

Т.Н. Модина,

д.м.н., профессор кафедры
челюстно-лицевой хирургии
и стоматологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова,
PhD, гендиректор фирмы «Арпа Классик»,
Москва

И.Р. Ганжа,

к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста Самарского ГМУ,
директор стоматологической практики
«Сентябрь»

Е.В. Мамаева,

д.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста КазГМУ, Казань

Проявление гипертрофического гингивита у подростка с мышечно-суставной дисплазией

Среди заболеваний пародонта выделяются патологические процессы, связанные с пролиферацией маргинальной десны. К таким заболеваниям относятся и хронический гипертрофический гингивит (ХГГ), который сопровождается гипертрофией сосочков, с пролиферацией тканей десны и псевдопародонтальными карманами, при этом деструкции костной ткани альвеолярного отростка не наблюдается.

У подростков ХГГ, или «гормональный гингивит» развивается в период полового созревания, в этиопатогенезе которого помимо стоматологического статуса (патология прикуса, аномалии положения зубов и зубных рядов, активное ортодонтическое лечение) важную роль играют изменения гормонального фона и состояние вегетативной нервной системы, с преобладанием влияния симпатической импульсации.

Ткани пародонта, и в первую очередь эпителий десны, на фоне указанных процессов находятся в состоянии физиологического напряжения, обусловленного не только окончательным формированием корней постоянных зубов, но и формированием всей зубочелюстной системы в целом.

Распространенность и интенсивность

ХГГ, по оценкам различных авторов, значительно колеблется в зависимости от региона исследования и возрастных групп [1–5, 8, 9].

В Международной классификации стоматологических болезней (МКБ-10) [7] выделяют гиперпластический гингивит (K05.1), гипертрофию десны (буристость, фиброматоз десны; K06.1), гиперплазию, вследствие раздражения, связанного с использованием протезов (K06.2). А в классификации, принятой на Международном симпозиуме ААР и EFP [8], определяют гингивит (IA-2a) подросткового возраста (пубертатный), гингивит менструального цикла, гингивит беременных и диабетический гингивит.

ХГГ у подростков это симптомокомплекс, который развивается в период полового созревания, характеризуется типичными признаками воспаления пародонта [6–9] и усугубляется такими факторами риска, как патология прикуса, аномалии положения зубов и зубных рядов, а также побочное действие различных лекарственных препаратов.

По мнению многих авторов (Rose L.F., 2000; Clerehugh V., 2001; Мамаева Е.В., 2007), состояние пародонта является неотъемлемой частью общего организ-

ма, установлены взаимосвязи между заболеваниями пародонта и различной системной патологией.

Поэтому в практике встречаются пациенты, у которых ХГГ может быть проявлением коллагенозов, заболеванием соединительной ткани, которые генетически детерминированы и могут передаваться по наследству. К таким заболеваниям относится и артрогрипоз, которое представляет собой системное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся множественными контрактурами и деформациями конечностей, недоразвитием мышечной системы и суставного аппарата, нередко обрекающего больного на тяжелую инвалидность. Согласно данным литературы, этот порок развития встречается у 2–3% всех больных с аномалиями развития костно-суставного аппарата.

До сих пор многие стороны этого заболевания, особенно его происхождение, остаются нераскрытыми. Известно, что данный порок возникает на ранних стадиях эмбрионального развития под действием различных экзогенных и эндогенных факторов, нарушающих формирование скелетной мускулатуры и вызывающих симптомокомплекс

артрогрипоза. В анамнезе у матерей отмечаются различные интоксикации и заболевания, токсикоз беременности, выкидыши, многократные аборт и пр. Обращает на себя внимание позднее шевеление плода, слабость его движений. Этиология этого заболевания может зависеть от наследственной предрасположенности, воздействия инфекции, лекарственных средств (в том числе наркотиков), токсинов и алкоголизма. Гипертермия у матери во время беременности также бывает причиной артрогрипоза.

Различают так называемые генерализованные формы заболевания с поражением мышц и суставов всего тела, включая челюсти, шею, туловище и все конечности, причем поражение верхних и нижних конечностей у детей встречается чаще, реже наблюдается поражение одной конечности.

Как правило, у таких пациентов верхние конечности ротированы внутрь, локтевые суставы разогнуты, имеют сглаженные контуры, сгибательные, аддукционные или абдукционные контрактуры в лучезапястных суставах. Нижние конечности несколько согнуты в тазобедренных и коленных суставах, ротированы кнаружи, эквиноварусная деформация стоп. Движения в суставах резко ограничены. Имеется недоразвитие мышц и нервов конечностей (рис. 1).

Учитывая, что данная патология очень редко встречается в стоматологической практике, мы решили описать клинический случай лечения гипертрофического гингивита у подростка 15 лет с врожденной мышечно-суставной дисплазией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В клинику по рекомендации другого лечебного учреждения обратился пациент К., 15 лет, с жалобами на самопроизвольную кровоточивость, разрыхление и разрастание десен. Пациент боится чистить зубы из-за постоянной кровоточивости десен (рис. 2). Отмечается задержка физического развития, отставаний в психическом и умственном развитии не выявлено (в обычной средней школе учится на «хорошо»). Основной диагноз, с которым ребенок состоит на учете и получает медицинскую по-



Рис. 1. Сгибательные контрактуры в лучезапястных суставах у пациентов при артрогрипозе

мощь — артрогрипоз. Мальчик наблюдается в областном детском ортопедическом центре, где ему неоднократно проводились хирургические операции на верхних и нижних конечностях.

Состояние здоровья — удовлетворительное. Эмоционально лабилен — отмечается настороженное поведение к действиям врача, выраженный страх боли.

При осмотре в полости рта отмечаются: гипертрофическое разрастание маргинальной десны (сосочки покрывают более 1/2 высоты коронки зуба); самопроизвольная кровоточивость десен и неудовлетворительная гигиена полости рта; нарушение положения зубов

и окклюзионного соотношения зубных рядов; задержка прорезывания зуба 23; твердые ткани зубов без выраженного патологического процесса, кривой скел зубца 21 (см. рис. 2).

Диагноз: гипертрофический гингивит (отечная форма) тяжелой степени на фоне врожденной мышечно-суставной дисплазии.

Был предложен следующий план стоматологического лечения

- Профессиональная гигиена полости рта.
- Гингивэктомия.
- Обучение индивидуальной гигиене полости рта.
- Мониторинг в первое полугодие 1 раз в месяц, потом — каждые 3 месяца.



Рис. 2. Гипертрофия маргинальной десны и сосочков в момент обращения

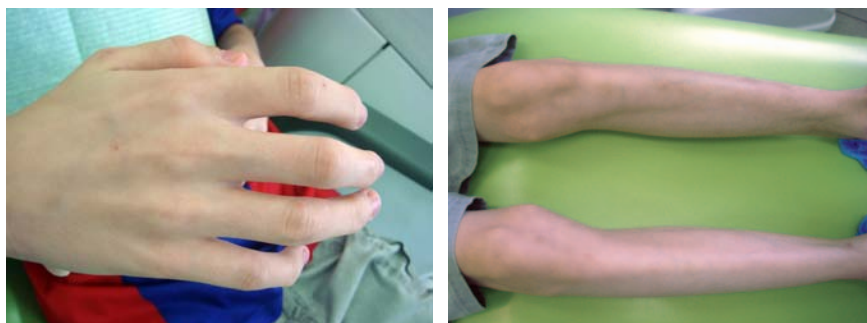


Рис. 3. Состояние верхних и нижних конечностей



Рис. 4. Состояние маргинальной десны после гингивэктомии



Рис. 5. Состояние маргинальной десны через месяц после операции



Рис. 6. Состояние маргинальной десны через 4 мес после лечения

После профессиональной гигиены было проведено хирургическое вмешательство по иссечению гипертрофированных сосочков с коррекцией маргинальной десны (гингивэктомия). Под инфильтрационной анестезией проведена маркировка глубины псевдопародонтальных карманов с помощью специальных пинцетов Голдмана-Фокса (рис. 3). Разрез проводили под углом 35° к альвеолярному отростку с помощью специальных пародонтологических ножей Киркланда и Орбана. Гипертрофированные ткани десны иссекали, а затем полировали зубы (рис. 4). После операции были назначены антисептическая обработка по-

лости рта 0,02% раствором хлоргексидина (5–6 дней), мягкая зубная щетка и ирригатор.

Через месяц после оперативного вмешательства состояние маргинальной десны улучшилось, однако сохранялась незначительная гиперемия. Пациент мотивирован по индивидуальной гигиене полости рта и неукоснительно выполняет рекомендации врача (рис. 5).

Однако спустя 4 мес после комплекса лечебных мероприятий появились новые признаки гипертрофии десневого края, вновь появилась кровоточивость десен (рис. 6). Со слов родителей, мальчик забывает вовремя чистить зубы, преобладает «вялый» тип жевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Обсуждая данный клинический случай, необходимо отметить, что гипертрофический гингивит у подростка развился в период полового созревания на фоне дезокклюзии, затрудненного прорезывания зубов, неудовлетворительной личной гигиены полости рта и врожденной мышечно-суставной дисплазии. Немаловажную роль сыграл постоянный прием нестероидных препаратов для снятия болевого симптома у пациента в связи с ограничением и контрактурами суставов, а также неоднократно проводимыми хирургическими вмешательствами на верхних и нижних конечностях.

Кроме того, период полового созревания подростка вызывает мощный по-

ток симпатической импульсации в различные органы и системы организма, что повышает уязвимость подростка к воздействию внешних неблагоприятных факторов (Панко Д.Д., 2002; Антонова Л.К., 2004; Мамаева Е.В., 2007). Как показывает опыт, после окончания подросткового периода клинические проявления многих системных заболеваний могут стабилизироваться и протекать не так бурно, что связано с вегетативной нервной системой, у которой симпатическая нервная система теряет свое преимущество над парасимпатической. Такое вегетативное равновесие возможно будет способствовать стабилизации патологических процессов, в том числе и в полости рта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. Пародонтология детского возраста. — Киев: Здоров'я, 1981. — 293 с.
2. Есяян З.В. Клиническое состояние десны и гигиена полости рта у 13—14-летних подростков. — *Вестник хирургии Армении*. — 2002; 5: 49—53.
3. Интесар Ш.А.К. Распространенность заболеваний пародонта у подростков в различных экологических районах Волгограда: Автореф. дис. ... к.м.н. — Волгоград, 1998. — 25 с.
4. Колесов Д.В. Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 1985. — 481 с.
5. Кружалова О.А. Хронический гингивит у подростков в период полового созревания: Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1999. — 21 с.
6. Мамаева Е.В. Пародонтологический статус и функциональное состояние организма у подростков: Автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2007. — 35 с.
7. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. — ВОЗ, Женева, 3-е изд., 1997.
8. Герберт В.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология. Атлас. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 534 с.
9. Mombelli A., Gusberty F., van Oosten M., Lang N. Gingival health and gingivitis development during puberty. A 4-year longitudinal study. — *J. Clin. Periodontol.* — 1989; 16 (7): 451—6.
10. Oh T.J., Eber R., Wang H.L. Periodontal diseases in the child and adolescent. — *J. Clin. Periodontol.* — 2002; 29: 400—10.