

ID: 2012-11-5-A-1754

Оригинальная статья

Егорова А.В., Бекирова Ф.М., Ларькина Е.А., Дудкина О.А.

Ортодонтическая коррекция зубочелюстных аномалий у пациентов с общесоматической патологией (пангипопитуитаризмом)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Резюме

Лечение пациентов с сочетанной патологией предполагает участие нескольких специалистов. В частности больные пангипопитуитаризмом должны наблюдаться одновременно врачом-эндокринологом, педиатром и ортодонтом. При составлении плана лечения необходимо учитывать особенности течения данного заболевания. Пациентам, находящимся на лечении заместительной гормонотерапией, коррекцию зубочелюстных аномалий лучше проводить аппаратами функционального действия.

Ключевые слова: пангипопитуитаризм, дистальный прикус, ортодонтия, функциональный аппарат

Пангипопитуитаризм - это патологическое состояние, развивающееся в результате поражения гипофиза и ядер гипоталамуса; сопровождающееся снижением продукции гипоталамических нейrogормонов, тропных гормонов гипофиза и пролактина.

Клиническая картина определяется снижением функции гипофиза с последующим развитием симптомов гипотиреоза, гипокортицизма и гипогонадизма. В костной ткани наблюдаются атрофические процессы с декальцинацией и остеопорозом. На фоне резкого отставания в росте, задержки созревания костей, у ребенка сохраняются нормальные пропорции тела. Половое развитие резко задержано, костный возраст, как правило, составляет 1/2 паспортного, «зоны роста» у таких больных сохраняются открытыми даже во взрослом состоянии. Возможно резкое снижение веса, исчезновение подкожно-жировой клетчатки, атрофия мышц, преждевременное старение. При внешнем осмотре у больных отмечается одутловатое лицо, язык утолщен, на его боковых поверхностях видны отпечатки зубов, голос сильный и низкий в результате отека голосовых связок, отмечается дизартрия. Нижняя челюсть атрофируется, разрушаются и выпадают зубы. Кожа сухая, атрофичная, с землистым оттенком, тургор снижен. Волосы ломкие, тусклые. Гипокортицизмом объясняют диспепсию, атонию желудочно-кишечного тракта, уменьшение секреции пищеварительных желез, атрофические процессы в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта.

На кафедру стоматологии детского возраста и ортодонтии обратился за помощью пациент Д., 11 лет с жалобами на косметический недостаток, дизокклюзию во фронтальном отделе. Из анамнеза выяснено, что в 2009 году на кафедре пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии СГМУ им В.И. Разумовского был поставлен диагноз пангипопитуитаризм, соматотропная недостаточность, вторичный гипотиреоз. На основании диагноза была назначена заместительная гормонотерапия (тиреоидные гормоны, тропные гормоны). При внешнем осмотре кожа бледная, сухая, чистая. Тургор снижен. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Волосы русого цвета, густые, на вид блестящие. Подкожно-жировая клетчатка не выражена. Форма пальцев и ногтей на руках и ногах не изменена, пальцы бледного цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Развитие мышц удовлетворительное, тонус не изменён, при пальпации мышцы безболезненны. Ломкость и исчерченность ногтей отсутствуют. Подвижность в суставах в полном физиологическом объеме, болезненности нет. Рост 137см. Вес 37кг. При осмотре лица выявлено, что профиль пациента выпуклый, подбородок скошен кзади, губы не смыкаются. Патологии в области височно-нижнечелюстного сустава не выявлено. У пациента имеются нарушение речи, связанные с нарушением произношения шипящих и свистящих звуков. Инфантильный тип глотания. В полости рта первые постоянные моляры смыкаются по II классу Энгля, сагиттальная щель – 6 мм. Незначительная скученность и протрузия верхних фронтальных зубов. По данным рентгенограммы кистей рук в прямой проекции от 16.12.10 года: количество костей запястья – справа 8, слева 7. Справа гороховидная кость диаметром 1,5 мм, слева – шиловидный отросток локтевой кости 0,2х0,1см. По средним срокам окостенения костный возраст соответствует 10,5 годам. Умеренный остеопороз костей кисти, эпифизов костей предплечья.

По данным ОПТГ от 02.03.11 имеются зачатки всех постоянных зубов, периапикальных изменений не выявлено. По данным ТРГ от 02.03.11 установлено: ретроположение нижней челюсти, ретроинклинация верхней челюсти; наличие сагиттальной щели между апикальными базисами челюстей; вертикальный тип роста; протрузия резцов верхней и нижней. Уменьшение размера нижней челюсти. Остальные показатели соответствуют норме.

На основании данных опроса, анамнеза, осмотра и дополнительных методов обследования (рентгенограммы кистей рук в прямой проекции, ТРГ в боковой проекции, ОПТГ, анализ контрольно-диагностических моделей) был поставлен диагноз: зубочелюстная аномалия II класса I подкласса по Энгля. Пациенту и его родителям было предложено лечение аппаратом функционального действия (регулятор функции Френкеля I типа). Данный аппарат поможет нормализовать рост и формирование зубочелюстной системы, устранить вредную привычку неправильного глотания, а за счет губных пилотов будет стимулировать рост нижней челюсти.

Исходя из вышеизложенного следует сделать вывод, что для эффективного осуществления мероприятий, направленных на выявление, профилактику и лечение пациентов с общесоматической патологией необходима координация работы врача-эндокринолога, педиатра и ортодонта. При составлении плана лечения нужно учитывать особенности течения данного заболевания. Пациентам, находящимся на лечении заместительной гормонотерапией, коррекцию зубочелюстных аномалий лучше проводить аппаратами функционального действия.

Литература

1. URL: <http://www.medikk.ru/pangipopituitarizm.htm>
2. URL: http://www.nnre.ru/medicina/yendokrinologija_konspekt_lekcii/p20.php
3. URL: <http://intcav.com/panhypopit>



Рисунок 1. Прикус пациента в прямой проекции



Рисунок 2. Прикус пациента в боковой проекции



Рисунок 3. Телерентгенограмма пациента