

Мельникова Е.И., Кленовская М.И.

ЭКТОДЕРМАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г.Минск,
Республика Беларусь

Аннотация: эктодермальная дисплазия является наследственным врожденным заболеванием и сопровождается множественными стоматологическими проявлениями, приводящими к нарушению морфофункционального равновесия зубочелюстной системы.

Ключевые слова: эктодермальная дисплазия, дети, кариес.

Актуальность: эктодермальные дисплазии - группа редких наследственных врожденных заболеваний различно фенотипически выраженных, поражающих органы и ткани эктодермального происхождения. Структуры, формирующиеся из эктодермального зародышевого листка, включают зубы, эпидермис и его производные, а также нервную систему и органы чувств. Наиболее часто встречается X-сцепленная гипогидротическая форма эктодермальной дисплазии, характеризующаяся классической триадой симптомов, таких как гипотрихоз, гипогидроз и врожденное множественное отсутствие зубов с типичным дисморфогенезом лица (синдром Christ-Siemens-Touraine).

Стоматологические проявления эктодермальной дисплазии могут включать: частичную или полную адентию во временном и постоянном прикусе; нарушение последовательности и сроков прорезывания зубов; аномалию формы зубов; гипосаливацию; атрофию альвеолярных отростков, множественный кариес. У пациентов затрудняется прием пищи, нарушается артикуляция, дикция и коммуникативная способность, что непосредственным образом сказывается на психоэмоциональном состоянии и качестве жизни. Кроме того, от состояния зубов и зубных рядов зависит функция жевательных мышц, устойчивость периодонта, полноценное формирование альвеолярных отростков и челюстных

костей, т.е. сохраняется морфофункциональное равновесие всей зубочелюстной системы и ее нормальное развитие и рост.

Своевременная и полноценная стоматологическая реабилитация пациентов с эктодермальной дисплазией обеспечивает профилактику деформаций зубочелюстной системы и височно-нижнечелюстного сустава, вызванных отсутствием зубов, таких как резорбция альвеолярного гребня и снижение высоты нижней трети лица; способствует восстановлению и нормализации функций жевательного аппарата, формирует эстетический оптимум челюстно-лицевой области, а также влияет на полноценный рост и развитие всего организма, предотвращает психологические травмы и помогает повысить самооценку ребенка. Реабилитация таких пациентов весьма сложна, так как требует привлечения разнопрофильных специалистов.

Все названные факторы являются обоснованием обязательной необходимости восстановления зубов и зубных рядов у детей с целью социальной реабилитации, профилактики аномалий развития и деформаций зубочелюстной системы и эстетического оптимума челюстно-лицевой области, а также полноценного роста и развития всего организма.

Цель: определить возможности терапевтической реабилитации пациента с эктодермальной дисплазией.

Материал и методы: пациент А., 11 лет обратился на кафедру стоматологии детского возраста БГМУ с жалобами на кариозное разрушение зубов. У ребенка отмечались аномалия развития кистей обеих рук, сухость кожных покровов, отсутствие потоотделения, плохая переносимость жары. После проведенного обследования выставлен диагноз «эктодермальная ангидротическая дисплазия, X-сцепленный рецессивный тип наследования в семье». Со слов мамы временные зубы прорезались в срок, быстро разрушались. При физиологической смене зубов было отмечено отсутствие прорезывания постоянных зубов. Гигиена полости рта проводится нерегулярно, ребенок категорично отказывался от санации полости рта.

Результаты и обсуждение: внешний осмотр выявил характерные признаки эктодермальной дисплазии: редкие пушковые волосы, почти полное отсутствие бровей и ресниц, тонкая сухая кожа лица, гиперпигментация кожи периорбитальной области, уплощенная спинка носа, губы утолщены, сухие, с трещинами, выступающий подбородок, сниженная высота нижней трети лица, впалый профиль.

Внутриротовой осмотр выявил наличие разрушенных кариесом зубов 17,16,13,11,21,26,27,36,34,35, атрофию альвеолярного отростка нижней челюсти. Коронки зубов 12, 22, 36, 46 разрушены ниже уровня десны. Отмечается гипосаливация, слюна вязкая. В пришеечной области имеющихся зубов определяется мягкий зубной налет, что связано с неудовлетворительной гигиеной полости рта, а также недостаточной очищающей способностью слюны. Рентгенологическое исследование включало в себя проведение ОПТГ, которое выявило отсутствие зачатков премоляров на верхней челюсти, клыков на нижней челюсти и зубов 47,45. Резцы нижней челюсти и зуб 46 были удалены. На верхушках корней зубов 26,36 определяются очаги деструкции костной ткани с четкими контурами 0,2*0,2см, коронки зубов разрушены. (Рис.1,2).

	
Рис.1 Клинический осмотр пациента с ЭД	Рис.2 Рентгенологическое обследование пациента с ЭД

Проведено следующее лечение: пациент и родители мотивированы к гигиеническому уходу за полостью рта, рекомендована чистка зубов щеткой средней жесткости с зубной пастой, содержащей 1450 ppm F, проведена профессиональная гигиена полости рта 1 раз в 4 месяца, зубы 12, 22, 36, 46

рекомендовано удалить, зубы 17, 16, 13, 11, 21, 26, 27, 36, 34, 35, пораженные кариесом, запломбированы модифицированным стеклоиономерным цементом, зубы покрыты фторидсодержащим лаком (Рис.3). Пациент взят на диспансерный учет. После терапевтического лечения пациенту было рекомендована



консультация у врача-ортодонта на предмет возможности протезирования. От предложенного лечения у ортодонта мама отказалась.

Выводы: врожденная адентия у детей и подростков на фоне эктодермальной дисплазии – сложная патология, встречающаяся в клинической практике врача-стоматолога. Реабилитация детей при всех формах эктодермальной дисплазии должна быть комплексной и координированно преемственной с привлечением врачей различных специальностей. Своевременно начатое стоматологическое лечение положительно сказывается на внешности пациента, выражении его лица и эстетическом восприятии улыбки.

Библиографический список:

1. Эктодермальная дисплазия: характерные клинические признаки и методы стоматологической реабилитации/В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, А. А. Шушакова, В. О. Тумшевиц // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - № 2 (26). - С. 21-27.
2. Бондарец, Н. В. Комплексное стоматологическое лечение в системе медицинской реабилитации пациентов с синдромом гипогидротической эктодермальной дисплазией/Н.В. Бондарец, Ю. М. Малыгин // Новое в стоматологии. - 2002. - № 1 (101). - С. 81-84.

3. Смердина, Ю.Г. Эктодермальная дисплазия: виды, клиника, ортопедическое лечение (методические рекомендации)/Ю. Г. Смердина, Л. Н. Смердина, Л. Н. Начева. - Кемерово, 2008. - 36 с.

4. Шаковец Н.В., Кленовская М.И., Джамаль К.Н., Колковская О.В. Стоматологическая реабилитация 5-летнего пациента с эктодермальной дисплазией: клинический случай // Современная стоматология. – 2021. - №2. – С.15-18.

5. Guler N., Cildir S., Iseri U. et al. Hypohidrotic ectodermal dysplasia with bilateral impacted teeth at the coronoid process: A case rehabilitated with mini dental implants // Oral Surg. Oral Med. Oral. Pathol. Oral Radiol. Endod. - 2005. - Vol. 99, No. 5. – P.34-38.