

Обзор литературных материалов по теме: Мультидисциплинарный подход к функциональной и эстетической реабилитации детей с полной первичной адентией

Хакимова У.Т

Машрабжонова Б.К

Омонова М.Х

магистр 2 курса кафедры ортодонтии и зубного протезирования ТГМУ
Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность исследования: Адентия (частичное или полное отсутствие зубов) в зависимости от причин может быть первичной или вторичной. Причинами первичной частичной адентии являются нарушения эмбриогенеза зубных тканей, в результате чего отсутствуют зачатки молочных и постоянных зубов. К гибели зачатков зубов плода могут привести различные заболевания организма матери, наличие в нем некоторых инфекций, недостаток витаминов и важных микроэлементов. Известно, что гибель зубных зачатков может происходить при гипотериозе, ихтиозе, гипофизарном нанизме. Полная адентия приводит к нарушению функции височно-нижнечелюстного сустава. На фоне полной адентии нарушается социальная адаптация ребенка в обществе. (Скирда С.Е. 2018).

Распространенность частичных дефектов зубных рядов среди зубочелюстных аномалий у детей составляет менее 1% в общей популяции, причем наиболее часто поражаемый тип зубов — резцы. Бо́льшая в 1,28 раза частота адентии отмечается у лиц женского пола, она характерна только для гиподентии, тогда как врожденным множественным отсутствием зубов в 1,22 раза чаще страдают лица мужского пола. Частота распределения врожденно отсутствующих зубов по классам у лиц разных

этнических групп существенно варьирует: так, у европейцев преобладает адентия вторых нижних премоляров, боковых резцов верхней челюсти и вторых верхних премоляров. У славянских народов и населения Бразилии по частоте врожденного отсутствия доминируют латеральные резцы верхней челюсти, за ними следуют нижние, а затем и верхние премоляры. У представителей монголоидной расы (Япония, Южная Корея) чаще встречается адентия нижних резцов, затем — вторых нижних премоляров, а также вторых верхних премоляров. Врачи-стоматологи общего или детского профиля могут способствовать многопрофильному лечению, диагностируя врожденное отсутствие временных зубов, а затем на ранней стадии в направлении пациентов, поскольку отсутствие временных зубов тесно связано с отсутствием их постоянных преемников. Беззубое пространство может быть либо оставлено открытым для протезирования, либо закрыто ортодонтическими средствами. В тяжелых случаях лечение достаточно сложное, оно должно проводиться в специализированных клиниках с доступом к детской стоматологии, ортодонтии, протезированию, челюстно-лицевой хирургии (Медведицкова А.И., Абрамова М.Я., 2021)

Настоящее клиническое наблюдение посвящено обзору имеющихся в общем доступе данных и литературных материалов, а также клинических исследований касающихся данной темы. Основное внимание уделено рассмотрению материалов и данных полученных за последние годы и рассмотрению современных методов и подходов при диагностике и лечении данной патологии.

Цель исследования:

Рассмотреть клинические случаи и литературные материалы последних лет по теме: «Мультидисциплинарный подход к функциональной и эстетической реабилитации детей с полной первичной адентией», провести их анализ и рассмотреть несколько из представленных в общем доступе клинических случаев.

Введение

Эктодермальные дисплазии – это группа редких, передающихся по наследству врождённых пороков развития, различно выраженных фенотипически и характеризующихся остановкой развития, недоразвитием или отклонением от нормального формирования анатомических образований, органов и тканей эктодермального происхождения. Структуры, формирующиеся из эктодермального зародышевого листка, включают зубы, эпидермис и его дериваты, нервную систему и органы чувств. По разным оценкам, в литературе частота случаев рождения детей с этой патологией варьируется от 1:10000 до 1:100000, по данным одних авторов [Crawford, P.J.M.; Rashedi, B. 2003], в пределах 1–7 случаев на 100000 здоровых новорожденных, по сообщениям других. Заболевание встречается на всех континентах и у всех рас населения земного шара, может носить спорадический характер у клинически здоровых родителей [G. Pozo, S. Canun, S. Kofman-Alfaro et al. 2004] или проявляется в семейных формах, в том числе в близкородственных браках.

Основная часть

Клинический случай: 8-летнего мальчика с эктодермальной дисплазией. Основной жалобой пациентки было затруднение жевания из-за отсутствия верхнечелюстных и нижнечелюстных зубов. Его личная история показала, что зубы никогда не прорезывались. Его мать сказала, что его рождение было нормальным, а семейный анамнез был отрицательным. У пациента наблюдались эпизоды высокой температуры, он непереносил жару, не потел. Он не мог смотреть прямо в сторону источника света. Физически ребенок имел невысокий рост и недостаточный вес. Его IQ был низким, и это было очевидно, когда его спрашивали об обучении. У ребенка были редкие светлые брови [Рисунок 1]. Ногти были тонкими и ломкими. Кожа была сухой и грубой. Также были отмечены другие характеристики эктодермальной дисплазии, такие как лобная выпуклость, седловидный нос, уменьшенный вертикальный размер лица из-за тотальной анодонтии.



Рис. 1. Полная анодонтия дуги нижней челюсти

Гиподонтия известна как один из основных факторов эктодермальной дисплазии и присутствует почти всегда. В тяжелых случаях зубы не образуются. Отсутствие молочных зубов (истинная анодонтия) – явление редкое. В данном случае анамнез пациента и клинико-рентгенологическое обследование выявили отсутствие молочных зубов. Asikgoz et al., и Vieira et al., также сообщили об истинной анодонтии молочных зубов. Сообщалось о тотальной анодонтии, характеризующейся полным отсутствием зубов как в первичной, так и во вторичной зубной системе, Pirgon et al. и Панну и Сингх. Рентгенограммы не показали признаков формирования зачатков зубов. Утверждается, что молочные зубы должны присутствовать для развития их постоянных преемников. В полости рта пациента отсутствуют постоянные зубы, о чем сообщили Vieira et al. [2017]

Согласно номенклатуре Международной классификации болезней адентию относят к группе «нарушение развития и прорезывания зубов» с делением на гиподентию и олигодентию. В зарубежной литературе выделяют несколько вариантов врожденного отсутствия зубов: гиподентию, олигодентию и адентию [Guler N., Cildir S.,2010]. Гиподентия встречается наиболее часто, характеризуется отсутствием шести и менее зубов, как правило, 3-х моляров, верхних боковых

резцов и нижних вторых премоляров. При олигодентии отсутствует шесть и более зубов, включая 3-й моляры, и она относится к менее распространенным заболеваниям. Олигодентия сопровождается целый ряд синдромов и часто является первым их симптомом. Описано более 120 видов патологии головы и шеи, в которых гиподентия является ведущим клинических проявлением: эктодермальная дисплазия, врождённые расщелины, синдром Дауна, хондрэктодермальная дисплазия, синдром Рейгера, I и II орофациально-дигитальный синдром, синдром Вильяма, краниосиностозы, синдром Секеля, синдром Клипель-Феиля.

По данным литературы установлено, что уменьшение по сравнению с нормой количества зубов связано с нарушениями закладки зачатков или с их гибелью в периоде эмбрионального развития [Хорошилкина Ф.Я.2006].

Внутриутробный период является самым важным в формировании зубочелюстной системы. Известно, что формирование лица заканчивается к 7-ой неделе внутриутробного развития и на 8-й - 10 неделе начинается закладка молочных зубов. Если в данный промежуток времени имеется тератогенное воздействие каких-либо факторов возможно формирование врожденных аномалий лица и челюстно-лицевой области. Неблагоприятное влияние на закладку зубов может оказывать поступление в организм беременной тератогенных веществ. Имеются многочисленные данные о тератогенном влиянии на плод химиопрепаратов, гормонов коры надпочечников, инсулина, витамина А, салицилатов и др. Доказана тератогенность талидомида и диазепама (седуксен, реланиум).

Вредные факторы производства, окружающей среды: радиация, неблагоприятная экологическая ситуация также оказывают тератогенное влияние на развитие зубов. Согласно данным эпидемиологического стоматологического обследования 1219 детей в возрасте от 6-ти до 16 – ти лет, проживающих в городе Уфе. Чуйкина О.С. была выявлена взаимосвязь загрязнения окружающей среды промышленными выбросами в районе с неблагоприятными экологическими факторами и высоким уровнем распространенности у детей первичной адентии. В

структуре первичной адентии в районе с неблагоприятными экологическими факторами преобладают более тяжелые формы данной патологии (с отсутствием пяти и более зубов)[Чуйкин О.С. 2012].

Неполноценное, несбалансированное питание на ранних стадиях тоже является фактором тератогенного воздействия. Многими авторами доказано, что дефицит витаминов во время беременности, когда потребность женского организма в этих незаменимых пищевых веществах особенно велика, наносит ущерб здоровью матери и ребенка, повышает риск перинатальной патологии, является одной из причин врождённых уродств [Серов В.Н. 2007]. Формирование зачатков постоянных зубов начинается с 5 месяца беременности (резцов, клыков и первых моляров) и продолжается после рождения ребёнка. Именно в этот период, начиная с 20 недели беременности, могут способствовать нарушению закладки зубов болезни, перенесённые матерью во время беременности: токсокоз, экстрагенитальные заболевания, а также угроза невынашивания и неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез.

Wiener RC, Waters C. (2019) Дети в Западной Вирджинии имеют высокую распространенность отсутствия постоянных зубов по сравнению с детьми в остальной части страны. Целью данного исследования является определение распространенности гиподонтии/олигодонтии/анодонтии постоянных зубов у детей Западной Вирджинии и сравнение распространенности по полу. Методика: Пятьсот панорамных рентгенограмм детей Западной Вирджинии в возрасте от 6 до 11 лет были изучены на предмет отсутствия постоянных зачатков зубов / постоянных зубов. Анализ данных включал определение частоты, анализ хи-квадрат и логистическую регрессию. Результаты: У шестидесяти детей (12,0%, n=500) отсутствовал хотя бы один постоянный зачаток/постоянный зуб. 15,5% женщин и 8,8% мужчин имели по крайней мере один отсутствующий постоянный зачаток/постоянный зуб. В скорректированной логистической регрессии, по крайней мере, на одном отсутствующем постоянном зачатке/постоянном зубе, женщины

имели скорректированное отношение шансов 2,11 [95% доверительный интервал: 1,18, 3,75; $p = 0,011$] по сравнению с самцами. Другие переменные в анализе не достигли значимости. Заключение: В этой выборке детей из Западной Вирджинии девочки с большей вероятностью имели по крайней мере одну отсутствующую постоянную зубную зачатку/постоянный зуб по сравнению с мальчиками. Раннее выявление и планирование лечения для оказания стоматологической помощи детям с гиподонтией/олигодонтией/анодонтией.

В статье российских ученых (Галонский В.Г. и др. 2020) представлены общие соматические признаки эктодермальных дисплазий, лицевые и внутриротовые клинические, а также рентгенологические и лабораторные характеристики заболеваний больных данной группы, морфологические изменения слизистой оболочки полости рта стоматологических пациентов с эктодермальной дисплазией в целом и синдромом Криста-Сименса-Турена в частности. Описана технология ортопедической реабилитации данной категории больных с полной адентией с использованием авторской методики съёмного замещающего зубного протезирования с применением материалов с памятью формы. Представлены отдалённые клинические результаты (в сроки до 18 лет) ортопедического лечения пациентов детского и подросткового возраста с синдромом Криста-Сименса-Турена и полной первичной адентией временных и/или постоянных зубов, приведены клинические и морфологические результаты реакции опорных тканей протезного ложа в отдалённые сроки наблюдения у данной категории больных на взаимодействие с базисом съёмного зубного протеза, выполненного из литейного стоматологического сплава «Титанид».

Выводы

Эктодермальная дисплазия — это редкое генетическое заболевание, при котором нарушается развитие тканей эктодермального происхождения, в том числе зубов. Клинический случай 8-летнего пациента с полной анодонтией и типичными

внешними признаками синдрома демонстрирует тяжесть стоматологических и соматических нарушений, сопровождающих данную патологию. Отсутствие как временных, так и постоянных зубов, подтвержденное клинико-рентгенологически, значительно снижает качество жизни ребёнка, затрудняя жевание, речь, нарушая эстетику и психоэмоциональное развитие.

Рассмотренные в статье данные отечественных и зарубежных исследований подтверждают, что анодонтия, особенно в сочетании с другими признаками эктодермальной дисплазии, требует ранней диагностики и комплексного подхода к лечению. Особое внимание следует уделять влиянию внешнесредовых, тератогенных и внутриутробных факторов на формирование зачатков зубов, а также генетическим аспектам возникновения данной аномалии.

Ортопедическая реабилитация детей с полной анодонтией, особенно на фоне эктодермальной дисплазии, представляет собой сложную, но крайне важную задачу. Применение съёмных протезов в раннем возрасте позволяет восстановить функции жевания, речи и эстетики, а также способствовать полноценному социальному и эмоциональному развитию ребёнка. Отечественный опыт, включая авторские технологии с применением материалов с памятью формы, демонстрирует высокую эффективность в долгосрочной перспективе.

Таким образом, успешное ведение пациентов с эктодермальной дисплазией требует мультидисциплинарного подхода с участием стоматолога-ортопеда, педиатра, генетика, логопеда и психолога. Раннее выявление патологии и своевременное начало ортопедического лечения значительно улучшают качество жизни детей и создают условия для полноценной социальной адаптации.

Список литературы:

1. Адамчик А. А. Влияние современных конструкционных материалов на ткани и органы полости рта при лечении детей с дефектами зубов и зубных рядов //Автореферат ученой степени канд. мед. наук., Волгоград. – 2008.
2. Агаджанян, С.Х. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий при частичном врожденном отсутствии зубов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Х. Агаджанян. – Москва, 1985. – 23 с.
3. Аюпова Ф. С. Вторичная адентия временных зубов у детей, обратившихся за ортодонтической помощью //Казанский медицинский журнал. – 2014. – Т. 95. – №. 1. – С.19-22.
4. Аюпова Ф. С. Результаты восстановительного лечения детей с сочетанными аномалиями окклюзии, осложненными множественной адентией временных зубов //Человек и его здоровье. – 2014. – №. 3. – С. 42-46.
5. Бавлакова В. В., Борисова М. А. Анализ частоты встречаемости первичной адентии по данным ортопантограмм пациентов г. Волгограда и Волгоградской области //Colloquium-journal. – Голопристанський міськрайонний центр зайнятості, 2020. – №. 13 (65). – С. 50-54.
6. Водолацкий В. М., Наже М. Ю. Распространенность первичной и вторичной адентии у пациентов детского возраста //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2023. – Т. 17. – №. 4. – С. 41-44.
7. Ворожко А. А. и др. Распространенность и методы ортопедического лечения адентии, побочные эффекты и осложнения, аллергические реакции //Университетская клиника. – 2024. – №. 2 (51). – С. 62-68.

8. Восканян А. Р. Состояние зубочелюстной системы детей с аномалиями количества зубов и прорезывания по данным ортопантомографии //Человек и его здоровье. – 2015. – №. 2. – С. 5-12.
9. Галонский В. Г. и др. Особенности съёмного зубного протезирования у детей и подростков с врожденной адентией и эктодермальной дисплазией //Проблемы стоматологии. – 2020. – Т. 16. – №. 1. – С. 98-107.
10. Галонский В.Г и др. Отдалённые морфологические и функциональные результаты ортопедической реабилитации больныхс эктодермальной дисплазией и полной врождённой адентией //Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера. – 2020. – С. 309-351.