

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-4-17-23  
УДК 616.4-008.64-06: (611-018.4)

## БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА И ОСТЕОПОРОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Еловицова Т. М., Саблина С. Н., Григорьев С. С., Фоминых М. И., Закроева А. Г., Шимова М. Е.

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Предмет исследования** — болезнь Шегрена.

**Цель исследования** — рассмотрение клинического случая болезни Шегрена на фоне остеопороза в амбулаторно-поликлинических условиях на приеме у стоматолога-терапевта.

**Методология.** Работа проведена в дизайне описания одного клинического случая и выполнена на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедре факультетской терапии и гериатрии Уральского государственного медицинского университета. В статье представлены клинические описания пациента с развитием главных симптомов болезни Шегрена, раскрыт соматический и стоматологический статус женщины, описаны особенности сопровождения при динамическом наблюдении.

**Выводы.** Рассмотренный в статье клинический пример дает возможность ознакомиться с одним из многих вариантов развития болезни Шегрена хронического течения. Данное заболевание осложняется на фоне менопаузального состояния и при возникшем у пациентки остеопорозе. Клинические проявления болезни Шегрена имеют высокую вариабельность, усложняющую диагностический процесс. Это создает риск несвоевременного начала лечения, что провоцирует развитие тяжелых осложнений, особенно на фоне остеопороза. Большое значение имеет адекватная рациональная современная терапия (активная базисная лекарственная терапия) и динамическое наблюдение у ревматолога. Однако болезнь Шегрена как междисциплинарная проблема нуждается в обязательном профессиональном участии врача-стоматолога, проведении курсов профессиональной гигиены полости рта как первичного этапа комплексной поддерживающей терапии (согласно клиническим рекомендациям) и динамическому наблюдению пациентов, а также в контроле других специалистов, в зависимости от системных проявлений, — ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, офтальмолога.

**Ключевые слова:** болезнь Шегрена, минеральная плотность кости, недостаточность витамина D, хронический генерализованный пародонтит средней степени, остеоденситометрия, пародонтальный статус женщин с остеопенией

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Татьяна Михайловна ЕЛОВИЦОВА ORCID ID 0000-0001-8849-8875

д.м.н., профессор, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия  
tgta-elovik@yandex.ru

Светлана Николаевна САБЛИНА ORCID ID 0000-0002-1838-3535

ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия  
9122541494@mail.ru

Сергей Сергеевич ГРИГОРЬЕВ ORCID ID 0000-0002-8198-0615

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия  
sergeygrig28@gmail.com

Мария Игоревна ФОМИНЫХ ORCID ID 0000-0002-7835-1084

к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и гериатрии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия  
therapy.fominykh@gmail.com

Алла Геннадьевна ЗАКРОЕВА ORCID ID 0000-0003-4839-4427

д.м.н., доцент кафедры профилактической, семейной и эстетической медицины с курсом пластической хирургии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия  
Zakroeva.alla@mail.ru

Мargarита Ефимовна ШИМОВА ORCID ID 0000-0003-0992-7972

к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия  
mschimova@yandex.ru

Адрес для переписки: Светлана Николаевна САБЛИНА

620028, г. Екатеринбург, ул. Токарей, д. 29а

+7 (912) 6848484

9122541494@mail.ru

### Образец цитирования:

Еловицова Т. М., Саблина С. Н., Григорьев С. С., Фоминых М. И., Закроева А. Г., Шимова М. Е.

БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА И ОСТЕОПОРОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Проблемы стоматологии. 2022; 4: 17-23.

© Еловицова Т. М. и др., 2022

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-4-17-23

Поступила 17.12.2022. Принята к печати 06.01.2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-4-17-23

## SJOGREN'S SYNDROME AND OSTEOPOROSIS IN PRACTICE OF A DENTAL PRACTITIONER: CLINICAL CASE STUDY

Elovikova T. M., Sablina S. N., Grigorjev S. S., Fominykh M. I., Zakroeva A. G., Shimova M. E.

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

### Annotation

**Subject.** The subject of this research is Sjogren's syndrome.

**Objective.** The objective of this research is to report a clinical case of Sjogren's syndrome associated with osteoporosis under hospital outpatient care provided by a dental therapist.

**Methodology.** The research design includes description of one clinical case. The study is conducted by the Department of Preventive Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, and the Department of Intermediate Level Therapy and Geriatrics of Ural State Medical University. This paper presents clinical observations of the patient developing main symptoms of Sjogren's syndrome, as well it explores somatic/dental status and describes the framework for supervision during dynamic observation.

**Conclusion.** The case study allows to explore one of the multiple cases leading to development of chronic Sjogren's syndrome. The patient experiences a worsening of symptoms associated with menopausal transition and with new signs brought on by osteoporosis shows specific symptoms. Clinical manifestations of Sjogren's disease are highly variable, complicating the diagnostic process. This creates a risk of delayed treatment and provokes the development of severe complications, especially against the background of osteoporosis. Rational selection of appropriate modern medical treatment (active general drug therapy) and dynamic observation of a rheumatologist are specially important. However, being an interdisciplinary problem Sjogren's syndrome requires involvement of dental professionals, training in professional oral hygiene procedure which is the initial step of comprehensive maintenance treatment (based on clinical recommendations) and dynamic observation of patients; based on systemic manifestations, other specialists such as a rheumatologist, a gastroenterologist, an endocrinologist, an ophthalmologist may be involved.

**Keywords:** Sjogren's syndrome, bone mineral density, vitamin D deficiency, chronic mild generalized periodontitis, osteodensimetry, periodontal status of women with osteopenia

The authors declare no conflict of interest.

**Tatiana M. ELOVIKOVA** ORCID ID 0000-0001-8849-8875

Grand PhD in Medical sciences, Professor, Department of Preventive Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia  
ugma-elovik@yandex.ru

**Svetlana N. SABLINA** ORCID ID 0000-0002-1838-3535

Teaching Assistant, Department of Preventive Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia  
9122541494@mail.ru

**Sergei S. GRIGORJEV** ORCID ID 0000-0002-8198-0615

Grand PhD in Medical sciences, Professor, Head of Department of Preventive Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia  
sergeygrig28@gmail.com

**Maria I. FOMINYKH** ORCID ID 0000-0002-7835-1084

PhD in Medical sciences, Associate Professor, Department of the Faculty Therapy and Geriatrics, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia  
therapy.fominykh@gmail.com

**Alla G. ZAKROEVA** ORCID ID 0000-0003-4839-4427

Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor of the Department of Prophylactic, Family and Aesthetic Medicine with Plastic Surgery Course, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia  
Zakroeva.alla@mail.ru

**Margarita E. SHIMOVA** ORCID ID 0000-0003-0992-7972

PhD in Medical sciences, Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia  
mschimova@yandex.ru

**Correspondence address: Svetlana N. SABLINA**

29a Tokarev str., Ekaterinburg, 620028  
+7 (912) 6848484  
9122541494@mail.ru

### For citation:

Elovikova T. M., Sablina S. N., Grigorjev S. S., Fominykh M. I., Zakroeva A. G., Shimova M. E.  
SJOGREN'S SYNDROME AND OSTEOPOROSIS IN PRACTICE OF A DENTAL PRACTITIONER:  
CLINICAL CASE STUDY. *Actual problems in dentistry.* 2022; 4: 17-23. (In Russ.)

© Elovikova T. M. et al., 2022

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-4-17-23

Received 17.12.2022. Accepted 06.01.2023

## Введение

Болезнь Шегрена (БШ) — системное заболевание неизвестной этиологии, характерной чертой которого является хронический аутоиммунный процесс в секретирующих эпителиальных железах с обязательным поражением слюнных и слезных желез [1–3]. БШ, или первичный синдром Шегрена, — одна из самых частых нозологических форм в группе диффузных заболеваний соединительной ткани [1–2, 5, 12–14].

Термин «первичный синдром Шегрена» встречается в англоязычной медицинской литературе. Это хроническое системное аутоиммунное заболевание, характерной особенностью которого является лимфоцитарная инфильтрация экзокринных желез, прежде всего — слюнных и слезных желез, с медленно прогрессирующей потерей функции и развитием сухости в полости рта и глазах [1–4, 5, 6, 12, 15, 16].

Заболевание может поражать суставы, внутренние органы, кожу, нервную систему, поэтому врачи различных специальностей — терапевты, ревматологи, онкологи, гематологи, офтальмологи и стоматологи — встречаются с этой проблемой [1–2, 4, 5, 17, 18].

Диагностические критерии БШ, принятые в России, неизменны с 2001 г. Преимущественно болеют женщины среднего возраста, у мужчин заболевание наблюдается реже примерно в 9 раз [2, 12, 19]. Принято считать, что пик заболеваемости приходится на 40–50 лет, однако истинная распространенность болезни неизвестна [2–5, 12, 16, 19].

Согласно рекомендациям ACR/EULAR (American College of Rheumatology / European League against Rheumatism, балльная система), 2016 г., классификационные критерии БШ используются у пациентов, имеющих хотя бы один симптом сухости глаз (или сухости во рту) или при подозрении на заболевание по опроснику European League Against Rheumatism SS Disease Activity Index questionnaire как минимум с одним положительным ответом [2]. Установление диагноза БШ практически всеми врачами осуществляется с применением европейско-американских критериев AECGC (2002) [11–15] (табл.).

При общей сумме 4 балла и более ставится диагноз достоверной БШ [1–5, 16–20]. Проблемы диа-

гностики, дифференциально-диагностических подходов и сегодня не решены и актуальны, несмотря на девятистолетнюю историю БШ, описанную шведским офтальмологом Хенриком Самуэлем Конрадом Шегреном (1933).

**Цель исследования** — рассмотрение/описание клинического случая БШ и остеопороза в амбулаторно-поликлинических условиях на приеме у врача-стоматолога-терапевта (пародонтолога).

## Клинический случай

Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного ГБУЗ г. Челябинска, Челябинская областная клиническая больница. Пациентка ПЗФ, 1957 г. рождения, находилась на лечении с 12.11.15 г. по 25.11.15 г. в отделении ревматологии.

**Заключительный клинический диагноз:** М35.0 синдром Шегрена, средняя степень активности, с поражением слюнных и слезных желез (ксеростомия, ксерофтальмия), сосудов (синдром Рейно), суставов (артрит, артралгия), ФК-1.

**Сопутствующий основному диагноз:** G56.0 синдром карпального канала с двух сторон на фоне синдрома Шегрена, Крампи глоссалгия. Н11.0 хронический пиелонефрит, нефросклероз (под вопросом), ХПН 0 ст. ХБН. С3а (СКФ-56). К29.7 хронический гастрит, вне обострения.

**Жалобы:** на постоянную сухость губ, сухость слизистой полости рта, боль на кончике языка, язвы на слизистой полости рта, которые появлялись периодически; редко — припухание околоушных слюнных желез. Зябкость пальцев кистей и стоп. Боли в суставах кистей, преимущественно в пястно-фаланговых, локтевых, коленных суставах воспалительного ритма, плюсне-фаланговых суставах левой стопы, утренняя скованность около 30 минут. Одышка при быстрой ходьбе, физических нагрузках. Учащенное мочеиспускание.

**Анамнез жизни:** пациентка не работает, инвалидность не оформлялась, коронавирусную инфекцию в анамнезе отрицает, вакцинаций за последние 5 лет не было, гемотрансфузии нет, вредные привычки

Таблица

Диагностические критерии диагноза для болезни Шегрена

Table. Diagnostic criteria for Sjogren's syndrome

№ n/n	Критерий	Балл
1	Очаговая лимфоцитарная инфильтрация в биоптате малой слюнной железы — очаговый лимфоцитарный сиалоденит в малых слюнных железах с количеством фокусов не менее 1 в 4 мм <sup>2</sup> (фокус содержит 50 и более лимфоцитов в 4 мм <sup>2</sup> ткани железы)	3
2	Положительный анти-SSA (анти-Ro)	3
3	Результат офтальмологического окрашивания глазного эпителия $\geq 5$ (или балл Van Bijsterveld $\geq 4$ ) хотя бы одного глаза	1
4	Нестимулированный тест Ширмера $\leq 5$ мм/5 мин хотя бы одного глаза	1
5	Нестимулированная сиалометрия $\leq 0,1$ мл/мин	1

отрицает, наследственность по ревматологическим заболеваниям не отягощена; аллергические реакции на местные анестетики, латекс, антибактериальные препараты пациентка отрицает.

**Анамнез заболевания:** больна с 2011 года, в дебюте артрит мелких суставов кистей, затем появилась боль на кончике языка, сухость слизистой полости рта. Обращалась к терапевту по месту жительства; поставлен диагноз «хронический панкреатит»; проведено лечение ферментными препаратами, ингибиторами протонной помпы и гепатопротекторами. Терапевтом из поликлиники (с места жительства) направлена к гастроэнтерологу, затем к стоматологу. Сделан мазок со слизистой полости рта, грибкового поражения не выявлено. Пациентка направлена к онкологу в связи с наличием сухости и боли в языке, снижением массы тела на 4–5 кг, общей слабостью. Впервые к ревматологу была направлена онкологом. Ревматолог из поликлиники по месту жительства поставил диагноз «синдром Шегрена».

В ходе обследования было выявлено: СОЭ — 8 мм/час; при осмотре врачом-офтальмологом 29.12.14 г. поставлен диагноз «синдром сухого глаза». СРБ отрицательный, РФ — отрицательный. Назначен метилпреднизолон в дозе 4 мг в сутки, который принимала по 25.11.15 г. Пациентка на этой дозе препарата отмечала улучшение состояния — уменьшились проявления сухости слизистых, прекратилось снижение массы тела. Впервые осмотрена ревматологом областной клинической больницы Челябинска 03.02.15 г., осмотрена в отделении ЧЛХ, сделано УЗИ слюнных желез, выявлены диффузные изменения околоушных, подчелюстных и слюнных желез.

Госпитализирована в ревматологическое отделение в феврале 2015 года, выписана с диагнозом: синдром Шегрена средней степени активности, с поражением слюнных и слезных желез (ксеростомия, ксерофтальмия), сосудов (синдром Рейно), суставов (артрит, артралгия), ФНС-1. К лечению добавлен гидроксихлорохин 200 мг в сутки.

Повторно в плановом порядке госпитализирована 12.11.15 г. На момент осмотра при поступлении в ревматологическое отделение общее состояние больной удовлетворительное. Кожный покров чистый, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится с двух сторон, ЧДД 18 в минуту, хрипов нет. Область сердца не изменена. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, с ЧСС 76 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык слегка обложен налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез, со слов пациентки, в норме.

Мышцы: развитие хорошее, тонус нормальный, безболезненные. Кисти правильные, холодные на ощупь. Симптом Форестье положительный, симптом Томайера 5 см. Физиологические изгибы позво-

ночника сглажены, локтевой справа болезненный, слева болезненный, лучезапястный справа болезненный, слева болезненный; пястно-фаланговый I справа болезненный, слева болезненный, пястно-фаланговый II справа болезненный, слева болезненный; пястно-фаланговый III справа болезненный, слева болезненный; пястно-фаланговый IV справа болезненный, слева болезненный; проксимальный межфаланговый кисти II справа болезненный, слева болезненный, проксимальный межфаланговый кисти III справа болезненный, слева болезненный. Проксимальный межфаланговый кисти IV справа болезненный, слева болезненный. Коленный справа болезненный, слева болезненный, голеностопный справа болезненный, слева болезненный; плюснефаланговый I слева болезненный, плюснефаланговый II слева болезненный, плюснефаланговый III слева болезненный. Хват кистей правой — 80%, левой — 60%. Общая оценка течения заболевания больных на момент осмотра по ВАШ 55 мм.

#### **Проведенные анализы:**

Общий анализ крови: эритроциты  $5,2 \cdot 10^{12}/л$ , Hb 159 г/л, тромбоциты  $226 \cdot 10^9/л$ ; лейкоциты  $6,5 \cdot 10^9/л$ : Э 2%, Б 1%, П 3%, С 44%, Л45%, М5%; СОЭ 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, рН 5,0, удельная плотность 1020, глюкоза, белок, лейкоциты, эритроциты не обнаружены.

Биохимия крови: общий белок 69 г/л, альбумин 45,2 г/л, холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л, кальций 2,43 ммоль/л, сывороточное железо 22,1 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5647 Ед/л, ГГТ 26 Ед/л, ЛПВП 2,27 ммоль/л, ЛПНП 5,36 ммоль/л, билирубин общий 15,2 мкмоль/л, прямой билирубин 2,2 мкмоль/л, СРБ 0,4 г/л, РФ 5,5 МЕ/мл, калий 4,3 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, кальций ион 1,31 ммоль/л, кал на я/глист отрицательный, RW отрицательный, иммуноглобулин G 10,48 г/л, иммуноглобулин A 1,5 г/л, иммуноглобулин M 0,73 г/л.

Коагулологическое исследование: АЧТВ 33,1 сек ПТИ 91%, МНО-1,07, фибриноген 2,78 г/л. Белковые фракции: альбумин 60,7%, альфа 15,5%, бета 1 16,0%, бета 2 4, 60%, гамма 14,0%.

#### **Проведенное обследование:**

13.11.15 г. рентгенография грудной клетки в двух проекциях. Заключение: умеренные проявления интерстициального легочного фиброза.

13.11.15 г. остеоденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Заключение: остеопения в поясничных позвонках T –2,2. Остеопороз в проксимальном отделе левой бедренной кости T –3,4.

13.11.15 г. УЗИ почек, надпочечников. Заключение: относительное уменьшение размеров, умеренные диффузные изменения паренхимы обеих почек.

17.11.15 г. ЭКГ. Заключение: синусовый ритм с ЧСС 69-67 ударов в минуту. Электрическая ось



сердца расположена вертикально, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Перегрузка правого предсердия. Гипоксия миокарда передней перегородочной области, верхушки.

17.11.15 г. Сцинтиграфия почек — динамическая. Заключение: замедление выделительной функции правой почки.

18.11.15 г. Консультация невролога. Диагноз: синдром карпального канала с двух сторон на фоне синдрома Шегрена. Крампли глоссалгия.

Рекомендовано лечение: витамины группы В: мильгамма 2,0 мл внутримышечно № 10, затем нейромультивит по одной таблетке три раза в сутки в течение 3 месяцев, препараты липоевой кислоты 300 по одной таблетке три раза в сутки, лоразепам 0,5 мг по одной таблетке два раза в сутки в течение одной недели, затем уменьшить дозировку до одной таблетки на ночь в течение трех дней с последующей отменой.

20.11.15 г. Консультация нефролога. Диагноз: для уточнения хронического пиелонефрита, невросклероз (под вопросом). ХПН Ост. ХБП С3а (СКФ-56) лист нетрудоспособности с 12.11.15 г. по 25.11.15 г. в отделении ревматологии.

**Проведенное лечение:** ИРТ, лазеротерапия, парафин, *медикаментозное лечение:* диклофенак (инъекции) 3 мл/77 мг, доза 3 мл, вечером 19:00, внутримышечно с 12.11.15 г. по 14.11.15 г. Нимесулид (таблетки) 100 мг, доза 100 мг, два раза в день, перорально. С 18.11.15 г. по 25.11.15 г. Омепразол таблетки 20 мг, доза 20 мг, утром в 9:00, перорально с 13.11.15 г. по 26.11.15 г. Натрия хлорид 0,9% (раствор для инфузии) флакон 200 мл по 200 мл вместе с пентоксифиллином (раствор для инъекций) 2% — 5 мл по 10 мл доз.; днем 10:30, внутривенно капельно с 18.11.15 г. по 23.11.15 г. Преднизолон (таблетки) 5 мг, доза 5 мг утром, в 7:00 утра, с 17.11.15 г. по 26.11.15 г. Тизалуд (таблетки) 4 мг, доза 2 мг, вечером 22:00, перорально с 18.11.15 г. по 24.11.15 г.

#### DXA Results Summary:

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	T-score	PR (%)	Z-score	AM (%)
L1	12.86	10.00	0.777	-1.9	79	-0.5	93
L2	13.27	10.72	0.808	-2.0	79	-0.4	95
L3	13.24	11.02	0.832	-2.3	77	-0.6	93
L4	14.64	11.88	0.812	-2.3	76	-0.5	93
<b>Total</b>	<b>54.03</b>	<b>43.63</b>	<b>0.808</b>	<b>-2.2</b>	<b>77</b>	<b>-0.6</b>	<b>93</b>

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.031, BCF = 1.007, TH = 7.031

WHO Classification: Osteopenia  
Fracture Risk: Increased

Рис. 1. Показатели минеральной плотности костной ткани в L1-L4 позвонках (23.12.20 г.)

Fig. 1. Bone mineral density measurements between lumbar vertebrae L1 to L4 (23.12.20)

**Рекомендации:** наблюдение терапевта и ревматолога (по месту жительства). Избегать длительного воздействия холода, стрессовых ситуаций; своевременная санация очагов хронической инфекции. При болях в суставах — НПВП (найз, нимулид, нимесил, аэртал) по 100 мг, два раза в день, или мовалис, 15 мг, один раз в день, сочетать с приемом гастропротекторов на ночь. Омез 20 мг на ночь. Курантил по 75 мг, три раза в день, в течение одного месяца, четыре раза в год. Трентал (флекситал, пентоксифиллин) по одной таблетке, три раза в день, два месяца, с месячным перерывом.

**Базисное лечение:** гидроксихлорохин (плаквенил) 200 мг, две таблетки вечером, ежедневно, длительно, постоянно под контролем общего анализа крови, общего анализа мочи. Преднизолон 5 мг утром, после еды, ежедневно, длительно. Противопоказаны: труд, связанный с переохлаждением, работой на открытом воздухе. Выполнять рекомендации специалистов. Осмотр врача-ревматолога ОКБ через 6 месяцев (с направлением из поликлиники с места жительства и результатами анализов крови и мочи).

25.11.15 г. Согласно документации, пациентка периодически обращалась за медицинской помощью к терапевту и ревматологу, терапию получала, *однако не все данные представлены.*

25.11.20 г. обратилась к ревматологу УГМУ. Приводим выписку консультативного заключения. Клинический диагноз: болезнь Шегрена, хроническое течение, минимальной степени активности с поражением слюнных и слезных желез (ксеростомия), сосудов (болезнь Рейно), артралгии, ФК-1. Остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный + ГК остеопороз) Тб-3,4. Гипервитаминоз Д3 (рис. 1, 2).

#### Рекомендации:

1. Кровь на витамин D<sub>3</sub>, кальций, паратгормон, фосфор.
2. Лечение болезни Шегрена продолжить (преднизолон 5 мг в сутки, плаквенил 200 мг в сутки).
3. Тактика дальнейшей терапии — от результата до обследования.

#### DXA Results Summary:

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>3</sup> )	T-score	PR (%)	Z-score	AM (%)
Neck	4.73	2.22	0.470	-3.4	55	-2.0	68
<b>Total</b>	<b>34.00</b>	<b>21.86</b>	<b>0.643</b>	<b>-2.5</b>	<b>68</b>	<b>-1.3</b>	<b>80</b>

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.031, BCF = 1.007, TH = 6.056

WHO Classification: Osteoporosis  
Fracture Risk: High

Рис. 2. Показатели минеральной плотности костной ткани в проксимальном отделе левого бедра (23.12.20 г.)

Fig. 2. Bone mineral density measurements in the proximal part of the left femoral neck (23.12.20)

**Стоматологическое обследование:** Пациентка ПЗФ обратилась к врачу-стоматологу, пародонтологу (г. Екатеринбург) на консультацию и для проведения поддерживающей терапии и динамического наблюдения 18.12.19 г. (по настоящее время) с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, периодическую сухость губ и сухость слизистой оболочки полости рта; 1–2 раза замечала небольшое припухание околоушных слюнных желез. Ранее неоднократно обращалась за стоматологической помощью, но курсовое лечения не проводилось.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски без патологических изменений. Лицо физиологически асимметрично. Региональные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Увеличение слюнных желез визуально не определяется, при пальпации отмечено небольшое уплотнение околоушных слюнных желез, безболезненное. Изменений других больших слюнных желез не выявлено. Открывание рта свободное.

Из выводных протоков больших слюнных желез выделялся прозрачный секрет в умеренном количестве. Имеется наддесневой и поддесневой зубной камень в небольшом количестве серо-желтого цвета, больше — в области обнаженных корней зубов на вестибулярной, язычной и контактных поверхностях резцов нижней челюсти и со щечной поверхности моляров верхней челюсти. Индекс гигиены (ИГ) — 2,6 единицы. КПУ зубов — 25 (9 удаленных, 12 искусственных коронок, 4 пломбы); КПУ поверхностей равно 27. Проведена оценка пломб. У пациентки выявлено окрашивание границы на уровне реставраций твердых тканей зубов, наличие пигментации; несоответствие пломбы в цвете и прозрачности цвету окружающих тканей зуба. Однако состояние контактных пунктов удовлетворительное, «рецидивный кариес» курируется стараниями пациентки и стоматолога.

Глубина клинических карманов — до 4 мм (определение «непрямым» методом). Индекс воспаления десны (РМА) = 53%. Отмечается рецессия десны в области зубов верхней и нижней челюсти 1-3 мм, клиновидные дефекты, гиперестезия дентина зубов. Зубы устойчивы. Пародонтальный индекс Рассела (ПИ) = 3,2 единицы. Короткая уздечка нижней губы, мелкое преддверие полости рта.

Сиалометрия смешанной, нестимулированной слюны (за 10 мин) — 3,9 мл. Слюна поддерживает гомеостаз полости рта в физиологическом состоянии. Уменьшение количества слюны ведет к изменению ее состава, нарушению основных функций слюны: пищеварительной, антибактериальной, антивирусной, увлажняющей, трофической и защитной [1, 5–7, 11]. Происходит нарушение местного иммунитета слизистой оболочки полости рта, микробиоты, что приводит к возникновению и развитию стоматита,

системного цервикально-циркулярного кариеса зубов, поражений тканей пародонта, особенно на фоне остеопороза [1, 5, 11].

Необратимый костный показатель Фукса (НКПФ) в/ч = 0,56 единицы, н/ч = 0,55 единицы: на рентгенограммах определяется, что компактная пластинка на вершинах и прилежащих боковых отделах межальвеолярных перегородок отсутствует. Имеются очаги пятнистого остеопороза, расширение периодонтальной щели в пришеечной области зубов. Отмечается некоторое «уплотнение костного рисунка», наряду с очагами остеопороза — очаги остеосклероза в глубоких отделах альвеолярного отростка. Следует учитывать неспецифическое воздействие глюкокортикоидов, принимаемых пациенткой, что позволило добиться определенного эффекта купирования воспалительного процесса в тканях пародонта, однако при приеме таких препаратов развиваются побочные явления, например остеопороз, что усугубляет состояние больной. Кроме того, отметим важный параметр комплексной терапии при *тяжелых* хронических болезнях, таких как БШ, остеопороз и пародонтит, — это приверженность пациентки.

Особенностью данной клинической ситуации является *сохранная* функция слюноотделения, крайне редкие обострения хронического паренхиматозного сиалоза (сиаладенита), отсутствие быстротекущего пришеечного кариеса зубов, низкие значения ПИ и НКПФ.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) слюнных желез диагностирована диффузно-неоднородная структура околоушных и подчелюстных слюнных желез, что коррелирует с данными литературы [2].

**Диагноз:** сиалоз (паренхиматозный сиаладенит), ксеростомия I–II степени. Пародонтит хронический генерализованный. Гиперестезия дентина; клиновидные дефекты зубов. Болезнь Шегрена. Остеопороз смешанного генеза.

#### **Консультативное назначение:**

1. Консультация и динамическое наблюдение у врача-ревматолога.
2. Проведение профессиональной гигиены полости рта как первичного этапа комплексной терапии (4 раза в год); обучение и подбор индивидуальных средств гигиены полости рта.
3. Лечение зубов и восстановление их анатомической формы; динамическое наблюдение за состоянием композиционных реставраций.



Рис. 3. Состояние полости рта у пациентки на этапе динамического наблюдения в 2022 г.

Fig. 3. Condition of the oral cavity in the patient during the step of dynamic observation in 2022

4. Индексная оценка состояния тканей пародонта и слизистой полости рта.
5. Рациональное протезирование; замена функционально неполноценных ортопедических конструкций.
6. Консультация и лечение пациентки у врачей-специалистов: офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, ревматолога и других при необходимости.
7. Контроль сыровоточного уровня витамина D, персонализация назначения препарата.
8. Плаквенил 200 мг в сутки.

### Заключение

Клинические проявления болезни Шегрена имеют высокую вариабельность, усложняющую диагностический процесс. Это создаёт риск несвоевременного

начала лечения, что провоцирует развитие тяжелых осложнений, особенно на фоне остеопороза. Особое значение имеет адекватная рациональная современная терапия (активная базисная лекарственная терапия) и динамическое наблюдение у ревматолога. Однако БШ как междисциплинарная проблема требует обязательного профессионального участия стоматологов, проведения курсов профессиональной гигиены полости рта как первичного этапа комплексной поддерживающей терапии (согласно клиническим рекомендациям) и динамического наблюдения пациентки, а также диспансерного контроля других специалистов, в зависимости от системных проявлений, — ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, офтальмолога.

### Литература / References

1. Афанасьев В.В., Павлова М.Л., Ордашев Х.А. Ксеростомия (сухость полости рта): Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. Москва: «ГЕОТАР-Медиа». 2019:160. [V.V. Afanasjev, M.L. Pavlova, Kh.A. Ordashev. Xerostomia (dry mouth): Etiology, pathogenesis, clinical findings, diagnostics and treatment. Moscow: GEOTAR-Media Publishing Group. 2019:160. (In Russ.)]. <https://www.labirint.ru/books/660099/>
2. Белугина Т.Н., Грачева Ю.Н., Куряева А.М. и др. Болезнь Шегрена в практике врача-терапевта (клинический случай). Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2022;3 (63):5–14. [T.N. Belugina, Y.N. Gracheva, A.M. Kuryaeva et al. Sjogren's syndrome in practice of a general physician (a clinical case study). University Proceedings. Volga Region. Medical Sciences. 2022;3 (63):5–14. (In Russ.)]. doi 10.21685/2072-3032-2022-3-1.
3. Гайдук И.В., Васильев В.И., Фахрисламова Л.Р. и др. Болезнь/синдром Шегрена в сочетании с аутоиммунным поражением печени. 20-летнее наблюдение. Стоматология. 2021;100 (6):108–114. [I.V. Gaiduk, V.I. Vasiliev, L.R. Fakhrislamova et al. Sjogren's disease/syndrome in combination with autoimmune liver damage. 20-years observation. Stomatologiya. 2021;100 (6):108–114. (In Russ.)]. doi 10.17116/stomat2021100061108.
4. Ган Е.Ю., Евстигнеева Л.П. Качество жизни пациенток с болезнью Шегрена на фоне проводимой базисной терапии. Медицинский алфавит. 2020;15:33–38. [E.Yu. Gan, L.P. Evstigneeva. Quality of life of patients with Sjogren's disease with ongoing therapy with diseasemodifying antirheumatic drugs. Medical Alphabet. 2020;15:33–38. (In Russ.)]. doi 10.33667/2078-5631-2020-15-33-38.
5. Еловицова Т.М., Григорьев С.С. Сухой синдром (синдром Шегрена): проявления в полости рта. Екатеринбург. 2018:168. [T.M. Elovikova, S.S. Grigorjev. Dry syndromes (Sjogren's syndrome): oral manifestations. Ekaterinburg. 2018:168. (In Russ.)]. <https://dental-press.ru/ru/nauka/textbook/2291/view>
6. Еловицова Т.М., Кошчев А.С. Кристаллографические характеристики ротовой жидкости пациентов с синдромом Шегрена. Паринские чтения 2022. Инновации в прогнозировании, диагностике, лечении и медицинской реабилитации пациентов с хирургической патологией черепно-челюстно-лицевой области и шеи. Сборник трудов Национального конгресса с международным участием, посвященного памяти профессора, заслуженного деятеля науки Республики Беларусь О.П. Чудакова, Минск, 05–06 мая 2022 года. Минск: Белорусский государственный медицинский университет. 2022:272–277. [T.M. Elovikova, A.S. Koscheev. Crystallographic characteristics of oral fluid of patients with Sjogren's syndrome. Parinsky Readings 2022. Innovation forecasting, diagnostics, treatment and medical rehabilitation of patients with craniomaxillofacial and neck pathology: proceedings of the National Congress with international participation dedicated to the memory of Professor, Honored Scientist of Republic of Belarus Oleg Chudakov, Minsk, May 05–06, 2022. Minsk: Belorussian State Medical University. 2022:272–277. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48796965>
7. Еловицова Т.М., Кошчев А.С. Кариез зубов при ксеростомии. Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный 130-летию основателя кафедры ортопедической стоматологии КГМУ, профессора Исаака Михайловича Оксмана. Казань: Казанский государственный медицинский университет. 2022:134–138. [T.M. Elovikova, A.S. Koscheev. Dental caries and xerostomia. Current Issues in Dentistry: Proceedings devoted to the 130th anniversary of the founder of the Department of Orthopedic Dentistry of Kazan State Medical University, Professor Isaak Oksman. Kazan: Kazan State Medical University. 2022:134–138. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49313583>
8. Кононова А.Г., Колбасников С.В., Бельдиев С.Н. и др. Первичный синдром Шегрена в практике врача-гастроэнтеролога: сложные вопросы диагностики и лечения (клиническое наблюдение). Медицинский алфавит. 2020;10:52–57. [A.G. Kononova, S.V. Kolbasnikov, S.N. Beldiev et al. Primary Sjogren's syndrome in practice of gastroenterologist: difficult issues of diagnosis and treatment (clinical observation). Medical Alphabet. 2020; (10):52–57. (In Russ.)]. doi 10.33667/2078-5631-2020-10-52-55.
9. Костионова-Овод И.А., Симановская О.Е., Трунин Д.А. и др. Онконастороженность в стоматологической практике (случай из клинической практики). Актуальные проблемы медицины. 2022;45 (1):79–86. [I.A. Kostionova-Ovod, O.E. Simanovskaya, D.A. Trunin et al. Oncological alertness in dental practice (case from clinical practice). Challenges in Modern Medicine. 2022;45 (1):79–86. (In Russ.)]. doi 10.52575/2687-0940-2022-45-1-79-86.
10. Кувардин Е.С., Григорьева И.Н., Бехтерева И.А. и др. Клеточный состав воспалительных инфильтратов малой слюнной железы как дополнительный диагностический критерий первичного синдрома Шегрена. Научно-практическая ревматология. 2021;59 (4):434–441. [E.S. Kuvardin, I.N. Grigorjeva, I.A. Bekhtereva et al. Cellular composition of the minor salivary gland inflammatory infiltrates as an additional diagnostic criterion for primary Sjogren's syndrome. Rheumatology Science and Practice. 2021;59 (4):434–441. (In Russ.)]. doi 10.47360/1995-4484-2021-434-441.
11. Котельникова Н.М., Гарашенко Т.И., Карнеева О.В. и др. Клинико-функциональные особенности патологии гортани при болезни Шегрена. Оториноларингология. Восточная Европа. 2022;12 (2):147–163. [N.M. Kotelnikova, T.I. Garaschenko, O.V. Karneeva et al. Clinical and functional features of pathology of the larynx in Sjogren's disease. Otorhinolaryngology. Eastern Europe. 2022;12 (2):147–163. (In Russ.)]. doi 10.34883/PI. 2022.12.2.015.
12. Bolstad A.I., Skarstein K. Epidemiology of Sjogren's Syndrome—from an Oral Perspective // Curr Oral Health Rep. — 2016;3 (4):328–336. doi:10.1007/s40496-016-0112-0.
13. Jousse-Joulin S., Coiffier G. Current status of imaging of Sjogren's syndrome // Best Pract Res Clin Rheumatol. — 2020;34 (6):101592. doi: 10.1016/j.berh. 2020.101592.
14. Lee K.A., Lee S.H., Kim H.R. Ultrasonographic Changes of Major Salivary Glands in Primary Sjogren's Syndrome // J Clin Med. — 2020;16;9 (3):803. doi: 10.3390/jcm9030803.
15. Leverenz D.L., St. Clair E.W. Recent advances in the search for a targeted immunomodulatory therapy for primary Sjogren's syndrome // F1000 Res. — 2019;29;8. doi: 10.12688/f1000re-search. 19842.1
16. Lin C.Y., Tseng C.F., Liu J.M., et al. Association between Periodontal Disease and Subsequent Sjogren's Syndrome: A Nationwide Population-Based Cohort Study // Int J Environ Res Public Health. — 2019;16 (5):771. doi:10.3390/ijerph16050771.
17. Melguizo-Rodriguez L., Costela-Ruiz V.J., Manzano-Moreno F.J., Ruiz C., Illescas-Montes R. Salivary Biomarkers and Their Application in the Diagnosis and Monitoring of the Most Common Oral Pathologies // Int J Mol Sci. — 2020;21;21 (14):5173. doi: 10.3390/ijms21145173.
18. Singh M., Teles F., Uzel N.G., Papas A. Characterizing Microbiota from Sjogren's Syndrome Patients // JDR Clin Trans Res. — 2021;6 (3):324–332. doi: 10.1177/2380084420940623.
19. Shiboski C.H., Shiboski S.C., Seror R, Criswell L.A., Labetoulle M., Lietman T.M. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for primary Sjogren's syndrome: A consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts // Arthritis Rheumatol. — 2017;69 (1):35–45. <https://doi.org/10.1002/art. 39859>.
20. Wu S.Y., Wu C.Y., Chen M.H., et al. Periodontal conditions in patients with Sjogren's syndrome: A meta-analysis // J Dent Sci. — 2021;16 (4):1222-1232. doi:10.1016/j.jds.2020.11.015.