистой десны и альвеолярных отростков челюстей (у 52,5% пациентов). Достоверно реже (у 16,8% пациентов) поражалась ретромолярная область (ТК ВОЗ 55-56). Частота вовлечения в процесс СО щек (92,5%), слизистой языка (15,0%) достоверно не отличалась от таковой у лиц с кожно-слизистым КПЛ. Только у лиц с *изолированным КПЛ СОПР* в 6,3% случаев была выявлена самая редкая локализация элементов КПЛ в полости рта – на слизистой неба по ТК ВОЗ 51-54.



Рисунок 3.13 – Топография элементов поражения СОПР и ККГ (ТК ВОЗ) у пациентов с распространенным КПЛ и изолированным КПЛ СОПР.

Различия в зональной локализации элементов КПЛ у пациентов с распространенным и изолированным КПЛ СОПР выявили также и по результатам углубленного пародонтологического обследования. Так, только у пациентов с изолированным КПЛ СОПР диагностировали (рис. 3.14) эрозивную форму десневого КПЛ-ассоциированного комплекса (по Jandinski J.J. и Schklar G., 1976). Специфические КПЛ-ассоциированные поражения десны и пародонтального комплекса в 23,8% случаев протекали по типу изолированного десквамативного гингивита I-II ст. тяжести, в 69,1% - по типу КПЛ-ассоциированного пародонтита.

Значение клинико-топографических особенностей КПЛ СОПР у лиц с различными формами кожно-слизистого дерматоза, выделение наиболее чувствительных зон СОПР – рискованных в плане возможного травмирования (механического, химического, физического и др.) в процессе протезирования по поводу отсутствия зубов явились важными ориентирами для врача-ортопеда при выборе вида замещающего протеза, его рациональной конструкции и наиболее оптимального конструкционного материала.



Рисунок 3.14 – Проявления КПЛ-ассоциированного десквамативного гингивита у пациента с изолированным КПЛ СОПР.

У пациентов с *распространенным дерматозом* были выявлены следующие сопутствующие, чаще полиморбидные заболевания: гепато-билиарной системы и желудочно-кишечного тракта (59,5%), сердечно-сосудистой системы (58,6%), эндокринной системы (50,5%), половой сферы и иммунной системы (по 14,3%), опорно-двигательного аппарата (37,8%); 43,6% пациентов отмечали ведущую роль стрессовых факторов в обострении и инициации заболевания; 8,1% пациентов – наличие опухолевых заболеваний в анамнезе. Различия в структуре выявляемой сопутствующей системной патологии у лиц с *изолированным КПЛ СОПР* определили в части большей вовлеченности в патологический процесс желудочно-кишечного тракта, патология которого отмечена у 82,5% пациентов, а также эндокринной системы – в 68,8% случаев.

Оценивая сохранность системного здоровья пациентов с КПЛ по системе ASA для пациентов стоматологического профиля, установили (рис. 3.15), что к группе ASA I (сохранное системное здоровье, риски стоматологического лечения отсутствуют) можно было отнести только 5,1% обследованных, тогда как подавляющее (76,1%) большинство больных КПЛ соответствовали категории ASA II (минимальные риски стоматологического лечения), а 18,8% пациентов – категории ASA III (риски стоматологического лечения, требующие

соответствующей системной терапии сочетанной патологии). На этот подход опирались, определяя показания к использованию ДИ для фиксации зубных протезов (ASA I-II).

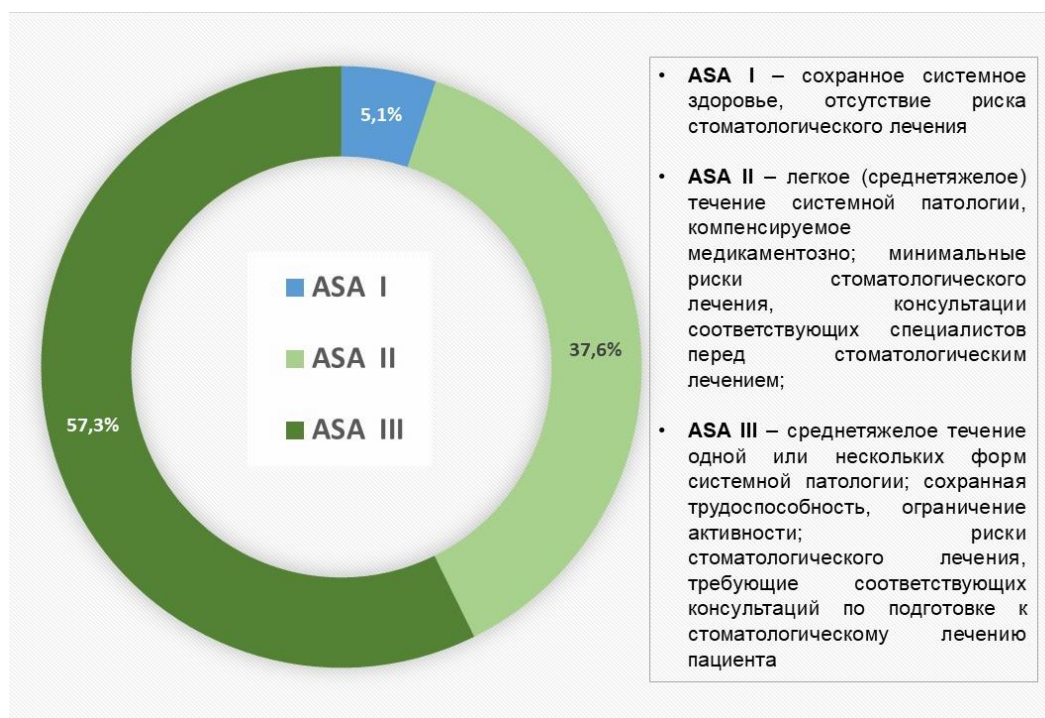


Рисунок 3.15 – Состояние общесоматического здоровья и риски стоматологического лечения пациентов с КПЛ по ASA-системе (% лиц с ASA I, II и III)

Стоматологический статус пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта характеризуют следующие показатели: высокая интенсивность кариеса (КПУ=14,9±2,6) с достоверно ( $p<0,001$ ) более весомой долей удаленных зубов («У» – 8,3±2,7), указывающий на высокую потребность в ортопедическом лечении; высокая интенсивность воспалительных заболеваний пародонта и нуждаемость в консервативной и хирургической пародонтологической помощи (индексы РМА и СРІТN, соответственно 38,3±4,10 и 2,37±0,26); выраженность геморрагического симптома по индексу ВоР (25,50±3,84); высокая частота (30,8%), распространенность и выраженность рецессии десны (IR = 26,30±4,70).

У подавляющего числа (89,3%) пациентов с КПЛ СОПР выявлялись клинические признаки «сухого рта», чаще (79,4%) ксеростомии средней (индекс CSCOD = 4,61±0,42) и легкой степени тяжести (индекс CSCOD = 2,09±0,64).

Ксеростомия тяжелой степени зафиксирована у 5,9% пожилых пациентов с осложненными формами КПЛ СОПР, имеющих полиморбидную системную патологию и отягощенный фармакологический анамнез, включая курсы кортикостероидной терапии. Абсолютное большинство (89,3%) больных КПЛ указывали на постоянную сухость губ, их легкую ранимость при попытках широко открыть рот, в т.ч. для осмотра полости рта и лечения / протезирования зубов.

Обращало на себя внимание, что полноценный осмотр всех зон (особенно труднодоступных) СОПР у больных с хроническим течением КПЛ (даже у лиц с типичными формами поражения) был затруднен в связи с их выраженной ригидностью, чаще определяемой как «легкая» (у 47,8% пациентов) и «умеренно выраженная» (у 25,6% пациентов): средний показатель  $1,34 \pm 0,23$  балла.

У всех пациентов с неосложненными формами КПЛ СОПР, а также у большинства лиц с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР слизистая щек, губ, десны, альвеолярных отростков, подъязычной области вне зон деструкции выглядела истонченной, сухой, атрофичной, склонной к кровоточивости, ограниченно подвижной, ригидной, была восприимчивой к боли даже при проведении рутинного инструментального обследования, что требовало использования максимально атравматичного стоматологического инструментария, ограничения травмоопасных инвазивных диагностических методик.

Выявляемые у пациентов с КПЛ структурно-функциональные особенности СОПР и пародонтального комплекса формировали определенные риски протетического лечения, предопределили прогнозирование его результатов при использовании различных конструкций протезов и конструкционных материалов. Ортопед-стоматолог, планирующий ортопедическое лечение пациентам с КПЛ должен быть осведомлен об этих общих закономерностях эволюции СОПР при хронизации кожно-слизистого дерматоза и, наряду с прицельной исходной оценкой состояния СОПР в области протезного ложа и пародонтального комплекса, учитывать их на этапах предпротезной подготовки и протезирования съемными или несъемными зубными протезами.

### *3.2. Комплексная характеристика ортопедического стоматологического статуса у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.*

При внешнем осмотре у большинства (60,7%) обследованных определяли снижение высоты нижней трети лица, выраженные носогубные складки. У 6,8% (все с распространенной формой КПЛ) пациентов на ККГ обнаруживали папулы КПЛ.

При обследовании ВНЧС только у 3,4% пациентов не выявлены признаки патологии, остальные (преимущественно пожилые лица с незамещенными ДЗР) отнесены к группе с явной патологией ВНЧС (76,1%) и лицам с 40%-ной вероятностью дисфункции ВНЧС (20,5%). Чаще выявляли следующие признаки дисфункции ВНЧС: асинхронное открывание рта – 89,7%, щелканье и хруст при движениях в суставах – 84,6%, девиация нижней челюсти – 66,7%, боль в области ВНЧС – 5,1%.

Подавляющее большинство пациентов с проявлениями КПЛ СОПР (77,4%) указывали на затрудненное открывание рта, ограничение привычного пищевого рациона, проблемы эффективного разжевывания твердой пищи, слабость жевательных мышц, особенно выраженные в периоды обострения заболевания. Более того, у 57,5% из них и на момент обследования (вне обострения) показатели максимальной ширины открывания рта были снижены, в среднем, до  $30,32 \pm 3,40$  мм (легкая степень ограничения открывания рта), эквивалентно чему амплитуда вертикальных движений нижней челюсти была ограничена. Пациенты с хроническим течением КПЛ даже в период ремиссии заболевания указывали на привычку избегать широкого открывания рта при зевании, откусывании яблока и т.д. или на приеме врача-стоматолога, опасаясь травмирования сухих, легкоранимых ККГ и СОПР. Проблемы ограниченного открывания рта у больных хроническим кожно-слизистым дерматозом, подтвержденные субъективными жалобами и объективными метрическими показателями, указывали на необходимость соблюдения особого технологического (конструкционного, временного и др.) регламента при проведении диагностических и лечебных



процедур на приеме у ортопеда-стоматолога и при подготовке пациента к зубному протезированию у терапевта (хирурга)-стоматолога.

У обследованных чаще (43,5%) выявляли ортогнатическое соотношение челюстей, прогеническое и прогнатическое соотношение челюстей – в 36,7% и 19,8% случаев соответственно. У 23,9 % пациентов при осмотре определяли наличие нефиксированного прикуса, требующего при планировании ортопедических мероприятий дополнительного этапа – восстановления высоты прикуса.

Сохранные зубные ряды были выявлены только у 4,3% из 117 пациентов с КПЛ. У 11,9% из 112 пациентов с вторичной адентией выявлено полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях. Все пациенты с беззубыми челюстями – лица пожилого возраста, 71,4% из них ранее были изготовлены полные съемные пластиночные протезы, остальные запротезированы не были. У большинства (78,6%) этих пациентов определяли плохо податливую, атрофичную и истонченную СОПР в области протезного ложа (второй тип слизистой по Supplee). У подавляющего большинства (83,8%) обследованных был установлен диагноз «Частичное отсутствие зубов», когда в полости рта выявляли различные по протяженности, локализации и качеству замещения протетическими конструкциями ДЗР общей численностью 311 единиц (концевые – 102; включенные в боковых отделах челюстей – 138; включенные во фронтальных отделах челюстей – 71). Клинико-топографические особенности ДЗР у обследованных лиц представлены на рис. 3.16.

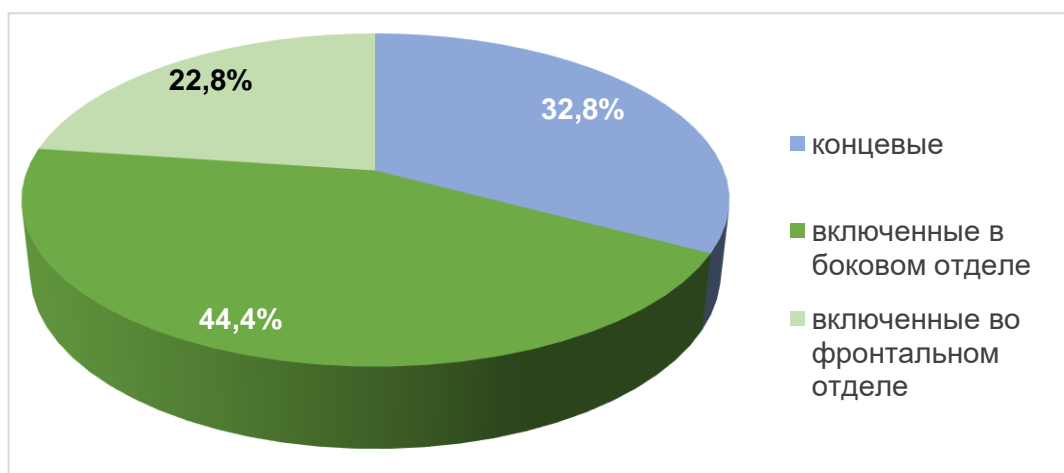


Рисунок 3.16 – Клинико-топографическая характеристика дефектов зубных рядов различной локализации (абс. число и % различных ДЗР) у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.

В структуре ДЗР у обследованных лиц доминировали (44,4%) включенные дефекты в боковых отделах зубных рядов (рис. 3.17). Жалобы этих пациентов сводились, преимущественно, к нарушениям пережевывания пищи и дикции (оценка качества функции речи по критериям: «среднее» - 53,1% и «низкое» - 46,7%), снижению жевательной эффективности, наличию эстетических дефектов. Лиц с замещенными ДЗР беспокоили жалобы на попадание пищи между протезом и рядом стоящими зубами.



Рисунок 3.17 – Включенный дефект зубного ряда в боковом отделе (III кл. по Кеннеди) у пациента с проявлениями эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР; цельнолитая металлическая коронка удовлетворительного качества на зубе 4.8.

В два раза реже, со сходной частотой (соответственно в 11,2% и 9,7% случаях) у пациентов определяли концевые дефекты I и II класса Кеннеди – двух- или односторонние, локализующиеся на верхней или нижней челюстях. При концевых ДЗР пациенты, в основном, указывали на трудности пережевывания твердой пищи, эстетические дефекты в связи с «западением щек», при наличии съемных протезов – проблемы их использования в связи со слабой фиксацией и устойчивостью, частым травмированием СОПР и как следствие обострением КПЛ СОПР (рис. 3.18, рис. 3.19).



Рисунок 3.18 – Двухсторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти (I кл. по Кеннеди) у пациента с проявлениями эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР; протезный стоматит травматического генеза, катаральная форма; металлопластмассовый мостовидный протез с напылением с опорой на 1.3, 1.1, 2.1 и 2.3 зубы (неудовлетворительное качество)



Рисунок 3.19 – Односторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти (II кл. по Кеннеди) у пациента с проявлениями экссудативно-гиперемической формы КПЛ СОПР, развившейся как осложнение типичной формы после проведенного протезирования пластиночным частичным съемным протезом на нижней челюсти

На долю включенных ДЗР во фронтальном отделе челюстей приходилось 22,8% (рис. 3.20). Утрата зубов при этом сопровождалась эстетическими нарушениями, речевой дисфункцией, проблемами откусывания пищи, частым травмированием слизистой десны и альвеолярных отростков челюстей.



Рисунок 3.20 – Включенный дефект зубного ряда во фронтальном отделе верхней челюсти (IV кл. по Кеннеди) у пациента с проявлениями гиперкератотической формы КПЛ СОПР (кератотический десневой КПЛ-ассоциированный симптомокомплекс по Jandinski и Schklar), генерализованная рецессия десны (K06.0) I кл. по Миллеру

Чаще у пациентов выявляли средние (отсутствие 2-3-х зубов) и протяженные (отсутствие на челюсти 3-6 зубов) ДЗР (соответственно в 52,7% и 28,9% случаев), на долю малых приходилось 18,3% от 311 имеющих ДЗР.

В *первичном протезировании* по поводу частичного или полного отсутствия зубов нуждались 34,8% пациентов. Примечательно, что 7,7% пациентов нуждались в полных съемных пластиночных протезах, но до этого никогда не обращались с целью протезирования к врачу-ортопеду. В качестве основных причин отказа от протезирования зубов были указаны денто- или стоматофобия, канцерофобия и финансовая несостоятельность. У 35,9% лиц, нуждающихся в *первичном протезировании*, определены показания к восстановлению концевых дефектов частичными съемными пластиночными протезами, бюгельными протезами или конструкциями на имплантатах. В *первичном протезировании* с использованием несъемных зубных протезов по поводу включенных дефектов зубных рядов нуждались 64,2% пациентов с КПЛ СОПР.

Подавляющему числу (65,2%) пациентов с частичным или полным отсутствием зубов ранее проводилось зубное протезирование, причем число изготовленных протезов, оцененных по соответствующим критериям качества, составило 303 ед. (23,8% - съемных и 76,2% - несъемных).

В структуре съемных зубных протезов, ранее изготовленных пациентам с КПЛ, преобладали (56,9%) частичные съемные пластиночные (преимущественно акриловые) протезы, на долю полных съемных пластиночных протезов пришлось 40,3%, 2 пациента пользовались бюгельными протезами (2 ед.).

Пациентам с КПЛ ранее были установлены: 72 мостовидных протеза, в том числе металлокерамических – 30 (41,7%), цельнолитых – 21 (29,2%), штампованно-паянных – 15 (20,8%) и металлопластмассовых – 6 (8,3%); 159 одиночных коронок, в том числе металлокерамических – 73 (45,9%), включая 5 (7,0%) с опорой на имплантаты, штампованных – 46 (28,9%), цельнолитых – 29 (18,2%), безметалловых (цельнокерамических) – 11 (6,9%) (рис.3.21). Штампованные коронки и штампованно-паянные мостовидные протезы были изготовлены из нержавеющей стали, причем 54,1% с напылением из нитрида титана. Цельнолитые конструкции были изготовлены из кобальто-хромового (68,0%) и никель-хромового (32,0%) сплавов.

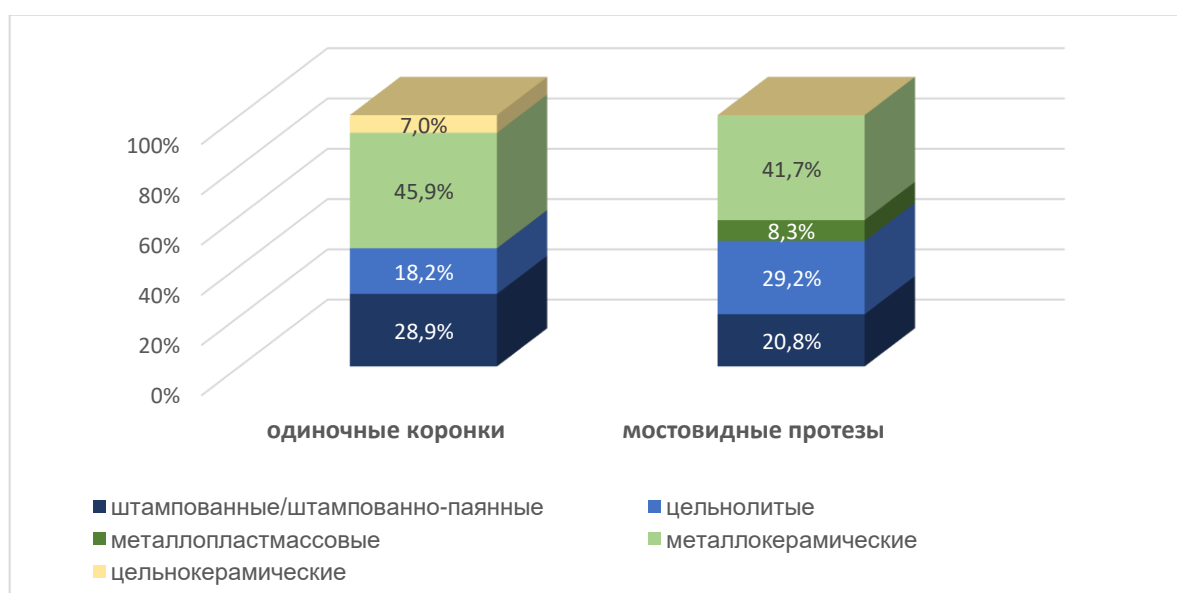


Рисунок 3.21 – Характеристика (тип, материал) несъемных зубных протезов у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта

Комплексная *in vivo* и *ex vivo* оценка качества 72-х съёмных зубных протезов у обследованных лиц свидетельствовала, что подавляющее большинство (88,9%) используемых протезов были изготовлены с использованием устаревших технологий (материалов), не соответствовали критериям качества, требовали замены в связи с превышением срока «эксплуатации» и низкими эстетико-функциональными характеристиками (рис. 3.22).

Низкое качество *съёмных протезов ex vivo* проявлялось в их плохом гигиеническом состоянии (показатель ГСП по E.Ambjornsen –  $7,8 \pm 2,9$ ), ухудшении текстурных характеристик базисного материала (достоверное повышение коэффициента шероховатости Ra до  $7,80 \pm 1,13$  мкм по данным профилометрии) с визуально определяемым наличием трещин, пор, следов починки и перебазировки (81,9% ед.), а также *in vivo* – балансированием конструкций в полости рта (29,1% ед.), нарушением границ протеза и его прилегания к протезному ложу (в 20,8% случаях), наличием у пациентов травмирующих СОПР ситуаций – травма десны кламмерами, краями, ложем протеза с формированием декубитальных язв (14,3% больных), воспалением слизистой протезного ложа (28,6% больных).

Степень удовлетворенности пациентов проведенным съёмным протезированием была низкой и составила  $3,8 \pm 1,2$  балла (по шкале GRS). У большинства пациентов отмечены нарушения функции жевания (среднегрупповой показатель динамической жевательной эффективности –  $36,5 \pm 10,2$  сек; диапазон отклонения от нормативного от 64,3% до 191,8%), речевой функции («среднее» и «низкое» качество функции речи по критериям В.В.Трезубова, 2012), а также неудовлетворенность внешним видом протеза (40,8% ед.) и психологические проблемы при пользовании съёмными протезами (у 21,2% пациентов). Наиболее типичные признаки (*ex vivo*) низкого качества съёмных зубных протезов, используемых пациентами, отражены на рис. 3.22.

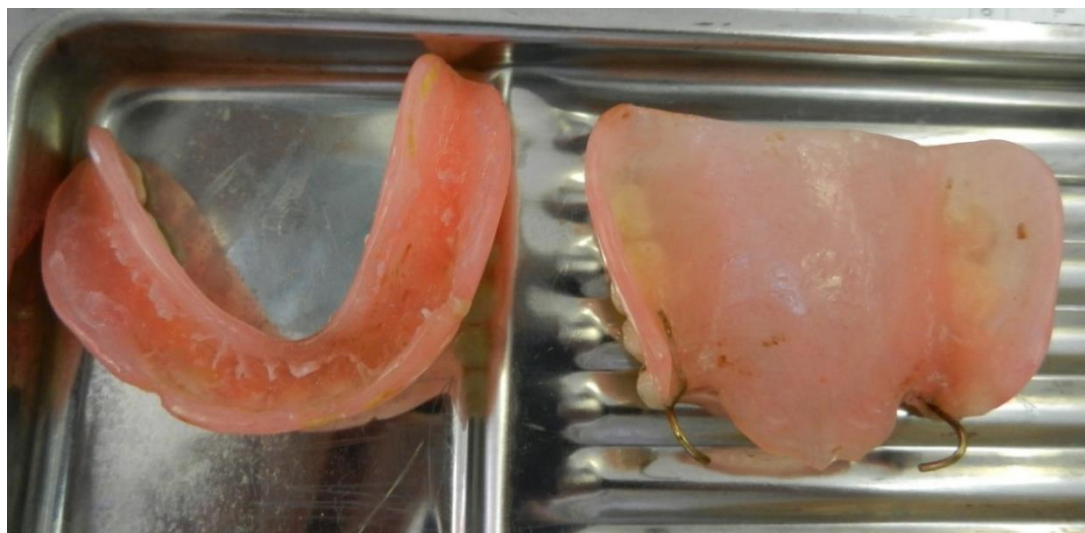


Рисунок 3.22 – Неудовлетворительное качество полных съемных пластиночных протезов, используемых пациентами с КПЛ (сроки пользования протезами – более 8 лет, в анамнезе многократные перебазировки; неудовлетворительные цвето-текстурные характеристики и плохое гигиеническое состояние протезов; *in vivo* – плохая устойчивость с балансированием протезов в полости рта; катаральное воспаление слизистой протезного ложа).

Все имеющиеся у пациентов съемные бюгельные протезы соответствовали необходимым эстетико-функциональным критериям качественно изготовленного протеза. Практически каждый третий (28,1%) из имеющихся у пациентов съемных зубных протезов не только оценивался по критерию низкого и неудовлетворительного качества, но и был изготовлен без учета состояния пораженной СОПР, вне периода достижения стойкой ремиссии КПЛ, со слов пациентов – на фоне уже имеющихся в полости рта элементов поражения и соответствующих жалоб; первичное протезирование проводилось без предварительной оценки переносимости ортопедических материалов, без предварительных консультаций с врачом-дерматологом, пародонтологом или терапевтом-стоматологом – т.е. «спонтанно».

С учетом критериальной оценки качества имеющихся в полости рта больных КПЛ зубных протезов общее число и доля пациентов, нуждающихся в повторном рациональном протезировании, составили 61 или 54,5% от числа лиц, нуждающихся в ортопедическом лечении по поводу отсутствия зубов.

Обращал на себя внимание факт, что из 11,1% съемных зубных протезов, состояние которых на момент обследования было оценено как качественное, 6 (75,0%) практически не использовались пациентами по назначению, либо

использовались периодически в связи с опасениями рецидива заболевания и ухудшения состояния СОПР. Нередко отказ от ношения зубных протезов объяснялся канцерофобией. Чаще подобные феномены отмечали у стоматологических пациентов с особым пессимистичным психотипом личности, имеющих неудачный (в плане тяжелого течения адаптационного периода и обострения КПЛ на этапах предпротезной подготовки и собственно зубного протезирования) опыт первичного протезирования, не верящих в успешность ортопедического лечения и профессиональные компетенции стоматолога.

У абсолютного большинства (77,8%) всех обследованных больных с КПЛ определяли пессимистический психотип стоматологического пациента. В ходе бесед с ортопедом-стоматологом они проявляли чувство тревоги, иногда страха (перед обследованием, протезированием), были мнительны; недоверчивы, нередко конфликтны, демонстрировали неверие в успех и, главное, в безопасность протезирования и пользования зубными протезами при имеющемся заболевании СОПР. У всех 112-ти пациентов, нуждающихся в ортопедической помощи, была отмечена низкая мотивированность к ортопедическому лечению, а у 9,2% причиной отказа от протезирования был страх перед стоматологическим вмешательством. Большинству из них требовалась профессиональная психотерапевтическая диагностика и помощь врача-психотерапевта.

Таким образом, особенности психотипа стоматологического пациента с проявлениями КПЛ (преобладание пессимистического профиля), наличие психо-эмоциональных проблем, связанных с неудачами первичного протезирования (обострение КПЛ СОПР, тяжелый длительный период адаптации и т.д.), во многом предопределяли низкий уровень мотивации к ортопедическому лечению, а в 9,2% случаев – отказ от его проведения, что потребовало комплексных подходов к стоматологическому лечению больных с профессиональной психотерапевтической поддержкой при планировании и проведении ортопедического этапа реабилитации.

Следует отметить, что из анамнеза у 19,1% пациентов, ранее протезируемых съемными пластиночными зубными протезами по поводу частичного и (или)



полного отсутствия зубов, выявляли проявления типичного аллергического контактного стоматита с сильным зудом, жжением и сухостью в полости рта и воспалением СОПР, а также классического контактно-аллергического хейлита. В отличие от специфических КПЛ-ассоциированных реакций СОПР, длительно проявляющихся на ней после съемного протезирования, требующих специфического патогенетического лечения, неспецифическое воспаление СОПР при аллергическом протезном стоматите, как правило, купировали в первые сутки после изъятия протеза из полости рта. Клинико-анамнестические данные указывали на образование у 14,3% пациентов типичных декубитальных язв (пролежней) в местах ее травмирования краями протеза, кламмером и др. При объективном обследовании у 9,5% пациентов наблюдали фокальную гиперплазию слизистой альвеолярных отростков челюстей, а также признаки банального катарального воспаления слизистой протезного ложа с субфокальной, четко очерченной гиперемией, отеком и слабым болевым симптомом (28,6%).

Анализ состояния *несъемных конструкций протезов* на момент обследования пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта только в 14,3% (33 ед.) случаев свидетельствовал о хорошем их качестве, тогда как 85,7% конструкций были определены как некачественные, в том числе изготовленные с использованием устаревших технологий (материалов), нерационально, без учета особого состояния СОПР и десневого комплекса. Дефекты несъемных конструкций во многом были типичными, неспецифическими, т.е. не отражающими особые реактивные изменения СОПР у больных КПЛ: травмирование слизистой десны краем коронки или слизистой альвеолярного отростка при травмирующе близком прилегании промежуточной части мостовидного протеза (локальный катаральный / эрозивный гингивит) – в 35,7% случаев; обнажение края коронки – 34,6%; истирание (сколы) окклюзионной поверхности коронки – 30,9%; расцементировка протеза – 15,8%; неудовлетворительное и плохое гигиеническое состояние конструкции – 16,6%. Анализ неспецифических признаков низкого функционального качества несъемных конструкций выявил наличие более сохранной, чем у лиц со съемными протезами, дикции (преобладание оценок

«высокое и среднее» качество функции речи по В.В.Трезубову), функции жевания (достоверное повышение среднегруппового показателя динамической жевательной эффективности по данным «мягкой» жевательной пробы –  $24,9 \pm 8,8$  с). Однако у 23,3% лиц с несъемными (особенно металлическими, в т.ч. при наличии в полости рта разнородных металлов) протезами в 6 раз чаще, чем у лиц, пользующихся съемными протезами, выявляли явления гальванизма, зафиксированные клинически и электрометрически ( $U_{\max} = 127,3 \pm 10,1$  мкА).

Среди специфических признаков негативного влияния несъемных зубных протезов из различных конструкций и материалов на СОПР и пародонт, у 9,6% больных КПЛ после фиксации протеза(ов) выявляли дебютное появление папулезных элементов или, при наличии уже существующих на десне «белых» папул, - бляшек в прилежащих или перифокальных протезу (коронке) областях слизистой десны. Проявления контактного гиперкератоза с перифокальной лихенизацией чаще наблюдались в зонах контакта тела мостовидного протеза или коронки со слизистой альвеолярного отростка, чаще, когда протезы были изготовлены из кобальто-хромового сплава с напылением из нитрида титана или металлопластмассы. Специфическим проявлением на слизистой маргинальной и папиллярной десны после фиксации протезов в 15,4% случаев был десквамативный гингивит, а также атрофический гингивит, проявляющийся рецессией десны, чаще I-II степени (11,5%).

Анализ клинико-anamnestических данных 73 пациентов с проявлениями КПЛ СОПР, имеющих в полости рта зубные протезы (съемные и несъемные), в 56,2% случаев (у 41 чел.) позволил выявить наличие прямой связи (коэффициент корреляции Спирмена  $r=0,632$ ; теснота (сила) связи по шкале Чеддока - заметная) между динамическим состоянием пораженной СОПР и протезированием зубов. У большей части из них (70,7%) эта взаимосвязь проявлялась ухудшением состояния СОПР в процессе протезирования (особенно съемного) – усилением выраженности болевого, ксеростомического и парестетического симптомов, и, что особенно показательно, проявлением симптома Кебнера с нарастанием числа «старых» элементов и появлением «свежих» в ранее интактных зонах с увеличением числа и

общей площади очага(ов) поражения (28,8%), трансформацией типичных элементов в эрозивно-язвенные в участках травматизации СОПР во время проведения ортопедом-стоматологом различных лечебно-диагностических процедур (26,0%), в т.ч.: во время предпротезной подготовки пациента (36,8%), на этапе протезирования (47,4%), в ранний период по его завершению (15,8%). Показательно, что 16,4% пациентов, имеющих в полости рта зубные протезы (41,7% - съемные и 58,3% - несъемные), напрямую связывали появление первых симптомов КПЛ на СОПР с установкой в полости рта новых протетических конструкций. Только 28,6% больных КПЛ, имеющих в полости рта ортопедические конструкции, до начала протезирования состояли на диспансерном учете терапевта-стоматолога по поводу хронического заболевания СОПР и были направлены к ортопеду-стоматологу после завершения консервативного лечения с достижением стойкой ремиссии. Подавляющее большинство (71,4%) пациентов не состояли на учете, обращались к ортопеду-стоматологу спонтанно, без направления или предварительных консультаций с терапевтом-стоматологом, в подострой или хронической стадии заболевания; 16,4% пациентов перед протезированием жалоб со стороны СОПР не предъявляли, ее объективные изменения отсутствовали.

Анализ клинико-anamnestических данных пациентов с проявлениями КПЛ свидетельствует, что проводимое по поводу вторичной адентии зубов ортопедическое лечение может стать причиной развития не только неспецифических изменений СОПР и десны, локализующихся преимущественно в области протезного ложа и прилегающих к конструкции участков СОПР (протезный стоматит (28,6%), контактно-аллергический стоматит (19,1%), декубитальные язвы и фокальная гиперплазия), но и провоцировать специфические для этого кожно-слизистого дерматоза реакции СОПР, проявляющиеся симптомом Кебнера – появлением новых элементов поражения в исходно интактных участках СОПР, травмируемых зубным протезом (28,8%); трансформацией типичной папулезной формы в осложненные (преимущественно эрозивно-язвенную, экссудативно-гиперемическую и гиперкератотическую) со сменой зон

излюбленной локализации элементов КПЛ на участки пери- или (и) субфокального контакта СОПР с частями протетической конструкции; интенсификацией ороговения СОПР за счет усиления интенсивности и площади лихенизации; вовлечением в аутоиммунный процесс кожи, слизистых иных локализаций (половых органов) и ногтевых пластин.

*Резюме.* Результаты комплексных клинико-функциональных исследований со всей очевидностью указывают на острую потребность в ортопедическом стоматологическом лечении пациентов с КПЛ в силу высокой нуждаемости в первичном (34,8%), повторном (54,5%) и дополнительном протезировании по поводу частичного и полного отсутствия зубов.

Всесторонний анализ клинико-anamnestических данных позволяет определить основные проблемы организации ортопедической стоматологической помощи этим пациентам, связанные с проблемами повторного протетического лечения и потребностей в первичном и дополнительном протезировании:

- «спонтанный» характер зубного протезирования больных КПЛ вне периода достижения стойкой ремиссии заболевания;
- не всегда качественная предпротезная подготовка пациентов с КПЛ, не предусматривающая расширенную клинико-инструментальную оценку состояния СОПР, ККГ и кожных покровов и, при необходимости, проведения соответствующих коррекционных мероприятий совместно с терапевтом-стоматологом;
- планирование ортопедического лечения без учета особенностей психотипа стоматологического пациента – больного КПЛ, его низкой мотивированности к протезированию при частом наличии симптомов денто (стомато)- и канцерофобии;
- отсутствие тесной координации в работе ортопеда-стоматолога, терапевта-стоматолога, дерматолога и психотерапевта на этапах предпротезной подготовки и лечения вторичной адентии у пациентов с КПЛ;
- преимущественное использование устаревших технологий и материалов для зубного протезирования (съемные пластиночные акриловые протезы, несъемные металлопластмассовые конструкции, несъемные штампованно-паянные металлические протезы с напылением из нитрида титана);

- необоснованно низкий процент использования современных технологий и конструкционных материалов (CAD/CAM фрезерование, использование эластополимеров при съемном протезировании, протезирование на имплантатах и др.);
- нерациональный выбор конструкции зубного протеза без учета клинико-топографических особенностей КПЛ СОПР и его десневых проявлений; необоснованно частое использование технологий съемного зубного протезирования;
- частое возникновение ятрогенных ситуаций травмирования СОПР с обострением КПЛ, связанных с использованием стандартного, легко травмирующего СОПР лечебно-диагностического инструментария и оборудования на приеме ортопеда-стоматолога;
- высокая частота возникновения неспецифических осложнений протезирования и специфических для КПЛ реактивных изменений СОПР на этапах предпротезной подготовки, во время и после протезирования, снижающих качество ортопедического лечения;
- редкие отказы пациентов от ношения протеза или нарушения регламента его использования в связи с недостаточной функциональной эффективностью и опасениями обострения / озлокачествления процесса;
- превышение пациентом с КПЛ предельно допустимых сроков «эксплуатации» зубных протезов;
- финансовые проблемы, ограничивающие выбор пациента оптимальных видов (конструкций) протезирования;
- недостаточно эффективное ортопедическая стоматологическая диспансеризация больных КПЛ после проведенного ортопедического лечения.

Полученные и критически переработанные результаты заложили основу для разработки особых методических подходов к проведению ортопедического стоматологического лечения больных КПЛ и к их использованию при проведении съемного и(или) несъемного протезирования на основе междисциплинарных решений, принимаемых врачом ортопедом-стоматологом совместно с терапевтом-стоматологом, врачом-дерматовенерологом и, при необходимости, со специалистами психотерапевтического профиля.

Результаты исследований, представленные в этой главе, опубликованы в следующих научных трудах:

- 1) Пародонтологические аспекты заболеваний слизистой оболочки полости рта: красный плоский лишай / О.С.Гилева, С.В.Кошкин, Т.В.Либик, Е.А.Городилова, И.Н.Халявина // Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – № 3. – С. 9-14. (из перечня ВАК)

- 2) Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) / О.С.Гилева, Е.Н.Смирнова, А.А.Позднякова, О.В.Поздеева, Т.В.Либик, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова, Т.Ю.Шилова, Н.В.Гибадуллина, В.А.Садилова, Е.Д.Назукин // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29. – № 6. – С. 18-24. (из перечня ВАК)
- 3) Актуальные вопросы сочетанных поражений слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи / О.С.Гилева, А.А.Позднякова, Т.В.Либик, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова // I Всероссийское совещание по проблемам фундаментальной стоматологии. Сборник научных трудов. – Екатеринбург, 2013. – С. 167-169.

## **ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА, ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КПЛ В ПОЛОСТИ РТА**

Результаты проведенного комплексного стоматологического обследования убедительно свидетельствовали о высокой нуждаемости пациентов с КПЛ в оказании различных видов ортопедической стоматологической помощи по поводу отсутствия зубов.

Высокая (у 95,7% лиц) частота выявления, клинико-топографические особенности ДЗР, а также возникающие впоследствии структурно-функциональные нарушения и психосоматические проблемы усугубляли течение КПЛ, снижали и без того сниженное при хронизации системного воспалительного процесса качество жизни за счет его стоматологических составляющих.

Востребованность в ортопедическом лечении пациентов с КПЛ была связана и с необходимостью повторного протезирования, обусловленного низким или неудовлетворительным качеством 86,5% имеющихся зубных протезов, использованием пациентами «дефектных» конструкций, выполненных по устаревшим технологиям, а потому нуждающихся в замене и с учетом особенностей состояния СОПР на момент обследования. Высокие показатели нуждаемости в первичном (34,8%) и повторном протезировании (54,5%) с заменой некачественных протезов на современные аналоги, конструкционно соответствующие состоянию СОПР и изготовленные из биосовместимых, индифферентных по отношению к пораженным тканям ортопедических стоматологических материалов, свидетельствовали о высокой нуждаемости больных КПЛ в оказании ортопедической стоматологической помощи по поводу отсутствия зубов, потребность в которой на момент обследования была удовлетворена лишь на 10,7%.

Критически проанализированные ретроспективные данные, характеризующие опыт первичного зубного протезирования больных КПЛ, определили: прямую корреляционную связь между динамическим состоянием

СОПР (кожи) и проведенным ранее ортопедическим лечением; отсутствие междисциплинарных взаимодействий между стоматологом-ортопедом, стоматологом-терапевтом, дерматологом и др. врачами-интернистами на этапе предпротезной подготовки, планирования и проведения зубного протезирования; «спонтанный» характер принятия решения о протезировании зубов как со стороны пациента, так и ортопеда-стоматолога; отсутствие обоснованного выбора технологий и методов проведения ортопедического лечения; низкую мотивированность пациентов с КПЛ к протезированию зубов и к регламентированному пользованию зубными протезами, причем чаще – в связи с особым пессимистическим психотипом личности и наличием особых психоэмоциональных проблем, формирующихся при длительном течении хронического, клинически манифестного кожно-слизистого дерматоза и усугубляющихся на фоне неудач первичного протезирования.

Оценка высокой нуждаемости в различных видах зубного протезирования, определение особенностей состояния СОПР и психотипа личности пациента с КПЛ на этапе предпротезной подготовки, а также анализ ошибок и осложнений первичного ортопедического лечения позволили выделить первоочередные проблемы оказания ортопедической стоматологической помощи больным КПЛ и предложить пути их решения путем разработки и оптимизации следующих 3-х профессиональных алгоритмов: алгоритма диагностических мероприятий ортопеда-стоматолога, ведущего прием пациентов с проявлениями КПЛ; алгоритма ортопедического стоматологического лечения больных КПЛ с полным и частичным отсутствием зубов; алгоритма междисциплинарного взаимодействия стоматологов (ортопедов и терапевтов), в чьи компетенции входит стоматологическое обследование и лечение пациентов с КПЛ, с врачами дерматологами и психотерапевтами.

Выбор и обоснование оптимальных технологий ортопедического стоматологического лечения пациентов с проявлениями КПЛ предполагал проведение лечебно-диагностических мероприятий в период стойкой (до 3-х месяцев) медикаментозной ремиссии, на основе компетентного



междисциплинарного (ортопед-стоматолог, терапевт-стоматолог, дерматолог, психотерапевт) и персонифицированного (учет индивидуальных особенностей системного и локального статуса, психотипа пациента, его предпочтений и финансовых возможностей и т.д.) подходов к использованию современных методов, конструкций и материалов, адаптированных к сложным условиям зубного протезирования при наличии структурно-функциональных изменений СОПР при компенсации процесса. Практическая реализация этих подходов была осуществлена, в том числе, с помощью разработанных в ходе выполнения работы оригинальных атравматичных методических, материаловедческих и конструкционных решений, при динамическом мониторинге состояния СОПР и кожных покровов – до протезирования, в процессе и по завершению ортопедической стоматологической реабилитации.

*4.1. Алгоритм диагностики и планирования ортопедического лечения по поводу отсутствия (частичного, полного) зубов у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.*

Для решения поставленных задач (4,5) применительно к пациентам с КПЛ (L43) был усовершенствован алгоритм диагностики и планирования ортопедического лечения по поводу отсутствия (частичного, полного) зубов [K08.1]. Последовательность действий предполагала следование общепринятым этапам обследования [41,42] и включала также:

- оценку (с учетом заключения врачей-интернистов) системного статуса по классификационной схеме ASA для пациентов стоматологического профиля [207];
- общеклиническую характеристику КПЛ (по заключению врача-дерматолога) с учетом достижения стадии стойкой (до 2-3 месяцев) медикаментозной ремиссии;
- сбор общего медикаментозного анамнеза, анализ режимов гормональной или иной терапии КПЛ с учетом высокого риска побочного влияния на СОПР;
- определение психотипа стоматологического пациента с КПЛ [112], его мотивированности к ортопедическому лечению;

- у пациентов с КПЛ, имеющих опыт первичного протезирования зубов, - выяснение его связи с дебютными проявлениями или обострением заболевания;
- определение степени удовлетворенности пациента первично проведенным ортопедическим лечением по показателю GRS;
- оценку максимальной ширины открывания рта с помощью атравматичного для СОПР и ККГ оригинального устройства (приоритетная справка на полезную модель по заявке №2017109474 от 21.03.2017);
- использование мягких ретракторов губ типа Ortra Gate Soft для атравматичной изоляции губ и щек при стоматологическом обследовании пациента;
- углубленную оценку состояния СОПР с использованием модифицированной системы топографирования, цветового и цифрового кодирования СОПР и ККГ для обозначения зон локализации элементов поражения КПЛ, в т.ч. – для выработки единых подходов при принятии междисциплинарных решений и документирования результатов обследования и лечения; люминескопии СОПР системой ViziLite Plus для выявления и планиметрии участков специфического (в очагах КПЛ, перифокально, в зоне контакта с протезом, на коже) и неспецифического (в области протезного ложа) воспаления, а также для мониторинга состояния СОПР на этапах ортопедического лечения; биомикроскопии СОПР для визуальной и фотометрической оценки выраженности сосудистого компонента воспаления (микроциркуляции) при проведении эпимукозного теста по оригинальной\*\*<sup>8</sup> методике; двух оригинальных\*\*<sup>9,10</sup> оценочных методик для выявления и количественной оценки увлажненности СОПР и степени ее потери у пациентов с КПЛ: «Модифицированной шкалы клинической диагностики ксеростомии CSCOD» и «Модифицированного опросника для комплексной оценки ксеростомии» – исходно и на этапах ортопедического лечения; интегральной оценки степени подвижности СОПР в различных топографических зонах (по индексу ригидности) для обоснования выбора оттискных и конструкционных материалов, конструкции протеза, а также для особой предпротезной подготовки и мониторинга состояния СОПР на этапах лечения;

---

<sup>8</sup>Удостоверение на рационализаторское предложение №2740 от 10.10.2017 «Методика оценки индивидуальной переносимости конструкционных материалов у пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин, М.М.Мирзоян)

<sup>9</sup>Удостоверение на рационализаторское предложение №2641 от 12.03.2014 «Модифицированная шкала клинической диагностики ксеростомии» (О.С.Гилева, Е.Н.Смирнова, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, О.Н.Турунцева, Е.М.Мусорина)

<sup>10</sup>Удостоверение на рационализаторское предложение №2643 от 12.03.2014 «Модифицированный опросник для комплексной оценки ксеростомии» (О.С.Гилева, Е.Н.Смирнова, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, О.Н.Турунцева, Е.М.Мусорина)

- углубленное пародонтологическое обследование, включающее оценку степени кровоточивости (BoP) и рецессии десны (IR), в том числе – для систематизации и последующей коррекции десневых проявлений КПЛ СОПР, их учета при выборе конструкций протезов;
- комплексную оценку функциональной эффективности жевательного аппарата с использованием оригинальной\*<sup>11</sup> атравматичной «мягкой» жевательной пробы;
- комплексную оценку качества имеющихся (у повторно протезируемых пациентов с КПЛ) зубных протезов, в т.ч. с:
  - углубленной клинико-инструментальной оценкой СОПР в области протезного ложа и в ее отдельных участках (перифокальных, контактирующих и т.д.), территориально сопряженных с конструкцией протеза;
  - учетом частоты выявления специфичных для КПЛ реактивных изменений СОПР и кожи (симптома Кебнера, десквамативного гингивита, первичной манифестации КПЛ в полости рта, генерализацией поражения с появлением папулезных элементов на коже);
  - самооценкой качества протезирования по показателю GRS с учетом изменений частоты и характера реактивных изменений СОПР;
  - учетом соблюдения пациентом регламента пользования зубными протезами и анализом причин нарушения режима их использования в связи с динамикой состояния СОПР.
- персонифицированный подход к выбору для протезирования биоинертных, безопасных для СОПР ортопедических стоматологических материалов на основе эпимукозного теста, воспроизведенного, в зависимости от конкретной клинической ситуации, в 2-х оригинальных\*\*<sup>12,13</sup> вариантах топической доставки тестируемого материала к различным участкам СОПР: в аппликациях на СО щеки на тестовом диске и в индивидуальной дентальной каппе с зафиксированным в ее «открытом окне» образцом материала;
- оригинальный\*<sup>14</sup> методический подход к фотодокументированию клинического материала с одномоментной единогоформатной интра- и экстраоральной фотосъемкой кожно-мукозальных проявлений дерматоза в диагностическом и мониторинговом (в процессе и по завершению ортопедического лечения) режимах;

---

<sup>11</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2742 от 17.10.2017 «Методика проведения мягкой жевательной пробы у пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин, М.М.Мирзоян)

<sup>12</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2740 от 10.10.2017 «Методика оценки индивидуальной переносимости конструкционных материалов у пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин, М.М.Мирзоян)

<sup>13</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2746 от 09.11.2017 «Модифицированная методика эпимукозного теста на стоматологическом приеме» (О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.А.Городилова)

<sup>14</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2747 от 09.11.2017 «Методика фотодокументирования пациента с кожно-слизистым дерматозом» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, С.В.Кошкин)

- комплексную оценку качества ортопедического лечения (первичного и повторного) по стоматологическому индексу качества жизни ОНIP-49-RU (Oral Health Impact Profile – RU) с расчетом интегральных и пошкаловых показателей и показателя величины статистического эффекта ( $\Delta$ ОНIP-49-RU) в процессе ортопедической стоматологической реабилитации.

Таким образом, в ходе настоящего исследования пациентам было проведено комплексное общеклиническое, дерматологическое и стоматологическое обследование с элементами психо-социального тестирования, с последовательным алгоритмированием основных и специальных этапов, адаптированных применительно к особенностям основной системной патологии (КПЛ) и ее проявлениям в полости рта (КПЛ СОПР). Включение в стандартный план стоматологического обследования пациента с КПЛ отдельных дополнительных этапов и особого атравматичного инструментально-технологического обеспечения гарантировало высокоуровневую диагностику нарушений ортопедического стоматологического статуса и планирование адекватного ортопедического лечения с учетом выявленных местных и системных проявлений кожно-слизистого дерматоза.

*4.2. Алгоритмы, особенности и комплексная оценка эффективности ортопедического стоматологического лечения больных с КПЛ с полным и частичным отсутствием зубов.*

Протезирование зубов у пациентов с КПЛ планировали и проводили в стадии медикаментозной ремиссии / при типичной форме КПЛ, с учетом основополагающих принципов и методологии ортопедического лечения [41, 42], принимая во внимание полученные данные о высокой нуждаемости этих лиц в оказании специализированной ортопедической помощи, низкую эффективность и качество первичного протезирования, высокие риски травмирования СОПР и обострения КПЛ при проведении стандартных лечебно-диагностических процедур в отсутствие особого атравматичного инструментально-технологического обеспечения приема ортопеда-стоматолога, факты частого отсутствия учета

ортопедом-стоматологом индивидуальных особенностей динамического состояния СОПР (при обострении, в фазе компенсации КПЛ) при выборе способа протезирования, конструкции протеза и конструкционного материала, а также игнорирование особенностей психотипа и мотивированности пациента к ортопедическому лечению.

Конечная цель ортопедического стоматологического лечения больных КПЛ включала последовательное решение следующих задач:

- восстановление функциональной способности ЗЧС, достаточной и адекватной измененному состоянию СОПР при хроническом течении системного КПЛ-ассоциированного воспаления;
- профилактика травматизации СОПР при проведении лечебно-диагностических процедур, специфических для больных КПЛ и неспецифических осложнений со стороны СОПР и пародонта – в ближайшие и отдаленные сроки после протезирования;
- гармонизация психоэмоционального состояния пациента на фоне успешного протезирования;
- закрепление эффекта предшествующей фармакотерапии КПЛ и обеспечение эффективной комплексной стоматологической реабилитации;
- улучшение системного здоровья и КЖ пациентов с хроническим кожно-слизистым дерматозом за счет восстановления ее стоматологических составляющих.

Для решения поставленных задач было проведено открытое проспективное нерандомизированное контролируемое клинико-социологическое исследование по оценке эффективности программ и алгоритмов ортопедического лечения пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта (стадия стойкой медикаментозной ремиссии с переходом в типичную форму – 15 чел.; первично диагностируемый КПЛ СОПР в типичной форме – 17 чел.) и наличием ДЗР различной протяженности.

Группу динамического наблюдения составили 32 пациента (7 мужчин и 25 женщин в возрасте 55-64 года) (средний и пожилой возраст, ВОЗ, 1933) [61] –

жителей ПФО, преимущественно (59,4%) пенсионеров с невысоким финансовым положением.

План, программы (алгоритмы), инструментально-технологическое обеспечение, предполагаемый прогноз и затраты на зубное протезирование обсуждались с каждым пациентом индивидуально, а в конкретной части, по показаниям, согласовывались с терапевтом-стоматологом, врачом-дерматологом и психотерапевтом. К протетическому лечению приступали после получения письменного добровольного информированного согласия пациента.

*Критерии включения* – наличие ДЗР, незамещенных и (или) замещенных зубными протезами неудовлетворительного или низкого качества; проявления КПЛ в полости рта в типичной форме с момента дебюта заболевания или при достижении стойкой ремиссии с переходом в неосложненную (типичную) форму; соответствие пациента к группам ASA I-II(III)-Dental patients сохранности системного статуса и рисков стоматологического лечения; психологическая готовность к проведению протезирования и финансовая обеспеченность пациента.

*Критерии исключения:* наличие осложненных (эрозивно-язвенная, экссудативно-гиперемическая, буллезная) форм КПЛ в полости рта; психологическое неприятие и (или) финансовая неготовность пациента к проведению того или иного вида протетического лечения.

Результаты ортопедического лечения пациентов с КПЛ оценивались на комплексной основе, с использованием разработанных применительно к этой группе лиц методики и подходов. Динамическое наблюдение проводилось на следующих точках отсчета: исходно – на фоне компенсированного состояния СОПР и кожи, до начала протезирования; по окончании протезирования с учетом завершения периода адаптации (при съемном протезировании), через 3-6 месяцев после проведенного ортопедического лечения. Данные анализировали с учетом наличия (или отсутствия) опыта первичного протезирования, качество и успешность которого оценивали комплексно, по стандартным и дополнительным, разработанным нами ранее с учетом особенностей состояния СОПР у больных КПЛ показателям и алгоритмам (см. раздел 4.1).

В зависимости от наличия показаний и выбора вида ортопедического лечения пациенты группы динамического наблюдения были условно разделены на 2 подгруппы: *первая (несъемное протезирование; ПНП)* – пациенты (17) с компенсированным неосложненным КПЛ СОПР, имеющие ДЗР, которым было показано и проведено лечение с использованием различных несъемных ортопедических конструкций зубных протезов (4 мужчины и 13 женщин в возрасте 55-62 года), и *вторая (съемное протезирование; ПСП)* – 15 пациентов (3 мужчин и 12 женщин в возрасте 57-64 года) *подгруппа*, которым по показаниям было проведено съемное или комбинированное (съемное и несъемное) зубное протезирование.

Неуспешный опыт первичного протезирования пациентов с КПЛ был связан с частым развитием неспецифических осложнений со стороны СОПР (протезный стоматит, декубитальные язвы, гиперплазия и т.д.), типичных для практики ортопедического лечения съемными и несъемными зубными протезами пациентов со здоровой СОПР, а также с появлением особых реактивных изменений СОПР, кожи и слизистых иных локализаций (симптом Кебнера, переход типичной формы КПЛ в осложненные, в т.ч. с вовлечением в процесс других участков СОПР и кожи), зачастую становившихся причиной прекращения протезирования, необходимости медикаментозной коррекции обострившегося КПЛ СОПР, последующим проведением отсроченного зубного протезирования с использованием иных методических подходов и технологических решений.

Проведенные ранее (гл. 3) у пациентов комплексные клинико-лабораторные исследования определили особенности состояния СОПР в стадии ремиссии КПЛ (сухость, ригидность, атрофичность, повышенная болевая чувствительность и кровоточивость), требующие учета в плане рисков протетического лечения, выборов адекватных методов и ортопедических материалов, а также соответствующей медикаментозной коррекции совместно с терапевтом-стоматологом до, на этапах и в ближайшие сроки после ортопедической стоматологической реабилитации.

#### *4.2.1. Разработка рациональных подходов и оценка эффективности несъемного зубного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

##### *4.2.1.1. Анализ качества первичного несъемного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

В подгруппе несъемного зубного протезирования (ПНП) – 17 пациентов с компенсированным КПЛ, имеющих преимущественно (88,2%) включенные ДЗР малой протяженности в боковых и фронтальном отделах челюстей (III и IV классы по Кеннеди). У 11,8% пациентов диагностированы малые концевые ДЗР (II класс по Кеннеди), в лечении которых применены несъемные конструкции с опорой на имплантаты (3 одиночные коронки с опорой на имплантаты и 1 мостовидный протез с опорой на имплантаты).

Первичное зубное протезирование проведено у 35,3% пациентов ПНП, тогда как большинство (64,7%) из них к моменту обследования ранее (3-4 года назад) имели опыт протетического лечения. У последних оценивали состояние: 9 штампованно-паянных мостовидных протезов (качество 78,9% из них – «низкое» и «неудовлетворительное»; 66,7% протезов изготовлены с напылением из нитрида титана); 5 мостовидных протезов из никель-хромового сплава с облицовкой из пластмассы (все нуждаются в замене); 13 одиночных штампованных металлических коронок (в 69,2% случаев изготовленных с напылением нитрида титана и в 92,3% оцененных по критериям «низкого» и «неудовлетворительного» качества); 8 литых металлических мостовидных протезов, в т.ч. 87,5%, имеющих низкое качества; 11 одиночных литых коронок, в т.ч. 81,8% плохого качества; 7 одиночных металлокерамических коронок и 4 металлокерамических мостовидных протеза, в 72,7% случаев (8 ед.) не удовлетворяющих критериям качественно изготовленной и эффективно функционирующей эстетической конструкции. Так, у пациентов ПНП, имеющих опыт первичного несъемного протезирования зубов, отмечали: признаки хронического травмирования десны краем коронки (отек, гиперемия, повышенную кровоточивость маргинальной и папиллярной десны с



обильным отложением мягкого зубного налета – в 55,6% случаев и гипертрофию маргинального края десны (22,2%), при наличии протезов из металлопластмассы; оголение придесневого края коронки и корня зуба, покрытой протезом, с проявлением симптома гиперестезии, развитием пришеечного кариеса и кариеса корня (67,7%); стирание окклюзионной поверхности коронки, чаще штампованной (55,6%); расцементировку несъемных ортопедических конструкций (33,3%). У 4-х пациентов наличие в полости рта разнородных металлов (пломба из амальгамы, стальные металлические коронки с напылением TiN и др.) сопровождалось клинически манифестными симптомами гальванизма (металлический привкус, жжение, сухость в полости рта и др.), во всех случаях подтвержденного электрометрически ( $102,6 \pm 4,4$  мВ). Два пациента с КПЛ, имеющие на момент обследования несъемные зубные протезы в полости рта, напрямую связывали наличие заболевания СОПР с проведенным ортопедическим лечением: один – в связи с проявлением первых симптомов КПЛ (папулезных высыпаний на коже и желтовато-серой пигментации ногтей) в течение первых 3-х месяцев после установки в полости рта металлических, с «золотым» напылением мостовидных протезов; второй – в связи с обострением КПЛ СОПР (переход типичной в эрозивно-язвенную форму с генерализацией высыпаний на ранее интактных участках СОПР) во время протезирования несъемными конструкциями, что в дальнейшем, при низкой эффективности поддерживающей консервативной терапии КПЛ привело к необходимости снятия конструкций. На момент обследования на слизистой десны у 33,3% пациентов ПНП, в проекции ранее установленных конструкций (штампованных коронок, металлопластмассовых и штампованно-паянных металлических с TiN-напылением мостовидных протезов) были отмечены признаки десквамативного КПЛ-ассоциированного гингивита. Все пациенты с КПЛ были не удовлетворены результатами несъемного протезирования (показатель GRS  $3,5 \pm 0,5$  балла). Первичное зубное протезирование этих пациентов проводилось 6-7 лет назад (т.е. оптимальные сроки пользования зубными протезами были превышены). Анализ качества 26 имеющихся у пациентов с КПЛ мостовидных протезов свидетельствовал, что в 19,2% случаев при выборе формы

промежуточной части конструкции (касательная, контактирующая с десной с щечной стороны, или седловидная) не было учтено наличие папулезных высыпаний на слизистой альвеолярной и маргинальной частях десны, что спровоцировало перифокальную интенсивную лихенизацию и воспаление слизистой десны в местах контакта. Только у 17,6% лиц, имеющих в полости рта несъемные зубные протезы, уровень гигиены полости рта оценивали как удовлетворительный.

Из анамнеза выясняли, что первичное ортопедическое лечение с использованием несъемных зубных протезов чаще проводилось «спонтанно», без специальной предшествующей подготовки СОПР, без учета и коррекции ее исходного и динамического (в процессе протезирования) состояния совместно с терапевтом-стоматологом, преимущественно с использованием устаревших технологий и материалов в связи с финансовыми ограничениями пациентов. Тестирование индивидуальной переносимости конструкционных материалов при планировании ортопедического лечения, диспансерное наблюдение за пациентами с КПЛ после протезирования не осуществлялось.

Анализ качества имеющихся в полости рта больных КПЛ 57 несъемных конструкций свидетельствовал, что после 3-5 лет их эксплуатации только 14,0% (преимущественно металлокерамические и цельнолитые) сохраняли необходимые функциональные и эстетические качества, а 86,0% нуждались в замене с подбором биосовместимых для конкретного пациента (по эпимукозному тесту) ортопедических стоматологических материалов, выбором минимально травматичной для СОПР конструкции, с проведением особой предпротезной подготовки и терапевтического «сопровождения» СОПР для профилактики специфических и неспецифических осложнений КПЛ на СОПР (и коже) на всех этапах ортопедического лечения.

*4.2.1.2. Объем, методические особенности (алгоритмы) и эффективность несъемного зубного протезирования у пациентов с КПЛ.*

В ходе выполнения лечебных мероприятий проспективной части настоящего исследования, при планировании повторного ортопедического лечения у пациентов ПНП все штампованные, штампованно-паянные и металлопластмассовые конструкции, а также некачественные цельнолитые и металлокерамические конструкции были сняты, повторное лечение проведено с использованием рациональных технологий, на основе разработанных усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов. Эти же подходы были учтены при дополнительном несъемном протезировании, показанном на момент обследования 4-м пациентам этой группы.

В динамике ортопедического лечения у пациентов ПНП анализировали основные функциональные и эстетические показатели, отражающие особенности ортопедического стоматологического статуса и стоматологического качества жизни пациентов с ДЗР, ранее замещенными или незамещенными зубными протезами: динамическая жевательная эффективность (по атравматичной «мягкой» жевательной пробе); речевая функция; степень увлажненности / сухости СОПР по клиническому индексу CSCOD; степень податливости / ригидности по индексу ИР; субъективная удовлетворенность пациента протезированием по шкале GRS; объективные параметры качества протеза; частота, структура и тяжесть специфических и неспецифических реакций СОПР на различных этапах наблюдения (во время протезирования, непосредственно после, в ближайшие и отдаленные сроки); интегральные и пошкаловые показатели стоматологического индекса КЖ ОНIP-49-RU.

С учетом комплексной оценки ортопедического стоматологического статуса, критического анализа опыта предшествующего протезирования, результатов психологического тестирования и исходной оценки стоматологических параметров КЖ были определены показания, разработаны усовершенствованные алгоритмы и

определены особенности несъемного зубного протезирования при замещении ДЗР у пациентов с компенсированным течением КПЛ.

К планированию несъемного зубного протезирования при отсутствии одного или нескольких (до 3-х) зубов у пациентов приступали только по достижению стадии стойкой ремиссии (компенсации) КПЛ или при его типичном течении, что подтверждалось соответствующими консультативными заключениями. Объем и структура ортопедической стоматологической помощи (рис. 4.1), оказанной пациентам с компенсированным КПЛ по поводу ДЗР (несъемное протезирование): всего изготовлено 74 несъемных ортопедических конструкции, в т.ч.: 34 (45,9%) одиночных металлокерамических коронок, 27 (36,4%) металлокерамических мостовидных протезов, 5 (6,8%) цельнолитых одиночных коронок и 3 (4,1%) цельнолитых мостовидных протеза, а также 5 (6,8%) металлокерамических коронок с опорой на имплантаты (2 одиночные коронки при включенных дефектах во фронтальном отделе, 1 одиночная коронка при одностороннем концевом дефекте и 1 мостовидный протез с опорой на 2 имплантата).

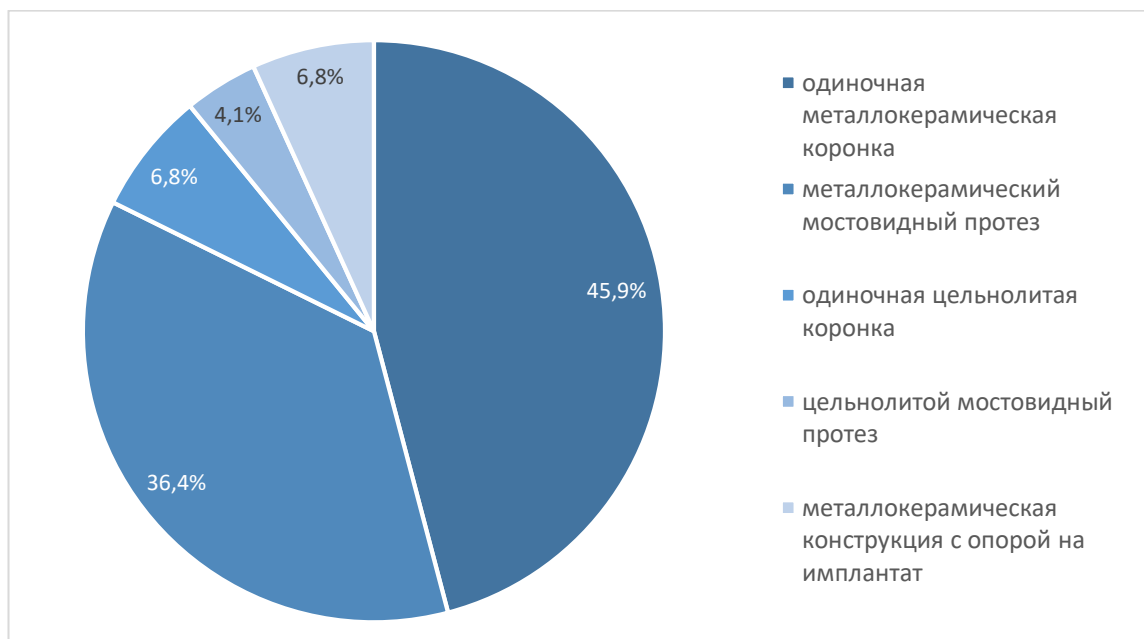


Рисунок 4.1 – Объем и структура ортопедической стоматологической помощи больным КПЛ с дефектами зубных рядов (подгруппа несъемного протезирования).

На всех этапах ортопедического стоматологического лечения помощи (как при несъемном, так и при съемном протезировании) больных КПЛ с ДЗР

использовали оригинальный\*<sup>15</sup> поддерживающий лечебно-профилактический комплекс для защиты СОПР на этапах протезирования (рис. 4.2). Комплекс включал последовательное, по окончании каждого из клинических этапов протезирования, применение ортопедом-стоматологом и(или) проинструктированным им пациентом в домашних условиях лекарственных пластин «Фармадонт» (в аппликациях на участки СОПР и пародонта, подвергшиеся травматизации во время проведения стоматологических манипуляций, или являющиеся зонами излюбленной локализации (риска рецидивирования) элементов КПЛ), обработку полости рта специальным ополаскивателем для сухого рта «ДиаДент Регуляр» (Аванта, Россия), содержащего бетаин в комплексе с VP/VA сополимером (ежедневное 2-кратное (утро-вечер) 30-секундное полоскание полости рта 10–15 мл ополаскивателя) с последующим нанесением увлажняющего геля «Dry Mouth» (GC, Япония) на все участки СОПР.



а



б



в

Рисунок 4.2 – Поддерживающий лечебно-профилактический комплекс для больных КПЛ, применяемый на всех этапах протетического лечения: коллагеновая пластина «Фармадонт» (а), ополаскиватель (б) и гель-гидратант (в).

<sup>15</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2744 от 19.10.2017 «Способ профилактики травматических повреждений слизистой полости рта и пародонта при протетическом лечении пациентов с кожно-слизистым дерматозом» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин)

*4.2.1.2.1. Алгоритм несъемного зубного протезирования металлокерамическими конструкциями при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

Клинический этап (I).

1. Обработка губ и углов специальной увлажняющей гигиенической помадой «Пантенол EVO» (Аванта, Россия). Наложение мягкого ретрактора Optra Gate Soft (Ivoclar Vivadent, Лихтенштейн) на основе гипоаллергенного безлатексного материала для изоляции слизистой оболочки губ и щек; установка слюноотсоса с хорошо изолированными острыми краями для профилактики травмирования ККГ при проведении лечебных процедур.

2. Снятие вспомогательных оттисков высокоточным пластичным силиконовым базовым материалом «BisicoS1 SOFT» (Bielefelder Dentsilicone GmbH&Co, Германия) в сочетании с корригирующей массой «Bisico S4 SUNY» для изготовления временных коронок.

3. Минимизировали риск прикусывания слизистой щек и губ и будущими готовыми несъемными конструкциями, использовали оригинальную<sup>\*16</sup> методику применения лицевой дуги и артикулятора в сочетании с методиками Wax-Up и Mock-Up. Для получения информации о положении верхней челюсти относительно черепа накладывали лицевую дугу «ARCUS® evo» (Kavo). Далее зубной техник, загипсовав полученные модели в артикулятор, проводил предварительное восковое моделирование будущих конструкций с тщательной отработкой всех возможных движений нижней челюсти (Wax-up), а соответственно, межжюкклюзионных контактов. Далее Wax-up передавали в клинику, где с помощью композиционного материала для временных коронок переносили предварительно отмоделированные конструкции в полость рта пациента (Mock-up) и оценивали эстетические и функциональные параметры будущих реставраций. При нахождении оптимальных межжюкклюзионных контактов, определении оптимального размера и формы зубов проводили снятие оттисков по полученным результатам. Mock-up снимали и приступали к препарированию зубов.

4. Максимально «атравматичное» для СОПР и десны препарирование зубов предполагало обязательное выполнение поддесневого уступа для опоры края металлокерамической коронки во избежание травмирования маргинальной десны. Использовали также оригинальный<sup>\*17</sup> способ профилактики травматизации и кровоточивости десны при одонтопрепарировании, основанный

<sup>16</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2640 от 04.03.2014 «Способ профилактики травматизации десны при проведении стоматологических манипуляций у больных красным плоским лишаем слизистой полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, И.Н.Халявина, Т.В.Либик)

<sup>17</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2745 от 19.10.2017 «Способ профилактики травматических повреждений десны при препарировании твердых тканей зубов у больных с хроническими заболеваниями слизистой полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин)

на проведении 2-х этапной ретракции десны полимерным гелем «Ретрагель» (ООО «НКФ Омега-Дент», Россия) с хлоридом алюминия и последующим введением в десневую борозду ретракционной нити «Ultrapak Cord #000» пакером «Fischer's Ultrapak Packer 90° Small» (Ultradent Products GmbH, Германия).

5. Препарирование зубов с созданием качественного уступа в пришеечной области осуществляли турбинным наконечником с новым бором Komet® (Gebr. Brasseler GmbH & Co, Германия) при обязательном водяном охлаждении; создание поддесневого уступа проводили с использованием особого повышающего наконечника «Sirona T3 LINE E200» (SIRONA, Германия) с повышенным моментом силы и низкими оборотами (до 200 000 об./мин.), также с водяным охлаждением. Культю зуба тщательно полировали, сглаживая острые края зубов, используя полир (бор с красной маркировкой мелкой зернистости) и полировочные диски Sof-Lex™ (3M ESPE).

6. Для снятия рабочего оттиска использовали индивидуализированные стандартные оттискные одноразовые ложки. При применении строго размерных стандартных металлических ложек их края окантовывали воском во избежание травмирования мягких тканей. Одноэтапным способом, во избежание дополнительного травмирования мягких тканей, получали двухслойный оттиск А-силиконовым слепочным материалом «Silagum-Putty Soft» (базовый слой) и «Silagum-Light» (корректирующий слой) (DMG, Германия).

7. Регистрацию прикуса проводили А-силиконом «O-Bite» (DMG), имеющим минимальное сопротивление прикусу во избежание травмирования тканей пародонта. При изготовлении нескольких мостовидных протезов и препарировании большого количества опорных зубов, в отсутствие трех пар антагонистов, готовили восковые шаблоны и определяли центральную окклюзию общепринятым способом.

8. Покрытие отпрепарированных зубов десенситайзером «Gluma® Desensitizer» (Kulzer Mitsui Chemicals Group, Германия) и временными коронками (изготовление по общепринятой методике с использованием силиконового ключа прямым методом из материала «Luxatemp» (DMG, Германия) на основе бис-акрилата) для профилактики гиперестезии и смещения лишенных контактов с антагонистами опорных зубов. Учитывая токсичность по отношению к СОПР и аллергизирующие свойства эвгенол-содержащих стоматологических материалов, фиксацию временных коронок проводили с использованием безэвгенольного цемента «Freegenol Temporary Pack» (GC, Япония).

9. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» и рекомендации по домашнему применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса на основе противовоспалительных пластин «Фармадонт» и увлажняющих составов «ДиаДент Регуляр» и «Dry Mouth».

### Лабораторный этап (I).

Зуботехнические работы проводили по общепринятым методикам с использованием современных технологий, оборудования и ортопедических материалов: для моделировки каркасов металлокерамических конструкций и изготовления временных коронок отливали 2 пары моделей из супергипса 4 типа EliteRock (Zhermack, Италия); по данным, полученным после наложения лицевой дуги, гипсовали в артикулятор PROTAREvo (KaVo, Германия); изготовление временных коронок проводили методом горячей полимеризации из пластмассы «Синма-М» (Стома, Россия).

### Клинический этап (II).

1. Снятие временных коронок, изготовленных прямым способом в клинике.
2. Фиксация временных коронок, изготовленных лабораторным способом на безэвгенольный цемент.
3. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и десны.

### Лабораторный этап (II).

Моделировка каркасов металлокерамических протезов по общепринятым методикам с формированием с их оральной стороны особой металлической «защитки» для профилактики кумуляции зубной бляшки. При моделировании промежуточной части мостовидного протеза, особенно при вовлечении в процесс слизистой десны (при КПЛ-ассоциированном гингивите и пародонтите) выбор делали в пользу ее промывного типа для исключения травмирования десны в месте отсутствующих зубов и минимизации рисков появления специфических и неспецифических признаков воспаления в месте контакта слизистой с металлом. В отдельных случаях, при отсутствии элементов КПЛ на слизистой десны, допускали формирование касательного (только с щечной стороны) понтика, тогда как седловидная форма промежуточной части исключалась. Для изготовления каркаса металлокерамических конструкций использовали кобальто-хромовый сплав Wirebond (BEGO, Германия) с высокой степенью биосовместимости (36%), сопоставимой с таковой у золото-платинового сплава (42%).

### Клинический этап (III).

1. Снятие временных коронок и припасовка цельнолитого металлического каркаса конструкций. Оценка каркаса и, при необходимости, его коррекция, по общепринятым критериям и методикам. Фиксация временных коронок на безэвгенольный цемент.
2. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и десны.



### Лабораторный этап (III).

1. Пескоструйная обработка каркасов по общепринятым методикам с помощью аппарата АСОЗ 5.1Б (Аверон, Россия).

2. Использование керамической массы «IPSd.Sign» (Ivoclar Vivadent, Лихтенштейн) с послойным нанесением по общепринятым методикам в автоматической печи для обжига керамики VITAVACUMAT® 40T (VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co, Германия). Для изготовления максимально эстетичных конструкций керамическую облицовку создавали с керамическим замыкающим краем («плечом»), при рецессии десны для ее имитации использовали розовую керамику.

### Клинический этап (IV).

1. Снятие временных коронок.

2. Припасовка металлокерамических конструкций, проверка межокклюзионных взаимоотношений визуально и с помощью окклюдодиаграммы по общепринятым методикам. При необходимости – избирательное шлифование. На этапе припасовки уделяли внимание оценке плотности прилегания тела протеза к слизистой протезного ложа для профилактики специфических и неспецифических реакций СОПР на травму. После внесения всех корректировок, требующихся с точки зрения врача ортопеда-стоматолога и пациента, металлокерамические конструкции глазурировали по общепринятой методике для достижения полной имитации естественных зубов.

3. Фиксация постоянных металлокерамических конструкций с использованием рекомендуемых атравматичных подходов: увлажнение ККГ «Пантенол EVO» и наложение Optra Gate, а также, по требованию, изоляция опорных зубов ватными турундами с дополнительным наложением на область выводных протоков околоушных слюнных желез драй-типов NeoDrySmall (CROSSTEX, США). Для постоянной фиксации использовали стеклоиономерный цемент GCFujiI (GC, Япония), деликатно и тщательно удаляя излишки цемента из межзубных промежутков. Для лучшей полимеризации СИЦ границу «зуб-коронка» покрывали глицериновым гелем LiquidStrip (IvoclarVivadent, Лихтенштейн).

4. Давали рекомендации по уходу за полостью рта, применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса (в течение 10-14 дней после окончания протезирования) и уходу за металлокерамическими конструкциями.

*4.2.1.2.2. Алгоритм несъемного зубного протезирования замещающими конструкциями с опорой на имплантаты при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

#### Клинический этап (I).

1. Без удаления формирователей десны по общепринятой методике снимали предварительные анатомические оттиски для изготовления индивидуальной открытой ложки альгинатной массой «Kromoran 100» (Lascod, Италия) после увлажнения ККГ и углов рта составом «Пантенол EVO».

2. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и десны и рекомендации по домашнему применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса.

#### Лабораторный этап (I).

1. Изготовление открытой индивидуальной ложки для снятия оттисков по общепринятой методике с использованием трансферов.

#### Клинический этап (II).

1. Обработка губ и углов пациента специальным составом «Пантенол EVO».

2. Удаление формирователя десны. Антисептическая обработка СОПР 0,05% р-ром хлоргексидина.

3. Припасовка слепочной ложки и нахождение оптимально атравматичного пути ее введения и выведения из полости рта.

4. Установка слепочного трансфера соответствующего имплантационной системе (например, BEGO Semados® S implants) по общепринятой методике с контролем плотности прилегания (без зазоров).

5. Снятие рабочего слепка по общепринятой методике с использованием слепочного материала «Impregum Penta Soft» (3MESPE).

6. Регистрация прикуса А-силиконом «O-Bite» (DMG), имеющего минимальное сопротивление к прикусу для минимизации травмирования тканей пародонта.

7. Наложение лицевой дуги «ARCUS® evo» (Kavo) для получения информации о положении верхней челюсти относительно черепа.

8. Антисептическая обработка области установленных имплантатов 0,05% р-ром хлоргексидина.

9. Установка формирователей десны.

10. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (II).

1. Изготовление временной конструкции, облицованной пластмассой, на временном абатменте по общепринятой методике.

#### Клинический этап (III).

1. Обработка губ и углов пациента специальным составом «Пантенол EVO» (Аванта, Россия).

2. Наложение мягкого ретрактора Optra Gate Soft; установка слюноотсоса с хорошо изолированными острыми краями.

3. Удаление формирователя десны. Антисептическая обработка 0,05% р-ром хлоргексидина.

4. Фиксация временной конструкции – временного абатмента с провизорной коронкой, с использованием безэвгенольного цемента «Freegenol Temporary Pack» (GC, Япония).

5. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (III).

1. Изготовление металлического каркаса конструкции с опорой на имплантат из титанового или кобальто-хромового сплава по общепринятой методике.

#### Клинический этап (IV).

1. Снятие временной конструкции и антисептическая обработка СОПР 0,05% р-ром хлоргексидина.

2. Примерка каркаса конструкции по общепринятой методике.

3. Фиксация временной конструкции – временного абатмента с провизорной коронкой, с использованием безэвгенольного цемента «Freegenol Temporary Pack» (GC, Япония).

4. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (IV).

1. Нанесение керамической массы на каркас по общепринятой методике. Использовали керамическую массу «IPSd.Sign» (Ivoclar Vivadent, Лихтенштейн) с обжигом керамики в автоматической печи VITAVACUMAT® 40T (VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co, Германия).

## V Клинический этап.

1. Припасовка конструкции в полости рта с оценкой всех критериев качества и рентгеновским контролем для подтверждения посадки протеза, который впоследствии отправляли на окончательное окрашивание и глазурирование.

2. Фиксация протетической конструкции с опорой на имплантат (эндооссальные винтовые имплантаты). У пациентов с КПЛ использовали способ винтовой фиксации на имплантатах<sup>18</sup> для предсказуемого снятия протеза в случае возникновения осложнений со стороны СОПР и пародонта, в случае исключения риска выведения цемента в мягкие ткани десны. При выборе винтовой фиксации исключали использование цемента, а, следовательно, и острых инструментов для извлечения его остатков на границе десна-имплантат. Коронку фиксировали в полости рта с использованием стерильного винта и динамометрического ключа. Шахту винта временно закрывали гуттаперчей или оттискным материалом. Назначали повторный осмотр через 2 недели.

3. Наложение коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные участки СОПР и пародонта.

## Клинический этап (VI).

1. Постоянная фиксация конструкции. Шахту винта закрывали жидкотекучим светоотверждаемым композиционным материалом «Filtek Flow» (3MESPE), проводили шлифовку и полировку пломбы. Давали рекомендации по уходу за полостью рта и протетическими конструкциями.

2. Давали рекомендации по уходу за полостью рта, применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса (в течение 10-14 дней после окончания протезирования) и уходу за замещающими конструкциями с опорой на имплантатах.

### *4.2.1.2.3. Комплексная оценка эффективности ортопедического лечения (несъемное протезирование) у больных КПЛ.*

В процессе рационального ортопедического лечения с использованием несъемных замещающих конструкций, на фоне регламентированного применения поддерживающего лечебно-профилактического комплекса для защиты СОПР выраженных неспецифических воспалительных реакций со стороны слизистой полости рта, десневого комплекса и ККГ у протезируемых пациентов с КПЛ не

---

<sup>18</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2726 от 28.03.2017 «Способ фиксации несъемных ортопедических конструкций с опорой на денальные имплантаты у пациентов со специальными нуждами» (О.С.Гилева, Е.А.Городилов, С.В.Кошкин, Т.В.Либик, И.Н.Халявина)

возникало, кожные проявления КПЛ отсутствовали, пациенты демонстрировали психологическую настроенность и мотивацию к протезированию зубов. Аналогичные позитивные изменения были отмечены непосредственно после протезирования. В ближайшие сроки наблюдения, в сравнении с исходными данными, достоверно улучшались следующие показатели: статическая жевательная эффективность (100%) с положительной достоверной ( $p < 0,01$ ) динамикой ( $59,3 \pm 10,7\%$  до лечения); динамическая жевательная эффективность по показателю «мягкой» жевательной пробы после протезирования улучшились на  $53,8\%$  (средние исходные показатели укладывались в  $69,5 \pm 27,3\%$  от значений гипотетической нормы; после пользования протезами –  $15,7 \pm 10,3\%$ ;  $p < 0,05$ ); число пациентов, демонстрирующих «хорошее» и «высокое» качество речи после протезирования достоверно ( $p < 0,01$ ), на  $60,0\%$ , увеличилось в сравнении с их исходным количеством ( $73\%$  - до и  $13,3\%$  - после лечения); клинический показатель ксеростомии CSCOD, исходно отражающий средне-тяжелую ее форму –  $6,4 \pm 1,7$  балла, после лечения снизился до  $2,1 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ), что отразило положительную динамику (улучшение на  $67,2\%$ ) степени увлажненности СОПР при функционировании в полости рта качественных ортопедических конструкций. Индекс ригидности СОПР изменялся не достоверно. Все пациенты демонстрировали удовлетворенность результатами проведенного лечения и высокую мотивированность к поддержанию достигнутого улучшения (удовлетворенность лечением по шкале GRS после лечения  $1,06 \pm 0,3$  балла, до лечения  $3,5 \pm 0,5$  балла,  $p < 0,001$ ). Объективные параметры качества вновь изготовленных зубных протезов соответствовали критериям хорошего и удовлетворительного качества, серьезных неспецифических и специфических реакций со стороны СОПР не отмечено. У одного пациента на фоне сниженной гигиены полости рта, через 3 месяца при обследовании отметили признаки обострившегося генерализованного катарального гингивита.

Динамика интегральных и пошкаловых показателей индекса ОНП-49-RU у пациентов, ортопедическое лечение которым было проведено с использованием несъемных протетических конструкций, представлена в табл. 4.1.

Таблица 4.1 – Динамика стоматологических показателей качества жизни у больных с проявлениями КПЛ в полости рта, прошедших ортопедическое лечение с использованием несъемных протетических конструкций ( $M \pm m$ , % снижения КЖ).

Интегральный / пошкаловый показатель ОНП-49-RU	До протезирования		По завершению периода адаптации		Через 3-6 мес. после протезирования	
	Значение, баллы	Отклонение от гипотетической нормы, %	Значение, баллы	Отклонение от гипотетической нормы, %	Значение, баллы	Отклонение от гипотетической нормы, %
$\Sigma_{\text{ОНП-49-RU}}$	99,3±18,5	↓ 50,7	69,9±13,7	↓ 35,6	39,2±9,2	↓ 20,0
ОФ	24,5±2,9	↓ 68,0	13,2±1,8	↓ 36,7	3,7±1,2	↓ 10,3
ФД	10,2±3,1	↓ 28,3	7,9±1,7	↓ 21,9	3,3±1,7	↓ 9,2
ПД	15,2±3,8	↓ 76,0	9,0±1,9	↓ 45,0	5,3±1,1	↓ 26,5
ФР	19,3±2,7	↓ 53,6	11,1±2,3	↓ 30,8	3,4±1,7	↓ 9,4
ПР	12,7±2,7	↓ 52,9	8,1±2,6	↓ 33,7	6,5±0,8	↓ 27,1
СД	5,8±1,3	↓ 29,0	5,1±1,1	↓ 25,5	2,2±0,6	↓ 11,0
У	11,6±2,0	↓ 48,3	15,5±2,3	↓ 64,5	14,8±2,1	↓ 61,7

Примечание: достоверность отличий в сравнении с исходными показателями ( $p < 0,001$ )\*, ( $p < 0,01$ )\*\*, ( $p < 0,05$ )\*\*\*.

У пациентов с КПЛ в стадии ремиссии (подгруппа несъемного протезирования) до начала лечения интегральные значения индекса ОНП-49-RU составляли, в среднем,  $99,3 \pm 18,5$  баллов, что отражало снижение показателя КЖ на 50,7% в сравнении с гипотетической нормой [65]. Отмечали, что ДЗР и соответствующие им функциональные изменения в полости рта, возникающие у этих пациентов, а также наличие клинических симптомов хронического кожно-слизистого дерматоза, в первую очередь, сказывается на показателях, характеризующих психологические проблемы (ПД снижен на 76,0%), а также функциональных ограничений (ОФ= $31,1 \pm 3,5$ , при снижении на 68,0%, и ФР= $19,3 \pm 2,7$ , при снижении на 53,6%).

В течение всего срока после протезирования была отмечена поступательная положительная динамика стоматологического КЖ по интегральному и пошкаловым показателям индекса ОНП-49-RU. Так, изменение интегрального показателя составили: с  $99,3 \pm 18,5$  баллов – исходно; до  $69,9 \pm 13,7$  – по завершению адаптационного периода и до  $39,2 \pm 9,2$  – через 3-6 месяцев после протезирования; с итоговым улучшением показателя на 30,7%, что объективизировало улучшение самоощущения КЖ пациентами с КПЛ после успешно проведенного

ортопедического лечения. Анализ пошкаловых показателей в динамике показал, что самое скорое и значимое ( $p < 0,001$ ) улучшение стоматологических показателей КЖ после протезирования фиксировалось по шкале «ОФ»: снижение показателя до  $3,7 \pm 1,2$  баллов (на 57,7% в сравнении с исходным) через 3-6 мес. после протезирования, что несомненно объективизировало восстановление основных нарушенных функций, приема разнообразной пищи, четкой речи, улыбки. Также значимым ( $p < 0,001$ ) было улучшение КЖ по шкале ФР (снижение показателя на 46,2%) в связи с коррекцией имевшихся исходно функциональных расстройств. Выраженной динамики не было отмечено по шкале ФД (снижение показателя на 19,1%), так как исходно пациенты, прошедшие адекватную предпротезную подготовку и находящиеся в стадии ремиссии КПЛ не имели сильных болевых симптомов в полости рта, которые способен отразить данный пошкаловый показатель. Достаточно выражена динамика показателей, отражающих психологические нарушения (ПД – улучшение на 45,5%, ПР – улучшение на 25,8%, СД – улучшение на 18%), так как процесс привыкания к несъемным конструкциям протекал легко, без явлений неспецифических и специфических осложнений после протетического лечения. Однако, было отмечено ухудшение пошкалового показателя «Ущерб» (увеличение на 16,2%), возможно это явилось отражением достаточно дорогой стоимости рекомендованных, рационально подобранных этим пациентам конструкций (цельнокерамические и металлокерамические протезы). По истечении срока показатель «У» имел незначительную ( $p > 0,05$ ) тенденцию к снижению. Показатели эффективности лечения по Cohen составили: 1,6 – по завершению периода адаптации и 3,2 – через 3-6 месяцев после проведенного протетического лечения, что объективизировало принятие пациентами установленных конструкций, отсутствие субъективных жалоб и проблем, связанных с установкой несъемных протетических конструкций, восстановление функций ЗЧС.

В качестве примера приводим иллюстрации результатов ортопедического лечения (несъемное протезирование) пациентов с КПЛ, имеющих ДЗР, с

использованием усовершенствованных лечебно-диагностических протоколов (рис. 4.3 и 4.4).



*а*



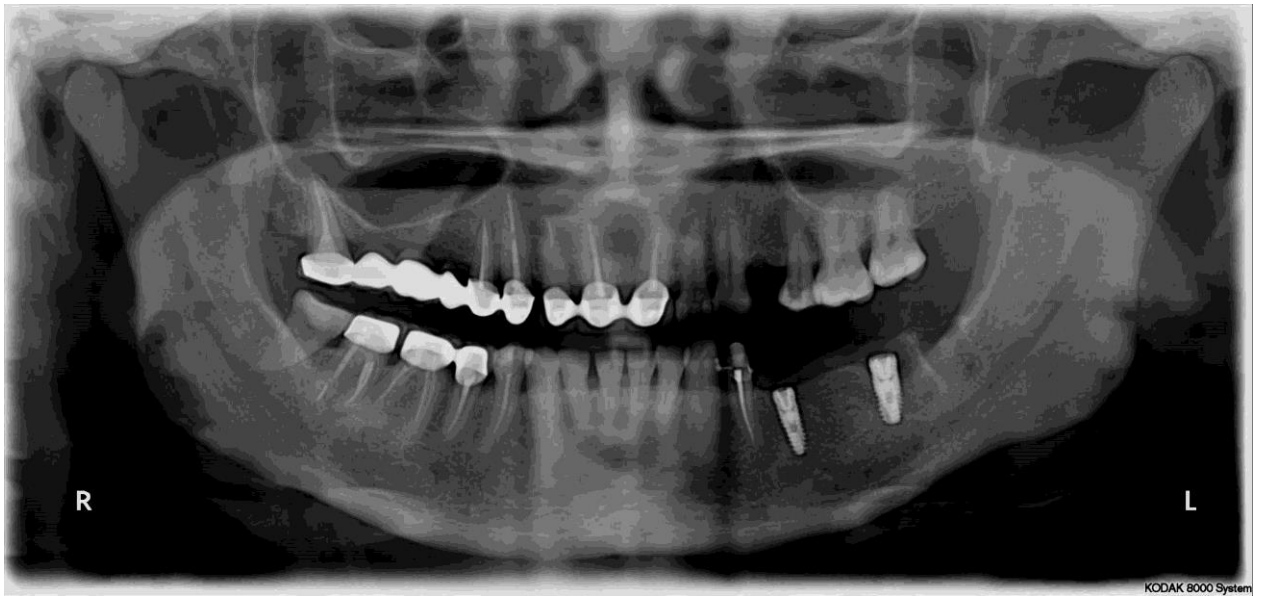
*б*

Рисунок 4.3 – Пациент И-к К.Г56 лет, с диагнозом «Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта в типичной форме (L43.80)».

(а) Состояние на момент первичного осмотра: штампованно-паянные мостовидные протезы с пластмассовой облицовкой с опорой на 1.5, 2.3, 2.4, 2.6, 3.5, 3.7 зубы в неудовлетворительном состоянии. Лентикулярная лихенизация десневого края в месте контакта с коронкой с покрытием из нитрида титана; явления гальванизма ( $U_{max} - 123 \mu A$ ).

(б) Состояние через 3 месяца после повторного протезирования с установкой металлокерамических коронок на зубы 1.3 и 2.3, литых металлических коронок на зубы 1.5, 1.4, 4.6, 4.7, литых металлических мостовидных протезов с опорой на 2.4 и 2.6, 3.5 и 3.7. Слизистая десны в проекции установленных конструкций физиологической окраски без признаков лихенизации, субъективные и объективные явления гальванизма отсутствуют.





*а*



*б*

Рисунок 4.4 – Пациентка С-ва М.В., 57 лет, с диагнозом «Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта в типичной форме (L43.80)»г.

(а) ОПТГ: проекции зубов 3.5 и 3.7 установлены имплантаты XiVE (Dentsply Implants, Германия).

(б) Состояние через 6 месяцев после протезирования: в полости рта установлены одиночная металлокерамическая коронка на зуб 3.4, металлокерамический мостовидный протез с опорой на имплантаты в проекции 3.5. и 3.7 зубов. Красный плоский лишай СОПР в состоянии стойкой ремиссии, специфических и неспецифических осложнений после протезирования не выявлено.

#### *4.2.2. Разработка рациональных подходов и оценка эффективности съемного зубного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

##### *4.2.2.1. Анализ качества первичного съемного протезирования при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

В подгруппе съемного зубного протезирования (ПСП) – 15 пациентов с компенсированным КПЛ, имеющих концевые, преимущественно (73,9%) двухсторонние дефекты зубных рядов средней протяженности, а также полное отсутствие зубов на одной / обеих челюстях.

Так, у пациентов подгруппы ПСП, имеющих опыт первичного протезирования зубов, отмечали различные признаки неудовлетворительного состояния функционирования конструкций, проявляющихся как низкими показателями качества самих конструкций, так и наличием реактивных изменений СОПР и пародонта, в участках, непосредственно контактирующих с протезами. У 3-х пациентов, пользующихся съемными пластиночными акриловыми протезами, выявлены типичные признаки протезного аллергического стоматита, проявляющиеся жжением в полости рта, гиперемией и десквамацией СОПР протезного ложа, в связи с чем протезы использовались пациентами только «периодически», даже после проведения ортопедом-стоматологом 2-3 коррекций и перебазировок. У 2-х пациентов по результатам клинико-микробиологических исследований был диагностирован грибковый протетический стоматит, что потребовало замены конструкции и ее материала, а также соответствующей (противогрибковой) терапии. Часть пациентов (54,5%), имевших в полости рта съемные протетические конструкции, отмечали, что после проведенного ранее протезирования на СОПР появлялись травматические эрозии и язвы. У 2-х пациентов, по данным анамнеза, во время первичного протетического лечения отмечалось утяжеление состояния СОПР (эрозивное на фоне активного высыпания папул). «Территориальную» сопряженность фокусов элементов КПЛ и протетических конструкций отмечали у 70% пациентов со съемными зубными

протезами. У пациентов с КПЛ и полным отсутствием зубов СОПР была атрофичной, плохо податливой, чувствительной, что часто (75,0%) являлось причиной отказа этих пациентов от пользования съемными протезами, которые балансировали, плохо фиксировались и часто травмировали СОПР. На 42% из имевшихся съемных протезов отмечены следы многократных перебазирровок (по словам пациентов, от 4 до 7 перебазирровок), у 66,6% определялись множественные, часто пигментированные трещины; 75,0% – балансировали в полости рта. У 27,3% пациентов выявляли жалобы на жжение, зуд, покалывание, характерные для гальванизма в полости рта, подтвержденные впоследствии электрометрически ( $124,6 \pm 8,1$  мВ), причем у всех из них в полости рта были установлены штампованные коронки с напылением из нитрида титана, в 2-х случаях со стертыми «дырявыми» окклюзионными поверхностями.

Первичное зубное протезирование пациентов с КПЛ проводилось более 5 лет назад (т.е. сроки службы пластиночных протезов были превышены), его результаты не удовлетворяли, в целом, пациентов (показатель GRS  $4,0 \pm 1,0$  балла).

У большинства (81.8%) лиц со съемными зубными протезами уровень гигиены полости рта оценивали как неудовлетворительный, а индекс гигиены съемных протезов был неудовлетворительный и составил  $7,2 \pm 1,3$ .

По данным анамнеза выясняли, что как несъемное, так и съемное первичное протезирование проводилось «спонтанно», без специальной предпротезной подготовки СОПР и предварительных консультаций с терапевтом-стоматологом.

Большой части (63,6%) пациентов ПСП требовалась хирургическая санация с удалением подвижных (III-IV ст.) зубов, что требовало повторного протезирования с изготовлением новой конструкции протеза. Последнее осуществляли с учетом исходного состояния СОПР и ККГ, после осуществления специальной предпротезной подготовки зубов и СОПР для профилактики специфических и неспецифических осложнений КПЛ на СОПР и коже, с индивидуальным подбором конструкционных материалов, использованием современных методов ортопедического лечения и зубопротезных технологий,

тщательным наблюдением за состоянием СОПР на этапах протезирования и на диспансерном этапе после проведения лечения.

*4.2.2.2. Объем, методические особенности (алгоритмы) и эффективность съемного зубного протезирования у пациентов с КПЛ.*

У пациентов ПСП, которым требовалось повторное съемное зубное протезирование, были сняты все штампованные, штампованно-паянные, металлопластмассовые, а также некачественные цельнолитые и металлокерамические протезы, все некачественные, с истекшим сроком службы съемные зубные протезы. Повторное ортопедическое лечение проведено с использованием рациональных технологий, на основе разработанных усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов.

На этапах, в ближайшие и отдаленные сроки после лечения у пациентов ПСП анализировали основные показатели ортопедического стоматологического статуса и стоматологического КЖ: динамическая жевательная эффективность; функция речи; увлажненность, податливость СОПР (индексы CSCOD и ИР); качество фиксации и стабилизации зубных протезов; удовлетворенность пациента результатами протезирования по шкале GRS; объективные признаки качества протеза; частота, структура и тяжесть специфических и неспецифических реакций СОПР, проявляющихся на различных этапах: во время протезирования, непосредственно после, в ближайшие и отдаленные сроки; продолжительность периода адаптации; интегральные и пошкаловые показатели стоматологического индекса КЖ ОНП-49-RU.

Результаты комплексной оценки ортопедического стоматологического статуса пациентов с КПЛ, всесторонний анализ опыта предшествующего протезирования, данные психологического тестирования и индекса КЖ ОНП-49-RU позволили сформулировать показания, усовершенствовать алгоритмы и определить особенности съемного зубного протезирования при замещении ДЗР у пациентов с кожно-слизистым дерматозом.

Планирование и собственно съемное зубное протезирование начинали по достижению стойкой ремиссии осложненного КПЛ как в полости рта, так и на коже, или при неосложненной типичной форме КПЛ СОПР. План ортопедического лечения больных с КПЛ согласовывали с терапевтом-стоматологом, хирургом-стоматологом, дерматологом и, при необходимости, с психотерапевтом. Объем и структура ортопедической стоматологической помощи (рис. 4.5), оказанной пациентам ПСП включали изготовление: 7 полных съемных пластиночных протеза с эластическими подкладками, в том числе 2 – с опорой на имплантаты, 9 бюгельных протезов, 7 частичных съемных пластиночных протезов; помимо съемных конструкций пациентам этой подгруппы были изготовлены 33 несъемных зубных протеза– 10 металлокерамических одиночных коронок, 6 металлокерамических мостовидных протезов, 7 литых металлических одиночных коронок и 6 литых мостовидных протезов, а также (из-за финансовой несостоятельности пациента) 4 штампованные металлические коронки.

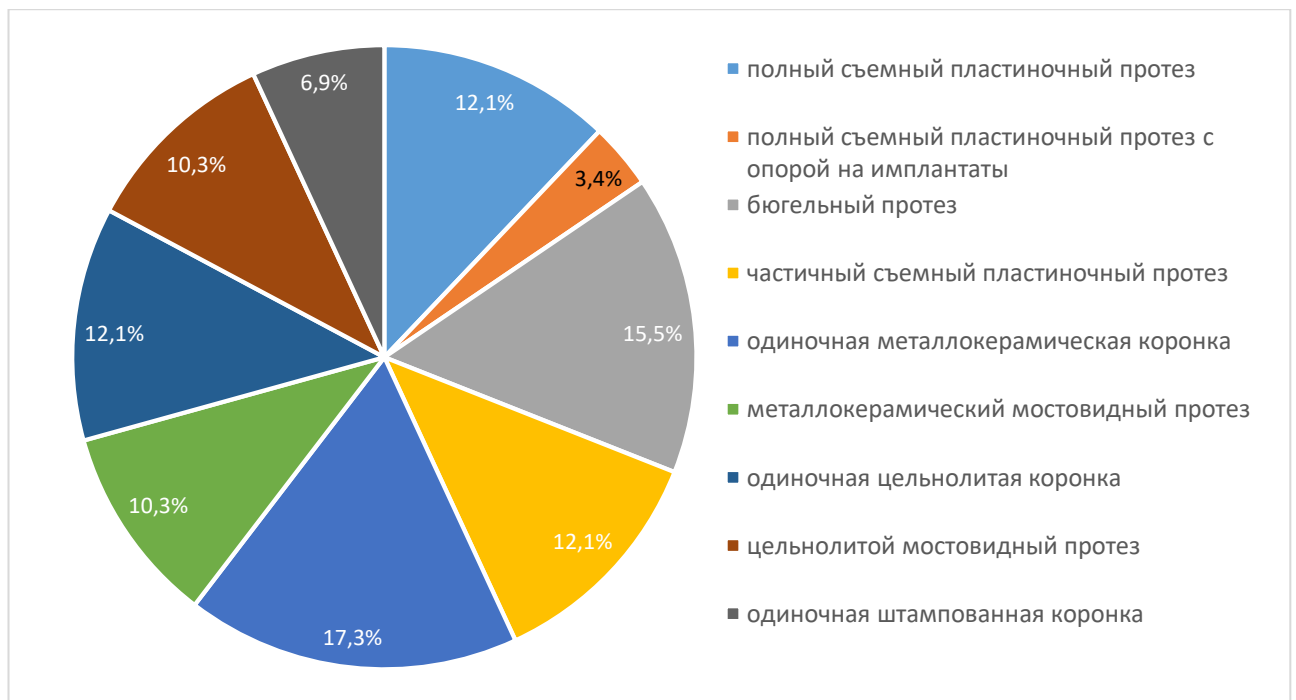


Рисунок 4.5 – Объем и структура ортопедической стоматологической помощи больным КПЛ с дефектами зубных рядов (подгруппа съемного протезирования).

В комплексе мероприятий по оказанию ортопедической стоматологической помощи пациентам ПСП включали использование оригинального\*<sup>19</sup> поддерживающего лечебно-профилактического комплекса для защиты СОПР на этапах протезирования (разд. 4.2.2.1).

*4.2.2.2.1. Алгоритм съёмного зубного протезирования бюгельными протезами при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

#### Клинический этап (I).

1. Снятие анатомических оттисков для изготовления индивидуальной ложки альгинатной массой «Кроморан 100» (Lascod, Италия) после увлажнения ККГ составом «Пантенол EVO».

2. Аппликацию коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР с рекомендациями по домашнему применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса, включающего использование противовоспалительных («Фармадонт») и увлажняющих («ДиаДент Регуляр», «DryMouth») средств.

#### Лабораторный этап (I).

1. Изготовление индивидуальной ложки по общепринятой методике из фотополимерных пластин «Elit LC tray» (Zhermack, Италия) с последующей ее фотополимеризацией в аппарате для светополимеризации пластмасс «ПМУ 1.0 Лайт» (Аверон, Россия).

#### Клинический этап (II).

1. Припасовка индивидуальной ложки в полости рта.

2. Снятие оттисков для изготовления рабочей модели индивидуальной ложкой высокоточным пластичным А-силиконовым базовым материалом «Bisico S1 SOFT» (Bielefelder Dentsilicone GmbH&Co, Германия) в сочетании с корригирующей массой «Bisico S4 SUNY» хорошей текучести, которая позволяет проснять поднутрения и отобразить экватор опорных зубов для хорошей фиксации протеза.

3. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (II).

1. Изготовление рабочих и вспомогательных моделей по общепринятым методикам.

---

<sup>19</sup> Удостоверение на рационализаторское предложение №2744 от 19.10.2017 «Способ профилактики травматических повреждений слизистой полости рта и пародонта при протетическом лечении пациентов с кожно-слизистым дерматозом» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, С.В.Кошкин)

2. Проведение параллелометрии с использованием аппарата «Фрезерно-параллелометрический станок» (Аверон, Россия) для определения рационального расположения удерживающих кламмеров бюгельного протеза.

3. Дублирование моделей по общепринятым методикам.

4. Изготовление восковых шаблонов с прикусными валиками из базисного воска «Беловакс-Б» (ВладМиВа, Россия).

### Клинический этап (III).

1. Определение центральной окклюзии по общепринятым методикам с использованием восковых шаблонов при нефиксированном прикусе. При фиксированном прикусе фиксацию центрального соотношения челюстей проводили материалом «Regidur» (Bielefelder Dentsilicone GmbH & Co, Германия) для снижения риска термической травмы СОПР разогретым воском.

2. Для получения информации о положении верхней челюсти относительно черепа накладывали лицевую дугу «ARCUS® evo» (Kavo).

3. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

### Лабораторный этап (III).

1. Гипсовка моделей в артикулятор PROTAREvo (KaVo, Германия) по «прикушенным» восковым шаблонам, согласно информации, полученной после наложения лицевой дуги.

2. Моделирование каркаса бюгельного протеза по общепринятым методикам.

3. Отливка каркаса бюгельного протеза из кобальто-хромового сплава «Wirobond» (BEGO, Германия) по общепринятым методикам.

4. Припасовка готового каркаса на модели с контролем качества по общепринятым методикам.

### Клинический этап (IV).

1. Припасовка каркаса бюгельного протеза с оценкой качества по общепринятым методикам. Особое внимание уделяли тому, чтобы дуга не соприкасалась со слизистой оболочкой (особенно проблемных зонах СОПР: в местах излюбленной локализации элементов КПЛ и зон ее повышенной травматизации у конкретного пациента) и не находилась от нее на большом расстоянии; оценивали расположение дуги и уздечки языка.

2. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

### Лабораторный этап (IV).

1. Постановка искусственных пластмассовых зубов (Yamahachi dental, Япония) по общепринятой методике. Обращали внимание на степень атрофии альвеолярного отростка, с

увеличением степени атрофии увеличивали площадь базиса. Также следили за тем, чтобы к слизистой оболочке альвеолярных отростков прилегал пластмассовый базис, а не металл каркаса, получая возможности его коррекции при необходимости.

#### Клинический этап (V).

1. Проверка конструкции бюгельного протеза в полости рта с поставленными на воск зубами с контролем качества по общепринятым методикам.

2. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (V).

1. Замена воска на пластмассу общепринятым способом. При выборе пластмассы предпочтение отдавали бесцветной пластмассе отечественного производства (Стома, Россия) «Пластмасса бесцветная для базисов протезов», учитывая данные о том, что она относительно редко провоцирует раздражение СОПР и развитие ее аллергических реакций в связи с отсутствием в составе красителей. Обсуждали с пациентом и недостатки материала – просвечивание каркаса, принимая совместное решение.

2. Тщательное полирование поверхностей бюгельного протеза с использованием полировочных порошков и паст фильцами, волосяными щетками и хлопчатобумажными «пушками» для обеспечения идеально гладкой, исключаящей микротравмирование СОПР и микробное инфицирование поверхности протеза.

#### Клинический этап (VI).

1. Припасовка и наложение готового бюгельного протеза в полости рта с контролем качества по общепринятым критериям и методикам. Обращали особое внимание на устойчивость протеза, для профилактики возникновения пролежней на СОПР тщательно проверяли равномерность просвета между дугой бюгельного протеза и слизистой оболочкой с помощью атравматичного углового зонда.

2. Давали рекомендации по уходу за полостью рта, применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса (в течение 10-14 дней после окончания протезирования) и уходу за бюгельными протезами.



*4.2.2.2.2. Алгоритм съемного зубного протезирования частичными съемными пластиночными протезами при частичном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

#### Клинический этап (I).

1. Снятие рабочих и вспомогательных анатомических оттисков альгинатной массой «Кроморан 100» (Lascod, Италия) после увлажнения ККГ составом «Пантенол EVO».

2. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и рекомендации по домашнему применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса, включающего использование противовоспалительных («Фармадонт») и увлажняющих («ДиаДент Регуляр» и «DryMouth») средств.

#### Лабораторный этап (I).

1. По общепринятым методикам отливали мастер-модель из супергипса IV класса, изучали ее в параллеломере. Заливка поднутрений и разметка кламмеров выполнялась как для традиционного металлического бюгеля. Этап дублирования модели силиконом также выполнялся по общепринятым правилам.

2. Изготовление восковых шаблонов с прикусными валиками из базисного воска «Беловакс-Б» (ВладМиВа, Россия).

#### Клинический этап (II).

1. Увлажнение ККГ составом «Пантенол EVO».

2. Определение центрального соотношения челюстей по общепринятым методикам с использованием восковых шаблонов. При фиксированном прикусе фиксацию центрального соотношения челюстей проводили материалом «Regidur» (Bielefelder Dentalsilicone GmbH & Co, Германия) для снижения риска термической травмы СОПР разогретым воском.

3. При протяженных дефектах зубных рядов для получения информации о положении верхней челюсти относительно черепа накладывали лицевую дугу «ARCUS® evo» (Kavo).

4. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (II).

1. Гипсовка моделей в артикулятор PROTAR evo (KaVo, Германия) по восковым шаблонам, согласно информации, полученной после наложения лицевой дуги.

2. Постановка искусственных зубов (Yamahachi dental, Япония) в артикуляторе для отработки зубным техником всех возможных движений нижней челюсти, для предотвращения риска прикусывания щек и губ при дальнейшем пользовании зубными протезами.

### Клинический этап (III).

1. Проверка конструкции (восковой) с поставленными искусственными зубами в полости рта с интерактивной оценкой ее эстетических характеристик и функциональности путем проведения фонетических проб.

2. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

### Лабораторный этап (III).

1. Замена воска на пластмассу общепринятым способом. Использовали отечественную бесцветную пластмассу «Пластмасса бесцветная для базисов протезов» (Стома, Россия) с минимальными аллергизирующими и раздражающими СОПР свойствами. Обращали внимание на то, что при давлении твердых базисов на острые альвеолярные гребни, на область внутренних косых линий нижней челюсти, турса и экзостозов, а также проблемные зоны СОПР, склонные к эрозированию и гиперплазии в динамике течения КПЛ СОПР, создаются условия, благоприятные для травмирования СОПР, появления ее специфических и неспецифических реактивных изменений, включая симптом Кебнера. Поэтому отдавали предпочтение съемным протезам с подкладкой из эластичной пластмассы, т. е. с двухслойным базисом. Такой базис делали также для уменьшения давления протеза на малоподатливые участки протезного ложа. Двухслойный базис изготавливали из наружного слоя обычной твердой базисной пластмассы и внутреннего слоя из мягкой пластмассы, прилегающего к слизистой оболочке. Мягкий слой протеза проецировался на проблемные зоны СОПР, позволял безболезненно накладывать базис на острые костные выступы альвеолярного отростка и обеспечивал равномерное погружение протеза в ткани протезного ложа. Для эластичной подкладки применяли материал на основе А-силикона – «Уфи Гель П» (VOCO, Германия).

Кламмера изготавливали из биосовместимого ацеталового термопласта Acetal Dental T.S.M (Pressing Dental S.r.l), который не оказывает аллергизирующего и токсического действия на СОПР, не имеет пор, негигроскопичен — не впитывают в себя микрофлору полости рта, в силу своей гибкости имеет способность эластичного запоминания.

2. Полирование поверхностей протезов по общепринятым методикам с помощью полировочных порошков и паст фильцами, волосяными щетками и хлопчатобумажными «пушками».

### Клинический этап (IV).

1. Припасовка и наложение готового протеза в полости рта с контролем качества по общепринятым критериям и методикам. Обращали особое внимание на устойчивость (отсутствие балансирования) протеза в полости рта, равномерность окклюзионных контактов, границы протеза проверяли с помощью проб Гербста.

2. Давали рекомендации пациентам по уходу за полостью рта и протезами, назначали на осмотр на следующий день для проведения (по показаниям) коррекционных мероприятий для профилактики травматических повреждений СОПР, назначали дальнейшее использование поддерживающего лечебно-профилактического комплекса – на 3-4 недели вплоть до полного завершения адаптационного периода. Гель-гидратант обеспечивал условия лучшей фиксации съемных конструкций.

*4.2.2.2.3. Алгоритм съемного зубного протезирования полными съемными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов у пациентов с КПЛ.*

#### Клинический этап (I).

1. Снятие анатомических оттисков для изготовления индивидуальных ложек альгинатной массой «Кроморан 100» (Lascod, Италия) после увлажнения ККГ составом «Пантенол EVO».

2. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и рекомендации по домашнему применению поддерживающего лечебно-профилактического комплекса, включающего использование противовоспалительных («Фармадонт») и увлажняющих («ДиаДент Регуляр», «Dry Mouth») средств.

#### Лабораторный этап (I).

1. Изготовление индивидуальных ложек по общепринятой методике из фотополимерных пластин «Elit LC tray» (Zhermack, Италия) с последующей ее фотополимеризацией в аппарате для светополимеризации пластмасс «ПМУ 1.0 Лайт» (Аверон, Россия).

#### Клинический этап (II).

1. Припасовка индивидуальных ложек с их осторожным введением и выведением из полости рта, коррекция по плотности прилегания ложек с помощью корригирующей массы «Bisico S4»

2. Увлажнение ККГ составом «Пантенол EVO».

3. Формирование функциональных краев оттиска с помощью материала Function (Bielefelder Dentsilicone GmbH&Co, Германия) с проведением проб Гербста.

4. Снятие оттиска с верхней челюсти с помощью материала «Bisico S4 SUHY» (Bielefelder Dentsilicone GmbH&Co, Германия), с нижней челюсти – «Bisico Mandisil» (Bielefelder Dentsilicone GmbH&Co, Германия) с учетом меньшей текучести материала, по общепринятым методикам с осуществлением функциональных упражнений для формирования клапанной зоны, последующей качественной фиксации и стабилизации протеза в полости рта.

5. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (II).

1. По общепринятым методикам отливали рабочие модели, на которых химическим карандашом отмечали костные выступы и критические в плане травмирования, фиброзирования и др. зоны СОПР, требующие изоляции для исключения балансирования съемного протеза, травмирования слизистой оболочки и поломки базиса протеза.

2. Изготовление восковых шаблонов с прикусными валиками из базисного воска «Беловакс-Б» (ВладМиВа, Россия).

#### Клинический этап (III).

1. Определение и фиксация положения челюстей в центральной окклюзии по общепринятым методикам при помощи восковых шаблонов с прикусными валиками.

2. Для получения информации о положении верхней челюсти относительно черепа накладывали лицевую дугу «ARCUS® evo» (Kavo).

3. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (III).

1. Гипсовка моделей в артикулятор PROTARevo (KaVo, Германия) по восковым шаблонам и согласно информации, полученной после наложения лицевой дуги.

2. Постановка искусственных зубов (Yamahachi dental, Япония) в артикуляторе для отработки зубным техником всех возможных движений нижней челюсти, для снижения риска прикусывания щек и губ при пользовании зубными протезами.

#### Клинический этап (IV).

1. Проверка восковых конструкций протезов в полости рта с проведением оценки эстетических свойств и их функциональности посредством проведения фонетических проб.

2. Аппликации коллагеновых пластин «Фармадонт» на проблемные зоны СОПР и пародонта.

#### Лабораторный этап (IV).

1. Замена воска на пластмассу по общепринятым методикам. Использовали бесцветную пластмассу «Пластмасса бесцветная для базисов протезов» (Стома, Россия) как относительно менее раздражающий и алергизирующий базисный материал. Изготавливали съемные протезы с подкладкой из эластичной пластмассы, т. е. с двухслойным базисом для уменьшения давления протеза на малоподатливые участки протезного ложа и проблемные зоны СОПР. Для эластичной подкладки применяли материал на основе А-силикона – «Уфи Гель II» (VOCO, Германия).

2. Полирование поверхностей протезов по общепринятым методикам с помощью полировочных порошков и паст фильцами, волосяными щетками и хлопчатобумажными «пушками».

#### Клинический этап (V).

1. Припасовка и наложение готовых протезов в полости рта с контролем качества по общепринятым критериям и методикам. Обращали особое внимание на отсутствие балансирования протеза, равномерность окклюзионных контактов, границы протеза проверяли с помощью проб Гербста.

2. Давали рекомендации по уходу за полостью рта и протезами, назначали на осмотр на следующий день для проведения (по показаниям) коррекционных мероприятий для профилактики травмирования СОПР, назначали использование поддерживающего лечебно-профилактического комплекса – на 3-4 недели вплоть до полного завершения периода адаптации.

#### *4.2.2.2.4. Комплексная оценка эффективности ортопедического лечения (съёмное протезирование) у больных КПЛ.*

На всех этапах предпротезной подготовки, ортопедического лечения и в ближайшие сроки наблюдения после рационального протезирования с использованием съёмных замещающих конструкций, на фоне регламентированного применения поддерживающего лечебно-профилактического комплекса для защиты СОПР у всех протезируемых лиц не наблюдали признаков неспецифического воспаления СОПР, десневого комплекса и ККГ, а также применения специфических КПЛ-ассоциированных реакций типа симптома Кебнера, кожные проявления КПЛ не имели тенденции к генерализации и утяжелению, пациенты демонстрировали психологическую настроенность и мотивацию к протезированию зубов.

В ближайшие сроки наблюдения, в сравнении с исходными достоверно улучшались следующие функциональные показатели: статическая жевательная эффективность ( $92,8 \pm 3,6\%$ ) с положительной достоверной ( $p < 0,001$ ) динамикой ( $35,5 \pm 17,8\%$  до лечения); динамическая жевательная эффективность («мягкая» жевательная проба) после протезирования, в среднем, улучшились на  $51,3\%$  (исходные показатели  $84,2 \pm 12,9\%$  от значений гипотетической нормы; после

пользования протезами –  $32,9 \pm 8,1\%$ ;  $p < 0,001$ ); достоверно ( $p < 0,001$ ), на  $80,0\%$  увеличилось число пациентов с «хорошим» и «высоким» качеством речи; показатель ксеростомии CSCOD, исходно отражающий средне-тяжелую ее форму ( $6,9 \pm 1,9$  балла), после лечения снизился ( $p < 0,05$ ) и составил  $2,9 \pm 0,5$  балла, что отразило положительную динамику (улучшение на  $58,0\%$ ) степени увлажненности СОПР при функционировании в полости рта качественных ортопедических конструкций. Параллельно улучшению увлажненности СОПР, субъективно, по ощущениям пациента, улучшалась и подвижность СОПР. Степень фиксации и стабилизации зубных протезов, изготовленных в ходе первичного протезирования характеризовалась как «удовлетворительная» в  $41,7\%$  случаев, «неудовлетворительная» - в  $33,3\%$  или «хорошая» - в  $25,0\%$ . Качество фиксации и стабилизации изготовленных пациентам с КПЛ новых съемных протетических конструкций через 3-6 мес. оценивали только как «отличное» в  $84,0\%$  случаев и «хорошее» - в  $16,0\%$  случаев. Все пациенты были удовлетворены результатами лечения и мотивированы к поддержанию достигнутого улучшения (индекс успешности протезирования по GRS после лечения составил, в среднем,  $1,4 \pm 0,2$  балла, тогда как до лечения  $4,5 \pm 0,5$  балла,  $p < 0,001$ ); гигиеническое состояние изготовленных съемных протезов было оценено как «удовлетворительное» ( $1,1 \pm 0,5$  балла) по завершению периода адаптации и составило  $1,6 \pm 0,7$  балла через 3-6 месяцев после протезирования.

В течение всего периода наблюдения у пациентов ПСП не выявили каких-либо неспецифических или специфических реакций со стороны СОПР. У одного пациента на фоне длительного приема антибактериальных препаратов по поводу ОРВИ отмечали обострение КПЛ СОПР с присоединением грибковой инфекции и развитием острого псевдомембранозного кандидоза.

Анализ клинико-функциональных показателей в динамике наблюдения за пациентами ПСП был дополнен оценкой изменений стоматологических составляющих качества жизни по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU (табл. 4.2).

Таблица 4.2 – Динамика интегрального ( $\Sigma_{\text{ОИР-49-RU}}$ ) и пошкаловых значений индекса ОИР-49-RU у пациентов с КПЛ до, на этапах и в ближайшие сроки после лечения с использованием съемных протетических конструкций ( $M \pm m$ , % снижения КЖ).

Интегральный / пошкаловый показатель ОИР-49-RU	До протезирования		По завершению периода адаптации		Через 3-6 мес. после протезирования	
	Значение, баллы	Отклонение от гипотетической нормы, %	Значение, баллы	Значение, баллы	Отклонение от гипотетической нормы, %	Значение, баллы
$\Sigma_{\text{ОИР-49-RU}}$	152,5±27,0	↓ 77,8	90,0±21,8	↓ 45,9	73,7±12,0	↓ 37,6
ОФ	31,1±3,5	↓ 86,3	12,2±3,7	↓ 33,9	8,1±1,9	↓ 22,5
ФД	20,3±4,9	↓ 56,3	10,1±4,8	↓ 28,1	7,7±1,7	↓ 21,3
ПД	18,8±1,2	↓ 94,0	15,3±2,9	↓ 76,5	14,5±0,9	↓ 72,5
ФР	29,3±5,9	↓ 81,3	15,5±3,3	↓ 43,1	11,4±3,2	↓ 31,7
ПР	20,2±3,1	↓ 84,1	13,7±1,9	↓ 57,1	12,3±1,1	↓ 51,3
СД	13,9±3,6	↓ 69,5	7,8±1,7	↓ 39,0	6,8±1,2	↓ 34,0
У	18,9±4,8	↓ 78,7	15,4±3,5	↓ 64,2	12,9±2,0	↓ 53,8

Примечание: достоверность отличий в сравнении с исходными показателями ( $p < 0,001$ )\*, ( $p < 0,01$ )\*\*, ( $p < 0,05$ )\*\*\*.

У пациентов с компенсированным КПЛ (подгруппа съемного протезирования) до начала лечения интегральные значения индекса ОИР-49-RU составляли, в среднем, 152,5±27,0 баллов, что отражало снижение показателя КЖ на 77,8% в сравнении с гипотетической нормой у лиц с аналогичными возрастными половыми характеристиками, сохранным зубным рядом и интактной СОПР, проживающих на территории ПФО (24,1±3,2). Наличие ДЗР и соответствующих им функциональных изменений в полости рта, также клинических симптомов хронического кожно-слизистого КПЛ, в первую очередь, сказывается на показателях, характеризующие психологические проблемы (ПД снижен на 94,0%), «Ограничение функций» (ОФ=31,1±3,5) при снижении на 86,3% и функциональных расстройств (ФР=29,3±5,9) при снижении на 81,3%.

В течение всего срока после протезирования отмечена поступательная положительная динамика стоматологического КЖ по индексу ОИР-49-RU и всем его шкалам: с 152,5±27,0 баллов – исходно; до 90,0±21,8 – по завершению адаптационного периода и до 73,7±12,0 – через 3-6 месяцев после протезирования. Динамика  $\Sigma_{\text{ОИР-49-RU}}$  объективизировала улучшение самоощущений КЖ пациентами с КПЛ после успешного ортопедического лечения. Анализ

пошкаловых показателей в динамике показал, что самое скорое и значимое ( $p < 0,001$ ) улучшение стоматологических показателей КЖ после протезирования фиксировалось по шкале «ОФ»: снижение показателя до  $12,2 \pm 3,7$  баллов (на 52,4% в сравнении с исходным) по завершению адаптации к съемным протезам и до  $8,1 \pm 1,9$  (на 63,8% в сравнении с исходным) через 3-6 мес. после протезирования, что объективизировало восстановление основных нарушенных функций, приема разнообразной пищи, четкой речи, улыбки. Менее быстро шло восстановление стоматологических показателей КЖ по шкалам функциональных расстройств – «ФД» и «ФР», однако их положительное изменение было достоверным ( $p < 0,01$ ) и на фоне успешной адаптации (снижение на 28,2% - ФД и 38,2% - ФР в сравнении с исходным), и через 3-6 месяцев (снижение на 35,0% - ФД и 49,6% - ФР в сравнении с исходным). Наиболее выраженные нарушения на базовой точке отсчета были отмечены по шкалам «ПД» (снижение на 94,0% от гипотетической нормы), «ОФ» (снижение на 86,3% от гипотетической нормы) и «ПР» (снижение на 84,1% от гипотетической нормы). Однако, если показатели по шкале «ОФ» уже ко времени завершения периода адаптации улучшились практически в 3 раза, то пошкаловые показатели, отражающие психологический дискомфорт и расстройства «ПД» и «ПР» улучшались менее значимо ( $p < 0,05$ ) к завершению периода адаптации и без выраженной дальнейшей динамики на последнем сроке наблюдения (отсутствие достоверных изменений между 2-ой и 3-ей точками наблюдения). Анализ показателей ОНП-49-RU по шкалам «ПД» и «ПР» в течение всего периода наблюдения указывал на постоянную психологическую обеспокоенность и тревожность пациентов с КПЛ в связи с наличием хронического кожно-слизистого заболевания и связанных с ним общесоматических и стоматологических проблем, что находило свое на социальном функционировании пациента. У пациентов, которым проводилось съемное протезирование с опорой на имплантаты, имели меньшие по продолжительности сроки адаптации ( $19,8 \pm 1,5$  дня;  $p < 0,05$ ) в сравнении со средним показателем по всем пациентам ПСП ( $26,6 \pm 3,2$  дня), а интегральный и все пошкаловые показатели индекса ОНП-49-RU у этих пациентов были в среднем на 20-25% ниже, чем у лиц после проведения традиционного



полного съемного протезирования. Осложнений протезирования, связанных с установкой дентальных имплантатов, в ранний послеоперационный период, во время протезирования и в ближайшие (до 6-ти мес.) сроки наблюдения отмечено не было.

В качестве примера приводим иллюстрации результатов ортопедического стоматологического лечения (съемное протезирование), проведенного с использованием усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов у пациентов с КПЛ (рис. 4.6, 4.7, 4.8).



*a*



*б*

Рисунок 4.6 – Пациент А-в А.В., 59 лет, с диагнозом «Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта в типичной форме (L43.80)».

- (а) Состояние на момент первичного осмотра: частичная вторичная адентия верхней и нижней челюсти (K08.1) с отсутствием 1.7, 1.6, 1.5, 2.5, 2.6, 2.7, 3.7, 3.6, 4.3, 4.6, 4.7 зубов.
- (б) Состояние через 3 мес. после протезирования с установкой металлокерамических коронок на зубы 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5, бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсть.



а



б

Рисунок 4.7 – Пациентка Ф-ва С.А., 63 года, с диагнозом «Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта в типичной форме (L43.80)».

(а) Состояние на момент первичного осмотра: Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (K08.1).

(б) Состояние через 1 мес. после протезирования с установкой металлокерамических коронок на зубы 1.3 и 2.3, частичных съемных пластиночных протезов с ацеталовыми кламмерами на верхнюю и нижнюю челюсть. Стойкая ремиссия КПЛ СОПР.



*a*



*б*

Рисунок 4.8 – Пациентка К-ва Н.В.С.А., 60 лет, с диагнозом «Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта в типичной форме (L43.80)».

(а) Состояние полости рта на момент начала протетического этапа дентальной имплантации. На СОПР по 16-18 ТК ВОЗ – мелкие ороговевающие ареактивные папулы.

(б) Состояние через 3 мес. после протезирования с установкой полного съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и полного съемного пластиночного протеза с опорой на имплантаты на нижнюю челюсть; стойкая ремиссия КПЛ СОПР.

Таким образом, разработка усовершенствованных клинико-диагностических алгоритмов, особое инструментально-технологическое и методическое

обеспечение ортопедического стоматологического приема пациентов с КПЛ (ст. ремиссии), нуждающихся в протезировании по поводу отсутствия зубов, обеспечила необходимую эффективность и безопасность ортопедического стоматологического лечения, способствовала укреплению психоэмоциональной сферы и поддержанию определенного уровня КЖ пациентов с хроническим кожно-слизистым дерматозом. Полученные результаты позволили считать, что поставленная в работе цель была последовательно достигнута.

Результаты исследований, представленные в этой главе, опубликованы в следующих научных трудах:

- 1) Междисциплинарные подходы к комплексному лечению больных с распространенным красным плоским лишаем кожи и слизистой оболочки рта: роль протетического лечения / Е.А.Городилова, О.С.Гилева, С.В.Кошкин, И.Н.Халявина // Вятский медицинский вестник. – 2016. – № 4 (52). – С. 20-26. (из перечня ВАК)
- 2) Сравнительная оценка эффективности различных методик лечения пациентов с частичными и полным дефектами зубных рядов по стоматологическим показателям качества жизни ("Профиль влияния стоматологического здоровья", ОНП-49-RU) / О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.Д.Назукин, А.Ю.Яков, Е.А.Городилова // Стоматология для всех. – 2015. – № 2. – С. 14-18. (из перечня ВАК)
- 3) Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению / О.С.Гилева, Ж.С.Яшина, Т.В.Либик, А.А.Позднякова, Е.А.Городилова // Стоматология для всех. – 2013. – № 4. – С. 9-14. (из перечня ВАК)
- 4) Инструментально-технологическое обеспечение лечения кариеса зубов у больных гемофилией / Ю.А.Пленкина, О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Т.В.Либик, А.Б.Кобус, Е.А.Городилова // Стоматология. – 2012. – Т. 91. – № 2. – С. 20-22. (из перечня ВАК, Scopus)
- 5) Профилактика травматических повреждений слизистой полости рта и пародонта при протетическом лечении пациентов с кожно-слизистым дерматозом / Е.А.Городилова, О.С.Гилева, С.В.Кошкин, И.Н.Халявина, Т.В.Либик // Актуальные проблемы стоматологии. Профессорские чтения им. Г.Д. Овруцкого: сб. науч. ст. Всерос. науч.-практ. конф., 10 марта 2017г. / под общ. ред. проф. С.Л. Блашковой. — Казань: Медицина, 2017. – С. 113-118.

- б) Рациональный способ протезирования дефектов твердых тканей зубов при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / О.С.Гилева, Е.А.Городилова, А.Г.Рогожников, И.Н.Халявина, Т.В.Либик, М.А.Чупраков // Сборник статей Международного конгресса «Стоматология Большого Урала», 29 ноября – 1 декабря 2017 года, Екатеринбург, 2017. – Екатеринбург: ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, УрО РАН. – С. 24-26.
- 7) Обоснование междисциплинарного подхода к комплексной терапии распространенной формы красного плоского лишая с сочетанным поражением кожи и слизистой оболочки полости рта / Е.А.Городилова, О.С.Гилева, И.Н.Халявина, С.В.Кошкин // Современные достижения стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной первому выпуску стоматологического факультета Кировской ГМА / Под редакцией И.В. Шешунова, В.Ю. Никольского. – Киров: ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, ООО «Лобань», 2014. – С. 77-81.
- 8) Комплексная терапия распространенной формы красного плоского лишая с сочетанным поражением кожи и слизистой оболочки полости рта / Е.А.Городилова, О.С.Гилева, И.Н.Халявина // Молодежь и медицинская наука в XXI веке: сборник трудов XV-ой научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием 16 – 18 апреля 2014 г. / Под ред. И.В. Шешунова, Н.К. Мазиной, Ю.В. Кислицына – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2014. –С. 463-464.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная диагностика и лечение заболеваний СОПР входят в число важнейших профессиональных компетенций, реализуемых врачами-стоматологами различного профиля совместно врачами-интернистами. Число лиц с заболеваниями СОПР среди населения РФ и многих других стран мира неуклонно возрастает на фоне постарения и ухудшения общесоматического здоровья, сохраняющегося влияния неблагоприятных общих (средовых), в том числе эндогенных (системных) и местных (раздражающих, травмирующих, аллергизирующих, язвеногенных, в том числе ятрогенного генеза) факторов риска – триггеров развития и прогрессирования патологического процесса в СОПР.

Высокая распространенность заболеваний СОПР во многом обусловлена низким уровнем диагностики и качеством специализированного стоматологического лечения пациентов, связанным в том числе с отсутствием особых комплексных, междисциплинарных, персонифицированных и рациональных лечебно-диагностических подходов. Общее «проблемное» поле для современной стоматологии и медицины составляют сочетанные поражения СОПР, кожи и внутренних органов – кожно-слизистые дерматозы, имеющие сложный генез с многообразием триггерных и пусковых факторов, склонные к хронизации, рецидивированию, озлокачествлению на фоне частой резистентности к традиционной терапии.

Красный плоский лишай (КПЛ) относится к наиболее распространенным и клинически манифестным формам кожно-слизистых дерматозов, в 25,6-35,0% случаев проявляется изолированно на СОПР. Изолированный КПЛ СОПР чаще протекает в осложненных, деструктивных формах, сопровождается выраженными структурно-функциональными и эстетическими (при локализации на красной кайме губ) нарушениями, склонен к рецидивированию и устойчив к терапии.

Стоматологические аспекты КПЛ многогранны, причем наиболее полно изучены особенности клинических проявлений КПЛ в полости рта, а также эффективность различных схем физио- и фармакотерапии. При всем разнообразии применяемых у больных КПЛ СОПР современных схем медикаментозной терапии не всегда удается достичь оптимального клинического результата с выходом в стойкую ремиссию заболевания, что связано со многими, не до конца изученными проблемами ортопедического стоматологического лечения пациентов: их частыми отказами от протезирования в связи с риском травмирования СОПР и обострения (осложнения) КПЛ; неуспехом традиционных методик зубного протезирования в отсутствие обоснованных с позиций рациональности технологий, материалов и конструкций для замещения дефектов зубных рядов у больных дерматозом; высоким риском развития типичных для КПЛ

осложнений со стороны СОПР и кожи, утяжеления его течения при пользовании некачественными замещающими конструкциями.

Исследования, отражающие особенности ортопедического стоматологического статуса и протетического лечения при ДЗР у пациентов с КПЛ крайне малочисленны, зачастую фрагментарны, не всегда выполнены в соответствии с необходимым научным дизайном, без рандомизации и т.д. Большинство работ этого направления сфокусировано не на когорте лиц с КПЛ и его проявлениями в полости рта, а содержат обобщенные аналитические данные об особенностях проведения ортопедического лечения при широком спектре патогенетически гетерогенных заболеваний СОПР.

Сведения о показаниях, особенностях и преимуществах использования современных технологий ортопедического лечения, включая протезирование с опорой на имплантаты, малочисленны, представлены зарубежными исследователями, в специальной отечественной литературе не освещены, что объективизирует актуальность проведения пилотных исследований подобного направления в РФ. Особенности, преимущества и проблемы ортопедического лечения при отсутствии зубов у пациентов с КПЛ СОПР требуют критического анализа, теоретический и практический интерес может представлять ретро- и проспективная оценка роли протезирования ДЗР с использованием различных конструкций и материалов в качестве триггерных факторов дебюта и обострения кожно-слизистого дерматоза.

Выбор рациональных подходов к ортопедическому лечению вторичной адентии у пациентов с КПЛ СОПР должен быть обоснован с учетом измененного состояния СОПР и ККГ при длительном течении КПЛ, с учетом инволютивных системных процессов в организме, в связи с чем актуализируется проблема углубленной оценки СОПР в стадии ремиссии КПЛ и ее мониторинга на всех этапах ортопедической стоматологической реабилитации. В связи с этим перспективен поиск и разработка оптимальных методик оценки клинико-функционального состояния СОПР, адаптированных к специфике ее изменений при проявлениях КПЛ в полости рта.

Для врача-стоматолога практический интерес может представлять выяснение роли психо-эмоциональных факторов и особенностей психотипа пациента в формировании его мотивированности и комплаентности к ортопедическому лечению, а также в связи с особенностями течения периода адаптации к новым зубным протезам. Полученные данные могут служить практической платформой для обоснования необходимости и направлений профессиональной психологической коррекции при планировании и проведении всех этапов ортопедического лечения в комплексной стоматологической реабилитации пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.



До настоящего времени должным образом не изучена потребность в оказании конкретных видов ортопедической стоматологической помощи, не актуализирован поиск рационального (эффективного и безопасного для КПЛ-ассоциированных поражений СОПР и кожи) инструментально-технологического обеспечения ортопедического стоматологического лечения пациентов. Остро поднимается проблема разработки и усовершенствования применительно к пациентам с КПЛ существующих алгоритмов диагностики, планирования и проведения протетического лечения при вторичной адентии, гарантирующих его оптимальные результаты при минимизации рисков развития типичных и специфических для основного заболевания осложнений.

Учитывая степень проработанности проблемы, целью исследования явилось повышение качества ортопедического стоматологического лечения при отсутствии зубов у пациентов с проявлениями красного плоского лишая в полости рта на основе внедрения усовершенствованных лечебно-диагностических протоколов.

Для решения основных задач работы на базах стоматологической клиники и кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России, кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» и КОГБУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» проведено многоцентровое открытое когортное проспективное контролируемое с элементами ретроспективного анализа клиническое исследование по оценке ортопедического статуса, потребностей в протетическом лечении и обоснованию рациональных подходов к его проведению у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта.

Комплексное стоматологическое обследование пациентов с КПЛ включало углубленную оценку состояния СОПР и ортопедического стоматологического статуса. Расширенная стоматологическая оценка состояния СОПР предполагала визуальный клинко-люминесцентный анализ слизистой полости рта с документированием его результатов на модифицированной схеме-топограмме с цветовым и цифровым кодированием топографических зон, которая использовалась комиссионно терапевтом-стоматологом и ортопедом-стоматологом. Для оценки состояния СОПР использовали контактную биомикроскопию, определяли податливость СОПР по индексу ригидности и классам Суппле, степень увлажненности СОПР по оригинальным модифицированным шкалам клинической диагностики ксеростомии (рацпредложение №2641 и №2643 от 12.03.2014). Для оценки индивидуальной переносимости и подбора адекватных состоянию СОПР конструкционных материалов применяли оригинальные эпимукозные тесты (рацпредложение №2740 от 10.10.2017, рацпредложение №2746 от 09.11.2017).

У больных КПЛ определяли статическую и динамическую жевательную эффективность с использованием разработанной нами оригинальной атравматичной «мягкой» жевательной пробы (рацпредложение №2742 от 17.10.2017), проводили электрометрические исследования для объективизации симптомов гальванизма, а также традиционные методики оценки состояния зубов и зубных рядов, а также костных структур ЧЛЮ, окклюзионных нарушений, состояния ВНЧС по данным клинико-рентгенологических исследований. Оценивали состояние имеющихся в полости рта пациентов с проявлениями КПЛ зубных протезов, систематизируя их по видам, количеству, качеству, материалам изготовления, срокам и постоянству (периодичностью) использования.

Характеризовали состояние СОПР и десны в местах контакта с искусственной коронкой или частями мостовидного протеза: фиксировали специфические реакции СОПР в территориально сопряженных зонах (перифокальная группировка папул, лихенизация, отек, гиперемия, эрозивное СОПР в месте контакта с протезом и т.д.), а также субъективные симптомы, характерные для электрогальванических эффектов при наличии разнородных металлов в полости рта больных КПЛ.

Успешность проведенного ранее или повторного, проводимого в рамках настоящего исследования, протетического лечения оценивали психометрически, по результатам балльной (1-5 балла) самооценки пациента по шкале GRS.

Для динамического клинического анализа и документирования результатов использовали метод цифровой фотосъемки с оригинальной интерпретацией синхронных изображений проявлений кожно-слизистого дерматоза (рацпредложение №2747 от 09.11.2017).

Социологические методы, включающие методы определения психотипа больного (Трезубов В.Н., 1989) и оценку стоматологических составляющих качества жизни по опроснику «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU.

В исследование были включены 117 пациентов (24 мужчины и 93 женщины в возрасте от 24 до 70 лет) с проявлениями (распространенными кожно-слизистыми или изолированными в полости рта) КПЛ в полости рта – жители ПФО. Установлено, что изолированный КПЛ СОПР достоверно чаще (в 71,2% случаев) протекал в более тяжелых, клинически манифестных осложненных формах (эрозивно-язвенной, экссудативно-гиперемической, гиперкератотической и буллезной) и отличался хроническим персистирующим течением, тогда как распространенные кожно-слизистые формы дерматоза в 86,5% наблюдений – в неосложненных клинических вариантах (типичной форме). Значение клинико-топографических особенностей КПЛ СОПР у лиц с различными формами кожно-слизистого дерматоза, выделение наиболее чувствительных зон СОПР – рисков в плане возможного травмирования (механического, химического, физического и др.) в процессе протезирования по поводу отсутствия зубов являются важными

ориентирами для врача-ортопеда при выборе вида замещающего протеза, его рациональной конструкции и наиболее оптимального конструкционного материала.

Скомпроментированность стоматологического статуса пациентов с КПЛ отражали: индекс КПУ ( $14,9 \pm 2,6$ ) с компонентой «У» -  $8,3 \pm 2,7$ , объективизирующей высокую потребность в ортопедическом лечении по поводу вторичной адентии; индексы РМА и СРІТN ( $38,3 \pm 4,10$  и  $2,37 \pm 0,26$ ), соответствующие высокой интенсивности воспалительных заболеваний пародонта и нуждаемости в консервативной и хирургической пародонтологической помощи. У 89,3% пациентов с КПЛ СОПР отмечали клинические признаки ксеростомии, чаще средней и легкой степени тяжести. Часто полноценный осмотр всех зон СОПР у больных с хроническим течением КПЛ (даже у лиц с типичными формами поражения) был ограничен в связи с ограниченной подвижностью, ригидностью СОПР (чаще в области щек, губ и языка), определяемой как «легкая» и «умеренно выраженная» (усредненный индекс ригидности СОПР –  $1,34 \pm 0,23$  балла).

Слизистая щек, губ, десны, альвеолярных отростков, подъязычной области у пациентов в стадии ремиссии КПЛ выглядела истонченной, сухой, атрофичной, ощущалась врачом и пациентов малоподвижной, ригидной, была восприимчивой к боли даже при проведении рутинного инструментального обследования.

Было очевидно, что структурно-функциональные особенности СОПР и пародонтального комплекса у больных КПЛ формировали риски ортопедического лечения, предопределяли прогнозирование его результатов при использовании различных конструкций протезов и конструкционных материалов. Считали, что ортопед-стоматолог, планирующий лечение пациентов с КПЛ должен быть осведомлен об этих общих закономерностях эволюции СОПР при хронизации кожно-слизистого дерматоза и, наряду с прицельной оценкой состояния СОПР в области протезного ложа и пародонтального комплекса, учитывать их на этапах предпротезной подготовки и протезирования съемными или несъемными зубными протезами.

Ортопедический стоматологический статус пациентов характеризовали признаки явной (76,1%) и 40,0%-вероятности (20,5%) дисфункции ВНЧС по данным укороченного Гамбургского обследования. Подавляющее большинство пациентов с проявлениями КПЛ СОПР (77,4%) указывали на затрудненное открывание рта, ограничение привычного пищевого рациона, проблемы эффективного разжевывания твердой пищи, слабость жевательных мышц, особенно выраженные в периоды обострения заболевания. У 57,5% из них и на момент обследования (вне обострения) показатели максимальной ширины открывания рта были снижены, в среднем, до  $30,32 \pm 3,40$  мм (легкая степень ограничения открывания рта), эквивалентно чему амплитуда вертикальных движений нижней челюсти была ограничена. Это актуализировало необходимость соблюдения особого технологического (конструкционного, временного и др.) регламента при

проведении диагностических и лечебных процедур на приеме у ортопеда-стоматолога и при подготовке пациента с КПЛ к зубному протезированию у терапевта (хирурга)-стоматолога.

Сохранные зубные ряды были выявлены только у 4,3% пациентов с КПЛ. У 83,8% пациентов с КПЛ был поставлен диагноз «Частичное отсутствие зубов», общая численность ДЗР составила 311 единиц. В структуре ДЗР доминировали (44,4%) включенные дефекты в боковых отделах зубных рядов. В два раза реже, со сходной частотой (соответственно в 11,2% и 9,7% случаях) у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта определяли концевые дефекты I и II класса Кеннеди – двух- или односторонние, локализующиеся на верхней или нижней челюстях. На долю включенных дефектов зубных рядов, локализующихся во фронтальном отделе челюстей, приходилось 22,8%. Чаще у пациентов выявляли средние и протяженные ДЗР, на долю малых ДЗР приходилось 18,3% имеющихся дефектов.

Таким образом, ортопедический стоматологический статус пациентов с КПЛ отличала высокая (95,7%) распространенность ДЗР, преимущественно включенных, средней протяженности, чаще локализующихся в боковых отделах зубных рядов, сопровождающихся структурно-функциональными нарушениями (снижением жевательной эффективности, дисфункцией ВНЧС, дисфагией, дислалией, атрофией костной ткани челюстей и др.), а также снижением стоматологических составляющих качества жизни, в среднем, на 35,2% от гипотетической нормы.

В первичном протезировании по поводу частичного или полного отсутствия зубов нуждались 34,8% больных КПЛ. Половина пациентов (54,5%) нуждалась в повторном протезировании с заменой некачественных протезов и подбором оптимальных конструкций и материалов с учетом особенности состояния СОПР. Число ранее изготовленных пациентам с КПЛ зубных протезов, оцененных по критериям качества, составило 303 ед. (23,8% - съемных и 76,2% - несъемных конструкций).

Подавляющее большинство (88,9%) съемных зубных протезов, импользуемых пациентами были изготовлены с использованием устаревших технологий (материалов), не соответствовали критериям качества, требовали замены в связи с превышением срока «эксплуатации» и низкими эстетико-функциональными характеристиками. Из анамнеза у каждого пятого пациента, ранее протезируемого съемными пластиночными зубными протезами, выявляли наличие типичных аллергических реакций на акриловую пластмассу (аллергический контактный стоматит и хейлит).

Большая часть (85,7%) имеющихся несъемных конструкций были определены как некачественные, в том числе изготовленные с использованием устаревших технологий (материалов), нерационально, без учета особого состояния СОПР и десневого комплекса.

Анализ клинико-анамнестических данных пациентов с проявлениями КПЛ СОПР, имеющих в полости рта зубные протезы (съёмные и несъёмные), в 56,2% случаев выявил сильную прямую корреляционную связь между динамическим состоянием поражённой СОПР и протезированием зубов (включая предпротезную подготовку и этап реабилитации). У большей части пациентов (70,7%) эта взаимосвязь проявлялась ухудшением состояния СОПР в процессе протезирования (особенно съёмного) – усилением выраженности болевого, ксеростомического и парестетического симптомов, и, что особенно показательным, проявлением симптома Кебнера с появлением «свежих» элементов в ранее интактных зонах СОПР, трансформацией типичных элементов в эрозивно-язвенные в участках травматизации СОПР во время проведения лечебно-диагностических процедур. Показательно, что 16,4% пациентов, имеющих в полости рта зубные протезы, напрямую связывали появление первых симптомов КПЛ на СОПР с установкой в полости рта новых протетических конструкций.

Таким образом, выясняли что проводимое по поводу отсутствия (частичного или полного) зубов ортопедическое лечение могло стать причиной развития не только неспецифических изменений СОПР и десны, локализующихся преимущественно в области протезного ложа и прилегающих к конструкции участков СОПР (протезный стоматит (28,6%), контактно-аллергический стоматит (19,1%), декубитальные язвы, фокальная гиперплазия), но и провоцировать специфические для этого кожно-слизистого дерматоза реакции СОПР.

Результаты комплексных клинико-функциональных исследований со всей очевидностью указывали на острую потребность в ортопедическом стоматологическом лечении пациентов с КПЛ в силу высокой нуждаемости в первичном (34,8%), повторном (54,5%) и дополнительном (8,0%) повторном протезировании по поводу частичного и полного отсутствия зубов. Потребность в протезировании с использованием дентальной имплантации определена у 22,3% пациентов с неосложненными формами КПЛ, не имеющих системных (ASAI-II) и местных противопоказаний.

При оценке степени мотивированности пациентов с КПЛ к ортопедическому стоматологическому лечению оценивали особенности психотипа больного КПЛ. Установлено, что 77,8% лиц отличал «пессимистический» тип личности, определяющий наряду с психоэмоциональными последствиями неудачного первичного протезирования (появление стоматофобий, страха обострения / озлокачествления / генерализации КПЛ с вовлечением в процесс кожи и слизистых других локализаций) их низкий уровень мотивации к лечению, потребовавший проведения профессиональной психологической коррекции при планировании лечения и на его этапах.

Всесторонний анализ клинико-anamнестических данных позволил определить основные причины неуспешной организации ортопедической стоматологической помощи этим пациентам:

- «спонтанный» характер зубного протезирования пациентов с КПЛ вне периода достижения стойкой ремиссии заболевания;
- не всегда качественная предпротезная подготовка с расширенной клинико-инструментальной оценкой состояния СОПР, ККГ и кожных покровов;
- планирование ортопедического лечения без учета особенностей психотипа стоматологического пациента – больного КПЛ, его низкой мотивированности к протезированию при частом наличии симптомов стомато- и канцерофобии;
- отсутствие тесной координации в работе ортопеда-стоматолога, терапевта-стоматолога, дерматолога и психотерапевта на этапах предпротезной подготовки и ортопедического лечения пациентов с КПЛ и вторичной адентией;
- преимущественное использование устаревших технологий и материалов для зубного протезирования (съёмные пластиночные акриловые протезы, несъёмные металлопластмассовые конструкции, несъёмные штампованно-паянные металлические протезы с напылением из нитрида титана);
- нерациональный выбор конструкции зубного протеза без учета клинико-топографических особенностей КПЛ СОПР и необоснованно частое использование технологий съёмного зубного протезирования;
- частое возникновение ятрогенных ситуаций повреждения СОПР с обострением КПЛ, связанных с использованием стандартного, легко травмирующего СОПР лечебно-диагностического инструментария и оборудования на приеме ортопеда-стоматолога;
- высокая частота возникновения неспецифических осложнений протезирования и специфических для КПЛ реактивных изменений СОПР на этапах предпротезной подготовки, во время и после протезирования, снижающих качество ортопедического лечения;
- нередкие отказы пациентов от ношения протеза или нарушения регламента его использования в связи с недостаточной функциональной эффективностью и опасениями обострения / озлокачествления процесса;
- превышение пациентом с КПЛ предельно допустимых сроков «эксплуатации» зубных протезов;
- финансовые проблемы, ограничивающие выбор пациента оптимальных видов (конструкций) протезирования.

Полученные и критически переработанные клинико-anamнестические данные заложили основу для разработки особых методических подходов к проведению ортопедического стоматологического лечения больных КПЛ и к их использованию при проведении съёмного

и(или) несъемного протезирования на основе междисциплинарных решений, принимаемых врачом ортопедом-стоматологом совместно с терапевтом-стоматологом, врачом-дерматовенерологом и, при необходимости, со специалистами психотерапевтического профиля.

В процессе работы нами предложены пути решения выявленных проблем путем разработки оптимизации следующих профессиональных алгоритмов: алгоритма диагностических мероприятий ортопеда-стоматолога, ведущего прием пациентов с проявлениями КПЛ; алгоритма ортопедического стоматологического лечения больных КПЛ с полным и частичным отсутствием зубов; алгоритма междисциплинарного взаимодействия стоматологов (ортопедов и терапевтов), в чьи компетенции входит стоматологическое обследование и лечение пациентов с КПЛ, с врачами дерматологами и психотерапевтами.

Выбор и обоснование оптимальных технологий ортопедического стоматологического лечения пациентов с КПЛ предполагал компетентностный междисциплинарный (ортопед-стоматолог, терапевт-стоматолог, дерматолог, психотерапевт) и персонифицированный (учет индивидуальных особенностей системного и локального статуса, психотипа пациента, его предпочтений и финансовых возможностей и т.д.) подходы к использованию современных методов, конструкций и материалов, адаптированных к сложным условиям зубного протезирования при наличии структурно-функциональных изменений СОПР при компенсации процесса. Практическая реализация этих подходов осуществлена, в том числе, с помощью разработанных нами оригинальных атравматичных методических, материаловедческих и конструкционных решений, при динамическом мониторинге состояния СОПР и кожных покровов – до протезирования, в процессе и по завершению ортопедической стоматологической реабилитации.

В частности, был усовершенствован, применительно к пациентам с КПЛ, общепринятый алгоритм диагностических мероприятий у лиц, планирующих лечение по поводу отсутствия (частичного, полного) зубов [K08.1] (раздел 4.1).

Применительно к пациентам с КПЛ формулировали конечную цель ортопедического стоматологического лечения, предполагающую последовательное решение следующих задач:

- восстановление функциональной способности ЗЧС, достаточной и адекватной измененному состоянию СОПР при хроническом течении системного КПЛ-ассоциированного воспаления;
- профилактика травматизации СОПР при проведении лечебно-диагностических процедур и обеспечение безопасности ортопедического приема для пациентов с хронической патологией СОПР;
- предупреждение специфических для больных КПЛ и неспецифических осложнений со стороны СОПР и пародонта – в ближайшие и отдаленные сроки после протезирования;

- гармонизация психоэмоционального состояния пациента на фоне закрепления структурно-функциональных и эстетических результатов протезирования и достижением медикаментозной компенсации воспалительного процесса в полости рта;
- закрепление эффекта предшествующей фармакотерапии КПЛ и обеспечение эффективной комплексной стоматологической реабилитации;
- улучшение системного здоровья и качества жизни пациентов с хроническим кожно-слизистым дерматозом за счет восстановления ее стоматологических составляющих.

Для решения этих задач было проведено открытое проспективное нерандомизированное контролируемое клинико-социологическое исследование по оценке эффективности программ и алгоритмов ортопедического лечения у 32 пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта и наличием ДЗР различной протяженности.

Результаты проводимого нами ортопедического лечения по поводу вторичной адентии у пациентов с КПЛ оценивались на комплексной основе, с использованием разработанных методик и подходов; динамическое наблюдение проводили на следующих точках отсчета: исходно, до начала протезирования – на фоне компенсированного состояния СОПР и кожи; по окончании протезирования с учетом завершения периода адаптации (при съемном протезировании); через 3-6 месяцев после проведенного лечения.

Объем и структура ортопедической стоматологической помощи, оказанной пациентам с компенсированным КПЛ по поводу ДЗР (несъемное протезирование): всего изготовлено 74 несъемных ортопедических конструкции, в т.ч.: 34 одиночных металлокерамических коронок, 27 металлокерамических мостовидных протезов, 5 цельнолитых одиночных коронок и 3 цельнолитых мостовидных протеза, а также 5 (6,8%) металлокерамических коронок с опорой на имплантаты (2 одиночных коронки при включенных дефектах во фронтальном отделе, 1 одиночная коронка при одностороннем концевом дефекте и 1 мостовидный протез с опорой на имплантаты при концевом дефекте зубного ряда).

Комплексная оценка эффективности несъемного протезирования, проведенного по усовершенствованным протоколам лечения вторичной адентии, у пациентов с КПЛ свидетельствовала об отсутствии выраженных неспецифических воспалительных реакций со стороны СОПР и десневого комплекса, их хорошей психологической настроенности и готовности закреплять полученные результаты лечения; в ближайшие сроки наблюдения у всех пациентов достоверно улучшились показатели динамической жевательной эффективности, увлажненности СОПР, качества речи, а также удовлетворенность результатами лечения; достоверно, в лучшую сторону изменялись показатели стоматологического индекса КЖ (снижение интегрального показателя ОНIP-49-RU на 30,7%), в первую очередь за счет



составляющих ограничения функций, функциональных расстройств и психологического дискомфорта.

Объем и структура ортопедической стоматологической помощи, оказанной пациентам с компенсированным КПЛ по поводу частичного и полного отсутствия зубов (съёмное протезирование): 7 полных съёмных пластиночных протеза с эластическими подкладками, в том числе 2 – с опорой на имплантаты, 9 бюгельных протезов, 7 частичных съёмных пластиночных протезов; помимо съёмных конструкций были изготовлены 33 несъёмных протетических конструкций – 10 металлокерамических одиночных коронок, 6 металлокерамических мостовидных протезов, 7 литых металлических одиночных коронок и 6 литых мостовидных протезов, а также (из-за финансовой несостоятельности пациента) 4 штампованных коронки.

Обоснованный (персонифицированный, максимально атравматичный, рационализированный, основанный на применении современных технологий) выбор методов, материалов и замещающих конструкций для первичного и повторного съёмного протезирования зубов, специальная предпротезная подготовка, динамический мониторинг состояния СОПР, и, по требованию, медикаментозное сопровождение при проявлении ее реактивных изменений в процессе и по завершению протетического лечения обеспечили эффективную стоматологическую ортопедическую реабилитацию и улучшение качества жизни больных КПЛ с вторичной адентией, что было подтверждено положительной динамикой клинко-функциональных (у повторно протезируемых – снижение частоты неспецифических осложнений протезирования на 87,7%; отсутствие специфических реакций СОПР и явлений гальванизма; улучшение жевательной эффективности на 51,3% и слюноотделения на 58,0%; гармонизация функции речи; поддержание уровня гигиены протезов; сокращение сроков адаптации к съёмным протезам на 23,3%), также социологических показателей КЖ (прирост  $\Sigma$ ОНIP-49-RU на 40,2%) и удовлетворенности результатами протезирования (повышение индекса GRS на 62,0%). Следует отметить, что лучшая динамика клинко-социологических показателей была отмечена у лиц с отсутствием зубов, протезируемых замещающими конструкциями с опорой на имплантаты.

Таким образом, разработка усовершенствованных клинко-диагностических алгоритмов, особое инструментально-технологическое и методическое обеспечение ортопедического стоматологического приема пациентов с КПЛ (ст. ремиссии), нуждающихся в протезировании по поводу отсутствия зубов, обеспечила необходимую эффективность и безопасность ортопедического стоматологического лечения, способствовала укреплению психоэмоциональной сферы и поддержанию определенного уровня КЖ пациентов с хроническим кожно-слизистым дерматозом. Полученные результаты позволили считать, что поставленная в работе цель была последовательно достигнута.

Перспективы дальнейшей разработки темы проведенного исследования связаны с продолжением изучения возможностей повышения качества ортопедического лечения и качества жизни у пациентов с иными патогенетически сходными формами заболеваний СОПР, сочетающимися с патологией внутренних органов. Дальнейшие исследования будут проведены с использованием методов рандомизации в более репрезентативной выборке. Предложенные в работе методические и методологические подходы целесообразно экстраполировать на другие категории стоматологических пациентов со «специальными нуждами» (patients with “special needs”) [155].

## ВЫВОДЫ

1. Ортопедический стоматологический статус пациентов с КПЛ отличает высокая (95,7%) распространенность дефектов зубных рядов, преимущественно (62,7%) включенных, средней протяженности, локализующихся в боковых отделах зубных рядов, сопровождающихся структурно-функциональными нарушениями, психологическими расстройствами и снижением стоматологических составляющих качества жизни.
2. 2. Большой части (65,2%) больных КПЛ ранее проводилось ортопедическое лечение несъемными (76,2%) и(или) съемными (23,3%) конструкциями зубных протезов, 86,5% из которых на момент обследования были оценены по критериям «низкого» и «неудовлетворительного» качества; протезирование зубов у пациентов с КПЛ преимущественно (71,4%) было проведено «спонтанно» – вне периода стойкой ремиссии, без консультаций терапевта-стоматолога, без учета особого состояния СОПР, без тестирования переносимости ортопедических материалов.
3. Данные ретроспективного анализа указывают на прямую корреляционную связь (коэффициент корреляции Спирмена  $\rho=0,632$ ; теснота (сила) связи по шкале Чеддока – заметная) между обострением КПЛ СОПР и проводимым ранее ортопедическим лечением (70,7% случаев), а также на прямую связь протезирования зубов с дебютом КПЛ на СОПР (16,4% случаев). Первичное зубное протезирование, проведенное преимущественно с использованием устаревших технологий, у больных КПЛ было сопряжено с развитием не только неспецифических (протезный стоматит – 28,8%; контактно-аллергический стоматит – 19,1%; декубитальные язвы – 14,3%; фокальная гиперплазия – 9,5% и др.), но и специфических реакций СОПР (симптом Кебнера – 27,4%; трансформация типичной формы в тяжелые осложненные – 26,0%; десквамативный гингивит – 15,4%; рецессия и лихенизация десны – 11,5% и 9,6%), с вовлечением в процесс кожи и слизистых иных локализаций (4,1%) и появлением симптомов канцеро- или (и) дентофобии (19,2%).

4. Планирование и проведение ортопедического стоматологического лечения пациентов с КПЛ требует учета особых клинико-патогенетических характеристик СОПР, формирующихся при хроническом течении и сохраняющихся при компенсации, в стадии медикаментозной ремиссии дерматоза: сухость, проявляющаяся ксеростомией средней и легкой степени; ригидность, неравномерно повышенная в различных зонах СОПР; генерализованная атрофия; повышенная болевая чувствительность и кровоточивость, особенно выраженная при десневых формах КПЛ СОПР. Особенности состояния СОПР в ремиссию КПЛ определяют ее склонность к десквамации, эрозированию и образованию геморрагий, грибковому инфицированию с манифестацией ксеростомического, парестетического, геморрагического и болевого симптомов, что создает риски протетического лечения, требует междисциплинарных решений (ортопед-стоматолог, терапевт-стоматолог, дерматолог) решений и своевременной коррекции.
5. У пациентов с КПЛ на момент обследования определена высокая нуждаемость в оказании ортопедической стоматологической помощи: 34,8% из них нуждаются в первичном протезировании по поводу отсутствия зубов; 54,5% - в повторном протезировании с заменой некачественных протезов и подбором оптимальных конструкций и материалов с учетом особенностей состояния СОПР; дополнительное зубное протезирование требуется 8,0% пациентов. Потребность в протезировании с использованием дентальной имплантации определена у 22,3% пациентов с неосложненными формами КПЛ, не имеющих системных (ASAI-II) и местных противопоказаний.
6. У 77,8% пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта выявлен пессимистический тип личности, определяющий наряду с психоэмоциональными последствиями неудачного первичного протезирования их низкий уровень мотивации к лечению, требующий профессиональной психологической коррекции при планировании и проведении ортопедического лечения.

7. Внедрение усовершенствованного алгоритма диагностики и планирования ортопедического лечения по поводу отсутствия зубов, учитывающего специфику структурно-функциональных изменений СОПР при неосложненном течении КПЛ, включающего использование серии оригинальных методических, материаловедческих и конструкционных решений при тесном междисциплинарном взаимодействии ортопеда-стоматолога, дерматолога и психотерапевта на всех этапах зубного протезирования, обеспечивает высокий уровень диагностики и выбор наиболее рациональных подходов к протетическому лечению пациентов.
8. Персонализированный, максимально атравматичный, рационализированный, основанный на применении современных технологий выбор методов, материалов и замещающих конструкций для протезирования зубов, специальная предпротезная подготовка, динамический мониторинг состояния СОПР, и, по требованию, медикаментозное сопровождение при ее реактивных изменениях в процессе и по завершению протетического лечения обеспечивают эффективную стоматологическую ортопедическую реабилитацию и улучшают качество жизни больных КПЛ, что подтверждает динамика клинико-функциональных показателей: снижение частоты неспецифических осложнений протезирования на 64,5%;  $p < 0,001$ ; отсутствие специфических реакций СОПР и явлений гальванизма; улучшение жевательной эффективности и слюноотделения на 52,6%-62,6% ( $p < 0,01$ ); гармонизация функции речи; поддержание уровня гигиены протезов; достоверное сокращение сроков адаптации к съемным протезам, повышение удовлетворенности лечением и стоматологического индекса качества жизни; лучшая динамика отмечена у лиц, протезируемых замещающими конструкциями с опорой на имплантатах.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обследовании и ортопедическом лечении пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта необходимо проведение: расширенной динамической (до, на этапах и после протезирования) оценки состояния СОПР, ККГ и кожи у больных КПЛ визуальным, люминесцентным и контактно-биомикроскопическим методами с последующим цвето-цифровым кодированием результатов по топографическим кодам ВОЗ; оценки степени увлажненности СОПР с использованием модифицированных шкал клинической диагностики ксеростомии; интегральной оценки степени ригидности различных участков СОПР; теста индивидуальной чувствительности СОПР к апробируемым конструкционным материалам по оригинальным эпимукозным тестам; фотодокументирования клинического материала (СОПР, кожные покровы, ногти) по оригинальной методике.
2. Для минимизации риска травмирования СОПР при проведении стандартных жевательных проб у пациентов с КПЛ целесообразно использовать оригинальную атравматичную «мягкую» методику оценки жевательной эффективности, перспективную к применению у пациентов с патогенетически сходными формами патологии СОПР.
3. Использование усовершенствованного алгоритма диагностики и планирования ортопедического лечения пациентов с КПЛ позволяет оценить индивидуальные риски зубного протезирования, обеспечивает высокий уровень диагностики за счет выбора наиболее рациональных методов, материалов и конструкций зубных протезов для замещения ДЗР.
4. Алгоритм ортопедического лечения с использованием съемных и несъемных зубных протезов должен быть адаптирован с учетом специфики изменений стоматологического, психоэмоционального, дерматологического и социального статуса пациентов с хроническим течением КПЛ. Для повышения качества лечения пациентов с КПЛ существующие алгоритмы целесообразно дополнить рядом оригинальных методических приемов: «Способ

профилактики десневого кровотечения при проведении стоматологических манипуляций»; «Способ профилактики травматизации десны при проведении стоматологических манипуляций у больных КПЛ СОПР»; «Рациональный способ протезирования дефектов твердых тканей зубов при заболеваниях СОПР»; «Способ фиксации несъемных ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты у пациентов со специальными нуждами»; «Способ профилактики травматических повреждений слизистой полости рта и пародонта при протетическом лечении пациентов с кожно-слизистым дерматозом» и др.

5. В практике ортопеда-стоматолога целесообразно использовать оригинальный поддерживающий лечебно-профилактический комплекс для защиты СОПР на этапах протезирования, включающий последовательное использование противовоспалительных коллагеновых пластин «Фармадонт» и средств, обеспечивающих длительное увлажнение СОПР («ДиаДент Регуляр» и гель «Dry Mouth Gel»).
6. Для комплексной оценки успешности ортопедического стоматологического лечения пациента с КПЛ целесообразно использовать инструменты социализации – «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU и анкета-опросник удовлетворенности лечением (GRS).
7. Для обеспечения необходимого качества комплексной стоматологической реабилитации пациентов с КПЛ рекомендуется применение алгоритма междисциплинарного взаимодействия врачей-стоматологов (ортопедов и терапевтов) с врачами-дерматологами и врачами-психотерапевтами.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ДЗР – дефект зубного ряда

ЗЧА – зубо-челюстные аномалии

КЖ – качество жизни

ККГ – красная кайма губ

КПЛ – красный плоский лишай

ОПТГ - ортопантомограмма

ПНП – подгруппа несъемного протезирования

ПСП – подгруппа съемного протезирования

ПФО – Приволжский Федеральный округ

СОПР – слизистая оболочка полости рта

ЧЛО – челюстно-лицевая область

ОНИР – Oral Health Impact Profile



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Акмалова Г.М. Концепция патогенетического обоснования комплексного лечения больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта: дис. ... доктора медицинских наук: 14.01.14 / Акмалова Гюзель Маратовна. – Москва, 2016. – 289 с.
- 2) Анисимова Е.Н. Особенности стоматологического лечения пациентов с проблемами в сфере психического здоровья / Е.Н.Анисимова, Е.А.Ерилин // Эндодонтия Today. – 2014. – №4. – С. 3-6.
- 3) Арунов Т.И. Влияние электрохимических факторов гальваноза на течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Т.И. Арунов. – 2010.
- 4) Арутюнов С.Д. Комплексное лечение эрозивно-язвенной формы плоского лишая слизистой оболочки полости рта с использованием биополимерных пленок «Галавит ПЛ» / С.Д.Арутюнов, В.Б.Акинфиева, Ю.Н.Перламутров // Кафедра. – 2006. – Т. 5. – № 4. – С. 48-51.
- 5) Арутюнов С.Д. Современные аспекты лечения эрозивно-язвенной формы плоского лишая слизистой оболочки рта / С.Д.Арутюнов, В.Б.Акинфиева, Ю.Н.Перламутров // Российский стоматологический журнал. – 2007. – №2. – С.17-20.
- 6) Баркова, С.В. Эффективность применения транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Баркова Софья Викторовна. – Волгоград, 2007. – 17с.
- 7) Белева, Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Белева Наталья Сергеевна. – Пермь, 2010. – 23с.
- 8) Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А. Л. Машкиллейсона. — М.: Медицина, 1984. — 400 с.
- 9) Ванчакова Н.П. Трудные больные в стоматологии: психиатрические и психологические проблемы / Н.П.Ванчакова // Сборник тезисов I всероссийской научно-практической конференции «Сложный стоматологический пациент». – Петрозаводск, 2013. – С. 5-17.
- 10) Васильева Д.Н. Совершенствование организационной модели профилактики (диспансеризации) больных паранеопластическими заболеваниями кожи в условиях амбулаторно-поликлинического звена : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Васильева Дарья Николаевна. – Воронеж, 2015. – 165 с.

- 11) Васильева Н.А. Характеристика частичной адентии зубов по индексу потери жевательной эффективности у больных с воспалительными заболеваниями пародонта / Н.А.Васильева, А.И.Булгакова, Ю.В.Бортновская // *Стоматология для всех.* – 2016. - №4. – С. 46-49.
- 12) Воспалительные заболевания пародонта у пациентов гастроэнтерологического профиля / Н.В.Булкина, О.В.Еремин, И.В.Козлова, Ю.Л.Осипова. – Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2012. – 211 с.
- 13) Гажва С.И. Поражения слизистой оболочки полости рта и их структура при системных заболеваниях / С.И.Гажва, Н.С.Касумов, Д.М.Зызов // *Современные проблемы науки и образования.* – 2015. – № 6-0. – С. 198.
- 14) Гажва С.И. Распространённость заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области / С.И.Гажва, А.В.Дятел // *Фундаментальные исследования.* – 2014. - № 10-6. – С. 1076-1080.
- 15) Гажва С.И. Состояние психоэмоционального статуса пациентов с патологией слизистой оболочки рта / С.И.Гажва, Т.П.Горячева, Т.Б.Степанян // *Медицинский альманах.* – 2015. - № 3 (38). – С. 159-161.
- 16) Гажва С.И. Структура стоматологической заболеваемости слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / С.И.Гажва, А.В.Дятел, С.В.Худошин // *Современные проблемы науки и образования.* – 2014. - № 6. – С. 1097.
- 17) Генерализованный красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода и среднего уха: клиническое наблюдение / Н.С.Потекаев, Л.Р.Плиева, С.В.Шкребец, Л.А.Шестакова // *Клиническая дерматология и венерология.* – 2011. - №4. – С.15-18.
- 18) Гилева О.С. Заболевания слизистой оболочки полости рта и их влияния на стоматологические показатели качества жизни / О.С.Гилева, Т.В.Либик // *Маэстро стоматологии.* – 2015. - № 4(60). – С.25-39.
- 19) Гилева О.С. Заболевания слизистой оболочки полости рта: основные тренды в современной стоматологии / О.С.Гилева // *Маэстро стоматологии.* – 2015. - № 4(60). – С.17-23.
- 20) Глазкова Ю.П. Иммуносупрессивная терапия в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и губ : Автореф. ... канд. мед. наук : 14.01.10 : Глазкова Юлия Павловна. – Москва, 2013. – 22 с.
- 21) Гожая, Л.Д. Влияние гальваноза на развитие кандидоза полости рта / Л.Д.Гожая, Я.М.Ножницкая, Г.Г.Исакова // *Стоматология для всех.* – 2007. – №1. – С.22-26.
- 22) Городилова Е.А. Комплексная терапия распространенной формы красного плоского лишая с сочетанным поражением кожи и слизистой оболочки полости рта / Е.А.Городилова, О.С.Гилева, И.Н.Халявина // *Молодежь и медицинская наука в XXI веке: сборник трудов*

- XV-ой научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием 16 – 18 апреля 2014 г. / Под ред. И.В. Шешунова, Н.К. Мaziной, Ю.В. Кислицына – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2014. – С. 463-464.
- 23) Григорьев С.С. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта. Обзор литературы / С.С.Григорьев, П.Б.Жовтяк, О.В.Летаева // Уральский медицинский журнал. – 2014. - №5(119). – С.8-15.
  - 24) Григорьев С.С. Оценка клинической эффективности местного лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / С.С.Григорьев, П.Б.Жовтяк // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12. - №1. – С.25-30.
  - 25) Грохотов И.О. Оптимизация процесса адаптации к съемным пластиночным протезам лиц пожилого возраста / И.О.Грохотов, О.В.Орешака // Проблемы стоматологии. - 2015. – №2(11). – С. 36-38.
  - 26) Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.С.Бутова, Ю.К.Скрипкина, О.Л.Иванова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 896 с.
  - 27) Довжанский С.И. Красный плоский лишай. Под ред. Сяно В.И. / С.И.Довжанский, Н.А.Слесаренко / - Саратов, 1990. – 175с.
  - 28) Дороженок И.Ю. Красный плоский лишай и ассоциированные психосоматические расстройства / И.Ю.Дороженок, Е.С.Снарская, В.Г.Шенберг // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. - №4. – С. 27-32.
  - 29) Епимахова Е.Г. Особенности иммунометаболических нарушений в ротовой жидкости у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Епимахова Евгения Геннадьевна. – Новосибирск, 2005. – 19 с.
  - 30) Жовтяк П.Б. Оценка влияния комплексной терапии на качество жизни больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / П.Б.Жовтяк, С.С.Григорьев // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. - №1. – С.75-77.
  - 31) Жолудев С.Е. Анализ ошибок и осложнений, допущенных при изготовлении съемных конструкций зубных протезов, по данным консультативного профессорского приема / С.Е.Жолудев / Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 5(119). – С. 54-61.
  - 32) Жолудев С.Е. Особенности протезирования лиц, страдающих описторхозом, съемными протезами с титановым базисом / С.Е.Жолудев, Т.Г.Неустроева // Проблемы стоматологии. – 2013. – № 5. – С. 36-38.
  - 33) Загородний А.С. Структурно-метаболический и ультраструктурный анализ пролиферативной активности эпителия слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.02, 03.03.04 : Загородний Александр Сергеевич. – Новосибирск, 2011. – 27 с.

- 34) Зорина В.В. Фармакологические аспекты лечения красного плоского лишая / В.В.Зорина, И.О.Камышникова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. - №2. – С.84-86.
- 35) Иванова, Е.В. Плоский лишай слизистой оболочки рта – новые подходы к диагностике и патогенетической терапии : автореф. дисс. .... докт. мед. наук. – М., 2003. – 22 с.
- 36) Иванова, Е.В. Патогенетическая иммунокорригирующая терапия плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Е.В. Иванова, О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, Н.Н. Тупицин // Клиническая стоматология. – 2002. - №4. – С. 26-29.
- 37) Иванова, Е.В. Современные подходы к патогенетической терапии плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Е.В. Иванова, Э.Г. Щербакова, О.Ф. Рабинович // Стоматология. – 2005. - №5. – С. 31-34.
- 38) Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 249 с.
- 39) Исакова М.К. Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Алматы, 2008. – 36 с.
- 40) Калинова, Н.В. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта и влияние серебряно-палладиевого сплава на его течение : автореф. дисс. .... канд. мед. наук. – М., 1982. – 24 с.
- 41) Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), утвержденных Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года
- 42) Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), утвержденных Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года
- 43) Колосова Е.Ю. Особенности течения и обоснование лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом (клинико-лабораторное исследование) : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Колосова Екатерина Юрьевна. – Киев, 2016. – 204 с.

- 44) Комов, Е.В. Разработка клинических критериев экспертной оценки качества зубных протезов : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 – стоматология / Комов Евгений Владимирович. – М., 2005. – 28 с.
- 45) Коморбидность при красном плоском лишае / Н.А.Слесаренко, С.Р.Утц, Е.М.Артемина, Ю.М.Штода, Е.Н.Карпова // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. - №5. – С.4-10.
- 46) Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению / О.С.Гилева, Ж.С.Яшина, Т.В.Либик, А.А.Позднякова, Е.А.Городилова // Стоматология для всех. – 2013. – № 4. – С. 9-14.
- 47) Косоруков Н.В. Оценка качества, конструктивных особенностей, гигиенического состояния и пути оптимизации съемных зубных протезов: автореф.дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Косоруков Николай Владимирович. – Омск, 2007. – 127с.
- 48) Кравеишвили С.Е. Адгезивная способность микроорганизмов к конструкционным материалам, применяемым для изготовления временных конструкций зубных протезов: автореф.дис.на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология»/ С.Е. Кравеишвили. — Москва, 2008. — 26 с.
- 49) Красный плоский лишай в составе синдромов: случаи из практики / Н.Н.Потекаев, Л.С.Круглова, К.Ю.Федотова, Е.Н.Шарапова, М.А.Бобров // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – Т. 15. - №3. – С.17-23.
- 50) Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта. Современные методы местного лечения / С.А.Ханова, С.В.Сирак, В.В.Чеботарев, А.Г.Сирак // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. - №2. – С.197-200.
- 51) Красный плоский лишай: этиология, патогенез, клинические формы, гистологическая картина и основные принципы лечения / К.Ю.Федотова, О.В.Жукова, Л.С.Круглова, Р.И.Птащинский // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – Т.12. - №6. – С.9-20.
- 52) Критериальная оценка качества зубных и челюстных протезов. Программа для ЭВМ / В.Н.Трезубов, С.Д.Арутюнов, А.Г.Климов, Б.Н.Хубутия, Р.А.Розов // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2005. – Т. XII. – № 2. – С. 76.
- 53) Лебедев Л.А., Саган Л. Г. Безопасный физиологичный провокационный тест для уточнения непереносимости стоматологических материалов // Российский стоматологический журнал. – 2002.-№2.- С. 150-159.

- 54) Лечение больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / В.М.Галченко, Л.И.Галченко, С.Ю.Бывальцева, Н.Е.Большедворская // Научный альманах. – 2016. - №4-3(18). – С.302-306.
- 55) Либик, Т.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний пародонта у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: Дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Либик Татьяна Владимировна. – Пермь, 2010. – 222 с.
- 56) Либик Т.В. Методологические аспекты оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля / Т.В.Либик, О.С.Гилева, М.А.Чупраков // Обеспечение демографической безопасности при решении актуальных вопросов хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: сб. тр. Нац. конгр. с междунар. участием «Паринские чтения 2016», Минск, 5—6 мая 2016 г. / под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой; редкол. : Д. С. Аветиков [и др.]. – Минск : Изд. центр БГУ, 2016. – С. 546-549.
- 57) Литвинов, С.Л. Эффективность различных местных медикаментозных препаратов в комплексном лечении больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Литвинов Сергей Леонидович. – Пермь, 2004. – 23с.
- 58) Лукиных Л.М. Эффективность имудона в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л.М.Лукиных, Н.В.Тиунова // Пародонтология. – 2010. - № 3. – С. 62-63.
- 59) Максимовская, Л.Н. Метаболическая терапия при лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта [Текст] / Л.Н.Максимовская, В.М.Шищенко // Пародонтология. – 1997. - №1. – С.3-7.
- 60) Маренкова М.Л. Особенности ортопедического лечения пациентов с явлениями непереносимости зубных протезов на фоне микробного дисбаланса полости рта : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Маренкова Марина Львовна. – Екатеринбург, 2007. – 143 с.
- 61) Маркскорс Р. Съёмные стоматологические реставрации / Р.Маркскорс. – М.: Newdent, 2006. – 312с.
- 62) Междисциплинарные подходы к комплексному лечению больных с распространенным красным плоским лишаем кожи и слизистой оболочки рта: роль протетического лечения / Е.А.Городилова, О.С.Гилева, С.В.Кошкин, И.Н.Халявина // Вятский медицинский вестник. – 2016. – № 4 (52). – С. 20-26.
- 63) Метод диагностики нарушений звукопроизношения у пациентов в зубном протезировании / Ю.В.Алпатьева, В.Н.Трезубов, С.В.Алейник, Е.А.Булычева // Форум практикующих стоматологов. – 2013. – № 6. – С. 28-33.

- 64) Михайлова, Е.С. Факторы риска в развитии непереносимости стоматологических конструкционных материалов и протезных конструкций / Е.С.Михайлова, А.В.Цимбалистов, М.А.Дубова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2006. – № 1. – С. 117-127.
- 65) Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU / О.С.Гилева, Е.В.Халилаева, Т.В.Либик, Р.В.Подгорный, И.В.Халявина, Е.С.Гилева // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 8. – С.104-109.
- 66) Молочкова Ю.В. Ингибиторы кальциневрина и медиаторов воспаления в топической терапии эрозивного красного плоского лишая полости рта / Ю.В.Молочкова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – Т.13. - №1. – С.63-67.
- 67) Молочкова Ю. В. Красный плоский лишай и лихеноидные дерматозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 200 с.
- 68) Монастырева Н.Н. Влияние осложнений после ортопедического стоматологического лечения на качество жизни / Н.Н.Монастырева, Р.В.Золоев // Стоматология для всех. – 2013. - №3. – С.14-15.
- 69) Монастырева Н.Н. Клиническая оценка эффективности применения различных форм профилактики осложнений слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения / Н.Н.Монастырева, Р.В.Золоев // Вестник медицинского стоматологического института. – 2013. - №4(27). – С. 18.
- 70) Московский А.В. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / А.В.Московский, Ю.А.Вокулова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2.
- 71) Мотивационное интервьюирование в практике врача-стоматолога / Н.Ю.Анисимова, С.А.Рабинович, Е.Н.Анисимова, Н.А.Сирота // Эндодонтия Today. – 2013. – № 3. – С. 33.
- 72) Национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая клиническая практика» (Good Clinical Practice, GCP), ГОСТ 3 52379-2005 (приказ №232-ст от 27.09.2005г.) – 39с.
- 73) Невозинская З. Современный взгляд на лечение красного плоского лишая / З.Невозинская, И.М.Корсунская // Клиническая дерматология и венерология. – 2007. - №5. – С.4-9.
- 74) Негативное влияние материалов ортопедических конструкций на слизистую оболочку полости рта/ И.М.Рабинович, О.Ф.Рабинович, А.Д.Островский, М.А.Денисова // Маэстро стоматологии. – 2011. - №1 (41). – С.10-12.
- 75) Обоснование применения цинксодержащих препаратов в комплексном лечении больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / С.В.Чуйкин, Г.М.Акмалова, Г.И.Ронь, Н.Д.Чернышева, Т.Г.Хонина // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12. - № 3. – С. 40-45.

- 76) Общие положения оказания стоматологической помощи больным гемофилией / И.Н.Халявина, О.С.Гилева, Ю.А.Пленкина, Д.В.Хохрин / Стоматология. – 2012. – Т. 91. – № 2. – С. 9-11.
- 77) Огородников М.Ю. Клинико-микробиологическая характеристика динамики микробной колонизации съемных зубных протезов с базисами из полиуретана и акриловых пластмасс / М.Ю. Огородников, В.Н. Царев, Р.Х. Сулемова // Российский стоматологический журнал. — 2007. — №6. — С.20-22.
- 78) Орешака О.В. Применение комплексной системной и локальной заместительной эстрогенотерапии при нарушениях стоматологического статуса у женщин с естественной и хирургической менопаузой / О.В.Орешака // Институт стоматологии. – 2004. – Т.1. – № 22. – С. 64-67.
- 79) Ортопедическое лечение пациентов с истонченной, малоподатливой слизистой оболочкой протезного ложа при полном отсутствии зубов / Д.А.Трунин, М.И.Садыков, А.В.Шумский, А.М.Нестеров / Институт стоматологии. – 2016. – № 73 (4). – С. 90-91.
- 80) Основные направления и результаты научно-практической деятельности отделения заболеваний слизистой оболочки рта / О.Ф.Рабинович, И.М.Рабинович, Г.В.Банченко, А.Д.Островский // Стоматология. – 2012. – Т.91. – № 5-2. – С. 37-39.
- 81) Особенности диагностики и лечения ксеростомического синдрома при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / О.С.Гилева, Е.Н.Смирнова, А.А.Позднякова, Т.В.Либик // РМЖ. – 2016. – Т. 24. – № 20. – С. 1340-1345.
- 82) Оценка качества зубных и челюстных протезов (программа для ЭВМ) / В.Е.Трезубов, Р.А.Розов, О.Н.Сапронова, Л.Я.Кусевецкий, С.А.Кобзева, Д.С.Петраков, В.В.Привалов // Институт стоматологии. – 2006. – Т. 3. – № 32. – С. 32-33.
- 83) Оценка клинической эффективности новой композиции тизоля с триамциналоном в комплексном лечении пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки рта / Г.И.Ронь, Г.М.Акмалова, И.В.Емельянова // Стоматология. – 2015. – Т. 94. - № 2. – С. 13-15.
- 84) Оценка эффективности и переносимости иммуносупрессивной терапии в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Ю.Н.Перламутров, Ю.П.Глазкова, А.В.Терещенко, Г.В.Виха // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. - №4. – С.40-44.
- 85) Панкратов В.Г. Красный плоский лишай: вопросы эпидемиологии и клинкоморфологической диагностики / В.Г.Панкратов, Д.С.Горбацевич // ARS medica. Искусство медицины: дерматовенерология. – 2012. - №12. – С.96-102.



- 86) Патогенетическая иммунокорректирующая терапия плоского лишая слизистой оболочки полости рта / И.М.Рабинович, О.Ф.Рабинович, Н.Н.Тупицын, Е.В.Иванова // Клиническая стоматология. – 2002. - №4. – С.26-29.
- 87) Перламутров Ю.Н. Особенности течения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта при папилломавирусной инфекции / Ю.Н.Перламутров, В.А.Старшина // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – Т.15. - №5. – С.77-82.
- 88) Петрова Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — М., 2002. — 42 с.
- 89) Предпротетическая подготовка беззубого протезного ложа на нижней челюсти с истонченной и атрофичной слизистой оболочкой / Д.А.Трунин, М.И.Садыков, А.М.Нестеров, М.Р.Сагиров, Г.М.Нестеров // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 18.
- 90) Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта / О.С.Гилева, Т.В.Либик, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова // Проблемы стоматологии. - 2013. - № 2. – С. 3-9.
- 91) Применение комплекса препаратов «Biotene» при ортопедическом лечении больных с синдромом сухости полости рта / В.И.Шемонаев, В.Ф.Михальченко, Е.Е.Васенев, А.А.Малолеткова / Лекарственный вестник. – 2010. – № 5 (37). – С. 15-20.
- 92) Применение мягкой жевательной пробы при электромиографии жевательных мышц / М.А.Белоусова, А.Д.Гончаренко, С.Е.Ермолаев, Н.К.Логинова // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – № 2. – С. 56-61.
- 93) Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема / М.М.Глиш, М.И.Карташевская, Е.О.Бойко, О.Г.Зайцева // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – Т.12. - №2. – С.104-109.
- 94) Рабинович И.М. Проблемы патологии слизистой оболочки полости рта и перспективы научных исследований / И.М.Рабинович, Г.В.Банченко, О.Ф.Рабинович // Труды съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 1999. – С.202-204.
- 95) Рабинович О. Ф. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы) / О. Ф. Рабинович, Е. Л. Эпельдимова // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 58-63.
- 96) Рациональные подходы к протетическому лечению пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта / В.О.Самусенков, А.Л.Макаров, А.С.Утюж, С.Р.Белоус // Клиническая стоматология. – 2014. – N2. – С.16-19.

- 97) Решетникова Е.М. Фототерапия в комплексном лечении больных красным плоским лишаем / Е.М.Решетникова, С.Р.Утц, Н.А.Слесаренко // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – № 3. – С.530-533.
- 98) Ронь Г.И. Повышение эффективности местного лечения при красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта / Г.И.Ронь, Г.М.Акмалова // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Т. 95. - № 3. – С. 338-340.
- 99) Сафаров А.М. Микробная обсемененность полости рта при ношении съемных зубных протезов на основе различных материалов // Современная стоматология. - 2010. -№2.- С.103-105.
- 100) Свириин Б.В. Клинико-функциональное обоснование ортопедического лечения больных после полной утраты зубов на нижней челюсти с резко выраженной атрофией альвеолярной части : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / Свириин Борис Васильевич. – М., 1998. – 38 с.
- 101) Семенчишина В.С. Изучение качества жизни у пациентов с гальванозом до и после повторного протезирования сплавом КХС с заготовками в виде гранул и прутков / В.С.Семенчишина, С.Е.Жолудев // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т.12. – № 4. – С. 34-39.
- 102) Служаев И.Ф. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: клиника, лечение / И.Ф.Служаев, Г.И.Оскольский, Е.Б.Загородняя // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. - №2. – С.132-136.
- 103) Совершенствование формы выпуска заготовок сплава КХС для профилактики явлений непереносимости и гальванозов / С.Е.Жолудев, В.С.Семенчишина, У.К.Назаров, В.И.Баньков, А.В.Ермаков, Л.Г.Гроховская, Е.Н.Галицына // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 5. – С.81-83.
- 104) Современный способ клинической оценки речевой функции при полной потере зубов / В.В.Трезубов, С.О.Чикунев, Е.А.Булычева, Ю.В.Алпатьева // Институт стоматологии. – 2012. – Т. 2. – № 55. – С. 58-59.
- 105) Сочетание высоких гальванических токов и очага воспаления – основная причина возникновения синдрома гальванизма / К.А.Лебедев, О.О.Янушевич, Н.Б.Журули, Ю.М.Максимовский, А.В.Митронин, И.Д.Понякина, Л.Г.Саган, С.Н.Легошин, Г.С.Пашкова, Е.П.Просфирова, Г.Н.Журули, И.В.Потемкина // Клиническая стоматология. – 2013. – № 4. – С. 50-56.
- 106) Стафеев А.А. Особенности ортопедической реабилитации металлокерамическими зубными протезами лиц с недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани / А.А.Стафеев // Стоматология. – 2015. – Т.94. – № 5. – С. 33-37.

- 107) Стоматологическая заболеваемость населения России. Заболевания пародонта и слизистой оболочки рта / О.О.Янушевич, Э.М.Кузьмина, И.Н.Кузьмина, Е.С.Петрина, В.Н.Беня, А.В.Лапатина. – М.: МГМСУ, 2009. – 228 с.
- 108) Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний / Л.Ю.Орехова, В.Г.Атрушкевич, Д.В.Михальченко, И.А.Горбачева, Н.В.Лапина // Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – № 3. – С. 15-17.
- 109) Съёмный зубной протез для лечения пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: Патент Российской Федерации / О.С.Гилева, Ж.С.Яшина, Т.В.Либик, И.Н.Халявина, Е.С.Гилева; заявитель и патентообладатель Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера. – №111424, заявл. 08.04.2011.; опубл. 20.12.2011 Бюл. № 35.
- 110) Тактика лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / С.В.Тарасенко, И.Б.Трофимова, Л.И.Глебова, Г.А.Терехов // Вестник последиplomного медицинского образования. – 2006. - №1. – С.40-41.
- 111) Тиунова Н. В. Оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта : Автореф. дис.... канд. мед. наук : 14.00.21 / Тиунова Наталья Викторовна. – Нижний Новгород, 2009. – 23 с.
- 112) Трезубов, В.Н. Профилактика и терапия психогенных реакций в амбулаторной стоматологической практике: метод. рекомендации / В.Н.Трезубов, Г.Г.Незнамов. М., 1989. – 40 с.
- 113) Трунина Л.П. Лимфотропная медикаментозная терапия в комплексном лечении красного плоского лишая полости рта : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Трунина Людмила Павловна. – Самара, 2005. – 20 с.
- 114) Турусова Е.В. Параметры качества жизни стоматологических пациентов различных психотипов / Е.В.Турусова, Н.В.Булкина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12. – № 1. – С. 49-51.
- 115) Устройство для измерения ширины максимального открывания рта / О.С.Гилева, Ж.С.Яшина, Т.В.Либик // приоритетная справка на полезную модель по заявке №2017109474 от 21.03.2017.
- 116) Утюж А.С. Ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта / А.Утюж, В.Самусенков, А.Макаров // Врач. – 2015. – N4. – С.53-55.
- 117) Федеральные клинические рекомендации по ведению больных красным плоским лишаем / под ред. О.Ю.Олисовой, В.В.Чикина, А.А.Минеевой. – М., 2015. – 19 с.

- 118) Флайшер И.М. Значение ортопедического лечения в профилактике обострений хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта / И.М.Флайшер, Е.В.Мокренко // Профил. осн. стоматол. забол.: Мат-лы науч.-практ. конф.- Усолье-Сиб. – 2004. – С.35-36.
- 119) Хайретдинова К.Ф. Современные представления о возможностях терапии больных красным плоским лишаем . К.Ф.Хайретдинова, Л.А.Юсупова // Лечащий врач. – 2016. - №11. – С.
- 120) Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. – Генеральная Ассамблея ВМА, октябрь 2013. – 7с.
- 121) Цветкова Л. А. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: учебное пособие / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 208 с.
- 122) Чуйкин С.В. Особенности клинического течения красного плоского лишая с локализацией на слизистой оболочке полости рта / С.В.Чуйкин, Г.М.Акмалова, Н.Д.Чернышева // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – Т.14. - №3. – С.72-75.
- 123) Шемонаев, В.И. К вопросу непереносимости конструкционных материалов в клинике ортопедической стоматологии / В.И.Шемонаев, Е.И.Губанова, О.А.Кузнецова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – № 2. – С. 94-96.
- 124) Шумский А. В. Клинико-морфологические особенности и дифференциальная диагностика красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / А. В. Шумский, Л. П. Трунина // Стоматолог. — 2006. - № 4. - С. 20-29.
- 125) Шумский, А.В. Красный плоский лишай полости рта / А.В.Шумский, Л.П.Трунина. – Самара, 2004. – 162 с.
- 126) Эффективность применения новых многокомпонентных схем терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных с различной системной патологией / О.С.Гилева, Н.С.Белева, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 5. – С. 24-29.
- 127) Эффективность применения шинирующих протезов в комплексной реабилитации пациентов с патологией пародонта / В.И.Шемонаев, Т.Н.Климова, В.А.Степанов, Д.В.Грачев, О.Г.Полянская, Т.А.Рябикова, А.В.Крюкова // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 10 (133). – С. 109-112.
- 128) Юсупова Л.А. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии / Л.А.Юсупова, Э.И.Ильслова // Практическая медицина. – 2013. - №3. – С.13-17.
- 129) A case of lichen planus caused by mercury allergy / Y.Kato, R.Nayakawa, R.Shiraki, K.Ozeki // Br J Dermatol. – 2003. – Vol. 148. – P.1268–1269.

- 130) A comparison of two lumenoscopic techniques for visualizing oral aesthetic lesions / O.S.Gileva, N.S.Beleva, E.S.Gileva, T.V.Libik // Nordic-Baltic Oral Medicine meeting. Abstracts. – Sweden, Malmö, 2007. – P. 22.
- 131) A prospective observational study to compare efficacy of topical triamcinolone acetonide 0.1% oral paste, oral methotrexate, and a combination of topical triamcinolone acetonide 0.1% and oral methotrexate in moderate to severe oral lichen planus / P.Chauhan, D.De, S.Handa, T.Narang, U.N.Saikia // *Dermatol Ther.* – 2017 Nov 10. doi: 10.1111/dth.12563.
- 132) A randomized triple-blind clinical trial to compare the effectiveness of topical triamcinolone acetonate (0.1%), clobetasol propionate (0.05%), and tacrolimus orabase (0.03%) in the management of oral lichen planus / S.Sivaraman, K.Santham, A.Nelson, B.Laliytha, P.Azhalvel, J.H.Deepak // *J Pharm Bioallied Sci.* – 2016 Oct. – Vol. 8(Suppl 1). – P. S86-S89.
- 133) A study of depression and quality of life in patients of lichen planus / N.S.Sawant, N.A.Vanjari, U.Khopkar, S.Adulkar // *ScientificWorldJournal.* – 2015. – P. 817481.
- 134) A systematic review of observational studies evaluating implant placement in the maxillary jaws of medically compromised patients / G.A.Kotsakis, A.L.Ioannou, J.E.Hinrichs, G.E.Romanos // *Clin Implant Dent Relat Res.* – 2015 Jun. – Vol. 17(3). – P. 598-609.
- 135) Aboushelib M.N. Clinical Management Protocol for Dental Implants Inserted in Patients with Active Lichen Planus / M.N.Aboushelib, M.H.Elsafi // *J Prosthodont.* – 2017 Jan. – Vol. 26(1). – P. 29-33.
- 136) Ahlers, M.O. Klinische Funktionsanalyse: interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen / M.O.Ahlers. - DentaConcept-Verlag, 2011. – 594 s.
- 137) Ali S. The efficacy of aloe vera in management of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis / S.Ali, W.Wahbi // *Oral Dis.* – 2017 Oct. – Vol. 23(7). – P. 913-918.
- 138) Alrashdan M.S. Oral lichen planus: a literature review and update / M.S.Alrashdan, N.Cirillo, M.McCullough // *Arch Dermatol Res.* – 2016 Oct. – Vol. 308(8). – P. 539-551.
- 139) Amlexanox is as effective as dexamethasone in topical treatment of erosive oral lichen planus: a short-term pilot study / J.Fu, X.Zhu, H.Dan, Y.Zhou, C.Liu, F.Wang, Y.Li, N.Liu, Q.Chen, Y.Xu, X.Zeng, L.Jiang // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* – 2012 May. – Vol. 113(5). – P. 638-643.
- 140) Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus / M.J.Vallejo, G.Huerta, R.Cerero, J.M.Seoane // *Dermatology.* – 2001. – Vol. 203(4). – P. 303-307.
- 141) Assessment of an addictive index for plaque accumulation on complete maxillary dentures / E.Ambjornsen, G.Valderbaug, P.W.Norheim, F.Floystand // *Acta Odontol Scand.* – 1982. – Vol. 40. – № 4. – P. 203-208.

- 142) Atai, Z. Side effects and complications of dental materials on oral cavity [Text] / Z.Atai, M.Atai // American Journal of Applied Sciences. – 2007. – Vol.4, №11. – P.946-949.
- 143) Axell, T. Oral lichen planus – a demographic study [Text] / T.Axell, L.Rundquist // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 1987. – Vol.15, №1. – P.52-56.
- 144) Baran, L.-R. Yellow nail syndrome and nail lichen planus may be induced by a common culprit. Focus on dental restorative substances / L.-R.Baran // Frontiers in medicine. – 2014, Dec. – Vol.1. – P. 46.
- 145) Beikler, T. Implants in the medically compromised patient / T.Beiker, T.E.Flemmig // Crit Rev Oral Biol Med. – 2003. – Vol. 14(4). – P.305-316.
- 146) Bermejo-Fenoll, A. A retrospective clinicopathological study of 550 patients with oral lichen planus in south-eastern Spain [Text] / A.Bermejo-Fenoll, M.Sánchez-Siles, P.López-Jornet, F.Camacho-Alonso, N.Salazar-Sánchez // J. Oral Pathol. Med. – 2010. – Vol.39, №6. – P.491-496.
- 147) Cancer risk of Lichen planus: A cohort study of 13,100 women in Finland / P.Halonen, M.Jakobsson, O.Heikinheimo, A.Riska, M.Gissler, E.Pukkala // Int J Cancer. – 2017 Jan 1. – Vol. 142(1). – P. 18-22.
- 148) Carrozzo M. Oral lichen planus: a review / M.Carrozzoo, R.Thorpe // Minerva Stomatol. – 2009. – Vol. 58(10). – P. 519-537.
- 149) Chabbab, F.Z. Lichen plan unguéal mimant le syndrome xanthonychique / F.Z.Chabbab, B.Richert, J.André // Ann Dermatol Vénéreol. – 2011. – Vol. 138(Hors série 6):A240. – P.259.
- 150) Clinical study on risk management for dental implant treatment--Part 1. Clinical retrospective study on the medically compromised patients at clinic for oral implant (Article in Japanese) / H.Nagao, N.Tachikawa, W.Uchida, K.Taira, M.Shiota, S.Enomoto // Kokubyo Gakkai Zasshi. – 2000 Mar. – Vol. 67(1). – P. 18-22.
- 151) Cohen L.K. Toward formulation of socio-dental indicators / L.K.Cohen, J.D.Jag // International Journal of Health Services. – 1976. – Vol.6, №3 – P.689-698.
- 152) Comparative effect of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol 0.05% ointment in patients with oral lichen planus / G.Corrocher, G.Di Lorenzo, N.Martinelli, P.Mansueto, D.Biasi, P.F.Nocini, G.Lombardo, A.Fior, R.Corrocher, L.M.Bambara, S.Gelio, M.L.Pacor // J Clin Periodontol. – 2008 Mar. – Vol. 35(3). – P. 244-249.
- 153) Comparison of topical tacrolimus and clobetasol in the management of symptomatic oral lichen planus: A double-blinded, randomized clinical trial in Sri Lanka / P.V.K.S.Hettiarachchi, R.M.Hettiarachchi, R.D.Jayasinghe, M.Sitheequ // J Investig Clin Dent. – 2017 Nov. – Vol. 8(4). doi: 10.1111/jicd.12237.

- 154) Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation / G.Lodi, C.Scully, M.Carrozzo, M.Griffiths, P.B.Sugerman, K.Thongprasom // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2005 Aug. – Vol. 100(2). – P. 164-178.
- 155) Davies R. ABC of oral health. Oral health care for patients with special needs / R.Davies, R.Bedi, C.Scully // *BMJ.* – 2000 Aug 19-26. – Vol. 321(7259). – P. 495-498.
- 156) Dental endosseous implants in the medically compromised patient / C.Scully, J.Hobkirk, P.D.Dios // *J Oral Rehabil.* – 2007 Aug. – Vol. 34(8). – P. 590-599.
- 157) Dental implants in medically complex patients-a retrospective study / Y.Manor, R.Simon, D.Haim, A.Garfunkel, O.Moses // *Clin Oral Investig.* – 2017 Mar. – Vol.21(2). – P. 701-708.
- 158) Dental implants in patients with oral mucosal diseases - a systematic review / P.A.Reichert, A.M.Schmidt-Westhausen, P.Khongkhunthian, F.P.Strietzel // *J Oral Rehabil.* – 2016 May. – Vol. 43(5). – P. 388-399.
- 159) Desquamative gingivitis: retrospective analysis of disease associations of a large cohort / J.C.Leao, M.Ingafou, A.Khan, C.Scully, S.Porter // *Oral Dis.* – 2008 Sep. – Vol. 14(6). – P. 556-560.
- 160) Diz P. Dental implants in the medically compromised patient / P.Diz, C.Scully, M.Sanz // *J Dent.* – 2013 Mar. – Vol. 41(3). – P. 195-206.
- 161) Effect of personality traits on the oral health-related quality of life in patients with oral mucosal disease / A.Fädler, T.Hartmann, T.Bernhart, B.Monshi, K.Rappersberger, M.Hof, G.Dvorak // *Clin Oral Investig.* – 2015 Jul. – Vol. 19(6). – P. 1245-1250.
- 162) Efficacy of low-level laser therapy compared to steroid therapy in the treatment of oral lichen planus: A systematic review / Z.Akram, T.Abduljabbar, F.Vohra, F.Javed // *J Oral Pathol Med.* – 2017 Aug 2. Epub – doi: 10.1111/jop.12619.
- 163) Efficacy of low-level laser therapy in management of symptomatic oral lichen planus: a systematic review / S.A.Al-Maweri, B.Kalakonda, W.A.Al-Soneidar, H.M.Al-Shamiri, M.S.Alakhali, N.Alaizari // *Lasers Med Sci.* – 2017 Aug. – Vol. 32(6). – P. 1429-1437.
- 164) Efficacy of ozonized olive oil in the management of oral lesions and conditions: A clinical trial / T.Kumar, N.Arora, G.Puri, K.Aravinda, A.Dixit, D.Jatti // *Contemp Clin Dent.* – 2016 Jan-Mar. – Vol. 7(1). – P. 51-54.
- 165) Efficacy of tacrolimus and clobetasol in the treatment of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis / G.Chamani, M.Rad, M.R.Zarei, S.Lotfi, M.Sadeghi, Z.Ahmadi // *Int J Dermatol.* – 2015. – Vol. 54 (9). – P. 996-1004.
- 166) Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod.* - 1999. - Vol. 88, № 6. - P. 431-436.

- 167) Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry / edited by Mandeep Singh Viridi. – InTech, 2105. - 852 p. Access: DOI: 10.5772/58660
- 168) Emotional assessment of patients with oral lichen planus / M.G.Alves, B.F. do Carmo Carvalho, I.Balducci, L.A.Cabral, D.Nicodemo, J.D.Almeida // *Int J Dermatol.* – 2015 Jan. – Vol. 54(1). – P. 29-32.
- 169) Epstein, J.B. A double-blind crossover trial of Oral Balance gel and Biotene toothpaste versus placebo in patients with xerostomia following radiation therapy [Text] / J.B.Epstein, S.Emerton, N.D.Le, P.Stevenson-Moore // *Oral Oncol.* – 1999. – Vol.35, №2. – P.132-137.
- 170) Esposito S.J. Implant retained overdentures for two patients with severe lichen planus: a clinical report / S.J. Esposito, C. Camisa, M. Morgan // *J Prosthet Dent.* – 2003 Jan. – Vol. 89(1). – P. 6-10.
- 171) Expression of contact allergy in undergoing prosthodontic therapy patients with oral diseases / M.Mehulić, K.Mehulić, P.Kos, D.Komar, M.Katunarić // *Minerva Stomatol.* – 2005 May. – Vol. 54(5). – P. 303-309.
- 172) Fryholm, K.O. Allergy to copper derived from dental alloys as a possible cause of oral lesions of lichen planus / K.O.Fryholm, L.Frithiof, A.Fernstrom, G.Moberger, S.F.Bjorn // *Acta. Derm. Venereol.* – 1969. – Vol.49, №2. – P.268-281.
- 173) Gileva, O.S. Oral precancerous lesions: Problems of early detection and oral cancer prevention / O.S.Gileva, T.V.Libik, K.V.Danilov // *AIP Conference Proceedings* 1760, 020019 (2016).
- 174) Glickman I. Histopathology and histochemistry of chronic desquamative gingivitis / I.Glickman, J.B.Smulow // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 1966. – Vol.21, №3. – P.325-332.
- 175) Gorouhi F. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis / F.Gorouhi, P.Davari, N.Fazel // *ScientificWorldJournal* 2014 Jan 30. – 2014. – P. 742826. doi: 10.1155/2014/742826.
- 176) Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions / R.H.Kramer, J.J.Pindborg, V.Bezroukov, J.Sardo Infirri // *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* – 1980. – Vol. 8. – Iss. 1. – P. 1-24.
- 177) Gupta S. Interventions for the management of oral lichen planus: a review of the conventional and novel therapies / S.Gupta, S.Ghosh, S.Gupta // *Oral Dis.* – 2017 Nov. – Vol. 23(8). – P. 1029-1042.
- 178) Higashi, N. A case of systemic lichen planus with nail deformity due to mercury in dental amalgam / N.Higashi, S.Sano, A.Kume // *Skin Res.* – 1995. – Vol. 37. – P.252–256.
- 179) Implant rehabilitation in patients with oral lichen planus: an overview / M.Petruzzi, M.De Benedittis, R.Cortelazzi, L.Milillo, A.Lucchese, R.Serpico, F.R.Grassi // *Clin Oral Investig.* – 2012 Oct. – Vol. 16(5). – P. 1347-1352.



- 180) Implant treatment in patients with oral lichen planus: a prospective-controlled study / G. Hernandez, R.M. Lopez-Pintor, L. Arriba, J. Torres, J.C. de Vicente // *Clin Oral Implants Res.* – 2012 Jun. – Vol. 23(6). – P. 726-732.
- 181) Indications and contraindications of dental implants in medically compromised patients: Update / R. Gómez-de Diego, M. Mang-de la Rosa, M.J. Romero-Pérez, A. Cutando-Soriano, A. López-Valverde-Centeno // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* – 2014 Sep. – Vol. 1. – № 19 (5). – P. e483-489.
- 182) Jandinski J.J., Shklar G. Lichen planus of the gingiva / J.J.Jandinski, G.Shklar // *J Periodontol.* – 1976. – Vol.47. – № 12. – P. 724-733.
- 183) Kalkur C. Role of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Oral Lichen Planus: A Pilot Study / C.Kalkur, A.P.Sattur, K.S.Guttal // *Indian J Dermatol.* – 2015 Sep-Oct. – Vol. 60(5). – P. 445-449.
- 184) Koch, P. Oral lesions and symptoms related to metals used in dental restorations: a clinical, allergological, and histologic study [Text] / P.Koch, F.A.Bahmer // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1999. – Vol.41, №3. – P.422-430.
- 185) Lichen planus with involvement of all twenty nails and the oral mucous membrane / I.Takeuchi, N.Iwase, M.Suzuki, S.Tsuyuki / *J Dermatology.* – 2000. – Vol.27. – №94. – P.98.
- 186) Lind, P.O. Amalgam-related oral lichenoid reaction [Text] / P.O.Lind, B.Hurlen, T.Lyberg, E.Aas // *Scand. J. Dent. Res.* – 1986. – Vol.94, №5. – P.448-451.
- 187) Lopez-Jornet P. Dental implants in patients with oral lichen planus: a cross-sectional study / P. Lopez-Jornet, F. Camacho-Alonso, M. Sanchez-Siles // *Clin Implant Dent Relat Res.* - 2014 Feb. Vol. 16(1). P. 107-115.
- 188) López-Jornet P. Quality of life in patients with oral lichen planus / P.López-Jornet, F.Camacho-Alonso // *J Eval Clin Pract.* – 2010 Feb. – Vol. 16(1). – P. 111-113.
- 189) Martin M.D. Oral lichen planus and dental materials: a case-control study / M.D.Martin, S.Broughton, M.Drangsholt // *Contact Dermatitis.* – 2003. – Vol.48, T6. – P. 331–336.
- 190) Medical Management of Oral Lichen Planus: A Systematic Review / S.S.Suresh, K.Chokshi, S.Desai, R.Malu, A.Chokshi // *J Clin Diagn Res.* – 2016 Feb. – Vol. 10(2). – P. ZE10-15.
- 191) Namikoshi T. Case of oral lichen planus due to dental metal allergy / T.Namikoshi // *Nihon Hotetsu Shika Gakkai Zasshi.* – 2006 Jul. – Vol. 50(3). – P. 461-463.
- 192) Nishizawa, A. Close association between metal allergy and nail lichen planus: detection of causative metals in nail lesions / A.Nishizawa, T.Satoh, H.Yokozeeki // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2013. – Vol. 27. – P. e231–234.

- 193) Oral health-related quality of life in partially edentulous patients treated with removable, fixed, fixed-removable, and implant-supported prostheses / A.A.Swelem, K.G.Gurevich, E.G.Fabrikant, M.H.Hassan, S.Aqou // *Int J Prosthodont.* – 2014 Jul-Aug. – Vol. 27(4). – P. 338-347.
- 194) Oral lesions in patients with lichen planus / S.Persić, L.L.Mihić, J.Budimir, M.Situm, V.Bulatz, I.Krolo // *Acta Clin Croat.* – 2008 Jun. Vol. 47(2). – P. 91-96.
- 195) Oral lichen planus / P.B.Sugerman, N.W.Savage, X.Zhou, L.J.Walsh, M.Bigby // *Clin Dermatol.* – 2000 Sep-Oct. – Vol. 18(5). – P. 533-539.
- 196) Oral lichen planus and dental implants – a retrospective study / R. Czerninski, M. Ellezer, A. Wilensky, A. Soskolne // *Clin Implant Dent Relat Res.* – 2013 Apr. – Vol. 15(2). – P. 234-242.
- 197) Oral lichen planus and stress: An appraisal / S.V.Sandhu, J.S.Sandhu, H.Bansal, V.Dua // *Contemp Clin Dent.* – 2014 Jul. – Vol. 5(3). – P. 352-356.
- 198) Oral squamous cell carcinoma around dental implants / R. Czernincki, I. Kaplan, G. Almoznino, A. Maly, E. Regev // *Quintessence Int.* – 2006 Oct. – Vol. 37(9). – P. 707-711.
- 199) Ortiz-Ruiz A.J. Oral lichen planus and sensitization to manganese in a dental prosthesis / A.J. Ortiz-Ruiz, M. Ramírez-Espinosa, P. López-Jornet // *Contact Dermatitis.* – 2006. – Vol.54, N4. – P. 214–215.
- 200) Pons-Fuster A. Dental implants in patients with oral lichen planus: a narrative review / A. Pons-Fuster, P.L. Jornet // *Quintessence Int.* – 2014 Jul-Aug. – Vol. 45(7). – P. 599-603.
- 201) Porter S. Management of oral lichen planus / S.Porter, C.Scully // *Br J Dermatol.* – 2000 Jul. – Vol. 143(1). – P. 201.
- 202) Possible alternative therapies for oral lichen planus cases refractory to steroid therapies / H.Yang, Y.Wu, H.Ma, L.Jiang, X.Zeng, H.Dan, Y.Zhou, Q.Chen // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* – 2016 May. – Vol. 121(5). – P. 496-509.
- 203) Price S.M. Why the general dentist needs to know how to manage oral lichen planus / S.M.Price, V.A.Murrah // *Gen Dent.* – 2015 Jan-Feb. – Vol. 63(1). – P. 16-22.
- 204) Psychological disorders and oral lichen planus: matched case-control study and literature review / R.Pippi, U.Romeo, M.Santoro, A.Del Vecchio, C.Scully, S.Petti // *Oral Dis.* – 2016 Apr. – Vol. 22(3). – P. 226-234.
- 205) Psychological profile (anxiety and depression) in patients with oral lichen planus: a controlled study // S.K.Hirota, R.A.Moreno, C.H.Dos Santos, J.Seo, D.A.Migliari // *Minerva Stomatol.* – 2013 Mar. – Vol. 62(3). – P. 51-56.
- 206) Samycia M. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in lichen planus / M.Samycia, A.N.Lin // *J Cutan Med Surg.* – 2012. – Vol. 16 (4). – P. 221-229.
- 207) *Saunders Review of Dental Hygiene* – 2nd ed. / edited M.Fehrenbach and J.Weiner. – Saunders, 2008. – 640 p.

- 208) Scully C. Aspects of human disease. 43. Lichen planus / C.Scully, S.I.Chaudhry // *Dent Update*. – 2009 Dec. – Vol. 36(10). – P. 649.
- 209) Scully C. Medical problems in dentistry / C.Scully, R.R.Cawson. – 5<sup>th</sup> ed. – Elsevier Churchill Livingstone. – Edingburg, Scotland, 2005.
- 210) Scully C. Oral mucosal disease: Lichen planus / C.Scully, M.Carrozzo // *Br J Oral Maxillofac Surg*. – 2008 Jan. – Vol. 46(1). – P. 15-21.
- 211) Skoglund, A. Hypersensitivity reactions to dental materials in patients with lichenoid oral mucosal lesions and in patients with burning mouth syndrome [Text] / A.Skoglund, T.Egelrud // *Scand. J. Dent. Res*. – 1991. – Vol.99, №4. – P.320-328.
- 212) Silverman S. Oral lichen planus: a potentially premalignant lesion // *J. Oral Maxillofac. Surg*. - 2000. - Vol. 58. - P. 1286-1288.
- 213) Smart, E.R. Resolution of lichen planus following removal of amalgam restorations in patients with proven allergy to mercury salts: a pilot study [Text] / E.R.Smart, R.I.MacLeod, C.M.Lawrence // *Br. Dent. J*. – 1995. – Vol.178, №3. – P.108-112.
- 214) Smith, R.A. Risk factors associated with dental implants in healthy and medically compromised patients / R.A.Smith, R.Berger, T.B.Dodson // *Int J Oral Maxillofac Implants*. – 1992 Fall. – Vol. 7(3). – P. 367-372.
- 215) Stressful Life Events and Personality Traits in Patients with Oral Lichen Planus / M.Čanković, M.Bokor-Bratić, Z.Novović // *Acta Dermatovenerol Croat*. – 2015. – Vol. 23(4). – P. 270-276.
- 216) Sugerman P.B. Patient selection for endosseous dental implants: oral and systemic considerations / P.B. Sugerman, M.T. Barber // *Int J Oral Maxillofac Implants*. – 2002 Mar-Apr. – Vol. 17(2). – P. 191-201.
- 217) The influence of psychological state on oral lichen planus / K.Valter, V.V.Boras, D.Buljan, D.V.Juras, M.Susić, D.G.Pandurić, Z.Verzak // *Acta Clin Croat*. – 2013 Jun. – Vol. 52(2). – P. 145-149.
- 218) Thornhill, M.H. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus [Text] / M.H.Thornhill, M.N.Pemberton, R.K.Simmons, E.D.Theaker // *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod*. – 2003. – Vol.95, №3. – P.291-299.
- 219) Toluidine blue staining identifies high-risk primary oral premalignant lesions with poor outcome / L.Zhang, M.Williams, C.F.Poh, D.Laronde, J.B.Epstein, S.Durham, H.Nakamura, K.Berean, A.Hovan, N.D.Le, G.Hislop, R.Priddy, J.Hay, W.L.Lam, M.P.Rosin // *Cancer Res*. – 2005. – Sep 1. – Vol. 65 – Iss. 17. – P.8017-8021.
- 220) Topical clobetasol in the treatment of atrophic-erosive oral lichen planus: a randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations / M.Carbone, P.G.Arduino,

- M.Carrozzo, G.Caiazzo, R.Brocchetto, D.Conrotto, C.Bezzo, S.Gandolfo // *J Oral Pathol Med.* – 2009 Feb. – Vol. 38(2). – P. 227-233.
- 221) Triggers of oral lichen planus flares and the potential role of trigger avoidance in disease management / H.X.Chen, R.Blasiak, E.Kim, R.Padilla, D.A.Culton // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* – 2017 Sep. – Vol. 24(3). – P. 248-252.
- 222) World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. – *JAMA*, 2000. – Vol.284, №23. – P.3043-3045.
- 223) World Workshop on Oral Medicine VI: Patient-reported outcome measures and oral mucosal disease: current status and future direction / R.Ní Riordáin, P.Shirlaw, I.Alajbeg, G.Y.Al Zamel, P.L.Fung, A.D.Yuan, C.McCreary, E.T.Stoopler, S.S.De Rossi, G.Lodi, M.S.Greenberg, M.T.Brennan // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* – 2015 Aug. – Vol. 120(2). – P. 152-60.e11.
- 224) Zegarelli D. The treatment of oral lichen planus // *Ann. Dent.* — 1993. — Vol. 52, № 2. - P. 3-8.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

*Уважаемый пациент, мы хотели бы попросить Вас заполнить эту анкету. Это поможет нам в диагностике, дальнейшей работе и сделает лечебный процесс более эффективным.*

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

До / После лечения (ненужное зачеркнуть)

1	Как часто Вы испытываете трудности при приеме пищи в связи с проблемами, связанными с зубами, слизистой полости рта или протезами (далее с полостью рта)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
2	Как часто Вы испытываете трудности при произношении слов в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
3	Как часто вы обращаете внимание на эстетический недостаток ваших зубов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
4	Как часто Вы обращаете внимание на то, что Ваш внешний вид меняется в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
5	Как часто Вы обращаете внимание на то, что Ваше дыхание испортилось из-за неприятного запаха из полости рта, связанного с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
6	Как часто Вы обращаете внимание на то, что у Вас ухудшилось вкусоощущение в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
7	Как часто при приеме пищи последняя застревает между естественными или искусственными зубами (протезами)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
8	Случается ли, что Вы связываете нарушение пищеварения с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
9	Как часто Вас беспокоят жалобы на нарушение фиксации протеза?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

10	Как часто Вы испытываете боль в полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
11	Как часто Вас беспокоит боль в челюстях?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
12	Случается ли, что Вы испытываете головную боль из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
13	Как часто Вы отмечаете повышенную чувствительность зубов к приему горячей, холодной, кислой или соленой пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
14	Как часто Вас беспокоит зубная боль?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
15	Как часто Вас беспокоит боль в деснах?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
16	Меняется ли привычный для Вас пищевой рацион из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
17	Отмечаете ли Вы болезненные участки на слизистой полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
18	Считаете ли Вы Ваши протезы неудобными?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
19	Как часто Вас беспокоят проблемы в полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
20	Часто ли Вы испытываете психологический дискомфорт (стеснение) в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
21	Часто ли Вы чувствуете себя несчастным (ой) из-за проблем с зубами?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

22	Часто ли Вы испытываете дискомфорт в связи со своим внешним видом из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
23	Как часто Вы испытываете внутреннее напряжение из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
24	Как часто в связи с проблемами полости рта Вы отмечаете нарушение дикции?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
25	Как часто в связи с проблемами полости рта у Вас нарушается процесс общения с другими людьми?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
26	Чувствуете ли Вы, что Ваше вкусоощущение ухудшилось из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
27	Бывает ли, что Вы не можете эффективно чистить зубы из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
28	Как часто проблемы полости рта ограничивают (делают невозможным) прием пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
29	Как часто проблемы полости рта ограничивают Ваш привычный пищевой рацион?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
30	Бывает ли, что проблемы, связанные с зубными протезами, делают невозможным прием пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
31	Бывает ли, что в связи с проблемами полости рта Вы избегаете улыбки?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
32	Вы вынуждены прерывать прием пищи в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
33	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта нарушается (прерывается) Ваш сон?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

34	Огорчают ли Вас проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
35	Бывает ли для Вас трудным расслабиться (отдохнуть) в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
36	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта Вы впадаете в депрессию?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
37	Могут ли проблемы полости рта ухудшить концентрацию Вашего внимания?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
38	Смущают ли Вас проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
39	Стараетесь ли Вы избегать социальных контактов в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
40	Бывают ли случаи, когда Вы менее терпимы к членам своей семьи из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
41	Часто ли проблемы полости рта перерастают в проблемы социальных контактов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
42	Бываете ли Вы раздражительны с другими людьми из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
43	Испытываете ли Вы затруднения в профессиональной деятельности из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
44	Чувствуете ли Вы ухудшение состояния общего здоровья из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
45	Несете ли Вы какие-либо финансовые потери (убытки) из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно



46	Испытываете ли Вы невозможность получать удовольствие от общения с друзьями в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
47	Испытываете ли Вы неудовлетворенность жизнью в целом из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
48	Случалось ли так, что Вы были абсолютно неспособны что-либо делать из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
49	Считаете ли Вы, что проблемы полости рта делают невозможным выполнение Ваших профессиональных обязанностей?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

Ограничение функции (1-9)	
Физический дискомфорт (10-18)	
Психологический дискомфорт (19-23)	
Физические расстройства (24-32)	
Психологические расстройства (33-38)	
Социальная дезадаптация (39-43)	
Ущерб (44-49)	
<b>ΣOHIP-49-RU</b>	