

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНЕТИКА В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

На сегодняшний день современная ортодонтия достигла значительных успехов в диагностике и лечении зубочелюстных аномалий и деформаций. Это стало возможным благодаря разработке и внедрению новейших технологий. Появление компьютерных технологий раскрыло специалистам возможности проведения телерентгенографических исследований в виде быстрых и простых цифровых процессов, на основании которых компьютер может представить объемный анализ расшифровки телерентгенограмм. Кроме того, использование современной несъемной аппаратуры позволило добиться высокой степени совершенства в результатах ортодонтического лечения. Тем не менее и на данное время сложные вопросы в ортодонтии существуют и нуждаются в более предметном своем изучении. Одним из них является изучение возможностей и перспектив ортодонтических вмешательств у лиц, которые имеют зубочелюстную патологию, обусловленную тяжелыми наследственными заболеваниями. Последние в литературе известны как синдромы по названиям фамилий авторов, которые их исследовали и описали. Без знаний и привлечения в этот процесс специалистов соответствующего профиля, в частности генетиков, эндокринологов, челюстно-лицевых хирургов и др. Решать такие вопросы стоматологам, в том числе и ортодонтам, довольно сложно, несмотря на то, что в этом направлении уже сделаны определенные шаги.

Издано учебное пособие (справочник): «Синдромы и симптомы в стоматологии» авторским коллективом Полтавского медицинского стоматологического института (ныне Украинская Медицинская Стоматологическая академия) — Л.Я. Богашовой, Т.П. Скрипниковой, Т.М. Лукошко (1991 г.), в котором коротко описаны более 300 синдромов и симптомов. Заслуживает также внимания монография Ю.А. Беякова «Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике» (Москва, 2000 г.). В ней автором освещены генетические аспекты распространенности стоматологических заболеваний: кариеса, пародонтита, наследственного опалесцирующего дентина; недостатков развития лица, челюстей, аномалий зубов и др. В книжке изложены стоматологические проявления почти 200 наследственных заболеваний человека.

Во многих учебниках, учебных пособиях, монографиях, специальных журналах по стоматологии уже и раньше широко освещались вопросы относительно диагностики наследственных заболеваний и их проявлений в стоматологической практике при: синдроме Шерешевского-Тернера (Ю.М. Александрова, С.И. Дорошенко, Т.А. Солнцева, Н.В. Хорева, 1977; L. Alvesalo et A. Chapelle, 1979; M. Kari et al., 1980; P. Kirveskari et L. Alvesalo, 1981; и др.), синдроме Апера-Крузона (Ю.М. Александрова, Н.В. Хорева, 1979; X.A. Каламкар, Н.А. Рабухина, В.К. Безруков, 1981; R.M. Goodman, R.J. Gorlin, 1977); синдроме Олбрайта (В.В. Рогинский, 1969; А.В. Канопкенс, Р.Г. Балькявичене, 1980), синдроме Дауна (И.О. Новик, 1971; А.М. Зволінська, 1978; Г.И. Лазюк, И.В. Лурье, 1991; B.L. Shapiro, 1970; R.G. Kroll et al. 1970; M.M. Cohen, 1970; G.M. Jensen et al., 1973; G. Orner, 1979; K.M. Chow, D. O'Donnell, 1997; и др.). Однако, конкретных указаний и рекомендаций практическим врачам-ортодонтам относительно тактики лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у пациентов с наследственными системными заболеваниями они не содержат.

В специальной литературе более детально представлены синдромы эктодермальной дисплазии (таких насчитывается свыше 120 с нарушениями производных эктодермы), их диагностика и особенности лечения (Ю.М. Александрова, 1959, 1965; А.А. Ахмедов, 1961; Ф.Я. Хорошилкина, 1961; Ф.Я. Хорошилкина, К.И. Суворова, 1976; В.М. Арутюнян, С.Х. Агаджанян, 1987; Н.В. Бондарец, 1988, 1990; С.И. Дорошенко и співав., 1997, 1999; Ю.И. Бабаскін, 1999, 2001; D.J. Alessini, 1996; T.J. Balshi, 1993; G. Zussati, 1993; S. Nomura et al., 1993; A. Kupietzky, M. Houpt, 1995 и др.), а также синдром Папийона-Лефевра (М.И. Грошиков, Л.П. Пластовая, 1957; И.И. Ермолаев, Л.Н. Цегельник, 1961; А.М. Померанцева, 1963; Ч.А. Пашаев, 1965; Л.П. Касаткина и соавт., 1966; И.С. Иванов, 1972; Н.Ф. Данилевский и соавт., 1981; и др.).

В последнее время участились случаи обращений к ортодонтам пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями, обусловленными разнообразными наследственными заболеваниями, которые имеют свои особенности проявления и нуждаются в индивидуальном подходе к выбору методов лечения.

Учитывая вышеизложенное мы поставили задачу — познакомить широкий круг ортодонтот с наиболее распространенными врожденными пороками развития зубочелюстной системы у больных с генетическими синдромами, определить основные клинические симптомы их проявлений не только в полости рта, а и в челюстных костях, лицевом и мозговом черепе в целом, а также поделиться своим опытом лечения таких пациентов.

Материал и методика исследования

На лечении в ортодонтической клинике находилось 67 лиц в возрасте от 5 до 26 лет с разными генетическими синдромами: с хондродистрофией или ахондроплазией (11 чел.), черепно-ключичным дизостозом или синдромом Шейтхауера-Мари-Сентона (8 чел.), фиброматозом десен или «слоновость» десен (8 чел.), гипопизарным нанизмом (3 чел.), незавершенным остеогенезом (3 чел.), синдромом Вильямса (2 чел.), синдромом Шерешевского-Тернера (4 чел.), синдромом Олбрайта (3 чел.), синдромом Робена (2 чел.), синдромом Франческетти-Цвалена-Клейна (2 чел.), синдромом Папийона-Лефевра (4 чел.), синдромом Стейнтон-Капдепона (6 чел.), несовершенным амело- и дентниногенезом (10 чел.). При обследовании пациентов с синдромальной патологией нами проводились следующие методы исследования: клинические, антропометрические, рентгенологические (ТРГ, ОПТГ, КТ и др.). Кроме того, все пациенты с синдромальной патологией были проконсультированы соответствующими специалистами: генетиками, эндокринологами, отоларингологами, психологами и др.

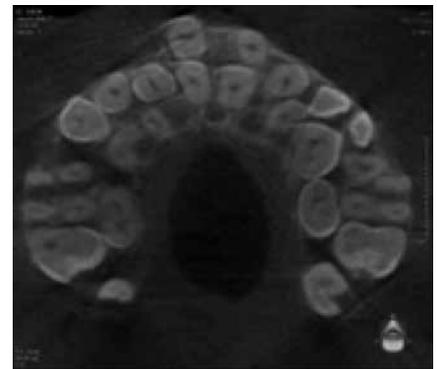


Рис. 1. Фото компьютерной томограммы верхней челюсти пациента 24 лет с черепно-ключичным дизостозом

Результаты исследования

Проведенные исследования показали, что основным стоматологическим симптомом таких генетических синдромов, как хондродистрофия, черепно-ключичный дизостоз и фиброматоз десен является множественная или полная ретенция зубов. Ретенционные зубы при хондродистрофии и черепно-ключичном дизостозе расположены в челюстных костях хаотично. Корни их недоразвиты, укорочены, деформированы, апикальные части в большинстве случаев несформированы, несмотря на зрелый возраст пациента. Все это требовало дифференцированного подхода в их диагностике и лечении.

При черепно-ключичном дизостозе, в отличие от хондродистрофии, в челюстных костях рядом с ретенционными комплектами зубами находится значительное количество сверхкомплектных зубов,

что в свою очередь провоцирует их ретенцию (рис. 1).

Кроме того, некоторые ретенционные зубы расположены в челюстях в противоположном направлении их прорезывания. Временные зубы на длительное время задерживаются в зубном ряду и все, как правило, поражены кариесом. Аппаратурное лечение по выведению зубов из ретенции, как и стимулирование их прорезывания, зачастую малоэффективны, а иногда и нецелесообразны, учитывая состояние ретенционных зубов и их корней. Альтернативой лечения служило изготовление съемных покрывных пластинчатых протезов. В случаях, когда зубы прорезывались под такими протезами (за счет резорбции костной ткани), они дополнительно покрывались тонкостенными металлическими коронками для предупреждения кариеса (рис. 2).

Хирургические вмешательства хоть и были малоэффективными, а также довольно травматичными, тем не менее они стимулировали образование цемента и нормализовали на ранних этапах развитие корней постоянных зубов. Однако этого было иногда недостаточно для их прорезывания. В таких случаях проводили оперативное вмешательство, которое заключалось в создании доступа к ретенционному зубу путем удаления над ним костной ткани с последующим глухим ушиванием раны и наложением ортодонтического аппарата-протеза для стимуляции его прорезывания. При этом использовали различные конструкции ортодонтических аппаратов, в частности разработанный нами «Аппарат для вытяжения зубов при множественной ретенции» (декларационный патент Украины № 46212 от 10.12.2009 г.) (рис. 3).

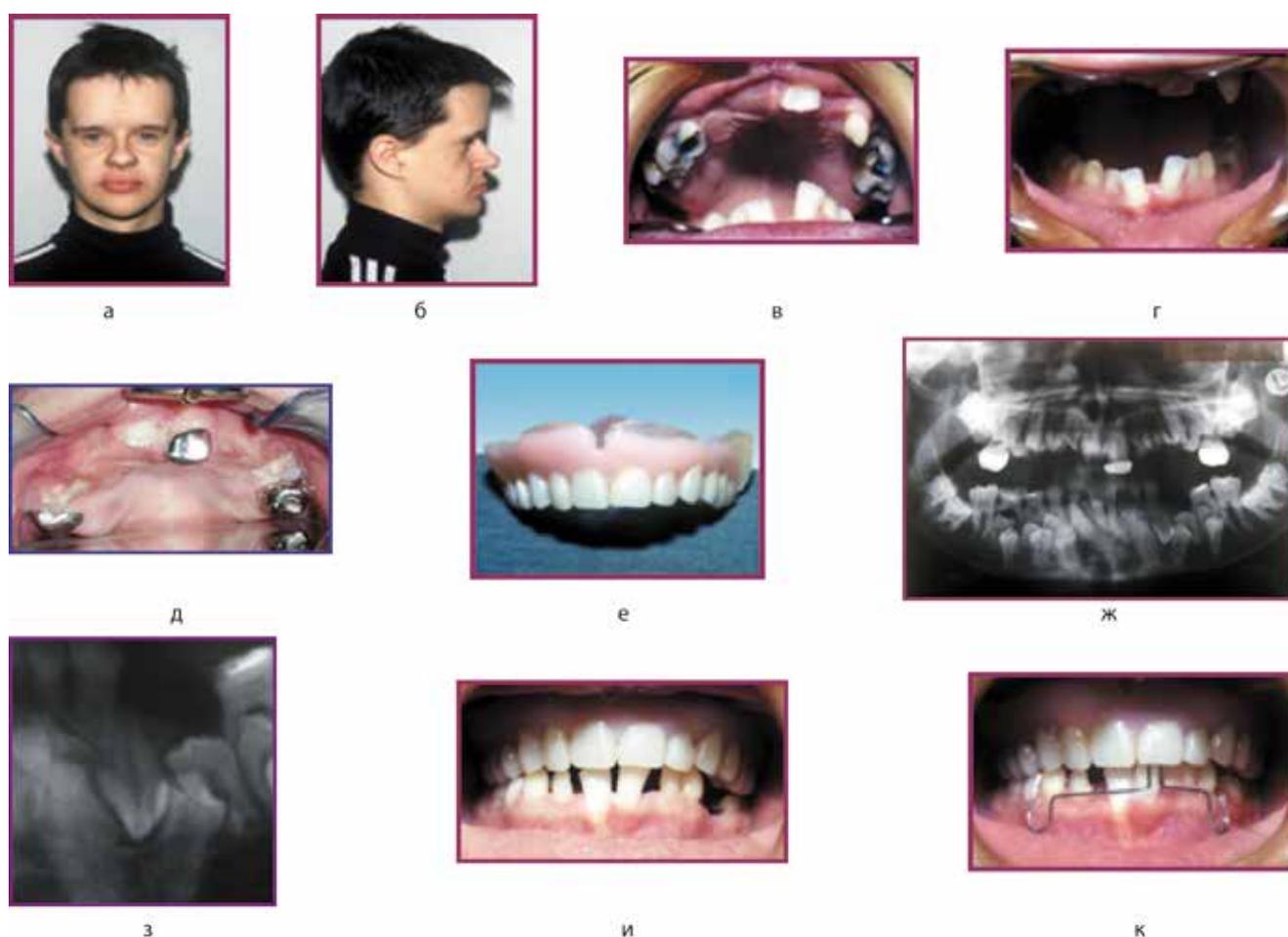


Рис. 2. Фото фаса (а), профиля (б) лица, полости рта (в, г, д), ортопантомограммы (е, ж), прицельного рентгеновского снимка на участке ретенционного 33 зуба, который прорезывается в противоположном направлении (з), до лечения пациента Сл-ч О., 19 лет, с черепно-ключичным дизостозом и на этапах лечения: эндодонтической, хирургической и ортодонтической подготовки к зубному протезированию (е, и, к)



а



б



в



г



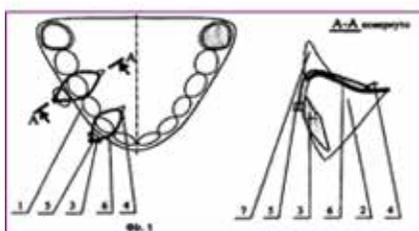
д



е



ж



з



и



к



л



м



н

Рис. 3. Фото пациента М-ка М., 23 лет с черепно-ключичным дизостозом. Фас (а) и профиль (б) лица, состояние полости рта до лечения (в-д), ортопантограмма (е), компьютерная томография (ж), схема предложенного аппарата (з), состояние полости рта на этапах комплексного лечения с применением электрофульгурации и ортодонтических аппаратов (и-н)



Рис. 4. Фото пациентки В-ной С., 15 лет с фиброматозом десен на фоне открытого прикуса: фаса (а) и профиля (б) лица; телерентгенограммы (в), состояния полости рта до лечения (г-е), состояния полости рта на этапах комплексного лечения с применением электрофульгурации и ортодонтических аппаратов (ж-т)

При фиброматозе десен фиброзные разрастания ограничивались отдельной группой зубов. Чаще наблюдалась генерализованная его форма. Коронки зубов покрывались разросшейся слизистой на 2/3 высоты их коронок или полностью. Разрастание немного бледнее за окружающую слизистую оболочку, твердой консистенции, безболезненные. Такая патологически измененная слизистая оболочка десен была значительной преградой для прорезывания зубов. Тактика лечения состояла в иссечении фиброзных разрастаний с целью раскрытия («высвобождения») зубов. Учитывая травматичность традиционного хирургического вмешательства при этом, нами проводилась диатермодеструкция (электрофульгурация) патологически измененных десен с помощью дальнедистанционного (на расстоянии 3 мм от поверхности десен) электрохирургического устройства собственной конструкции («Электрофульгуратор» А.С. № 1648410 выданное Госкомизобретений СССР и Патент на изобретение № 73454, выданный Государственным департаментом интеллектуальной собственности Украины), что позволяло обеспечить надежный гемостаз (за счет обугливания тканей), асептические условия проведения вмешательства (за счет озонирования окружающих тканей), и ускорение процесса регенерации раневой поверхности. Кроме того, электрофульгурация позволяла провести поэтапную и много-разовую, при необходимости, деструкцию мягких тканей с учетом состояния пародонта и зубов, а также сроков их прорезывания. После чего коррекция положения отдельных зубов и прикуса становилась более возможной, что особенно важно при использовании несъемной аппаратуры — брекет-системы (рис. 4).

Продолжение следует.