УДК: 616.514-74

ДЕНТАЛНА ЕРОЗИЈА И НЕЈЗИНА ПРЕВЕНЦИЈА СО ПРОФЕСИОНАЛНИ И ИНДИВИДУАЛНИ ПРОФИЛАКТИЧКИ МЕРКИ

Апостолска С., Оџаклиевска С., Ренџова В.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на забите и ендодонтот

Ерозијата е дефинирана како растворање на забните супстанци од киселини, кои не се од бактериско потекло. Можат да бидат предизвикани од надворешни фактори како храна и пијалаци, кои содржат киселини, или од внатрешни фактори, кои се резултат на гастричен рефлукс кај пациенти со гастроинтестинални заболувања и кај алкохоличари.

Предилекциони места предизвикани од надворешните фактори се цервико-вестибуларната страна на забите, а кога се предизвикани од повраќање (внатрешни фактори) предилекциони места се цервикалната регија примарно на горната палатинална површина на горните инцизиви и лабијално на долните инцизиви.

Оваа студија опфаќа 30 пациенти со ерозии со различно напреднат стадиум.

Стратегијата на третманот на ерозии ни беше со:

- *Идентификација на етиолошките и на предиспонирачките места.*
- *Терапија која зависи од случајот: импрегнација со флуорни препарати или реставрација со ГЈЦ и композити.*
- *Превентивно дејствување преку едукација на пациентите за причините и за можностите за нивно отстранување, редуцирање или модифицирање.*

Клучни зборови: дентална ерозија, реставрација, превентивни мерки

Многу пациенти пројавуваат дентални лезии или дефекти кои не се класифицираат како кариес.

Ваквите дефекти се забележуваат уште при првиот клинички преглед на забалото и нивното примарно дефинирање е како некариозни лезии кои опфаќаат абразија, абење, абфракција за конечно да се дефинираат како ерозија (4,10,15).

Ерозиите на забите можат да се вбројат во заболувања со мултикаузална етиологија. Според современите сознанија, тие настануваат како последица од хемиско механички дејства врз тврдите забни ткива.

Хемиското влијание се објаснува со растворање на глеѓта под дејство на киселини кои во устата навлегле однадвор егзогено (храна, напивки, воздух, лекови) или се создадени од страна на самиот организам ендогено (желудочна содржина) (5, 8).

Треба да се знае повеќе за етиологијата на ерозивните лезии пред да се пристапи кон нивно точно дијагностицирање, лекување кое ќе даде резултати и што е уште поважно, нивно спречување (12). Потенцијалните фактори на ризик се променетиот животен стил и начин на исхрана со зголемено консумирање киселинска храна и пијалаци. Меѓу факторите на променетиот животен стил, кои би можеле да придонесат за појава на ерозија, вреди да се спомнат честото консумирање спортски пијалаци, кои се консуми-

раат за време на тешки физички вежби, прекумерно консумирање цитронски сокови и овошни сокови, како и дел од режимот на диета, а и прекумерното често консумирање ацидни пијалаци во текот на цел ден. Најчесто ерозиите на забите се јавуваат кај помладите (тинејџерите) кои консумираат „поп" пијалаци, како што се, кока кола, лимонада и слични газирани пијалаци и бидејќи се со висок ацидитет рапидно го деструираат емајлот. Зголемената фрекфенција на консумирање дава поголема ризичност, со држењето во уста (околу забите) сè повеќе заби се деструираат, а употребата на цевка не превенира туку најверојатно го трансферира проблемот од фронтот на задните заби (7,13,14,18).

Разни гастроинтестинални болести и болести поврзани со исхраната го изложуваат дентинот на чести контакти со многу кисела желудочна содржина, што може да доведе до ерозија.

Тука се вбројуваат луѓето кои се хранат нередовно - нездраво (11).

Кај пациентите кои страдаат од психосоматски болести на исхрана (buliimia nervosa и anoreksia nervosa) - особено млади жени, проценета е доминантност од околу 8%, а кај одредени старосни групи, исто така, постои висок ризик од ерозија поради желудочната киселина. Забележана е корелација меѓу времетраењето на болеста и денталната ерозија. Ерозијата иницијално е задржана палатинално, но по 3-4 хронични повраќања, и на инцизалните агли и лабијалните површини на инцизивите (2).

Се проценува дека 60% од популацијата страда од некаков вид подригнување или гастричен рефлукс на желудочната содржина, што повремено ги носи ацидните флуиди во директен контакт со забите. Ова може да предизвика сериозни оштетувања на забите кај сите возрасти и во овие случаи ерозијата е најтешка на палатиналната забна површина (некогаш се протега дури и до пулпата).

Предилекциони места предизвикани од надворешните фактори се цервико - вестибуларната страна на забите.

Кога се предизвикани од повраќање (внатрешни фактори) предилекциони места се цервикалната регија примарно на горната палатинална површина на горните инцизиви и лабијално на долните инцизиви (3,9,17).

Денес акцент и е даден на превенцијата на некариесните причини за загуба на денталното ткиво. Превенцијата на периодонталната деструкција е важна, бидејќи здравата состојба на периодонциумот е предуслов за одржување на функционалноста на забите во староста. Се обрнува внимание на губењето на тврдото забно ткиво, кое е резултат на честите контакти со киселини кои ја еродираат глеѓта. Прекумерното консумирање киселински пијалаци и очигледното зголемување во доминантноста на разни гастроинтестинални болести и особено болестите кои се јавуваат од неправилна исхрана, кои водат до чести контакти на забите со киселински желудочни содржини, се гледаат како фактори на ризик за безкариесно уништување на забите (6,10,11).

Цел на оваа студија беше превенцијата на напредокот на денталната ерозија со професионални и со индивидуални профилактички мерки.

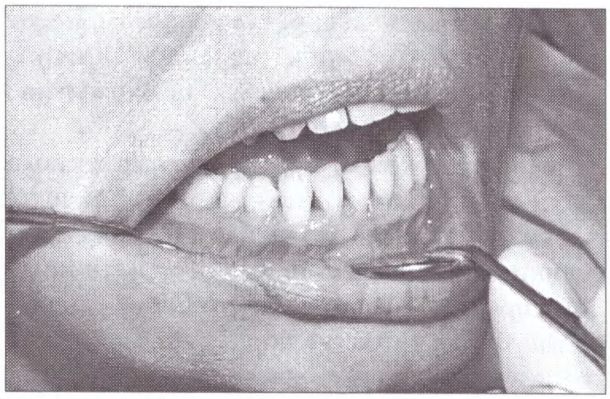
Материјал и методи

Беа опфатени 30 пациенти од различни старосни групи и со различно напреднат стадиум, кај кои направивме индексирање на ерозиите според Eccles, 1979:

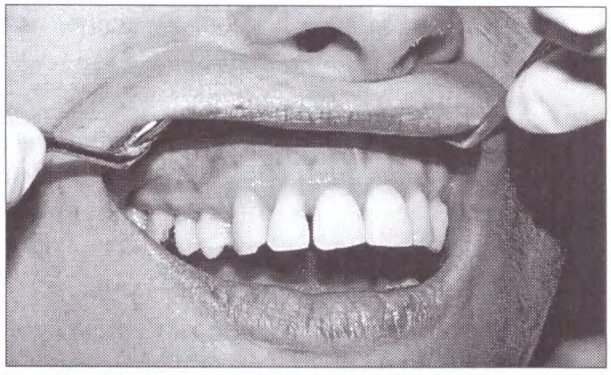
- Површински лезии во глеѓта - I класа
- Лезии во глеѓта и во дентинот до 1/3 - II класа
- Лезии во глеѓта и во дентинот повеќе од 1/3 - III класа

Пациентите ги поделивме во 2 групи каде:

- **Првата** група беше третирана со флуор препарати
- **Втората** група беше третирана со ГЈЦ и со композитни материјали

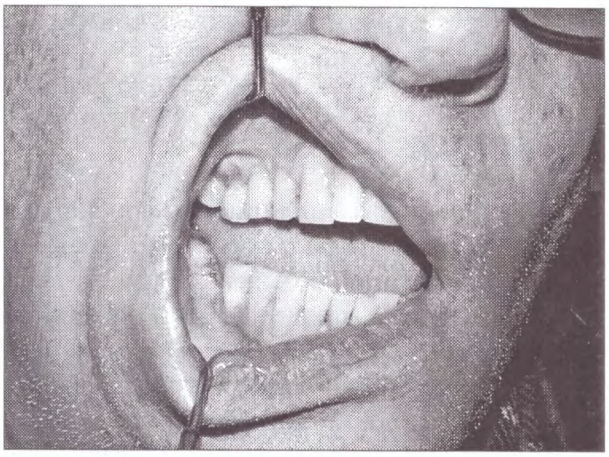


Слика 1. *Површински лезии во глеѓта - I класа каде имаше појава на хиперсензитивност*

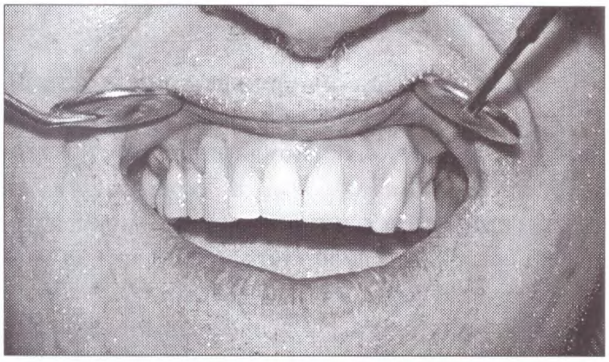


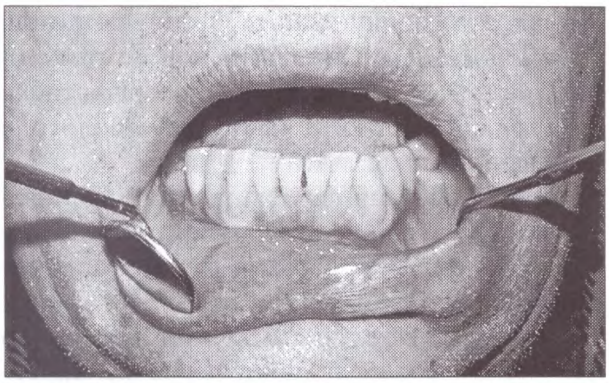
Слика 2. *Лезии во глеѓта и во дентинот до 1/3 - II класа каде имаше појава на хиперсензитивност*

Слика 3. *Лезии во глеѓта и во дентинот до 1/3 - II класа и повеќе од 1/3 - III класа каде имаше појава на хиперсензитивност и естетска неприфатливост кај пациентите*



Слика 4: *Реставрација на ерозиите со Fuji II LC*





Слика 5: *Реставрација на ерозиите со композитен материјал, Tetric Economic*

Првата група од 15 пациенти беше онаа кај која имаше појава на хиперсензитивност на цервикалната лезија и таму применивме препарати на база на флуор (FLUOR PROTECTOR).

Втората група од 15 пациенти беше онаа каде ерозивните дефекти беа во понапредната фаза и естетски и функционално беа неприфатливи за пациентите. Кај нив ги применивме ГЈЦ и композитните материјали (FUJI II LC, TETRIC ECONOMIC) .

Кај двете групи направивме контролни прегледи по 3 месеци.

Резултати

Кај 15 пациенти аплицираме препарати на база на флуор, кои ни овозможија времено отстранување на болката (слика 1 и 2).

Контролните прегледи три месеци по третманот покажаа намалување на хиперсензитивноста кај 5 пациенти, а елиминација на хиперсензитивноста кај 10 од пациентите третирани со флуор препарати (1, 16).

Дискусија

Следењето на пациентите покажа примарна локализација на ерозиите на забите на нивната цервико-вестибуларна, односно цервико-лингвална страна, а големината на деструкцијата ја опишавме преку индексирање на ерозијата (лезии во емајл/лезии во дентин), која нè води при изборот на третман.

Во терапијата ги применивме современите материјали и техники како: флуор профилакса за иницијалните ерозивни лезии, глас јономери и композити кои ни овозможија естетска и функционално прифатлива реставрација на сите места на забалото и едукација на пациентите.

Беа опфатени сите пациенти со делување преку едукација за причините и можностите за нивно отстранување, редуцирање или модифицирање.

Контролните прегледи три месеци по третманот покажаа намалување на хиперсензитивноста кај 5 пациенти, а елиминација на хиперсензитивноста кај 10 од пациентите третирани со флуор препарати (1, 16).

Кај втората испитувана група, кај сите пациенти, по 3 месеци од реставрациите резултатите беа задоволителни, што вклучува отсуство на болка, гингивална рецесија и маргинална пребоеност (6).

Превенцијата на ерозиите на забите подразбира рамномерно вклучување на: мерки за унапредување на здравјето, правилна примена на мерките за спречување на кариесот и на пародонтопатиите, правилна исхрана, соодветен избор на средства за одржување на орална хигиена и флуориди (4,5).

Пијалаци кои се препорачуваат се: вода (дали има флуор во неа), ако нема зошто, млеко, чај и кафе (без шеќер). Вишокот киселини од пијалаците или гастричните киселини предизвикуваат иреверзибилна емајлова загуба, па затоа препорака би било да не се консумира повеќе од еден ациден пијалак на ден.

Индивидуални превентивни мерки изведени од пациенти

- Четки за заби од мек или од медиум тип
- Ниско абразивни флуорни пасти и пасти кои содржат бикарбонат
- Да не се четкаат забите веднаш по (интринистичко или екстринистичко) изложување на ацидно влијание - половина час
- Техники на вертикално четкање
- Регуларна посета на стоматолог апликација на флуорни препарати
- Гуми за џвакање без шеќер (орбит) 20 минути заради стимулација на протокот на плунка по изложување на киселинско влијание по јадење или по пиење

Професионални превентивни совети за пациенти од стоматолог:

- Намалување на фрекфентноста на консумирање ацидна храна и пијалаци
- Намалување на ацидна храна во главните оброци
- Завршување на оброците со неутрална храна - сирење, а не со ацидна храна како овошна салата
- Пиење ацидни пијалаци брзо, со цевка, а не пополека и шетање на течноста низ устата
- Плакнење со вода 30 секунди по консумирање ацидна храна
- Аплицирање превентивни мерки - флуорни препарати

Како мерка за секундарна превенција се користат раната дијагноза и терапијата со прекривање на еродираните површини со композити или глас јономерни полнења, на што секако претходеле мерки за примарна превенција на ерозиите.

DENTAL EROSION AND PREVENTION BY PROFESSIONAL AND INDIVIDUAL PROPHYLACTIC MEASURES

Apostolska S., Odzaklievska S., Rendzova V.

Summary

Erosion is defined as dissolution of teeth substances by acids which are not of bacteriological origin. They can be caused by exterior factors like food and drinks which contain acids or interior factors which are results to a gastric refluxs with patients with gastro intestinal diseases and alcoholics.

Predisposed spots caused by extrinsic factors are the cervico – vestibular side of teeth, but when they are caused by vomiting (intrinsic factors) predisposed spots are the cervical region primarily to the upper palatal surface of the maxial incisive and of the lower incisives labially.

This study included 30 patients with erosions of different progressive phase.

Our strategy for the treatment of erosions was by:

- Identification of etiological and predisposed spots
- Therapy, depending on the case impregnation with fluoride preparation or restoration with GJC and composites
- Preventive acting through education of patients about the reasons and possibilities for their exclusion reduction or modification.

Key words: dental erosion, restavration, preventive measures

Литература

1. Brannstrom M. Etiology of dentin hypersensitivity. Proc Finn Dent Soc 1992; 88(1):7-13.
2. Dena A.Ali,Ronald S.Brown etc Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease J Am Dent Assoc 2000,Vol 133,No 6,734-737.
3. Dodds AP,King D. Gastroesophageal reflux and dental erosion : case report. Pediatr Dent 1997; 19 : 409-412.
4. Gallien GS, Kaplan I, Owens B. A review of noncarious dental carvical lesions. Compendium. Continuig Education. 1994; 15: 1336-1372.
5. Gandara BK,Truelave EL. Diagnosis and Management of Dental Erosion.J Contemp Dent Pract 1999 Oct; (1) 1 : 016-023.
6. Grippo JO. Noncarious cervical lesions: the decision to ignore or restore. J Esthet Dent 1992; 4: 55-64.
7. Hughes JA,West NX,Parker DM,van den Braak MH,Addy M. Effects of pH and concentration of citric,malic and lactic acids on enamel,in vivo.J Dent 2000;28 : 147-152.
8. Kevin H.K,Yip Roger J.Smales,John A.Kaidonis. The diagnosis and control af extrinsic acid erosion of tooth substance.Genral Dentistry 2003;350-353.
9. Lazarchik DA,Filler SJ. Effects of gastoesophageal reflux on the oral cavity.Am J Med 1997; 103 (5A) :107 S-113 S.
10. Levitch LC, Bader JD, Shugars DA, Heyman HO. Non-carious cervical lesions. J Dent 1994; 22: 195-207.
11. Milosevic A. Eating disorders and the dentist.British Dent J 1999; 186 : 109-113.
12. Osborne-Smith KL,Burke FJ,Wilson NH. The aetiology of the non-carious cervical lesion.Int Dent J 1999;49 : 139-143.
13. Parry J et al. Investigation of mineral watesand soft drinks in relation to dental erosion.J Oral Rehabil. 2001 28; 766-772.
14. Sanches GA,Fernandez De Preliasco MV.Salivary pH changes dyring soft drink consumption in children.Int J Paed Dent 2003;13;251-257.
15. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Regressive alterations of the teeth. In: A textbook of Oral Pathology, ed 4. Philadelphia, WB Saunders Co, 1983; 318-339.
16. Sorvari R, Meurman JH, Alakuijala P, Frank RM. Effect of fluoride varnish and solution on enamel erosion in vitro. Caries Res 1994; 28: 227-232.
17. Taylor G, Taylor S, Abrams R, Mueller W. Dental erosion associated with asymptomatic gastroesophageal reflux. J Dent Child 1992; 59:182-184.
18. Venables MC et al .Erosive effect of a new sports drink on dental enamel during exercise.Medicine # Science in Sports # Exercise 2005; 37; 39-44.