

На правах рукописи

ПОЗДНЯКОВА АННА АЛЕКСАНДРОВНА

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ И КОРРЕКЦИЯ КСЕРОСТОМИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

14.01.14 - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Пермь – 2014

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – д.м.н., профессор И.П. Корюкина).

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Гилева Ольга Сергеевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

ГБОУ ВПО «Уральский
государственный медицинский
университет» Минздрава России
(г. Екатеринбург)

Ронь Галина Ивановна

доктор медицинских наук, профессор ГБОУ
ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России
(г. Уфа)

Булгакова Альбина Ирековна

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения России» (г. Омск).

Защита состоится «___» _____ 2014г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.01 при ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России по адресу: 614000, г.Пермь, ул.Петропавловская, 26.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке академии ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (614000, г.Пермь, ул.Петропавловская, 26) и на сайте академии www.pdma.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2014г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Мудрова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Ксеростомический синдром – сложный мультифакторный симптомокомплекс, проявляющийся совокупностью объективных и субъективных симптомов «сухого рта», а также снижением показателей сиалометрии, все больше актуализируется как значимая медико-социальная проблема (Пожарицкая М.М., 2005; Ронь Г.И., 2008; Ritter A.V., 2006; Fox P.C., 2008; Liu B. et al., 2012; Wiener R.C. et al., 2014). Если сведения о распространенности ксеростомического синдрома в общей популяции весьма разнотипны – от 0,9% до 64,8%, то мнения специалистов различного медицинского, в том числе стоматологического, профиля о его неблагоприятном влиянии на состояние стоматологического и системного здоровья пациентов единодушны, что характеризует междисциплинарный характер исследования (Денисов А.Б., 2006; Гетьман А.Д., 2007; Довыденко А.Б., 2010; Guggenheimer J. et al., 2003; Sreebny L.M. et al., 2010; Borgnakke W.S. et al., 2011).

Патогенетические особенности и клиническая феноменология ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта системно не изучены. Между тем последние составляют важнейшую проблему современной российской стоматологии в связи с нарастанием распространенности среди населения, умножением числа и расширением спектра общих и местных факторов риска, полиморфным и манифестным клиническим течением со склонностью к прогрессированию и, нередко, к озлокачествлению, а также недостаточной эффективностью традиционной терапии (Анисимова И.В. и соавт., 2008; Булгакова А.И., 2012; Рабинович О.Ф. и соавт., 2011, 2012; Гилева О.С. 2013).

Существенный вклад в распространенность и тяжесть ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта вносит постарение и ухудшение общесоматического статуса населения, действие ятрогенных лекарственных (особенно на фоне полипрагмазии или неконтролируемого приема медикаментов) или физиотерапевтических (радиационных) факторов ксерогенного риска (Ронь Г.И., Гетьман А.Д., 2006; Мазур И.П., 2008; Бузова Е.В., 2011; Proctor G.B., 2010; Martin-Piedra M.A. et al., 2011; Villa A, 2011; Scully C. et al., 2014). Проблема своевременного выявления ксеростомического синдрома, ассоциированного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, далека от разрешения: требуют совершенствования методические подходы к диагностике и систематизации различных клинико-лабораторных вариантов ксеростомического синдрома с определением конкретных дифференциально-диагностических критериев первичной, связанной с

поражением слюнных желез, и вторичной (медикаментозно- или системно- обусловленной, а также возникающей на фоне конкретной патологии слизистой оболочки полости рта) ксеростомии.

Особый аспект актуальности проблемы связан с оценкой степени ксерогенного риска различных средств гигиены полости рта и лекарственных препаратов, по показаниям назначаемых пациентам с сочетанными поражениями слизистой оболочки полости рта и внутренних органов.

Перспективен научный анализ влияния ксеростомического синдрома на стоматологические составляющие качества жизни российских пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта с помощью «золотого стандарта» для оценки качества жизни стоматологических пациентов – расширенного опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU (Гилева О.С. и соавт., 2009, 2011). Подобный клинико-социологический подход окажется востребованным и для комплексной (объективной и субъективной) оценки эффективности проводимого лечения в критериях качества жизни стоматологического пациента (Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г., 2010; Либик Т.В., 2010; Гуревич К.Г. и соавт., 2013; Булгакова А.И. и соавт., 2013; Максимовский Ю.М. и соавт., 2013).

Актуален поиск рациональных средств, методов и схем лечения ксеростомии, адаптированных к специфике клинико-лабораторных проявлений заболеваний слизистой оболочки полости рта, обеспечивающих многофакторное воздействие, включая эффективное и продолжительное купирование объективных и субъективных симптомов «сухого рта», а также нарушений жидкостного гомеостаза полости рта. В контексте неблагоприятного действия медикаментозных факторов ксерогенного риска для коррекции ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта перспективно применение низкоинтенсивного лазерного излучения, требующее обоснования с позиции доказательной медицины.

Изложенное выше определило актуальность комплексного исследования и послужило основанием для определения его цели и задач.

Цель работы: изучить клинико-патогенетические особенности и разработать эффективные методы коррекции ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Задачи исследования:

1. Разработать алгоритм клинико-лабораторной диагностики ксеростомического синдрома; изучить диапазон частоты его выявления и клиническую

феноменологию у больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта;

2. Определить общие и местные факторы риска развития ксеростомии при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта;
3. Изучить основные показатели физико-химического гомеостаза полости рта у пациентов с ксеростомическим синдромом, ассоциированным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта; сопоставить данные сиалометрии с основными клиническими показателями ксеростомии – по субъективному индексу ксеростомии XI и объективному клиническому показателю ксеростомии по шкале CSCOD;
4. Выявить и оценить степень утраты стоматологических составляющих качества жизни при ксеростомическом синдроме, оценить его вклад в снижение стоматологических составляющих качества жизни у пациентов с наиболее распространенными заболеваниями слизистой оболочки полости рта;
5. Разработать и оценить влияние нового лечебно-гигиенического комплекса для коррекции клинико-лабораторных проявлений ксеростомического синдрома у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта; проанализировать его эффективность с позиций качества жизни.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования.

Впервые детально изучена клиническая феноменология и определены основные клинико-лабораторные варианты ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Получены новые данные о высокой частоте выявления тяжелого ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, возникающими на фоне аутоиммунных процессов и приобретенного иммунодефицита.

Установлена доминирующая роль отдельных общих (системных, лекарственных) и местных (средства гигиены полости рта, табакокурение) факторов ксерогенного риска в генезе ксеростомического синдрома, развивающегося на фоне патологии слизистой оболочки полости рта.

Продемонстрирована взаимосвязь между уровнем дисбаланса основных физико-химических параметров ротовой жидкости и степенью выраженности ксеростомического синдрома при отдельных формах хронической патологии слизистой оболочки полости рта, наиболее значимая у пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая.

Впервые с помощью объективных критериев качества жизни доказано, что наличие манифестного ксеростомического синдрома усугубляет имеющееся у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта снижение стоматологических составляющих качества жизни, отражающих степень физического дискомфорта, ограничения функций и физических расстройств.

По результатам клинико-лабораторных исследований патогенетически обоснована целесообразность применения низкоинтенсивного лазерного излучения, ферментосодержащих заменителей слюны, рационального подбора средств гигиены полости рта для комплексной коррекции ксеростомического синдрома, манифестирующего наряду с болевым сенсорно-парестетическим, дисгеузическим и психовегетативным симптомами у пациентов с хроническими эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта.

Практическая значимость работы.

По результатам проведенного исследования указано на необходимость своевременного выявления и развернутой характеристики ксеростомического синдрома в ходе комплексного обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Углубленный анализ ксеростомического синдрома целесообразно проводить по 3-х этапному алгоритму, с определением степени выраженности субъективных проявлений по индексу ксеростомии XI в оригинальной методике (рацпредложение №2643 от 12.03.14г.), спектра и тяжести объективных клинических симптомов «сухого рта» по шкале CSCOD в оригинальной методике (рацпредложения №2641 от 12.03.14г.), а также анализом лабораторных показателей сиалометрии.

При обследовании и лечении пациентов с сочетанными поражениями слизистой оболочки полости рта и внутренних органов указано на необходимость тщательного анализа схем медикаментозной терапии основного заболевания с акцентом на длительность и комбинативность приема лекарственных препаратов с побочным ксерогенным эффектом (гипотензивных, антацидных, антигистаминных и антиретровирусных), а также целесообразность рациональной коррекции схем фармакотерапии с учетом профилактики медикаментозно-обусловленной ксеростомии.

Разработана и внедрена в клиническую практику новая оригинальная методика коррекции ксеростомического синдрома у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, основанная на многофакторном, в том числе стимулирующем слюноотделение действии низкоинтенсивного лазерного излучения и местном гидрофилизационном эффекте ферментосодержащих гелей – заменителей слюны

(рацпредложение №2642 от 12.03.14г.). Даны рекомендации по рациональной гигиене полости рта у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и проявлениями ксеростомического синдрома, исключая применение зубных паст и ополаскивателей с ксерогенным, раздражающим и ульцерогенным побочными эффектами, обосновывающие целесообразность применения энзимосодержащей зубной пасты «Энзикал», не содержащей лаурилсульфата натрия, и ультрамягкой зубной щетки.

Указано на высокую эффективность предложенных лечебно-гигиенических комплексов, подтвержденную положительной динамикой клинико-лабораторных показателей и стоматологического индекса качества жизни у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и проявлениями ксеростомического синдрома.

Положения, выносимые на защиту:

1. Ксеростомический синдром занимает существенное место в полиморфной клинической симптоматике хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, часто ассоциируется с болевым, дисгезическим, парестетическим и психовегетативным симптомами, возникает под действием комплекса общих (системных и медикаментозных) и местных факторов, проявляется различными клинико-лабораторными вариантами, требует особых подходов к диагностике и лечению, сопровождается снижением стоматологических показателей качества жизни.
2. Клинические проявления ксеростомического синдрома, объективизированные субъективным индексом ксеростомии XI и объективным клиническим показателем ксеростомии по шкале CSCOD, как правило, коррелируют с лабораторными показателями гипосаливации, однако у каждого третьего пациента с хронической патологией слизистой оболочки полости рта подобная зависимость не выявлена, что предопределяет необходимость дифференцированного подхода к их патогенетической коррекции.
3. Назначение лечебного комплекса, основанного на сочетанном применении низкоинтенсивного лазерного излучения, стимулирующего слюноотделение, и ферментосодержащих гелей, замещающих слюну и увлажняющих слизистую полости рта, обеспечивает эффективное купирование ксеростомического синдрома, улучшает результаты комплексной терапии и стоматологические параметры качества жизни у подавляющего большинства пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Личный вклад диссертанта в выполнение исследования.

Данные, представленные в диссертации, получены, обработаны и проанализированы лично автором. Обследование, лечение и диспансерное наблюдение

пациентов осуществлено лично автором на кафедре пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний и в I-ом поликлиническом отделении стоматологической клиники ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России.

Внедрение результатов исследования в практику.

Работа выполнена на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. кафедрой – д.м.н., профессор О.С. Гилева) ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России (ректор – д.м.н., профессор И.П.Корюкина). Результаты исследования внедрены в практику работы I-го поликлинического отделения стоматологии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России (гл. врач – О.В. Поздеева), лечебно-хирургического отделения МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Соликамска (гл. врач – Л.И. Пьянкова), ГКУЗ «Пермский краевой центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (гл. врач – к.м.н. Е.В.Сармометов), КОГАУЗ «Кировская клиническая стоматологическая поликлиника» (гл. врач – к.м.н. И.Н.Халявина); включены в учебный процесс ряда профильных кафедр стоматологического факультета ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России; изданы методические рекомендации для врачей-стоматологов и студентов стоматологических факультетов.

Апробация работы.

Основные положения работы доложены и обсуждены на: Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и здоровье» (Пермь, 2010; 2011); Всероссийском конгрессе «Стоматология Большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний» (Пермь, 2011); 10-м Всероссийском стоматологическом форуме Дентал-Ревю 2013 «Образование, наука и практика в стоматологии» по объединенной тематике «Стоматология и социально значимые заболевания» (Москва, 2013).

Ход выполнения диссертационной работы обсуждался на заседаниях кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний (2010-2013 гг.), кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (2014 г.), Ученого совета стоматологического факультета, Совета по аспирантуре ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России.

Публикации.

По материалам диссертации опубликовано 12 научных работ, в т.ч. 4 – в изданиях, рекомендуемых ВАК. Получено 5 удостоверений на рационализаторское предложение.

Объем и структура диссертации.

Диссертация представлена рукописью на русском языке объемом 196 машинописных страниц и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов,

практических рекомендаций, списка литературы, который включает 216 наименований работ, в т.ч. 101 отечественных и 115 зарубежных. Работа иллюстрирована 21 таблицей и 33 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В работе изложены результаты проведенного в период с 2007 по 2012 годы комплексного стоматологического обследования 2225 пациентов – жителей г. Перми и Пермского края, обратившихся за лечебно-консультативной помощью на кафедру пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний и в I-ое поликлиническое отделение стоматологической клиники ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ (ККГ). Объектом исследования явились 256 пациентов (88 мужчин и 168 женщин в возрасте от 23 до 75 лет), у которых по итогам клинического обследования на фоне той или иной патологии СОПР в числе иных, доминирующих выявлялись жалобы на сухость в полости рта.

Критерии включения в исследование: верифицированный диагноз патологии СОПР, жалобы на наличие сухости в полости рта (индекс ксеростомии XI – более 11 баллов); возраст пациентов не моложе 20 и не старше 75 лет; добровольное согласие пациента участвовать в программе исследования.

Всем пациентам с заболеваниями СОПР и проявлениями ксеростомического синдрома (КС) проведено расширенное стоматологическое обследование (ВОЗ, 1980), включающее выяснение основных жалоб и анамнеза заболевания, расчет основных показателей: распространенность (%), интенсивность (КПУ) кариеса зубов, заболеваний пародонта РМА (Parma С., 1960), уровень гигиены ОНI-S (Green-Vermillion, 1964) и рациональность выбора средств гигиены полости рта, выраженность симптома гиперестезии твердых тканей зубов (рацпредложение №2457 от 16.01.2009г.); состояние СОПР и ККГ оценивали визуально, стоматоскопически и люминесцентно (система «ВизиЛайт плюс»), по показаниям проводили цито-, микро- и гистологическое исследование. Диагноз заболевания СОПР верифицировали по итогам комплексного клинико-лабораторного обследования, формировали по соответствующим разделам МКБ-10.

Развернутый диагноз сопутствующих системных заболеваний фиксировали по результатам обследования терапевта, гастроэнтеролога, дерматолога, эндокринолога,

иммунолога, кардиолога. Совместно с врачами-интернистами анализировали схемы системной фармакотерапии, длительность и комбинативность приема лекарственных препаратов с побочным ксерогенным эффектом.

При обследовании пациентов группы наблюдения использовали 3-х этапный алгоритм диагностики и углубленного анализа КС: 1-ый этап - субъективная характеристика и ранжирование степени выраженности КС с помощью валидированной русскоязычной версии опросника «The Summated Xerostomia Inventory – XI» по разработанной нами применительно к пациентам с патологией СОПР методике (рацпредложение №2643 от 12.03.2014); 2-ой этап – объективная клиническая оценка КС по модифицированной нами с учетом специфики клинических проявлений различных заболеваний СОПР шкале клинической диагностики ксеростомии «The Challacombe Scale of Clinical Oral Dryness - CSCOD» (рацпредложение №2641 от 12.03.14); 3-ий этап - определение сохранности секреторной функции по показателю потока саливации (скорость слюноотделения нестимулированной смешанной слюны – объем за единицу времени по методике Navazesh M., 1993; гипосаливация фиксировалась при значениях менее 0,10 мл/мин). рН и буферная емкость смешанной слюны изучены с помощью тестовой системы «Saliva Check Buffer», вязкость – по методу Освальда с помощью гемовискозиметра ВК-4.

Для сравнительной оценки эффективности различных схем коррекции КС терапии проведено открытое проспективное рандомизированное контролируемое клинико-лабораторное исследование, в ходе которого 45 пациентов (15 мужчин и 30 женщин в возрасте от 25 до 72 лет) с проявлениями осложненной – эрозивно-язвенной формы КПЛ СОПР, сопровождающейся клинически манифестной ксеростомией (К), преимущественно тяжелой степени тяжести, проявляющейся характерными субъективными и объективными симптомами на фоне достоверного снижения секреции слюны (1-ый клинико-лабораторный вариант КС), соответственно критериям включения и исключения, а также назначаемому лечебно-коррекционному комплексу были распределены на 2-е группы: основная – низкоинтенсивное лазерное излучение в качестве базовой терапии в сочетании с ферментосодержащими гелями для аппликаций на СОПР – 24 пациента (9 мужчин и 15 женщин в возрасте от 25 до 69 лет); группа сравнения – 1% р-ра пилокарпина гидрохлорида в качестве базовой терапии в сочетании с ферментосодержащими гелями для аппликаций на СОПР и ККГ – 21 человек (6 мужчин и 15 женщин в возрасте от 28 до 72 лет). Эффективность коррекции КС в процессе комплексного лечения пациентов с патологией СОПР оценивали с учетом диагностики исследуемых клинико-лабораторных показателей (индекс XI, показатель CSCOD, рН, буферная емкость и вязкость слюны), а

по критериям «Состояние слюноотделения без изменений», «Неполный эффект восстановления слюноотделения», «Полное восстановление слюноотделения», на следующих точках отсчета: до лечения, на 5-ый день лечения и по завершению лечебного курса.

Для изучения стоматологических составляющих качества жизни у 28 пациентов основной группы с КС (9 мужчин и 19 женщин в возрасте от 36 до 64 лет), манифестируемым на фоне патологии СОПР, был применен русскоязычный вариант опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU; рассчитываемые интегральные (Σ ОНIP-49-RU) и пошкаловые показатели стоматологического индекса КЖ сравнивались со значениями популяционной нормы, а для определения «вклада» в снижение КЖ именно КС полученные данные сопоставляли с таковыми у пациентов аналогичного пола и возраста, страдающих КПЛ СОПР, но без проявлений сухости в полости рта (группа сравнения).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью стандартного пакета программ SPSS Statistics 17.0. Для анализа динамики изменений показателей в вариационных рядах вычисляли M – среднее арифметическое и m – ошибку среднего арифметического; на основании расчета парного t – критерия Стьюдента для двух вариационных рядов установили p – вероятность их отличия. Точную значимость различий, долей (%) оценивали по методу Фишера с расчетом показателя ϕ . Различия показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

План, структура и методические подходы, используемые в работе, утверждены Этическим комитетом ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам специализированного лечебно-консультативного приема, жалобы на сухость в полости рта различной степени выраженности (субъективный индекс ксеростомии XI превышал 11 баллов) предъявляли в числе иных – основных жалоб 11,5% из 2225 пациентов с хронической патологией СОПР и ККГ, составивших основную группу наблюдения (рисунок 1). Используя углубленный 3-х этапный алгоритм диагностики и характеристики КС у этих пациентов (256 лиц) с верифицированными диагнозами: красный плоский лишай (КПЛ) СОПР в осложненных (эрозивно-язвенная, экссудативно-гиперемическая, гиперкератотическая и буллезная) и неосложненных (типичная) формах – 43,8%; хронический (атрофический, гипертрофический, в том числе ВИЧ-ассоциированный) кандидоз – 26,9%; лейкоплакия (плоская, веррукозная,

Таппейнера, эрозивная, «волосатая» - ВИЧ-ассоциированная) – 16,8%; радио- (химио-) мукозит в ближайшие (1-3 мес.) сроки после проведенного лечения – 5,8%; медикаментозный стоматит – 5,1% и красная волчанка СОПР (эрозивно-язвенная форма) – 1,7%) выявляли различные клинико-лабораторные варианты КС.

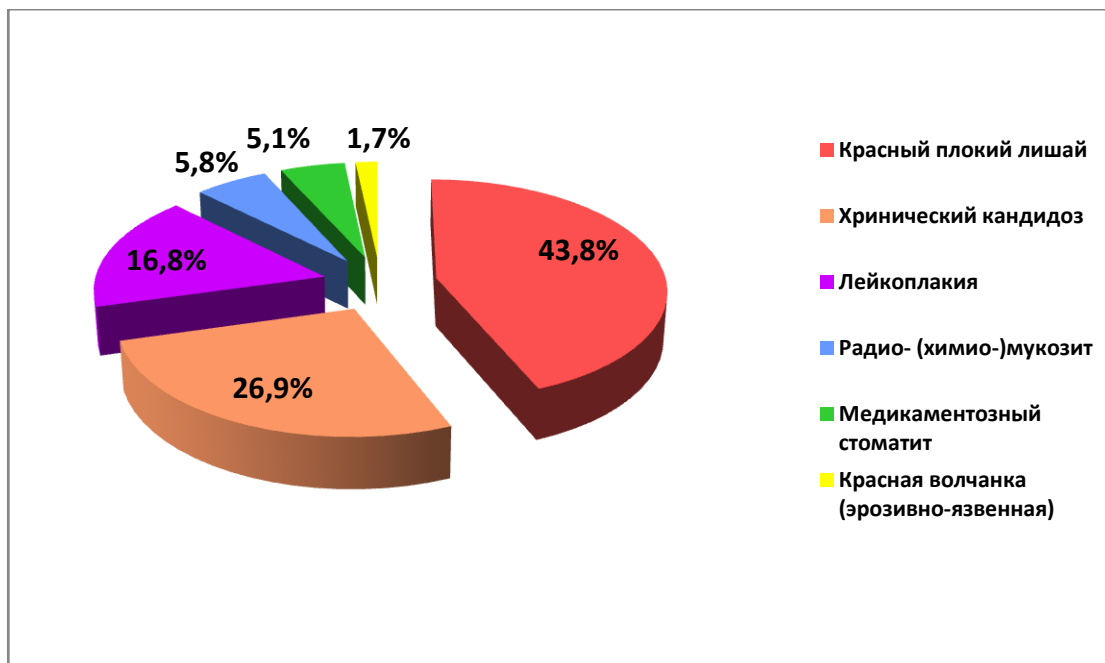


Рисунок 1. Структура и распространенность заболеваний СОПР у пациентов группы наблюдения

Наиболее часто (64,1%) у пациентов была определена клинически манифестная К, проявляющаяся характерными субъективными (индекс XI) и объективными клиническими симптомами (показатель CSCOD), дополненными достоверным снижением показателей секреции слюны (первый клинико-патогенетический вариант КС у пациентов с патологией СОПР). У 32,4% пациентов К проявлялась субъективными жалобами и объективными изменениями СОПР, однако не сопровождалась гипосаливацией по данным сиалометрии (второй клинико-патогенетический вариант КС). Достоверно ниже (соответственно в 2,3% и 1,2% случаев) у пациентов с хроническими заболеваниями СОПР выявляли: состояние, при котором субъективные ощущения сухости в полости рта сопровождались достоверным снижением слюноотделения, но не подтверждались объективными признаками «сухого рта» по шкале CSCOD (третий клинико-патогенетический вариант КС), а также состояние «ложной» К, проявляющееся исключительно жалобами на сухость в полости рта (субъективный индекс ксеростомии XI) при отсутствии объективных клинических (клинический показатель CSCOD) и

лабораторных признаков гипосаливации (четвертый клинико-патогенетический вариант КС).

Частота выявления развернутого КС, подтвержденного субъективными и объективными клинико-лабораторными данными, у пациентов с заболеваниями СОПР варьировала от 86% - при лейкоплакии до 100% при кандидозе, красной волчанке, радио- и химиомукозите.

Наиболее полно (в первом и втором клинико-патогенетическом варианте) КС манифестировал у 91,8% пациентов с осложненными формами КПЛ СОПР. По результатам субъективной характеристики КС в версии опросника «Комплексная оценка ксеростомии – XI» у пациентов чаще выявлялась умеренная и выраженная (43,1%) К (II-III степени выраженности; индекс XI $23,83 \pm 3,17$ и $28,8 \pm 1,16$ баллов). Клинический показатель К по шкале CSCOD в 84,8% наблюдений чаще объективизировал тяжелые проявления КС (индекс CSCOD= $8,12 \pm 1,04$), нежели их легкие (3,5%) или средне-тяжелые CSCOD-признаки (11,6%). У 8,2% пациентов с КПЛ СОПР субъективные жалобы и объективные симптомы К не подтверждались данными сиалометрии. Наиболее тяжелые проявления КС наблюдались при непрерывно-рецидивирующем течении КПЛ. У всех пациентов с К тяжелой степени показатель секреции был менее 0,1 мл/мин и объективизировал гипосаливацию, буферная емкость слюны была снижена ($6,05 \pm 0,12$ баллов), вязкость слюны достаточно повышена до $4,21 \pm 0,32$ ед., что указывало на серьезные изменения жидкостного гомеостаза в полости рта. У пациентов с тяжелой формой КПЛ СОПР доминирует (76,9%) 2-ой клинико-патогенетический вариант К преимущественно легкой степени выраженности по индексу XI и шкале CSCOD, с сохранной секреторной функцией.

У пациентов с хроническими кандидозом СОПР чаще (73,9%) выявляли первый вариант КС с клинически манифестной К преимущественно легкой (по индексу XI – $15,23 \pm 2,77$ баллов в 63,8% случаев) и средней степени тяжести (по шкале CSCOD – $5,24 \pm 0,76$ баллов в 68,1% случаев) на фоне достоверного снижения секреции, уровня pH и буферной емкости слюны и повышения ее вязкости ($3,41 \pm 0,13$ ед.). Наличие клинически манифестной К, преимущественно легкой степени выраженности по индексу XI (в 83,7%) и шкале CSCOD (в 62,8%), не проявляющейся лабораторно, характерно для клинического симптома комплекса лейкоплакии СОПР. У всех пациентов, в анамнезе которых была проведена радио- (химио-)терапия по поводу злокачественных новообразований, имеющих резидуальные явления радио- (химио-)мукозита СОПР, определен первый клинико-лабораторный вариант КС с тяжелой (по индексу XI и шкале CSCOD) К на фоне угнетения секреции слюны. У всех пациентов с эрозивно-язвенной формой красной

волчанки выявлена III ст. тяжести К по индексу XI ($28,50 \pm 1,50$ баллов) и шкале CSCOD ($5,5 \pm 0,5$ баллов) и данными сиалометрии.

Обобщая данные лабораторных исследований по группе наблюдения в целом, определено, что у 66,4% (165 человек) пациентов с хронической патологией СОПР КС нарушения физико-химических параметров смешанной слюны характеризуется достоверным снижением потока саливации, рН и буферной емкости слюны на фоне повышения ее вязкостных свойств; установлена обратная корреляционная связь показателей сиалометрии со значениями субъективного индекса ксеростомии XI ($r = -0,5013$) и клиническим показателем ксеростомии CSCOD ($r = -0,4122$), что в значительной мере повышает диагностическую ценность методов клинической диагностики К.

Проявления К у пациентов с хроническими заболеваниями СОПР, как правило, в различных комбинациях сочетался с симптомами дискомфорта, галитоза, дисгеузии, дисфагии, сенсорно-парестетическим и болевым симптомами, а также психовегетативным, канцеро- и спидофобическим симптомами (рисунок 2).

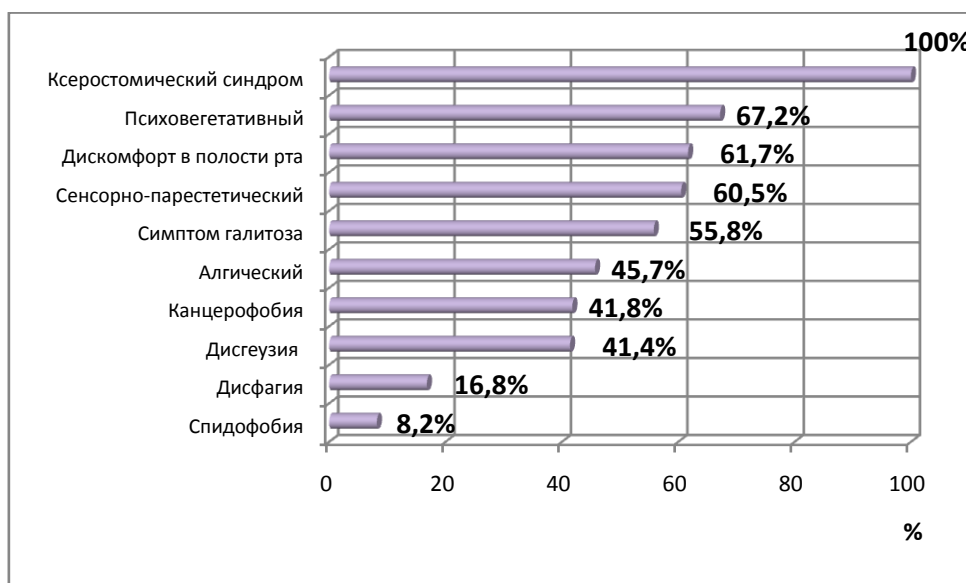


Рисунок 2. Распространенность (%) местных и общих симптомов у пациентов с ксеростомией, ассоциированной с хроническими заболеваниями СОПР

Так, при осложненных формах КПЛ СОПР выявлялась следующая наиболее частая комбинация клинических симптомов: ксеростомический + болевой + парестетический (94,2%); симптомы канцеро- и спидофобии определены, соответственно у 32,3% и 24,9% пациентов. Среди комбинаций выявляемых клинических симптомов у пациентов с хроническим кандидозом в 88,4% случаев – ксеростомический, парестетический, симптом

дискомфорта; характерен высокий процент жалоб на галитоз и расстройства вкусаощущения. Наиболее частое сочетание манифестных клинических симптомов у пациентов с лейкоплакией – ксеростомический, симптом дискомфорта в СОПР и психовегетативный синдром, тогда как заметный алгический симптом выявлен только у 23,3% пациентов. Сухость СОПР у пациентов с радио- (химио-) мукозитом чаще сочеталась с симптомами боли, дискомфорта и жжения в полости рта. Для эрозивно-язвенной формы красной волчанки оказалось характерно сочетание болевого, ксеростомического и сенсорно-парестетического симптомов.

В соответствии с задачами исследования у пациентов с КС на фоне патологии СОПР проанализирована структура и распространенность системных и местных факторов ксерогенного риска (рисунок 3).

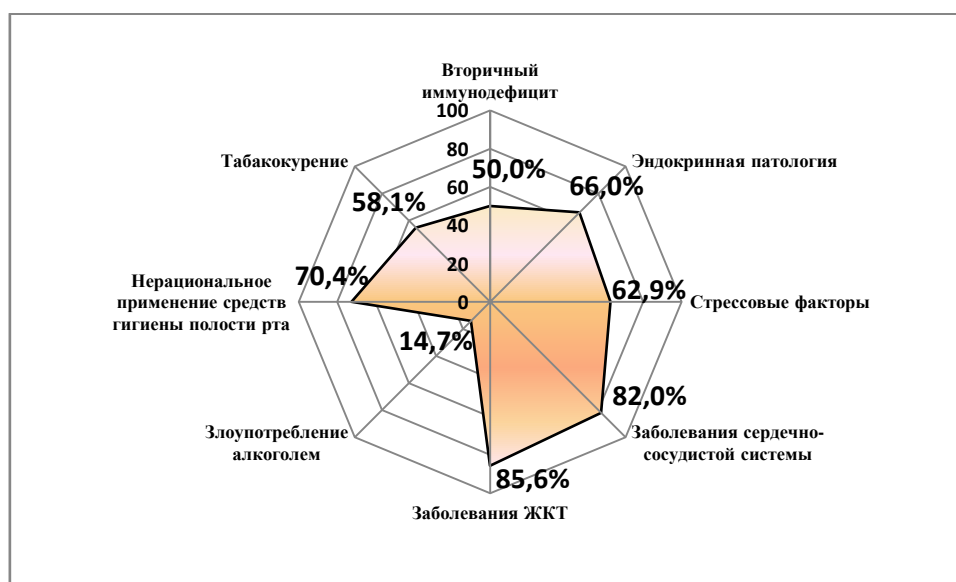


Рисунок 3. Структура и распространенность (%) системных и местных факторов риска у пациентов с ксеростомическим синдромом, ассоциированным с хроническими заболеваниями СОПР

Собственно патология СОПР и симптомы ее проявления чаще развивались на фоне хронической полисистемной патологии, преимущественно заболеваний системы пищеварения (хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 85,6%, сердечно-сосудистой – 82,2%, эндокринной – 66,0% и иммунной – 50,0% систем). У 62,9% пациентов с патологией СОПР ксеростомический синдром дебютировал под влиянием различных стрессовых факторов.

Значимым ксерогенным фактором определена лекарственная полипрагмазия, при которой пациенты по назначению врачей-интернистов длительно принимали до 5

медикаментозных препаратов с побочным ксерогенным эффектом (рисунок 4). При сборе медикаментозного анамнеза, анализе схем системной медикаментозной терапии установлена высокая частота (43,8%) применения пациентами следующих гипотензивных препаратов: ингибиторов АПФ (лизиноприл, метапролол), блокаторов кальциевых канальцев (дилтиазем, амлодипин), β – адреноблокаторов (бисопролол, метапролол), в сочетании с приемом диуретиков; антигистаминных (23,4%): блокаторов гистаминовых H_1 – рецепторов (пипольфен, супрастин, тавегил), антацидным (маалокс, альмагель), ингибиторов протонной помпы (омепразол) (по 25,0%); препаратов антиретровирусной терапии (3,1%).

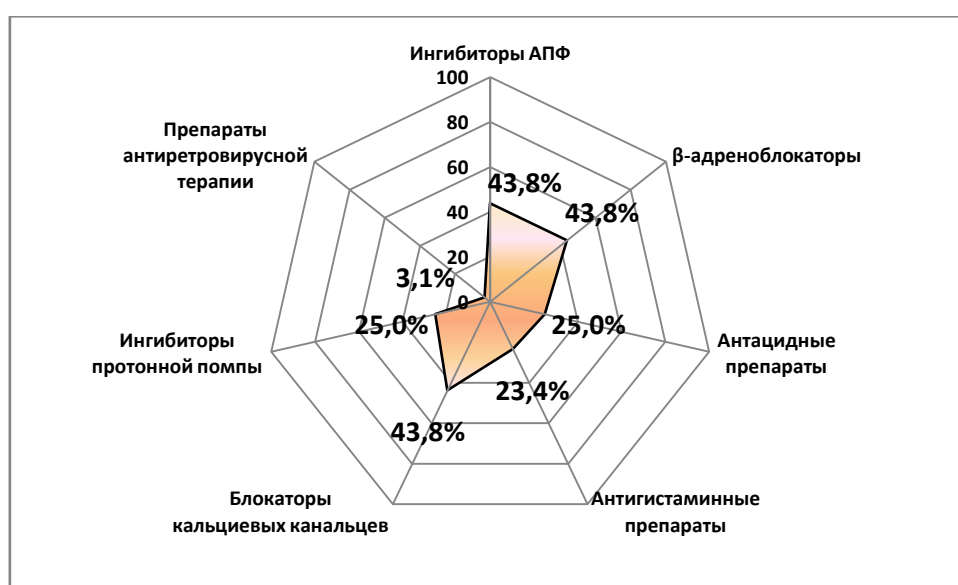


Рисунок 4. Структура и распространенность (%) медикаментозных факторов риска развития ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями СОПР

При оценке стоматологических показателей качества жизни (КЖ) у пациентов группы наблюдения установлено, что интегральное значение индекса КЖ оказалось наиболее высоким (Σ ОНП-49-RU=152,9 \pm 17,7) у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР, проявляющимся, в том числе, выраженным КС, при этом степень снижения стоматологического индекса КЖ в сравнении с гипотетической нормой составила 78,0%. В тоже время у пациентов группы сравнения (эрозивно-язвенный КПЛ СОПР без проявления ксеростомического синдрома) интегральное значение индекса ОНП-49-RU было достоверно ($p < 0,01$) ниже и составило 92,3 \pm 13,2 (степень снижения на 47,1%), что указывает на «вклад» КС и обусловленных им функциональных ограничений, физического и психологического дискомфорта и нарушений, социальных проблем и

различных типов ущерба в снижение стоматологических составляющих КЖ пациентов с хронической патологией СОПР (рисунок 5).



Рисунок 5. Пошкаловый анализ показателей ОНIP-49-RU у пациентов групп наблюдения (% снижения качества жизни)

Дополнительное и достоверно более выраженное снижение стоматологических составляющих КЖ у пациентов с эрозивно-язвенными формами КПЛ СОПР и проявлениями ксеростомического синдрома отмечалось как по интегральным значениям стоматологического индекса Σ ОНIP-49-RU, так и по пошкаловым показателям с наиболее значимым изменением показателей физического дискомфорта ($32,1 \pm 2,2$), ограничения функций ($31,8 \pm 3,5$) и физических расстройств ($30,7 \pm 3,1$).

Лечение пациентов с заболеваниями СОПР проводилось комплексно на фоне коррекции местных и общих факторов риска, в зависимости от формы и стадии собственно патологии СОПР, выраженности и клинко-патогенетического варианта КС, характера иных нарушений стоматологического статуса. Особое внимание уделяли лечению основного заболевания СОПР, проводимого в соответствии с принятыми протоколами, устранению местных раздражающих факторов, рационализации индивидуальной гигиены полости рта, протетическому лечению (в первичном протезировании нуждались 59,5% пациентов, в повторном лечении – 39,8% пациентов). Разработаны, апробированы и оценены клинко-лабораторными методами две схемы коррекции КС у пациентов с деструктивными заболеваниями СОПР (эрозивно-язвенная

форма КПЛ): в основной группе в качестве базовой терапии КС применяли низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), генерируемое лазерным терапевтическим аппаратом «Матрикс – 2к», курсом 7-10 процедур по разработанной нами методике (рацпредложение №2641 от 12.03.2014г.); в группе сравнения для стимуляции слюноотделения использовали традиционный медикаментозный метод коррекции К 1%-ым раствором пилокарпина. Для увлажнения СОПР у пациентов сравниваемых групп использовали гидрофилизационные ферментосодержащие гели «Biotene OralBalance» или «Dry Mouth Gel» в аппликациях 3-4 раза в день (поликлиническое и домашнее лечение). Гигиена полости рта осуществлялась пациентами с помощью ферментосодержащей не раздражающей СОПР за счет отсутствия SLS зубной пасты «Enzycal» и ультрамягкой или мягкой зубной щетки.

У пациентов основной группы на фоне комплексного, с использованием лазеротерапии лечения уже на 5-ый день от начала терапии достоверно ($p < 0,01$) снижался субъективный индекс ксеростомии XI до $18,63 \pm 2,37$ баллов, что соответствовало показателю «умеренной» К, его дальнейшее прогрессивное снижение отмечалось и по завершению курса лечения и составляло $13,32 \pm 1,68$ баллов («следовые» ощущения сухости). В ходе проводимого лечения у пациентов основной группы также отмечалось достоверное ($p < 0,01$) и прогрессивное снижение клинического показателя К по шкале CSCOD (до $5,42 \pm 0,58$) к 5-му дню терапии и до $3,32 \pm 1,68$ к концу курса лечения. На этапах лазеротерапии отмечено и улучшение показателя сиалометрии (до $0,11 \pm 0,01$ мл/мин; увеличение на 54,5%), по окончании лечения поток саливации восстанавливался до значений $0,16 \pm 0,01$ мл/мин. Таким образом, клинико-лабораторные показатели, зафиксированные к концу лечебного курса лазеротерапии у пациентов основной группы укладывались в критерий «Полное восстановление слюноотделения».

У пациентов группы сравнения, в комплексном лечении К у которых в качестве базового слюногонного средства применялся 1% р-р пилокарпина гидрохлорида, на 5-й день терапии достоверных не наблюдалось изменений индекса ксеростомии XI не наблюдали. Только к концу курса лечения он приблизился к значениям нормы ($14,40 \pm 1,60$ балла). Достоверно позитивные изменения ($p < 0,001$) в объективной клинической картине ксеростомии по шкале CSCOD были достигнуты лишь по окончании курса (CSCOD = $5,27 \pm 0,73$ балла), однако и эти значения по-прежнему не укладывались в значения нормы. Кроме того, у 13,4% пациентов применение per os пилокарпина гидрохлорида спровоцировало утяжеление отеочно-болевого симптома у пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая. Показатель сиалометрии у пациентов группы

сравнения достиг достоверно положительных изменений только к завершающему этапу наблюдения ($0,12 \pm 0,01$ мл/мин).

Полный клинический эффект восстановления слюноотделения, при котором отмечалось достоверное улучшение клинических субъективных (по индексу XI), объективных (по индексу CSCOD) и лабораторных (по данным сиалометрии) показателей отмечен к заключительному этапу наблюдения у 83,4% пациентов основной группы. У 16,6% пациентов был зафиксирован неполный эффект восстановления слюноотделения, при котором наблюдалось достоверное улучшение только клинических показателей (индекса XI и показателя CSCOD). У пациентов группы сравнения проведенная комплексная терапия привела к достоверному улучшению клинических субъективных, объективных и лабораторных показателей в 57,1% случаев, улучшение только клинических показателей наблюдалось у 38,2% пациентов и в 4,7% наблюдений состояние оценивали по критерию «состояние слюноотделения без изменений» (рисунок 6).

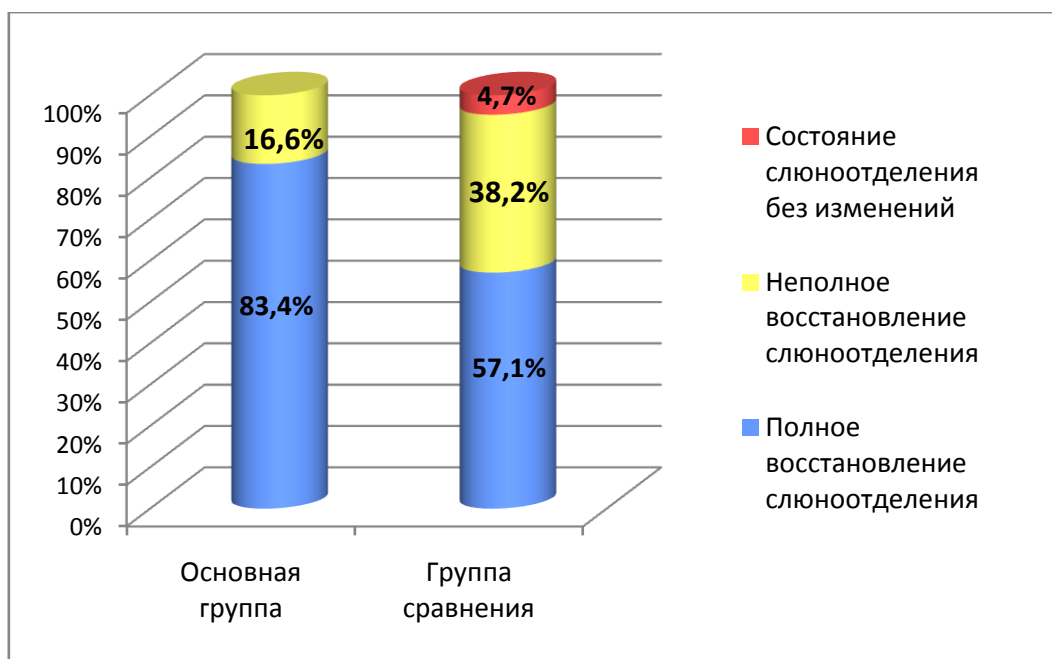


Рисунок 6. Оценка эффективности комплексного лечения (%) пациентов в группах наблюдения по клиничко-лабораторным показателям

По завершению комплексного лечения пациентов сравниваемых групп достоверно изменились значения индекса ОНIP-49-RU, отражающие стоматологические составляющие КЖ. Так, интегральный показатель Σ ОНIP-49-RU у пациентов основной группы (лазеротерапия) по окончании лечения составил $46,2 \pm 11,3$, достоверно ($p < 0,001$) отличаясь от исходных значений и показателя в группе сравнения ($84,5 \pm 15,8$), что формально отражало улучшение стоматологических параметров КЖ на 57,2% у пациентов

основной группы и на 41,2% у пациентов группы сравнения. Динамика пошкаловых показателей индекса КЖ в сравниваемых группах не имела достоверных инфраструктурных различий. Так, на 53,5% и 48,0% в основной и группе сравнения, соответственно, к концу лечения улучшились показатели по шкале «Физический дискомфорт» и на 25,2% и 22,7% по шкале «Физические расстройства». На фоне эффективной коррекции КС, по завершению лечебного курса улучшились: показатель шкалы «Ограничение функций» - на 72,1% в основной и на 37,7% в группе сравнения; показатель шкалы «Психологический дискомфорт» - на 72,8% в основной и на 26,5% в группе сравнения; показатель шкалы «Психологические расстройства» - на 69,6% в основной и на 40,0% в группе сравнения; показатель шкалы «Социальная дезадаптация» - на 59,0% в основной и на 51,5% в группе сравнения. Дополнительные аргументы в пользу стабильности выраженности клинического, корректирующего секрецию слюны эффекта НИЛИ получены по показателю Cohen, значения которого (ΔONIP-49-RU в основной группе составили 0,56, а в сравнения – 0,34) охарактеризовали различную степень выраженности достигнутого «умеренного» клинического эффекта.

ВЫВОДЫ

1. Субъективные проявления сухости в полости рта по индексу ксеростомии XI отмечены у 11,5% пациентов, обратившихся за лечебно-консультативной помощью по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта. Углубленный анализ ксеростомического синдрома, основанный на 3-х этапном алгоритме обследования, указывает на разнообразие клинико-лабораторных вариантов ксеростомии у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: первый – клинически манифестная ксеростомия, проявляющаяся характерными субъективными и объективными симптомами на фоне достоверного снижения скорости секреции слюны (64,1%); второй – клинически манифестная ксеростомия, проявляющаяся субъективными и объективными симптомами на фоне неизменных показателей слюноотделения (32,4%); третий – ксеростомия, при которой субъективные ощущения сухости в полости рта сопровождаются достоверным снижением скорости секреции слюны, но не подтверждаются объективными признаками ксеростомии (2,3%); четвертый – «ложная» ксеростомия, проявляющаяся исключительно жалобами на сухость в полости рта при отсутствии объективных клинических и лабораторных признаков гипосаливации (1,2%).
2. Частота выявления ксеростомического синдрома (преимущественно 1-го и 2-го клинико-лабораторных вариантов) у пациентов с хроническими заболеваниями

слизистой оболочки полости рта варьирует от 86,0% при лейкоплакии до 100,0% при кандидозе, красной волчанке, радио- и химиомукозите. Ксеростомический синдром наиболее полно манифестирует у 91,8% пациентов с осложненным красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта; наиболее тяжелые (III ст.) его проявления наблюдаются при непрерывно-рецидивирующем течении заболевания (у 43,1% пациентов – по индексу ксеростомии XI и у 84,8% пациентов – по шкале CSCOD) и у пациентов с радио- (химио-)мукозитом (у 46,7% – по индексу ксеростомии XI и у 73,3% – по шкале CSCOD); проявления ксеростомии усугубляются болевым, парестетическим, дисгеузическим и психовегетативным симптомами, гиперестезии зубов.

3. Ксеростомия у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта развивается на фоне: хронической полисистемной патологии (заболеваний желудочно-кишечного тракта – 85,6%, сердечно-сосудистой – 82,0%, эндокринной – 66,0%, гепато-билиарной – 58,2% и иммунной – 50,0% систем); действия стрессовых факторов – 72,3%; лекарственной полипрагмазии при длительном сочетанном применении медикаментозных препаратов с ксерогенным эффектом (гипотензивных: ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов – 43,8%; ингибиторов протонной помпы и антацидных – 25,0%, антигистаминных – 23,4% и антиретровирусных – 3,1% препаратов). Нерациональное применение отдельных средств гигиены полости рта – спиртосодержащих ополаскивателей, хлоргексидинсодержащих зубных паст и ополаскивателей (70,4%), а также табакокурение и злоупотребление алкоголем (58,1% и 14,1% соответственно) утяжеляют проявления ксеростомии.
4. Физико-химический гомеостаз полости рта у 66,4% пациентов с ксеростомическим синдромом характеризуется достоверным снижением скорости секреции, pH, буферной емкости слюны и повышением ее вязкости; показатели сиалометрии коррелируют со значениями субъективного индекса ксеростомии XI ($r=-0,5013$) и объективным показателем ксеростомии CSCOD ($r=-0,4122$). Наиболее выраженные и достоверные ($p<0,01$) изменения физико-химических показателей жидкостного гомеостаза полости рта выявляются у пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, проявляющегося, в том числе, манифестным ксеростомическим синдромом: снижение показателя сиалометрии (до $0,04\pm 0,01$ мл/мин), pH (до $5,21\pm 0,13$) и буферной емкости слюны (до $6,05\pm 0,12$), а также двукратным повышением вязкости слюны (до $4,21\pm 0,32$).

5. Развитие манифестного ксеростомического синдрома у больных с наиболее распространенной формой патологии слизистой оболочки полости рта – эрозивно-язвенным красным плоским лишаем сопровождается достоверным ($p < 0,001$) снижением стоматологического индекса качества жизни Σ OHIP-49-RU до $152,9 \pm 17,7$ с наиболее значимым изменением показателей по шкалам физического дискомфорта ($32,1 \pm 2,2$), ограничения функций ($31,8 \pm 3,5$) и физических расстройств ($30,7 \pm 3,1$).
6. Применение оригинального способа коррекции ксеростомического синдрома, сочетающего многофакторное, в том числе стимулирующее секрецию слюны действие низкоинтенсивного лазерного излучения с гидрофилизационным эффектом ферментосодержащих гелей – заменителей слюны и энзимсодержащей зубной пасты с ариетоксилатом в качестве пенообразователя, обосновано положительной динамикой клинико-лабораторных показателей и стоматологического индекса качества жизни, на фоне устранения местных и общих факторов риска повышает эффективность комплексного патогенетического лечения у 83,4% пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Ксеростомия является важнейшим симптомом хронической патологии слизистой оболочки полости рта, чаще развивается на фоне полисистемной патологии и полипрагмазии (длительный, нередко нерациональный прием нескольких лекарственных препаратов с побочным ксерогенным эффектом), наряду с болевым, парестетическим, дисгеузическим и психовегетативным симптомами, галитозом и гиперестезией зубов характеризует полиморфный клинически манифестный симптомокомплекс, отягощающий течение сочетанной системной и стоматологической патологии, приводящей к снижению качества жизни пациентов.
2. Модифицированный опросник «Комплексная оценка ксеростомии – XI», объективизируемый субъективным индексом ксеростомии, и шкала «Клиническая диагностика ксеростомии – CSCOD», объективизирующая тяжесть клинических проявлений ксеростомического синдрома по соответствующему показателю, могут быть использованы врачами-стоматологами для расширенной диагностики и всесторонней характеристики ксеростомического синдрома у пациентов стоматологического приема и врачами-интернистами для выявления ксеростомии как раннего,

диагностически значимого симптома той или иной системной патологии (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, системная красная волчанка и др.).

3. При диагностике и лечении ВИЧ-ассоциированных заболеваний слизистой оболочки полости рта необходимо выявлять и своевременно корректировать проявления ксеростомического синдрома, связанного как с приемом антиретровирусных препаратов с потенциальным ксерогенным эффектом, так и высоким тропизмом ВИЧ к тканям слюнных желез, а также с наличием сопутствующей полисистемной патологии и вредных привычек.
4. В комплекс лечения ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта рекомендуется включать сочетанное применение низкоинтенсивного лазерного излучения и ферментосодержащих гелей с гидрофилизационным эффектом «Biotene OralBalance» и «Dry Mouth Gel» для аппликации на пораженные участки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
5. В качестве средств индивидуальной гигиены у больных с ксеростомическим синдромом, ассоциированным с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта может быть рекомендована ферментосодержащая зубная паста «Enzycal», содержащая в составе ферменты (амилогликозидазу, глюкооксидазу, лактопероксидазу), не оказывающая раздражающего действия на слизистую оболочку полости рта в связи с отсутствием лаурилсульфата натрия, замененного на безопасный для слизистой оболочки полости рта ариетоксилат, а также мягкая или ультрамягкая зубная щетка.
6. Для комплексной оценки эффективности коррекции ксеростомического синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта рекомендуется использовать развернутый вариант стоматологического опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU, наиболее полно объективизирующий динамику показателей физического и психологического дискомфорта, нарушения функций, физических и психологических расстройств, социальной дезадаптации и ущерба в процессе комплексного лечения.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Позднякова А.А. Новые подходы к лечению воспалительных заболеваний пародонта / О.С.Гилева, Е.А.Бондаренко, А.А.Позднякова, В.А.Садилова В.А.,

- Л.Я.Сатюкова // Уральский медицинский журнал. – 2011. - №5(83).-С.22-27 (Из перечня ВАК).
2. Позднякова А.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.Гибадуллина, В.А.Садилова, Е.Д.Назукин // Пермский медицинский журнал. – 2012. - №6(46). – С.18-24 (Из перечня ВАК).
 3. Позднякова А.А. Особенности клинической симптоматики заболеваний слизистой оболочки полости рта и влияние ксеростомического симптома на стоматологические составляющие качества жизни / А.А.Позднякова, О.С.Гилева, Т.В.Либик, Л.Я.Сатюкова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - №2 www.science-education.ru/108-8897 (Из перечня ВАК).
 4. Позднякова А.А. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению / О.С.Гилева, Т.В.Либик, А.А.Позднякова, Ж.С.Яшина, Е.А.Городилова // Стоматология для всех. – 2013. - №4. – С.9-14 (Из перечня ВАК).
 5. Позднякова А.А. Оценка стоматологических составляющих качества жизни больных с сахарным диабетом / Гилева О.С., Смирнова Е.Н., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я., Кобус А.Б. // Качество жизни. Медико-социальные аспекты: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Пермь, 2011. - С.176-179.
 6. Позднякова А.А. Оценка неблагоприятного влияния системной фармакотерапии на состояние здоровья полости рта / Гилева О.С., Смирнова Е.Н., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я. // Материалы научно-практической конференции молодых ученых «Инновационные технологии на службе здравоохранения Прикамья. – Пермь, 2011. – С.30-31.
 7. Позднякова А.А. Современный инструмент оценки стоматологического здоровья / Гилева О.С., Либик Т.В., Е.В. Халилаева, Позднякова А.А., Садилова В.А., Пленкина Ю.А., Хохрин Д.В., Городилова Е.А., Назукин Е.Д. // Стоматология XXI века: Стоматология Большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний: Материалы Всероссийского конгресса. – Пермь, 2011.- С. 37-41.
 8. Позднякова А.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. – Екатеринбург: УГМА, 2011. №5. – С.24-28.
9. Позднякова А.А. Анализ стоматологических составляющих качества жизни больных с сахарным диабетом / Позднякова А.А., Гилева О.С. // Молодые ученые – здравоохранению Урала: Материалы межрегиональной научной сессии молодых ученых. – Пермь, 2012. – С. 118-122.
 10. Позднякова А.А. Актуальные вопросы сочетанных поражений слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи / Гилева О.С., Позднякова А.А., Либик Т.В., Сатюкова Л.Я., Халявина И.Н., Городилова Е.А. // I Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии. Всероссийский конгресс «Стоматология Большого Урала». Сборник статей. – Екатеринбург: УГМА, 2013. – с.167-169.
 11. Позднякова А.А. Усовершенствованная методика планиметрии слизистой оболочки полости рта / Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Шилова Т.Ю., Сатюкова Л.Я., Городилова Е.А.// I Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии. Всероссийский конгресс «Стоматология Большого Урала». Сборник статей. – Екатеринбург: УГМА, 2013. – с.173-175.
 12. Позднякова А.А. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) / Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я. // Проблемы стоматологии. – Екатеринбург: УГМА, 2013. №2. – С.3-9.

Удостоверения на рационализаторское предложение:

1. №2457 от 11.01.2009 «Методика субъективной оценки гиперестезии зубов» (в соавт. с Гилевой О.С., Либик Т.В).
2. №2495 от 12.01.2010 «Способ комплексного лечения деструктивных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с использованием высокоактивных топических стероидов» (в соавт. с Гилевой О.С., Белевой Н.С., Либик Т.В.).
3. №2641 от 12.03.2014 «Модифицированная шкала клинической диагностики ксеростомии» (в соавт. с Гилевой О.С., Смирновой Е.Н., Сатюковой Л.Я., Либик Т.В., Халявиной И.Н., Городиловой Е.А., Турунцевой О.Н., Мусориной Е.М.).

4. №2642 от 12.03.2014 «Способ применения низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении ксеростомического симптома» (в соавт. с Гилевой О.С., Сатюковой Л.Я., Халявиной И.Н., Городиловой Е.А., Либик Т.В., Садиловой В.А.).
5. №2643 от 12.03.2014 «Модифицированный опросник для комплексной оценки ксеростомии» (в соавт. с Гилевой О.С. Смирновой Е.Н., Сатюковой Л.Я., Либик Т.В., Халявиной И.Н., Городиловой Е.А., Турунцевой О.Н., Мусориной Е.М.).

Методические рекомендации:

1. Гилева О.С., Позднякова А.А. и соавт. Повышенная чувствительность зубов: методические рекомендации – Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им.ак. Е.А. Вагнера Росздрава, 2009. – 30с.
2. Гилева О.С., Позднякова А.А. и соавт. Клиника, диагностика и лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний полости рта: методические рекомендации – Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, 2013. – 44с.

Список сокращений:

КС – ксеростомический синдром

К – ксеростомия

КПЛ – красный плоский лишай

СОПР – слизистая оболочка полости рта

ККГ – красная кайма губ

КЖ – качество жизни

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

CSCOD – The Challacombe Scale of Clinical Oral Dryness (шкала «Клинической диагностики ксеростомии

ОНИР – Oral Health Impact Profile (Профиль влияния стоматологического здоровья)

SLS – лаурилсульфат натрия

XI – The Xerostomia Inventory (опросник «Комплексная оценка ксеростомии»)