

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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Пермь – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации» (ректор – д.м.н., профессор И.П. Корюкина)

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (г. Пермь)

**Гилева
Ольга Сергеевна**

доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (г. Киров)

**Кошкин
Сергей Владимирович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии с курсом клинической стоматологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Волгоград)

**Шемонаев
Виктор Иванович**

доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой стоматологии ФПКВ ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Нижний Новгород)

**Гажва
Светлана Иосифовна**

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Екатеринбург)

Защита состоится «13» марта 2018 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.01 при ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26).

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26) и на сайтах www.pdma.ru и <http://vak.ed.gov.ru>

Автореферат разослан « ____ » _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Мудрова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Число лиц с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) у населения РФ и других стран мира неуклонно возрастает (Янушевич О.О. и соавт., 2009; Рабинович О.Ф. и соавт., 2012; Гажва С.И., 2014; Гилева О.С., 2015; Ni Riordain R. et al., 2015).

Красный плоский лишай (КПЛ) – один из наиболее распространенных и клинически манифестных кожно-слизистых дерматозов в 25,6-35,0% случаев изолированно поражает СОПР. На долю КПЛ, проявляющегося в полости рта, приходится от 35,0% до 50,0% случаев обращений к стоматологу по поводу заболеваний СОПР. Осложненные, часто длительно рецидивирующие формы КПЛ СОПР приводят к прогрессирующему снижению стоматологических составляющих качества жизни (КЖ) пациента (Либик Т.В., 2010; Жовтяк П.Б., Григорьев С.С., 2017; Scully С., Carozzo M., 2008). Стоматологические аспекты КПЛ наиболее полно изучены в части клинических проявлений и методологии фармако- и физиотерапии КПЛ СОПР (Рабинович И.М. и соавт., 2002; Литвинов С.А., 2004; Арутюнов С.Д. и соавт., 2007; Акмалова Г.М., 2016; Gupta S. et al., 2017). Низкая эффективность медикаментозной терапии КПЛ СОПР у пациентов с полным/частичным отсутствием зубов связывается со многими, до конца не решенными проблемами ортопедического лечения (ОЛ). Системные исследования, отражающие специфику ОЛ при отсутствии зубов у больных с КПЛ СОПР, единичны (Калинова Н.В., 1982; Чуйкин С.В. и соавт., 2015). Большая часть работ этого направления не профилирована по конкретной нозологии, а выстроена на обобщенной платформе поиска особенностей протезирования при дефектах зубных рядов (ДЗР) у лиц с различными, зачастую патогенетически гетерогенными заболеваниями СОПР (Самусенков В.О. и соавт., 2014; Флайшер И.М. и соавт., 2014; Утюж А.С. и соавт., 2015; Трунин Д.А. и соавт., 2016).

Сведения о показаниях, возможностях и преимуществах использования современных технологий ОЛ при ДЗР у пациентов с КПЛ, включая протезирование с опорой на имплантаты, малочисленны, представлены зарубежными исследованиями (Petruzzi M. et al., 2012; Reichart P.A. et al., 2016), что объективизирует актуальность проведения пилотных исследований подобного направления в РФ. Особенности, системные и местные риски, методические проблемы ОЛ у пациентов с ДЗР требуют критического анализа с учетом стадии, формы и течения КПЛ СОПР. Научный интерес представляет ретро- и проспективная оценка роли протезирования при ДЗР с использованием различных конструкций и материалов зубных протезов (ЗП) в качестве триггерных факторов дебюта и обострения кожно-слизистого дерматоза. Выбор рациональных подходов к ОЛ вторичной адентии у пациентов с КПЛ СОПР должен быть обоснован с учетом измененного состояния СОПР и красной каймы губ (ККГ) при хронизации процесса и инволютивных изменениях в организме, что актуализирует проблему углубленной оценки СОПР в стадии ремиссии / компенсации КПЛ и мониторинга ее состояния на всех этапах ортопедической стоматологической реабилитации. Перспективен поиск и разработка оптимальных методик оценки состояния СОПР в клинике ортопедической стоматологии, адаптированных к специфике ее изменений у пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта. Практический интерес может представлять выяснение роли психоэмоциональных факторов и особенностей психотипа пациента с КПЛ СОПР в формировании его мотивированности и комплаентности к ортопедическому стоматологическому 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; Стафеев А.А., 2015; Шемонаев В.И. и соавт., 2015; Колосова Е.Ю., 2016; Scully C., Cawson R.R., 2005). Вопросы комплексной стоматологической реабилитации при различных формах кожно-слизистых дерматозов, в частности, у пациентов с КПЛ, разработаны недостаточно. Ощущается недостаток системных исследований по оценке роли ОЛ в комплексной реабилитации пациентов этого профиля. 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 у пациентов с КПЛ СОПР, не актуализирован поиск рационального инструментально-технологического обеспечения ОЛ. Остро поднимается проблема разработки и усовершенствования применительно к пациентам с КПЛ СОПР существующих алгоритмов диагностики, планирования и проведения ОЛ при вторичной адентии, гарантирующих его оптимальные результаты при минимизации рисков развития осложнений. Не обсуждена возможность улучшения стоматологических составляющих КЖ пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта за счет эффективной ортопедической стоматологической реабилитации.

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 клинично-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 клинично-anamnestические параллели между динамическим состоянием слизистой полости рта при хроническом течении КПЛ и проведенными ранее предпротезной подготовкой и протетическим лечением; выявить частоту, структуру и клинично-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 ортопедо-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. Впервые установлены и детально проанализированы особенности ортопедического стоматологического статуса пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта, определены высокая частота и клинико-топографические особенности ДЗР, а также сопутствующие им структурно-функциональные нарушения в полости рта, психо-социальные проблемы, негативно отражающиеся на КЖ пациента. Определены основные причины неуспешного первичного зубного протезирования у больных КПЛ, доказана их частая связь с использованием упрощенных подходов к планированию и проведению ОЛ на основе 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 в полости рта, клинико-топографических особенностей поражения СОПР, индивидуальной переносимости конструкционных материалов, предпочтений пациентов и возможностей лечебных баз. Обобщен первый опыт успешного проведения дентальной имплантации (ДИ), определены особенности и преимущества ее использования в комплексе ОЛ у больных КПЛ; обозначены перспективы дальнейшего применения ДИ у пациентов с заболеваниями СОПР.

Впервые описаны, систематизированы и терминологически обозначены специфические для КПЛ осложнения со стороны СОПР и кожи, проявляющиеся на этапах и после ОЛ.

Получены новые данные об особенностях психологического статуса больных КПЛ с ДЗР, связанные с исходно низкими уровнем мотивации и удовлетворенностью результатами ОЛ, частым формированием особых форм денто/канцерофобий в исходе неуспешного протезирования.

Научно обоснованы, методически выверены, инструментально и технологически обеспечены усовершенствованные лечебно-диагностические алгоритмы оказания ортопедической стоматологической помощи при полном/частичном отсутствии зубов у больных КПЛ.

Теоретическая и практическая значимость работы. Полученные результаты указывают на острую необходимость совершенствования системы оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с КПЛ, нуждающимся в первичном и повторном протезировании по поводу полного или (и) частичного отсутствия зубов. На основе критического

анализа объективных и субъективных причин неудач первичного зубного протезирования разработаны стратегия и предложены конкретные методические подходы к ОЛ больных КПЛ.

Теоретически обоснованы закономерности эволюции поражённой СОПР при компенсации КПЛ на фоне эффективной фармакотерапии, определяющие показания и особенности ОЛ при вторичной адентией. Всесторонне изучены риски ОЛ с учетом прогрессирования атрофии, сухости, ригидности и кровоточивости СОПР при длительном компенсированном течении КПЛ; определены направления оптимизации предпротезной подготовки и ОЛ съёмными и несъёмными замещающими конструкциями.

Предложена методология расширенной динамической (до, на этапах и после ОЛ) оценки состояния СОПР у больных КПЛ, основанная на: визуальном, люминесцентном и контактно-биомикроскопическом анализе ее состояния с последующим цвето-цифровым кодированием результатов; определении степени ее увлаженности с использованием оригинальных диагностических инструментов – РП № 2641 и № 2643 от 12.03.2014; индексной оценке степени ригидности СОПР; оценке индивидуальной чувствительности СОПР к апробируемым конструкционным материалам по оригинальным эпимукозным тестам (РП № 2740 от 10.10.2017 и № 2746 от 09.11.2017); фотодокументировании клинического материала при распространенном кожно-слизистом дерматозе по оригинальной методике (РП № 2747 от 09.11.2017). Разработана с учетом особенностей состояния СОПР в стадии ремиссии КПЛ оригинальная (РП № 2742 от 17.10.2017) атравматичная методика оценки жевательной эффективности, минимизирующая риски травмирования СОПР при использовании стандартных жевательных проб.

С учетом предложенных рационализаций усовершенствован алгоритм диагностики и планирования ОЛ, внедрение которого позволяет оценить индивидуальные риски ОЛ у пациентов с проявлениями КПЛ, обеспечивает необходимый уровень диагностики за счет выбора наиболее рациональных методов, материалов и замещающих конструкций.

Определены особенности и разработан оптимизированный алгоритм ОЛ при полной/частичной вторичной адентии у пациентов с КПЛ, адаптированный к специфике их стоматологического, дерматологического и психосоциального статуса, обеспечивающий необходимую эффективность и безопасность протезирования ДЗР и улучшение стоматологических показателей КЖ. Предложен и внедрен в практику ортопеда-стоматолога оригинальный лечебно-профилактический комплекс для защиты СОПР на этапах ОЛ, включающий последовательное местное применение противовоспалительных и увлажняющих средств.

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.

Методология и методы исследования. Методологической базой работы явилось последовательное применение средств и методов научного познания, а также специальных клинических, лабораторных, инструментальных, социологических и статистических методов исследования. Соответственно фазам научного исследования поэтапно изучены данные литературы по изучаемой проблеме, степень ее разработанности и актуальности, определены его дизайн,

концепция, предмет и субъекты. Выводы и рекомендации сформулированы на основе методологии доказательной медицины по завершению открытого когортного многоцентрового проспективного контролируемого с элементами ретроспективного анализа исследования.

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.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии на всех этапах диссертационной работы. Планирование научной работы, постановка проблемы, определение цели и задач, общей концепции и методологии исследования, формирование групп пациентов стоматологического и дерматологического профиля проведены совместно с научными руководителями – д.м.н., профессором О.С.Гилевой и д.м.н., профессором С.В.Кошкиным. Диссертантом проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, обобщен фактический материал по оценке системного и стоматологического здоровья, нуждаемости в различных видах ОЛ у пациентов с ДЗР, проведено их обследование и ОЛ с использованием усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов и авторских рационализаций. Статистическая обработка первичных данных, описание и систематизация полученных результатов, написание и оформление рукописи осуществлены автором. Представление результатов работы в научных публикациях и в форме докладов осуществлены автором лично и совместно с научными руководителями.

Степень достоверности полученных результатов определяется достоверным и репрезентативным объемом выборки (117 пациентов с КПЛ), выбранным научным дизайном исследования, использованием адекватных точных клинико-функциональных методов и современного аппарата статистического анализа.

Внедрение результатов исследования. Работа выполнена на кафедрах: 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); дерматовенерологии и косметологии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. С.В.Кошкин) ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ Минздрава

России (и.о. ректора – Заслуженный работник Высшей школы РФ, д.м.н., проф. Л.М.Железнов). Материалы исследования внедрены в лечебную практику стоматологической клиники клинического многопрофильного медицинского центра 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.Халыгина) и БУЗОО «ГКСП № 1» г. Омска (гл. врач – А.И.Матешук); используются в учебном процессе ряда профильных стоматологических кафедр ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера МЗ РФ (г. Пермь), ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ (г. Екатеринбург) и ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ (г. Омск).

Апробация 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).

Ход диссертационной работы обсуждался 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.

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 рацпредложение.

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. Список цитируемой литературы – 224 источника, из которых 128 – на русском и 96 – на иностранных языках. Работа иллюстрирована 3 таблицами и 40 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

Для решения поставленных задач в период с 2011 по 2015 годы 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 ГМУ» Минздрава России и Кировской клинической стоматологической поликлиники проведено многоцентровое открытое когортное проспективное контролируемое с элементами ретроспективного анализа клиническое исследование с общим объемом выборки 117 пациентов с КПЛ – для реализации задач ретроспективной части, включая 32 пациента с ДЗР – для проспективной оценки эффективности ОЛ на основе усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов. Когорта пациентов, включенных в исследование, представлена 95 пациентами стоматологического профиля, состоящими на диспансерном учете терапевта-стоматолога по поводу КПЛ СОПР, и 22 больными с распространенным КПЛ, госпитализированными в кожно-венерологический диспансер.

Основной диагноз КПЛ формулировали (Олисова О.Ю. и соавт., 2015) по результатам клинико-лабораторных данных, кодировали по МКБ-10. Системное здоровье и риски стоматологического лечения оценивали по классификации «ASA Physical Status Classification System – for Dental Patients Care 2017» для стоматологических пациентов, включая в исследование лиц, относящихся к ASA-I, ASA-II и реже к ASA-III группам. Комплексное стоматологическое обследование пациентов дополняли расширенной оценкой состояния СОПР и ортопедического стоматологического статуса. Состояние СОПР характеризовали по данным: визуального, люминесцентного и контактно-биомикроскопического анализа, в том числе с учетом их динамики в эпимукозном тесте при оценке индивидуальной переносимости конструкционного материала; количественной оценки увлажненности СОПР по разработанным оригинальным шкалам; индексной оценки степени ригидности СОПР и ее зон в области протезного ложа по Суппле. Цветочисловое кодирование элементов КПЛ проводили по 61 топографическим зонам СОПР.

Ортопедический статус пациентов с КПЛ СОПР оценивали клинико-инструментальными и лабораторными методами (Лебедеко И.Ю. и соавт., 2016), в том числе с определением: наличия, локализации и протяженности ДЗР; статической и динамической жевательной эффективности по данным атравматичной жевательной пробы; разности потенциалов в полости рта при наличии симптомов гальванизма (МЦ АРРА 205); качества речи (Трезубов В.Н., 2012) и качества имеющихся в полости рта ЗП, их фиксации и стабилизации (Свирин Б.В., 1998), уровня гигиены съемных ЗП по методике E.Ambjornsen (1968) и топологии поверхности протезов (22 ед.) по данным профилометрии; рентгенологических данных (ОПТГ, 3D компьютерная томография). Определяли потребность в ОЛ (первичном или/и повторном, с заменой некачественных ЗП, или/и дополнительном протезировании) на день обследования; рассчитывали число и % лиц, не нуждающихся в ОЛ, нуждающихся в одиночном и/или комбинированном протезировании; определяли клинико-рентгенологические возможности использования ДИ в комплексе ОЛ пациентов с КПЛ.

Проводили первично-диагностическую (408 изображений) и мониторинговую (1128 изображений) фотосъемку СОПР, кожи и др. объектов зеркальной фотокамерой Nikon D750 Body (объектив AF-S VR Micro-NIKKOR 105mm f2.8). В динамике рассчитывали интегральный и пошкаловые показатели стоматологического индекса качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU с расчетом показателя Cohen. Характеризовали

психотип стоматологического пациента с проявлениями КПЛ (В.Н.Трезубова и Т.Г.Незнамова, 1989), а также удовлетворенность проведенным ОЛ по показателю GRS. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ Microsoft Office® 365, Microsoft Excel и STATISTICA Base на основе расчета: t-критерия Стьюдента при нормальном распределении, критерия Манна-Уитни при ненормальном распределении и критерия Вилкоксона для парных сравнений; точного критерия Фишера, коэффициента корреляции Спирмена (ρ).

План, структура и методические подходы работы утверждены Локальным этическим комитетом ПГМУ; номер госрегистрации НИР – 115030310055.

Результаты исследования и их обсуждение

В когорте пациентов с КПЛ доминировали женщины (соотношение 4:1), чаще пенсионного возраста, с нестабильным финансовым положением. Преобладали (66,4%) лица с изолированными поражениями полости рта (КПЛ СОПР; L43.8); распространенный КПЛ с поражением кожи (ногтей) и СОПР выявлен достоверно реже (31,6%). Сравнительный анализ структуры и распространенности различных клинических вариантов проявления КПЛ в полости рта у лиц с распространенным КПЛ и изолированным КПЛ СОПР свидетельствует, что изолированный в полости рта КПЛ чаще (71,2%; $p < 0,001$), чем распространенные формы протекает в осложненных деструктивных формах (эрозивно-язвенной, экссудативно-гиперемической, буллезной, гиперкератотической); распространенный КПЛ у 86,5% лиц манифестировал в типичной форме.

Проявления в полости рта изолированного КПЛ СОПР и распространенного КПЛ отличны по топографическим ориентирам (рис. 1), что существенно для планирования ОЛ пациентов с вторичной адентией. При КПЛ СОПР достоверно чаще (в 52,5% случаев) вовлечены в процесс слизистая десны и альвеолярных отростков (ТК 27-32), нередко в специфической форме эрозивного десневого КПЛ-ассоциированного комплекса, а также отмечается редкая для КПЛ небная локализация элементов (ТК 51-54). Распространенный кожно-слизистый КПЛ в 72,9% проявляется типичными элементами, чаще в ретромолярной области.

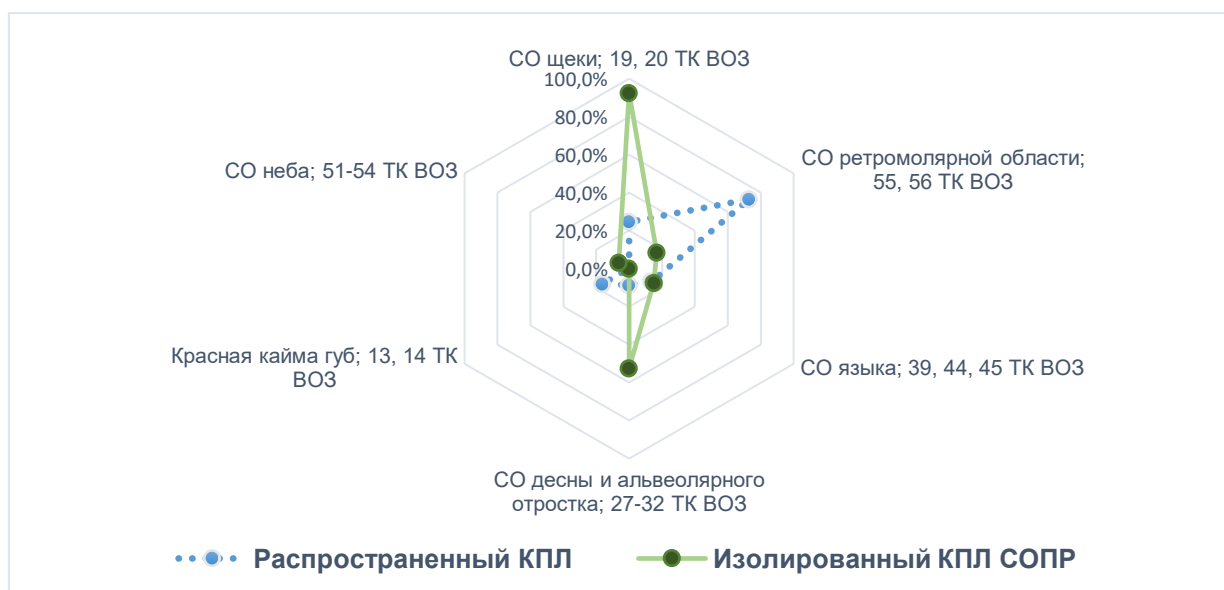


Рисунок 1 – Топография элементов поражения СОПР и ККГ (ТК ВОЗ) у пациентов с распространенным КПЛ и изолированным КПЛ СОПР

Большинство (76,1%) пациентов с КПЛ соответствовали категории ASA II («легкое компенсированное течение сочетанной системной патологии, минимальные риски стоматологического лечения»). Низкий уровень сохранности стоматологического здоровья пациентов с проявлениями КПЛ в полости рта отражали: индекс КПУ ($14,9 \pm 2,6$) с компонентой «У» – $8,3 \pm 2,7$, объективизирующей высокую нуждаемость в ОЛ; индексы РМА и СРITN ($38,3 \pm 4,10$ и $2,37 \pm 0,26$), соответствующие высокой интенсивности воспалительных заболеваний пародонта и нуждаемости в консервативной и хирургической помощи. У 89,3% пациентов отмечали клинические признаки ксеростомии, чаще средней степени тяжести (индекс CSCOD $4,61 \pm 0,42$). Полноценный осмотр всех зон СОПР у лиц с неосложненным/компенсированным течением КПЛ был затруднен в связи с ограниченной (легкой или умеренно выраженной) ригидностью СОПР щек, губ и языка (IP = $1,34 \pm 0,23$ балла). Слизистая щек, губ, десны, альвеолярных отростков, подъязычной области выглядела истонченной, сухой, атрофичной, ощущалась врачом и пациентов малоподвижной, была восприимчива к боли даже при проведении рутинного инструментального обследования. Структурно-функциональные особенности СОПР и пародонтального комплекса при хронизации кожно-слизистого дерматоза / неосложненном хроническом течении формировали риски ОЛ, предопределяли прогнозирование его результатов при использовании различных конструкций и материалов ЗП.

Ортопедический стоматологический статус пациентов характеризовали признаки явной (76,1%) и 40,0%-вероятности (20,5%) дисфункции ВНЧС, по данным укороченного Гамбургского обследования, что у 77,4% лиц субъективно проявлялось затруднением открывания рта, ограничением привычного пищевого рациона, а также объективным снижением показателей максимальной ширины открывания рта, в среднем, до $30,32 \pm 3,40$ мм. Сохранные зубные ряды были выявлены только у 4,3% пациентов с КПЛ, у 83,8% обследованных был поставлен диагноз «Частичное отсутствие зубов». В структуре ДЗР (311 ед.) доминировали (44,4%) включенные дефекты в боковых отделах зубных рядов. В два раза реже (в 11,2% и 9,7% случаях) определяли концевые дефекты I и II класса Кеннеди – двух- или односторонние, локализующиеся на верхней или нижней челюстях; в 22,8% случаев – ДЗР во фронтальном отделе челюстей (IV кл.). Доминировали (81,7%) средние и протяженные ДЗР. Выявляемые у пациентов структурно-функциональные и эстетические нарушения (снижение жевательной эффективности, дисфункция ВНЧС, дисфагия, дислалия, атрофия костной ткани челюстей и др.) сопровождалась достоверным снижением стоматологического индекса КЖ ОНIP-49-RU, в среднем, на 35,2% от гипотетической нормы.

В первичном протезировании по поводу частичного или полного отсутствия зубов (ЧОЗ, ПОЗ) нуждались 34,8% обследованных, 54,5% – в повторном протезировании с заменой некачественных ЗП и подбором оптимальных конструкций и материалов с учетом особенности состояния СОПР. Потребность в протезировании с использованием ДИ, по данным клинорентгенологического исследования, определена у 22,3% пациентов с неосложненными формами КПЛ, не имеющих системных (ASA I-II) и местных противопоказаний. По критериям качества оценены 303 ЗП (23,8% - съемных и 76,2% - несъемных). Соответственно 88,9% съемных ЗП,

используемых пациентами ранее, были изготовлены с использованием устаревших технологий (съёмные пластиночные акриловые протезы), 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 съёмными пластиночными ЗП, выявляли наличие типичных аллергических реакций СОПР и ККГ на акриловую пластмассу. Большая часть (85,7%) имеющихся несъёмных ЗП определены как некачественные, в том числе изготовленные с использованием устаревших технологий (металлопластмассовые конструкции и штампованно-паянные металлические протезы с напылением из нитрида титана), нерационально, без учета особого состояния СОПР и десны. Удовлетворенность проведенным ранее ОЛ была низкой ($3,8 \pm 1,2$ балла).

Анализ клинико-anamnestических данных пациентов со съёмными и несъёмными ЗП в полости рта в 56,2% случаев выявил сильную прямую корреляционную связь (коэффициент корреляции Спирмена $\rho=0,632$; теснота (сила) связи по шкале Чеддока – заметная) между динамическим состоянием пораженной СОПР и первичным протезированием зубов. У 70,7% пациентов эта взаимосвязь проявлялась ухудшением состояния СОПР в процессе протезирования (особенно СЗП) с усилением выраженности болевого, ксеростомического и парестетического симптомов, а также с проявлением симптома Кебнера с появлением «свежих» элементов в ранее интактных зонах СОПР, трансформацией типичных элементов в эрозивно-язвенные в участках травматизации СОПР во время и после ОЛ. Показательно, что 16,4% пациентов, имеющих ЗП, напрямую первичное появление элементов КПЛ на СОПР с установкой в полости рта протетических конструкций.

Первично проводимое по поводу отсутствия зубов ОЛ послужило причиной развития у больных КПЛ неспецифических осложнений со стороны СОПР и десны с локализацией элементов поражения в области протезного ложа и прилегающих к конструкции ее участках (протезного стоматита – 28,6%, контактно-аллергического стоматита – 19,1%, декубитальных язв – 14,3%, фокальной гиперплазии – 9,5%), а также спровоцировало появление специфичных для этого кожно-слизистого дерматоза реакций СОПР в виде симптома Кебнера – 27,4%, трансформации в осложненные формы – 26,0%, десквамативного гингивита – 15,4%, рецессии и лихенизации десны (11,5% и 9,7%). Установлено, что 77,8% стоматологических пациентов с КПЛ характеризовались «пессимистическим» типом личности и низким уровнем мотивации к ОЛ.

Всесторонний анализ клинико-anamnestических данных у 117 пациентов с КПЛ определил основные причины неуспешного зубного протезирования:

- «спонтанный» характер ОЛ, осуществленного вне стойкой ремиссии КПЛ, без предварительных консультаций терапевта-стоматолога и дерматолога;
- не всегда качественная исходная оценка состояния и предпротезная подготовка СОПР;
- отсутствие координации в работе ортопеда-стоматолога, терапевта-стоматолога и дерматолога на этапах предпротезной подготовки и ОЛ, его планирование и проведение без учета особенностей психотипа пациента;

- нерациональный выбор конструкции ЗП, изготовленных по устаревшим технологиям ОЛ, без учета клинико-топографических особенностей КПЛ СОПР; необоснованно частое применение технологий съемного зубного протезирования;
- высокая частота возникновения неспецифических осложнений ОЛ и специфических для КПЛ реактивных изменений СОПР на этапах предпротезной подготовки, во время и после ОЛ;
- нередкие отказы пациентов от ношения ЗП или нарушения регламента его использования в связи с опасениями обострения / озлокачествления КПЛ, превышение допустимых сроков «эксплуатации» ЗП; финансовые проблемы, ограничивающие выбор оптимальных видов ОЛ.

Для решения выявленных проблем ОЛ у пациентов с КПЛ были разработаны и оптимизированы следующие профессиональные алгоритмы: алгоритмы (протоколы) диагностики и планирования ОЛ по поводу ПОЗ и ЧОЗ [K08.1] (2014); алгоритм междисциплинарного взаимодействия стоматологов (ортопедов и терапевтов), в чьи компетенции входит обследование и лечение пациентов с КПЛ, с врачами дерматологами. Выбор и обоснование оптимальных технологий ОЛ предполагал компетентностный междисциплинарный и персонифицированный (учет индивидуальных особенностей системного и локального статуса, психотипа, предпочтений и финансовых возможностей пациента с КПЛ и т.д.) подходы к использованию современных методов, конструкций и материалов, адаптированных к условиям протезирования при наличии структурно-функциональных изменений СОПР при компенсации КПЛ.

Применительно к пациентам с КПЛ СОПР формулировали следующие ключевые задачи ОЛ:

- восстановление функциональной способности зубочелюстной системы, адекватной состоянию СОПР при компенсированном / неосложненном течении КПЛ-ассоциированного воспаления;
- профилактика травматизации СОПР, развития ее неспецифических и специфических для КПЛ осложнений ОЛ;
- гармонизация психоэмоционального состояния и КЖ пациента на фоне закрепления структурно-функциональных и эстетических результатов ОЛ и медикаментозной ремиссии.

На основе применения усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов проведено открытое проспективное нерандомизированное контролируемое клинико-социологическое исследование по оценке эффективности ОЛ у 32 пациентов (7 мужчин и 25 женщин в возрасте 55–64 года) с КПЛ СОПР и наличием ДЗР различной протяженности. Результаты ОЛ оценивали комплексно, с использованием разработанных методик и подходов; проводили динамическое наблюдение: исходно, до начала ОЛ – на фоне компенсированного состояния СОПР и кожи; по окончании ОЛ с учетом завершения периода адаптации (при съемном протезировании); через 3–6 месяцев после проведенного ОЛ. Группа динамического наблюдения представлена подгруппами несъемного и съемного/комбинированного протезирования (соответственно ПНП и ПСП).

Объем и структура ортопедической стоматологической помощи, оказанной пациентам *подгруппы ПНП* на фоне компенсации / неосложненного течения КПЛ (рис. 2): всего изготовлено 74 несъемных ЗП, в том числе 34 одиночных металлокерамических коронки (ОМК), 27 металлокерамических мостовидных протезов (МП), 5 цельнолитых одиночных коронок (ОК) и 3

цельнолитых МП, а также 5 (6,8%) металлокерамических конструкций с опорой на ДИ. ОЛ с использованием несъемных ЗП у больных КПЛ проводили с использованием усовершенствованного алгоритма, для защиты СОПР на этапах лечения применяли оригинальный поддерживающий лечебно-профилактический комплекс (РП № 2744 от 19.10.2017).

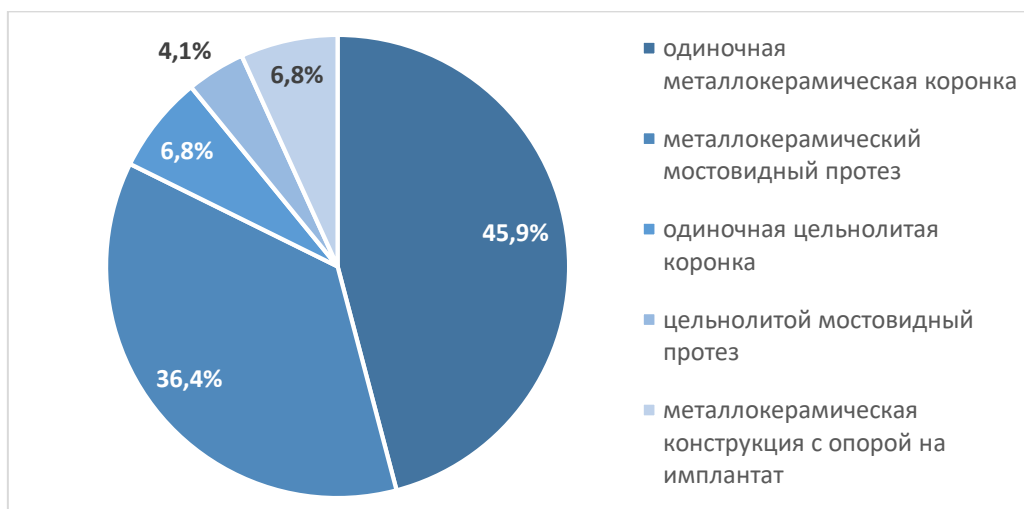


Рисунок 2 - Объем и структура ортопедической стоматологической помощи пациентам с КПЛ (ПНП).

Динамическое наблюдение за пациентами *подгруппы ПНП* свидетельствовало об отсутствии выраженных неспецифических воспалительных реакций со стороны СОПР и десневого комплекса у абсолютного большинства лиц, их хорошей психологической настроенности и готовности закреплять полученные результаты ОЛ; в ближайшие сроки наблюдения у 100% пациентов достоверно (на 59,8%) улучшились показатели динамической жевательной эффективности, увлажненности СОПР (на 67,2% по CSCOD), качества речи, а также удовлетворенность результатами протезирования зубов (снижение GRS до $1,06 \pm 0,3$ балла); достоверно, в лучшую сторону изменялись показатели стоматологического индекса КЖ (снижение $\Sigma_{\text{ОИП-49-RU}}$ на 30,7%), в первую очередь за счет составляющих ограничения функций, функциональных расстройств и психологического дискомфорта (рис. 3).

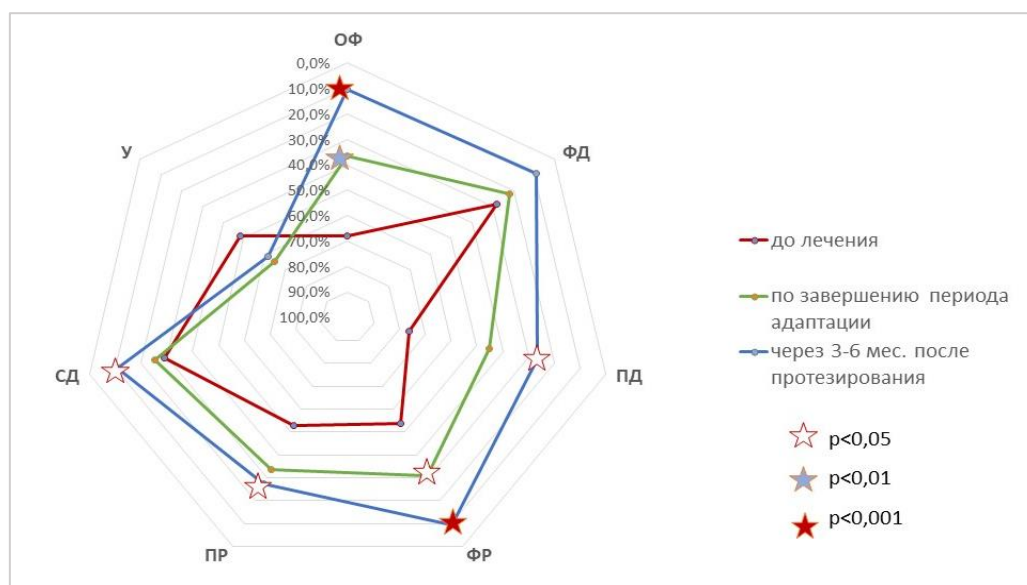


Рисунок 3 - Динамика пошкаловых показателей индекса ОИП-49-RU у пациентов с КПЛ (*подгруппа ПНП*) до, на этапах и в ближайшие сроки после ОЛ.

Объем и структура ортопедической стоматологической помощи, оказанной пациентам *подгруппы ПСП* с компенсированным / неосложненным КПЛ по поводу ЧОЗ и ПОЗ (рис. 4): 7 полных съемных пластиночных ЗП с эластическими подкладками, в том числе 2 – с опорой на ДИ, 9 бюгельных протезов, 7 частичных съемных пластиночных ЗП; помимо съемных конструкций были изготовлены 33 несъемных протетических конструкций – 10 ОМК, 6 металлокерамических МП, 7 литых металлических ОК и 6 литых МП, а также (по финансовым ограничениям) 4 штампованных ОК.

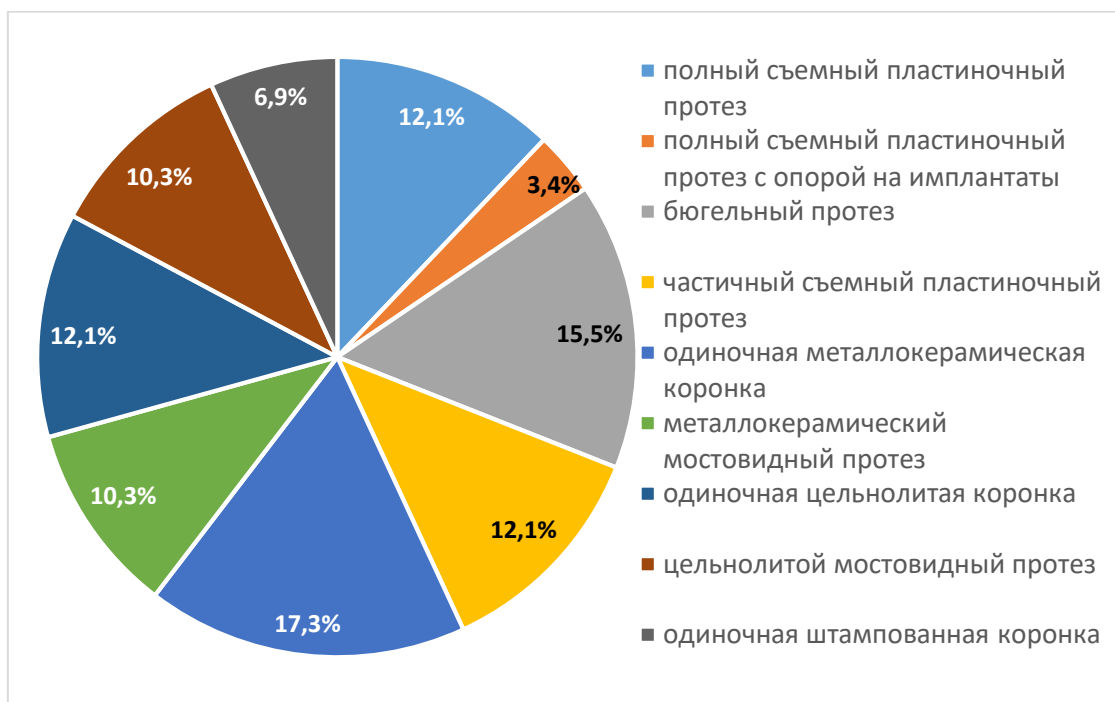


Рисунок 4 - Объем и структура ортопедической стоматологической помощи пациентам с КПЛ (ПСП).

Результаты динамического наблюдения за пациентами *подгруппы ПСП* на фоне использования усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов, мониторинга состояния СОПР и использования защитного лечебно-профилактического комплекса для СОПР на этапах ОЛ указывали на его успешность по: отсутствию у всех пациентов специфических для КПЛ осложнений со стороны СОПР и кожи; положительной динамике показателей жевательной эффективности (улучшение на 51,3%) и увлажненности СОПР (на 58,0% по индексу CSCOD); гармонизации функции речи, поддержанию уровня гигиены ЗП; сокращению на 23,3% сроков адаптации к ЗП; снижению частоты неспецифических воспалительных осложнений со стороны СОПР на 87,7%; отсутствию симптомов гальванизма; улучшению КЖ по приросту $\Sigma_{OHIP-49-RU}$ (на 40,2%) (рис. 5); повышению удовлетворенности протезированием на 62,0% по индексу GRS. Лучшая динамика клинико-социологических показателей была отмечена у лиц, протезируемых по поводу отсутствия зубов замещающими конструкциями с опорой на имплантаты. У пациентов с КПЛ, которым проводили съемное протезирование с опорой на ДИ, отмечали достоверно менее продолжительные сроки адаптации ($19,8 \pm 1,5$ дня; $p < 0,05$), чем у лиц по подгруппе ПСП в целом ($26,6 \pm 3,2$ дня), а интегральный и пошкаловые (ограничение функций, физический дискомфорт, физические расстройства, психологические расстройства) показатели индекса OHIP-49-RU у этих

пациентов демонстрировали более выраженную (на 20-25%) положительную динамику, чем у лиц, в комплексе ОЛ которых ДИ не применялась.

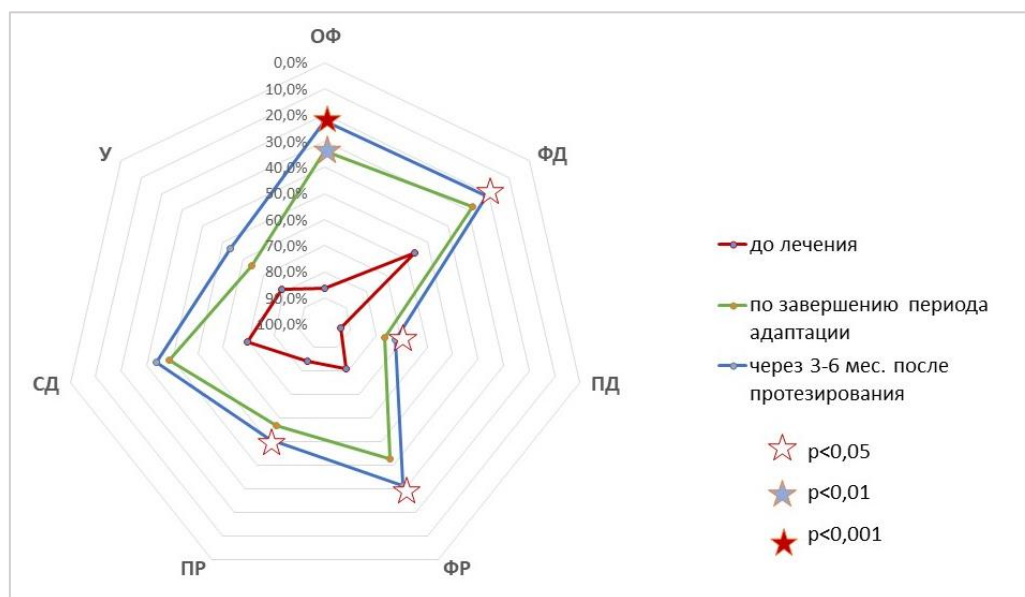


Рисунок 5 - Динамика пошкаловых показателей индекса ОНП-49-RU у пациентов с КПЛ (подгруппа ПНП) до, на этапах и в ближайшие сроки после ОЛ.

Таким образом, разработка усовершенствованных клинико-диагностических алгоритмов, особое инструментально-технологическое и методическое обеспечение ОЛ у пациентов с компенсированным/неосложненным течением КПЛ и ДЗР обеспечили необходимую эффективность и безопасность протезирования зубов и поддержание определенного уровня КЖ пациентов с хроническим кожно-слизистым дерматозом.

ВЫВОДЫ

1. Ортопедический стоматологический статус пациентов с КПЛ отличается 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. Большинству (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 ко-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. Персонифицированный, 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 научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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)**
3. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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)**
4. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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)**
5. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.Гибатуллина, В.А.Садилова, Е.Д.Назукин // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29. – № 6. – С. 18-24. (из перечня ВАК)
6. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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, входит в международную базу цитирования Scopus)
 7. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.
 8. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.
 9. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.
 10. Куклина Е.А. (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. Мазиной, Ю.В. Кислицына – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2014. –С. 463-464.
 11. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.
 12. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.

13. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.
14. Куклина Е.А. (Городилова Е.А.) 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.

Удостоверения на рационализаторские предложения:

1. №2533 от 05.03.2011 «Способ профилактики десневого кровотечения при проведении стоматологических манипуляций» (О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Ю.А.Пленкина, Д.В.Хохрин, Е.А.Городилова)
2. №2536 от 05.03.2011 «Атравматичная методика одонтопрепарирования при глубоком кариесе» (О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Ю.А.Пленкина, Е.А.Городилова)
3. №2640 от 12.03.2104 «Способ профилактики травматизации десны при проведении стоматологических манипуляций у больных красным плоским лишаем слизистой полости рта» (О.С.Гилева, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова, Т.В.Либик)
4. №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. №2642 от 12.03.2014 «Способ применения низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении ксеростомического симптома» (О.С.Гилева, А.А.Позднякова, Л.Я.Сатюкова, И.Н.Халявина, Е.А.Городилова, Т.В.Либик, В.А.Садилова)
6. №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)
7. №2724 от 07.02.2017 «Рациональный способ протезирования дефектов твердых тканей зубов при заболеваниях слизистой полости рта» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, А.Г.Рогожников, Т.В.Либик, И.Н.Халявина)
8. №2726 от 28.03.2017 «Способ фиксации несъемных ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты у пациентов со специальными нуждами» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, С.В.Кошкин, Т.В.Либик, И.Н.Халявина)
9. №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)
10. №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)

11. №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)
12. №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)
13. №2746 от 09.11.2017 «Способ фиксации образцов стоматологических материалов в полости рта для проведения эпимукозного теста для оценки гиперчувствительности» (О.С.Гилева, Т.В.Либик, Е.А.Городилова)
14. №2747 от 09.11.2017 «Методика фотодокументирования пациента с кожно-слизистым дерматозом» (О.С.Гилева, Е.А.Городилова, С.В.Кошкин)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ДЗР – дефекты зубных рядов

ДИ – дентальная имплантация

ЗП – зубные протезы

ИР – индекс ригидности

КЖ – качество жизни

ККГ – красная кайма губ

КПЛ – красный плоский лишай

МКБ – международная классификация болезней

МП – мостовидный протез

ОК – одиночная коронка

ОЛ – ортопедическое лечение

ОМК – одиночная металлокерамическая коронка

ОПТГ – ортопантограмма

ПНП – подгруппа несъемного протезирования

ПОЗ – полное отсутствие зубов

ПСП – подгруппа съемного протезирования

РП – рационализаторское предложение

СОПР –слизистая оболочка полости рта

ЧОЗ – частичное отсутствие зубов

CSCOD - The Challacombe Scale of Clinical Oral Dryness

GRS – global rating scale

OHIP – Oral Health Impact Profile

Куклина Елизавета Александровна
Обоснование рациональных подходов к ортопедическому лечению при дефектах зубных рядов у пациентов
с проявлениями красного плоского лишая в полости рта

Автореф. дисс. на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Подписано в печать 11.01.2018. Заказ № ____
Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1. Тираж 100 экз.