

Ю.А. Македонова<sup>1,2</sup>,  
д.м.н., зав. кафедрой стоматологии  
института НМФО; старший научный  
сотрудник лаборатории моделирования  
патологии

А.В. Поройская<sup>1</sup>,  
к.м.н., доцент кафедры патологической  
анатомии

А.Е. Кривенцев<sup>1</sup>,  
врач-стоматолог

И.В. Венскель<sup>1</sup>,  
врач-стоматолог

<sup>1</sup> ВолгГМУ

<sup>2</sup> Волгоградский медицинский научный  
центр

## Акромегалия в терапевтической стоматологии. Клинический случай

Yu.A. Makedonova, A.V. Poroyskaya, A.E. Kriventsev, I.V. Venskel

### Acromegaly in therapeutic dentistry. Clinical case

**Реферат.** В настоящее время все чаще и чаще на стоматологическом приеме встречаются различного вида сочетанные аномалии и деформации. Взаимосвязь проявления общих соматических заболеваний нередко коррелирует с проявлениями в полости рта. Не исключением является и акромегалия. В данной работе изучены особенности строения ротовой полости у лиц с акромегалией на стоматологическом приеме. У пациентов с данным заболеванием увеличена масса мягких тканей, изменены форма зубного ряда и тембр голоса. При объективном обследовании выявлены макроглоссия, гипоплазия десны, макрохейлит, увеличение межзубных промежутков. Распространенность данной деформации делает необходимым и актуальным знание стоматологами этой патологии.

**Ключевые слова:** акромегалия, макрохейлит, макроглоссия, терапевтическая стоматология

В стоматологической практике возможны случаи, когда за терапевтической, ортопедической и ортодонтической помощью обращаются пациенты, страдающие акромегалией (греч. *acros* — крайний, *megalos* — большой, крупный) [5]. Акромегалия как самостоятельное заболевание была описана в 1886 г. Пьером Мари.

Заболевание начинается незаметно, имеет вялое течение с медленно нарастающей симптоматикой. Изменение внешнего вида человека происходит через 5–10 лет после установления диагноза. Чаще всего акромегалия развивается в зрелом возрасте, при этом немного чаще у женщин, у детей данное заболевание диагностируется очень редко [1]. Акромегалия — заболевание, вызываемое избыточной продукцией гормона роста, при котором увеличиваются кости конечностей (стоп и кистей), черепа, ключицы, а также органы и мышцы. Изменения в полости рта наиболее ярко выражаются в увеличении языка, его сосочки гипертрофированы, он с трудом умещается во рту, речь затруднена, произношение звуков невнятное. Нередко на языке появляются складки и борозды. За счет утолщения губ у больных отмечается макрохейлит, губы резко выдаются вперед. Слизистая оболочка полости рта утолщается, становится плотной на ощупь, в складку не собирается, бледно-розового цвета, имеет место гиперплазия

**Abstract.** Currently, more and more often at the dental reception there are various types of combined anomalies and deformities. The relationship manifestations of common somatic diseases are often correlated with manifestations in the oral cavity. Not an exception is acromegaly. In this paper, the features of the structure of the oral cavity in persons with acromegaly at the dental reception were studied. In patients with this disease, the mass of soft tissues is increased, the shape of the dentition and the timbre of the voice are changed. An objective examination revealed macroglossia, hypoplastic gingiva, macrocheilitis, increased interdental spaces. The prevalence of this deformation makes it necessary and relevant knowledge of this pathology by dentists.

**Key words:** acromegaly, macrocheilitis, macroglossia, preventive dentistry

концевых отделов выводных протоков слюнных желез, отмечается гипертрофия гранул Фордаиса. Характерным симптомом является гиперплазия десны, нередко десна покрывает всю коронковую часть зубов, и при отсутствии признаков воспаления клиническая картина напоминает фиброматоз десен [7].

Основной причиной возникновения акромегалии является аденома гипофиза с автономной гиперсекрецией соматотропного гормона или соматотропина [2].

В детском возрасте и у подростков хроническая гиперпродукция гормона роста приводит к развитию гигантизма. При этом происходит усиленный периостальный рост костей, а также увеличиваются масса и размеры органов и мягких тканей. В дальнейшем у взрослых развивается акромегалия, так как после ossification эпифизарных хрящей невозможен их последующий рост. Поэтому происходит разрастание мягких тканей и спланхномегалии [3].

Акромегалия ведет к диспропорции лица, увеличивается его нижняя часть. Нижняя челюсть под действием усиленного роста и давления увеличенного языка приобретает форму саней, что связано со сглаживанием гониального угла (акромегалическая форма нижней челюсти) [4]. При этом за счет оттеснения альвеолярного отростка кпереди зубы располагаются в виде веера [2].

Характерными признаками являются расширение межзубных промежутков, макроглоссия, макрохейлит, гиперплазия десны, которая нередко в виде капюшона перекрывает коронковую часть зубов. Увеличение в размерах язычка и разрастание голосовых связок ведут к изменению тембра голоса, происходит его снижение. Основных методов лечения этой болезни три: медикаментозное лечение акромегалии, лучевая терапия и хирургическое вмешательство [6].

Цель — обратить внимание врачей-стоматологов на особенности лечения пациентов в связи с высокой распространенностью данной патологии.

Традиционно выделяют четыре стадии акромегалии, каждая из которых сопровождается определенными признаками. На начальной преакромегалической стадии признаки очень слабы и редко выявляются. Диагностирование возможно исключительно по данным компьютерной томографии головного мозга и показателям уровня соматотропного гормона в крови. На гипертрофической стадии симптомы акромегалии ярко выражены. На опухолевой стадии появляются симптомы сдавливания соседних отделов с опухолью головного мозга. Повышается внутричерепное давление, появляются нервные и глазные нарушения. Стадия кахексии — последняя фаза болезни, характеризуется истощением вследствие акромегалии [8].

Соматотропный гормон роста вырабатывается в гипофизе, эндокринной железе, расположенной в основании головного мозга. Этот гормон отвечает за процесс роста ребенка, формирование мышц и скелета. У взрослых он обеспечивает контроль обмена веществ, в том числе водно-солевого, углеводного и жирового баланса [10]. Контроль над функцией гипофиза ведется из другой части головного мозга, называемой гипоталамусом, который вырабатывает вещества, стимулирующие или тормозящие работу гипофиза [7].

У здорового человека содержание соматотропного гормона на протяжении суток колеблется, подъемы чередуются со снижением. В силу ряда причин клетки гипофиза выпадают из-под контроля гипоталамуса и начинают активно размножаться. Нарушается ритм выделения гормона и повышается его уровень в крови. Продолжающийся длительное время рост этих клеток приводит к образованию аденомы гипофиза — доброкачественного новообразования, достигающего размеров в несколько сантиметров. Опухоль начинает сдавливать гипофиз, иногда разрушая здоровые клетки. Именно опухоль и является причиной, по которой возникает акромегалия [9].

Другие косвенные причины акромегалии — это неблагоприятное течение беременности, опухоли центральной нервной системы, психические или черепные травмы, хронические инфекции (грипп, корь и др.). Определенную роль в развитии акромегалии отводят наследственности [8].

Наиболее часто встречаемые жалобы пациента при акромегалии — утомляемость, слабость, снижение работоспособности, субфебрильная температура тела,

жажда, частое мочеиспускание. Часто отмечается храп (в связи с гипертрофией верхних дыхательных путей) и синдром обструктивного апноэ во сне, суставные боли (из-за ограничения подвижности и деформации суставов), головные боли, головокружение, светобоязнь, снижение слуха, онемение конечностей.

Объективно отмечают увеличение надбровных дуг, нижней челюсти, носа, ушей, размера кистей, стоп и черепа, деформация скелета, увеличение грудной клетки, гипертрофия гортани языка, голосовых связок, искривление позвоночника. Диагностируется акромегалия на основании глюкозотолерантного теста. Определяется концентрация в плазме крови инсулиноподобных ростовых факторов (ИРФ), повышение которых указывает на развитие акромегалии. Проводится рентгенография костей черепа на предмет выявления увеличения размеров турецкого седла, магнитно-резонансная и компьютерная диагностика. Офтальмологическое обследование пациентов с акромегалией выявляет сужение зрительных полей [8]. Помимо прочего больные обследуются с целью выявления осложнений вследствие акромегалии на наличие сахарного диабета, полипоза кишечника, заболеваний щитовидной железы и т.д. [8].

Лечение заболевания состоит из медикаментозного, хирургического, лучевого и комбинированного методов и направлено на снижение концентрации соматотропного гормона, ликвидацию его гиперсекреции и нормализацию концентрации ИРФ-I. В результате лечения должны значительно снижаться или полностью исчезать проявления заболевания [9].

Назначается прием аналогов соматостатина, подавляющего секрецию гормона роста (ланреотид, октреотид, сандостатин, соматулин). Впоследствии назначается одноразовая лучевая или гамма-терапия на область гипофиза. Опухоль гипофиза удаляется хирургическим путем. Эффективность операции составляет 85% при небольших опухолях и 30% при значительных. В этом случае возможна повторная операция [9].

#### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент П., 51 год, житель Волгограда, обратился в стоматологическую поликлинику ВолгГМУ на кафедру терапевтической стоматологии для санации полости рта. Из анамнеза выявлена акромегалия, обусловленная аденомой гипофиза. При осмотре изучены особенности лицевого скелета:

- подбородок скошен вперед;
- нижняя челюсть заметно увеличена в размерах (рис. 1);
- выражено утолщение губ;
- язык увеличен в размерах, очень трудно помещается в полости рта;
- между зубами выраженные промежутки;
- десны заметно увеличены в размерах по типу фиброматоза десен;
- десна плотной консистенции, без признаков воспаления (рис. 2, 3).



Рис. 1. Внешний вид больного акромегалией



Рис. 2. Макроглоссия



Рис. 3. Фиброматоз десен

Проведена санация полости рта, профессиональная гигиена. Пациент полностью подготовлен к хирургическому вмешательству, направленному на удаление опухоли гипофиза. В полости рта слизистую оболочку десны иссекать нет необходимости, лечение должно быть направлено на удаление причинного фактора данной патологии. В полости рта хирургического вмешательства не требуется. После динамического наблюдения через 6 месяцев пациент должен прийти на стоматологический прием с целью определения плана дальнейшего лечения. Избыточный рост прекращается после удаления или облучения опухоли, однако скелетная деформация сохраняется и нередко требуется ортогнатическая операция для репозиции нижней челюсти.

Прогноз лечения зависит от продолжительности болезни. При отсутствии лечения и тяжелом течении продолжительность жизни больного составляет 3–4 года, при медленном развитии — от 10 до 30 лет. Своевременная диагностика акромегалии и вовремя начатое

лечение дают благоприятный прогноз, возможно полное выздоровление.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность проявления системной патологии в полости рта делает необходимым знание стоматологами различных видов проявлений той или иной патологии в ротовой полости. Основными методами лечения являются профилактика и предупреждение развития зубочелюстных осложнений. Лечение должно быть направлено на выявление и устранение этиологического фактора, а также проведение поддерживающей терапии в полости рта. В отечественной литературе очень мало информации об этой патологии, поэтому целесообразно включать изучение проявления акромегалии в полости рта в учебные программы по стоматологии для студентов и практических врачей.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. — Чебоксары: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 50—57 [Dedov I.I., Melnichenko G.A., Fadeev V.V. Endocrinology. — Cheboksary: GEOTAR-Media, 2009; 50—57 (In Russ.).]
2. Клебанова Е.М., Балаболкин М.И., Креминский В.М. Диагностика и лечение акромегалии. — *Лечащий врач*. — 2005; 8: 33—7 [Klebanova E.M., Balabolkin M.I., Kreminsky V.M. Diagnosis and treatment of acromegaly. — *Treating doctor*. — 2005; 8: 33—7 (In Russ.).]
3. Дедов И.И., Молитвослова Н.Н., Марова Е.И. Акромегалия: патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения: пособие для врачей. — Тверь: Триада, 2006: 48 с. [Dedov I.I., Molitvoslova N.N., Marova E.I. Acromegaly: pathogenesis, clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment methods: Handbook for doctors. — Tver: Triada, 2006: 48 p. (In Russ.).]
4. Таривердиева Э.Г. Некоторые данные о состоянии полости рта при акромегалии. — *Вопросы клинической медицины. Учебные записки*. — Бaku, 1968; 29: 286—8 [Tariverdieva E.G. Some data on the state of the oral cavity in acromegaly. — *Questions of clinical medicine. Study notes*. — Baku, 1968; 29: 286—8 (In Russ.).]
5. Poroisky S.V., Macedonova J.A., Firsova I.V., Poroiskaya A.V., Trigo-los N.N. Experimental morphologic study of reparative processes in erosive lesions of the oral mucosa. — *Gen Dent*. — 2018; 66 (4): e5—e9.

6. Makedonova Iu.A., Firsova I.V. Assessment of oral microcirculation in the treatment of inflammatory destructive diseases with Plasmolifting technology. — *International Journal of Pharmacy & Technology*. — 2016; 8 (4): 26671—26678. <https://www.ijptonline.com/wp-content/uploads/2017/01/26671-26678.pdf>
7. Караченцев Ю.И., Хижняк О.О., Микитюк М.Р., Кузин В.Н. Акромегалия и гигантизм. — Киев: Старт-98, 2010: 132 с. [Karachentsev Y.I., Khizhnyak O.O., Mykytyuk M.R., Kuzin V.N. Acromegaly and gigantism. — Kiev: Start-98, 2010: 132 p. (In Russ.).]
8. Melmed S., Casanueva F.F., Klibanski A., Bronstein M.D., Chanson P., Lamberts S.W., Strasburger C.J., Wass J.A., Giustina A. A consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly complications. — *Pituitary*. — 2013; 16 (3): 294—302.
9. Katznelson L., Atkinson J.L., Cook D.M., Ezzat S.Z., Hamrahi A.H., Miller K.K.; AACE Acromegaly Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Acromegaly—2011 update: executive summary. — *Endocr Pract*. — 2011; 17 (4): 636—46.
10. Giustina A., Chanson P., Bronstein M.D., Klibanski A., Lamberts S., Casanueva F.F., Trainer P., Ghigo E., Ho K., Melmed S.; Acromegaly Consensus Group. A consensus on criteria for cure of acromegaly. — *J Clin Endocrinol Metab*. — 2010; 95 (7): 3141—8.