

Особенности оказания стоматологической помощи детям с ювенильной склеродермией

А. А. Скакодуб, Ад. А. Мамедов, О. И. Адмакин, Н. А. Геппе

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация

Резюме

Данная статья отражает клинические исследования, наблюдения и результат оказания стоматологической помощи на протяжении более 20 лет детям с ювенильной склеродермией (ЮСД). Нами был разработан алгоритм оказания стоматологической помощи детям с ЮСД, который состоял из последовательных этапов: устранение острых воспалительных явлений в челюстно-лицевой области; ликвидация хронических одонтогенных очагов; санация полости рта; местная антифибринозная, противосклеротическая терапия и профилактические мероприятия. Разработанные и используемые нами принципы стоматологической помощи детям с ЮСД, по нашим наблюдениям, значительно снизили риск обострения основного заболевания и присоединения вторичной инфекции.

Ключевые слова: ювенильная склеродермия, дети, стоматологическая помощь.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of dental care for children with juvenile scleroderma

A. A. Skakodub, Ad. A. Mamedov, O. I. Admakin, N. A. Geppe

HE I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University)

Abstract

This article reflects clinical trials, follow-up and the results of dental care for more than 20 years to children with juvenile scleroderma (JSD). We developed an algorithm for providing dental care to children with JSD, which consisted of successive stages: elimination of acute inflammatory phenomena in the maxillofacial area; elimination of chronic odontogenous pockets; oral sanitization; local anti-fibrin, anti-sclerotic therapy and preventive measures. The principles developed and used by us dental care for children with JSD according to our observations significantly reduced the risk of exacerbation of the underlying disease and the joining of secondary infection.

Keywords: juvenile scleroderma, children, dental care.

Conflict of interest. The rest of the authors declare no conflict of interests.

Введение

Склеродермия (с греческого «твердокожие») – это заболевания, ассоциированные с чрезмерной продукцией коллагена, обуславливающей развитие фиброза кожи и других органов, характеризующееся наличием воспаления, васкулопатии и фиброза [1, 2].

Термин «ювенильная склеродермия» (ЮСД) объединяет два заболевания или две формы одного заболевания: ограниченную склеродермию (ЮОСД) (или морфея) и системную склеродермию (ЮССД) (или прогрессирующий системный склероз), которые начинаются у детей в возрасте до 16 лет [2, 3, 4, 5, 6].

ЮСД является редкой патологией. У трети больных ЮОСД начинается в детском возрасте и составляет 0,34–2,7 случая на 100 000/год. Доля девочек среди больных 70–80%. Наиболее часто ЮОСД дебютирует в возрасте 6,4–8,7 года, может отмечаться при рождении [2, 3, 4, 5, 6, 7].

ЮССД начинается в детском возрасте менее чем у 10% больных. Заболеваемость ЮССД составляет 0,27 случая на 1 000 000/год. Доля девочек среди больных 76–84%. Наиболее часто начинается в возрасте 8,1–11 лет, крайне редко встречается у детей до 5 лет [2, 3, 4, 5].

Ранее проведенное стоматологическое обследование и лечение показало, что оно должно входить в комплексное лечение ЮСД и складываться из сотрудничества различных специалистов, а это в свое время способствует подавлению активности аутоиммунного процесса, предотвращению рецидивов, удлинению лабораторных ремиссий и в ряде случаев клиническому выздоровлению больных [2, 9, 10, 11, 16].

Таким образом, более чем за 20-летний период времени удалось накопить уникальное для российской литературы число клинических наблюдений и стоматологического лечения детей с ювенильной склеродермией, что дает нам право сформировать собственные методики и подходы к лечению стоматологической патологии у детей с ЮСД.

Пациенты и методы исследования

Исследование проводилось на базе Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова, в отделении ревматологии. В исследовании приняли участие 83 ребенка (табл. 1), среди которых девочек 55 (66,27%), а мальчиков 28 (33,73%),

Таблица 1
Распределение детей в зависимости от возраста, заболевания и половой принадлежности

Всего детей n=83	I возрастная группа (от 1 до 5 лет) n=6		II возрастная группа (от 6 до 12 лет) n=34		III возрастная группа (от 13 до 18 лет) n=43	
	Мальчики n=2	Девочки n=4	Мальчики n=11	Девочки n=23	Мальчики n=15	Девочки n=28
ЮОСД n=45	2	4	6	13	9	11
ЮССД n=38	–	–	5	10	6	17

с заболеваниями ювенильная ограниченная склеродермия (ЮОСД), ювенильная системная склеродермия (ЮССД). Они были распределены по возрасту в следующие группы:

- I – возрастная группа от 1 до 5 лет – период временного прикуса;
II – возрастная группа от 6 до 12 лет – период сменного прикуса;
III – возрастная группа от 13 до 18 лет – период постоянного прикуса.

Соматический диагноз у всех исследуемых был поставлен по данным обследования в специализируемом ревматологическом отделении и в соответствии с международными диагностическими критериями (ISBD 1990 г.) [1].

Всем исследуемым проводилось патогенетическое (базисное) лечение.

В качестве базисной терапии применялись иммуноподавляющие средства, способные активно влиять на процессы избыточного коллагенообразования, дезорганизации соединительной ткани, степень выраженности иммунного воспаления: глюкокортикоиды, цитостатики и антифибротические препараты, а также современные генно-инженерные биологические препараты, предназначенные для воздействия на конкретные звенья иммунной системы [3, 5, 9, 10, 11].

1. Глюкокортикоиды (ГК)

Преднизолон, метилпреднизолон, метипред (средняя доза 15–30 мг/сут, т. е. 0,5–1 мг/кг/сут).

При III стадии болезни ГК неэффективны и усиливают склеротические процессы.

2. Цитотоксические средства (ЦС)

Циклофосфамид (в виде пульс-терапии (в/в) в сочетании с ГК).

Лечение начальных стадий быстро прогрессирующей ЮСД и при интерстициальном поражении легких.

Метотрексат (10–12 мг/м² в сочетании с ГК и фолиевой кислотой).

Лечение в ранней стадии с продолжительностью до 3 лет.

Осторожно с хроническими очагами инфекции, в том числе и одонтогенной. (Требуется временно отменять препарат при возникновении обострения хронической инфекции.)

3. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)

ГИБП предназначены для воздействия на конкретные звенья иммунной системы и включают: моноклональные антитела (АТ), растворимые рецепторы цитокинов, рекомбинантные антагонисты рецепторов.

До настоящего времени все ГИБП при ЮСД назначаются off-label [20].

Ритуксимаб – химерное моноклональное АТ мыши/человека, которое связывается с трансмембранным антигеном CD20, присутствующим только на В-клетках, и инициирует иммунологические реакции, опосредующие их лизис.

Антагонисты ФНО-α включают два класса препаратов: антитела (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб и цертолизумаб) и растворимые рецепторы (этанерцепт).

Инфликсимаб, представляющий собой химерные мышино-человеческие IgG1 моноклональные АТ к ФНО-α. Адалимумаб – рекомбинантное моноклональное АТ, пептидная последовательность которого идентична IgG1 человека.

Назначаются при плохой переносимости или недостаточной эффективности 3-месячной терапии метотрексатом.

Абатацепт – растворимый белок, состоящий из внеклеточного домена антигена-4-цитотоксических Т-лимфоцитов – CTLA-4, связанного с модифицированным Fc-фрагментом IgG1 человека.

Тоцилизумаб (рекомбинантное гуманизированное моноклональное АТ к человеческому рецептору ИЛ-6) широко используют, также было отмечено повышение уровня ИЛ-6 в сыворотке, коррелирующее с активностью заболевания, что определило перспективу применения тоцилизумаба и при этой патологии.

Для повышения эффективности ГИБП целесообразна комбинация с метотрексатом.

4. Антифибринозная терапия

Д-пеницилламин, Купренил (250–375 мг/сут).

Лечение длительное – от 3 до 5 лет, только через 6 месяцев результат, поэтому назначают с ГК. Эти препараты оказывают многостороннее влияние на метаболизм коллагена, нарушая его синтез, и способствуют выведению избыточного количества коллагена из организма, угнетая работу фибробластов.

5. Сосудистые препараты

Трентал, сермион, курантил, норвакс, вазaproстан. Лечение синдрома Рейно.

Местное лечение орофациальной области

Каждому ребенку с ЮСД оказывали комплексную стоматологическую помощь. Поэтому нами был разработан алгоритм оказания стоматологической помощи детям с ЮСД с учетом активности, тяжести и течения заболевания, а также принимаемой базисной терапией, он должен

быть согласован с лечащим врачом-педиатром, ревматологом и состоял из последовательных этапов:

- 1) устранение острых воспалительных явлений в орофациальной области;
- 2) ликвидация хронических одонтогенных очагов;
- 3) санация полости рта;
- 4) проведение местной антифибринозной, противосклеротической терапии челюстно-лицевой области;
- 5) профилактика стоматологических заболеваний.

Все этапы лечения стоматологической патологии должны быть согласованы с лечащим врачом-педиатром, ревматологом.

Для торможения процессов склероза мышечных тканей полости рта, особенно подъязычной уздечки и мимических мышц, на основании ранее предложенных Виноградовой Т.Ф. [12] и Гусейновой Т.Г. [13] упражнений по миогимнастике нами были сформированы и адаптированы логопедические комплексы лечебной миогимнастики. Эти комплексы упражнений были направлены на улучшение эластичности, иннервации и кровоснабжения подъязычной уздечки, жевательных и мимических мышц, а также для улучшения функции слюнных желез и податливости кожных покровов лица, которым обучили родителей и детей.

Гимнастический комплекс упражнений и элементов массажа для торможения процессов склероза мышечных тканей полости рта детям с ЮСД состоял из:

1. Массаж для растяжки подъязычной уздечки

Пальцы рук и слизистую оболочку языка и уздечки обильно смазывают гелем, мазью «Солкосерил». Массаж ребенку с ЮСД помогают выполнять родители.

- При открытом рте ребенка родители должны взяться одной рукой за кончик языка и поднять его вверх. Пальцами другой руки необходимо проводить по уздечке снизу вверх, как бы растягивая ее.
- Два пальца одной руки ввести под язык так, чтобы уздечка была между двумя пальцами, захватить ее и выполнять удлиняющие движения наружу.
- Проводят растягивание языка в разные стороны: взявшись за кончик, осторожно тянуть язык наружу и в разные стороны.

2. Комплекс упражнений для растяжки уздечки языка и круговой мышцы рта (все упражнения выполняются по 30 секунд)

Из всех предложенных упражнений для растяжения уздечки и круговой мышцы рта по Т.Ф. Виноградовой [12] более адаптированы были для детей с ЮСД:

- «Маляр». Кончиком языка проводить по нёбу, начиная от зубов к горлу, при этом нижняя челюсть не должна двигаться, как будто кисточкой красят.
- «Барабан». Многократное произношение буквы [Д] с открытым ртом и улыбкой.
- «Дотянись до носа». При открытом рте и улыбке. Кончик языка тянется к носу и опускается к верхней губе (10 упражнений).
- «Качели». При открытом рте и улыбке попеременно дотрагиваться языком то до верхних, то до нижних зубов.
- «Футбол». Кончиком языка, поочередно упираясь, растягивать то одну, то другую щеку.

- «Гармошка». Открывать и закрывать рот, при этом язык следует прижать к нёбу, не отрывая его.
- «Лошадка». Пощелкать языком, как стучат лошадки, при открытом рте.
- «Грибок». Прижав к нёбу язык, губы следует держать в улыбке (3 раза по 10 секунд).
- «Дотянись до подбородка». Высунув язык, нужно дотянуться до кончика подбородка (10 упражнений).

3. Комплекс упражнений для повышения тонуса и эластичности жевательных и мимических мышц, а также для улучшения функции слюнных желез и податливости кожных покровов лица (все упражнения выполняются по 30 секунд):

- продолжительное произношение буквы «И», растягивая в улыбке губы;
- продолжительное произношение буквы «У», вытягивая вперед губы;
- широко открывать и закрывать рот;
- быстрыми движениями высовывать язык с произношением буквы «А»;
- произвести движения полоскания полости рта то одной, то другой щекой;
- выдвигать вперед, а затем назад нижнюю челюсть;
- произвести боковые движения челюстей (вправо и влево);
- подуть на верхнюю губу и затем на нижнюю;
- наморщить нос и расслабить его;
- натянуть брови (удивиться) и нахмурить.

В процессе выполнения этих упражнений, после каждого из них, требуется интервал времени. Рекомендовали не переутомляться и выполнять комплекс упражнений до появления чувства легкой местной усталости.

Эти логопедические комплексы упражнений по миогимнастике и массаж рекомендовали для ежедневной тренировки, но только при условии снижения иммунологической активности основного заболевания (состояние ремиссии), а также при хроническом течении основного заболевания.

Данное научное исследование прошло локальный комитет по этике ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет). У обследуемых были получены информированные согласия на диагностику, лечение и проведение фотопротоколов в рамках проводимого исследования.

Результаты исследования и обсуждения

Проведенные нами исследования орофациальной области при ЮСД у детей показали, что патологические изменения в ней обладают своеобразием, т. е. образованием склероза и атрофии тканей полости рта, и оказание стоматологической помощи относится к одному из наименее разработанных вопросов. Нами обследовано 83 ребенка с ЮСД и выявлено, что поражение слизистой рта начинается с губ. Это проявляется небольшим набуханием, отеком слизистой оболочки и подслизистой ткани. Для стадии плотного отека наиболее характерно нарушение

четкой границы красной каймы губ. Вторая стадия развития склеродермии – стадия индукции – характеризуется умеренно твердой консистенцией губ больного. В атрофической стадии слизистая резко истончается, становится сухой и теряет эластичность, происходит полная атрофия слизистой губ и формируется микрохейлия и микростомы.

Характерными симптомами склеродермии являются изменения в области языка, при этом страдает как слизистая оболочка, так и сама мышца, что приводит к микрогlossии. У больных вследствие атрофии нитевидных сосочков поверхность языка принимает сглаженный, как бы отполированный вид, то есть у них развивается атрофический глоссит.

В процесс атрофии при склеродермии особенно быстро вовлекается подъязычная уздечка, при этом мы отмечали ее ишемию (побеление), индукцию (уплотнение), укорочение (атрофию) и резкую неподвижность, что являлось самым ранним диагностическим признаком у 47,16% детей с ЮСД. Проявление синдрома Рейно в ЧЛЮ наблюдали в виде атрофии и локальной рецессии десны, тканей пародонта, онемения подбородочного отдела и кончика языка у 22,64% с ЮСД [7, 14].

При оказании стоматологической помощи обязательно придерживались двух условий:

- если основное заболевание имеет острое и подострое течение, то все стоматологические вмешательства проводилось в условиях стационара при строгом клинико-лабораторном контроле со стороны врача-педиатра, ревматолога;
- при первичном установлении диагноза ЮСД ребенку, независимо от отсутствия жалоб со стороны орорациальной области, проводилось клинико-рентгенологическое обследование как в стоматологическом кабинете, так и в палате при тяжелом состоянии.

При выполнении основных этапов лечения у стоматолога мы установили **рекомендации** по особенностям работы с проявлением этой патологии орорациальной области у детей, они заключались в:

1) устранении острых воспалительных явлений в орорациальной области (ликвидация острых воспалительных явлений пульпы, слизистой рта, тканей пародонта и т. д.).

Острые воспалительные процессы в пульпе и периодонте у детей с ЮСД встречались редко, возможно, это связано с постоянным приемом стероидной противовоспалительной терапии, которая маскировала симптоматику болевых проявлений. Но при резкой отмене базисной терапии или снижении ее мы наблюдали обострения хронических процессов в пульпе и периодонте. Кроме инфекционного процесса в пульпе и периодонте, вызванного кариесом, имелись черты первичного хронического воспаления, являющегося проявлением аутоиммунного заболевания. Поэтому для медикаментозной обработки и пломбирования каналов зубов применяли препараты, содержащие ГКС (дексаметазон). Это антисептики «Крезодент» («ВладМива»), «Нерасyl Solution» («Pierre Rolland»), «Cresophene» («Septodont»), пасты для пломбирования каналов «Endomethasone» («Septodont»),

«Cortisolomol» («Pierre Rolland») и т. д. У детей с ЮСД при течении заболевания более пяти лет в силу системного и ограниченного склероза и атрофии тканей пульпы и периодонта при резком сужении и облитерации каналов требовалась очень тщательная эндодонтическая подготовка их, что достаточно трудно осуществлять при тяжелом открывании рта из-за микростомы. Поэтому после экстирпации пульпы, в каждое посещение, обрабатывался и пломбировался один канал. При лечении пульпита использование импрегнационных и резорцин-формалиновых методов практически не проводится, т. к. чаще это приводит к патологическому процессу в периодонте и зубы становятся хроническими очагами одонтогенной инфекции, вызывая септические состояния у детей с ЮСД, длительно принимающих ГКС препараты, которые тормозят работу иммунитета..

Для ликвидации воспалительных явлений слизистой рта, обычно вызванных дисбиозом рта вследствие длительного приема противовоспалительной базисной терапии, мы назначали местную обработку: 1) антисептическая обработка полости рта производится растворами: 0,05% хлоргексидина, «Мирамистином» и др.; 2) нанесение на очаги воспаления гели и мази с противовоспалительным эффектом – гидрокортизоновую 5%, гель «Холисал»; 3) в зависимости от присоединившейся вторичной инфекции обрабатывать гелями и мазями (противогрибковыми, противовирусными, антибактериальными); 4) при снижении острых воспалительных явлений обрабатывать слизистую гелями и масляными растворами, способствующими эпителизации и нормализации трофики слизистой. Это кератопластики – масляный раствор витамина «А», зубная паста «Солкосерил», «Солкосерил» гель, «Винилин», «Аргакол» и т. п. При язвенно-некротических поражениях слизистой рта применять протеолитические ферменты для удаления некротических пленок, а также перекись водорода не рекомендуется, так как это усугубляет некроз тканей, в которых имеются выраженные васкулиты и васкулопатии [12]. Для этого применяли ингибиторы протеолитических ферментов – аминокaproновую кислоту и пантрипин.

Терапия острых заболеваний пародонта начиналась с профессиональной чистки, но в первое посещение рекомендовали ее проводить не в полном объеме (без кюретажей, полноценного скейлинга и т. д.). Осторожно снимали мягкие зубодесневые отложения механическим наконечником на малых оборотах при помощи щетки средней жесткости и не сильно абразивных паст, но с противовоспалительным эффектом, стараясь не травмировать воспаленную десну. После чистки проводили орошение десневого края десен и карманов антисептическими растворами 0,05% хлоргексидина, «Мирамистином» при помощи специального шприца с не травмирующей канюлей. Затем на десну накладывали лечебные десневые повязки, которые состояли из противовоспалительных, антибактериальных, противоотечных и регенерирующих препаратов. Подбирали индивидуальные средства гигиены и обучали правильной чистке зубов с последующим неоднократным контролем. В последующие посещения, после снятия воспалительных явлений тканей пародонта, проводили

полноценную профессиональную гигиену полости рта: удаление над- и подзубодесневых отложений скейлером (ультразвуком), кюретаж ложных десневых и пародонтальных карманов с обязательной реминерализующей терапией эмали в пришеечной области фторпрепаратами («Fluocal solute», «Septodont»);

2) ликвидации хронических одонтогенных очагов.

У детей с ЮСД показания к удалению зубов значительно расширялись. Удалялись зубы с диагнозами: хронический и острый периодонтит постоянных и временных зубов, гангренозный пульпит, обострение хронических пульпитов временных зубов.

Удаление хронических одонтогенных очагов проводили в период ремиссии или при снижении иммунологической активности основного заболевания. Перед изменениями в схемах базисного лечения, а именно при замене лекарственных препаратов, увеличении или уменьшении доз основных препаратов, обязательно требовалось удаление хронических очагов инфекции. Во избежание септической реакции организма, за 3 дня до предстоящих хирургических манипуляций, мы назначали антибиотики в сочетании с противогрибковыми препаратами. Под этой защитой и проводилось удаление. Это обязательно для удаления как зубов постоянных, так и временных с хроническими формами периодонтитов. При оказании хирургической помощи детям с ЮСД мы столкнулись с определенными сложностями из-за поражения сосудов и нарушения тканевой проницаемости вследствие васкулитов и васкулопатий и приема антикоагулянтов, которые заключались в отсутствии сгустков в альвеолярных лунках из-за длительных кровотечений. Поэтому удаление нужно проводить атравматическое, с применением местных гемостатических препаратов и наложением швов. Следующая сложность заключалась в том, что склерозированная при ЮСД ткань десны не способствовала закрытию лунки, в результате чего края лунки длительно не сходились и она быстро инфицировалась, вызывая своеобразный альвеолит без выраженной клинической симптоматики. Поэтому требуется обязательное наложение в лунку антисептической повязки «Alvogyl» («Septodont»), «Альвоста» и ушивание раны нерассасывающимися нитями с атравматическими иглами «Викрил» (VICRYL) и т. д. Так как у детей с ЮСД имеются выраженные нарушения трофики тканей, а применение ГКС значительно замедляет заживление в послеоперационный период, мы рекомендовали применение лазерного аппарата «Оптодан». Лазер оказывает резонансное воздействие на клетки раневой поверхности, обладая выраженным противовоспалительным действием, снижает болевой синдром, повышает уровень кислорода в тканях, значительно ускоряет регенерацию мягких и костных тканей, предотвращая образование рубцов, что особенно важно при системном склерозе у этих детей, а также снижает патогенность болезнетворной микрофлоры, повышая ее чувствительность к антибиотикам [15]. Наличие сниженного иммунитета вследствие общего аутоиммунного состояния и осложнений базисной терапии способствовало присоединению вторичной инфекции. Поэтому врачам-стоматологам требовалось после лик-

видации хронических одонтогенных очагов проводить тщательный ежедневный уход за операционной раной, а детям соблюдать все правила постельного режима в этот период;

3) санации полости рта.

При лечении кариеса и его осложнений для блокировки болевого синдрома, вызванного препарированием зуба, обязательно проводили местную анестезию, подбирался анестетик с учетом возраста ребенка, степени кардиосклероза и доз применяемых ГКС. С этим учетом хороший эффект давали анестетики «Убистезин 4%», «Ultracain DS» («Hoehct»), «Scandonest 3% sans vasaconstrictor» («Septodont») и т. д. У детей с ЮСД вследствие длительного приема ГКС происходит нарушение работы системы гипоталамус-надпочечники, и детский организм не способен реагировать на стресс, что приводит к острому кардиогенному шоку, поэтому перед сложными манипуляциями (проведение местной анестезии, экстракции пульпы, зубов и т. д.), за пару часов перед стоматологическим вмешательством, необходимо принять дневную дозу ГКС. Проведение местной анестезии должно быть атравматичным, потому что у детей с ЮСД при высокой степени склерозирования слизистой оболочки и мышечного слоя тканей рта, а также из-за выраженных васкулитов возможны подслизистые кровотечения и формирование межмышечных гематом. Поэтому мы рекомендовали делать инъекции в полость рта карпульными шприцами. При применении этих шприцов используются тончайшие иглы, что особенно важно у детей с ЮСД при высокой степени склерозирования слизистой оболочки и мышечного слоя полости рта. Во избежание дополнительных травм труднозаживающих, склерозированных, плотных и артофичных тканей введение анестетика должно происходить медленно и небольшими порциями во избежание их разрыва и отслоения надкостницы.

У детей с ЮСД не применялся биологический метод при лечении осложненного кариеса временных и постоянных зубов (пульпитов). Предпочтение при лечении пульпитов временных зубов отдавалось методу витальной пульпотомии с последующим наложением лечебных паст на основе цинк-оксид-эвгенола, «IRM» («Densplay») с добавлением капель дексаметазона. Если лечение временных моляров проводилось методом девитальной пульпотомии, обязательно проводилось рентгенологическое наблюдение этих зубов каждые 3–4 месяца во избежание формирования очага хронической одонтогенной инфекции. При лечении пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями применяли витальную пульпотомию с последующим наложением лечебной пасты «МТА» с добавлением в дистиллированную воду капель дексаметазона для торможения аутоиммунного воспаления.

При обследовании зубов мы наблюдали более 70% рецидивов кариеса в леченых зубах [12]. Поэтому при препарировании кариозной полости обязательно производилось иссечение всех ямок и фиссур на окклюзионной поверхности, даже в случае локализованного поражения, с незначительным удалением интактной эмали и дентина. При выборе пломбировочного материала предпочтение отдавалось тем, которые способны выделять активный фтор,

при этом обладали мощным антисептическим действием и ускоряющим процесс реминерализации краевой эмали;

4) проведении местной антифибринозной, противосклеротической терапии челюстно-лицевой области.

Для торможения процессов склероза слизистой и мышечных тканей полости рта детям с ЮСД после снижения иммунологической активности основного заболевания и при хроническом его течении назначали и рекомендовали «гимнастический комплекс упражнений и элементов массажа», который мы разработали, учитывая патологию орофациальной области у детей с ЮСД и возрастные особенности. Так как под влиянием массажа мы наблюдали, и пациенты отмечали, повышение тонуса и эластичности мышц, улучшение их сократительной функции и замедление наступления мышечной атрофии, т. е. формирование микростомы, микроглоссии. Гимнастика и массаж вызывали приток кислорода в мышцы, слизистую, это способствовало увеличению питания тканей, особенно у подъязычной уздечки, приводя к восстановлению звукопроизношения, которое постепенно утрачивалось после дебюта склеродермии. Гимнастика и массаж орофациальной области благоприятно влияли и на функцию околоушных слюнных желез. Пациенты отмечали увеличение саливации в полости рта и переставали проглатывать пищевой комок при помощи воды. Но при стойкой, быстро прогрессирующей ксеростомии требовалась коррекция базисного лечения, что именно мы, стоматологи, отмечали и сообщали врачам-ревматологам;

5) профилактике стоматологических заболеваний.

Каждый ребенок с ЮСД, прошедший первичное стоматологическое обследование, определялся под диспансерное наблюдение у стоматолога не реже 3–4 раз в год, если иммунологическая активность основного заболевания II–III ст., длительность его свыше 2 лет и прием ГКС в дозе 15–60 мг/сут. Профилактические мероприятия для укрепления твердых тканей зубов, пародонта, слизистой, слюнных желез проводились по общепринятой схеме в соответствии с возрастом ребенка. Профилактические мероприятия при заболевании твердых тканей зуба состояли из обучения гигиене полости рта, реминерализующей терапии, применения фторсодержащих паст, герметизации фиссур зубов. Детям с прогрессирующей ксеростомией рекомендовали пасты «Biotene», «Dentaid Xeros». Стоматологические профилактические мероприятия сочетались с общими и были направлены на снижение риска обострения основного заболевания, а также на снижение побочных эффектов базисной терапии. В целях профилактики остеопороза проводился длительный курс лечения препаратами альфа-ДЗ, кальций-ДЗ-никомед, ксидифон, миокальцикс, но осторожно назначали эти препараты детям с ЮСД, у которых формировались в тканях кальцинаты. Местные профилактические мероприятия мы сочетали с общими, которые назначали ревматологи и состояли из наблюдения у кардиоревматолога по месту жительства, диеты – стол № 5, применения сосудистых, метаболических, антацидных препаратов, противоостеопорозных (альфа-ДЗ, карбонат кальция, кальций-форте-сандоз), лечебной физкультуры и массажа, исключение – инсоляции, переохлаждения и иммунизации.

Выводы

Таким образом, более чем за 20-летний период времени удалось накопить уникальное для российской литературы число клинических наблюдений и стоматологического лечения детей с ювенильной склеродермией, что дает нам право сформировать собственные методики и подходы к лечению стоматологической патологии у детей с ЮСД. Разработанные и используемые нами принципы стоматологической помощи детям с ЮСД, по нашим наблюдениям, значительно снизили риск обострения основного заболевания и присоединение вторичной инфекции.

И только при условии сочетания стоматологических мероприятий и базисного лечения (противовоспалительная, противосклеротическая, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия) можно добиться длительной ремиссии у детей с ЮСД и клинического выздоровления детей при этой тяжелой соматической патологии.

Список литературы

1. Ревматология: Национальное руководство. Под редакцией Насонова Е.А., Насоновой В.А. // ГЭОТАР-Медиа, М.: 2008; 25.
Rheumatology: National Guide / Edited by E.L. Nasonov, V.A. Nasonova. // GEOTAR-Media. M. 2008; 25. (In Russ.) http://kingmed.info/knigi/Revmatologiya/book_2220/Revmatologiya_Natsionalnoe_rukovodstvo-Nasonov_EL_Nasonova_VA-2008-pdf
2. Осминина М.К., Геппе Н.А., Подчерняева Н.С., Рабиева Г.М., Тугаринова Г.В. Дифференциальный диагноз при ювенильной склеродермии. Вопросы современной педиатрии. 2008;7(1):101–104.
M.K. Osminina, N.A. Geppe, N.S. Podchernyayeva, G.M. Rabieva, G.V. Tugarinova. Differential diagnosis in juvenile scleroderma. Issues of modern pediatrics. 2008;7(1):101–104. (In Russ.) <https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnyy-diagnoz-pri-yuvenilnoy-sklerodermii>
3. Осминина М.К., Геппе Н.А. Вопросы классификации, клиническая картина и базисная терапия ювенильной склеродермии. Научно-практическая ревматология. 2015;53(2):214–219.
Osminina M.K., Geppe N.A. Classification, clinical picture, and therapy of juvenile scleroderma. Rheumatology Science and Practice. 2015;53(2):214–219. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-214-219>
4. Гусева Н.Г. Системная склеродермия – мультидисциплинарная проблема. Научно-практическая ревматология. – 2011. – № 2. – С. 10–14.
Guseva N.G. Systemic scleroderma is a multidisciplinary problem. Scientific and practical rheumatology. – 2011. – № 2. S. 10–14. (In Russ.) <https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnaya-sklerodermiya-multidistsiplinarnaya-problema>
5. Руководство по детской ревматологии. Под редакцией Геппе Н.А., Подчерняевой Н.С., Лыскиной Г.А. // ГЭОТАР-Медиа, М. 2011; 13–22; 587–595.
A guide to pediatric rheumatology. Edited by N.A. Geppe, N.S. Podchernyayeva, G.A. Lyskina. // GEOTAR-Media. M. 2011; 13–22; 587–595. (In Russ.) http://kingmed.info/knigi/Revmatologiya/book_4108/Prakticheskoe_rukovodstvo_po_detskoy_revmatologii-Geppe_NA_Podchernyayeva_NS_Lyskina_GA-2011-pdf
6. Богмат А.Ф., Никонова В.В. Ювенильная очаговая склеродермия: клиника, диагностика, современные подходы к терапии (обзор литературы и собственные наблюдения). Здоровье ребенка. 2019;14(4):270–277.
L.F. Bogmat, V.V. Nikonova. Juvenile localized scleroderma: clinical picture, diagnosis, therapeutic update (literature review and own observations). Zdorov'e Rebenka. 2019;14(4):270–277. (In Russ.) doi: 10.22141/2224-0551.14.4.2019.174042
7. Li S., Pope E. Localized scleroderma. In: Pety R., Laxer R., Lindsley C., editors. Cassidy's textbook of pediatric rheumatology. 7th edition. Philadelphia: Elsevier; 2016 p. 407f <https://www.researchgate.net/publication/334222222> DOI: 10.1136/adc.2015.1136.f407
8. Hadj Said M., Foletti J.M., Graillon N., Guyot L., Chossegros C., Orofacial manifestations of scleroderma. A literature review. Rev Stomatol Chir Orale. REVSTO-293. № 10. 2016; 1–5 (in France). <http://dx.doi.org/10.1016/j.revsto.2016.06.003> Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2016;xxx:1–5
9. Севостьянов В.К., Жолобова Е.С., Новиков А.С., Полушина А.И., Балашов С.А. Эпидемиология, структура ревматической патологии и противоревматической терапии у детей в Москве // Вопросы практической педиатрии. 2019;14(5):95–101.
V.K. Sevostyanov, E.S. Zholobova, O.V. Baranova, K.S. Poemshina, A.I. Polukhina, A.S. Novikov, S.L. Balashov. Pediatric rheumatology care in the Central Federal District of the Russian Federation. // Clinical Practice in Pediatrics. 2019;14(3):90–96. (In Russ.) DOI: 10.20953/1817-7646-2019-3-90-96

10. Осминина М.К., Геппе Н.А., Афонина Е.Ю., Шпитонкова О.В., Перепелова Е.М. Генно-инженерные биологические препараты в лечении склеродермии. Обзор литературы и собственный опыт. Доктор. Ру. Педиатрия. № 13 (114). 2015:53–8. (In Russ.) <https://elibr.pstu.ru/vufind/EdsRecord/edselr,edselr.25001058>
Osmnina M.K., Geppe N.A., Afonina E.Y., Shpitonkova O.V., Perepelov E.M. genetically engineered biological preparations in the treatment of scleroderma. A review of the literature and own experience. Doctor. Roux. Pediatrics. No. 13 (114). 2015:53–8. (In Russ.) <https://elibr.pstu.ru/vufind/EdsRecord/edselr,edselr.25001058>
11. Марцевич С.Ю., Навасардян А.Н., Комкова Н.А. Назначение лекарственных средств не в соответствии с официальной инструкцией по медицинскому применению [off-label]. Возможные причины, виды и последствия. Правовое регулирование в Российской Федерации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2017;13(5):667–674.
Marcevic S.Yu., Navasardian A.N., Komkova N.A. Prescribing medicines are not in accordance with the official instructions on medical use (off-label). Possible causes, species and consequences. Legal regulation in the Russian Federation. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2017;13(5):667–674 (In Russ.) DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-5-667-674
12. Виноградова Т.Ф. Стоматология для педиатров // МЕДпресс-информ. М. 2014; 187–191.
T.F. Vinogradova. Dentistry for pediatricians. MEDpress-Inform. M. 2014; 187–191. (In Russ.) https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_BIBL_A_010192541/
13. Гусейнова Т.Г., Бажанов Н.Н., Насонова В.А. Челюстно-лицевая область и коллагеновые заболевания // Баку, 1978. 162–163.
Huseynova T.G., Bazhanov N.N., Nasonova V.A. Jawbone-facial and collagen diseases. Baku, 1978. 162–163. (In Russ.) <https://search.rsl.ru/ru/record/01007621542>
14. Скакодуб А.А., Геппе Н.А., Адмакин О.И., Чепурнова Е.С., Мамедов А.А., Подчерняева Н.С., Чебышева С.Н., Харке В.В., Дудник О.В., Раденска-Лоповок С.Г. Клинико-рентгенологические диагностические критерии поражения челюстно-лицевой области у детей с ювенильной ограниченной склеродермией. Российский Вестник перинатологии и педиатрии. 2020; 65 (2): 71–79.
Skakodub A.A., Geppe N.A., Admakin O.I., Chepurnova E.S., Mamedov A.A., Podchernyaeva N.S., S.N. Chebysheva, Kharke V.V., Dudnik O.V., Radenska-Lopovok S.G. Clinical and X-ray diagnostic criteria for maxillofacial damage in children with juvenile limited scleroderma. Ros Vestn Perinatol i Peditar 2020; 65 (2): 71–79 (In Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-2-71-79
15. Васильева Л.В., Измаков Д.В. Клиническая оценка влияния низкоинтенсивного лазерного излучения на течение заболевания и состояние костной ткани у больных бронхиальной астмой на фоне гормональных нарушений. Вестник новых медицинских технологий. 2011; XVIII (2). 238–240.
Vasilyeva L.V., Izmalkov D.V. Clinical assessment of the effect of low-intensity laser radiation on the course of the disease and the condition of bone tissue in patients with asthma against the background of hormonal disorders. Herald of new medical technologies. 2011; XVIII (2). 238–240. (In Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-otsenka-vliyaniya-nizkointensivnogo-lazernogo-izlucheniya-na-techenie-zabolevaniya-i-sostoyaniye-kostnoy-tkani-u-bolnykh>
16. Скакодуб А.А. Лечебно-диагностическая тактика при оказании стоматологической помощи детям с системными заболеваниями соединительной ткани. Стоматология детского возраста и профилактика. 2004; 3(2): 43–48.
Skakodub A.A. Medical and Diagnostic Tactics in providing dental care to children with systemic diseases of connective tissue. Childhood dentistry and prevention. 2004; 3(2): 43–48. <https://elibrary.ru/item.asp?id=9284421>

Статья поступила / Received 26.02.21

Получена после рецензирования / Revised 02.03.21

Принята в печать / Accepted 03.03.21

Информация об авторах

А.А. Скакодуб, к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Института стоматологии
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0735-0583>
Ад.А. Мамедов, д.м.н., проф., зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии Института стоматологии
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7257-0991>
О.И. Адмакин, д.м.н., проф., зав. кафедрой профилактики и коммунальной стоматологии Института стоматологии
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5626-2961>
Н.А. Геппе, д.м.н., проф., зав. кафедрой детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0547-3686>

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация

Контактная информация:

Скакодуб Алла Анатольевна. E-mail: skalla71@mail.ru

Author information

A. A. Skakodub, PhD, assistant professor of dentistry in the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics – Institute of Dentistry, FSAEI
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0735-0583>
Ad. A. Mamedov, MD, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics – Institute of Dentistry
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7257-0991>
O. I. Admakin, MD, Head of the Department of Prevention and Public Dental Health – Institute of Dentistry
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5626-2961>
N. A. Geppe – MD, Head of the of Department of Childhood diseases – FSAEI
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0547-3686>

HE I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University)

Contact information

Skakodub Alla A. E-mail: skalla71@mail.ru

Для цитирования: Скакодуб А.А., Мамедов Ад.А., Адмакин О.И., Геппе Н.А. Особенности оказания стоматологической помощи детям с ювенильной склеродермией. Медицинский алфавит. 2021; (1): 64–70. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-2-64-70>

For citation: Skakodub A.A., Mamedov Ad.A., Admakin O.I., Geppe N.A. Features of dental care for children with juvenile scleroderma. Medical alphabet. 2021; (1): 64–70. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-2-64-70>

