

Алгоритм применения несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах у пациентов с НДСТ

д.м.н., профессор С.А. Наумович,
стоматолог УЗ «ВГКСП» С.Ю. Деркач

Учреждение образования

*«Белорусский государственный медицинский университет»
кафедра ортопедической стоматологии*

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани(НДСТ):

- Под НДСТ понимают нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах онтогенеза вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса (коллагена), приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях.

Клинические проявления НДСТ варьируют от минимальных фенотипических особенностей до обширных инвалидизирующих патологий

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани приводит к синдрому болевой дисфункции ВНЧС

Клинические проявления синдрома болевой дисфункции ВНЧС:

Боль в мышцах с одной стороны и в суставе другой стороны;

Подвывих или вывих перегруженного сустава;

При медленном широком открывании рта челюсть совершает С- или S образные движения;

Невозможность плавно открыть рот;

Припухлость и боль в области сустава (между щекой и ушной раковиной);

Недостаточное или асимметричное открывание рта;

Разрыв суставного диска;

Боль и хруст при движении челюстей;

Шум в ухе (сустав находится совсем рядом с ухом) или синдром Костена;

Повышенный износ зубов.

Изменения со стороны ВНЧС:

- При переднем вправляемом смещении суставного диска пальпаторно и аускультативно выявляются щелчки, возникающие при открывании и закрывании рта. Чаще всего у лиц с НДСТ они сочетаются со смещением головки нижней челюсти кпереди от суставного бугорка. Весьма характерным при НДСТ является одновременное поражение обоих сочленений, раннее присоединение воспалительных изменений в виде синовита. Клинически это проявляется болезненностью при пальпации в области проекции головки нижней челюсти. В начальной стадии заболевания функция сустава не ограничена; открывание рта сохранено в полном объеме и даже чрезмерно. Обращают на себя внимание боковые и зигзагообразные смещения нижней челюсти, асинхронность движений ее головок.

Цель исследования:

обеспечить своевременную диагностику недифференцированной дисплазии соединительной ткани у пациентов при изготовлении им несъемных ортопедических конструкций

Объект и методы исследования

1. Амбулаторные и стоматологические карты 121 пациента, протезированного не менее трех лет назад несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах
2. Основная группа: 121 человек – 45 мужчин и 76 женщин в возрасте от 40 до 55 лет
3. Контрольная группа: 23 практически здоровые женщины и мужчины в возрасте от 40 до 55 лет
4. Родословные 50 практически здоровых людей
5. ДНК из лейкоцитов капиллярной крови пациентов
6. Молекулярно-генетические исследования G-T генетического полиморфизма гена коллагена I типа $\alpha 1$; Taq1 генетического полиморфизма гена рецептора витамина D; генотипов и аллелей генов глутатионтрансфераз T1 и M1 и ариламин-N-ацетилтрансферазы (NAT2); генетического полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена типа I (PAI1)

Результаты исследования

1. 43 пациента имели клинические признаки дисфункции височно-нижнечелюстных суставов (боль (головная, в ухе) – у 47% пациентов, щелканье в области височно-нижнечелюстного сустава – в 65% случаев, дискоординация движений нижней челюсти – у 74%, бруксизм – в 37%, снижение слуха – в 19% случаев)

2. 51 пациент (37 женщин и 14 мужчин) имели клинические маркеры недифференцированной дисплазии соединительной ткани

2.1. 22% пациентов страдали психовегетативными расстройствами (преобладание астенического синдрома)

2.2. 40 % пациентов имели малые аномалии развития сердца и сосудов (повышенная растяжимость мышечной стенки, недостаточность клапанного аппарата, нарушения сердечного ритма и т.д)

2.3. 32 % пациентов имели изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (висцероптозы, гастроэзофагальный и дуоденогастральный рефлюксы, несостоятельность сфинктеров, аномалии желчного пузыря (перегибы и перетяжки пузыря, S-образные и шаровидные деформации с нарушением моторики желчевыводящих путей).

2.4. 18% пациентов имели дисфункции мочевыводящих путей

Результаты исследования

43 пациента с клиническими признаками дисфункции височно-нижнечелюстных суставов имели фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани как минимум 1 или 2 внутренних органов

У 43 пациентов с клиническими признаками дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани

Функционально неблагоприятные аллели s гена коллагена COL1A1, «нулевой» генотип гена GST M1, «медленные» s-аллели гена NAT2 и «быстрый» генотип 4G/4G гена PAI1 у этих пациентов достоверно не отличались от таковых в популяционных исследованиях и контроле

У 40 из них частота «нулевого» генотипа гена системы детоксикации GST T1 более чем вдвое превысило таковую в популяции (44,1 и 19,3%, $p < 0,005$).

Таким образом:

- Недифференцированная дисплазия соединительной ткани служит конституциональной основой полиорганных нарушений, являясь фоновой патологией, влияющей на формирование патологии височно-нижнечелюстных суставов.
- Частота «нулевого» генотипа гена системы детоксикации GST T1 более чем вдвое превышает таковую в популяции (44,1 и 19,3%, $p < 0,005$) и указывает на предрасположенность к развитию дисплазий соединительной ткани.
- При дефектах зубных рядов с локализацией в боковых и передних отделах, а также при применении у таких пациентов несъемных ортопедических конструкций возрастают риски развития патологии височно-нижнечелюстных суставов.
- У лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани необходимо использовать современные методы моделирования ортопедических конструкций.