



«Ортодонтическая коррекция зубочелюстных деформаций у детей при гемиатрофии челюстно-лицевой области»

Специальность: 14.01.14 - Стоматология

Научные руководитель - Мамедов Адиль Аскерович, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);

Научный консультант - Подчерняева Надежда Степановна, д.м.н., профессор, кафедра детских болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);

Исполнитель - Чепурнова Екатерина Сергеевна, аспирант кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Прогрессирующая гемиатрофия лица - клинический признак, характеризующийся нарастающей деформацией лица, за счет атрофии кожи и подкожно-жировой клетчатки, а в более тяжелых случаях - всех тканей, включая костные структуры лица

Цель: повышение эффективности ортодонтической помощи пациентам с гемиатрофией челюстно-лицевой области, за счет разработки научно-обоснованного подхода к комплексной диагностике и лечению с учетом патогенеза основного заболевания.

Задачи:

1. Провести ортодонтическое обследование и определить характер зубочелюстных деформаций у пациентов с гемиатрофией челюстно-лицевой области.
2. Выявить клинико-рентгенологическую картину деформаций челюстно-лицевой области при склеродермии.
3. Выявить клинико-рентгенологическую картину деформаций челюстно-лицевой области при синдроме Парри-Ромберга.
4. Провести сравнительный анализ клинико-рентгенологической картины челюстно-лицевой области при склеродермии и синдроме Парри-Ромберга.
5. Разработать алгоритм ортодонтической реабилитации пациентов с гемиатрофией челюстно-лицевой области с учетом коррекции основного заболевания.

Склеродермия

- Системное прогрессирующее поражение соединительной ткани с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых нарушений по типу облитерирующего эндартериолита с распространенными вазоспастическими изменениями, развивающимися преимущественно в коже.
- По МКБ-10: 8 раздел - Системные поражения соединительной ткани - системная склеродермия
- 12 раздел - Другие локализованные изменения соединительной ткани - ограниченная склеродермия

На сегодняшний день с клинической точки зрения склеродермию принято разделять на две основные формы:

- системную склеродермию (ССД), характеризующуюся развитием склероза кожи и поражением внутренних органов (особенно пищевода, легких, почек и сердечно-сосудистой системы),
- локализованную (очаговую, ограниченную) склеродермию (ЛСД), которая классически представляет собой доброкачественное и ограниченное поражение кожи и/или подлежащих тканей.

Патогенез склеродермии

В основе патогенеза заболевания лежат три основных механизма:

- сосудистые изменения,
- активация иммунной системы и нарушение ее регуляции,
- изменения в метаболизме коллагена и фибробластов.

Клиническая картина склеродермии

- Клиническая картина локализованной склеродермии определяется кожными симптомами и возможными внекожными проявлениями.

К кожным проявлениям относятся:

- зуд
- болезненность
- ощущение покалывания или стянутости кожи
- изменение объема и деформация пораженного участка кожи.

На КТ выявлены:

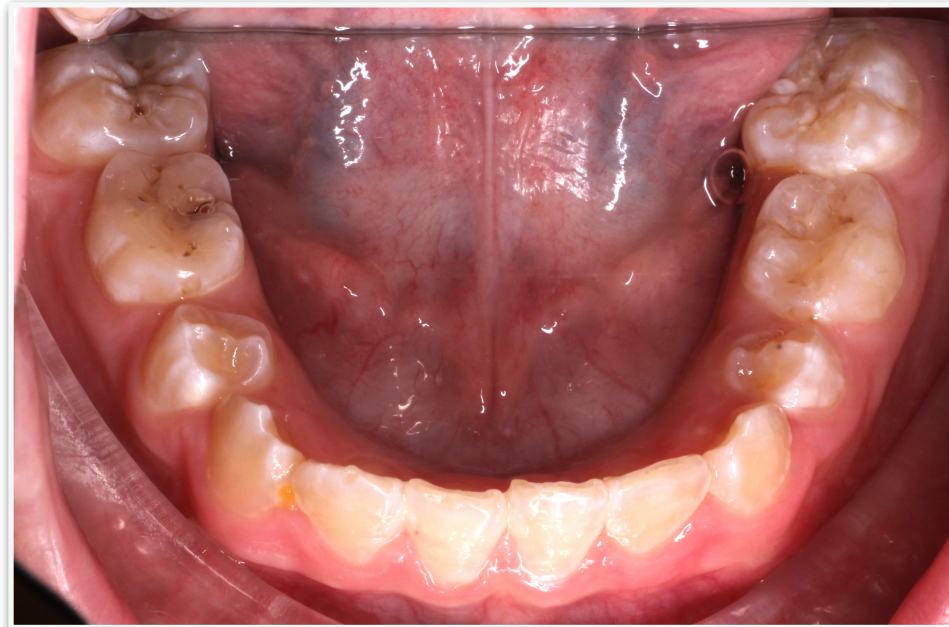
- недоразвитие/нарушение развития костных структур на пораженной стороне (верхняя и нижняя челюсти, лобная кость, теменная)
- задержка прорезывания зубов (при сменном прикусе), а также гибель зоны роста, с развитием ретенции, часто первых постоянных моляров
- расширение периодонтальных связок
- резорбция корней зубов
- преждевременное закрытие зоны роста, и впоследствии наличие зубов с короткими недоформированными корнями
- атрофия альвеолярного отростка на стороне положения
- адентия



Ретенция зуба 2.6, укорочение вершук корней зубов 1.1, 1.2, 4.1.

У большинства пациентов присутствует синдром Шегрена, проявляющийся множественными осложнениями в полости рта:

- множественное кариозное поражение твёрдых тканей зубов, особенно при неудовлетворительной гигиене полости рта
- наличие катарального гингивита или пародонтита



При внутриротовом обследовании были выявлены:

- Дистопия, супраположение зубов на пораженной стороне;
- Сужение верхнего зубного ряда, следовательно наличие перекрестного прикуса (палатиноокклюзия)
- Из-за развивающейся дезокклюзия в боковом участке в сменном прикусе, происходит мезиальное смещение рядом стоящих зубов, и в дальнейшем развивается ретенция или дистопия постоянных зубов.



Этиология синдрома Парри-Ромберга:

Мультифакторная этиология, пациенты связывали начало заболевания с:
травма
инсоляция
укус клеща
перенесенные вирусные инфекции
осложнение атопического дерматита.

Синдром Парри-Ромберга чаще выявлялся случайно при осмотре или лечении у врача стоматолога, при этом пациенты не связывали его с какими-либо триггерными факторами.

Клиническая картина синдрома Парри-Ромберга:

- в процесс атрофии вовлекается средняя зона лица
- наблюдается атрофия кожи, подкожно-жировой клетчатки, костных структур
- процесс также начинается с изменения цвета кожных покровов в скуловой области, с дальнейшим истончением мягких тканей и развитием атрофии.
- атрофия распространяется на всю половину лица, кожа сильно истончена, коричневого оттенка, подкожно-жировой слой отсутствует;
- за счет атрофии мягких тканей наблюдается западение в височной, щечной областях, западение глазного яблока.
- на рентгенограмме- уменьшение размеров скуловой кости и дуги, уменьшение полости и искривление перегородки носа, укорочение ветви нижней челюсти, смещение средней линии подбородка, аномальный прикус, частичная адентия и недоразвитие корней зубов.

Дифференциальная диагностика склеродермии и синдрома Парри-Ромберга

Прогрессирующая гемиатрофия лица	Линейная склеродермия по типу “удара саблей”
<ul style="list-style-type: none">• Односторонняя атрофия• Минимальные проявления/отсутствие индукции или предшествующего воспаления• Атрофия кожи (нормальный рост волос и отсутствие склероза)• Ассоциация с односторонней дисплазией подлежащих костных структур, поражением языка, десен и потерей вкуса	<ul style="list-style-type: none">• Одностороннее поражение лобно-теменной области• Обычно отмечается предшествующая индукция кожи• Поражение обычно не распространяется ниже бровей• Гипотрофия, гиперпигментация, блестящий кожный склероз скальпа• Часто вызывает развитие деформаций и контрактур• Смягчение пораженных участков с течением болезни

Лечение:

- иммуносупрессорная терапия (Метотрексат) при склеродермии
- при синдроме Парри-Ромберга иммуносупрессорная терапия не назначается
- в стадии ремиссии активное ортодонтическое лечение для нормализации положения зубов в зубном ряду, а также компенсации окклюзионных плоскостей справа и слева
- хирургическая коррекция эстетики лица после завершения активного роста пациента
- санация полости рта
- профессиональная гигиена