

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ПВНЗ «Київський Медичний Університет УАНМ», (м. Київ)

dentist99@mail.ru

Дана робота є фрагментом НДР «Підвищення ефективності ортопедичного і ортодонтчного лікування хворих з дефектами зубів, зубних рядів, аномаліями та деформаціями зубощелепного апарату», № державної реєстрації 010U011147.

Вступ. Останніми роками в спеціальній літературі великої уваги надається так званій пограничній патології. Це є свідченням того, що з часом усе більше нівелюється межі між «чисто стоматологічними»; «чисто неврологічними» та іншими захворюваннями, що проявляються ураженням щелепно-лицевої ділянки. Сьогодні вже ніхто не заперечує той факт, що провідну роль у виникненні черепно-лицевих аномалій, зокрема зубощелепних, відіграє спадковість [1-5]. Тому вміння діагностувати різноманітні ураження зубощелепно-лицевої ділянки (ЗЩЛД) необхідне не тільки стоматологам, а й представникам більш вузьких спеціальностей. Саме міждисциплінарний підхід не тільки у діагностиці, а й у виборі найбільш раціональних методів лікування може забезпечити позитивні результати часом довготривалої реабілітації пацієнтів з зубощелепними аномаліями, що протікають на тлі синдромальної патології.

За останні десятиріччя значно почастишали випадки звернень до ортодонтів пацієнтів із зубощелепними аномаліями, зумовленими різноманітними системними захворюваннями. Ортодонтчне лікування таких пацієнтів досить складне та довготривале, а іноді малоефективне. Тому нерідко виникають непорозуміння між лікарями та батьками хворих дітей. Ортодонт, щоб уникнути цього, повинен добре орієнтуватися в діагностиці спадкових захворювань, знати найбільш характерні їх прояви.

У спеціальній вітчизняній літературі ці питання висвітлені ще недостатньо. Тому є актуальним ознайомлення лікарів-ортодонтів з найпоширенішою патологією, яка проявляється різними порушеннями на ЗЩЛД, що потребує міждисциплінарного підходу не тільки у проведенні їх диференційної діагностики, а й у виборі адекватних комплексних методів лікування, особливо апаратурного та вмінні прогнозувати його результати.

Мета дослідження – визначити найбільш поширену синдромальну патологію в ортодонтчній

практиці та її основні прояви, а також перспективи апаратурного лікування.

Об'єкт і методи дослідження. Нами було обстежено та прийнято на лікування 69 пацієнтів з різною синдромальною патологією віком від 6 до 27 років, які звернулися за ортодонтчною допомогою протягом останніх 10 років. Майже 70% пацієнтів мали заключення генетиків та ендокринологів. Всі інші (30%) пацієнти були додатково направлені на консультацію до відповідних фахівців (генетиків, ендокринологів, оториноларингологів, офтальмологів, дерматологів та інші).

Клінічне обстеження пацієнтів проводилося за загально-прийнятною методикою. Великої уваги надавали встановленню генетичної схильності до виникнення синдромальної патології, тобто наявності даної аномалії розвитку у найближчих родичів хворого. З'ясували стан матері в період вагітності, особливості протікання пологів та ін. Вивчали характерні риси обличчя пацієнта, беручи до уваги заключення фахівців різного профілю (генетиків, ендокринологів та інших) для встановлення заключного діагнозу. При внутрішньо ротовому огляді визначали кількість зубів, їх форму та розташування в зубній дузі, оклюзійні співвідношення, наявність деформацій та дефектів зубних рядів, альвеолярних відростків, піднебіння, тощо.

Взаємовідношення щелеп, їх величину та положення в черепі (а нижньої щелепи і в суглобі) та індивідуальний генетичний профіль визначали за даними телерентгенографічних досліджень. Аналіз телерентгенограм проводився за методом А. М. Schwarz (1962). Комп'ютерна томографія здійснювався у разі діагностування наявності співустя після проведеної у відповідних фахівців стафілоуранопластики, стану скронево-нижньощелепних суглобів, а також стану зубів при стійкій множинній чи повній їх ретенції.

Антропометричні вимірювання діагностичних моделей проводилися для визначення ширини та довжини зубних рядів, а також апікальних базисів; оклюзійних співвідношень та форми піднебіння, тощо (за методами Пона, Коркхауза, Снагіної та ін.).

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені дослідження засвідчили, що найбільшу

кількість пацієнтів 37,5% (19 осіб) склали хворі на синдром **Кріста-Сіменса-Турена**, тобто ангідротичну спадкову дисплазію, при якій уражаються всі похідні ектодерми з характерною так званою «триадою»: ангідроз – відсутність потових залоз, атрихоз – відсутність волосся, адентія – відсутність зачатків зубів (множинна та повна). Тяжкість захворювання залежала від кількості відсутніх зубів та ступеня ураження інших похідних ектодерми. Складні анатомографічні умови порожнини рота (відсутність зубів та альвеолярних відростків, плескате піднебіння з торусом, атрофічна слизова оболонка протезного ложе, гіпосалівація та ін.) створюють несприятливі умови для ортопедичного лікування пацієнтів. Лікування полягало у виготовленні переважно знімних конструкцій зубних протезів (повних, часткових). При аномаліях положення зубів використовувалися апарати-протези, а при аномалії форми зубів – коронкове протезування, адгезивна техніка. Для кращої фіксації знімних, особливо повних, протезів застосовувалися крем “Корега” та силіконові маси. Імплантація, що сьогодні застосовується при даній патології деякими фахівцями, особливо у дітей, себе не виправдовує із-за відсутності відповідних умов для її проведення і, в першу чергу, достатньої кісткової бази.

На другому місці за зверненням в клініку були пацієнти з синдромом **Шейстхауера-Марі-Сентона** (черепно-ключичним дизостозом) та **фіброматозом ясен**, 8,7% (6 осіб) та 10,1% (7 осіб), відповідно. **Хондродистрофія** зустрічалася дещо рідше – 7,3% (5 осіб). Третє місце посіли такі синдроми як: **Папійона-Лефевра** – 5,8% (4 особи), **гіпофізарний нанізм** – 4,4% (3 особи), **недосконалий остеогенез** – 4,4% (3 особи), **Франческетті-Цвалена** – 4,4% (3 особи), **Олбрайта** – 4,4% (3 особи) та інші.

Проведені дослідження показали, що основним стоматологічним симптомом таких генетичних синдромів, як хондродистрофія, черепно-ключичний дизостоз та фіброматоз ясен є множинна та повна ретенція зубів. Ретензовані зуби при хондродистрофії та черепно-ключичному дизостозі розташовані хаотично в щелепних кістках. Корені їх недорозвинені, вкорочені, деформовані, апікальні частини у більшості із них несформовані, незважаючи на старший вік пацієнта. При ключично-черепному дизостозі, на відміну від хондродистрофії, в щелепних кістках поряд з ретензованими комплектами зубами знаходилася значна кількість надкомплектних зубів. Окрім того, деякі ретензовані зуби розташовувалися в протилежному напрямку прорізування. Тимчасові зуби на довгий час затримувалися в зубному ряду і всі були уражені карієсом. Апаратурне лікування по виведенню зубів із ретенції, як і стимулювання їх прорізування були малоефективними, враховуючи стан їх коренів. Альтернативою лікування слугувало виготовлення знімних покривних пластинчастих протезів. У випадках, коли зуби прорізувалися під такими протезами (за рахунок резорбції кісткової тканини), вони покривалися тонкостінними металічними коронками для попередження карієсу. Хірургічні

втручання були малоефективними та досить травматичними, особливо при атипичному положенні ретензованих зубів.

При **фіброматозі** ясен фіброзні розростання обмежувалися окремою групою зубів, а частіше спостерігалася генералізована форма. Коронки зубів покривалися на 2/3 або повністю. Розростання були дещо блідніші за навколишню слизову оболонку, твердої консистенції, безболісні. Така патологічно змінена слизова оболонка ясен ставала значною перешкодою для прорізування зубів. Тактика лікування полягала у видаленні фіброзних розростань з метою вивільнення зубів. Враховуючи травматичність традиційного хірургічного втручання при цьому, нами проводилася електрофульгурація (діатермодекстрація) патологічно змінених ясен за допомогою дальнодистанційного (на відстані 3 мм від ясен) електрохірургічного пристрою власної конструкції (“Електрофульгуратор”), що дозволяло забезпечити надійний гемостаз (за рахунок обвуглювання м'яких тканин), асептичні умови при втручанні (за рахунок озонування оперативного поля) та прискорення процесу регенерації раньової поверхні. Електрофульгурація дозволяла проводити поетапну та, при необхідності, багаторазову деструкцію м'яких тканин з урахуванням їх товщини, стану пародонту та зубів і терміну їх прорізування. Після чого корекція положення зубів та прикусу ставала більш можливою.

При вадах розвитку твердих тканин (**синдром Стейнтон-Капдепона** та інших порушеннях амело- та дентогенезу) спостерігалась стертість зубів різного ступеня, наявність дентиклів у пульпі, облітерація корневих каналів та деформація коренів. При значній стертості зубів відбувалося значне зниження висоти прикусу, що погіршувало не тільки функцію жування та мови, а й естетику обличчя. Аномалійний колір зубів (сіро-фіолетовий) спотворював посмішку. Лікування пацієнтів потребувало комплексного підходу і здійснювалося фахівцями різного стоматологічного профілю. При незначній стертості зубів проводилася ремінералізаційна терапія, ендодонтичне лікування, а також реставрація композитними матеріалами. При значних дефектах твердих тканин проводилося зубне протезування різними конструкціями незнімних протезів з попереднім виготовленням кульшових вкладок. У разі вираженого руйнування зубів (майже до ясен), особливо тимчасових, їх покривали тонкостінними металічними коронками, а поверх них виготовляли повні знімні протези. Підвищення висоти прикусу у дорослих проводили незнімними конструкціями, попередньо застосовуючи знімні капи з метою адаптації до встановленої висоти.

Зубощелепні аномалії та деформації посилювали стертість зубів, залучаючи в патологічний процес і інші структури зубощелепного апарату (скронево-нижньощелепні суглоби, м'язи та ін.). Ортодонтичне лікування було ефективним лише на початкових стадіях стирання зубів та в ранньому віці і полягало в перебудові м'якотканого рефлексу та елементів

скронево-нижньощелепних суглобів, в розширенні зубних дуг і піднебіння, тощо. Тому при лікуванні застосовувалися переважно знімні конструкції ортодонтичних апаратів.

При **недосконалому остеогенезі** у хворих спостерігався також характерний колір зубів, як при синдромі Стейнтон-Капдепона. Виражена демінералізація дентину та специфічний колір зубів слугували діагностичним тестом ще до змін, які відбувалися в скелеті. Ведучим механізмом у розвитку даного захворювання, як відомо, є аномалія остеогенезу, що характеризується підвищеною функцією остеокластів та зниженою функцією остеобластів і недостатком колагену, що проявлялося у наших пацієнтів остеопорозом, підвищеною ламкістю кісток, деформацією скелету. Потерпали переважно трубчасті кістки та ребра. На місці переломів утворювалася велика кісткова мозоль, яка з часом піддавалась зворотньому розвитку. У пацієнтів, що звернулися до нас на лікування, спостерігався малий зріст з деформацією кінцівок, великий розмір голови, слабкість зв'язково-м'язового апарату. Із стоматологічних симптомів, окрім зміни кольору зубів, спостерігалось: облітерація пульпових камер, яка починалася одразу після прорізування зуба і повільно прогресувала; порушення термінів та порядку прорізування зубів; патологічна стертість зубів; переважно прогенічний (мезіальний) прикус; часті переломи кінцівок. Ортодонтичне лікування зубощелепної аномалії проводилося знімними конструкціями апаратів. Хворі були дитячого віку від 6 до 12 років. Всі вони перебували на диспансерному обліку у педіатра за місцем проживання. Проте їх лікування, в тому числі і ортодонтичне, було малоефективним і полягало у проведенні паліативної терапії та щадного режиму з метою профілактики переломів з обережним застосуванням ЛФК, масажу, міогімнастики та у повноцінному раціональному харчуванні (їжі багатой кальцієм, фосфором та ін.).

При **синдромі Шерешевського-Тернера** – хромосомному синдромі, зумовленому аномаліями статевих хромосом у осіб жіночої статі, спостерігалися такі ознаки: низький зріст, інфантилізм, коротка шия (шия сфінкса) з крилоподібними складками на ній, пігментні невуси, збільшення щитоподібної залози, гіпоплазія та деформація нігтів, скелетні порушення, брахіцефальний череп, деформовані вуха, епікантус, птоз повік, косоокість, астигматизм, низьке прикріплення волосяного покриву на шиї, тощо. Із стоматологічних симптомів, за даними проведених нами досліджень, превалювали: прогнатія (дистальний прикус), “готичне” – високе піднебіння, виражена скупченість зубів, звуження зубних дуг, мікродонтія, гіпертрофічний гінгівіт. Рентгенологічно виявлено уповільнення формування коренів постійних зубів, а також їх вкорочення, в деяких випадках петрифікація окремих ділянок кореневої пульпи. Телерентгенографічними дослідженнями встановлено: вкорочення довжини передньої основи черепа, недорозвиток обох щелеп, дистальне положення нижньої щелепи. Лікування таких хворих проводилося паліативне за

участю лікарів різного профілю: призначення анаболічних стероїдів для стимуляції росту скелету, в тому числі лицевого, але в певних межах (після закінчення остеогенезу в зонах швів); при гіпертрофічному гінгівіті в пубертатному періоді поряд з місцевим та фізіотерапевтичним лікуванням застосовувалися андрогенні препарати для поліпшення стану пародонту. Ортодонтичне лікування, на жаль, не принесило бажаних результатів.

Синдром Апера-Крузона (один із різновидів черепно-лицевого дизостозу) у пацієнтів з даним захворюванням проявлявся наступними ознаками: малий зріст, деформація черепа («баштовий череп») зі значним вип'ячуванням лоба, тім'яної ділянки та деформацією обличчя (широкий, гачкоподібно вигнутий ніс, як у папуги; западання середньої зони обличчя внаслідок недорозвинення верхньої щелепи). Очі витрішкуваті та опуклі за рахунок плескати очних западин і розташовані на більшій відстані один від одного. Черепні шви закриваються передчасно, що в подальшому спричиняє підвищення внутрішньочерепного тиску і, як наслідок, стоншення покриття кісток черепа та їх деформацію. Проведені нами дослідженнями було виявлено значне недорозвинення верхньої щелепи та її ретроположення в черепі. Нижня щелепа розвинена у межах вікової норми на тлі дистально розташованого скронево-нижньощелепного суглоба. У хворих превалював мезіальний (прогенічний) прикус зі зворотнім перекриттям зубів різного ступеня та різною величиною сагітальної щілини, а також його поєднання з двостороннім перехресним букальним та відкритим прикусами; скупченістю та аномалійним положенням зубів, і звуженням верхньої зубної дуги. Крім того, спостерігалось погіршення гостроти зору. Тип успадкування аутосомно-домінантний, хворіють переважно чоловіки, передача спадкова по батьківській лінії. Лікування хворих поетапне й комплексне. Ортодонтичне лікування було більш ефективним в ранньому віці з використанням знімних апаратів та позаротової тяги і полягало в корекції положення окремих зубів, розширенні верхньої зубної дуги, стимуляції росту верхньої щелепи та її переміщенні вперед. Апаратне лікування в старшому віці малоефективне, особливо в естетичному плані. Рання краніотомія для зниження внутрішньочерепного тиску не впливала на подальший розвиток кісток черепа. Проте деякі вчені з багаторічним досвідом (Лазюк Г. І., Лур'є І. В., Черствой Е. Д., 1983) стверджують, що більшість вад розвитку можна виправити в перші місяці життя дитини, якщо лікувати комплексно та поетапно за участю щелепно-лицевих хірургів, нейрохірургів, окулістів, отоларингологів.

У пацієнтів хворих на синдром **Франческетті-Цвалена-Клейна** (щелепно-лицевий дизостоз), спостерігалось одно-, а іноді двостороннє ураження обличчя, як результат порушення генезу першої зябрової дуги та зябрової борозни. При цьому вражались м'які тканини та кістковий відділ середньої та нижньої частини обличчя. Лице витягнуте з “пташиним” профілем, підборіддя скошене назад, іноді

епікантус, антимонголоїдний розріз очних щілин внаслідок двосторонньої гіпоплазії скулових кісток, зокрема нижньозовнішніх ділянок орбіт, звуження ніздрів внаслідок гіпоплазії крил носа. Основні ознаки захворювання: відсутність вій на нижніх віках, наявність колобом, скронево-передвухне оволошіння, носолобний кут не виражений, аномалії форми та розмірів вушних раковин, асиметрія обличчя (при односторонньому ураженні). За даними рентгенологічних досліджень у пацієнтів, прийнятих нами на лікування, було виявлено зменшення фронтальних синусів та верхньощелепних пазух; недорозвиток, а іноді відсутність скулових кісток; дефекти турецького сідла; недорозвиток і вкорочення нижньої щелепи та її гілки; порушення у формуванні скронево-нижньощелепних суглобів (недорозвиток суглобових головок, вкорочення виросткового відростку); недорозвиток верхньої щелепи та її пазух; розміри мозкового черепа превалюють над розмірами лицьового, довжина передньої черепної ямки зменшена. При односторонньому враженні спостерігалася значна асиметрія обличчя, яка зумовлена не тільки змінами лицьового скелету, а й недорозвитком м'яких тканин обличчя (жувальних та мимічних м'язів), слинних залоз, а іноді їх відсутність. У прийнятих нами пацієнтів з даним захворюванням превалювала одностороннє косе незрощення обличчя (від вуха до кута рота). Стоматологічні симптоми проявлялися у скупченості та аномальному положенні зубів, звуженні зубних дуг, порушенні міжжюклюдійних співвідношень (прогнатія за рахунок недорозвитку та дистального положення нижньої щелепи). У разі одностороннього враження дистальний прикус ускладнювався перехресним. Ортодонтичне лікування полягало у корекції положення зубів та усуненні їх скупченості, у зміщенні допереду нижньої щелепи та стимуляції її росту. Апаратурне лікування було ефективним, якщо воно починалося в ранньому віці дитини. Проте, ортодонтичне лікування дозволяло лише в певній мірі поліпшити міжжюклюдійні та міжщелепні співвідношення. Подолати естетичні недоліки без хірургічних втручань (ортохірургії) неможливо.

На лікуванні в клініці знаходилися також 3 пацієнти хворі на синдром **Олбрайта (спадкову остеодистрофію)**. Проведеними дослідженнями встановлено, що дана патологія притаманна головним чином особам жіночої статі і характеризується змінами в скелеті. Вражені кістки заміщуються фіброзною сполучною тканиною. В сироватці крові спостерігається зниження вмісту кальцію. Враження кісток подібне до такого, як при фіброзній остеодисплазії. Патологічним процесом можуть уражатися всі кістки, проте переважно щелепні. На щелепах зустрічаються, як невеликі локалізовані осередки, так і дифузні враження кісток у вигляді їх потовщення. У всіх трьох пацієнток, прийнятих нами на лікування спостерігалася враження верхньої щелепи: у двох – одностороннє, а у одній – двостороннє. Одностороннє супроводжувалося вираженою асиметрією обличчя, збільшенням розмірів зубів на стороні враження, та

кінцівок (долоні та ступні). Ортодонтичне лікування було спрямоване на поліпшення міжжюклюдійних співвідношень. Основний метод лікування – хірургічний після пубертатного періоду, а в молодшому віці лікування паліативне за участю відповідних фахівців, але і воно малоефективне.

При синдромі **Папійона-Лефевра** (гіперкератоз долонно-підшовений з пародонтолізом) спостерігався вроджений (вже при народженні дитини) гіперкератоз долоней і стоп та прогресуюча деструкція альвеолярної кістки навколо тимчасових, а потім і постійних зубів. Захворювання поступово прогресувало. Процес розповсюджувався на ділянки ахілових сухожилів, колінні та ліктьові суглоби. Ороговіння шкіри наростало, з'являлися тріщини. Перші стоматологічні ознаки захворювання спостерігалися вже в 2-3 роки. Прорізування зубів супроводжувалося запаленням ясен, яке не вщухало, посилювалися рухливість зубів (спочатку тимчасових, а потім постійних), дистрофія альвеолярної кістки з утворенням патологічних зубоясенних кишень, гноетечею, розростанням грануляційної тканини, а згодом втратою всіх зубів. У дітей з цією патологією вже до 4,5 років не залишалося в роті практично ні жодного тимчасового зуба. Постійні зуби прорізувалися в звичайні терміни, проте через 2-3 роки ставали рухливими і випадали до 13-15 років майже всі. Після чого дистрофія кісткової тканини щелеп призупинялися, але тоді на беззубих щелепах альвеолярні відростки були майже відсутні. Таким пацієнтам нами виготовлялися спочатку часткові, а згодом повні знімні протези. Слід відмітити, що часткові знімні протези сприяли ще більшому розхитуванню зубів та прогресуванню запалення ясен. Оптимальної фіксації досягалося лише при виготовленні повних знімних протезів і то на верхній щелепі.

Що стосується лікування хворих з іншими синдромами то воно проводилося з урахуванням тяжкості патології та залученості в процес інших структур організму, зокрема зубощелепно-лицьового комплексу, і потребувало індивідуального комплексного підходу та участі відповідних фахівців (щелепно-лицьових хірургів, оториноларингологів, ендокринологів, нейрохірургів).

Висновки. Таким чином, проведені нами дослідження та клінічні спостереження засвідчили, що пацієнти з синдромальною патологією потребують особливої уваги до себе. В першу чергу, вони повинні перебувати на диспансерному обліку за місцем проживання і проходити лікування в спеціалізованих центрах, які на даний час ще не функціонують.

Питання своєчасного та адекватного лікування таких хворих на професійному рівні повинні вирішуватися при участі спеціалістів відповідного профілю, а також при широкій і всебічній підтримці органів Охорони здоров'я та місцевого самоврядування.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати будуть впроваджені в практичну роботу лікарів-ортодонтів та в подальшому можуть бути внесені в протоколи лікування ортодонтичний пацієнтів.

Література

1. Беляков Ю. А. Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике / Ю. А. Беляков. – М. : Ортодент-Инфо, 2000. – 294 с.
2. Богашова Л. Я. Синдромы и симптомы в стоматологии / Л. Я. Богашова, Т. П. Скрипникова, Т. М. Козуб. – Полтава : Мед. стомат. ин-т, 1991. – 25 с.
3. Кручинский Г. В. Челюстно-лицевой дизостоз и другие синдромы первой и второй жаберных дуг / Г. В. Кручинский // Стоматология. – 1972 – № 2. – С. 97-100.
4. Лазюк Г. И. Наследственные синдромы множественных врожденных пороков развития / Г. И. Лазюк, И. В. Лурье, Е. Д. Черствой. – М. : Медицина, 1983. – 204 с.
5. Schwarz A. M. Roentgenostatics. A practical evaluation of the X-ray headplate / A. M. Schwarz // Am. J. Orthodont. – 1961. – Vol. 47. – P. 561-585.

УДК 616. 314-089-23-008-6

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дорошенко С. І.

Резюме. За останні десятиріччя значно почастишали випадки звернень до ортодонтів пацієнтів із зубощелепними аномаліями, зумовленими різноманітними системними захворюваннями. Ортодонтичне лікування таких пацієнтів досить складне та довготривале, а іноді малоефективне. Тому нерідко виникають непорозуміння між лікарями та батьками хворих дітей. Ортодонт, щоб уникнути цього, повинен добре орієнтуватися в діагностиці спадкових захворювань, знати найбільш характерні їх прояви.

У спеціальній вітчизняній літературі ці питання висвітлені ще недостатньо. Тому є актуальним ознайомлення лікарів-ортодонтів з найпоширенішою патологією, яка проявляється різними порушеннями зубощелепнолицевої ділянки, що потребує міждисциплінарного підходу не тільки у проведенні їх диференційної діагностики, а й у виборі адекватних комплексних методів лікування, особливо апаратного, та вмінні прогнозувати його результати.

Проведені дослідження та клінічні спостереження засвідчили, що пацієнти з синдромальною патологією потребують особливої уваги до себе. В першу чергу, вони повинні перебувати на диспансерному обліку за місцем проживання і проходити лікування в спеціалізованих центрах, які на даний час ще не функціонують.

Питання своєчасного та адекватного лікування таких хворих на професійному рівні повинні вирішуватися при участі спеціалістів відповідного профілю, а також при широкій і всебічній підтримці органів охорони здоров'я та місцевого самоврядування.

Ключові слова: ортодонтичне лікування, синдромальна патологія, особливості лікування.

УДК 616. 314-089-23-008-6

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дорошенко С. И.

Резюме. За последние десятилетия значительно участились случаи обращений к ортодонтам пациентов с зубочелюстными аномалиями, обусловленными различными системными заболеваниями. Ортодонтическое лечение таких пациентов довольно сложное и длительное, а иногда малоэффективное. Поэтому нередко возникают недоразумения между врачами и родителями больных детей. Ортодонт, чтобы избежать этого, должен хорошо ориентироваться в диагностике наследственных заболеваний, знать наиболее характерные их проявления.

В специальной отечественной литературе эти вопросы освещены недостаточно. Поэтому актуально ознакомление врачей-ортодонтів с распространенной патологией, которая проявляется различными нарушениями зубочелюстнолицевой области, что требует междисциплинарного подхода не только в проведении их дифференциальной диагностики, но и в выборе адекватных комплексных методов лечения, особенно апаратного, и уметь прогнозировать его результаты.

Проведенные исследования и клинические наблюдения показали, что пациенты с синдромальной патологией требуют особого внимания к себе. В первую очередь, они должны находиться на диспансерном учете по месту жительства и проходить лечение в специализированных центрах, которые в настоящее время еще не функционируют.

Вопросы своевременного и адекватного лечения таких больных на профессиональном уровне должны решаться при участии специалистов соответствующего профиля, а также при широкой и всесторонней поддержке органов здравоохранения и местного самоуправления.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, синдромальная патология, особенности лечения.

UDC 616.314-089.23-008.6

Interdisciplinary Approach to Orthodontic Treatment of Pathology Syndromic

Doroshenko S. I.

Abstract. Over the past decade, more frequent cases of appeals to orthodontists patients with dentition abnormalities caused by various systemic diseases. Orthodontic treatment of these patients is quite difficult and time-consuming and sometimes ineffective. Because there are often misunderstandings between doctors and parents of sick children. Orthodontist to avoid this, is to learn the ropes in the diagnosis of hereditary diseases, they know the most characteristic manifestations.

In a special national literature highlights these issues is not enough. Therefore, there is urgent review of medical orthodontists with the most common pathology, which manifests itself in various disorders that requires a multidisciplinary approach not only in carrying out their differential diagnosis, but also in the choice of correct therapeutic method, especially hardware and be able to predict the results.

Past studies have shown that the largest number of patients 37.5% (19 people) were patients with syndrome Christa-Siemens-Touraine, in which affected all derived from the ectoderm characterized by the so-called "Three-ada": anhidrosis – no sweat glands, atryhoz – no hair aedentia – lack of dental germs (multiple and full). In second place at the request of the clinic patients with the syndrome were Sheysthauer Marie-Seiton (clavicular head dysostosis) and fibromatosis, 8.7% (6 people) and 10.1% (7 people), respectively. Hondrodystrofiya met less frequently – 7.3% (5 people). Third place was taken syndromes such as: Papiyona-Lefebvre – 5.8% (4 persons), pituitary dwarfism – 4.4% (3 persons), osteogenesis imperfecta – 4.4% (3 persons) Franchesketti-Tsvalena – 4.4% (3 persons), Albright – 4.4% (3 persons) and others.

Studies have shown that the main symptom of dental genetic syndromes, as hondrodystrofiya, traumatic clavicular dysostosis and gingival fibromatosis is multiple and full retention of teeth. Retarded teeth at hondrodystrofiya and clavicular head dysostosis located randomly in the jaw bones. The roots of their underdeveloped shortened, twisted, apical part in most of them immature, despite the older age of the patient. When cleidocranial dysostosis, unlike hondrodystrofiya in jaw bones along with retarded teeth with complete teeth was a significant number of supernumerary teeth. In addition, some retarded teeth located in the opposite direction of eruption. Temporary teeth for a long time detained in alignment and all were affected by caries.

In patients with syndrome Franchesketti-Tsvalena-Klein (maxillo-facial dysostosis), there was one, and sometimes bilateral lesions of the face as a result of violation of origin of the first gill arch gill and furrows.

The syndrome Papiyona-Lefebvre (hyperkeratosis hand-plantar with parodontoliz) observed innate (already at birth) hyperkeratosis of palms and soles and progressive destruction of alveolar bone around temporary and then permanent teeth.

Our studies and clinical observations have shown that patients with syndrome disorders need special attention. First of all, they should be on the dispensary in the community and be treated in specialized centers, which are currently not operational yet.

The issue of timely and adequate treatment of such patients should be handled professionally with the participation of specialists of the profile, as well as broad and comprehensive support of health authorities and local governments.

Keywords: orthodontic treatment, syndrome pathology, especially treatment.

Рецензент – проф. Куроєдова В. Д.

Стаття надійшла 25. 02. 2015 р.