

волчанкой является весьма трудной задачей и требует от врача большого внимания, знаний клинических других сходных заболеваний. При одновременном поражении органов полости рта красной волчанкой и кандидозом, диагностику и лечение следует начать с последнего.

Литература:

1. Главинская Г.А. «Особенности клиники генеза и терапии красной волчанки.» Вестн. дерм. 1999. №5, с. 6–7
2. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. «Заболевания

слизистой оболочки полости рта». Киев, «Здоров'я» 1998. 406 стр.

3. Потекаев Н.С. «Дерматовенерология — синтез науки и практики. Избранные труды.» М. 2004. 559 стр.
4. Скрипкин Ю.К., Селицкий Т.Д., Фёдоров С.М., Хубиева Ф.В. «Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путём.» Справочник. М. 2003. 542с.
5. Хамаганова И.В. «Применение мометазона фууроата (элокома) в комплексном лечении красной волчанки.» Вестн. дермотол. 1999. №5, с. 44–45.
6. Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Л. Эллинг. «Секреты дерматологии» М. 1999. 511 стр.

UNELE ASPECTE DE DIAGNOZĂ, TRATAMENT ȘI PROFILAXIE ALE EROZIUNILOR DENTARE

Rezumat

Depistarea precoce, înlăturarea cauzei și profilaxia eroziunilor dentare ar trebui să formeze un sistem de menținere al integrității dentare. Cunoașterea și respectarea unor particularități ale igienei orale ar contribui semnificativ la micșorarea numărului afecțiunilor erozive, iar tratamentul lor ar putea fi efectuat în stadiile incipiente, cu evitarea distrucțiilor majore.

Summary

SOME ASPECTS OF THE DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF THE DENTAL EROSION.

Early revealing, causes removal and prophylaxis of the dental erosion which should form a maintenance system of the dental integrity. The knowledge and the observing of some peculiarities of the oral hygiene could significantly contribute to the number decrease of the erosive affection, but their treatment could be accomplished at the incipient stage avoiding major destruction.

Actualitatea temei

Pierderea țesutului dentar dur poate fi consecința afecțiunilor dentare carioase, cât și a distrofiilor dentare. Determinarea corectă a diagnozei poate contribui la evitarea expunerii factorilor cauzali, iar controlul lor permanent ar menține stabilitatea sistemului dento-maxilar.

Din cauza mecanismului de dezvoltare, diagnosticul, tratamentul și profilaxia distrofiilor dentare prezintă unele dificultăți. O anamneză bine studiată și sistematizată este cheia confirmării acestor afecțiuni.

Managementul eroziunilor dentare constă din două componente esențiale: prevenirea și tratamentul. Păstrarea integrității dintelui de distrucții ireversibile, ce survin în rezultatul factorilor etiologici, trebuie să fie punctul primordial în menținerea bunăstării cavității bucale.

Scopul lucrării

Țesuturile dentare dure, incluzând smalțul, dentina și cementul, sunt importante pentru integritatea dintelui, iar pierderea acestor țesuturi pot avea consecințe neplăcute pentru dantură. Aspectul clinic al eroziunilor dentare include concavități întinse pe suprafața netedă a smalțului și transparență incizală mărită, ce pot avea implicații estetice nedorite. Mai mult decât atât, pierderea smalțului poate duce la expunerea dentinei și la hipersensibilitate dentară, iar în cazuri extreme, progresând chiar până la dezgolire pulpară.

Adriana Vasiлаșcu
*Catedra stomatologie
terapeutică FPM*

Sursa acizilor poate fi extrinsecă, în cazul când ei pătrund prin cavitatea bucală, sau intrinsecă, prin intermediul acidului gastric. Efectul acizilor va depinde de volumul, tipul și concentrația lor; de durata ce a fost în contact cu suprafața dintelui; de cantitatea și calitatea salivei și de rezistența dintelui.

Obiectivul acestei analize este de a preveni apariția eroziunilor dentare prin formularea corectă a diagnozei, pentru a exclude și a micșora factorii cauzali.

În așa distrofii dentare deja se observă o creștere potențială a eroziunilor dentare la diferite grupe de vârstă.

Eroziunea dentară se caracterizează prin evoluția sa cronică și se diferențiază 2 stadii:

- Activă
- Stabilă

Stadia activă decurge progresiv, prin distrucția țesutului dur, dispăre luciul, iar dimensiunea defectului se mărește timp de 1,5—2 luni. Forma stabilă se caracterizează prin evoluție lentă și se menține luciul pe sectorul afectat. Schimbarea mărimii decurge 9—11 luni.

Diagnoza uzurii dentare, în general, și a eroziunii, în particular, este formată din caracteristicile ei, din rezultatele analizei nutriționale, medicale, habituale și ocupaționale.

Este cunoscut faptul că există legături strânse între starea dinților și funcția glandei salivare. Orice schimbare a calității și cantității salivei acționează asupra structurilor dentare și organelor cavității orale.

Saliva lichidă, puțin vâscoasă, însoțește așa afecțiuni distrofice ca eroziunea dentară, defectul cuneiform, abraziunea dentară patologică, pe când, la persoanele ce prezintă un indice înalt de afectare cu carie dentară, paralel cu predispunere înaltă de formare a depunerilor dentare și a tartrului dentar, se depistază o salivă mai vâscoasă. Proteinele salivei, în special, mucina, permit repartizarea întregului volum de salivă, iar ca rezultat, saliva se restructurizează, obținând o vâscozitate mai mare. Aceste proprietăți ale salivei asigură starea normală a smalțului, determinând trecerea ionilor din salivă în structurile dentare (fosfor, calciu, fluor). Nerespectarea acestor calități ale salivei se poate explica prin micșorarea vâscozității ei și se observă la multe distrofii dentare.

Un agent distructiv, la fel, este și acidul gastric. Persoanele cu bulimie sau reflux gastric deseori prezintă cavități erozive pe suprafața linguală, atât a dinților superiori, cât și a celor inferiori.

Compoziția dintelui e cunoscută a fi înalt variabilă și respectă concentrarea unor elemente. Forma și proeminența conturului dintelui sunt factori ce pot modifica procesul eroziv. Smalțul erodat de acizi e considerat mai susceptibil la abraziune, iar ocluzia dentară pare a avea un rol important în manifestarea uzurii dentare. Tot uzura dentară, primar cauzată de obiceiurile parafuncționale, așa ca bruxismul, va accelera, în prezența provocării erozive, modificări în structura dentară.

Procesul de diagnosticare este un concept teoretic condus după semne și simptome cu aplicarea criteriilor

de analiză. Concluziile obținute din tot acest proces și formează diagnoza.

Este important de a deosebi eroziunea dentară de caria dentară. Deși, deseori, rezultatele sunt similare, aceste două patologii, rar, dar pot surveni simultan pe aceeași parte. În cazul eroziunii, smalțul este demineralizat prin contactul direct cu acizii, pe când caria este o afecțiune ce survine prin acțiunea plăcii bacteriene cu microorganisme.

Igiena orală este și ea implicată în uzura dentară. Multe studii au demonstrat că pierderea substanței dentare după expunerea la citruși sau sucuri este accelerată de periaj. Demineralizarea suprastructurii dentare poate fi considerată reversibilă în stadiile incipiente, deoarece poate fi reparată de salivă. Oricum, periajul dentar imediat după un factor acid înlătură parțial suprafața dentară demineralizată înainte ca saliva să-l rapare, aceasta rezultând pierderi ireversibile de structură dentară.

Material și metode

Observările efectuate pe cei 14 pacienți cu vârstă cuprinsă între 83 și 15 ani, dintre care 10 din Chișinău, iar 4 din raioanele Republicii Moldova au arătat că din cei 62 de dinți supuși studiului, 60 erau afectați vestibular, iar 2 (1.1 și 2.1) — și vestibular, și ocluzal.

Principala acuză a pacienților era sensibilitatea dinților la consumarea alimentelor și băuturilor acide, reci, fierbinți; sensibilitate la periajul dentar și la inspirarea aerului rece. Nu în ultimul rând, paralel cu hipersensibilitatea, apar incomodități legate de aspectul defectului estetic cu modificarea culorii structurii dentare.

Deși eroziunea dentară a fost depistată la mai mulți, cu părere de rău, nu toți pacienții au acceptat tratamentul, motivând refuzul prin lipsă de timp și finanțe. Suplinirea lipsei țesutului dentar, prin redarea integrității dintelui, este indicație pentru a urma un tratament restaurativ.

Efectuând tratamentul acestor dinți, unii pacienți aveau deja restaurați și alți dinți, prezentând anterior diagnoza de eroziune dentară.

Defectele dentare au fost situate în limita smalțului și a dentinei. Chiar dacă unele cavități erau profunde am păstrat pulpa dintelui intactă.

Au fost respectate următoarele etape:

- detartrajul (în caz de necesitate) și periajul dentar
- anestezie topică și infiltrativă
- prepararea cavităților erozive
- aplicarea firului de retracție
- aplicarea coferdamului
- restaurarea propriu-zisă
- șlefuirea și lustruirea

În unele cazuri am apelat la metode fizioterapeutice (electroforeza cu calciu).

Am explicat pacienților că curățarea dinților după consumul alimentelor și băuturilor acide doar favorizează activitatea acizilor în țesutul dentar dur.

Rezultatele obținute sunt acelea că am readus integritatea dinților și am înlăturat sensibilitatea lor.

Nu este exclus faptul că eroziunea dentară poate reapărea. Însă pentru a menține o stare bună a cavității bucale este necesară nu doar intervenția medicului stomatolog, dar și de susținere din partea pacientului prin respectarea igienei orale, a unor particularități alimentare și prezentarea periodică pentru un control profilactic.

Concluzii

În mod normal, doar o discuție detaliată va clarifica etiologia eroziunilor dentare. Pacienților cu risc mărit li s-ar specifica să acorde mai multă atenție următoarelor aspecte:

- regimului alimentar
- afecțiunilor gastro-intestinale
- influenței medicamentelor
- disfuncției glandelor salivare
- expunerii mediului acid
- igienei orale.

Medicii stomatologi ar trebui să informeze și să educe pacienții cum să evite distrucciunile erozive. În cazul pacienților cu risc înalt de eroziune dentară sau care prezintă semne precoce, ar fi necesar de identificat factorii cauzali, iar pacienții să fie instruiți cum să-și modifice obiceiurile, cu scopul de a le proteja dantura.

Alt aspect important în tratamentul eroziunilor dentare este cel restaurativ. Restaurarea leziunilor este efectivă în soluționarea problemelor, incluzând sensibilitatea și aspectul estetic, dar fără eliminarea factorului cauzal, procesul distructiv va continua.

Câteva reguli simple de întreținere a igienei orale și controlul periodic la medicul stomatolog ar putea micșora riscul apariției eroziunilor dentare și ar stabili un echilibru între alimentație și țesuturile dentare dure.

Bibliografie:

1. K., Ho R., Kemmerling M. Diagnosis, risk factors and management of dental erosion: an evidence based report.// Faculty of Dentistry University of Toronto, 2009.
2. Featherstone JD (2006) Understanding the chemistry of dental erosion. *Monogr Oral Sci* 20:66-76.
3. Gandara B., Truelove E. Diagnosis and management of dental erosion. // *Journal of Contemporary Dental Practice*, 1999, 1 (1), p. 1-17.
4. Ganss C (2006) Definition of erosion and links to tooth wear. *Monogr Oral Sci* 20:9-16.
5. Moss S.J. Dental erosion.// *International Dental Journal*, 1998, nr.48, p.529-539.
6. Nunn JH, Gordon PH, Morris AJ, Pine CM, Walker A (2003) Dental erosion-changing Prevalence. A review of British National childrens' surveys. *Int J Paediatr Dent* 13:98-105.
7. Öhrn R, Enzell K, Angmar-Månsson B (1999) Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci* 107:157-163.