

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА ПРИ АНКИЛОЗЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА ВСЛЕДСТВИЕ СКЛЕРОДЕРМИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

По данным ВОЗ, первичная заболеваемость системной склеродермией в общей популяции колеблется от 3-х до 12 случаев на 1 млн населения. Преобладающий возраст – 30-60 лет, преобладающий пол – женский. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты различных форм системного склероза у детей и подростков [1].

В основе патогенеза нарушение нормального взаимодействия эндотелиальных, гладкомышечных клеток, фибробластов, Е- и В-лимфоцитов, макрофагов, тучных клеток, эозинофилов. Центральная роль в фиброзообразовании принадлежит фибробластам, ускользающим от контроля регуляции и синтезирующим коллаген в аномально высоких количествах. Среди факторов, активирующих фибробласты – ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, тромбоцитарный фактор роста, трансформирующий фактор роста β , гистамин. Первично, вероятно, возникают сосудистые изменения (сужение просвета, закупорка сосуда). Вторично в промежутках между волокнами откладываются кислые мукополисахариды, вещество волокон набухает и разрастается. Очевидно, в возникновении процесса определенную роль играет аутоиммунный механизм. Среди особенностей гуморального иммунитета – образование аутоантител к клеточным мембранам фибробластов, коллагену I и IV типов. Вероятной считается нейрогенная этиология. Наблюдаются две формы заболевания: очаговая (ограниченная) и диффузная – системная склеродермия.



Бимбас Е.С.

д.м.н., проф.,
зав. кафедрой
стоматологии детского
возраста и ортодонтии
УГМУ, г. Екатеринбург,
kdvo@inbox.ru

Меньшикова Е.С.

клинический ординатор
кафедры стоматологии
детского возраста
и ортодонтии УГМУ,
г. Екатеринбург

Резюме

В исследовании мы наблюдали пациента 21 года с анкилозом постоянного резца, развитие которого связано со склеродермией. Диагноз склеродермии установлен в 10 лет, с 19 лет – состояние ремиссии. Эстетический и функциональный дефект вследствие анкилоза зуба 2.1 устранен путем протезирования. Изготовлены виниры из основе диоксида циркония с облицовкой керамикой на сегмент 1.1 – 2.2. При этом зуб 2.1 сохранен на месте.

Ключевые слова: склеродермия, анкилоз зубов, восстановление зубного ряда.

RESTORATION OF THE DENTITION WITH ANKYLOSIS
PERMANENT INCISOR TEETH DUE TO SCLERODERMA:
CLINICAL OBSERVATION

Bimbass E.S., Menshikova E.S.

The summary

In research is presented case of treatment 21 years old man with dental ankylosis 2.1 tooth, and scleroderma. The diagnosis of scleroderma was established when patient was 10 years old, since 19 years the patient had remission. Esthetic and functional defect after ankylosis 2.1 tooth were eliminated by orthopedic treatment. Made bridge Made of veneers zirconia ceramic veneer 1.1,, 2.1., 2.2. While tooth 2.1 retained.

Keywords: scleroderma, dental ankylosis, orthopedic treatment.

Симптомом склеродермии является уплотнение соединительной ткани кожи и слизистых оболочек в результате разрастания коллагеновых волокон. При очаговой (ограниченной) склеродермии на коже в любом месте появляются одиночные или множественные твердые бляшки величиной от копеечной монеты до ладони, они имеют лилово-красный цвет и окаймлены отеком. Позже эти бляшки атрофируются и приобретают цвет слоновой кости. Иногда бляшки располагаются в виде полос. На лице склеродермия встречается вместе с гемиатрофией лица, когда кожа и кости одной половины лица (обычно в период полового созревания) постепенно отстают в развитии. По данным литературы, локализованная склеродермия со стоматологическими заболеваниями не связана [4].

В случаях диффузной (системной) склеродермии отмечается поражение лицевой области в виде симметричного утолщения кожи лица, кожа быстро белеет, становится холодной (синдром Рейно), позже пальцы и нос заостряются (акросклероз), их кожа становится твердой, упругой, приобретает синевато-красный цвет. Постепенно кожа конечностей, лица, а затем и туловища диффузно затвердевает, становится прохладной на ощупь, синюшно-красной, блестящей, позже приобретает цвет слоновой кости [3]. Волосы выпадают, часто появляются телеангиэктазии, а на пальцах рук – твердые узелки, состоящие из известковых отложений, иногда с изъязвлением (кальциноз). Вторично может наступить резорбция костей (на фалангах пальцев), руки могут деформироваться. Уплотняется соединительная ткань пищевода и желудка, возникают легочный фиброз и почечная недостаточность. Больные погибают в большинстве случаев от общего истощения и легочно-сердечной недостаточности [2].

Врачей-стоматологов прежде всего интересуют симптомы со стороны полости рта. Изменения слизистой оболочки полости рта при системной склеродермии протекают параллельно с изменениями кожи лица и начинаются с губ. В результате уплотнения кожи лица ротовое отверстие сужается, ограничивается открывание рта (микростомия). Красная кайма губ истончается, возникают синюшные или депигментированные пятна у краев рта, телеангиэктазии. На коже вокруг рта возникают морщины, борозды, которые распространяются и на красную кайму губ. Обедняется мимика («лицо Данте»), смех и речь затруднены. Ранний симптом – больной не может свистеть. В 7% случаев зубы расшатываются и выпадают. В других случаях губы настолько стягиваются, что не покрывают зубы. Изменения слизистой оболочки полости рта встречаются зна-

чительно реже. В начале заболевания слизистая оболочка щек и языка становится отеком, видны отпечатки зубов. Затем слизистая уплотняется, не собирается в складку, становится беловато-желтой. Иногда наблюдается массовое появление телеангиэктазий. Перечисленные изменения наблюдаются в основном на мягком небе, небных дужках и на слизистой щек. На слизистой оболочке десны могут возникать трудно заживающие язвы. На твердом небе слизистая оболочка резко истончается, тесно спаиваясь с подлежащими тканями; при этом виден мышечный рельеф неба. По одним данным, язык реже вовлекается в процесс, по другим – изменения в области языка являются характерным симптомом склеродермии. Встречается атрофия сосочков, сухость языка. Язык может уменьшиться и асимметрично деформироваться. Уздечка языка укорачивается, а затем исчезает [4]. Описания анкилоза зубов и способов восстановления зубных рядов в доступной литературе мы не встретили.

Клинический случай

На кафедру стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМУ обратился пациент 21 года с жалобами на некрасивую улыбку, нарушение функции жевания. Анамнез жизни: с 10 лет состоит на учете у ревматолога с заболеванием системная склеродермия (ССД), с 2012 года – ремиссия данного заболевания. К стоматологам обращался по месту жительства. Кроме санации зубов, другой помощи пациенту не предлагалось.

При внешнем осмотре: профиль выпуклый, гармоничный. В прямой проекции – лицо асимметричное, непропорциональное – гемиатрофия слева, средняя линия нижней челюсти смещена влево, рубцовые изменения в области носа и губы в виде удара саблей, проходимость носовых ходов не нарушена (рис. 1).

При осмотре полости рта выявлено соотношение зубных рядов по I классу Энгля в области моляров и клыков слева, справа – по II классу Энгля. Сужение и укорочение зубных рядов. Звонкий звук при перкуссии зуба 2.1, что свидетельствует об анкилозе, супрапозиция зуба 2.1, дезокклюзия

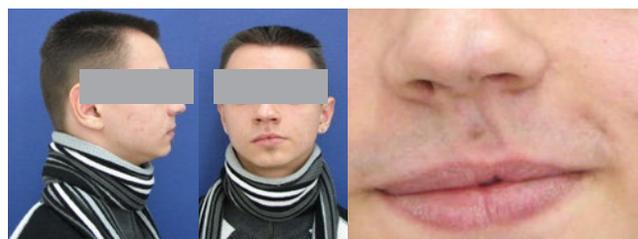


Рис. 1. Фотографии лица пациента



Рис. 2. Состояние зубных рядов (внутриротовые снимки)

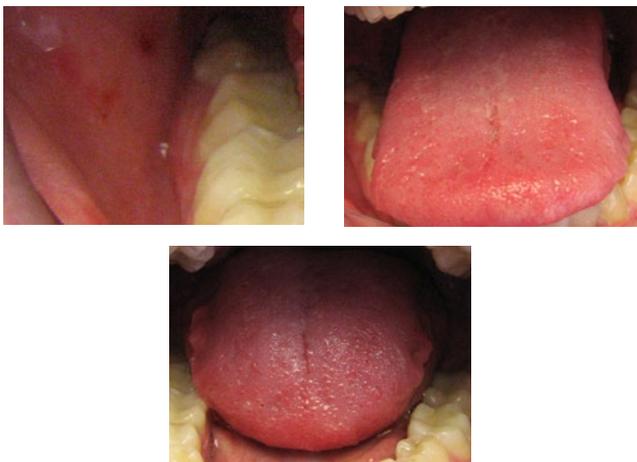


Рис. 3. Состояние слизистых оболочек щеки и языка



Рис. 4. Панорамная рентгенограмма (ортопантомограмма)

зуба 2.1 с антагонистами. Отмечается истончение слизистой оболочки в области неба, она спаяна с подлежащими тканями. Виден мышечный рельеф неба, желтушность небных дужек, уздечка языка в норме, полость рта санирована (рис. 2).

В области щек и губ отмечаются участки телеангиэктазии и лейкоплакии. Язык увеличен из-за отека, на боковой поверхности языка имеются отпечатки зубов, нитевидные сосочки сглажены, пациент предъявляет жалобу на чувство сухости во рту, нарушение вкусовых качеств (рис. 3).

На панорамной рентгенограмме: асимметрия суставных головок височно-нижнечелюстных суставов; не прослеживается периодонтальная щель зуба 2.1, «кратер» в альвеолярном отростке, что также свидетельствует об анкилозе зуба 2.1; ретенция зуба 2.8, «кратер» в альвеолярном отростке – анкилоз зуба 2.8.

На основании данных клинического обследования, анамнеза жизни и заболевания, дополнительных методов исследования был установлен диагноз: Гемиатрофия лица, дистальная окклюзия, сужение и укорочение зубных рядов, скученное положение резцов нижней челюсти, дезокклюзия в области 2.1, аномалии положения отдельных зубов, анкилоз зуба 2.1, системная склеродермия в стадии ремиссии.

Задачи лечения:

1. Не провоцировать обострение склеродермии применением инвазивных вмешательств.
2. Улучшить эстетику зубов и улыбки.
3. Восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти и функции – откусывания, речи, глотания.

Для решения поставленных задач был предложен план лечения.

Для профилактики обострения системного заболевания ортодонтическое лечение решено не проводить, зуб 2.1 сохранить на месте.

На совместной консультации с врачом-ортопедом (ассистентом кафедры ортопедической стоматологии УГМУ, к.м.н. Димитровой Ю.В.) было решено устранить эстетический и функциональный дефект протетическим путем – изготовить керамические виниры на зубы 1.1, 2.1, 2.2. Пациент с планом лечения согласен.

В следующее посещение врач-ортопед определил цвет будущего винира, снял слепок для его изготовления.

Во второе посещение зубы были препарированы, снят оттиск для постоянной конструкции. На время лабораторного этапа изготовления конструкции пациенту были зафиксированы временные виниры (рис. 5).

В третье посещение временная конструкция была удалена и произведена примерка керамических виниров, подгонка под клиническую ситуацию.

В четвертое посещение пациенту припасовали и зафиксировали керамические виниры (рис. 6).

Приведенный клинический случай показывает, что пациент нуждался в профилактике деформации зубного ряда. В период формирования прикуса, в возрасте 12-14 лет, в начале развития окклюзионных нарушений в области зуба 2.1 требовалось сохранение места в зубном ряду для полноразмерной коронки зуба 2.1. Это мог быть съемный частичный протез или, лучше, несъемная адгезивная конструкция с временным восстановлением эстетики. Кроме профилактики деформации зубного ряда такой подход предупредил бы возникновение социально-психологических проблем в подростковом и молодом возрасте, что для пациента было крайне важно. После протезирования он заявил, что теперь у него начнется совсем другая жизнь.

Представленная клиническая ситуация расширит знания врачей-стоматологов о проявлениях в полости рта системных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Ананьева Л.П.** Ранняя системная склеродермия – современный алгоритм диагностики // Ж. Научно-практическая ревматология. – 2012. – №2.
2. **Гусева Н.Г.** Системная склеродермия: ранняя диагностика и прогноз // Ж. Научно-практическая ревматология. – 2007. – №1.
3. **Старовойтова М.Н.** Поражение кожи при системной склеродермии // Ж. Научно-практическая ревматология. – 2010. – №2.
4. **Шугар Л., Баноци Й., Рац И., Шаллаи К.** Заболевания полости рта. – Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1980. – 385 с.
5. **Проффит У.Р.** Современная ортодонтия. Перевод с английского. Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Л.С.Персина – Москва: «МЕДпресс-информ», 2006. – 750 с.



Рис. 5. Фото с временной конструкцией в полости рта.
Зуб 2.1 сохранен



Рис. 6. Фото с постоянной конструкцией в полости рта