

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.4-008.64:06:616.316]-07

Селифанова Е.И.^{1,2}, Симонова М.В.¹, Разумова С.Н.², Булгаков В.С.²

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА ШЕГРЕНА В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

¹НИИ ревматологии РАМН им. В.А. Насоновой, 115522, г. Москва; ²Российский университет дружбы народов, 117198, г. Москва

Болезнь Шегрена – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, при котором поражаются железы внешней секреции. Обязательно сочетание поражений слюнных и слезных желез с иммунологическими нарушениями.

Ключевые слова: болезнь Шегрена; синдром Шегрена; слюнные железы.

Для цитирования: Селифанова Е.И., Симонова М.В., Разумова С.Н., Булгаков В.С. Диагностика болезни и синдрома Шегрена в условиях стоматологической поликлиники. Российский стоматологический журнал. 2016; 20 (4): 218-221. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (4): 218-221

Selifanova E.I., Simonova M.V., Razumova S.N., Bulgakov V.S.

DIAGNOSIS OF DISEASE AND SJOGREN'S SYNDROME IN A DENTAL CLINIC

¹V.A. Nasonova Research Institute of rheumatology RAMS, 115522, Moscow; ²Russian University of peoples' friendship, 117198, Moscow

Sjogren disease is the system autoimmune pathology of unknown etiology. It affects the glands. The combination of pathological changes in the saliva and lachrymal glands and immune pathology is obligatory condition of this disease.

Sjogren syndrome is another pathology connected with Sjogren disease (so-called isolated primary Sjogren syndrome according to the foreign authors). This syndrome is additional to rheumatoid arthritis, generalized lupus, system scleroderma, dermatomyositis, chronic active hepatitis, biliar hepatocirrhosis, autoimmune thyroiditis, in which other oral and ophthalmological signs of the disease may be presented.

Keywords: Sjogren syndrome; Sjogren disease; saliva gland.

For citation: Selifanova E.I., Simonova M.V., Razumova S.N., Bulgakov V.S. Diagnosis of disease and sjogren's syndrome in a dental clinic. Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal. 2016; 20 (4): 218-221. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (4): 218-221

For correspondence: Selifanova Elena Ivanovna, cand. med. sci., associate Professor of the Department of propaedeutics of dental diseases RUDN, E-mail: selifana13@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 25.03.16

Accepted 03.06.16

Наряду с болезнью Шегрена (изолированный первичный синдром Шегрена – в зарубежной литературе) выделяют синдром Шегрена (СШ), сопутствующий ревматоидному артриту, системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозиту, хроническому активному гепатиту, билиарному циррозу печени, аутоиммунному тиреоидиту, при которых можно наблюдать стоматологические и офтальмологические признаки заболевания [1–4].

Основной патоморфологический признак болезни Шегрена/синдрома Шегрена, приводящий к ксеростомии, хроническому сиаладениту и увеличению слюнных желез (СЖ), – лимфоидная инфильтрация,

разрушающая в первую очередь протоки, а затем ацинусы СЖ [2, 3].

Развитие интенсивной лимфоидной пролиферации во всех секретирующих эпителиальных железах придало болезни Шегрена (БШ) особую роль в группе ревматических заболеваний из-за возможности развития неопластических процессов, и в частности лимфом, что подтверждено исследованиями последних десятилетий.

При СШ, по нашим данным, лимфопролиферативные осложнения происходят реже, чем при БШ.

В пользу аутоиммунных нарушений в патогенезе БШ/СШ свидетельствует повышение органоспецифических и органонеспецифических аутоантител, ревматоидного фактора, антиядерных Ro/La антител, антинуCLEARного фактора, а также сочетания СШ с диффузными болезнями соединительной ткани, рев-

Для корреспонденции: Селифанова Елена Ивановна, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний РУДН, E-mail: selifana13@mail.ru

матоидным артритом и другими аутоиммунными заболеваниями.

По данным Общества по изучению СШ в США, распространенность БШ/СШ составляет один человек из 70. Однако БШ/СШ в среднем выявляют у пациентов в возрасте около 40 лет: по данным анамнеза, дебют заболевания, в частности по появлению «малых» признаков, относится к 30-летнему возрасту.

Нередко пациенты по преобладанию выраженности симптомов наблюдаются у разных врачей. Так, стоматологи-хирурги при лечении обострений хронического паротита прибегают к необоснованным разрезам или даже экстирпациям больших СЖ, стоматологи-терапевты констатируют факт хронического дисбиоза слизистой оболочки полости рта, проводят его безуспешное лечение, а прогрессирующий кариес связывают с плохой гигиеной полости рта.

При частых обострениях паротита проводят радиологическое лечение больших СЖ, однако оно приводит к еще большей сухости во рту. Кроме того, у пациентов, перенесших облучение, повышается риск возникновения лимфомы. С диагнозом «поливалентная аллергия» больные наблюдаются у аллерголога. У окулистов больные наблюдаются с диагнозом «аллергический конъюнктивит», а при лечении кератопластикой язвы роговицы нередко сталкиваются с послеоперационными осложнениями. Гастроэнтерологи проводят безуспешное лечение дисбактериоза желудочно-кишечного тракта и атрофического гастрита. Отоларингологи и гинекологи проводят местное лечение сухости соответствующих органов, не оценивая системности заболевания. Терапевты, как правило, расценивают высокие показатели СОЭ как признак хронической инфекции или диагностируют «болезнь ускоренной СОЭ». При выявлении высоких показателей ревматоидного фактора, антинуклеарного фактора, тромбоцитопении, лейкопении, криоглобулинемии выставляют диагнозы «системная красная волчанка», «ревматоидный артрит» или подозревают наличие гематологических заболеваний. При увеличении больших СЖ нередко диагностируют различные опухоли и проводят хирургическое лечение в онкологических отделениях.

Мы наблюдали пациентку с БШ, у которой были удалены обе околоушные и поднижнечелюстные СЖ. Системность заболевания не диагностируется, что становится причиной распознавания в основном выраженной или поздней стадии БШ, при целенаправленном поиске СШ среди ревматических заболеваний выявляется начальная стадия.

Длительное течение БШ без адекватного лечения приводит к развитию у 5–11% больных гематоонкологических заболеваний – лимфом. Последнее делает особо актуальным раннее распознавание, своевременный диагноз и дифференциальный диагноз БШ/СШ. Поэтому необходимо проводить унифицированное обследование больных, жалующихся на чувство сухости во рту и увеличение СЖ.

Основные методы обследования, доступные врачам-стоматологам в условиях поликлиник: опрос, осмотр, пальпация челюстно-лицевой области и СЖ, проведение сиалометрии, сиалогграфии, а также биоп-

сия малых СЖ нижней губы. Эти же больные нуждаются в обязательной консультации окулиста с применением пробы Ширмера и окраской конъюнктивы бенгальской розовой и роговицы флюоресцеином. Кроме того, необходимо клиническое и иммунологическое обследование больных (СОЭ, L, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, γ -глобулины, криоглобулины, антитела к ДНК, антиядерные Ro/La-антитела и др.).

Антитела к SS-A/Ro (Robert)-антигену и антитела к SS-B/La-(Lane)-антигену сокращенно обозначаются как Ro/La.

Обязательна консультация ревматолога для диагностики ревматических болезней и системных проявлений при БШ/СШ.

Среди клинических стоматологических признаков БШ/СШ мы выделили основные «большие» и дополнительные «малые». «Большие» связаны непосредственно с поражением СЖ: ксеростомия различной степени, увеличение СЖ (минимальное, умеренное, значительное), хронический паренхиматозный паротит (начальной, выраженной и поздней стадии). При значительном увеличении околоушных и поднижнечелюстных СЖ необходима биопсия больших СЖ для исключения лимфом. «Малые» возникают задолго до появления «больших», они служат признаками ранних доклинических изменений СЖ. К ним относится множественный кариес (пришеечный, режущих краев, выпуклых поверхностей зуба). КПУ при БШ составляет от 24,5 до 27 зубов, при СШ с ревматоидным артритом – 23,4; при СШ с системной красной волчанкой – 22,3; при СШ с системной склеродермией – 17,1 зуба. Наблюдают сухость красной каймы губ, «заеды», стоматиты (грибковые, вирусные, травматические), увеличение регионарных лимфатических узлов (подчелюстных, шейных, над- и подключичных). При обнаружении редкой локализации лимфатических узлов (щечных, впереди козелка уха) необходимо исключить лимфому.

Для диагностики поражения СЖ в поликлинике Института ревматологии РАМН применяются:

1. Сиалометрия околоушных СЖ капсулой Красногорского–Сазама Л. Капсула имеет преимущество перед катетером с затупленной инъекционной иглой-канюлей из-за широкого диаметра трубки, отводящей слюну, которая не забивается воспалительными включениями. Нормальными показателями слюноотделения становятся 2,5–6 мл за 5 мин при периодической стимуляции 3% раствором аскорбиновой кислоты по мере восстановления глотательного рефлекса. Ксеростомию I степени диагностируют при снижении секреции < 2,5 мл/5 мин, II степени – < 2 мл/5 мин и III степени – менее 0,5 мл/5 мин. Кроме того, визуально оценивают вязкость слюны и наличие в ней осадка: гноеподобного, «свертков», пластов слущенного эпителия, «кристаллов», растворимого и нерастворимого осадка.

Нередко латентное течение хронического паротита можно выявить по наличию воспалительного осадка, «свертков», слущенного эпителия. Системное поражение СЖ при БШ/СШ делает возможным для диагностики проведение сиалометрии из одной –

правой – околоушной СЖ. Из-за эмоционального напряжения пациента сиалометрию порой проводят несколько раз, чтобы установить объективную степень снижения секреции.

2. Подсчет количества функционирующих малых СЖ. Сухость слизистой оболочки полости рта зависит от дисфункции больших и малых СЖ. Функциональное состояние малых СЖ оценивают по их количеству на слизистой оболочке нижней губы после ее окрашивания водным раствором метиленового синего. Норма – 21 МСЖ/2 см². При БШ/СШ наблюдают снижение количества малых СЖ в зависимости от стадии заболевания.

В поздней стадии возможно отсутствие малых СЖ. Этот метод можно и нужно использовать для контроля эффективности общего и местного лечения БШ/СШ.

3. Сиалография, преимущественно околоушных СЖ, проводится в прямой и боковой проекциях с использованием подогретого до температуры тела водорастворимого контрастного вещества «Омнипак» в количестве 2,5–3,5 мл, вводимого в проток ОЖ одноразовым шприцем с затупленной отшлифованной инъекционной иглой-канюлей. На момент рентгенографии канюля со шприцем остается в устье протока для его obturации с целью предотвращения вытекания контрастного вещества. Для БШ/СШ в основном характерны признаки паренхиматозного паротита. При СШ у 20% имеются признаки сиалодохита – расширение протоков, или «протоковый паротит». Под этим термином понимают изменение, схожее с начальной стадией сиалодохита. Состояние паренхимы околоушных СЖ на сиалограмме оценивают в прямой проекции по заполнению ее контрастным веществом: равномерное или неравномерное заполнение, наличие пятен, «облачков», полостей и их размеров, по четкости контуров, наличию или отсутствию дефектов заполнения. Представление о состоянии протоков получают в боковой проекции. Исследуют заполнение протоков железы малого калибра от 5-го до 3-го порядка, затем 2-го и 1-го, внутрижелезистой и внежелезистой части околоушного протока. Учитывают признаки расширения, сужения просвета протоков, равномерность их заполнения, прерывистость, четкость контуров протоков.

При БШ/СШ патогномичным признаком, по нашему наблюдению, считается нечеткость заполнения протоков и полостей по сравнению с самостоятельным заболеванием слюнных желез – паренхиматозным паротитом, или сиалодохитом. По мнению Ромачевой И.Ф., всем больным с наличием паренхиматозного паротита необходимо проводить указанное обследование с целью исключения БШ/СШ.

При выявлении значительного увеличения больших СЖ и/или сухости в полости рта в случае отсутствия характерной картины паренхиматозного паротита необходимо обследование для исключения опухоли СЖ, генерализованной лимфомы, миеломной болезни, болезни Микилича, амилоидоза, сиаладеноза, различных эндокринных или метаболических заболеваний (подагра, псориаз). Базисное лечение про-

водит ревматолог. Наряду с этим в лечении пациентов с БШ/СШ необходимо участие врачей – стоматологов, ревматологов и окулистов.

4. Биопсию слизистой оболочки нижней губы проводят под инфильтрационной анестезией, путем разреза 0,5 см параллельно красной кайме губы. При этом удаляют не менее 4 малых СЖ. Наложение шва. Морфологическое исследование проводят с применением гистологических и гистохимических методов. В малых СЖ без признаков БШ и СШ лимфоидная инфильтрация располагается диффузно, не превышая 50 клеток. При БШ/СШ локализация инфильтрата перидуктальная с образованием очагов воспаления, а затем их распространением в ацинарную ткань. За очаг воспаления принимают 50 клеток. При этом лимфогистиоцитарная инфильтрация – основной патогномичный признак БШ/СШ. Она разрушает протоки, а затем ацинарную ткань. Указанные изменения должны определяться не менее чем в трех дольках во всех четырех железах. Проводят комплексную полуколичественную оценку инфильтрата в очаге воспаления. Кроме того, оценивают наличие белковых полулуний, вставочных отделов выводных протоков. Значение имеет признак деструкции стенки внутридолькового протока на фоне лимфоидной инфильтрации, а также наличие слизистых «болот» в строме железы. При наличии лимфогистиоцитарной инфильтрации свыше 500 клеток необходимо исключить лимфому.

5. Лабораторное обследование: повышение СОЭ (не менее 20 мм/ч), гипергаммаглобулинемия (более 22%), положительный ревматоидный фактор, положительный антинуклеарный фактор в титре более 1/160, обнаружение антител к растворимым ядерным антигенам Ro/La антиядерных антител. Уровень Ro/La выше при БШ, чем при СШ, и практически не выявляется при СШ с системной склеродермией, что можно использовать для дифференциального диагноза.

Выводы

1. Раннее распознавание, своевременный диагноз БШ/СШ позволит начать своевременное адекватное лечение врачом-ревматологом.

2. Необходимо проводить унифицированное обследование (сиалометрию, сиалографию и биопсию малых слюнных желез) больных, жалующихся на чувство сухости во рту и увеличение СЖ.

3. В диагностике БШ/СШ обязательно участвуют три специалиста: стоматолог, ревматолог, окулист.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев В.И., Симонова М.В., Сафонова Т.Н. Критерии диагноза болезни и синдрома Шегрена. В кн.: *Избранные лекции по клинической ревматологии* / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина; 2001.
2. Hansen A., Lipsky P.E., Dorner T. B cells in Sjogren's syndrome: indications for disturbed selection in ectopic lymphoid tissue. *Arthr. Res. Ther.* 2007; 9: 21 830.
3. Bloch K., Buchanan W., Wohl M., Bunim J. Sjogren's syndrome: a

clinical, pathological and serological study of sixty-two cases. *Medicine (Baltimore)*. 1965; 44: 187–231.

4. Eriksson P., Jonsson R., Eds. *State of the Art Lectures on Sjogren's Syndrome*. Hygiene. 1999. 108, part 1.

REFERENCES

1. Vasil'ev V.I., Simonova M.V., Safonova T.N. Criteria for diagnosis of a disease and Sjogren's syndrome. In: *Selected Lectures on Clinical Rheumatology* / Eds V.A. Nasonova, N.V. Bunchuk. Moscow: Meditsina; 2001. (in Russian)

2. Hansen A., Lipsky P.E., Dorner T. B cells in Sjogren's syndrome: indications for disturbed selection in ectopic lymphoid tissue. *Arthr. Res. Ther.* 2007; 9: 21 830.

3. Bloch K., Buchanan W., Wohl M., Bunim J. Sjogren's syndrome: a clinical, pathological and serological study of sixty-two cases. *Medicine (Baltimore)*. 1965; 44: 187–231.

4. Eriksson P., Jonsson R., Eds. *State of the Art Lectures on Sjogren's Syndrome*. Hygiene. 1999. 108, part 1.

Поступила 25.03.16

Принята в печать 03.06.16

ОБЗОР

© ЯНБУЛАТОВА Г.Х., 2016

УДК 616.314:611.018.4

Янбулатова Г.Х.

КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

ГБУЗ «СОКСП», 443096, г. Самара

Среди заболеваний некариозного происхождения часто встречаются клиновидные дефекты твердых тканей зубов. Проблема их диагностики и лечения обусловлена распространенностью заболевания, отсутствием единства взглядов на его возникновение и причину, на тактику лечения, а также недостаточностью освещения в медицинской литературе. Восстановление тканей зубов с такими дефектами представляют определенные сложности, поскольку необходим особый подход к препарированию, лечению, правильный выбор пломбировочного материала, нужно также учитывать общесоматические заболевания человека, влияющие на процесс убыли твердых тканей зубов. В обзоре представлены данные о распространенности клиновидных дефектов зубов, этиология и патогенез заболевания, разобраны разные классификации, что предполагает в дальнейшем правильное планирование лечения данного дефекта. Кроме того, рассмотрен вопрос о лечении клиновидного дефекта. Проанализировано 30 литературных источников как отечественных, так и зарубежных авторов.

Ключевые слова: клиновидные дефекты твердых тканей зубов; этиология и патогенез; классификация и лечение клиновидных дефектов.

Для цитирования: Янбулатова Г.Х. Клиновидные дефекты твердых тканей зубов. *Российский стоматологический журнал*. 2016; 20 (4): 221-224. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (4): 221-224

Yanbulatova G.H.

WEDGE-SHAPED DEFECTS OF HARD DENTAL TISSUES (REVIEW)

GBUZ SOKSP, 443096, Samara, Russia

Diseases among non-carious origin frequent wedge-shaped defects of hard dental tissues. Problem diagnosis and treatment of wedge-shaped defects of teeth due to their prevalence, the lack of unity of views on the origin and cause of the disease, the tactics of treatment and lack of lighting in the medical literature. Restoration of tooth tissues with such defects are certain difficulties, as is required a special approach to dissection, treatment, and the right choice of filling material, you must also take into account the general diseases of the body, affecting the process of loss of dental hard tissues. The review presents data on the prevalence of dental wedge-shaped defects, etiology and pathogenesis of the disease, dismantled different classification, which involves proper planning in the future treatment of this defect, also addressed the issue of treatment of a wedge-shaped defect. It analyzed 30 references, both domestic and foreign authors.

Key words: wedge-shaped defects of hard dental tissues; etiology and pathogenesis; classification and treatment of wedge-shaped defects.

For citation: Yanbulatova G.H. Wedge-shaped defects of hard dental tissues. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2016; 20 (4): 221-224. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (4): 221-224

For correspondence: Yanbulatova Gulnaz Hamzievna, dentist, graduate student of dentistry IPO SSMU, gulnazik05@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 25.12.15

Accepted 03.06.16

Для корреспонденции: Янбулатова Гульназ Хамзиевна, врач-стоматолог, аспирант каф. стоматологии ИПО СамГМУ, E-mail: gulnazik05@yandex.ru