

ВИКОРИСТАННЯ НЕПРЯМИХ МЕТОДІВ РЕСТАВРАЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ СПАДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Гасюк П.А., Воробець А.Б., Радчук В.Б., Росоловська С.О.,
Пудяк В.Є.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Досить велика група захворювань зубів пов'язана з ураженням емалі. Етіологічним фактором спадкових захворювань емалі є патологічні мутантні гени. Недосконалий амелогенез, дисплазія емалі, група спадкових дефектів, що характеризуються порушенням обміну речовин на одному із етапів розвитку емалі веде до гіпоплазії емалі, а порушення дозрівання – до її гіпокальцифікації. Зміни емалі можуть бути обумовлені двома причинами: генною мутацією і факторами навколишнього середовища або їх поєднанням. Порушення процесів формування матриксу емалі веде до повної, часткової або локальної зміни її товщини, що виражається в ряді клінічних форм спадкової гіпоплазії емалі.

Порушення дозрівання емалі, яке пов'язане зі зміною звапніння матриці, викликає цілий ряд клінічних і морфологічних дефектів: дезорганізацію емалевих призм, вкрай низький ступінь кристалізації, поодинокі нерівномірно розташовані кристали гідрооксиапатиту, зміна пластичності, забарвлення і товщини емалі. З усіх спадкових захворювань емалі найбільш поширена гіпоплазія, пов'язана з недостатнім звапнінням емалевих призм. При цьому органічне зміст емалі зростає до 8,7 - 14,2%.

Amelogenesis imperfecta – це спадковий розлад, при якому необхідне проведення ортопедичного лікування відсутніх тканин зуба. У даній роботі наведена послідовність лікування пацієнта з недосконалим амелогенезом із застосуванням керамічних реставрацій з адгезивною фіксацією.

Недосконалий амелогенез – це стоматологічне захворювання, яке вперше було описано в 1890р. Finn (1938 р.) припустив, що дана нозологічна форма розвивається в результаті порушення утворення дентину одонтобластами. Вищезазначеному захворюванню присвячено невелику кількість досліджень, в яких наводяться епідеміологічні дані.

Успадковані дефекти, які можна виявити тільки в емалі, є результатом мутації генів, які визначають її стан. Оскільки в даний час важко провести повну діагностику та розробити класифікацію недосконалого амелогенезу, ґрунтуючись на молекулярних критеріях, такий діагноз зазвичай ставлять на підставі клінічної симптоматики і даних сімейного анамнезу.

Так, при гіпокальцифікованому типі, причиною генних мутацій визначений недолік кальцифікації органічної матриці, тоді як при гіпопластичному типі дефект матриці емалевої призми виникає в результаті неповноцінного формування емалі. Отже, при гіпопластичному типі емаль при клінічному огляді тверда і блискуча, проте морфологічно та анатомічно несформована.

Гіпоматурація характеризується станом емалі, зовні схожим на вкриту снігом поверхню, під якою розташований шар повністю незрілої емалі, але при цьому тонкий шар зрілої емалі може бути розташований і над нею.

У 1998 р. Seow і Amaratunge відзначили, що схожа клінічна симптоматика гіпокальцифікованого і гіпоматураційного типів значною мірою ускладнює диференціальну діагностику цих двох типів.

Тому автори запропонували нову класифікацію недосконалого амелогенезу, яка є більш адаптованою до практичної медицини.

Класифікація включає три основні типи недосконалого амелогенезу, що найчастіше зустрічаються в клінічній практиці:

1. гіпопластичний, який характеризується недостатньою кількістю емалі;

2. гіпомінералізований, або гіпоматураційний, що характеризується порушенням мінералізації і дозрівання емалі;

3. амелогенез пов'язаний з X-хромосомою, при такому типі данного захворювання у жінок спостерігаються класичні вертикальні смужки на емалі, а у чоловіків спостерігається навіть втрата емалі.

Окрім дефектів емалі, недосконалий амелогенез може клінічно супроводжуватися аномаліями прорізування зубів, вродженою адентією, відкритим прикусом, кальцифікацією пульпи, дисплазією дентину, резорбцією кореня і коронки зуба, гіперцементозом, патологією розвитку кореня і тауродонтизмом.

Лікування недосконалого амелогенезу може бути складовою частиною комплексної реставраційної терапії, що враховує ступінь вираженості захворювання в кожному конкретному випадку. Міждисциплінарний підхід до терапії недосконалого амелогенезу звичайно включає ортодонтичне лікування, ортогнатичну хірургію, пародонтологічне та ортопедичне лікування. На завершальному етапі включає протезування відсутніх та заміщення патологічно змінених структур зуба. Для відновлення естетики і функції зуба у пацієнтів з недосконалим амелогенезом постійних зубів використовували металокерамічні коронки. З появою нових адгезивних методик і матеріалів сила адгезії стоматологічної кераміки з дентином стала приблизно така ж, як і сила адгезії кераміки з емаллю.

Таким чином, на сьогоднішній день для відновлення функції та естетики зуба можливе застосування адгезивної фіксації керамічних реставрацій, навіть при великому оголенні дентину.

Основний підхід до реставраційного лікування зубів зі зміненою в кольорі і незрілою емаллю полягає у використанні металокерамічних

коронки або, у випадках вродженої адентії, мостоподібних протезів. Поява методик і матеріалів для виготовлення керамічних реставрацій та вдосконалення композитних бондингових агентів дозволили використовувати композитні цемента для прямої фіксації керамічних коронок, вінірів, вкладок при ошадливому препаруванні зубів. Прямі фіксації керамічних вінірів і вкладок усуває необхідність застосування традиційних способів ретенції і дозволяє реставрувати втрачені структури зуба з мінімальним препаруванням. Незважаючи на те, що новітні бондингові системи забезпечують силу зчеплення кераміки з дентином, порівняно з силою адгезії з емаллю, клінічна ефективність адгезивів на межі між дентином і керамікою ще мало вивчена.

У нашому клінічному випадку ми оцінювали ефективність бондингової фіксації керамічних вкладок при ортопедичній реабілітації пацієнтів з недосконалим амелогенезом. З керамічних коронок, зафіксованих на п'яти фронтальних і трьох жувальних зубах верхньої щелепи, відбулося розцементування тільки двох коронок, що вимагало їх повторної фіксації через 3,5 року бондингом останнього покоління.

У цьому клінічному випадку при проведенні керамічних реставрацій ми вважали за краще використовувати багатоетапні дентинні адгезиви. Незважаючи на менш міцну фіксацію одноетапних адгезивів, термін функціонування реставрацій, зафіксованих з їх допомогою, скорочений не був. Проте при ортопедичній реабілітації пацієнтів з недосконалим амелогенезом ми віддавали перевагу багатоетапному адгезиву. Однак через 1 рік після фіксації не виникло ніякої рухливості жодної з 28 суцільнокерамічних реставрацій, зафіксованих композитом.

Наприкінці можна констатувати, що використання багатоетапних дентинних адгезивів в комбінації з композитним цементом дозволяє отримати задовільні короткострокові результати при реставрації зубів пацієнтів з недосконалим амелогенезом.