

Ортопедична реабілітація пацієнта з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою віддалені результати через 4 роки

На сьогодні пацієнти з ерозією зубів досить часто звертаються в клініку за реабілітацією. Ураження визначається як постійна втрата твердих тканин зуба, викликана хімічними агентами без впливу каріозного процесу. Зношування може викликати сплюснення оклюзійної поверхні або втрату оклюзійної вертикальної висоти. На додаток можливе укорочення передніх зубів, що призводить до серйозних змін якості життя пацієнта і примушує його менше розмовляти і посміхатися.

Серед причин ерозії зубів особливе місце займає гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), яка пов'язана з розслабленням езофагеального сфінктера і потрапляння шлункової кислоти в ротову порожнину. Дуже важливо сказати, що виявлення стоматологами ерозій зубів є однією з ознак діагностування ГЕРХ.

Варіанти реабілітації дуже різняться залежно від ступеню зношування зубів. Також при лікуванні важливо усувати можливі ризики, що виникають при проведенні такої реабілітації. Мета цієї статті – описати прояви ГЕРХ, її діагностику, загальне і стоматологічне лікування пацієнта з ГЕРХ і провести оцінку віддалених результатів через 4 роки.

Клінічний випадок

У наш центр звернувся 33-річний пацієнт із скаргами на температурну чутливість, викликану вживанням різної їжі та напоїв.

При огляді спостерігалось стирання на лінгвальній поверхні передніх зубів і на горбиках бічних. На нижніх передніх зубах така зміна не виявлялася. Визначається легке зниження вертикальної оклюзійної висоти без потреби її корекції (Фото 1, 2, 3, 4 і 5). Таким чином, метою збору анамнезу було виявлення шкідливих звичок і можливих причин виникнення цієї патології. Пацієнт не мав інформації про свої системні захворювання, але повідомив про почуття печії в ділянці серця. Цей симптом може бути викликаний підвищеним споживанням спортивних добавок (ізотоників), що могло привести до змін у гастроезофагеальній системі.



*Фото 1.
Фронталь-
ний вигляд
ерозій і уко-
рочення пе-
редніх зубів*



Фото 2.

Бічний квадрант нижніх зубів із сплющеною поверхнею

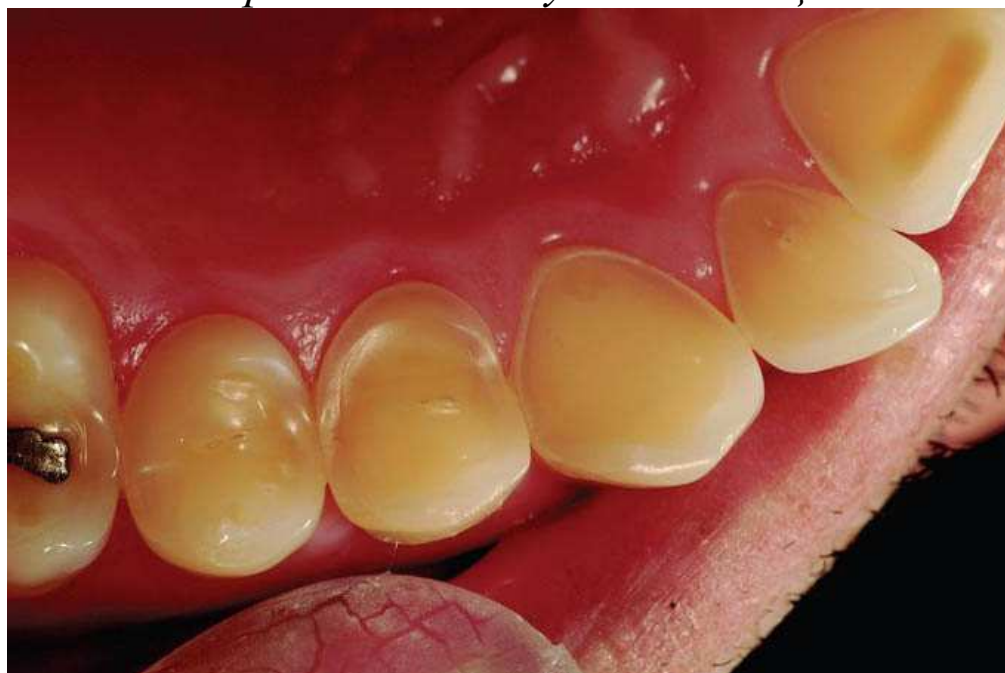


Фото 3. Оклюзійний вигляд верхніх зубів із стиранням

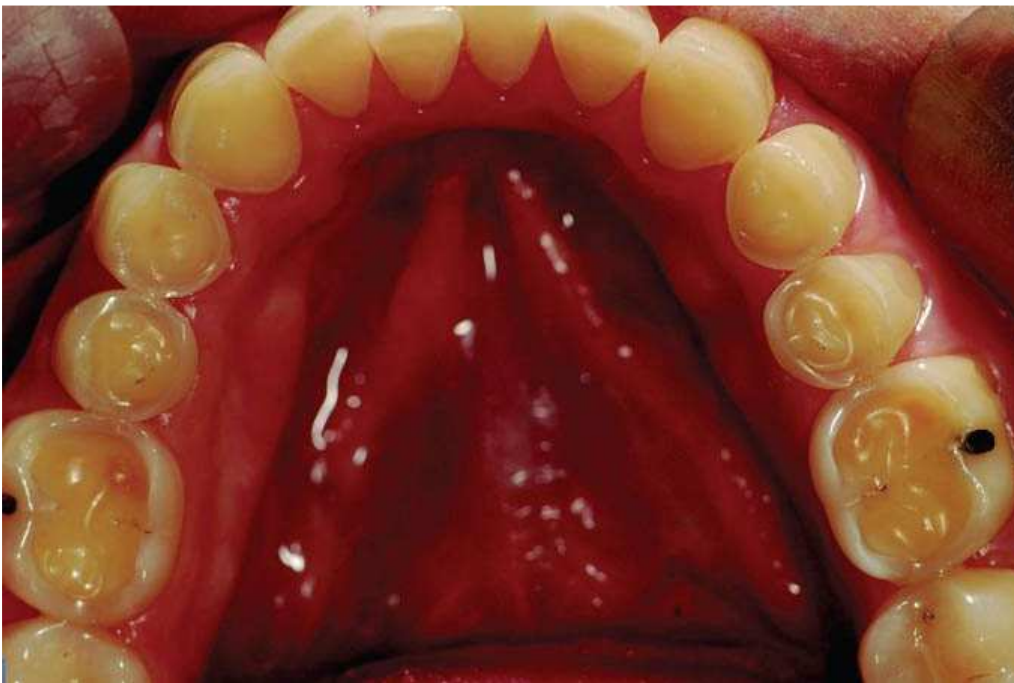


Фото 4. Вигляд нижньої щелепи



Фото 5. Вигляд верхньої щелепи

Пацієнт був спрямований до гастроентеролога, який встановив наявність грижі стравохідного отвору діафрагми і ГЕРХ. Загальне лікування полягало в прийомі 40 міліграм Омепразола двічі на день впродовж 30 днів, а також корекція дієти із скороченням ізотонічних напоїв та іншої провокуючої їжі. Після отриманої терапії симптом печії в серці зменшився, пацієнтові було потрібне подальше спостереження у фахівця.

Стоматологічне лікування проводилося тільки після постановки симптомів під контроль загальної терапії. Проведене виготовлення початкових фотографій і відбитків з двох зубних рядів ложками та альгінатною масою (Hydrogum, Zhermack

SpA Rovigo, Italy) для відливання діагностичних моделей. Моделі поміщені в артикулятор для формування плану лікування.

Серед усіх можливих варіантів лікування пацієнт вибрав відновлення анатомічної форми зубів за допомогою безметалевих коронок і керамічних вінірів. Спочатку уражені зуби препаровані (Фото 6). Потім виготовлені відбитки препарованих зубів за допомогою силіконової маси (Speedex, Brazil). Пришийкові зони препарованих зубів оголені ниткою для ясенної ретракції 000 (Ultraprak, USA) (Фото 7 і 8). Потім виготовлені і зафіксовані тимчасові композитні конструкції (Resilab, Brazil).



Фото 6. Фронтальний вигляд верхніх зубів після препарування



Фото 7. Введення ретракційної нитки



Фото 8. Пришийкові ділянки оголені за допомогою введення ретракційної нитки

Виготовлена цирконієва основа (IPS e.max ZirPress, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) і літій дисилікатна кераміка для покриття коронок у бічному сегменті і ламінатних вінірів (ISP e.max Ceram, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) (Фото 9). Внутрішня поверхня ламінатних вінірів протравлена 10% фтороводною кислотою впродовж 20 секунд, потім промита водою, висušена повітрям і вкрита сіланом (Prosil, Brazil). Зуби протравлені 37% фосфорною кислотою впродовж 30 секунд, промиті водою, просушені повітрям і вкриті шаром адгезиву (Prime& Bond 2.1, Dentsply, Brazil) (Фото 10 і 11).

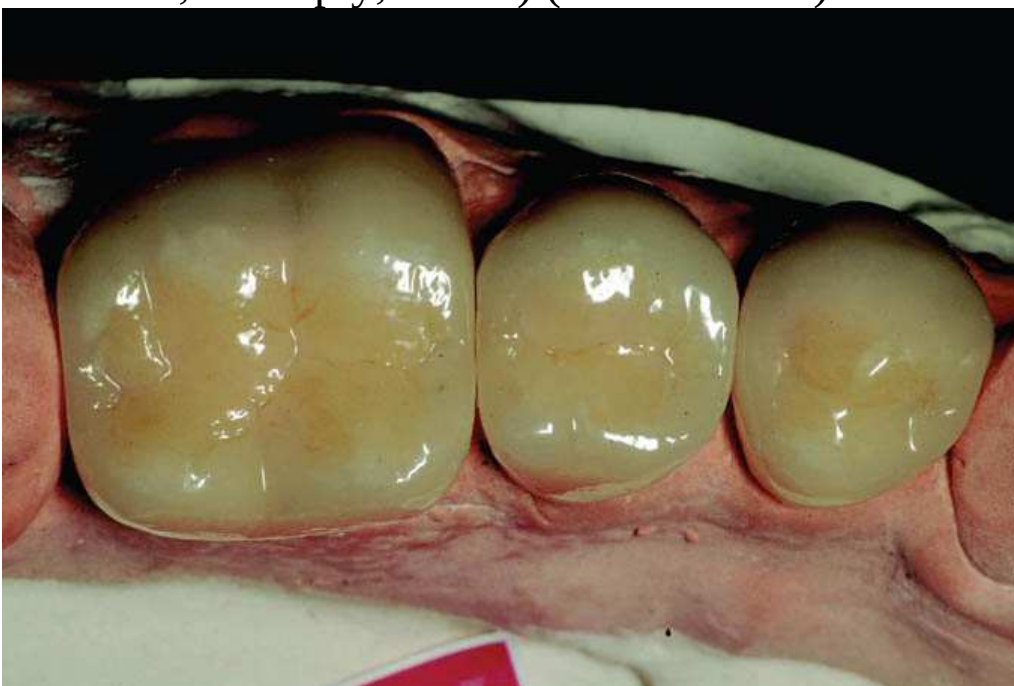
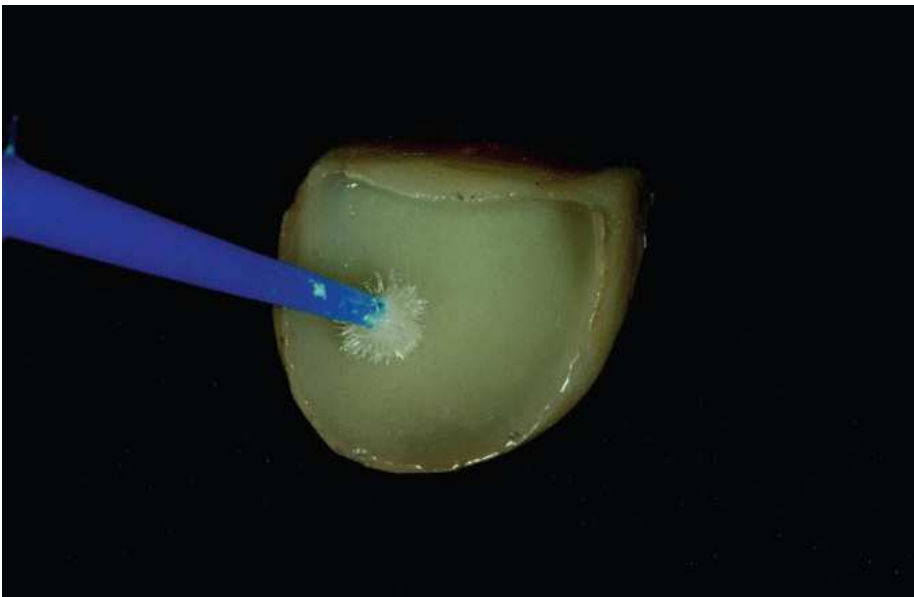


Фото 9.

Лабораторний етап виготовлення керамічних коронок



*Фото 10.
Клінічний етап
кондиціонування
внутрішньої по-
верхні ламінат-
них вінірів*



*Фото 11.
Клінічний етап
вкриття внут-
рішньої повер-
хні ламінатних
вінірів шаром
сілану*

Керамічні вініри фіксовані тільки за допомогою базової пасти композитного цементу (Variolink Veneer, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein), тоді як коронки фіксовані на обидві пасти (базу і каталізатор) цементу подвійного затвердіння (Variolink II, Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein) (Фото 12).



*Фото 12.
Вигляд після
фіксації вінірів і
керамічних ко-
ронок*

Після лікування пацієнт не відмічав чутливості, проте, йому були дані рекомендації наносити гель фториду натрію 2% (Nupro Gel, Brazil) кожні 15 днів. Через чотири роки реставрації візуально не були змінені, а тканини пародонту були здоровими і без ознак запалення (Фото 13, 14 і 15). Пацієнт був задоволений проведеним лікуванням.



*Фото 13.
Вигляд
реставрацій
через 4 роки*



*Фото 14.
Здорові ткани-
ни пародонту
через 4 роки
після фіксації*



*Фото 15.
У бічному сег-
менті ясна не
запалені, корон-
ки без видимих
ушкоджень*

Обговорення

Ерозія зубів стала дуже частою і відносно важливою клінічною патологією. Серед усіх чинників ризику основними є патології шлунку та прийом кислотновмисних продуктів. В описаному випадку проблема була обумовлена в основному ГЕРХ, яка характеризується розслабленням езофагеального сфінктера, що дозволяє зворотне потрапляння шлункової кислоти в порожнину рота. Чинники ризику розвитку ГЕРХ включають ожиріння, грижу стравохідного відділу діафрагми і вагітність.

Також пацієнт регулярно зазнавав фізичні навантаження і вживав кислотновмисні напої у великих кількостях, скорочення яких було рекомендоване гастроентерологом. Люди, що проводять здоровий спосіб життя, часто вживають кислотновмисні напої в умовах низької салівації (фізична активність) або ж вживають їх щодня з метою контролю ваги.

Лікування пацієнтів з ГЕРХ полягає в корекції дієти і лікарській терапії, що підвищує тонус сфінктера та скорочує вміст кислоти в шлунку. У таких ситуаціях пацієнтові слід уникати вживання їжі, яка дратує слизову оболонку шлунку, наприклад жирна чи гостра їжа, цитрусові фрукти, кава, чай, шоколад, алкоголь і безалкогольні напої.

Деякі дослідження показують, що поверхня кераміки страждає від контакту з кислими розчинами, що знижує довговічність конструкцій. У даному клінічному випадку для правильної реабілітації спочатку було проведене лікування основної патології і корекція дієти.

Для досягнення високих косметичних результатів, а також достатньої механічної міцності були вибрані цирконієві конструкції. Для вінірної кераміки був вибраний літій дисилікат. Наявність 70% кристалів літію дисилікату в кристалічній фазі забезпечує віддзеркалення світла, схожого з натуральним зубом, а також забезпечує високу міцність (360-400 МПа).

Висновок

Спостереження пацієнтів і мультидисциплінарний підхід мають бути складовими частинами реабілітаційної терапії, оскільки системні зміни безпосередньо впливають на кінцевий результат лікування. Модифікація дієти, лікування ГЕРХ і сто-

матологічне рішення з дисилікатною керамікою забезпечили чудовий естетичний результат навіть через 4 роки, що залишало пацієнта повністю задоволеним від проведеної терапії.
Автори: Рікардо Окіда, Сан-Паулу, Бразилія