МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

2006 ● година **XXX** ● број 2 ● стр. 175 - 290

Содржина

Едиторијал. *Накова М.* 175

педодонција и превентивна стоматологија

Клиничка евалуација на ендодонтскиот третман на млечни заби со некротична пулпа. *Павлевска М., Јанкуловска М., Илиовска С., Димков А.* 177

Улогата на пуферскиот капацитет на саливарните бикарбонати врз појавата на забниот кариес. *Жабокова-Билбилова Е., Бајрактарова Б., Сотировска-Ивковска А.* 185

Едногодишна клиничка евалуација на Адмира-ормоцер базиран реставративен материјал и Адмира залевач. *Јанкуловска М., Гетова Б., Павлевска М., Илиовска С., Кокочева-Ивановска О.* 193

Нивото на саливарните pH вредности по консумација на млеко и сок кај деца со циркуларен кариес. *Кокочева-Ивановска О., Царчев М., Јанкуловска М.* 197

орална хирургија

Улогата на ФЕМ 7 (хормонска терапија) во санација на коскените дефекти кај постменопаузални жени: рендгенолошка и компјутерска анализа. *Симјановска Љ., Антовска В., Симјановски С.* 202

Апликативни аспекти на ултрасоничната ретропрепарација. *Кацарска М. Стефановски Ј.* 209

Тест на венска стаза како метода за процена на фибринолитичкиот капацитет на крвта во тек на оралнохируршки интервенции. *Димова Ц., Ковачевска И.* 214

Општа анестезија и оралнохируршките интервенции. *Симјановска Љ., Јачимовиќ-Тасевска К.* 219

дентална имплантологија

Дијагноза, план на терапија и припрема на пациентот за имплантирање. *Ванковски В.* 225

Предности и недостатоци при имедијатното имплантирање во фронтална максиларна регија: (приказ на случај). *Јанев Е.* 230

стоматолошка протетика

Примена на акрилок-системи кај скелетирани протези. *Анѓеловска А., Велески Д., Велеска Д.* 237

Метода за определување на местоположбата на првите молари во тоталните протези: клиничка примена и оценка на употребливоста. *Буноевска Ј., Капушевска Б.* 243

орална патологија и пародонтологија

Behçet-синдром: орални манифестации. *Пејчиќ А., Пешевска С., Којовиќ Д.* 251

Ласерот со мала сила во терапија на Herpes simplex labialis. *Пејчиќ А., Пешевска С., Којовиќ Д.* 255

СИДА - Преглед на оралната симптоматологија. *Поповска М., Атанасовска-Стојановска А., Јовановски Н., Ристоска С., Стрезовска С.* 260

ДРУШТВЕНА ХРОНИКА 271

Македонски стоматолошки преглед е официјален орган на Стоматолошкиот факултет при Универзитетот Св. Кирил и Методиј во Скопје

Главен и одговорен уредник - Марија НАКОВА
Заменик на главен и одговорен уредник - Ерол ШАБАНОВ
Секретар - Лидија ТРАЈКОВСКА

Адреса - Македонски стоматолошки преглед
Водњанска 17, 1000 Скопје, тел. (02) 31 15 647 e-mail:stomfak@unet.com.mk; sdm@unet.com.mk / www.stomfak.ukim.edu.mk
жиро-сметка 40100-607-1809, Стоматолошки факултет, за Македонски стоматолошки преглед

Редакциски одбор (азбучен ред)
Драгољуб ВЕЛЕСКИ, Борис ВЕЛИЧКОВСКИ, Вангел ДИМИТРОВСКИ, Марија ЗУЖЕЛОВА, Снежана ИЉОВСКА, Марија НАКОВА, Славе НАУМОВСКИ, Љупка МАТОВСКА, Ерол ШАБАНОВ

Издавачки совет (азбучен ред)
Златанка БЕЛАЗЕЛКОСКА, Владо ВАНКОВСКИ, Ќиро ИВАНОВСКИ, Љупка МАТОВСКА, Славјанка ОЦАКЛИЕВСКА, Елена ПЕТКОВА, Мирјана ПОПОВСКА, Миле ЦАРЧЕВ, Ерол ШАБАНОВ

Лектор и коректор: Павлина НУШЕВА

Претплата	Годишна	Поединечен број	Странство
Индивидуална	2 000 ден.	1 000 ден.	25 евра
Студенти	500 ден.	250 ден.	10 евра
Установи	5 000 ден.	3 000 ден.	75 евра

Списанието е печатено со финансиско учество на Министерството за образование и наука на Република Македонија
Тираж: 1600 примероци
Печати: ДАРЈАН д.о.о.

MAKEDONSKI STOMATOLOŠKI PREGLED

Contents

2006 • year XXX • Number 2 • page 175 - 290

Editorial. *Nakova M.* 175

pedodontics and preventive dentistry

Clinical evaluation of endodontic treatment of primary teeth with necrotic pulp. *Pavlevska M., Jankulovska M., Iljovska S., Dimkov A.* 177

The role of salivary bicarbonates in the buffer capacity upon the occurrence of dental caries. *Zabokova-Bilbilova E., Bajraktarova B., Sotirovska-Ivkovska A.* 185

One-year clinical evaluation of Admira organo-ceramic restorative material and Admira fissure sealent. *Jankulovska M., Getova B., Pavlevska M., Iljovska S., Kokočeva-Ivanovska O.* 193

Level of salivary pH - values after consuming milk and juice among children with baby bottle caries. *Kokočeva-Ivanovska O., Carčev M., Jankulovska M.* 197

oral surgery

The role of FEM 7 and sanation of bone defects in postmenopausal women (RTG and computer analisys). *Simjanovska Lj., Antovska V., Simjanovski S.* 202

The applicative aspects of the ultrasonic retro-preparation. *Kacarska M. Stefanovski J.* 209

Test of venostasis as a method of choise to evaluate the blood fibrinolytic capacity during the oral surgical interventions. *Dimova C., Kovačevska I.* 214

General anesthesia and oral surgical interventions. *Simjanovska Lj., Jačimović-Tasevska K.* 219

dental implantology

Diagnosis, therapy planning and pretreatment conditioning of the patient to recieve dental implants. *Vankovski V.* 225

Extraction Immediate Replacement in anterior Maxilla : Advantages and Disadvantages. *Janev E.* 230

prosthodontics

The use of acrylock systems in attachment-based dentures. *Angelovska A., Veleski D., Veleska D.* 237

Determination method for the location of first molars in complete denture - clinical implement. *Bundevska J., Kapuševska B.* 243

oral pathology and periodontology

Behçet syndrom - oral manifestation. *Pejčić A., Peševska S., Kojović D.* 251

Low level laser in the treatment of herpes simplex labialis. *Pejčić A., Peševska S., Kojović D.* 255

AIDS - A review of oral symptomatology. *Popovska M., Atanasovska-Stojanovska A., Jovanovski N., Ristoska S. Strezovska S.* 260

SOCIAL CHRONICLE 271

Makedonski Stomatološki Pregled is an official organ of the Faculty of Dentistry, University St. Kiril & Metodij, Skopje, R. of Macedonia

Editor in chief - Marija NAKOVA
Associate editor - Erol ŠABANOV
Secretary - Lidija TRAJKOVSKA

Adress - Makedonski stomatološki pregled
Vodnjanska 17, 1000 Skopje, tel (02) 31 15 647 e-mail:stomfak@unet.com.mk; sdm@unet.com.mk / www.stomfak.ukim.edu.mk
account - 40100-607-1809, Stomatološki fakultet, za Makedonski stomatološki pregled

Editorial board
Dragoljub VELESKI, Boris VELIČKOVSKI, Vangel DIMITROVSKI, Marija ZUŽELOVA, Snežana ILJOVSKA, Marija NAKOVA, Slave NAUMOVSKI, Ljupka MATOVSKA, Erol ŠABANOV

Editorial council
Zlatanka BELAZELKOSKA, Vlado VANKOVSKI, Ćiro IVANOVSKI, Ljupka MATOVSKA, Slavjanka ODŽAKLIEVSKA, Elena PETKOVA, Mirjana POPOVSKA, Mile CARČEV, Erol ŠABANOV

Reader: Pavlina NUŠEVA

Subscription rates	Annual subscription	Separate issue	Abroad
Individual	2 000 den.	1 000 den.	25 euro
Students	500 den.	250 den.	10 euro
Institutions	5 000 den.	3 000 den.	75 euro

This issue was realized with the financial support of the Ministry of Education and Science of Republic of Macedonia

Printed in 1 600 copies
Printed by DARJAN d.o.o.

Почитувани колешки и колеѓи,

Имам задоволство да Ве информирам дека Стоматолошкиот факултет во Скопје организира семинар насловен како „Естетика во стоматологијата“.

Денес, пациентот кој доаѓа во стоматолошката ординација има безмерна мотивираност бидејќи потребните услуги вклучуваат примена на можностите за естетска стоматологија. Нивните специфични потреби и големи очекувања бараат од современиот стоматолог да може да обезбеди естетски резултати од највисоко ниво.

За високоестетските стоматолошки услуги, неминовно е стоматологот, забниот техничар и пациентот да се здружат во една тripартитна задача, а тоа е: да ја согледаат естетската цел, да изберат соодветни материјали и да применат соодветни техники за да можат сите заедно да бидат задоволни од постигнатите резултати.

Преку семинарската програма што Ви ја нудиме, нашите предавачи, реномирани стручњаци од земјава и од странство, веруваме дека ќе Ви помогнат во разрешување на некои професионални дилеми, ќе Ви овозможат да создадете сопствен план за лично професионално усовршување или воведување современи естетски програми во Вашата практика. Со терапевтски план што се темели на точна дијагноза, а следствено, и прогноза, нема да се најдете затечени поради неочекувани третмански резултати.

Предавачите на овој семинар се врвни експерти, клиничари и наставници. Тие се „мајстори“ во создавањето блескава насмевка што ги воодушевува подеднакво и пациентите и терапевтскиот тим, но, секако, без да бидат занемарени критериумите на медицинската етика и фукционалност на изработките. Тие, можеби ќе Ве предизвикаат Вашата стоматолошка практика да ја подигнете на повисоко ниво, па, да бидете задоволни и Вие и Вашите пациенти.

За сите дополнителни информации Ве молиме контактирајте со нас. Ве очекуваме!

Проф. д-р **Марија Накова**
декан на Стоматолошки факултет - Скопје

СТОМАТОЛОШКИ КАРАВАН

Семинар за стоматологија

ЕСТЕТИКА ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА

организатор
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ

Наместо Вие да доаѓате кај нас,
ние и нашите предавачи ќе дојдеме кај Вас

Скопје
27 октомври (петок) 2006

Битола
3 ноември (петок) 2006

Струмица
10 ноември (петок) 2006

Гостивар
17 ноември (петок) 2006

Семинарската програма ќе ја добиете дополнително на
Вашата адреса што ја поседува
Редакцијата на Македонски стоматолошки преглед

За сите потребни информации
контактирајте со нас!

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
ул. Водњанска бр.17
1000 Скопје

Телефон: (02) 3115.647
Факс: (02) 3115.647
e-mail: stomfak@unet.com.mk

УДК : 616.314.9

КЛИНИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА НА ЕНДОДОНТСКИОТ ТРЕТМАН НА МЛЕЧНИ ЗАБИ СО НЕКРОТИЧНА ПУЛПА

Павлевска М., Јанкуловска М., Иљовска С., Димков А.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за детска и превентивна стоматологија

Главната цел на терапијата на пулпата е да се зачува интегритетот и здравјето на ткивата во оралната празнина.

Во однос на лекувањето на некрозата на пулпата на млечните заби, пред педодонтите се испречуваат тешкотии во врска со проценката на можностите за ендодонтското лекување, за изборот на адекватна метода и за изборот на адекватно средство за канална опturација.

Целта на овој труд е да направиме клиничка евалуација на успешноста на лекувањето на млечните заби со некротична пулпа со примена на методите со резорцинформалин и јодоформ паста.

Во оваа студија беа вклучени 48 деца од двата пола на возраст од 4 до 8 години, кај кои беа третирани 65 млечни заби со некроза на пулпа.

Млечните заби ги поделивме во 2 групи кои беа третирани со различни средства и методи.

- *35 заби беа третирани со јодоформ хлумски а коренските канали беа полнети со Valkhoff паста*
- *30 заби беа третирани со резорцинформалин, а каналите беа опturирани со резорцинформалин паста.*

94,2% од забите кои беа третирани со методата на резорцинформалин клинички беа стабилни во период од шест месеци. Од вкупно третираните 35 заби со методата на резорцин формалин екстрахиравме 2 во првите три месеци и кај нив методата се покажа како неуспешна.Негативна страна на ендодонтскиот третман на некрозата на пулпа на млечните заби со резорцинформалин е што забите се дисколорираат црвено и оваа метода не можеме да ја применуваме кај фронталните заби.

Во период од шест месеци кај 70% од ендодонтски третираните млечни заби со некротична пулпа со методата на јодоформ паста не регистрираме активирање на клинички симптоми, и кај нив во овој период лекувањето го оценивме како успешно. Од вкупно 30 млечни заби третирани со јодоформ хлумски во период од шест месеци кај девет заби методата се покажа како неуспешна.

Клучни зборови: педодонција, ендодонција, забна пулпа, заболување, јодоформ паста, резорцинформалин паста

И покрај напредокот во превенцијата на денталниот кариес и зголемената свест на родителите за значењето на физиолошката перзистенција на примарната дентиција, сè уште млечните заби прерано се губат. Најчести причини за предвремено губење на млечните заби претставуваат патолошките промени на пулпата и периапикалното ткиво и денталните трауми.

Етиолошките фактори кои доведуваат до патолошки промени во пулпата и периапикалното ткиво, може да бидат од микробиолошка, физичка, хемиска и јатрогена природа. Ваквото разграничување на етиолошките причинители е неправилно, бидејќи нивното дејство најчесто меѓусебно се испреплетува и е заемно.

Релативно малата дебелина на емајлот и дентинот на млечните заби овозможува лесна колонизација и брз продор на бактериите до пулпата, што резултира со инфилтра-

ција на акутни воспалителни клетки во пулпиното ткиво, кои, пак, во зависност од видот на воспалението и одбрамбените способности на пулпата порано или подоцна доведуваат до некроза и гангренозно распаѓање на пулпиното ткиво со чести компликации.

Некрозата на пулпата може да биде едноставна кога е ограничена само на коренските канали и комплицирана кога е со воспалителни промени на перирадикуларните ткива. Очигледно, дренажата е фактор кој одлучува дали ќе се појави парцијална или тотална некроза.(2)

Кај трајните заби пародонталните промени на некротичниот заб најчесто се лоцирани околу врвот на коренот додека кај млечните молари таа локализација е многу поретка. И кај млечните заби воспалителниот процес на пародонталното ткиво започнува околу врвот на коренот или коренките, обично како ostitis difusa, но потоа напредува долж внатрешната страна на коренките под периодонталниот лигамент и се локализира под бифуркацијата на коренките на млечните молари.

Причината за ваквиот тек на воспалителната реакција е слабиот периодонтален лигамент на млечните заби кој не дава таков отпор како поцврстиот лигамент на трајните заби, како и присуството на помошните канали на пулпиниот апекс. Исто така, и коренките на млечните заби се во фаза на физиолошка или патолошка ресорпција и со своите апикални делови, со широко отворени канали, свртени се кон интеррадикуларниот простор и со тоа придонесуваат инфекцијата да се шири во тој правец. Ако ваквата состојба на забот не се лекува, во интеррадикуларниот простор на млечните молари или апикално на еднокоренките заби се создава воспалително ресорптивно ткиво или апсцес.

Главната цел на терапијата на пулпата е да се зачува интегритетот и здравјето на ткивата во оралната празнина (2)

Во однос на лекувањето на некрозата на пулпата на млечните заби, пред педодонтите се испречуваат тешкотии во врска со проценката на можностите за ендодонтското лекување, за изборот на адекватна метода и за изборот на адекватно средство за канална оптурација.

Тешко е клинички да се одреди хистолошкиот статус на заболената пулпа, но со темелна клиничка и рендгенолошка процена може да се одреди дали, воопшто, пулпата на забот може да се третира. За долгорочна прогноза најважно е да се избере соодветен третман на забот.

За третманот на млечните заби со некроза на пулпа помеѓу стоматолозите постојат несогласувања и дилеми.

Во скандинавските земји млечните заби со некротична пулпа, генерално, се екстрахираат, со неопходно зачувување на празниот простор за трајниот заб.(11) Но во голем број европски земји како и во најновите препораки на AAPD, некротичните млечни заби ендодонтски се третираат, со цел да се задржат во усната празнина до нивната физиолошка смена и при планирање на третманот мора да се земе предвид вредноста на секој инволвиран заб во однос на целокупниот раст и развој на детето и да се земат предвид алтернативните пулпни терапии. (1)

Секако, пулпектомијата е метода на избор. Постапката на пулпектомијата е индицирана за заби кои покажуваат хронично воспаление или некроза на радикуларна пулпа.

Пулпектомијата е контраиндицирана кај заби со ресорбирани корени, периапикални процеси, интра и екстрарадикуларна патолошка ресорпција, заби кои претставуваат фокуси, пациенти болни од тешки акутни, хронични и системски заболувања итн.

Целта на пулпектомијата е да се задржат млечните заби кои во други случаи би се екстрахирале

Успехот на ендодонтскиот третман зависи од повеќе фактори, а како најважен е намалувањето или елиминацијата на бактериската инфекција, која е полимикробна со голем број на микроорганизми, каде доминираат стрептококите и анаеробните микроорганизми. (13)

Развојните, анатомските и физиолошките разлики меѓу млечните и трајните заби укажуваат на разлики во критериумите во ендодонтската терапија и употребата на материјали за полнење на каналите.

Идеалниот материјал за полнење на каналите на млечните заби треба да се ресорбира слично како и коренот на млечниот заб, да не е штетен за периапикалните ткива и перманентните забни заменици, да се ресорбира ако оди преку апекс, да е антисептичен, со него лесно да се полнат коренските канали, лесно да се лепи по ѕидовите, да не се контрахира, лесно да се отстранува ако е непоходно, да е рендген контрастен и да не ги обојува забите. (2)

Ниту еден материјал, кој тековно се употребува, не ги исполнува сите услови. (2)

Денес, можеме да кажеме дека постојат голем број на материјали кои се употребуваат за полнење на коренските канали на млечните заби, од кои се и цинкоксид еугенол, јодоформ паста, калциумхидроксид, резорцинформалин паста и др.

Цинкоксид еугенол е најчесто употребуван материјал за полнење на коренските канали на млечните заби во САД. (8, 2)

Некои автори известуваат за полнење на некротичните коренски канали со Kri паста (Farmahemija Швајцарија) која е мешавина на јодоформ, камфор, парахлорфенол и ментол. (6,9,16)

Kri пастата која оди преку апекс, лесно се заменува со нормално ткиво.

Понекогаш материјалот се ресорбира во внатрешноста на коренскиот канал.(6)

По извршените хистоморфолошки испитувања во последните години во пулпната терапија на млечните заби сè повеќе се употребува калциумхидроксид. Неговите позитивни страни се што лесно се аплицира, не дејствува токсично на трајните заби и е радиоконтрастен. Негативната страна е што побрзо се ресорбира од степенот на ресорпција на коренитe на млечните заби.

Reyes AD и сор.(14) направил споредба на Kri 1 паста и прашок калциумхидроксид помешан со формокрезол и утврдил дека и двата материјала дале добри резултати.

Marugo смета дека мешавина на калциум хидроксид и јодоформ приближно е идеален материјал за полнење на коренските канали на млечните заби. Во САД се употребува сличен материјал ENDOPLAS. (2)

На нашата клиника најчесто употребувана метода за лекување на некротични млечни заби е со резорцинформалин која дава задоволителни резултати во однос на исчезнувањето на симптомите, но забите се пребојуваат розево и ресорпцијата на коренитe е многу побрза .

Цел на трудот

Целта на овај труд е да направиме клиничка евалуација на успешноста на лекувањето на млечните заби со некротична пулпа со примена на методите со резорцинформалин паста и јодоформ паста.

Материјал и методи

Во оваа студија беа вклучени 48 деца од двата пола на возраст од 4 до 8 години, кај кои беа третирани 65 млечни заби со некроза на пулпа.

При изборот на забите за третман се раководевме од следните критериуми:

- млечните заби да не се со фистула или апсцес
- нивните корени да не се ресорбирани повеќе од 1/3
- да имаат релативно добро зачувана коронка
- децата вклучени во студијата да соработуваат
- согласност на родителите за вклучување на децата во ова испитување

Млечните заби ги поделивме во 2 групи кои беа третирани со различни средства и методи.

- 35 заби беа третирани со jodoform chlumsky а коренските канали беа полнети со Valkhoff паста.

- 30 заби беа третирани со резорцинформалин а каналите беа оптурирани со резорцинформалин паста.

Откако поставивме клиничка дијагноза, се направи рендген снимка и се постави индикација за ендодонтски третман, кај афектираните заби беа отстранети меките наслаги со четка и пурудент паста. Потоа се изврши комплетно отстранување на кариозните маси, забите се изолираа со ватеролни, се аплицира аспиратор за плунка, се направи тоалета со 3% хидроген и со стерилен борер се изврши трепанација на пулпината комора. Со стерилен ескаватор или стерилен борер се отстрани коронарната некротична пулпа а потоа со нерв екстирпатор и радикуларната пулпа. Коренските канали ги проширувавме со кер проширувачи, колку што тоа беше можно, и се испираа со хлорамин. На крај каналите ги исушивме со стерилна вата и хартиени шилци и се примени една од испитуваните методи.

Метода со Valkhoff паста

На стерилни Милер-игли се нанесува solcio chlumsky и јодоформ прашок и се аплицира во коренските канали, се става стерилно памучно туферче и провизорно се затвора со кавит. Следната сеанса за 24-48 часа ги отстранивме влошките, направивме испирање на каналите со хлорамин, исушивме со стерилни хартиени шилци и со шприц и игла ги наполнивме со Valkhoff паста. Составот на Valkhoff пастата е јодоформ, хлороформ, ментол и тимол.

Дефинитивната реставрација ја направивме со гласјономер цемент. (Fuji lX, GC, Japan).

Метода со resorcin formalin

Со стерилно памучно туферче во пулпината комора аплицираме solucio formalin во кој имаше растворено 1-2 кристали на резорцин и провизорно затворавме со кавит. Следната сеанса, за 24-48 часа ја отстранивме влошката со резорцинформалин, направивме испирање на каналите со хлорамин, потоа ги исушивме со стерилни хартиени шилци и со шприц и игла ги наполнивме со паста резорцинформалин, која се состои од 1 капка формалин, 1-2 кристали резорцин и прашок од цинкоксид. Дефинитивната реставрација е со гласјономер цемент. (Fuji lX, GC, Japan).

Клиничка евалуација

По третманот забите клинички беа следени на секои 3 и 6 месеци, при што кај секој од нив беа евидентирани следните параметри:

- спонтана болка
- абнормална мобилност
- осетливост на перкусија
- присуство на апсцес или фистула
- дисколорација

Забите кои покажуваа присуство на некој од наведените симптоми (освен дисколорација) се екстрахираа, а применетата метода за тој заб ја сметавме како неуспешна.

Резултати

Со контролните прегледи кои ги направивме по 3 месеци од ендодонтскиот третман констатиравме дека кај 94,2% од забите кои беа третирани со методата на резорцинформалин не забележавме абнормални клинички симптоми, а 86,6 од третираните заби со Valkhoff паста клинички беа стабилни. На табела 1 можеме да забележиме дека кај два заба од групата третирана со резорцинформалин се јави спонтана болка, абнормална мобилност, осетливост на перкусија и формирање на фистула и тие заби ги екстрахиравме. Сите заби кои ги третиравме со резорцинформалин се дисколорираа и добија црвена нијанса.

Од групата заби кои беа третирани со јодоформ паста, кај три од нив констатиравме абнормална мобилност а кај четири заби спонтана болка, осетливост на перкусија и фистулизација. Од оваа група екстрахи-

равме четири заби во првите три месеци. Кај десет заби регистриравме дисколорација во жолтеникава нијанса.

На контролните прегледи направени по шест месеци утврдивме дека кај групата заби кои ги третиравме со резорцинформалин само два од 33 заби покажаа осетливост на вертикална перкусија а останатите беа клинички стабилни. (табела 2)

Пет од 26 третирани заби со методата на jodoform chlumsky во период од шест месеци ги екстрахиравме заради присуството на спонтана болка луксација, осетливост на перкусија а четири од нив фистулизираа. Петнаесет заби од оваа група се дисколорираа.

Дискусија

Целта на ендодонтскиот третман на некротичните млечни заби е да се задржат млечните заби во усната празнина до нивната физиолошка смена, кои во други случаи предвреме би се екстрахирале.

И покрај различните мислења, многу автори укажуваат на потребата за третман на коренските канали кај млечни заби со некротична пулпа заради присуството на микроорганизми низ целиот систем на коренскиот канал, вклучувајки го луменот, латералните, помошните и секундарните канали, денталните тубули, разгранувањата на апикалната делта, апикалниот форамен, областите на апикалниот цемент и периапикалниот биофилм.

Во нашата студија ендодонтски ги третиравме млечните заби со некротична пулпа со две различни методи при што 94,2% од забите кои беа третирани со методата на резорцинформалин клинички беа стабилни во период од шест месеци. Од вкупно третираните 35 заби со методата на резорцинформалин екстрахиравме 2 заба во првите три месеци и кај нив методата се покажа како неуспешна. Негативна страна на ендодонтскиот третман на некрозата на млечните заби со резорцин формалин е што забите се пребојуваат црвено и не можеме да ја применуваме оваа мето-

ТАБЕЛА 1. *КЛИНИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА НА ЕНДОДОНТСКИОТ ТРЕТМАН НА МЛЕЧНИ ЗАБИ СО НЕКРОТИЧНА ПУЛПА СО МЕТОДИТЕ НА РЕЗОРЦИНФОРМАЛИН ПАСТА И ЈОДОФОРМ ПАСТА ПО ТРИ МЕСЕЦИ ОД ТРЕТМАНОТ*

Клинички знаци	резорцинформалин n=35 n(%)	Јодоформ паста n=30 n(%)
Спонтана болка	2 (6,02)	4 (13,3)
Абнормална мобилност	2 (6,02)	3 (10)
Осетливост на перкусија	2 (6,02)	4 (13,3)
Апсцес или фистула	2 (6,02)	4 (13,3)
Дисколорација	35 (100)	10 (33,3)

ТАБЕЛА 2. *КЛИНИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА НА ЕНДОДОНТСКИОТ ТРЕТМАН НА МЛЕЧНИ ЗАБИ СО НЕКРОТИЧНА ПУЛПА СО МЕТОДИТЕ НА РЕЗОРЦИНФОРМАЛИН ПАСТА И ЈОДОФОРМ ПАСТА ПО ШЕСТ МЕСЕЦИ ОД ТРЕТМАНОТ*

Клинички знаци	резорцинформалин n=33 n(%)	Јодоформ паста n=26 n(%)
Спонтана болка	/	5 (19,2)
Абнормална мобилност	/	5 (19,2)
Осетливост на перкусија	2 (6,06)	5 (19,2)
Апсцес или фистула	/	4 (15,3)
Дисколорација	33 (100)	15 (57,6)

да кај фронталните заби. Нашите резултати што ги добивме при употребата на оваа метода не можеме да ги споредуваме со резултатите на други автори, бидејќи во литературните податоци што ни беа достапни не наидовме на резултати добиени со користење на методата со резорцинформалин.

Во период од шест месеци кај 70% од ендодонтски третираните млечни заби со некротична пулпа со методата на јодоформ паста не регистриравме активирање на клинички симптоми, и лекувањето кај нив во овој период го оценивме како успешно. Од вкупно 30 млечни заби третирани со јодоформ паста во првите три месеци екстрахиравме 4 заби, а во вторите три месеци уште пет заби при што во период од шест месеци кај девет заби методата со јодоформ паста се покажа како неуспешна.

Успехот на ендодонтскиот третман зависи од повеќе фактори, а како најважен е намалување или елиминација на бактериската инфекција, која е полимикробна со голем број на микроорганизми, каде доминираат стрептококите и анаеробните микроорганизми. (29)

Некои автори известуваат за полнење на некротичните коренски канали со Kri паста (Farmahemija Швајцарија) која е мешавина на јодоформ, камфор, парахлорфенол и ментол, (16,22,35) која лесно се ресорбира и нема несакани ефекти на забите заменици, дури се употребува како медикамент за пулпниот канал кај млечните заби со апсцес.Kri пастата која оди преку апекс, лесно се заменува со нормално ткиво. Понекогаш материјалот се ресорбира во внатрешноста на коренскиот канал.

Thomas и сор. (35) ја преферира јодоформ пастата за соодветен материјал за полнење млечни заби со инфицирана пулпа бидејќи покажала добри антибактериски својства.

Kelly J и сор.(22) во in vitro студија ги испитувал антимикробните и цитотоксичните ефекти на Kri1 пастата и цинкоксид еугенолот и утврдил дека цинкоксид еугенолот има подобар антимикробен ефект и помала цитотоксичност од Kri1 пастата.

Пастата која ја развил Maisto (2) веќе долги години клинички се употребува и покажува добри резултати. Mass E и сор(25) укажува дека инфицираните млечни заби полнети со Maisto (2) пастата покажуваат намален степен на ресорпција. Оваа паста ги има истите компоненти како и Kri пастата освен што дополнително содржи цинкоксид еугенол, тимол и ланолин. (2)

На нашата клиника најчесто употребувана метода за лекување на некротични млечни заби е со резорцинформалин која дава задоволителни резултати во однос на исчезнувањето на симптомите, но забите се пребојуваат розево и ресорпцијата на корените е многу побрза. Но, за жал, и покрај долгогодишната примена на методата на резорцинформалин досега не сретнавме податоци за извршена клиничка евалуација во однос на нејзината успешност во лекувањето на млечните заби со некротична пулпа (авитални заби).

Заклучок

Двете техники употребени во лекување на млечни заби со некротична пулпа дадоа задоволителни резултати. Како поуспешна се покажа методата со резорцинформалин, особено за лекување на млечните молари со некротична пулпа. Но, сепак, поради дисколорацијата на забите што се јавува при употребата на оваа метода, за фронталните млечни заби предност и даваме на методата со jodoform chlumsky.

CLINICAL EVALUATION OF ENDODONTIC TREATMENT OF PRIMARY TEETH WITH NECROTIC PULP

Pavlevska M., Jankulovska M., Iljovska S., Dimkov A.

Summary

The main objective of pulp therapy is maintenance of the integrity and health of tissues in the oral cavity.

In context of necrotic pulp treatment in primary teeth, paedodontists encounter numerous difficulties related to the evaluation of the possibilities for endodontic treatment, as well as in selection of method and adequate means for canal opturation.

The objective of this study is to conduct clinical evaluation of the rate of success of the treatment of primary teeth with necrotic pulp, by application of the methods with resorcine formaline and iodoform paste.

The study involved 48 children from both sexes at the age from 4-8, and 65 primary teeth with necrotic pulp were treated.

The teeth were divided into 2 groups which were treated with different means and methods.

- 35 teeth were treated with iodoform chlumsky, and the root channels were filled with Valkhoff paste
- 30 teeth were treated with resorcine formaline, and the root channels were opturated with resorcine formaline paste.

94,2% of the teeth which were treated with resorcine formaline were clinically stable within a period of six months. From the total number of 35 teeth treated with resorcine formaline, 2 teeth were extracted within the first three months, thus, presenting that the method was unsuccessful. The negative effect of the endodontic treatment of necrotic pulp in primary teeth with resorcine formaline is the discoloration in red of the teeth, and it prevents us from using this method in frontal teeth.

Within a period of six months, we did not register abnormal clinic symptoms in 70% of the endodontic treated teeth with necrotic pulp by application of iodoform paste, and the treatment was evaluated as successful. From the total number of 30 treated teeth with iodoform hlumsky, within a period of six months, the method was evaluated as successful in nine teeth.

Keywords: Endodontics; pedodontics; dental pulp, diseases; iodoform paste, resorcine formaline paste.

Литература

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pulp therapy for primary and young permanent teeth. Originating Committee. Clinical Affairs Committee-Pulp Therapy Subcommittee. Review Council. Council on Clinical Affairs. Adapted 1991.Revided 1998,2001, 2004 MEDLINE
2. Anna B. Fuks Pulp therapy for the primary dentition Pediatric dentistry Jnfancy Throung Adolescence; Second Edition J.R. Pinkham; W. B. Saunders Company 1988:(326-339) .
3. Carols Nurco, Don M Ronly, Franclin Garcija-Godoy, Kesavalu N. Lakshmyya. Resorption of a calcium hydrxide\iodoform paste (Vitapex) in root canal therapy for primary teeth:A case report. Pediatr Dent.2000;22:517-520.
4. Carrotte P. Endodontic treatment for children. Britigh. Dental Journal 2005; 198:9-15.
5. Fouad S.Salama, Ronald W. Anderson, Carolr McKnight-Hanes, James T. Barienie, David R. Myers. Anatomy of primary incisor and molar root canals Pediatr Dent.:march\april 1992 Vol. 14,No 2: 117-118.
6. Gideon Holan, Anne B. Fuks. A comparison of pulpectomies using ZOE and KRI paste in primary molars: a retrosprctive study Pediatr Dent. 1993; 15:403-7.
7. Goerig C. Albert, Camp H. Joe. Root canal treatment in primary teeth: A review. Pediatr Dent. 1983; Vol.5 No.1:33-37
8. James A Cool, Stuart Josell,Steven Nassiv, Preston Shelton, Mark A. Richards. An evaluation of pulpal therapy in primary incisors Pediatr Dent. Septem. 1988; 10(3):178-184
9. Kelly J. Wright, Sergio V.Barbosa, Kouji Araki, Larz S. W. Spangberg. In vitro antimicrobial and cytotoxic effects of Kri paste and zinc oxide-eugenol used in primary tooth pulpectomies . Pediatrr.Dent. 1994: 16:102-6.
10. Kim Seow. The effectts of dyadic combinations of endodontic medicaments on microbial growth inhibition. Pediatr Dent.:sept\oktob. 1990 Vol.12,No5: 292-297.
11. Koch G. Pedodontics – A Clinical Approach ; Munksgaard 1997; 185- 201
12. Mass E, Zilberman UL. Endodontic treatmend of infected primary teeth, using Maisto's paste. ASDC J Dent Child.1989 Mar-Apr;56(2)117-20.
13. Pazelli LC., Freitas AC.,ItoIY., Souza_Gugelmun MC., Medeiros AS., Nelson-Filho P. Prevalence of

mikroorganisms in root canals of human deciduous teth vith necrotic pulp and chronic periapical lesions. Pesqui Odontal Bras. 2003 Oct-Dec; 17(4):367-71. Epub 2004 Apr 19.

14. Reyes AD,Reina ES. Root canal treatment in necrotic primary molars. J Pedod.1989 Fall; 14(1):36-9.
15. Robert E. Primosch, Timothy A. Glamb, R.G.Jerrel. Primary tooth pulp therapy as traught in predoctoral pediatric dental programs in the United States. Pediatr Dent. 1997;19:118-122.
16. Thomas AM, Chandra S, Chandra S, Pandey RK. Elemination of infection in pulpectomized deciduous teeth: a short-term study using iodoform paste. J Endod. 1994 May; 20(5):233-5.

УДК : 616.314-002 : 616.316-008.8

УЛОГАТА НА ПУФЕРСКИОТ КАПАЦИТЕТ НА САЛИВАРНИТЕ БИКАРБОНАТИ ВРЗ ПОЈАВАТА НА ЗАБНИОТ КАРИЕС

Жабокова-Билбилова Е., Бајрактарова Б., Сотировска-Ивковска А.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ, Клиника за детска и превентивна стоматологија

Целта на овој труд е да се добијат дополнителни сознанија за улогата на пуферскиот капацитет на саливарните бикарбонати врз појавата на забниот кариес.

За реализација на поставената цел планираните испитувања се спроведени кај 60 испитаници од двата пола, на возраст од 16 години кои врз основа на состојбата на забите, односно КЕП (кариес, екстракција, пломба) индексот се поделени во две групи. Првата група ја сочинуваат 30 испитаници, со многу низок, до низок индекс на кариес (0-3), а втората група ја сочинуваат 30 испитаници, со висок индекс на кариес (10).

Концентрацијата на саливарните бикарбонати е одредувана во различни временски интервали: 5, 30, 60 и 120 мин. по консумирањето на оброкот, а, исто така, и на гладно, пред оброк - базични вредности.

Концентрацијата на саливарните бикарбонати е одредувана со ензимската метода на континуирано мерење со примена на апаратот "Cobas Mira" - Roche Diagnostic systems.

Резултатите од ова истражување укажуваат за тесната врска помеѓу концентрацијата на саливарните бикарбонати и појавата на забниот кариес. Значајно повисока ($p<0.01$) е концентрацијата на бикарбонатите кај испитаниците со понизок КЕП - индекс, споредено со истите кај испитаниците со повисоки вредности на КЕП. Ова се однесува како на базичните вредности, така и на вредностите на саливарните бикарбонати во стимулирана плунка, во различни временски интервали од моментот/времето на механичката стимулација (земањето на оброкот). Добиените резултати го потврдуваат значењето на пуферската улога на саливарните бикарбонати во оралната средина.

Резултатите од ова истражување, односно вредностите на бикарбонатите во плунката кај пациентите од детска возраст може да послужат како параметри за утврдување на ризикот од кариес, а согласно со тоа и планирање и спроведување на соодветни кариес - превентивни мерки.

Клучни зборови: плунка, саливарни бикарбонати, забен кариес

Плунката е биолошки флуид во усната празнина кој е во динамичка рамнотежа со оралните ткива и има улога во зачувувањето на интегритетот како на меките, така и на тврдите ткива. Таа има значење за физиологијата и патофизиологијата на емајлот.

Основната функција на плунката, која всушност се должи на нејзиниот состав е зачувувањето на мукозно - емајловата бариера. Таа функција плунката ја остварува преку:

- растворувачкиот ефект;
- пуферскиот ефект и
- заштитната антибактериска улога на плунката.

Посебно значајна е улогата на плунката во *неутрализирањето на киселините* во оралната празнина, односно нејзиниот - пуферски ефект. Преку таа нејзина улога фактички се неутрализира деминерализирачкиот ефект на киселините врз емајлот,

што индиректно значи заштита на интегритетот на ова забно ткиво. Ваквата способност на плунката се базира на *пуферските системи* кои таа ги поседува. Како поефикасни пуферски системи се издвојуваат системот на карбонската киселина (бикарбонатниот), фосфатниот систем, уреата и амилазата. Саливарните протеини имаат незначителна пуферска улога (1,3,8,14).

Пуферите претставуваат водени раствори од слаба киселина и конјугирана база од таа киселина, во вид на сол. Тие се регулатори на електрохемиската реакција на плунката спречувајќи ги наглите промени во концентрацијата на водородните јони.

Бикарбонатниот пуфер е главен саливарен пуфер кој претставува комбинација од натриумбикарбонат ($NaHCO_3$) и јаглеродна киселина (H_2CO_3), со однос 1:20. Неговата концентрација директно е поврзана со интензитетот на лачењето на плунката. Во нестимулирана мешана плунка концентрацијата на бикарбонатите изнесува околу 1mmol/l. Во услови на максимална секреција нивната концентрација може да се зголеми и до 60 пати. Резултатот од ова е алкализацијата на саливарниот секрет. Вредноста на pH на плунката од 5.5 - што претставува најниска pH вредност на нестимулираната плунка *(критичен pH),* при максимална секреција може да достигне вредност до 7.8 (2,5,6,16).

Бикарбонатите се една од саливарните компоненти која влијае на појавата на кариесот по пат на промена на pH вредноста во средината, а предизвикува и промена на вируленцијата на бактериите кои предизвикуваат распаѓање (11,13). Други автори укажуваат дека инхибицијата на кариесот повеќе се должи на намалената растворливост на емајлот и зголемената реминерализација, (во која учествува натриумбикарбонатот), отколку на пуферското дејство на бикарбонатите врз плаковната киселина (22,23).

Варијациите во бикарбонатната концентрација се водечки детерминанти за саливарниот pH (85%); бикарбонатната концентрација е на најниско ниво по консумирање на јагленохидрати, што е проследено и со пад на саливарниот pH. Со зголемено внесување на јагленохидрати (особено на сахарозата), се предизвикува дополнително создавање на киселини, кои можат да го надминат како капацитетот на плунката за отстранување на киселите продукти, така и неутрализирачката моќ на саливарниот, односно плаковниот пуферски систем; како резултат на тоа, доаѓа до зголемување на ацидитетот во плакот. Истото се случува и при подолготрајно намалување на саливарната секреција, особено доколку истата е во комбинација со зголемено внесување шеќери (12,15,20, 21).

Сознанијата од сопствените прелиминарни испитувања, како и сознанијата од светската литература за улогата на пуферскиот систем на релација со оралното здравје, беа поттик за дефинирање на основната **цел** на оваа студија - да се добијат дополнителни сознанија за улогата на пуферскиот капацитет на саливарните бикарбонати врз појавата на забниот кариес.

Материјал и методи

За реализација на поставената цел планираните испитувања се спроведени кај 60 индивидуи од двата пола, на возраст од 16 години, со различна кариес фреквенција (табела 1). Во испитувањето се вклучени деца кои не спроведуваат флуоридна профилакса, имаат ист хигиено - диететски режим и се без други орални заболувања. Врз основа на состојбата на забите, односно КЕП (кариес, екстракција, пломба) индексот, испитаниците се поделени во две групи:

ТАБЕЛА 1. *ДИСТРИБУЦИЈА НА ИСПИТАНИЦИ ОД ДВЕТЕ ГРУПИ ПО ПОЛ*

КЕП-индекс	Машки пол	Женски пол	Вкупен број
0-3	15	15	30
>10	15	15	30
Вкупно	**30**	**30**	**60**

1. Првата група вклучува 30 испитаници, со многу низок, до низок индекс на кариес (0-3);
2. Втората група вклучува 30 испитаници, со висок индекс на кариес (10).

Притоа, беа направени следните испитувања:

- клинички испитувања;
- биохемиски испитувања на плунката.

При клиничкиот преглед направен со сонда и стоматолошко огледалце, кај испитаниците е извршено одредување на КЕП - индексот, со примена на Klein - Palmer-овиот систем.

За потребите на биохемиските испитувања материјалот - примерок на плунка, беше земен од сите испитаници во различни временски интервали: по 5, 30, 60 и 120 минути од главниот (дневен) оброк. Испитуваните параметри се проследени кај истите испитаници и во примерок на плунка земен наутро, пред консумирањето на каква било храна или спроведување на орална хигиена: тие претставуваат базични податоци во однос на кои се споредуваа резултатите од испитувањето.

Примерокот на плунката е добиен по пат на просто извлекување, без употреба на стимулатори, а по претходно плакнење на устата со вода, за механички да се отстранат остатоците од храна. Земано е 3 - 5 мл мешана плунка во стерилни пластични шишиња затворени со капачиња. Примероците на плунката веднаш, а најдоцна во рок од еден час, се центрифугирани на 3500 обр./мин. за време од 30 минути.

Концентрацијата на бикарбонатите во плунката е одредувана со ензимската метода на континуирано мерење. Методата е заснована на принципот на ензимски тест за бикарбонати, кој користи фосфоенолпируват карбоксилаза - PEPC и стабилен NADH (18).

Концентрацијата на бикарбонатите е мерена на температура од 37°C, бранова должина од 405 nm и е изразена во mmol/l. Концентрацијата на саливарните бикарбонати е одредувана во лабораторијата при Градска општа болница „Св. Наум Охридски".

Добиените резултати од претходно изведените испитувања беа анализирани со помош на стандардните статистички параметри: аритметичка средина ($\bar{x}$), стандардна девијација (SD), стандардна грешка (SE), Student-ов „t"- тест.

Резултати

Резултатите од испитувањата извршени во рамките на овој труд се прикажани табеларно и графички.

ТАБЕЛА 2. *БАЗИЧНИ ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БИКАРБОНАТИ (MMOL/L) ВО ПЛУНКА ЗЕМЕНА НАУТРО НА ГЛАДНО*

група	$\bar{x}$	*SD*	*SE*	*min*	*max*
I	7.94	0.8700	0.1588	6.70	9.80
II	2.48	0.7993	0.1459	1.00	3.90

t=25.298; df=58; p<0.01

Вредноста на базичните саливарни бикарбонати се движи од 6.70 до 9.80 или, во просек, од 7.94 кај првата група, и од 1.00 до 3.90 или, во просек, 2.48 кај втората група испитаници (табела 2). Разликата меѓу двете групи е статистички високосигнификантна, што зборува за исцрпувањето на бикарбонатите во групата со повисока вредност на КЕП.

ТАБЕЛА 3. *ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БИКАРБОНАТИТЕ (MMOL/L) ВО ПЛУНКА ЗЕМЕНА 5 МИНУТИ ПО КОНСУМИРАЊЕТО НА ГЛАВНИОТ (ДНЕВЕН) ОБРОК*

група	$\bar{x}$	*SD*	*SE*	*min*	*max*
I	6.76	1.3402	0.2447	3.90	9.10
II	4.66	0.9409	0.1718	2.70	5.90

t=7.046; df=58; p<0.01

Табелата 3 претставува приказ на вредностите на саливарните бикарбонати кај двете групи на испитаници, 5 минути по консумирањето на главниот (дневен) оброк. Средната вредност на саливарните бикарбонати кај испитаниците со низок индекс на кариес, изнесува 6.76, со минимални вредности од 3.90, и максимални од 9.10, додека кај испитаниците со висок индекс на кариес, средната вредност на бикарбонатите во плунката изнесува 4.66, со минимални вредности од 2.70, и максимални вредности од 5.90. Вредностите на саливарните бикарбонати во испитуваниот временски интервал покажуваат статистички високосигнификантна разлика, p<0.01.

Просечната вредност на саливарните бикарбонати кај испитаниците со низок индекс на кариес, 30 минути по консумирањето на главниот (дневен) оброк, изнесува 5.94 1.1996 и SE 0.2190, а кај испитаниците со висок индекс на кариес изнесува 3.74 1.0539 и SE 0.1924. Констатирана е статистички висока сигнификантна разлика (p<0.01) меѓу испитуваните групи (табела 4).

ТАБЕЛА 4. *ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БИКАРБОНАТИТЕ (MMOL/L) ВО ПЛУНКА ЗЕМЕНА 30 МИНУТИ ПО КОНСУМИРАЊЕТО НА ГЛАВНИОТ (ДНЕВЕН) ОБРОК*

група	$\bar{X}$	SD	SE	min	max
I	5.94	1.1996	0.2190	3.00	7.90
II	3.74	1.0539	0.1924	1.50	5.30

t=7.546; df=58; p<0.01

ТАБЕЛА 5. *ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БИКАРБОНАТИТЕ (MMOL/L) ВО ПЛУНКА ЗЕМЕНА 60 МИНУТИ ПО КОНСУМИРАЊЕТО НА ГЛАВНИОТ (ДНЕВЕН) ОБРОК*

група	$\bar{X}$	SD	SE	min	max
I	4.85	0.9580	0.1749	2.50	6.50
II	3.08	1.0206	0.1863	1.00	4.50

t=6.926; df=58; p<0.01

На табела 5, прикажани се вредностите на концентрацијата на бикарбонатите во плунката земена 60 минути по консумирањето на дневниот оброк. Вредноста на саливарните бикарбонати се движи од 2.50 до 6.50 или, во просек, од 4.85 кај првата група, и од 1.00 до 4.50 или, во просек, 3.08 кај втората група испитаници. Забележлива е висока сигнификантна разлика (p<0.01) меѓу двете испитувани групи.

ТАБЕЛА 6. *ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БИКАРБОНАТИТЕ (MMOL/L) ВО ПЛУНКА ЗЕМЕНА 120 МИНУТИ ПО КОНСУМИРАЊЕТО НА ГЛАВНИОТ (ДНЕВЕН) ОБРОК*

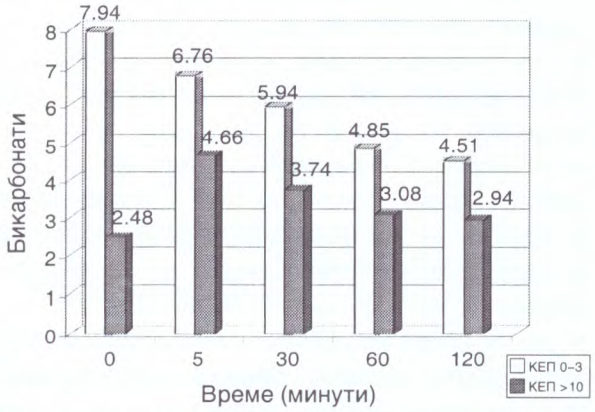
група	$\bar{X}$	SD	SE	min	max
I	4.51	0.9011	0.1645	2.40	5.90
II	2.94	0.9856	0.1799	1.20	4.40

t=6.439; df=58; p<0.01

Табела 6 претставува приказ на вредностите на саливарните бикарбонати кај двете групи испитаници, 120 минути по консумирањето на главниот (дневен) оброк. Средната вредност на саливарните бикарбонати кај првата група испитаници изнесува 4.51, со минимални вредности од 2.40 и максимални од 5.90, додека кај втората група испитаници средната вредност на бикарбонатите во плунката изнесува 2.94, со минимални вредности од 1.20 и максимални вредности од 4.40. Забележлива е висока сигнификантна разлика (p<0.01) меѓу двете испитувани групи.

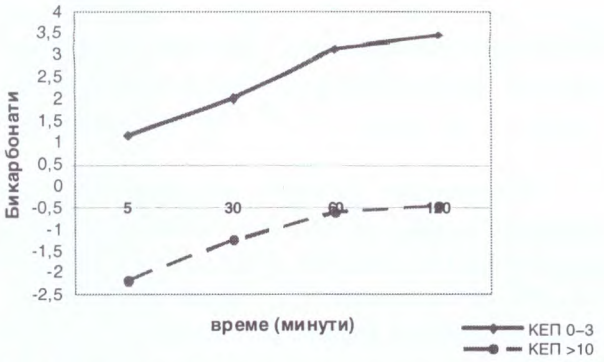
На табела 7, дадени се вредностите на саливарните бикарбонати во различни временски периоди (5, 30, 60 и 120 минути) по консумирањето на главниот - дневен оброк; истовремено, прикажано е и значењето на разликите во однос на базичната вредност на саливарните бикарбонати меѓу двете испитувани групи. Од оваа табела уочлива е разликата (статистички високосигнификантна) во средната (базична) вредност на саливарните бикарбонати испитувани наутро, пред земањето на каков било оброк,

меѓу испитаниците со понизок и повисок КЕП - индекс. Со зголемувањето на временскиот интервал по земањето на оброкот, се забележува намалување на вредноста на бикарбонатите кај првата група. Кај втората група, вредноста на саливарните бикарбонати, исто така, се намалува, меѓутоа почнувајќи од вредноста добиена по 5 минути од оброкот, која речиси е двапати повисока во однос на базичната вредност што, секако, е резултат на саливарната стимулација предизвикана од оброкот (графикон 1).



Графикон 1. *Просечни вредности на бикарбонатите во плунката земена наутро, 5, 30, 60 и 120 мин. по консумирањето на главниот (дневен) оброк кај испитуваните групи*

На графикон 2, дадени се разликите на просечните вредности на бикарбонатите во плунката во определени временски интервали 5, 30, 60 и 120 мин. во однос на базичната вредност. Разликата е најголема во временскиот интервал од 60 минути по оброкот.



Графикон 2. *Разлики на просечните вредности на бикарбонатите во плунката во определени временски интервали 5, 30, 60 и 120 мин. во однос на базичната вредност*

Дискусија

Во последните години особено големо внимание се обрнува на плунката, како еден од многу значајните фактори во одржувањето на хомеостазата во усната празнина - важна за интегритетот на оралните ткива, посебно на денталниот емајл. Постојат различни гледишта во однос на начинот на остварувањето на оваа улога на плунката. Повеќе автори сметаат дека најголемиот ефект плунката го реализира преку своите механички и биохемиски функции, коишто се од посебно значење во однос на резистенцијата или склоноста кон денталниот кариес. Од биохемиски аспект значаен е составот и улогата на органските и неорганските состојки на плунката (албумини, имуноглобулини, калциум, фосфор, натриум, флуор, уреа, амонијак, муцин и др.). Од бројните особини на

ТАБЕЛА 7. *ПРОСЕЧНИ ВРЕДНОСТИ НА БИКАРБОНАТИТЕ ВО ПЛУНКА ЗЕМЕНА НАУТРО, 5, 30, 60 И 120 МИН. ПО КОНСУМИРАЊЕТО НА ГЛАВНИОТ (ДНЕВЕН) ОБРОК И НИВНИТЕ РАЗЛИКИ ВО ОДНОС НА ПРОСЕЧНАТА БАЗИЧНА ВРЕДНОСТ НА САЛИВАРНИТЕ БИКАРБОНАТИ КАЈ ИСПИТУВАНИТЕ ГРУПИ*

Вредности на бикарбонатите во плунка во различни временски интервали						
група		***базична вредност***	***по 5 мин.***	***по 30 мин.***	***по 60 мин.***	***по 120 мин.***
I	$\bar{x}$	7.94	6.76	5.94	4.85	4.51
	d		1.17**	1.99**	3.09**	3.43**
II	$\bar{x}$	2.48	4.66	3.74	3.08	2.94
	d		-2.18**	-1.26**	-0.60**	-0.46*

* p<0.05; ** p<0.01

плунката, за појавата на денталниот кариес најголемо значење им се придава на волуменот на секрецијата на нестимулираната плунка и на нејзиниот пуферски капацитет (7,9,17).

Денталниот кариес се опишува како деминерализација на тврдите забни ткива под дејство на киселините - резултат на дејствувањето на плаковните бактерии врз шеќерите од исхраната. Падот на вредноста на pH во плунката се случува многу брзо, за околу 5-2 минути. Наспроти ова, нормализирањето на неговите вредности се одвива бавно, за време од 60, односно 120 минути, а најбрзо за околу 30 минути - при посебни услови.

На временскиот интервал потребен за воспоставување на нормалниот саливарен ацидитет, влијаат повеќе фактори. Меѓу нив, покрај веќе споменатата орална хигиена, значајно место и директно влијание има *пуферскиот капацитет на плунката.* Улогата на пуфер - одржувањето на ацидобазната рамнотежа, односно оралната хомеостаза, е една од најважните природни заштитни функции на плунката.

Во оралната празнина, како почетен дел од дигестивниот систем, преку храната се внесуваат супстанции кои влијаат врз концентрациското ниво на водородните јони (pH) во плунката. Благодарение на саливарниот пуферски систем, ова ниво се одржува во одредени тесни граници (од 6.8 до 7.2).

На пуферскиот систем, пред сé, на саливарните бикарбонати, им се придава значајна улога во настанувањето на забниот кариес (4,10,19). Резултатите од истражувањето во овој труд ги потврдија сознанијата за тесната врска помеѓу концентрацијата на саливарните бикарбонати и појавата на забниот кариес. Концентрацијата на бикарбонатите кај испитаниците со понизок КЕП - индекс, во однос на истите кај испитаниците со повисоки вредности на КЕП е значајно повисока ($p<0.01$). Ова се однесува како на базичните вредности, така и на вредностите на саливарните бикарбонати во стимулирана плунка, во различни временски интервали од моментот - времето на стимулацијата (земањето на оброкот).

Концентрацијата на саливарните бикарбонати, измерени наутро на гладно *(базични вредности)*, се наоѓа во границите од 6.70 до 9.80 mmol/l кај испитаниците со низок кариес - индекс, а сигнификантно се пониски кај испитаниците со висок кариес - индекс (од 1.00 до 3.90 mmol/l); што зборува за исцрпување на бикарбонатите во групата со повисока вредност на КЕП.

Концентрацијата на бикарбонатите во плунката *во различни временски периоди* (5, 30, 60 и 120 минути) по консумирањето на главниот - дневен оброк покажува статистички високосигнификантна разлика во однос на базичната концентрација на саливарните бикарбонати (испитувана наутро, пред земањето на каков било оброк), кај сите испитаници, без разлика на нивниот КЕП - индекс (понизок или повисок). Споредувајќи ги разликите на просечната концентрација на саливарните бикарбонати за секој временски период (поединечно) и нивната просечна базична вредност, по консумирањето на главниот (дневен) оброк, кај испитаниците со различен КЕП - индекс се констатира дека таа разлика е најголема во временскиот интервал од 60 минути по оброкот. Со зголемувањето на временскиот интервал по земањето на оброкот, кај испитаниците со низок КЕП - индекс се забележува опаѓање на концентрацијата на бикарбонатите. Кај испитаниците со висок КЕП - индекс концентрацијата на саливарните бикарбонати, исто така, се намалува, меѓутоа почнувајќи од вредноста добиена по 5 минути од оброкот, која речиси е двапати повисока во однос на базичната вредност што, секако, е резултат на саливарната стимулација предизвикана од оброкот. Тука, логично, разликите во однос на базичната вредност се со негативен предзнак. Овие сознанија претставуваат уште една потврда за *пуферската улога на саливарните бикарбонати* во оралната средина, а со тоа и за нивната улога во однос на појавата на забниот кариес.

Сознанијата стекнати од ова истражување фрлаат додатна светлина врз улогата на саливарниот пуферски систем на релација со

оралното, и посебно - денталното здравје. Истите можат да бидат земени во креирањето на параметрите со чија помош ќе се детектираат кариес-ризичните индивидуи, кај кои потоа ќе бидат испланирани и спроведени соодветни кариес-превентивни мерки.

Врз база на анализата на резултатите добиени од испитувањата реализирани во рамките на овој труд, може да се заклучи следното:

Плунката со своите конституенти има важна улога во одржувањето на оралното здравје. На оваа релација посебно е значаен нејзиниот пуферски капацитет, кој се должи на активноста на пуферите.

Бикарбонатите претставуваат значаен пуфер на плунката, којшто учествува во одржувањето на ацидобазната рамнотежа на оралниот медиум; со таа функција бикарбонатите остваруваат директно влијание врз појавата, односно отпорноста на забите кон кариес. Значително поголемата концентрација на бикарбонатите (како на базичните вредности, така и на вредностите во стимулираната плунка во сите проследени временски интервали) кај испитаниците со понизок КЕП - индекс, е потврда за оваа констатација.

Континуираното опаѓање на концентрацијата на саливарните бикарбонати кај испитаниците со понизок КЕП - индекс, по земањето на оброкот, зборува за нивното „трошење" за неутрализирање на водородните јони во плунката. Најниска концентрација на бикарбонатите (во однос на базичните вредности) е констатирана во временскиот интервал по 60 минути од оброкот, што може да се земе како време кога започнува нормализирањето на ацидобазната рамнотежа на плунката. (Вредноста на концентрацијата на бикарбонатите по 120 минути е уште пониска, меѓутоа разликата во однос на базичната концентрација на истите не е со истата статистичка значајност како на онаа по 60 минути).

Регулирајќи го саливарниот ацидитет, бикарбонатите ја остваруваат улогата на важни саливарни компоненти - пуфери, намалувајќи ја можноста за настанување на забниот кариес.

Резултатите од ова истражување, односно вредностите на бикарбонатите во плунката кај пациентите од детска возраст *може да послужат како параметри за утврдување на ризикот од кариес*, а ова, пак, да послужи при планирањето и спроведувањето на соодветни кариес - превентивни мерки.

THE ROLE OF SALIVARY BICARBONATES IN THE BUFFER CAPACITY UPON THE OCCURRENCE OF DENTAL CARIES

Žabokova-Bilbilova E., Bajraktarova B., Sotirovska-Ivkovska A.

Summary

The aim of this study is to provide additional knowledge about the role of salivary bicarbonates in the buffer capacity upon the incidence of dental caries.

In these study we have examined 60 childreen concerning both sexes; at the age of 16 which were devided into two groups, according to the condition of the teeth, i.e. DMF (decay, missing, filling) index. The first group consists of 30 examinees, with very low caries index (0-3), and the second group consists of 30 examinees with high (value) degree of caries (10).

The concentration of salivary bicarbonates have been determined within different periods: 5, 30, 60 and 120 min. after consuming the meal, as well as before consuming the meals - basic values.

The salivary bicarbonate concentrations have been determined with the enzyme method of continuous measuring applying the "Cobas Mira" - Roche Diagnostic systems.

The results obtained in this study refer to the close connection between the concentration of the salivary bicarbonates whith the occurence of dental caries. The concentration of the bicarbonates were remarkably higher ($p<0.01$) in examinees with lower DMF- index, compared with the examinees with higher values of DMF. This refers to the basic values as well as to the values of the bicarbonates in stimulated saliva, within different

periods from the moment/time of the mechanical stimulation (having the meal). The obtained results confirm the importance of the buffer capacity role of the salivary bicarbonates within the oral media.

The results of this examination with childreen, i.e. the values of the bicarbonates in saliva, may serve as parameters for detemining the caries risk patients, and according to that, we can plann and carry an appropriate carias - preventive measures.

Key words: saliva, salivary bicarbonates, dental caries

Литература

1. Atkinson JC, Baum BJ. Salivary enhancement: current status and future therapies. Journal of Dental Education 2001; 65(10):1096-1101.
2. Bardow A, Moe D, Nyvad B, Nauntofte B. The buffer capacity and buffer systems of human whole saliva measured without loss of CO2. Arch of Oral Biol 2000; 45:1-12.
3. Bardow A, Hofer E, Nyvad B, Cate JM, Kirkeby S, Moe D, Nauntofte B. Effect of Saliva composition on experimental root caries. Caries Res 2005; 39:71-77.
4. Blake-Haskins JC, Gaffar A, Volpe AR, Bánóczy J, Gintner Z, Dombi C. The effect of bicarbonate / fluoride dentifrices on human plaque pH. J Clin Dent 1997; 8:137-177.
5. Dawes C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry mouth in man. J Dent Res 1987; 66: 648-653.
6. Edgar WM, O'Mullane DM. Saliva and Oral Health. Second edition. British Dental Association, 1996.
7. Edgar WM, Higham SM, Manning RH. Saliva stimulation and caries prevention. Adv Dent Res 1994; 8(2):239-245.
8. FDI Working Group 10, CORE. Saliva: It's role in health and disease. Int Dent J 1992; 42:291-304.
9. Ferguson DB. Salivary electrolytes. In: Tenovuo J, ed. Human Saliva: clinical chemistry and microbiology. (Vol.1), Boca Raton, FL:CRC Press, 1989; 75-99.
10. Fröhlich S, Lettow A, Krüger J, Göcke R. Salivary composition of children in relation to different caries group models. (Abstracts) Caries Res 1997; 31:305.
11. Igarashi K, lee IK, Schachtele CF. Effect of chewing gum containing Sodium Bicarbonate on human interproximal plaque pH. J Den Res 1988; 67(3): 531-535.
12. Lagerlof F, Oliveby A. Caries - protective factors in saliva. Adv Dent Res 1994; 8(2):229-238.
13. Legier - Vargas K, Mundorff-Shrestha SA, Featherstone JDB, Gwinner LM. Effects of Sodium Bicarbonate Dentifrices on the levels of cariogenic bacteria in human saliva. Caries Res 1995; 29:143-147.
14. Leone WC, Oppenheim GF. Physical and chemical aspects of saliva as indicators of risk for dental caries in humans. Journal of Dental Education 2001; 65 (10):1054-1062.
15. Macpherson LM, Chen WY, Dawes C. Effects of salivary bicarbonate content and film velocity on pH changes in an artificial plaque containing Streptococus oralis, after exposure of sucrose. J Dent Res 1991; 70(9):1235-1238.
16. Mandel ID. The rate of saliva in maintaining oral homeostasis. J Am Dent Assoc 1989; 119:298-304.
17. Mentes B, Tanboga I. Salivary fluoride levels, flow rate, pH and bufferning capacitu in young adults. Int Dent J 2000; 50 (6):335-7.
18. Norris KA, Smith WG. Colorimetric enzymatic determination of serum total carbon dioxide. Clin Chem 1975; 21:1093-1101.
19. O'Sullivan EA, Curzon MEJ. Salivary factors affecting dental erosion in children. Caries Res 2000; 34:82-87.
20. Rosenhek M, Macpherson LM, Dawes C. The effects of chewing - gum stick size and duration of chewing on salivary flow rate and sucrose and bicarbonate concentrations. Archives of Oral Biology 1993; 38(10):888-891.
21. Stösser L, Kneist S, Heinrich R, Tietze W, Fischer T. Salivary factors in children as predictors of caries risk. Caries Res1997; 31:64-69.
22. Tanzer J, Grant L, McMahon T. Bicarbonate-based dental powder, fluoride and saccharin inhibition of dental caries associated with S. mutans infection of rats. J Dent Res 1988; 67:969-972.
23. Tanzer J, McMahon T, Grant L. Bicarbonate-based powder and paste dentifrice effects on caries. Clin Prev Dent 1990; 12:18-21.

УДК : 616.314–74 : 615.46

ЕДНОГОДИШНА КЛИНИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА НА АДМИРА - ОРМОЦЕР БАЗИРАН РЕСТАВРАТИВЕН МАТЕРИЈАЛ И АДМИРА ЗАЛЕВАЧ

Јанкуловска М.[1], Гетова Б.[2], Павлевска М.[1], Илъовска С.[1], Кокочева - Ивановска О.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, [1]Клиника за детска и превентивна стоматологија, [2]ЗДРАВСТВЕН ДОМ - Валандово

Ормоцерите претставуваат естетски, биокомпатибилни, механички стабилни и хемиски резистентни материјали, поради што ја нашле својата примена и во денталната технологија. Цел на нашата едногодишна студија беше да направиме клиничка евалуација на Адмира ормоцер базиран реставративен материјал и Адмира залевач во нашата ординација.

За реализација на вака поставената цел со ормоцерот Адмира беа реставрирани 33 заби, од кои 17 во интеркананинскиот простор и 16 во трансканинскиот. Исто така, клинички беа проследени и 45 залеани заби, премолари и молари во двете вилици, придржувајќи се до правилната индикација за залевање и препораките на производителот за правилна апликација.

Евалуацијата на резултатите добиени во едногодишниот период говорат за клиничка прифатливост на овој Ормоцер базиран реставративен материјал, според критериумите на RYGE, како во поглед на маргиналниот интегритет, така и во поглед на очуваноста на анатомските контури, во тој временски период.

Клучни зборови: Адмира ормоцер реставративни материјали, Адмира фисурен залевач

Напредокот во бондинг технологијата, како ниедно друго достигнување, во последните десетина години, ни овозможи на нас стоматолозите да креираме конзервативни, ултраестетски реставрации кои денешните пациенти ги посакуваат.

Адмира е футуристички реставративен материјал на база на ормоцер. Терминот „ОРМОЦЕР“ или Органски модифицирана керамика опишува иновативна класа на материјали, кои се изградени од органски полимер, неоргански скелет - стакло-керамика и полисилокан. Притоа, органскиот полимер е одговорен за способноста за промрежување, поларитет, тврдина и оптичкото однесување; неорганскиот скелет за хемиско-термичката стабилност, а полисилоканот за еластичноста и обработливоста.

Ормоцерите претставуваат естетски, биокомпатибилни, механички стабилни и хемиски резистентни материјали, поради што ја нашле својата примена и во денталната технологија (3).

Реставративниот материјал Адмира е резултанта од успешните VOCO истражувања во кооперација со Институтот Фраунхофер од Вирцбург, Германија, при што Ормоцер материјалите беа комбинирани со технологијата на композитите. Тој претставува тридимензионален кополимер изграден од анорганско-органски мрежест матрикс, во кој се инкорпорирани полнителни партикли. Оттука, Адмира е светлосно-полимеризирачки реставративен материјал, кој по својот состав и особини се разликува од конвен-

ционалните композити. Се карактеризира со многу мала полимеризациона контракција, околу 2 Vol%, што се должи на добро оформената структура и екстремно големата молекуларна тежина. Малиот процент на полимеризациона контракција, заедно со добрата адхезија водат кон добар маргинален интегритет и добро рабно затворање, што овозможува превенирање на секундарниот кариес. Добрата промреженост и хемиска структура на материјалот одат во прилог на подобра биокомпатибилност во однос на композитните и кополимерните реставративни материјали, како резултат на минимализираното ослободување на резидуални мономери (5).

Меѓу секој реставративен материјал и тврдите забни супстанции мора да постои стабилна и јака врска, на кој начин би се превенирало создавањето на маргиналните пукнатини. Добрата адхезија на Адмира/Адмира Бонд системот се должи на присуството на специјалниот Ормоцер адхезив кој содржи Са - комплексни групи со особен хемиски афинитет кон тврдите забни ткива. Создавањето на хибридниот слој, смолестите клинови во ретентивните калапи на нагризаното со киселина забно ткиво и попречното промрежување со колагените влакна на дентинот го комплетира адхезивниот механизам на овој реставративен материјал (1, 5).

Благодарение на неговиот анорганско-органски состав, како и идентичниот коефициент на термичка експанзија, Адмира реставративниот материјал е сроден со природните заби и се карактеризира со отпорност на жвакален притисок и свиткување, додека оптималниот сооднос смола – матрикс и полнителен материјал ја овозможува резистентоста на абразија. Сето ова и неговата постојаност на боја го прави Адмира, естетски реставративен материјал со бројни индикации за примена : реставрација на сите класи на кавитети од I до V на забите во интер и трансканинскиот простор, естетски корекции (дијастема, ерозии, хипоплазии) и репаратура на керамика.

Цел на нашата едногодишна студија беше да направиме клиничка евалуација на Адмира ормоцер базиран реставративен материјал, како и на Адмира залевачот во нашата ординација.

Материјал и методи

За реализација на вака поставената цел беа реставрирани 33 заби, од кои 17 во интеркананинскиот простор и 16 во трансканинскиот, следејќи ги препораките на производителот за правилна манипулација и апликација. Исто така, клинички беа проследени и 45 залеани заби, премолари и молари во двете вилици, придржувајќи се до правилната индикација за залевање и препораките на производителот за правилна апликација.

Клиничката евалуација ја спроведовме во текот на првите три месеци, шест месеци по апликацијата на реставративниот материјал и една година потоа, според критериумите RYGE (1980) за:

1. маргинален интегритет
2. анатомска форма и
3. формулација на кумулативен систем за оценување на реставрацијата :

Маргинален интегритет :

1. остра сонда не може да пенетрира;
2. остра сонда може да пенетрира, но дентинот/емајлот или подлогата не се експонирани;
3. дентинот/емајлот или подлогата се експонирани
4. реставрацијата е подвижна или фрактурирана, забните структури се фрактурирани, кариес.

Анатомска форма :

1. контурирани површини;
2. контурите се лесно под или над површината на забните структури, оклузалната висина е силно редуцирана;
3. дентинот/емајлот или подлогата се експонирани, нарушена оклузија;
4. дефекти на реставрацијата, недостасува дел или целата реставрација.

Кумулативен систем за оценување на реставрацијата :

1. одлично; 2. задоволително; 3. неприфатливо; 4. итно потребна замена на реставрацијата.

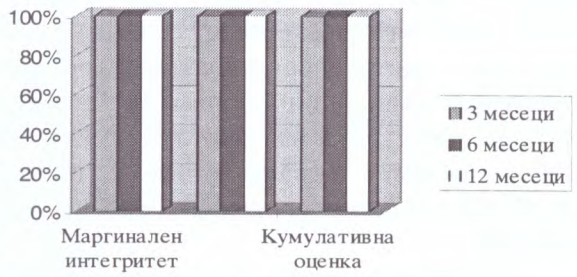
Резултати и дискусија

Во периодот по три и шест месеци по аплицирањето на реставрирањето на забите сите аплицирани реставрации беа со одлична оценка за клиничка прифатливост, што подразбира нивен одличен маргинален интегритет и одржана анатомска форма. Меѓутоа, по дванаесет месеци од базниот период кај две реставрации нотиравме нарушување на маргиналниот интегритет на полнењето и тоа, со оценка 2. - можност за пенетрирање на остра сонда, но дентинот и подлогата не беа експонирани. Контурите на реставрациите во потполност беа континуирани, односно нивната анатомска форма беше сочувана во потполност. Од аспект на кумулативниот систем за оценување на реставрацијата можеме да говориме за задоволително ниво и клиничка прифатливост на овој реставративен материјал (табела 1 и графикон 1).

Сите залеани заби со Адмира залевач покажаа одлична оценка за клиничка прифатливост, што подразбира нивен одличен маргинален интегритет и одржана анатомска форма во текот на едногодишната клиничка евалуација (графикон 2).



Графикон 1. *Едногодишна клиничка евалуација на реставративниот материјал Адмира според критериумите RYGE*



Графикон 2. *Едногодишна клиничка евалуација на Адмира залевач според критериумите RYGE (изразено во %)*

Klimm и неговите соработници (2) говорат за една изгубена реставрација во периодот од шест месеци и уште две клинички неприфатливи реставрации во периодот од една година во клиничката евалуација на Ормоцер базираниот реставративен систем Адмира/Адмира Бонд, што сé заедно говори за клиничка прифатливост на овој материјал во текот на дванаесетмесечниот период на клиничка евалуација.

Manhart и соработници (3, 4), исто така, говорат за клиничка прифатливост на Ормоцер базираниот реставративен материјал Definite во двегодишен период на клиничка евалуација.

Заклучок

Евалуацијата на резултатите добиени во едногодишниот период говорат за клиничка прифатливост на Адмира ормоцер базиран реставративен материјал и материјал

ТАБЕЛА 1. *ЕДНОГОДИШНА КЛИНИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА НА РЕСТАВРАТИВНИОТ МАТЕРИЈАЛ АДМИРА СПОРЕД КРИТЕРИУМИТЕ RYGE*

Период на клиничка евалуација	Рест. (N)	Маргинален интегритет	Анатомска форма	Кумулативна оценка
3 месеци	33	33/ 1.	33/ 1.	33/ 1.
6 месеци	33	33/ 1.	33/ 1.	33/ 1.
12 месеци	33	31/ 1.; 2/ 2.	33/ 1.	31. 1.; 2/2.

за залевање, како во поглед на маргиналниот интегритет, така и во поглед на сочуваноста на анатомските контури, во тој временски период. Клиничката прифатливост, како и неговата постојаност на боја го прави Адмира, естетски реставративен материјал со бројни индикации за примена : реставрација на сите класи на кавитети од I до V на забите во интер и трансканинскиот простор, естетски корекции (дијастема, ерозии, хипоплазии).

Одличната оценка за клиничка прифатливост на Адмира аплицираните залевачи, која подразбира нивен одличен маргинален интегритет и одржана анатомска форма во текот на едногодишната клиничка евалуација, сама по себе, претставува потврда на препораките на производителот за негова широка примена во стоматолошките ординации, при точно поставени индикации за негова апликација.

Клиничката евалуација на аплицираните реставрации и залевачи ќе продолжи во понатамошниот период, како би можеле да добиеме сознанија за оправданоста на примената на ормоцерите во нашите ординации.

ONE-YEAR CLINICAL EVALUATION OF ADMIRA ORGANO-CERAMIC RESTORATIVE MATERIAL AND ADMIRA FISSURE SEALENT

Jankulovska M.[1], Getova B.[2], Pavlevska M.[1], Iljovska S.[1], Kokoceva-Ivanovska O.

Summary

Ormocers are bio-compatible and estetic filling material for front and back teeth, impressive in its revolutionary properties such as maximum stress tolerance and masticatory rezistance. The purpose of our study was to make one-year clinical evaluation of Admira organo-ceramic restorative material and Admira fissure sealing in our ambulance.

In our study, there were restaurated 33 teeth from frontal and proximal regia. At the same time, we aplicate fissure sealent to 45 premolars and molars were it was indicated.

Our results show that this ormocer-based restorative material, with use of RYGE criteria, is clinically acceptable considering marginal integrity, marginal discoloration, integrity of the restorative material and the tooth.

Key wards: Admira organo-ceramic restorative material, Admira fissure sealent

Литература

1. Frankenberger R. : Bond strength on dentin; conical ejection test using filling materials based on Ormocer and composites with one-part bonding agent; University of Erlangen, Germany: J. Dent. Res. 79, 197 (2000)
2. Klimm H. M., Helbig E. B., Henning C Haufe E., Richter G. : An Ormocer-Based Restorative Material Used in Class V cavities – a One-year Follow-up
3. Manhart J. et al. : Randqualität von Ormocer- und Kompositefüllungen in Klasse-II-Kavitäten nach künstlicher Alterung; DZZ 54 (2), 89 (1999) (German)
4. Manhart J., Chen H. Y., Spoerlein F., Hickel R. : 2-Year Clinical Evaluation of Definite Ormocer-Restorations in Posterior Teeth
5. Reinhardt K. J. : Shear bond strength on dentin: University of Münster, Phillip Journal 3-4, 101; (1997) (German)

УДК : 616.314-002 : 616.316-008.8

НИВОТО НА САЛИВАРНИТЕ pH-ВРЕДНОСТИ ПО КОНСУМАЦИЈА НА МЛЕКО И СОК КАЈ ДЕЦА СО ЦИРКУЛАРЕН КАРИЕС

Кокочева-Ивановска О., Царчев М., Јанкуловска М.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за детска и превентивна стоматологија

Целта на оваа студија е да го одредиме нивото на саливарниот pH во примероци плунка земени во различни временски интервали: 5 мин., 15 мин., 30 мин. и 60 мин. по консумација на две течни содржини (засладено млеко и сок).

Во студијата опфативме 40 испитаници со циркуларен кариес, на возраст 3-3,5 год. кои се уште користеа шише и ја сочинуваа испитуваната група и 40 испитаници на иста возраст, без циркуларен кариес, кои ја сочинуваа контролната група. pH-вредностите на плунката ги одредувавме со комбинирана електрода на pH метар: Искра МА 5706.

Анализата на резултатите укажува на постоење висока статистичка сигнификантност на разликите што ги добивме кај испитуваната и контролната група, во однос на одредените саливарни pH вредности во различните временски интервали од консумацијата на двете течности.($p<0,01$). Овие разлики се понагласени по консумацијата на сокот, што не наведува на заклучок дека сепак сокот е покариогена течност во однос на млекото ($p<0,001$).

Клучни зборови: циркуларен кариес, салива

Кај млечните заби се јавува посебен облик на кариес кој може да се забележи уште во најраната возраст (1-1,5 год.), веднаш по ерупцијата на забите, а потоа меѓу две и петгодишна возраст ја достигнува својата кулминација. Тоа е циркуларен кариес кој денес претставува здравствен проблем од светски размери. За првпат бил забележан од Jakobi во 1862 год.

Етиологијата на циркуларниот кариес не е јасно дефинирана. Во почетокот, со неговото откривање поголемо внимание им се придавало на ендогените (општи) етиолошки фактори. Меѓутоа денес точно се знае дека тие можат да создадат само одредена предиспозиција на која понатаму се надоврзуваат локалните етиолошки фактори: пролонгирано доење, употреба на цуцла лажливка (мед, шекер), честа консумација на слатки меѓуоброци, а посебен акцент се придава на исхраната со шише со кариогена содржина.

Со оглед на тоа што појавата на циркуларниот кариес е својствена за оние деца кои шишето го користат како пасивен, временски пролонгиран и неадекватен начин на исхрана, со содржина богата со ферментирачки јагленохидрати од типот на сахароза, која во оралната средина брзо се разградува на глукоза и фруктоза, речиси со истовремен пад на pH-вредноста, си поставивме за цел да ги одредиме :

1. pH-вредностите во примероци плунка земени од деца со циркуларен кариес кои сè уште користат шише и деца без циркуларен кариес, кои не користат шише, во различни временски интервали.
2. разликите помеѓу саливарните pH-вредности во сите временски интервали и базичната саливарна pH- вредност, како и разлики во саливарните pH-вредности

кај испитуваната и контролната група, зависно од видот на консумираната содржина.

Материјал и методи

За реализација на целта опфативме:

Испитувана група од 40 деца на возраст од 3 до 3,5 год., со циркуларен кариес, кои сè уште користеа шише. Зависно од тоа што децата најчесто консумираа преку шишето, ги поделивме во две подгрупи:

- 20 испитаници кои консумираа засладено млеко
- 20 испитаници кои консумираа сок, фабрички засладен.

Во контролната група опфативме ист број деца, на идентична возраст, без циркуларен кариес, кои не користеа шише.

Кај сите испитаници земавме примероци плунка во различни временски интервали: по првите 5 мин., по 15 мин., по 30 мин. и по 60 минути од консумирањето на соодветната течна содржина. За споредба кај секој испитаник беше земен и по еден примерок плунка наутро, на гладен стомак.

Во примероците плунка на Институтот за биохемија при Медицинскиот факултет во Скопје ја испитувавме pH-вредноста на плунката со комбинирана електрода на pH-метар: Искра МА 5706г.

Добиените податоци ги анализиравме со компјутерска статистичка програма преку основните статистички методи:

ТАБЕЛА 1. *ВРЕДНОСТИ НА pH ВО ПРИМЕРОЦИ ПЛУНКА ЗЕМЕНИ 5 МИН. 15 МИН. 30 МИН. И 60 МИНУТИ ПО КОНСУМИРАЊЕ НА ЗАСЛАДЕНО МЛЕКО КАЈ ИСПИТУВАНАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА И НИВНИТЕ РАЗЛИКИ ВО ОДНОС НА БАЗИЧНАТА pH-ВРЕДНОСТ*

pH во примерок плунка	n	$\bar{X}$-(просечна pH-вредност)	Разлика на $\bar{x}$ во однос на Б- (база)	"t"-тест	SD	P
Наутро (базична вредност)	испитувана група (20)	7,19=Б (база)	/	2,65	0,11	<0,001
	контролна група (20)	7,32=Б (база)	/		0,19	
по 5 мин.	испитувана група (20)	5,98	1,211	9,47	0,04	<0,001
	контролна група (20)	6,19	1,135		0,09	
по 15 мин.	испитувана група (20)	6,26	0,93	10,89	0,04	<0,001
	контролна група (20)	6,54	0,785		0,1	
по 30 мин.	испитувана група (20)	6,47	0,721	8,12	0,1	<0,001
	контролна група (20)	6,76	0,565		0,12	
по 60 мин.	испитувана група (20)	6,65	0,541	4,29	0,09	<0,001
	контролна група (20)	6,81	0,515		0,13	

- X (средна аритметичка големина)
- SD (стандардна девијација)
- SG (стандардна грешка)
- X^2-тест
- Студентов „t" (тест) за мали независни примероци

Резултати и дискусија

Саливарните pH- вредности кај испитуваната и контролната група, добиени од примероци плунка во различни временски интервали (5, 15, 30 и 60 минути) по консумирање на засладено млеко и сок се прикажани во табела 1 и 2 .

И во двете табели можеме да уочиме дека pH-вредностите во примероците плунка земени наутро, на гладно, кои ги одредивме за базични вредности, се сигнификантно пониски кај испитаниците со циркуларен кариес, во однос на испитаниците од контролната група. И во определените временски интервали по консумирањето на засладеното млеко и на сокот, добиените саливарни pH-вредности, исто така, се пониски кај испитаниците со циркуларен кариес, но со повисоко изразена сигнификантна разлика, во однос на контролната група.

Интересно е да се забележи дека саливарните pH-вредности нагло паѓаат во временскиот интервал 5 минути по консумирањето на засладеното млеко, и тоа пониско кај испитаниците со циркуларен кариес, до вредноста 5,98; во однос на контролната

ТАБЕЛА 2. *ВРЕДНОСТИ НА pH ВО ПРИМЕРОЦИ ПЛУНКА ЗЕМЕНИ 5 МИН. 15 МИН. 30 МИН. И 60 МИНУТИ ПО КОНСУМИРАЊЕ НА СОК КАЈ ИСПИТУВАНАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА И НИВНИТЕ РАЗЛИКИ ВО ОДНОС НА БАЗИЧНАТА pH-ВРЕДНОСТ*

pH во примерок плунка	n	$\bar{X}$ -(просечна pH-вредност)	Разлика на $\bar{X}$ во однос на **Б** - (база)	**"t"-тест**	**SD**	**P**
наутро (базична вредност)	испитувана група (20)	7,15=Б (база)	/	4,85	0,1	<0,001
	контролна група (20)	7,41=Б (база)	/		0,21	
по 5 мин.	испитувана група (20)	5,57	1,57	22,17	0,04	<0,001
	контролна група (20)	5,89	1,51		0,05	
по 15 мин.	испитувана група (20)	5,9	1,25	30,03	0,03	<0,001
	контролна група (20)	6,43	0,97		0,07	
по 30 мин.	испитувана група (20)	6,18	0,97	22,54	0,04	<0,001
	контролна група (20)	6,63	0,77		0,07	
по 60 мин.	испитувана група (20)	6,54	0,61	11,56	0,06	<0,001
	контролна група (20)	6,84	0,57		0,96	

група. Кај испитаниците со циркуларен кариес саливарните pH-вредности почнуваат да се нормализираат по 30-тата минута од консумацијата на засладено млеко, а кај контролната група порано (по 15 до 30-та минута).

Во прилог на нашите резултати се и резултатите од испитувањата на Bowen[4,5,6] i Schmidt[16] кои констатирале дека млекото го одржува саливарниот pH на повисоко ниво, во однос на други течности со иста содржина на ферментабилни јагленохидрати.

Alvarez[1], Beiruti[2] i Taifour[17], посочуваат дека млекото е кариогено за малите деца само кога се пие засладено, dodeka Gary i Dilley[9] сметаат дека и незашеќереното кравјо млеко, а и мајчиното млеко, може да доведе до оштетување на забите, ако децата се хранат неправилно (во текот на ноќта).

Во истиот временски интервал, 5 минути по консумирањето на сокот, саливарните pH-вредности кај испитаниците со циркуларен кариес паѓаат многу пониско до вредноста 5,57; а кај контролната група се нешто повисоки. По 30-тата минута од консумација на сокот, кај испитаниците со циркуларен кариес саливарните pH-вредности сè уште се ниски, а се нормализираат по 60-тата минута, додека кај испитаниците од контролната група порано, по 30-тата минута.

Ова се објаснува со фактот што млекото освен лактозата која спаѓа во групата на јагленохидрати, во себе содржи протеини и минерали: калциум и фосфати, кои го одржуваат саливарниот pH на повисоко ниво во однос на сокот, кој во себе содржи глукоза и фруктоза, и од самото овошје и од додадената сахароза [7,8,19].

Boninac[3], Lehl[12], Maiwald[14] i Vanlovern[18] констатирале дека 5 минути по консумирање на сок, саливарните pH-вредности кај испитаници со циркуларен кариес опаѓат до и под критичната вредност 5,5; а кај испитаниците без циркуларен кариес се одржуваат над оваа граница, што е во согласност со добиените наши резултати.

Ако се споредат разликите во саливарните pH-вредности меѓу двете групи испитаници зависно од видот на консумираната течност, се гледа дека разликата е најголема во временскиот интервал 15 мин. по консумацијата на двете течни содржини.

Од добиените резултати од нашите испитувања можеме да ги изведеме следните заклучоци:

1. Базичните pH-вредности добиени од примероците плунка земени наутро на гладен стомак, кај испитаниците со циркуларен кариес се сигнификантно пониски отколку кај испитаниците од контролната група.
2. Во различните временски интервали: 5, 15, 30 и 60 мин. по консумација на засладено млеко, добиените саливарни pH-вредности се пониски кај испитаниците со циркуларен кариес, во однос на контролната група.
3. По консумирање на сок добиените резултати се со повисока статистичка сигнификантност.
4. Разликите во саливарните pH-вредности во однос на видот на консумираната течност се поголеми по консумирање на сок, што докажува дека сокот е покариогена течност во однос на млекото.

LEVEL OF SALIVARY pH - VALUES AFTER CONSUMING MILK AND JUICE AMONG CHILDREN WITH BABY BOTTLE CARIES

Kokočeva- Ivanovska O, Carčev M., Jankulovska M.

Summary

The aim of this study was to determine the level of the salivary pH in the saliva samples taken in different time intervals: 5 minutes, 15 minutes, 30 minutes and 60 minutes after consuming two types liquid food (sweetened milk and fruit juice).

The study included test-group of 40 children, age 3-3,5 years, with Baby Bottle Caries that were still using

baby bottle for feeding, and control group of 40 children on the same age, but with no caries. The pH values of the saliva samples were determined with combined electrode with pH-meter (Iskra MA5706), on the Institute of Biochemistry at the faculty of Medicine in Skopje.

The analysis of de results of the study show high statistic significance of the differences in determined pH values in saliva samples of the test-group and the control-group ($p<0,01$). These differences are more expressed after consuming the fruit juices, that lead us to conclusion that fruit juice is stronger caries causing liquid than milk ($p<0,001$).

Key words: baby bottle caries; saliva

Литература

1. Alvarez J.O., Eguren J C, Cacedia J, Navia J M. The effect of nutritional status on the age distribution of dental caries in the primary teeth. J Dent Res 1990; 69(9): 1564-6.
2. Beiruti N., Taifour P. Prevalence of B.B.T. Decay and patterns of breast and bottle feeding among 3-5 year - old children in Damaskus. Caries Res 1997; 31 (4):26 – 31
3. Bobinac T. Ph saliva values after natural and sugar added juices consumption V Congres of the Balkan Stomatological Society (Abstracts) Thessaloniki: Balkan Stomatological Society and Dental Society of Thessaloniki 2000:14
4. Bowen W.H., Pearson S.K. Influence of milk, laktose - reduced milk, and laktose on caries in desalivated. Caries Res 1991; 25 (4): 283-6
5. Bowen W H, Pearson S K. Effct of milk on cariogensis. Caries Res 1993; 27(6): 461-6.
6. Bowen W H, Pearson S K, Miguel J C, Rosalen. Acessing the cariogenic potencial of some infant formulas, milk and sugar solutions. J Am Dent Assoc 1997; 128: 865-71.
7. Buhl M, Wetzel W E, Ehret R. Epidemiologische Befunde zur Haufigkeit der Milchzahnkaries bei Kleinkindern. Dtsch Zahnarztl Z 1986; 41 (10):1038-42.
8. Crossner C.G., Hase J.C., Birkhed D. Oral sugar clearance in children compared with adults. Caries Res 1991; 25 (3): 201-6
9. Dilley J G, Dilley H D, Machen J B. Prolonged nursing habid: A profile of patients and their families. J Dent Child 1980; 47(2): 26-31.
10. Geddes D.A. Diet patterns and caries. Adv Dent Res 1994; 8 (2): 221-4 .
11. Hase JC. Influence of age and salivary secretion rate on oral sugar clearance. Swed Dent J Suppl 1993; 89: 1- 65.
12. Lehl G, Taneja JR, Chopra SL. Evaluation of the cariogenicity of sugar containing drinks by estimating changes pH of human dental plakque and saliva. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1993; 11(1): 9-14.
13. Luke G.A., Gough H., Beeley J.A., Geddes D.A. Human salivary sugar clearance after sugar rinses and intake of foodstuffs.Caries Res 1999; 33 (2): 123-9
14. Maiwald H J. Značenjeto na šekerot vo etološkiot kompleks na kariesot i paradontilnite zaboluvanja. Maked Stomatol Pregl 1984; 8(4): 119-22.
15. Moss J S. The relationship between diet, saliva and baby bottle tooth decay Jnt Dent J 1996; 46:(suplement 1): 399-402.
16. Schmidt H F M, Schlaf U.Saurebildung in Zahuplaques durch Sauglings-Flaschennahrung im Vergleich zu Mutter-und Kuhmilch. Dtsch Zahnarztl Z 1990; 45(6): 367-70.
17. Taifour N., Daley N., O'Sulliva D., Douglass J. Failure of intense preventive efforts to arrest early childhood and rampant caries: three case Pediatric dentristry 1999; 21 (3): 160-3.
18. Vanlovern C.Diet and dental caries: Cariogenicity may depend more on oral hygiene using fluorides than on diet or tupe of carbohydrates. Europ J Pediatr Dent 2000; 2 (1) : 55-61
19. Veerkamp J. S. J., Weerheijm K.L.Nursing bottle caries: The importance of a development perspective.J Dent Child 1995; 62(6): 381-5.

УДК : 616.71-007.234-084

УЛОГАТА НА ФЕМ 7 (ХОРМОНСКА ТЕРАПИЈА) ВО САНАЦИЈА НА КОСКЕНИТЕ ДЕФЕКТИ КАЈ ПОСТМЕНОПАУЗАЛНИ ЖЕНИ (РЕНДГЕНОЛОШКА И КОМПЈУТЕРСКА АНАЛИЗА)

Симјановска Љ., Антовска В., Симјановски С.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за орална хирургија,
Клиника за гинекологија и акушерство

Денес медицината ја става жената во повластена положба во однос на мажот. Со пронаоѓањето на ХЗТ (Хормон Заместувачка Терапија), таа ја исправа неправдата на природата, која жената ја осуди на менопауза со декади порано од онаа на мажот.

Оваријалните хормони се важни регулатори на коскениот метаболизам. Денес веќе е докажано специфично нуклерано врзување на естрогените и присуство на mRNK за естрогенски рецептори во нормални хумани остеобласти и се демонстрирани „in vitro" биолошки ефекти на естрогените врз пролиферација и диференцијација на остеобластите и индукција на синтеза на прогестеронски рецептори во хуманите остеокласти како и индукција на ѓенска транскрипција на проколаген тип I и трансформирачки фактор на раст (Calvard12).

Естроген-рецепторите се демонстрирани во јадрото и /или цитоплазмата на различни клетки во човековата кожа како и во клеточните макрофаги, фибробласти, ендотелијални клетки, а сите играат улога во процесот на заздравување при што сугерираат директен ефект на естрогените како врз интактна, така и врз повредена кожа.

Зараснување на раните во усната празнина е многу сложен биолошки процес кој вклучува голем број механизми, а се разликува од другите типови на зараснување на рани во човековиот организам поради специфичната особеност и локалните услови во кои се наоѓа таа; перманентно присуство на плунка, голем број на микроорганизми, богата васкуларизација и инервација, неможност за имобилизација и заштита на раната од нормалното функционирање на устата.

Клучни зборови: хормон заместувачка терапија, коскени дефекти, оваријални хормони, остеопороза

Човековото тело преку целиот свој живот ја разградува и изградува својата коскена маса, при што во овој процес на регенерација телото креира нов скелет на секои пет години (4). Женското тело ја завршува изградбата на коскената маса до 25 година (3). Според Kenny Am тој период на дефинитивна коскена изградба е меѓу втората и третата декада- 20- 30-годишна возраст(6). Кога ќе се постигне пикот на коскената маса, веднаш веќе во четвртата декада од животот започнува прво бавно, а потоа сé побрзо губење на коскеното ткиво по пат на негова ресорпција (10).

Коскеното ткиво е високодиференцирано потпорно сврзно ткиво, во чија колагено-фибриларна основа на меѓуклеточната супстанција се протегаат Са-соли (калциумови соли). Благодарение на ова коскеното ткиво е цврсто и не се витка, па според тоа има најважна улога во одржувањето на потпорноста на организмот - потпорна функција. Покрај ова, коската има протективна-заштитна и метаболна функција - како резервоар на јони во организмот особено Са и Р.

Структурата на коскеното ткиво се состои од два основни типа: компактна ламеларна коска и спонгиозна ламеларна коска.

Неговите фундаментални конституенти се клетките и екстрацелуларниот матрикс, кој е составен од колагени влакна и супстанции богати со гликозаминогликани.

Помеѓу кортексот и спонгиозата постојат квантитативни структурни разлики; 80-90% од волуменот на кортексот е калцифициран, а кај спонгиозата калцификацијата е само 15-25 %. Имено, кортексот има главно механичка и протективна функција, а спонгиозата метаболна функција.

Менопаузата претставува нешто повеќе од обично губење на репродуктивниот капацитет, продуцирајќи различни симптоми кај 80 % од жените (главно промени на коскената маса и КВС (кардиоваскуларниот систем).

Во климактериумот (Climacterium feminae) кој настанува поради исцрпената фоликуларна функција поради старост, се јавува намален анаболизам на протеини (губење на еластични влакна) во кожата и ткивата и остеопороза како и можноста од зголемување на телесната тежина. Настануваат вазомоторни пречки (ноќно потење, несоница, топлотни бранови (валунге) повремени тахикардијални екстрасистоли, топли и ладни нозе. Од проследувачките појави главно се јавуваат следниве: хиперемија, здебелост, заболување на штитната жлезда, дијабет и друго (2,7).

Во постменопаузалната фаза доаѓа до забрзување на коскениот „turnover“ зголемување на бројот на единиците на ремоделирање, а со тоа доаѓа и до зголемување на коскеното губење. Изгледа дека овде е присутна и абортивната форма на ремоделирачки процес, каде во некои ремоделирачки единици отсуствува фазата на коскеното формирање, а со тоа уште повеќе се забрзува процесот на остеопороза, поради недостатокот на естрогените за кои се смета дека се важни регулатори во коскениот метаболизам (1).

Кај остеопорозата односот минерал/колаген останува непроменет, но затоа, пак, настанува истенчување и на компактата и на спонгиозата на коската. Трабекулите се прекинуваат, а некогаш и наполно исчезнуваат со што комплетно се нарушува архитектурата на спонгиозата, а како последица од сето тоа можат да настанат механички фрактури. Според пресметките на Jensen(1) секоја втора жена во животот ќе има барем една остеопоротична фрактура.

Според National Osteoporosis Foundation жените кои имаат намалена телесна тежина, намален внес на Са, слабо здравје, позитивна фамилијарна анамнеза за остеопороза, алкохол, пушење, зголемено внесување на кофеин, рана менопауза, се вклучени во групата на високоризични за развој на остеопороза. (13).

Во постменопаузата количеството на коскена ресорпција рапидно расте, резултирајќи со Са++ дисбаланс и чисто губење на коска (6). Понекогаш во 40-тата и 50-тата година, се губи повеќе коскена маса отколку што се продуцира што зависи од недостатокот на Са, витамин Д и секс-хормони (естрогени).

Стоматологот може да биде прв, кој ќе ја забележи остеопорозата (протезата не пасува, а забите се еродирани од стомачните киселини.).

Превенцијата од остеопорозата според некои автори претставува многу поважна мерка од самата терапија.

Треба да се внимава на тежината!

1. Диета богата со Са и витамин Д
2. Сончање
3. Вежбање
4. Избегнување на лоши навики - консумирање на алкохол и цигари (13).

Важно е да се истакне дека тераписките мерки треба да бидат вметнати во запирање или забавање на прогресот на остеопорозата уште пред да настанат иреверзибилни структурни промени во коската. Ова може да се постигне преку намалување на активацијата на коскениот "turnover" т.е. на коскеното ремоделирање. (9, 11).

Естрогените "in vivo" ја инхибираат коскената ресорпција преку нивната стимулаци-

ја на калцитонинската секреција, која врши инхибиција на остеокластите кои имаат рецептори на својата клеточна мембрана (Upton, 1).

ХЗТ е индицирана во :

1. Лекување на вегетативно-садовни и нервно-психички симптоми кои 80 % од жените ги чувствуваат повеќе од една година во постменопаузата (12)
2. Лекување на генито-уринарна атрофија и инконтиненција
3. Превенција на атеросклероза
4. Превенција и Th на постменопаузална остеопороза.
5. Естрогените ја забаваат коскената ресорпција и го намалуваат губењето на коската.

Начинот на апликација на ХЗТ може да биде:

- орално,
- трансдермално и
- вагинално.

При трансдермална апликација лекот директно влегува во крвните садови на кожата, а преку нив во циркулацијата. За трансдермална апликација се користат лепенки, а несаканите ефекти од нив се следните: иритација на кожа, алергиски реакции на атхезивното средство, чешање, одлепување на лепенката и кожна пигментација (14).

Менопаузата се покажа како нешто повеќе од обично губење на репродуктивниот капацитет, кој со себе носи различни промени во телото, кои се провлекуваат во постменопаузалниот период, притоа оставајќи драстични последици особено на коскената маса кај жените,

Целите во ова испитување се да се утврди каква е улогата на ХЗТ при санацијата на коскените дефекти врз база на RTG снимки; дејството на ХЗТ при санација на коскените дефекти врз база на компјутерската анализа за пресметување на површината на дефектите; дејството на ХЗТ во зараснување на раните; дејството на ХЗТ и врз другите субјективни потешкотии и мачнини на кои се жали пациентката и дали ХЗТ има влијание на посторалнохируршко крвавење и формирањето на самиот коагулум.

Материјал и методи

Испитувањата се изведени на пациентки/испитанички кои се избирани по случаен избор, во рана постменопауза, односно од една до шест години по последната менструација, кај кои е исклучено постоење на апсолутни контраиндикации за примена на ХЗТ:

1. Cholelithiasis
2. Otosclerosis
3. Thrombophlebitis acuta
4. Лична анамнеза за зависен Ca mammae et Ca endometrii
5. Фамилијарна анамнеза за Ca mammae.

Испитаничките беа поделени во две групи:

- **Прва група** - 15 испитанички во постменопаузален период, кои не се третирани со ниедно од наведените средства-контролна група.
- **Втора група** - 15 испитанички кои се во постменопаузален период, кај кои беше применета ХРТ- хормон заместувачка терапија со лепенки FEM-7 во содејство на комплементарна Th со Ca и Vigantol.

Сите пациентки беа со релативно добра здравствена состојба.

Тераписките средства кои беа користени при ова испитување беа FEM 750, Ca и Vigantol. FEM-7 се користеше во облик на фластер во времетраење од три недели: три лепенки кои претставуваат естрадиол хемихидрат 1,5 мг во комбинација со Ca таблети 3x 500 мг на ден и Vigantol (чист витамин Д3) во облик на капки 5-6 капки на 2-3 дена.

Како методологија во ова испитување се користеше:

1. Рендгенолошко иследување и
2. Компјутерска анализа на направените рендгенолошки снимки.

1. По секоја извршена интервенција беа извршени рендгенолошки снимања, и

тоа зависно од случајот: ретроалвеоларни снимки или RTG статуси. Овие снимки се повторуваа на 14-тиот ден по интервенцијата и еден месец по оралнохируршката интервенција, а со цел визуелна опсервација на евентуалните промени кои настануваат во однос на репарацијата на коската по оралнохируршките интервенции.

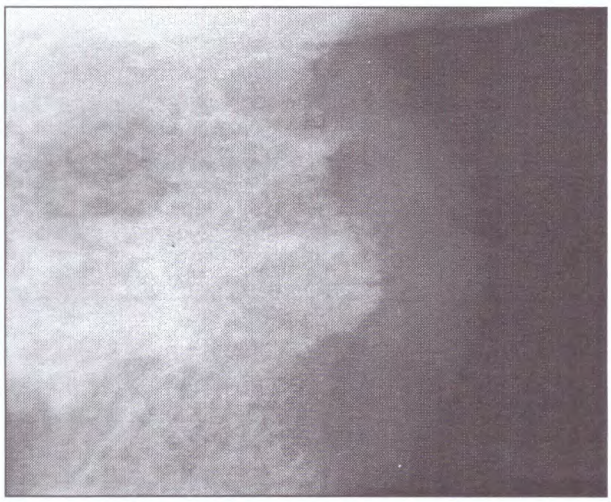
2. Компјутерската анализа претставува програма на најновата софистицирана метода на софтвер-техника на Auto cad map, верзија 2.0. (Auto Desk). Принципот на работа во Auto Cad-от е можноста за цртање или моделирање на типични објекти во рамнина и простор кои на цртачки табли не можеле воопшто или не можеле прецизно да се конструираат или нацртаат (5). Предностите што ја пружаат оваа техника се состојат во тоа што можат да се пресметаат обемот и површината на настанатиот дефект во коската. Самото мерење се врши со полулинија која го ограничува избраниот затворен објект (контура) во конкретниот случај дефектот кој е прикажан на рендген слика, специјално изработена за оваа намена. Пресметувањата на површината на коскените дефекти беа мерени на денот на интервенцијата, на 14-от ден и по еден месец, при што беа вршени споредувања меѓу добиените резултати. Слична метода на анализа се користи и во нуклеарната медицина.

Резултати

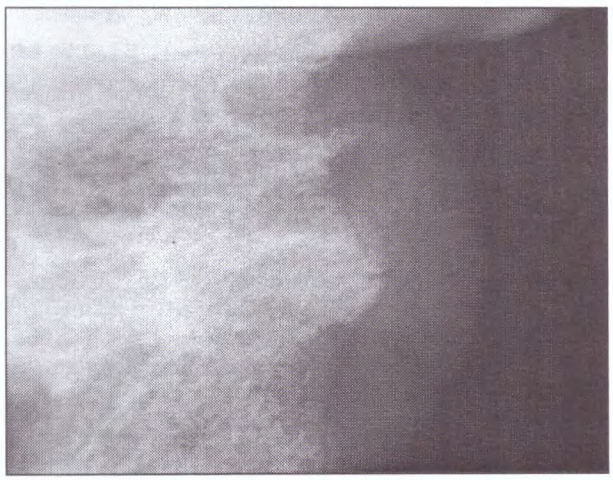
Естрогенскиот дефицит е поврзан со многу брзото коскено губење кое е максимално во првите 5-7 години по менопаузата. Тераписките средства се во состојба да го намалат коскениот турновер но не и да го елиминираат абортивниот ремоделирачки процес.

По извршеното испитување, како и по направената анализа/ рендгенолошка и компјутерска, добиени се позитивни резултати во однос на дејството на хормонската терапија врз санација на коскеното ткиво.

На слика 1 и 2, прикажани се две рендгенолошки снимки на кои може да се забележи како се одвива формирањето на коскените гредички и пополнувањето на коскениот дефект и тоа кај пациентки кај кои не е користена хормонска терапија.



Слика 1. *Рендгенолошка слика на која се забележуваат екстракциони рани / на самиот ден на интервенција кај пациентка во постменопауза кај која не е користена хормонска терапија*



Слика 2. *Рендгенолошка слика на која се забележуваат екстракциони рани / по две недели од интервенција-кај пациентка во постменопауза кај која не е користена хормонска терапија*

Во табела 1, прикажани се резултатите од добиените средни вредности при мерењето на површината на коскените дефекти во три мерења кај групата на испитанички (постменопаузални пациентки) кај кои не е

применета хормонска терапија. Резултатите го покажуваат забавениот тек на санација на коскените дефекти кој особено е изразен во првото мерење; само 1% се намалуваат дефектите во однос на првото мерење кое се врши веднаш по самата интервенција; за тој процент се зголеми при третото мерење и истиот изнесува 39,4 %.

ТАБЕЛА 1. *АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД КОМПЈУТЕРСКАТА АНАЛИЗА НА КОСКЕНИТЕ ДЕФЕКТИ КАЈ ПОСТМЕНОПАУЗАЛНИ ЖЕНИ КАЈ КОИ НЕ Е ПРИМЕНЕТА ХЗТ: ДИСТРИБУЦИЈА СПОРЕД МЕРЕЊАТА НА СРЕДНИТЕ ВРЕДНОСТИ*

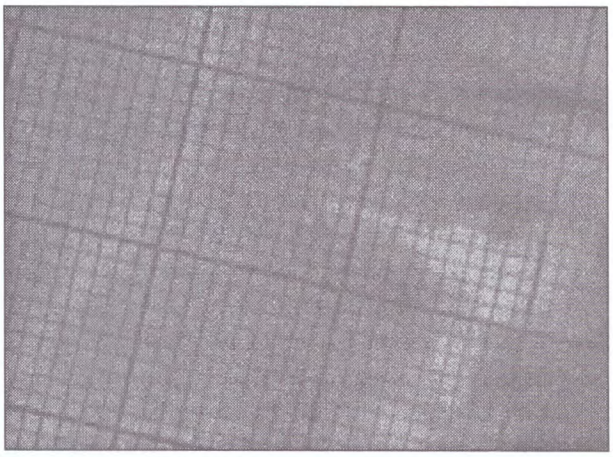
Бр.на пациенти	Средни вредности Абс. бр.	Средни вредности Релат. бр. %	Вкупно
Прво мерење (површина)	39,42	100%	591,3
Второ мерење (површина)	37,48	0,95%	562,2
Трето мерење (површина)	30,2	39,4%	453

За разлика од оваа група на испитанички, кај втората група, добиените резултати се сосема поинакви и укажуваат на позитивниот ефект од употребата на хормон заместувачката терапија. Санацијата на коскените дефекти кај второто мерење изразено во проценти изнесува 77,76 % (периодот кога пациентките се под третман на FEM 7 во комбинација со Са таблети и Vigantol), кои резултати се претставени на табела 2 и на слика 3 и 4.

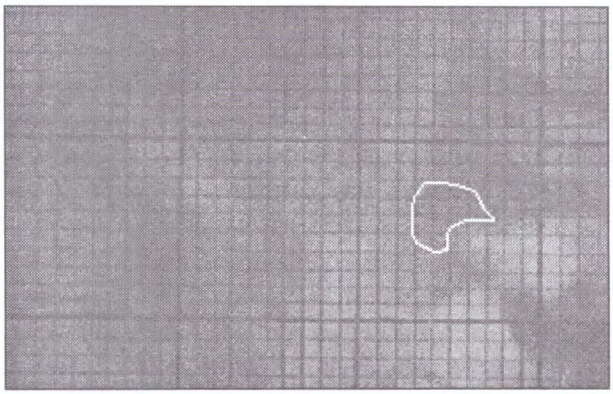
ТАБЕЛА 2. *АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД КОМПЈУТЕРСКАТА АНАЛИЗА НА КОСКЕНИТЕ ДЕФЕКТИ КАЈ ПОСТМЕНОПАУЗАЛНИ ЖЕНИ КАЈ КОИ Е ПРИМЕНЕТА ХЗТ: ДИСТРИБУЦИЈА СПОРЕД МЕРЕЊАТА НА СРЕДНИТЕ ВРЕДНОСТИ*

Бр. на пациенти	Средни вредности Абс. бр.	Средни вредности Релат. бр. %	Вкупно
Прво мерење (површина)	40,3	100%	604,5
Второ мерење (површина)	31,34	77,76%	470,1
Трето мерење (површина)	24,58	60,99%	368,7

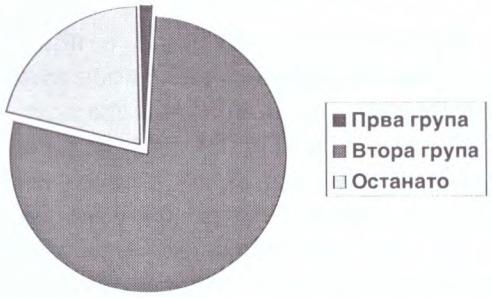
Од добиените резултати може да се забележи дека постои сигнификантност во однос на санирањето на дефектите меѓу двете испитувани групи. Кај втората група имаме многу побрза санација и намалување на површината на коскениот дефект, за разлика од првата нетретирана група (графикон 1).



Слика 3. *Компјутерско мерење на коскен дефект по хируршка интервенција - прво мерење кај пациентка во постменопауза*



Слика 4. *Компјутерско мерење на коскен дефект по хируршка интервенција - второ мерење (кај иста пациентка) кај која е применета хормонска терапија*



Графикон 1. *Анализа на резултатите од компјутерската анализа на коскените дефекти кај постменопаузални жени: корелација меѓу двете испитувани групи.*

Резултатите укажуваат и на фактот дека ХЗТ има позитивно влијание и во самото зараснување на рани во усната празнина, во споредба со случаите каде истата не е применета, а зараснувањето е со забавен тек.

Дискусија

Денешната жена во развиениот свет речиси една половина од својот живот го живее во состојба на естрогенски дефицит. Во тој период најчесто за првпат се среќава со најразлични субјективни симптоми, промени поврзани со вегетативно-садовниот (КВС) и со нервно-психички системи, кои можат да траат и до 5 години по менопаузата. Меѓу нив се вбројува и остеопорозата - доста актуелен проблем за кој се смета дека е резултат на недостатокот на оваријални хормони - естрогени.

Менопаузата и хормонската терапија и понатаму остануваат да бидат два спротивни субјекта. Кај пациентките каде беа користени ФЕМ 7 лепенки и пропратните тегоби на кои се жалеа истите, речиси во потполност да беа исчезнати, а пациентките се чувствуваа многу подобро. Што се однесува до последователно крвавење или евентуално забавено зараснување на оралнохируршките рани, кај третираните пациентки со ФЕМ 7 - такви компликации не беа забележани кај ниеден случај во нашето испитување. Само во еден случај се јавија компликации во однос на болка и инфламација на местото на интервенција (екстракција), но по дадената антибиотска терапија истите беа санирани. Овие компликации не беа во сооднос со ХЗТ.

Важно е да се истакне дека тераписките мерки треба да бидат вметнати во запирање или забавање на прогресот на остеопорозата уште пред да настанат иреверзибилни структурни промени во коската. Ова е можно да се постигне преку намалување на активацијата на коскениот "turnover" т.е.коскено ремоделирање. (9, 11).

Добиените резултати од компјутерското мерење во однос на санација на коскените дефекти кај третираните пациентки со хормонска терапија јасно укажуваат на позитивната улога на истата, а истите резултати може да се проследат на табела 2.

Иако истиот тип на коска не е испитуван, по примена на хормонска терапија која во нашиот случај ја стимулира коскената осификација, наодите од нашето испитување, споредени со дадените/реферираните резултати од страна на Vedi и сор. (15) каде ХЗТ ги превенирала промените во коскената структура покажуваат корелациски сооднос.

Во ова испитување беа опфатени жени со природна и вештачка менопауза, а резултатите го потврдија фактот дека ХЗТ има позитивно дејство во санација на коскените дефекти без разлика дали е применета кај пациентки кај кои настанала природна или вештачка менопауза. Нашите резултати се во корелација со резултатите добиени од испитувањето на Castelo-Branco и сор. каде биле испитувани две групи на жени: едни со природна, а други со вештачка менопауза - вкупно 136 жени биле третирани со ХЗТ во период од 5 години, а резултатите покажале дека и кај двете групи ХЗТ го превенира губењето на коската.

Од анализата на резултатите може да се заклучи дека санацијата на коскените дефекти кај постменопаузалните жени кои се третирани со ХЗТ е многу побрза, во однос на оние кои не се третирани, а што може да се забележи врз основа на направените РТГ снимки. Исто така, компјутерската анализа ја потврдува позитивната улога на ХЗТ, при што се забележува намалување на површината на дефектите, споредена со нетретираните пациентки. Нашите анализи укажаа дека ХЗТ има позитивно дејство и при зараснување на раните во усната празнина, а хормонската терапија има позитивно влијание и врз другите проследувачки субјективни тешкотии и мачнини со кои се среќаваат пациентките и би можела да послужи како средство на избор во нивното лекување. Беше констатирано дека ХЗТ не предизвикува продолжено крвавење и нема негативно влијание на формирањето на коагулумот во усната празнина.

THE ROLE OF FEM 7 AND SANATION OF BONE DEFECTS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN (RTG AND COMPUTER ANALISYS)

Simjanovska Lj.[1], Antovska V., Simjanovski S.

Summary

Today the medicine puts the woman in different role in relation with men.With discovering the HRT (hormone replacement teraphy), HRT corrects the mistake of the nature, which convicted the woman with menopause, decades earlier then the man.

Ovarial hormones are important regulators for the bone metabolisam. Today is already proven specific nuclear attachment of estrogens and presence of mRNA for estrogen receptors in the human osteoblasts which are demonstrated "in vivo" biological effects on estrogens on proliferation and differentiation on the osteoblasts and induction of synthesis progesterone receptors in the human osteoclasts including an induction on transcription of the genes on type procollagenes I and growth factor.

The estrogens receptors are demonstrated in the nucleus and/or the cytoplasma, macrophagus, fibroblasts, endotel cells and they are all have a role in the process of healing where the are effecting directly on the estrogens whatever the skin is healthy or hurt.

Wound healing in the oral cavity is complexed biological proces, which includes a lot of mechanisms, and it is different from the other tipes of wound healing in the human body, because of the specific surronding and the local terms where the wound is located: permanent persistance of saliva, large number of microorganisms, vascularisations and inervation, absence of immobilization, and wound protection from the normal mouth function.

Key vords: hormone replacement therapy, ovarial hormones, bone defect, osteoporosis

Литература

1. Антовска В. Хормон заместувачка терапија и нејзиното влијание брз липидниот липопротеински профил и биохемиските индикатори на коскениот турновер кај жените. Докторска дисертација, Скопје 1998.
2. Антовска В. Менопауза. Скопје,2003.
3. Castelo_Branco C., Figueras F., Sanjuan A., Pons F., Vicente JJ., Vanrell JA. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999 Apr; 83(2) : 207-11.
4. Castelo- Branco C. Management of osteoporosis. An overview. Drugs Aging 1998; 12 Suppl 1: 25-32.
5. Christiansen C. The diferent routes of administration and the effect of hormone replacement therapy on osteoporosis Fertil Steril 1994 Dec; 62 (6 Suppl 2): 152s- 156s.
6. Fitzpatrick LA. Selective estrogen receptor modulators and phytoestrogens: new therapies for the postrmenopausal women. Mayo Clin Proc 1999 Jun; 74 (6): 601-7.
7. Jensen GF., Christiansen C., Boesen J, et al. Epidemiology of postmenopausal osteoporosis. Clin. Orthop. 166: 75-81, 1982.
8. Kanis JA. The menopause and the +skeleton: key issues. Ballieres Clin Obstet Gynaecol 1996 Sep; 10 (3): 469-81.
9. Kenny Am., Prestwood KM. Osteoporosis. Pathogenesis, diagnosis, and tretement in older adults. Rheum Dis Clin Nort Am 2000 Aug; 26(3): 569-91.
10. Laziæ S. Autocat R 14. Institut za nuklearne nauke-Vinèa. Beograd 1997.
11. Meema S., Meema HE. Menopausal bone loss and estrogen replacement. Jsr Med Sci 1976 jul; 12 (7): 601-6.
12. Nc Kinlay SM., Jefferys MI. The menopausal Syndrome. Br. J. prev.Soc. Med. 28: 08-115, 1974.
13. Paige Bierma and Chris Woldston. Osteoporosis. First published, September 1999.
14. Sarah Henry. Hormon Replacement Therapy: New Facts. First published August 1999 (Consumer Health Interacyive 2002.
15. Vedi S., Croucher PI., Garrahan NJ., Compston JE. Effects of hormone replacement therapy on concellous bone microstructure in postmenopausal women. Bone 1996 Jul; 19 (1): 69-72.

УДК : 616.314-089.23

АПЛИКАТИВНИ АСПЕКТИ НА УЛТРАСОНИЧНАТА РЕТРОПРЕПАРАЦИЈА

Кацарска М., Стефановски Ј.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за орална хирургија

Ретрооперациите, а во тој контекст и ултрасоничната ретропрепарација, претставуваат хируршки тераписки варијанти кои се применуваат во разрешувањето на неуспесите од преземените ендодонтско, или ендодонтско - хируршки третмани или ретретмани.

Причините за овој неуспех, во генерална смисла, може да се направените пропусти и неконсеквентност во предоперативната постапка, или интраоперативно за време на третманот.

Конвенционалната и ултрасоничната техника на ретропрепарација претставуваат метод на избор во разрешувањето на овие неуспеси.

Дадените технички перформанси, елаборирани во прифатлива екстензивна форма, даваат можност за проценка на нивната аплицативност.

Независно за која процедура станува збор, нивната валоризација секогаш мора да биде според етаблираните критериуми на прокламираниот поим за >идеална ретропрепарација<.

За да се избегне повторен неуспех, елементарна опција е воспоставување на точна и прецизна дијагноза и идентификација на причините за релевантниот неуспех.

*Обезбедувајќи ги на овој начин сите предуслови, хируршкиот ретретман го доведуваме до граница на едноставност, а не истиот да претставува мисија **„барај-уништи“ (search&destroy).***

Клучни зборови: ултрасонична; ретрооперација; ретропрепарација

Ретропрепарациите, а во тој контекст и формирањето ретрокавитети класа-I и нивна оптурација, претставуваат специфични и условно индуцирани тераписки варијанти во лекувањето на парарадикуларните (апикални) заболувања, кои се јавуваат како консеквенци на неуспешен ендодонтски или ендодонтско-хируршки третман.

Генерално, причините за ваквиот тераписки неуспех може да бидат пропусти и неконсеквентни процедури во :

1. ендодонтскиот третман;
2. ендодонтско-хируршкиот;
3. изборот на ретрооперативната техника во дизајнирањето на ретрокавитетот.

Во контекст на генералните причини, поединечните може да имаат најразлична генеза: неадекватна контрола на инфекцијата, лошо дизајниран кавитет, несоодветна инструментација и медикаментозна иригација, превидени и неидентификувани канали, лошо конструирани реставрации, екстрарадикуларна инфекција, туѓо тело и вистински цисти.

Посебен аспект претставуваат неуспесите кои се јавуваат како консеквенца на појава на fosse rout, истмуси, параканални рамификации и трансверзални анастомози, кои не биле интегрирани во „de novo“ ендодонтско-хируршкиот третман, или во „de novo“ дизајнираниот ретрокавитет (9,10,11,12).

Рационален предтретман

Во вакви случаи успехот на изборот на хируршкиот ретретман е во најдиректна ко-

релација со клиничките и клиничко-рендгенолошките сознанија, акцептирани во предоперативните процедури и изборот на преферираната ретрооперација. За да се избегне можноста од повторен неуспех, како примарна опција е воспоставувањето на точна и прецизна дијагноза и идентификација на причините за релевантниот неуспех.

Историски аспекти на апикалните ретропрепарации

Интегрална интенција на разните техники за ретропрепарација заедничка константа кој иницира препарација I-класа во дентинот профилирана долж лонгитудиналната оска на каналот (4,2,7,3,1,5,6,8).

Независно од историската дистанца, сите ретрокавитети по извршената ретро-оптурација имаат за цел херметска неутрализација на кој било присутен и штетен агенс, исполнувајќи го на тој начин биолошкиот императив: превенција на периапикалните ткива од експозиција на биолошки токсини.

Профилирањето на ретрокавитетите во не така далечно минато, а во наши услови и денеска, ретропрепарациите беа и се изведувани со бавен насадник, или колењак со микроглава, и примена на мали округли или обратно конични карбидни борери.

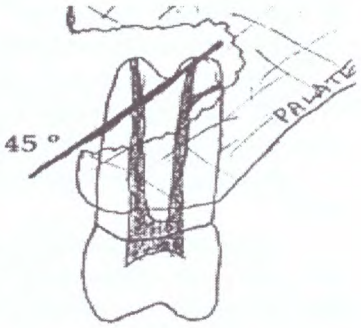
Ваквата изведба на ретропрепарациите е легитимирана како конвенционална, класична или традиционална.

Специфичностите кои произлегуваат од инструментариумот со кој се изведува оваа ретропрепарација, во голема мера ги условува, а со тоа и ги лимитира објективните способности на клиничарот да креира идеална ретропрепарација класа-I.

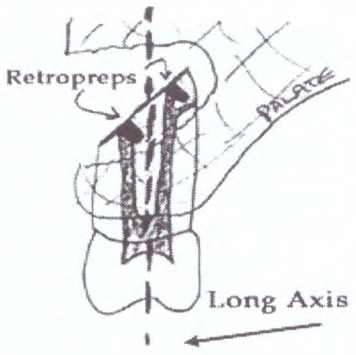
Аспекти на конвенционалната ретропрепарација

1. Дизајнираниот ретрокавитет не може да биде етаблиран ортоградно, долж лонгитудиналната проекција на пулпиниот канал.
2. Дизајнираниот ретрокавитет нема соодветна буко-орална и лонгитудинална екстензија за да обезбеди адекватна оптурација.
3. Дизајнираниот ретрокавитет не обезбедува доволно ретенциона форма.
4. Дизајнираниот ретрокавитет со нагласената буко-орална и мезио-дистална екстензија при профилирањето на квалитетот го ослабува дентинскиот sид.
5. Дизајнираниот ретрокавитет нема можност и не успева да ги интегрира истмус -зоните.

Евидентната лимитација на апликативните аспекти на конвенционалната ретропрепарација, претставуваат дефакто легитимирање на можните неуспеси кои се за очекување при примената на оваа техника.



Слика 1. *Агол на ресекција при изведување класична ретропрепарација*



Слика 2. *Апикален кавитет препариран со класична техника*

Аспект - идеална ретропрепарација

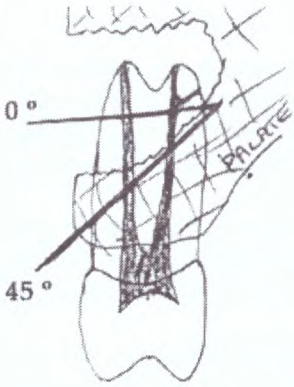
Независно од тоа дали при ретропрепарацијата е применета конвенционалната или ултрасоничната техника, дизајнирањето на ретрокавитетот мора да биде според кри-

териумите на прокламираната и прифатена дефиниција за идеална ретропрепарација.

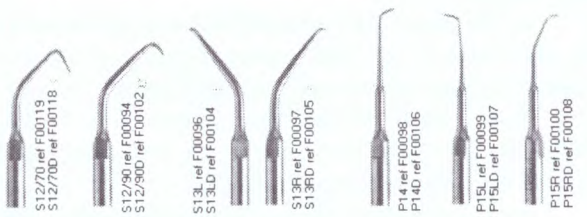
Идеална ретропрепарација подразбира препарација класа-I, профилирана најмногу 3мм во коренскиот дентин, со паралелни ѕидови совпаднати со анатомската проекција на пулпиниот простор.

Апликативни аспекти на ултрасоничната ретропрепарација

- Супериорна контрола на операторот
- Зголемена прегледност
- Рационална интеграција на истмуси, трансверзални комуникации при формирањето на ретрокавитетот.
- Остварување на максимална лимитирачка косина при апикалната ресекција
- Намален ризик од перфорација и појава на fosse rout
- Полесен пристап до и во оперативното поле
- Лесна, брза и детерминирана апикална коренска ресекција
- Апликација на полнење при ретрооптурација.



Слика 3. *Агол на ресекција при изведување на ултрасонична ретропрепарација*



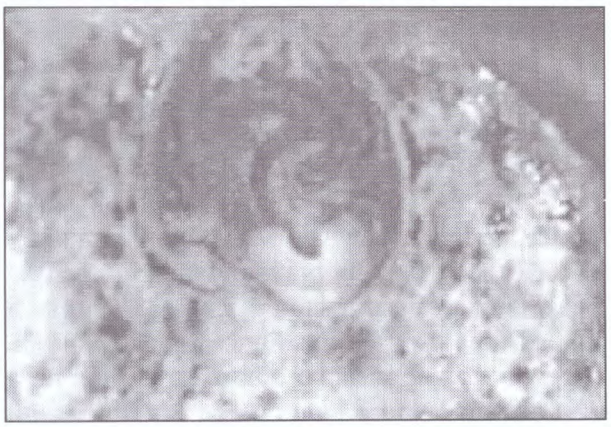
Слика 4. *Ретропродолжетоци за ретропрепарација со ултрасонична техника*

Апострофирани предности на ултрасоничната ретропрепарација

- Дизајнирање на идеален ретрокавитет
- Формирање на оптимално минимален коскен стриум
- Идеална ресекција со минимална закосеност
- Овозможува интегрирање на истмус-зоните при дизајнирање на ретрокавитетот
- Супериорен увид врз оперативното поле и инструментите.



Слика 5. *Ултрасонична ретропрепарација*



Слика 6. *Ретропрепарација со ултрасонична техника и интегриран истмус*



Слика 7. *Оптуриран ретрокавитет со интегриран истмус*

Ултрасонична лимитираност

- Функционалниот ефект на ултрасоничната дистрибуција е праволиниски
- Неконтролирано зголемување на фреквенцијата на вибрациите и намалената концентрација при манипулацијата ја зголемува можноста за кршење на грацилните продолжетоци.

Аспект на ултрасонична ретропрепарација на коренскиот крај

Имајќи ги предвид, пред сè, квалитативните карактеристики на конвенционалната ретропрепарација, развојната интенција на ултрасоничната техника, а во врска со тоа и ултрасоничната ретропрепарација проектирана за разрешување и подобрување на доминантните недостатоци на конвенционалната ретропрепарација, а нејзините вредности да ја потврдат реализацијата: идеална ретропрепарација класа-I.

Во афирмативна смисла разликуваме два типа на ултрасонични вибрации. Таа е апликативна во магнето-рестриктивна и пиезоелектрична варијанта. Пиезоелектричниот тип според сегашните критериуми и сознанија претставува преферирана опција.

Кога ултрасоничната ретропрепарација е изведена коректно, таа е лесна. Планирана врз основа на прелиминарните сознанија, таа е во можност да го лоцира и профилира ретрокавитетот со длабина од 3мм со мазни и паралелни sидови долж лонгитудиналната канална проекција на коренот.

Благодарение на малите ретропродолжетоци, таа е исклучително рестриктивна и конзервативна во хоризонтална екстензија на ретрокавитетот, посебно во мезио-дистална проекција.

Во услови на примена на микрохируршката тријада, ултрасоничната ретропрепарација во максимална смисла овозможува креирање на ретрокавитет според критериуми за идеална ретропрепарација.

Заокружувајќи ги сознанијата и предизвиците кои призлегуваат од апликативните вредности на конвенционалната и ултрасоничната техника, применета во дизајнирањето на апикалните ретрокавитети, валоризирани со синтагмата „идеална ретропрепарација", ја наметнуваат неизбежната потреба за познавање на анатомската варијабилност на каналниот систем, особено во апикалната третина.

На тој начин интегрално добиените вредности, објективно ќе претставуваат фундаментално сознание кое има за цел во секој поединечен случај да ги селектира и целосно да ги прецизира можните тераписки постапки до граница на едноставност, на тој начин, обезбедувајќи ги сите предуслови за најсоодветен ретрооперативен третман, а не иститот да претставува мисија „**search&destroy**" (барај&уништи)

THE APPLICATIVE ASPECTS OF THE ULTRASONIC RETROPREPARATION

Kacarska M., Stefanovski J.

Summary

The retro-preparations, and, in this context, the ultrasonic retro-preparation, represent surgical therapeutic variations, used as corrective procedures in resolving the failures of performed endodontic or endodontic-surgical treatment or re-treatment.

Generally speaking, the reasons for such therapeutic failures could be as a result of omissions and improper pre-opreative and operative procedures during the treatment.

Conventional and ultrasonic techniques of retro-preparation represent methods of choice in resolving such failures.

In this paper, the presented technical performances, elaborated in accepted extensive forms, gives us a chance for the evaluation of their application.

Regardless of the procedure spoken of, its evaluation must always be according to the well established criteria for „ideal retro-preparation".

It avoid recurrent failure, the essential option is to establish precise and correct diagnosis and identification of the causes for such failures.

Obtaining all the prerequisites, we bring the surgical re-treatment to the boundries of simplicity, avoiding the possibility of it becoming a mission of "search and destroy."

Key words: ultrasonic retro-operation, retro-preparation

Литература

1. Gary B Carr: Ultrasonic root-end preparation Dental Clinic of North America 1997, July; 41(3);541-54.
2. Gary S.P. Cheung : Endodontic failures- changing the approach Interanational Detal Journal 1996 46; 131-8.
3. Кацарска М., Магистерски труд: Морфолошка диспозиција на апикалните варијации на каналниот систем кај хуманите максиларни премолари, ендодонтско оралнохируршки тераписки проблем
4. Koppang HSD, Koppang R, Solheim T, Stilen SD: Cellulose fibres from endodontic paper points as an ethiologic factor in postendodontic periapical granulomas and cysts. J Endod 1999;15- 369-72.
5. Nair PNR, Siegren U, Schlumecler E, Sundquist G: Radicular cyst affecting a root filled human teeth- a long term post-treatment follow up. Int Endod J,1993;26;225-233.
6. Nair PNR,Sjegren U, Kery G, Kalnberg KE, Sundquist G: Intra radicular bacteria and fungi in root filled asymptomatic human teeth with therapy resistant periapical lessions: a long term light and electron microscope follow up. I Endod 1990;16;-580-588.
7. Sjegren U, Sundqvist G, nair PN,: Tissue reaction to gutta-percha particles of various sizes when implanted subcutaneously in guinea pigs. Eur J Oral sci 1995;103;313-21.
8. Sjegren U, Happonen RP, Kalnberg KE, Sundqvist G: Survival of arachnia propionica in periapical tissue. Int Endod J 1988;21;277-282.
9. Swanson K, Madison S: An evaluation of coronal mikroleakage in endodontically treated teeth. J Endod 1987;13;56-59.
10. Torbinejad M, Ung B, Kettering JD: In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. J Endod.1990 16;566-69.
11. Tronstad L: Clinical Endodontics. p.p 225-226, New York; Trieme Medical Publishers 1991.
12. Wu MK, De Gee AJ, Wesselink Pr: Fluid transport and bacterial penetration along root canal fillings. Int Endod J 1993 26;203-208.

УДК : 616.31–089 : 612.115.1

ТЕСТ НА ВЕНСКА СТАЗА КАКО МЕТОД ЗА ПРОЦЕНА НА ФИБРИНОЛИТИЧКИОТ КАПАЦИТЕТ НА КРВТА ВО ТЕК НА ОРАЛНОХИРУРШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ

Димова Ц., Ковачевска И.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за орална хирургија[1],
Републички завод за трансфузиологија[2]

Цел на нашето испитување беше да се изврши клиничка проценка на фибринолитичкиот капацитет на испитаниците во текот на оперативните оралнохируршки интервенции, при предизвикана активност на фибринолизата. За реализација на целта беа извршени 40 оперативни оралнохируршки интервенции од секојдневната казуистика. Со намера да се утврди состојбата на ендотелот на крвните садови пред оперативните оралнохируршки интервенции, дејството на интервенциите врз ендотелот, како и одговорот на истиот по интервенциите, кај сите испитаници беше спроведен тестот на венска стаза. Со овој тест се мери глобалната фибринолитичка активност на плазмата, предизвикана со аноксија. Пред започнување на тестот беше земен првиот примерок крв. Потоа беше изведена индицираната оперативна оралнохируршка интервенција и веднаш по завршувањето на интервенцијата беше изведен тестот на венската стаза, така што непосредно по тестот беше земен вториот примерок крв. Потоа со методот на фибринска плоча беше утврдено нивото на активаторите и инхибиторите на плазминогенот. Средните вредности на проактиваторите и инхибиторите на фибринолизата, од тестот на венската стаза кај сите испитаници покажаа зголемени вредности во однос на истите кај контролната група во сите испитувани релации, така што беше утврдена статистички сигнификантна разлика, по извршените интервенции. Овие наоди одат во прилог на можно оштетување на ендотелот на крвните садови и промена во фибринолитичкиот капацитет во периоперативниот период на оралнохируршките интервенции.

Клучни зборови: орална хирургија, фибринолиза.

Основната улога на системот на хемостаза успешно се остварува преку четири подеднакво релевантни функционални делови, меѓусебно поврзани: крвните садови, со макро и микроваскуларните фактори, тромбоцитите со квантитативни и квалитативни карактеристики, факторите на засирување на крвта и фибринолитичкиот систем.

Физиолошката фибринолиза е дефинирана како процес на разградување на фибринот со ензимот плазмин. Фибринолитичкиот систем, исто како и коагулацискиот, има ензимски карактер, така што каскадниот ензимски систем ја контролира конверзијата на плазминогенот во плазмин, со помош на серија активатори и инхибитори, кои се во постојана динамичка рамнотежа. Конверзијата на плазминогенот во плазмин може да се постигне со голем број агенси познати како група активатори на плазминогенот. Во човечкиот организам, во нормални услови сé се одвива под контрола, со цел да се запази потребната рамнотежа. Доколку фибринолизата би била без контрола би дошло до

хеморагичен синдром. Овој баланс е постигнат со постоењето на соодветни инхибитори. Состојби на интезивна физичка активност, стрес, венска оклузија се најчесто наведувани примери при кои постои зголемена фибринолитичка активност на крвта [2,7].

Во истражувањата на повеќе автори [3,6,9,10,11] од современата научна литература се потенцира суштествената улога на фибринолитичкиот систем во процесот на хемостазата. Во нивните испитувања се проследени влијанието на хируршкиот стрес и оперативната траума врз активаторите и инхибиторите на фибринолизата.

Тестот на венска стаза го воведуваат шведските истражувачи од *Малме Nilsson IM.* и *Robertson B.* во 1968 година[7]. Со овој тест, всушност се дозира ослободување на компонентите на фибринолитичкиот систем по локалното стимулирање на ендотелот.

Примарна цел на нашето испитување беше да се изврши клиничка проценка на фибринолитичкиот капацитет на испитаниците во текот на оперативните оралнохируршки интервенции, при предизвикана активност на фибринолизата. Во таа смисла беа формирани и следните цели:

- да се утврди фибринолитичкиот статус на ендотелот на крвните садови пред оперативните оралнохируршки интервенции, како и
- да се утврди влијанието на интервенциите врз промената на фибринолитичкиот капацитет како последица на повреда на ендотелот.

Материјал и методи

За реализација на поставените цели оформивме група од 40 испитаници. Кај сите беа извршени оперативни оралнохируршки интервенции од секојдневната казуистика. Интервенциите беа изведени на Клиниката за орална хирургија при Стоматолошкиот клинички центар, при Стоматолошкиот факултет во Скопје. Како контролна група беа вклучени 35 испитаници - крводарители.

Откако беше направен тестот на венска стаза, примероците крв беа дистрибуирани и анализирани на *Одделот за хемостаза и тромбоза при Републичкиот завод за трансфузиологија, Медицински факултет - Скопје.*

Тестот на венска стаза претставува метод на предизвикана активност на фибринолиза "in vivo". Се изведува со манжетна од апарат за мерење крвен притисок, која се поставува на надлактица, се мери крвниот притисок, се зема средната вредност меѓу систолниот и дијастолниот притисок и на тоа ниво стои 5 минути. Примерокот крв се зема по завршување на тестот од другата рака[5].

Во нашето испитување најпрво беше земен првиот примерок крв. Потоа беше изведена индицираната оперативна оралнохируршка интервенција и веднаш по завршувањето на интервенцијата беше изведен тестот на венската стаза во траење од 5 мин., така што непосредно по тестот беше земен вториот примерок крв.

Кај испитаниците од контролната група беа земени два примерока крв: пред и по тестот, без да се изврши каква било стоматолошка интервенција.

Потоа, со методот на фибринска плоча беше утврдено нивото на активаторите и инхибиторите на плазминогенот во првиот и вториот примерок крв, кај испитуваната и контролната група. На фибринските плочи беше определена величината на зоната на настанатата лиза на фибринот, па со споредба, компјутерски, беа утвдени концентрациите на активаторите и инхибиторите во примероците крв.

Во статистичката обработка на податоци беа применети статистички методи од програмата Statistika. Резултатите ги прикажуваме табеларно.

Резултати и дискусија

На табела 1 прикажана е дистрибуција на средните вредности на активаторите и инхибиторите кај испитуваната група пред и по извршените интервенции. Вредностите

ТАБЕЛА 1. *ПРИКАЗ НА СРЕДНИТЕ ВРЕДНОСТИ ОД ТЕСТОТ НА ВЕНСКА СТАЗА, ПРЕД И ПО ОПЕРАТИВНИ ОРАЛНОХИРУРШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ*

Параметри (%)	испитаници со оперативни интервенции n =40			
	$\bar{X}$	SD	t	p
активатори - пред	74.67	18.98	6.30	p<0.01**
активатори - по	54.9	9.95		
инхибитори - пред	73.52	21.14	0.29	p>0.05
инхибитори - по	72.25	22.96		

на активаторите по интервенциите се намалени во однос на истите пред интервенциите и анализирани со *„t"* - тестот покажаа висока статистичка сигнификантна разлика (*t = 6.30 и p<0.01).* Средните вредности на инхибиторите по оперативната интервенција во однос на средните вредности на инхибиторите пред оперативната интервенција покажаа дека не постои статистички значајна разлика (*t = 0.29 и p > 0.05).*

Тестирани се разликите на средните вредности на активаторите и инхибиторите, пред и по оперативните оралнохируршки интервенции со истите параметри на контролната група. Анализата на разликите на средните вредности на активаторите и инхибиторите од тестот за венска стаза, пред и по оперативната оралнохируршка интервенција во однос на вредностите на активаторите и инхибиторите на фибринолизата кај контролната група значајно се поголеми и во сите испитувани релации покажаа висока статистичка сигнификантна разлика (*t = 15.75; t = 16.73; t = 7.56; t = 6.83 и p<0.01;* табела 2).

ТАБЕЛА 2. *ПРИКАЗ НА РАЗЛИКИТЕ НА СРЕДНИТЕ ВРЕДНОСТИ ОД ТЕСТОТ НА ВЕНСКА СТАЗА, ПРЕД И ПО ИНТЕРВЕНЦИЈА КАЈ ИСПИТУВАНАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА*

Параметри (%)	испитаници со опер. интервенции / контролна група n=40 / n=35			
	$\bar{X}$	SD	t	p
активатори - пред испит. гр. / контр. гр.	74.67 / 21.08	18.98 / 7.07	15.75	p<0.01**
активатори - по испит. гр. / контр. гр.	54.90 / 21.08	9.54 / 7.07	16.73	p<0.01**
инхибитори - пред испит. гр. / контр. гр.	73.52 / 41.60	21.14 / 14.15	7.56	p<0.01**
инхибитори - по испит. гр. / контр. гр.	72.25 / 41.60	22.96 / 14.15	6.83	p<0.01**

Активирањето на фибринолитичкиот систем може да се постигне преку надворешен *(extrinsic pathway)* и внатрешен пат *(intrinsic pathway)* кое резултира со конверзијата на плазминогенот во плазмин. Современите истражувања[11,12,13,] посебно значење му придаваат на надворешниот пат на активирање на фибринолитичкиот систем, којшто е зависен од активаторите сврзани во ткивата и во ендотелните клетки. Внатрешниот пат, исто така, е значаен и истиот може да отпочне од хуморалните прекурсори што циркулираат во крвта како катехоламините, потоа при состојби на стрес, хипоксија, повреди и траума, стимулација на ß-адренергични рецептори[4,13]. За време на состојби на мирување нивото на инхибиторите во крвта нормално е повисоко од нивото на активаторите[14].

Досегашните сознанија најчесто се резултат на испитувања извршени во *„in vitro"* услови, на изолирани делови од плазма или крв, на системите на хемостазата како што се коагулацискиот, фибринолитичкиот или целуларниот. Покрај овие истражувања еден поголем дел од литературните сознанија за хемостазата произлегуваат од два значајни извора: експериментални податоци и клинички искуства кои имаат еден заеднички недостаток - не се непосредни сознанија од збиднувањата *„in vivo"* услови. Токму затоа во нашето испитување беше применет тестот на венска стаза, бидејќи таа метода предизвикува активност на фибринолиза *„in vivo"* и преку неа добиваме информации кои овозможуваат да се изврши клиничка процена за перипоративниот оралнохируршки период. Резултатите од спроведените статистички анализи несомнено укажуваат дека во тек на оралнохируршките интервенции дошло до промени на вредностите на испитуваните параметри, односно дека интервенциите имале статистички значајно влијание врз испитуваните параметри на фибринолитичкиот систем. Сепак, потребно е да се напомене, дека сите повисоки вредности на испитуваните параметри од фибринолизата енормно не се зголемени, туку се во рамките на референтните вредности *(60-120%)*[1].

Познато е дека при секоја состојба, пропратена со физичка траума и стрес, настануваат промени, најчесто пораст на вредностите на активаторите на плазминогенот. Во таа насока, како последица на повисоките вредности на активаторите пред интервенциите, настанува компензаторен пораст на инхибиторите, кој има за цел да ја намали вредноста на ткивниот активатор на плазминогенот[1]. Затоа, инхибиторите имаат важна улога во регулацијата на фибринолизата и постоперативната тромбоза[14]. Се смета дека по венската стаза, половина од фибринолитичката активност на крвта се должи на активноста на ткивниот активатор, односно, надворешниот пат на активирање на фибринолизата, а другата половина припаѓа на внатрешното активирање, кое доминира во мирување.

Bachmann[7] го објаснува механизмот на ослободување на активаторите на фибринолиза како последица на дистензија на крвното корито и / или неврорефлексниот или, пак, метаболички механизам.

Споредувањето на резултатите од тестот е многу отежнато и секогаш невозможно, бидејќи постои шареноликост во критериумите за типот на риспондерите, времето на стазата и методот со кој се определува. Најпрво, тестот бил изведуван со стаза од *20* минути, но со тек на времето поради претрпување на силна болка предизвикана од аноксемијата, повеќето автори правеле испитувања со различно и пократко време, и дошле до заклучок дека истиот ефект добиен за *20* минути може да се добие и за *5, 10, 15* минути.

Важно е дека повеќето автори[2,3,5,7,] се сложуваат во едно, дека овој тест има особена дијагностичка вредност и тоа: при постоење на тромбоза или исцрпени ендотелни резерви (при што може да покаже намалена фибринолитичка активност), потоа венска тромбоза, миокарден инфаркт, мозочен удар, присутни ризични фактори, како и при позитивна фамилијарна анамнеза. Исто така овој тест има значајна прогностичка вредност и се изведува да се предвиди евентуалниот ризик од појавување тромботичен инсулт ако пациентот е надвор од тромботичната епизода. Тестот на венска стаза може да послужи како показател во планирањето и водењето на фибринолитичката терапија.

Од голема важност е толкувањето на вредностите на тестот. Имено, зголеменото количество на проактиваторите на фибринолизата, односно намаленото количество на инхибиторите покажуваат тенденција кон хеморагична дијатеза и обратно, намаленото количество на проактиваторите на фибринолизата, односно зголеменото количество на инхибиторите покажуваат тенденција кон тромбоза.

Заклучок

1. Оралнохируршките интервенции имаат влијание врз фибринолитичкиот капацитет со ослободување на проактиваторите и инхибиторите на фибринолитичкиот систем.
2. Тестот на венска стаза кај испитаниците покажа зголемување на вредностите на проактиваторите на фибринолизата, кое се должи на поголемото ослободување од ендотелот на крвните садови, како последица на оперативните интервенции.
3. Статистички се утврди разлика на активаторите на фибринолиза по извршените интервенции кај испитуваната група во однос на истите пред, кое укажува за степенот на можно оштетување на ендотелот на крвните садови и исцрпување на фибринолитичкиот капацитет и во тек на оралнохируршките интервенции.

TEST OF VENOSTASIS AS A METHOD OF CHOISE TO EVALUATE THE BLOOD FIBRINOLYTIC CAPACITY DURING THE ORAL SURGICAL INTERVENTIONS

Dimova C., Kovačevska I.

Summary

The aim of our research was to carry out clinical evaluation of the fibrinolytic capacity during the operative oral surgical interventions having caused activity of fibrinolysis. For realization of the aim, 40 oral surgical interventions were executed from the daily casuistry. Having intention to establish the condition of the blood vessels endothelium before the oral surgical interventions, the influence of the surgical procedures upon the endothelium, as well as, the response of the endothelium after the interventions, the test of venostasis (venous stasis) was conducted in all subjects. This test measures the global fibrinolytic activity of the plasma, caused by anoxia. In order to realize the aim, first blood sample was taken before the beginning of the test and then the indicated oral surgical intervention was performed. Immediately after the completion of the surgery, the test of venostasis was carried out and right after the test, second sample of blood was taken. Using the method of fibrin plates, the level of the activators and inhibitors of the plasminogen was established afterwards. The average values of the proactivators and inhibitors of fybrinolysis from the venostasis test, in all subjects have shown increased values compared to the same ones in the control group, in all researched relations. Statistically, a significant difference has been established after the performed interventions. These findings support the fact of possible damage of the blood vessels endothelium and change of the fibrinolytic capacity in the perioperative period of oral surgical interventions.

Key words: oral surgery, fibrinolysis.

Литература

1. Димова Ц. Клиничка евалуација на фибринолитичката активност на крвта при орални хирурршки интервенции. (магистерски труд) Скопје, Македонија: Стоматолошки факултет, 2002: 120.
2. Grant PJ.The fibrinolytic system in health and disease. Thrombosis 1992;2:12 - 9.
3. Jespersen J.Pathophsiology and clinical aspects of fibrinolysis and inhibition of coagulation. Danish Med Bulletin 1988; 35: 1 - 33.
4. Kalièanin P, Leèlæ - Toševski D. Knjiga o stresu. Medicinska knjiga, Beograd, 1994: 14 - 8, 55 - 70.
5. Костовска С. Хемостаза, во Никодиевиќ Б. и сор., Современа дијагностика и терапија во медицината - 2000 - (прирачник за лекари), Медицински факултет, Скопје, 2000; 213 - 24.
6. Ramstrm G , Blombak M, Edberg N, Johansson H, Ljundberg B, Schulman S. Oral surgery in patients with hereditary bleeding disorders. A survey of treatment in the Stockholm area (1974-1985).Int J Oral Maxillofac Surg 1989;18(6):320 -2.
7. Ratnoff O, Forbes Ch. Disorders of Hemostasis. 2nd ed. Philadelphia, 1991.
8. Rogerson KC. Hemostasis for dental surgery. Dent Clinic N Amer 1995; 39 (3): 649 - 62.
9. Sharma CP, Hari PR. The effect of anesthetics and analgesic on protein adsorption, platelet adhesion, and plasma recalcification time of blood-polymer interface. Artif Organs 1991; 15 (6): 498 - 502.
10. Shimada M, Matsumata T, Yamamoto K, Itasaka H, Taketomi A, Sugimachi K. Initiation of a fibrinolytic system in hepatic resecetion:the roles of tissue-type plasminogen activator and plasmingen activator inhibitor-1. Surg Today 1994; 24(9): 780 - 4.
11. Shinohara M, Kurokawa H, Yoshihava Y, Kokubu S. et al. Responses to surgical stress in blood coagulation and fibrinolysis, platelet counts and thromboxane B2 after esophageal cancer operation. Rinsho Byori 1997; 45 (2): 179 - 84.
12. Sindet-Pedersen S. Haemostasis in oral surgery - the possible pathogenetic implications of oral fibrinolysis on bleeding. Experimental and chlinical studies of the haemostatic balance in the oral cavity, with particular reference to patients with acquired and congenital defects of the coagulation system. Dan Med Bull 1991; 38(6): 427 - 43.
13. Sprengers ED, Kluft C. Plasminogen activator inhibitors. Blood 1987; 69: 381 - 7.
14. Verstaete M. Clinical application of inhibitors of fibrinolysis. Drugs 1985; 29 (3): 236 – 61.

УДК : 616.314–089.5

ОПШТА АНЕСТЕЗИЈА И ОРАЛНОХИРУРШКИТЕ ИНТЕРВЕНЦИИ

Симјановска Љ., Јачимовиќ-Тасевска К.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за орална хирургија[1]
МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТАР - Куманово[2]

При различни промени како и повреди во пределот на лицето, устната празнина и вратот, крвавења кои се опасни по живот и различни стоматолошки интервенции кои се чувствителни на болка, индицирана е примена на општа анестезија во стоматологијата.

Припремата на пациентот за анестезија е сложен процес кој претставува еден многу значаен и одговорен сегмент, при што, пред сè, мора да се внимава на неговата максимална безбедност.

Современата и усовршена анестезиолошка техника, разновидните фармаколошки препарати и современиот мониторинг на пациентот овозможуваат безбедно изведување на општата анестезија.

Специфичноста на примена на општа анестезија за извршување на стоматолошките хируршки интервенции е во тоа што; стоматологот-хирург и анестезиологот делат исто работно поле.

Нејзините корени датираат меѓу многубројните податоци на медицината од XIX век. За првпат општата анестезија во стоматологијата била применета од страна на американскиот забен лекар Horace Wells во 1884 год., а за анестетик бил користен N_2O (azoten oksidul) - рајскиот гас, при што било извршено безболно вадење на заб.

Клучни зборови: Општа анестезија, премедикација, хируршки интервенции

Општата анестезија претставува реверзибилна и контролирана бесвесна состојба која се карактеризира со губење на свест кај болниот и отсуство на чувството за болка, како резултат на дејствувањето на анестетичкото средство на ЦНС- централен нервен систем.

Анестетичките средства доведуваат до депресија на клеточниот метаболизам и ЦНС при што, најпрво, се зафаќаат оние делови кои се филогенетски помлади и помалку важни за одржување на животот (кортекс), а додека постарите и за живот битни делови (продолжена моѓдина) се зафатени подоцна, кога концентрацијата на анестетичкото средство во крвта ќе достигне високи вредности.

Пациентот за време на општата анестезија не може да ги искаже промените кои ги чувствува, но затоа, пак, тој може да ги покаже и истите навреме може да бидат забележани, само ако внимателно се следи неговата состојба за цело време дури трае анестезијата.

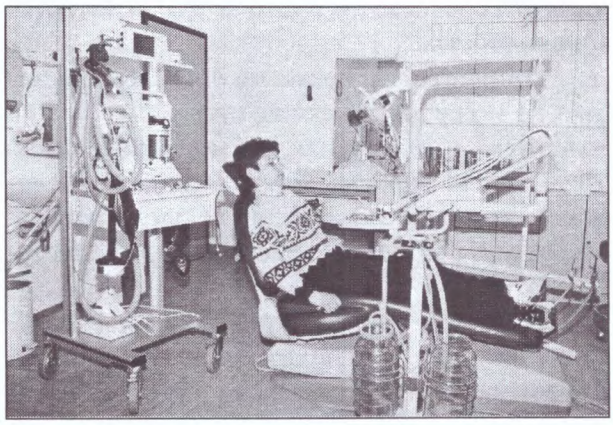
Најголем број од пациентите кај кои е потребно да се изврши оралнохируршка интервенција, се пациенти со различна патологија и неможност од воспоставување на нормален однос: лекар - пациент, но мегу нив има и такви случаи кои самоиницијативно бараат во ист акт да се извршат повеќе интервенции /не само хируршки и не само во еден квадрант туку и во повеќе квадранти (6).

Постојат повеќе индикации за употреба на општата анестезија во стоматологијата:

1. Психолабилни пациенти со патолошки страв,
2. Ментално-ретардирани пациенти,
3. Хидроцефалус,
4. Церебрална парализа,
5. Потврдена алергија на локални анестетици,
6. Епилепсија, шизофренија,
7. Деца под 5 години со кои не може да се воспостави контакт,
8. Поголеми хируршки зафати,
9. Состојби кај кои се наметнуваат повеќе интервенции во една посета,
10. Хемофиличари и пациенти со други хеморагични синдроми,
11. Порфирија- ретко заболување (4),
12. Изразено снижен праг за болка (9)

Примената на општата анестезија во оралната хирургија бара тимска работа/стоматолог и анестезиолог.

Анестезиологот заедно со стоматологот го вршат прегледот кај пациентот и тоа; секој со своја и заедничка цел:а) да се направи детален план за работа и б)оценување на состојбата на забалото и општата состојба на пациентот-за да се избегнат евентуалните несакани последици(1,3,7).



Слика 1. *Операциона сала во која се изведува општа анестезија и оралнохируршки интервенции.*

Општите принципи за припрема на пациентот за операција т.е. анестезија, како и опременост на хируршката сала, кога се работи за стоматолошки интервенции се исти како и оние кои се изведуваат во општа анестезија. Таа припрема опфаќа:

1. Проценка на општата здравствена состојба и припрема
2. Контрола и припрема на апаратите, приборот и медикаментот кој се користи за општа анестезија,
3. Контрола на апаратите за мониторинг
4. Обезбедување на комплет за кардиопулмонална реанимација и трахеотомија
5. Припрема на обрасци за медицинска документација во тек на општата анестезија.

Пред самата примена на општата анестезија покрај анамнестичките податоци и клиничкиот преглед од битна важност е и психофизичката подготовка како и применетата премедикација. Секој пациент претставува проблем за себе и при тоа бара посебно разгледување на неговата состојба пред изборот на премедикацијата(2). Терминот премедикација за првпат е воведен во 1920 година, а подразбира употреба на еден или повеќе лекови пред давањето на анестезија, со цел ,пациентот да се доведе во оптимална состојба за анестезија и операција. Со примена на премедикацијата постигнуваме:

1. Намалување на стравот кај пациентот
2. Обезбедување на аналгезија при што се намалува рефлексната активност
3. Намалување на вредноста на базалниот метаболизам, а со тоа и вкупното количество на анестетикот и
4. Инхибирање на секрецијата во дишните патишта и плунковите жлезди.

Несомнено, треба да се напомене дека ниеден лек или комбинација на лекови не може да обезбеди идеална и генерална премедикација за сите пациенти и сите типови на оперативни зафати (3,7).

Секако од голема важност е и самиот став на хирургот кој треба да влее доверба кај пациентот и да го ослободи од страв (5).

Имајќи го предвид фактот дека анестетиците може да се применат на различни начини и според тоа и општата анестезија може да биде; а) интравенска,б) инхалациона, в) интрамускулна, и г) комбинирана.

Интравенската анестезија може да се изведе изолирано(поретко за краткотрајни

изолирани интервенции) или почесто како вовед во општа анестезија.

Инхалационата анестезија се постигнува со вдишување на пареи и гасови. За таа цел се користат лесно испарливи течности во кои спаѓаат; етер, хлороформ и други како и гасови - азот оксидул и циклопропан.

Под комбинирана анестезија се подразбира примена на повеќе средства, кои се внесуваат по различни патишта на внесување.

При давањето на општата анестезија можат да настанат компликации во кој било период на анестезијата: при вовед во анестезијата, во тек на анестезијата и при будењето.

Најтешката компликација во анестезиологијата, која може да се случи во која било група на пациенти е кардиак арест (cardiac arrest).

Цел

Имајќи го предвид фактот дека за многу пациенти посетата кај стоматолог предизвикува непријатност најчесто како резултат на изразен страв или неможност за воспоставување на каква било комуникација од најразлични причини, индицирана е употреба на општа анестезија.

Целта на овој труд е:

- Да се категоризираат оралнохируршки интервенции кои со услех може да се извршат во општа анестезија
- Да се одредат групите на пациенти кај кои се извршени хируршки интервенции
- Да се одреди индицираноста на општата анестезија која со успех може да се изведе во стоматологијата.

Материјал и методи

Земајќи го предвид фактот дека употребата на општа анестезија во стоматологијата сè повеќе е застапена (особено во земјите на западниот свет) а во контекс на тој факт и различните состојби кај кои е индицирана нејзината употреба и предностите кои се постигнуваат, истовремено извршивме една ретроспективна анализа за употребата на општата анестезија и извршените оралнохируршки интервенции во нашата практика. При оваа анализа предмет на испитување се само оралнохируршките интервенции кои се извршени во општа анестезија при што другите стоматолошки интервенции не се предмет на оваа студија.

Пациентите кај кои беа извршени интервенциите беа со различна дијагноза како во однос на основното заболување така и од оралнохируршки аспект и со најразлична возрасна старост од 5 год. до 55 год. и >55 год. возраст.

Ретроспективната анализа е извршена на Стоматолошки клинички центар Св. Пантелејмон - Скопје во петгодишен период каде се извршени 110 оралнохируршки интервенции од вкупно 270 пациенти кај кои е користена општа анестезија, со претходна соодветна премедикација. Од средства за премедикација кои најмногу беа користени се следните:

- медикаменти кои предизвикуваат седација и хипноза (за седација Tabl Dormicin 15 мг и Diazepam 10 мг, а некогаш беше користен и Ketalar
- при интубацијата беше користен релаксант со краткотрајно дејство-Leptosuccin, а по самата интубација, релаксант со подолго дејство (Norcuron, Pavulon и др. при што неопходно е за цело време да се контролира дишењето)
- од средствата кои беа користени за аналгезија, во самата инфузија беше користен Fentanil, или често се користеше и Diprivan.

Во однос на применетата анестезија во најголем број случаи беше користена инхалациона анестезија со(азотен оксидул) N_2O, O_2 со интубација со ендотрахеален тубус. Кај помал број случаи беше користена и интравенска анестезија, која во 1963 година е популаризирана од страна на Holmos, како добра аналгезија со мал процент на лесни компликации со транзиторен карактер(8). Кој начин и која техника во моментот беше

користена, зависеше и од самиот тип на интервенција и времетраењето како и од здравствената состојбата на пациентот, пред сè.

Истовремено додека пациентот е во општа анестезија беа изведувани и други стоматолошки интервенции (пломбирање на заби, чистење на забен камен и др).

Резултати

Врз основа на направената анализа кај пациентите кај кои е користена општа анестезија ги добивме следните резултати: најголем број случаи, на пациенти на кои им беа изведувани различни видови на оралнохируршки интервенции со општа анестезија поминуваа без какви било компликации во самиот тек на интервенција (примарно значење за анестезиологот кој ја води анестезијата) како и во постоперативниот тек / што е од поголемо значение за нас (постоперативен тек), а се однесува на: секундарни инфекции или продолжено крвавење како и појава на едем. Во многу мал број случаи, посхируршки беа регистрирани некои од наведените компликации, кај кои беше ординирана и соодветна терапија во наредните неколку дена (најчесто антибиотици или аналгетици).

Што се однесува на половата застапеност на пациентите кои беа подложени на третман во општа анестезија, машкиот пол е со поголема процентуална застапеност, во однос на женскиот пол, кои резултати може да се видат во табела 1 и графикон 1.

ТАБЕЛА 1. *РАЗЛИЧНИ ВИДОВИ ОРАЛНОХИРУРШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПОД ОПШТА АНЕСТЕЗИЈА: ДИСТРИБУЦИЈА ПО ПОЛ*

Пол	Апсолутен број	Релативен број %
Мажи	145	53, 7 %
Жени	125	46,3 %
Вкупно		



Графикон.1 *Различни видови оралнохируршки интервенции под општа анестезија: дистрибуција по пол*

Најголем беше бројот на пациенти кои припаѓаат на групата со старосна граница од 5 до 14-годишна возраст и тоа со 48,5% застапеност. Во однос на оралнохируршките интервенции кои се извршени кај овие групи, најзастапени беа возрасните групи од 15 до 24-годишна возраст и возрасната група од 25 до 34 години (земени се предвид хируршките интервенции, другите стоматолошки услуги не се предмет на овој труд).

ТАБЕЛА 2. *РАЗЛИЧНИ ВИДОВИ ОРАЛНОХИРУРШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПОД ОПШТА АНЕСТЕЗИЈА: ДИСТРИБУЦИЈА ПО ВОЗРАСТ ВО ГОДИНИ*

5-14	15-24	25-34	35-44	>45
131	100	26	10	3
48,5 %	37%	9,7 %	3,7 %	1,1 %

Според дијагнозата на систематското заболување (основното) најмногу се застапени пациенти со ментална ретардација 48,14%, а потоа со 22,6% е застапена групата на пациенти со останати заболувања, во која се вбројуваат пациенти со дијагноза: Down-ов синдром, пациенти со патолошки страв и церебрална парализа. Најмалубројни се пациентите (од третираните) со епилепсија, и тоа со процентуална застапеност од 8,14%, што истото може да се види на табела 3.

ТАБЕЛА 3. *РАЗЛИЧНИ ВИДОВИ ОРАЛНОХИРУРШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПОД ОПШТА АНЕСТЕЗИЈА: ПОДЕЛБА СПОРЕД ДИЈАГНОЗА*

Дијагноза	Апсолутен бр.	Релативен бр.%
Ментално-ретардирани	130	48,14 %
Ментално-ретардирани со Епи	27	10 %
Психолабилни пациенти	30	11,11 5
Епилепсија	22	8,14 %
Останати	61	22,6 %
Вкупно	270	100 %

Од вкупниот број на интервенции кај 270-те пациенти, кои беа извршени во општа анестезија, во 40,7% на случаите беа извршени хируршки интервенции од областа на оралната хирургија.

Манипулација во усната празнина каде се изведуваат оралнохируршки интервенции во општа анестезија е отежната, бидејќи степенот на отворање на уста е мал во однос на условите кога се работи со локална анестезија, а истовремено истиот тој простор го делат оралниот хирург и анестезиологот кој треба да обезбеди слободни дишни патишта и да спречи евентуално влегување на туѓа содржина во душникот.

Во најголем процент при овие случаи се извршени екстракции на заби - и тоа во 25, 9% (70 вкупно), а со најмал процент на застапеност се френулектомите, само 2,22% од вкупниот број на хируршки интервенции (табела 4).

ТАБЕЛА 4. *ВИД НА ОРАЛНОХИРУРШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ ИЗВЕДЕНИ ВО ОПШТА АНЕСТЕЗИЈА*

Вид на интервенција	Апсолутен број	Релативен број
Екстракции	70	25,9 %
Импакции со кортикотомии	10	3,7 %
Апикотомии со цистектомии	6	2,22 %
Нивелации	18	6,66 %
Френулектомии	6	2,22 %
Вкупно	110	40,7 %

Дискусија

Предноста на општата анестезија е во тоа што; во истата посета може да се извршат повеќе зафати од различни квадранти и кај пациенти кај кои не може да се даде локална анестезија.

Покрај индикациите постојат и контраиндикации за примена на општата анестезија;

а) респираторна инфекција,
б) свеж миокарден инфаркт,
в) метаболни заболувања (dijabetes melitus, hipertireoidizam)
г) пациенти со полн желудник.

Во самиот тек на инхалационата анестезија можат да се јават компликации на кардиоваскуларниот, респираторниот, гастроинтестиналниот систем, како и компликации на ЦНС. Најтешката компликација која може да се јави е кардијак арест, како и паѓање на крвниот притисок, ларингоспазам, конвулзии и друго.

Болните пред интервенцијата треба да бидат припремени од што зависи конечниот исход на целокупната интервенција. Со премедикацијата се превенира постоперативното гадење и повраќање, се намалува токсичното дејство на анестетикот , а се предизвикува амнезија. Исто така, при седацијата пациентот е смирен, олабавен, свесен, постои вербален контакт, а притоа постои можност за примена на локален анестетик(9).

Сите пациенти кај кои беа изведувани стоматохируршки интервенции беа третирани во три фази:

1. предоперативна
2. оперативна
3. постоперативна.

Предоперативната фаза - опфаќа преглед на пациентот, тријажирање, детална информација за претстојната интервенција и мислење од страна на анестезиологот.

Оперативна фаза - кај сите пациенти е применета балансирана анестезија со примена на соодветна премедикација и потоа беа изведувани планираните интервенции по одреден редослед, при што оралнохируршките интервенции се вршеа на крај, ако претходно имаше потреба од друг тип на интервенција.

По будењето пациентите остануваат уште еден до два часа во соба за реанимација, а потоа ја напуштаат ординацијата.

Постоперативна фаза - од наш аспект-кај пациентите се врши контрола наредниот ден и им се даваат соодветни препораки по седум дена повторно да ја посетат нашата ординација заради симнување на конците. Во некои случаи, зависно од тоа како налага случајот, беше ординирана и антибиотска заштита, како и евентуална контрола, ако за тоа има потреба.

Заклучоци

- Во случаите каде не постои објективна можност да се воспостави нормална соработка лекар- пациент индицирана е примена на општа анестезија.
- Општата анестезија може да се изведе во сите возрасти, а најзастапени во случајот беа групите со старосна група од 5 до 14 год. и од 15 до 24-годишна возраст.
- Кога постои потреба од хируршка интервенција во повеќе квадранти кај пациентот, а сето тоа е поврзано со времето како фактор, постои индикација за општа анестезија.
- Постоперативниот тек во најголем број случаи работени во општа анестезија поминува без какви било компликации.
- За примената на овој тип анестезија во стоматолошката практика потребна е тимска работа (анестезиолог, стоматолог/орален хирург).

GENERAL ANESTHESIA AND ORAL SURGICAL INTERVENTIONS

Simjanovska LJ., Jačimović-Tasevska K.

Summary

In different circumstances and injuries in the face, the mouth, the oral cavity and the neck, the bleedings which are dangerous, and different interventions which are sensitive of pain, It is indicated local anesthesia in the dentistry.

The preparation of the patient for anesthesia is a complicated proces which presents a valuable and responsible jobb and it must be done very careully.

Modern and developed technics , many pharmacological preparates and modern monitoring on the patient, enables safely accomplishing of the anesthesia. The specification of using anesthesia in the surgerys is that the dentist and the man that is doing the anesthesy are sharin the same work field.

The roots date among many data in the medicine from the XIX century.

For the first time general anesthesia in stomathology was used by an American dentist Horace Wells in 1884, and he used N20 as an anestetic-the paradise gas with which fe performed pain les extraction.

Key words: general anesthesia, premedication, sedation, suggical interventions.

Литература

1. Chadwick RG., Lindsay SM. Dental injuries during general anaesthesia. Br. Dent J 1996. Jul6; 181 (1)11.
2. Lalević P. Anesteziologija Beograd, 1993.
3. Nicolson SC., Betts EK., Jobes DR, et al. Comparisomol of oral and intramuscular preanesthetic medication for pediatric surger. Anestesiology, 71:8-10, 1989.
4. Obradović V. Uspešna eksrakcija zuba u intravenoznoj anesteziji epantolom kod retke oboljenjem porfirije (prikaz slučaja). Zbornik radova VIII intersekciskog sastanaka anesteziologa Jugoslavije. Skopje 12-13 oktomvri,1978; supl:80- 82.
5. Панов Н. Општа хирургија. Скопје 1994.
6. Perović J., Jojić B. Oralna hirurgija. Beograd, 1997.
7. Rogers., Tinker JH., Covino BG., Longenecker DE. Principles and Practice of Anestesiology. Mosby Year Book, 1993.
8. Šendov L. Naće iskustvo sa primenom regionalne intravenske anestezije. Zbornik radova VIII intersekciskog sastanaka anesteziologa Jugoslavije. Skopje 12-13 oktomvri,1978; supl:103-105.
9. Todorović Lj., Petrović V., Avramović K., Stajčić Z. Anestezija u stomatologiji. Beograd, 1997.

УДК : 616.314–089.843

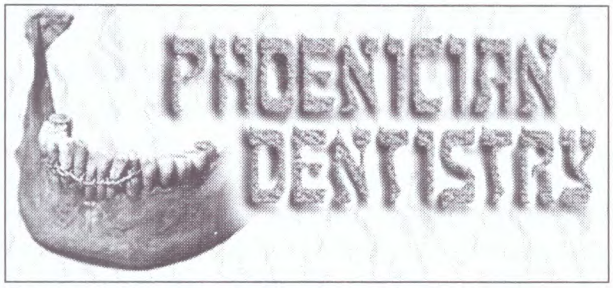
ДИЈАГНОЗА, ПЛАН НА ТЕРАПИЈА И ПРИПРЕМА НА ПАЦИЕНТОТ ЗА ИМПЛАНТИРАЊЕ

Ванковски В.

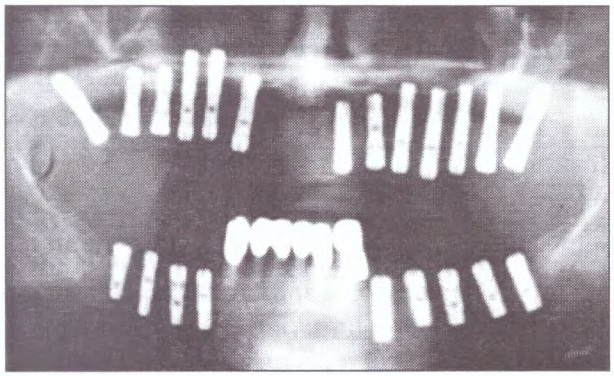
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за мобилна стоматолошка протетика

Фундамент на добрата терапија е претходно направен добар план кој претставува 80% од успехот на завршената работа. Пред да започне со работа терапевтот не треба да има само визија, туку и јасна слика за крајниот изглед на состојбата во устата на пациентот. Без целосна и сеопфатна анамнеза, анализа и правилен план на терапија би било голем ризик да се пристапи кон имплантирањето. Основни компоненти на дијагностицирањето претставуваат: интраоралниот преглед, рtг-прегледот и анализата на моделите со своите подкомпоненти.

Клучни зборови: дентални импланти; орална рехабилитација, трајна; забни протези, имплантно носени



Слика 1. *Имплантирани заби во фронтот*



Слика 2. *Потребен (непотребен) број на импланти*

Во древната Феникија (сл. 1) на благородниците и богатите граѓани кога им недостасувале заби во устата добивале заби од некои мртовци или животни. Секако дека и пред два милениума тогашните квазидоктори имале некаков план за терапијата.

Почитуваниот колега имал некаков план кога поставил во усната празнина 22 импланти (сл. 2) - да процениме сами.

Во осумдесеттите години од минатиот век за да се постави имплант во устата на пациентот тој морал да потпише согласност дека ке ги прифати сите ризици во случај „организмот да не го прифати имплантот". Денеска веќе е дефинирано дека не постојат добри и лоши импланти ниту некомпатибилни пациенти за имплантирање. Во дваесет и првиот век успехот на дефинитивната протетска конструкција над имплантите и правилното поставување на имплантите го дефинираат коректниот план на терапија.

Методи за дијагностицирање

Во продолжение ќе ја прикажеме, постапно, методата за дијагностицирање пред

дефинитивната одлука за вградување импланти, и тоа:

1. анамнеза на пациентот;
2. интраорален преглед;
3. РТГ- преглед;
4. анализа на студио-моделите

Анамнеза на пациентот

Пред да се започне со планирање на каква било стоматолошка интервенција потребно е да се земат анамнестички податоци од пациентот, поточно да се добијат какви било информации за него и неговиот социолошки, економски и ментален склоп. Не може да се започне со каква било стоматолошка, а помалку и со имплантолошка интервенција доколку сето тоа апсолутно не му се разјасни на пациентот. Потребно е самиот да знае за каков тип на интервенција се работи, дека тоа е безболен акт, колку сето тоа чини и како треба да се одржува.

Пациентот треба да е информиран за можноста на неуспех на интервенцијата, а воедно и колку е „векот" на траење на поставените импланти.

Терапевтот во разговор со пациентот треба да заклучи дали тој е „погоден" врз него да се направи актот на имплантирање. Тоа може да го констатира од своето претходно искуство и од констатацијата за претходната позиција на пациентот во тој мозаик на економска, социолошка и културолошко - ментална позиција.

Во склоп на анамнезата секако треба да се запознаеме и со општите заболувања на пациентот и карактеристичните заболувања како од генерален така и од локален - орален аспект.

Интраорален преглед

По земената анамнеза следува интраоралниот преглед на пациентот. Основна забелешка треба да претставува, првично, општата орална хигиена на пациентот. Состојбата на времено згрижен кариес и сочувани вилици од пародонтолошки аспект се добар предуслов за продолжување на постапката на имплантирање.

Доколку има несанирани кариозни лезии, радикси и заби кои треба да се отстранат, забни наслаги, каменец ,гингивит и пародонтопатија потребно е претходно згрижување на пациентот од ендодонтски, оралнохируршки и пародонтолошки аспект (5).

Откако ќе се среди усната празнина следува планирање на следната интервенција од протетски аспект. Сега е важно да се направи план за поставување (позиционирање) на имплантот кој понатаму ќе се користи како носач на соло-коронка, како носач на мостова конструкција или ќе биде покриен со протетско мобилно помагало.

Во склоп на интраоралниот преглед следи и одредување на дебелината на алвеоларниот гребен на местото каде што треба да се изврши имплантирањето. Одредувањето на гребенот се прави палпаторно (тактилно) кога се однесува на интраорален аспект.

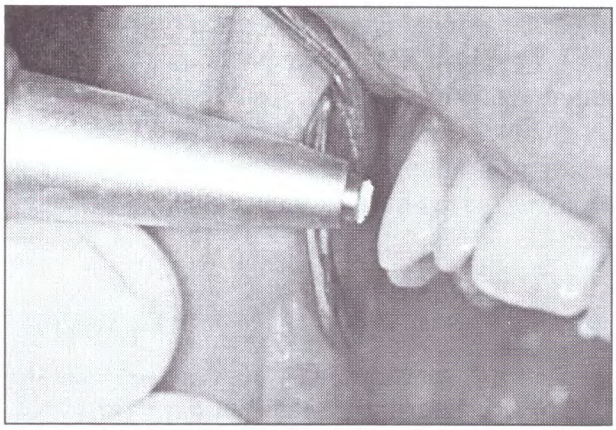
Потребно е, на истото место, да се одреди дебелината на мукозата која го прекрива алвеоларниот гребен од букалната, оклузалната и лингвалната (палатиналната) страна. Мукоза која не е подебела од 1,5 до 2 мм е најадекватна за имплантот од аспект на понатамошни компликации и периимпланти.

Дебелината на мукозата се одредува со претходно локално анестезирање на местата каде се прави мерењето и боцкање на истите со тенка нерв или милер-игла со граничник кој ни ја одредува дебелината на мукозата на сите три страни.

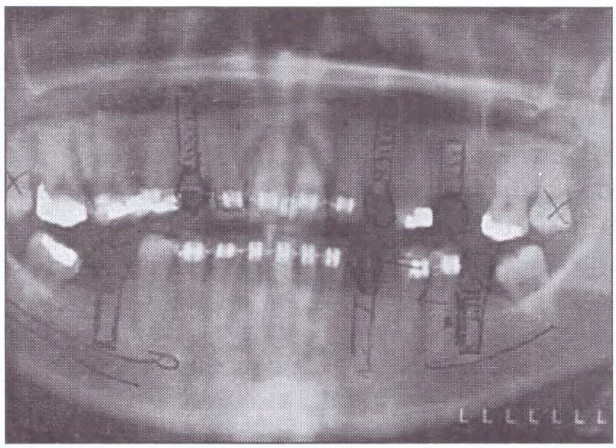
По ова следува земање на анатомски отпечаток на долната и горната вилица и излевање на истите.

Доколку е можно, секако потребно е да се одреди и подвижноста на соседните заби или на забите кои ги планираме да влезат во склоп на протетската конструкција со имплантот.

Тоа се прави со помош на периотест (сл. 3), Сименсов апарат кој адекватно ја одредува резилиентноста (физиолошката мобилност на природните заби); (4).



Слика 3. *Периотест испитување на мобилноста на забите*



Слика 4. *Панорама снимка со нацртан план на импланти, нивна големина и маркиран мандибуларен канал.*

РТГ - преглед

Неминовна фаза пред имплантирањето и воопшто, пред да се донесе дефинитивен план за понатамошна интервенција е правење на панорама снимка на состојбата на целото забало во усната празнина на пациентот (сл. 4).

При РТГ - прегледот треба да направиме:

- РТГ - анализа на снимката
- Одредување на густината на коската
- Одредување на коскената (алвеоларна) ресорпција

РТГ - анализа на снимката

На веќе добиената панорамска снимка потребно е да се направи анализа на просторот каде ке биде поставен имплантот. Мора да се обрне внимание на просторот на имплантот до мандибуларниот канал. Никако не треба да се дозволи врвот на имплантот да биде поблиску од 1,5 до 2 мм до мандибуларниот канал. Што се однесува до максиларниот синус врвот на имплантот може да се доближи и помалку од 1мм.

Од вестибуларна страна имплантот треба да биде најмалку на 1.5 мм, додека, пак, од лингвална страна и до 0,5 мм до компактната површина .

Посебно треба да се обрне внимание никогаш да не биде поблиску од 1,5 мм до периодонталната структура на забот, додека растојанието од имплант до имплант треба да е 2 мм(1, 2).

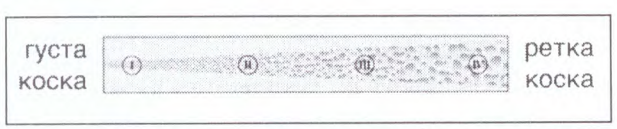
Анализа на густината на коската

Ова е многу важно иследување доколку имаме можности за тоа .

Кај сите индивидуи и максилата и мандибулата имаат посебен состав и застапеност на компактен и спонгиозен дел на коската. Различни автори, составот и густината на коската ги вреднуваат во четири категории зависно од застапеноста на компактниот, односно спонгиозниот дел во неа (сл. 5).

Зависно од одредената густина на коската, односно зависно од тоа колку е покомпактна коската очекуваме и остеоинтеграцијата да биде побрза, а воедно и времето на оптоварување на имплантот побрзо (3).

Одредувањето на густината на коската се прави со посебна програма изведена на КТ (компјутерски томограф).



Слика 5. *Пресек на структурата на коската зависно од застапеноста на компактен, односно спонгиозен дел*

ТАБЕЛА 1. *ХУНДСФИЛДОВА ТАБЕЛА НА ГУСТИНА НА ПООДДЕЛНИ ТКИВА И ТЕЧНОСТИ ВО ЧОВЕКОВОТО ТЕЛО*

Вид ткиво	Стандардни вредности (HU)	Распространетост (ХУ)
Коска (компактна)	>250	
Коска (спонгиозна)	130 ± 100	
Тироидна жлезда	70 ± 10	
Црн дроб	65 ± 5	45-75
Мускул	45 ± 5	35-50
Слезина	45 ± 5	35-55
Лимфом	45 ±10	40-60
Панкреас	45 ±10	25-55
Бубрег	30 ±10	20-40
Масно ткиво	-65 ±10	-80-(-100)

Течности	Стандардни вредности (HU)
Крв (коагулирана)	80 ±10
Крв (венска)	55 ± 5
Плазма	27 ± 2
Ексудат (>30 g протеини/l)	>18 ± 2
Трансудат (>30 g протеини/l)	>18 ± 2
Рингеров раствор	27 ± 2



Слика 6. *Различна структура на коска на долната вилица во соодносот помеѓу компактен и спонгиозен дел*

Houndsfield ја направил табелата со чија помош се одредува густината на секоја материја, а воедно и на коската (таб. 1, сл. 6).

Овие дозинометриски мерења се адекватни на составот на коската во делот кој е испитуван - особено ја одредуваат присутноста на спонгиозата или компактите.

Според Houndsfield густината на компактниот дел на коската е квалитетен кога е над 250 единици на мм/2, додека густината на спонгиозниот дел на коската над 130 единици на мм/2.

Колку е поголема густината на коската толку имаме подобри услови за поставување на импланти, односно нивно побрзо оптоварување.

Одредување на алвеоларната ресорпција

Многу важен момент во анализирање на РТГ - сликите претставува и одредувањето на коскената (алвеоларната) ресорпција. Одредувањето на коскената ресорпција се прави кога должината на забот се поделува на 20 дела што претставува всушност, секој дел - 5% од забот. За нормално ниво на ресорпција се смета кога целата должина на забот е од 65 до 70% во алвеоларната коска. Нашите мерења ги модифицираме и го одредуваме растојанието од апексот на коренот на забот до вратот на коронката и тоа го сметаме како 100% вкопаност на коренот (нулта ресорпција).

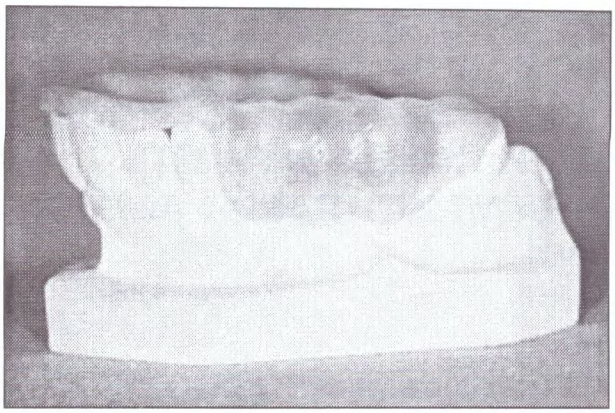
Според нашите иследувања нормална и добра ресорпција која е подобна за имплантирање е до 1, односно 1,2 мм. Во светски стандарди не треба да е поголема од 0,5 мм (6).

Анализа на студио-моделите

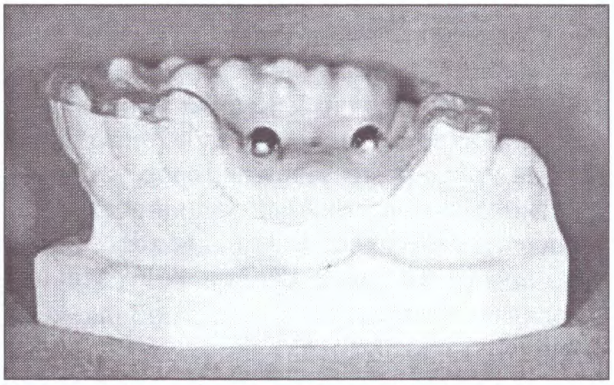
Откако ќе се направат клиничките испитувања следи анализа на студио-моделите. На нив се прави (дублира со загревање) прозирна целулоидна фолија на која се одбележува местото за поставување на имплантот (сл. 7).

Со маркери се одредува планираното место за поставување на двата импланти (сл. 8).

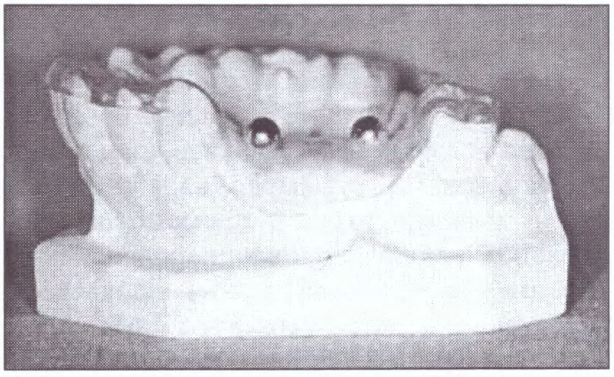
По обележување на местото за имплантирање се продолжува со моделирање на замислената протетска конструкција така што пациентот па и лекарот да не дискутираат за некоја имагинација туку за конкретна протетска конструкција, изработена во восок (сл. 9). Доколку се задоволни двете страни и доколку планот и имагинацијата и



Слика 7. *Прозрачна фолија со дебелина од 1 до 1,5 мм за прецизно позиционирање на имплантите*



Слика 8. *Поставени маркери на фолијата (го означуваат местото на поставување на имплантите)*



Слика 9. *Мостови конструкции во восок, изработени во лабораторија како би имале претстава и терапевтот и пациентот, како би изгледала новата протетска конструкција.*

објективно одговараат се преоѓа и конкретно на имплантирање (7).

DIAGNOSIS, THERAPY PLANNING AND PRETREATMENT CONDITIONING OF THE PATIENT TO RECIEVE DENTAL IMPLANTS

Vankovski V.

Summary

The basis for a successful treatment is careful planning, which ranges up to 80% of the final rehabilitation success. Before approaching treatment, the therapist is not expected to have only ideas but consistent prognostic vision of the final appearence and oral condition of the patient. It is rather risky to approach dental implantation without thorough anamnesis, analysis and treatment planning. Fundamental diagnostic steps are intraoral examination, radiography and model cast analysis.

Key words: dental implants; oral rehabilitation, permanent; dentures, implant supported

Литература

1. Cameron HV, Pilliar RM and MecNab J. The effect of movement on the bonding of porous metal to bone. J. Biomed Mater Res 1973; 7:301
2. Cochran DL. Radiographic analysis of regenerated bone around endosseous implants in the canine using recombinant human bone morphogeneticprotein - 2. J. Oral Maxillofac Implants 1997; 12(6): 739-748
3. Linkow L. Statistical analyses of 173 implant patientse. Oral Implantol. 1974; 4 : 500
4. Lukas D. Movement behavior of teeth and dental implants in periotest measurement in ocolusion- an in vitro study. Biomed Tech (Berl) 2001 Nov; 46 (11) : 311-319
5. Попов Н. Забопротезна имплантологија. Софија 1999
6. Rungsharassaeng K. Peri-implant tissue response of immediately loaded threaded, 1-year results. J. Prosthet. Dent. 2002 Feb.87(2)173-181
7. Ванковски В. Стоматолошки супраструктури над импланти. Европа 92, Скопје 2005

УДК : 616.314–089.843

ПРЕДНОСТИ И НЕДОСТАТОЦИ ПРИ ИМЕДИЈАТНОТО ИМПЛАНТИРАЊЕ ВО ФРОНТАЛНА МАКСИЛАРНА РЕГИЈА (приказ на случај)

Едвард J.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ- СКОПЈЕ, Клиника за орална хирургија

Поединечната реставрација во фронталната регија во горната вилица претставува посебен предизвик за секој стоматолог кој се занимава со имплантологија. Со сè поголемата употреба на дентални импланти, како нов модалитет во современиот третман се надминуваат недостатоците од конвенционалниот терапевтски период. Имплантолозите се стремат кон креирање на реставрација поддржана од импланти, која би го реплицирала природниот заб.

Популаризацијата на имплантолошката терапија е значително зголемена, преку методата на имедијатното вградување на импланти, непосредно по изведената екстракција, а потоа и нивно брзо функционално оптоварување со протетски конструкции. Зависно од присутните индикации односно, контраиндикации, најчесто условени од состојбата на расположливото околно меко и тврдо ткиво, имедијатната имплантација има свои предности и недостатоци.

***Приказ на случај**: Ендоосеален дентален имплант имедијатно е поставен во постекстракциона рана, графтуван со синтетски биоматеријал и ресорптивна мембрана.*

Клучни зборови: имедијатно полнење, графтување, реставрација, дентални импланти, алвеола

Во последните неколку години во полето на имплантологијата, значително внимание е посветено на концептот на имедијатното полнење. Овој современ третман опфаќа техника на постава на дентални импланти во празната алвеола, непосредно по екстракцијата на природните заби. Интересот за имедијатното имплантирање дополнително го привлекува вниманието на пациентите со брзото протетско оптоварување на вградените импланти, изоставувајќи го вообичаениот период (од 3 до 6 месеци), потребен за ткивна консолидација, односно остеоинтеграција. Практичен процес во кој пациентот ја напушта ординацијата со провизорно направени коронки или протези, кои многу брзо се заменуваат со дефинитивни реставрации.

Посебен предизвик претставува поединечната реконструкција на забите во фронталната регија поради високите козметички и функционални стандарди, каде примарна цел на имплантолозите е стремежот кон поубедлива репликација на природниот заб. Тоа би значело дека покрај ефикасното вградување на имплнтите и успешната остеоинтеграција, естетиката станува обврзувачки фактор, дефинирајќи го на тој начин новото скалило на терапевтскиот третман.

Предности:

- Имедијатната имплантација го решава проблемот на трауматското губење на забите и недостаток од перманентната дентиција;

- Подобрување на естетиката со спречување на патолошки настанат раст и ресорпција на алвеоларниот гребен по екстракцијата на природните заби;
- Овозможува осеална регенерација во празниот простор на алвеолата, кој претходно бил окупиран од природниот заб, зголемувајќи ја на тој начин контактната површина помеѓу имплантот и коскеното ткиво;
- Имедијатното полнење значително придонесува за попрецизна и полесна инсерција на имплантите, без претходна ориентациона обработка на кортикалната ламина;
- Оваа постапка, истовремено, обезбедува и презервира добра дебелина на околното меко ткиво, корегирајќи ја на тој начин козметиката и функцијата.

Недостатоци:

- Дефицитарна и недоволна иницијална стабилност на денталните импланти, кои во старт го оневозможуваат директното функционално оптоварување;
- Присутна пукнатина, односно празен простор помеѓу површината на имплантот и коскеното ткиво, која не гарантира брза и ефективна остеоинтеграција при оваа постапка;
- Неадекватна, односно недоволна висина, ширина и густина на коскениот фундамент, каде првенствено се бара огментирање а по извесен период, одложено оптоварување на поставените импланти;
- Прогресивна ресорпција на алвеоларниот гребен, каде значително би се намалил коскениот волумен, а со тоа стабилноста и ретенцијата на имплантите;
- Проксималност на анатомските конфигурации како што се: подот од максиларниот синус, носната празнина или алвеоларниот канал, при што би дошло до веројатна колизија со анатомските структури и можна повреда или иритација на нивната содржина;

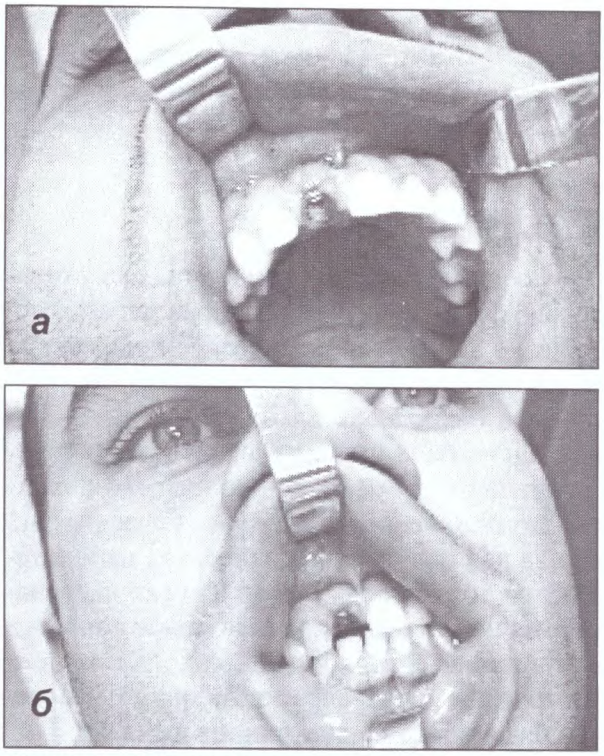
Цел на трудот

Со изведување на поединечна имплантација во фронталната максиларна регија, трудот сака да прикаже една современа метода на реконструкција, преку имедијатно вградување на ендоосеален дентален имплант опкружен со биоалопластичен материјал и ресорптивна мембрана, а потоа негово директно протетско оптоварување. Оваа студија има за цел и да го одреди ефектот на имедијатното полнење во услови на веќе настанатата лиза на дел од тврдо потпорниот апарат, а истовремено и да процени, како раното оптоварување влијае врз стабилноста и остеоинтеграцијата на денталниот имплант.

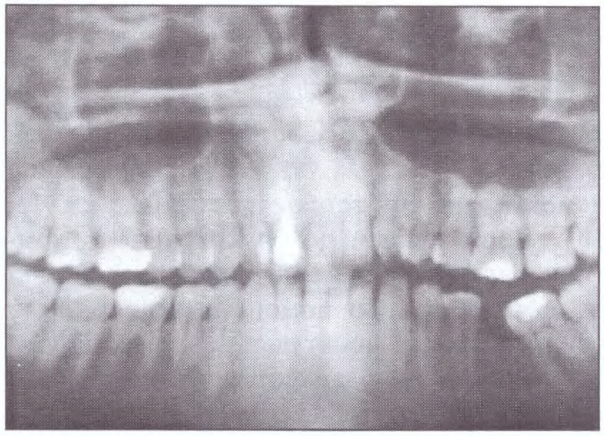
Материјал и методи

Приказ на случај

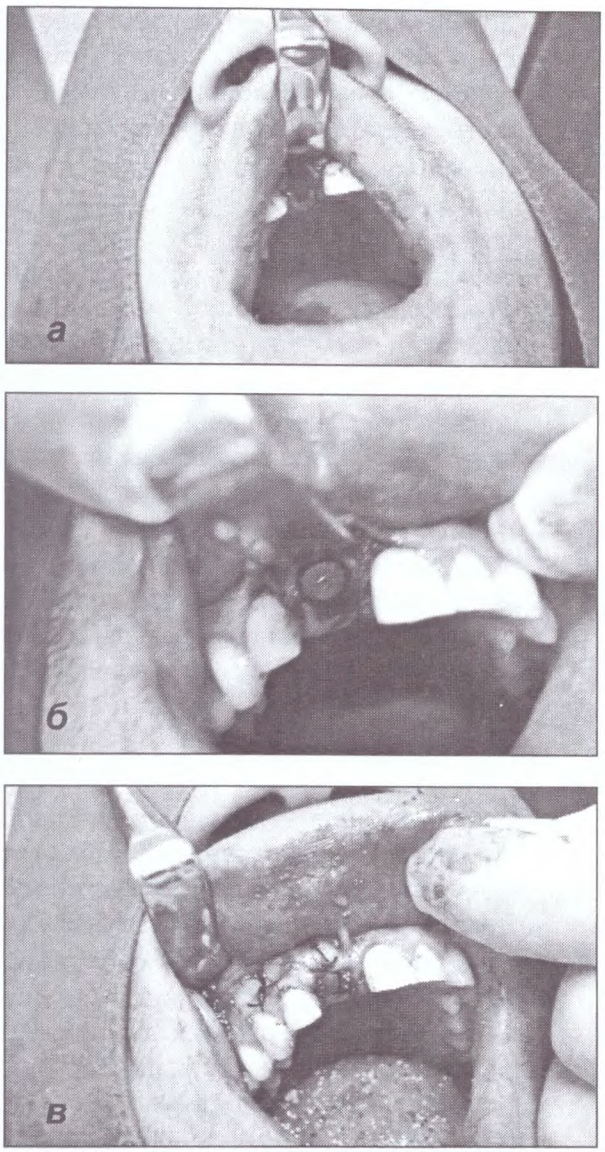
Пациент на 29-годишна возраст од машки пол, примен е со заостанат, фрактуриран корен во регија 11, каде претходно била цементирана протетска надградба, (сл. 1а; 1б). Беше евидентно луксирање и континуирано одвојување на порцеланскиот дел од коронката. Со помош на клинички и рендгенолошки испитувања, верифицирана е фрактура на радиксот во гингивалната третина како и лиза на букалната ламина од коскениот фундамент (сл. 2). Констатирана е индикација и поволни услови за постава на ендоосеален дентален имплант во фронталната максиларна регија по барање и претходна согласност и на пациентот, со помош на детално направените претраги. Исцрпна анамнеза и статус беа потребни за одредување на општата здравствена состојба на пациентот, додека преку изработениот студио-модел, РТГ, компјутерски и остеометриски анализи ги добивме прецизните



Слика 1. а) *Клинички приказ на заостанат корен* **б)** *Интраорален приказ на заостанат radix*



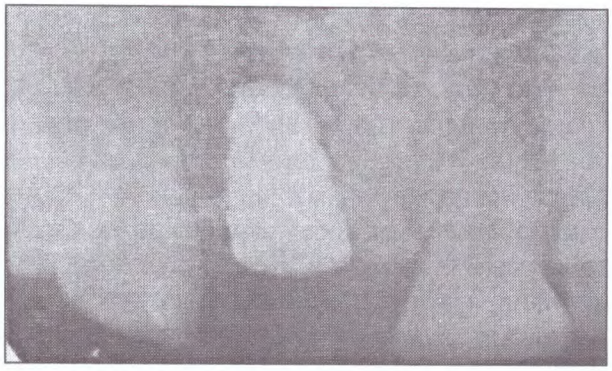
Слика 2. *РТГ-приказ на заостанат корен со протетската надградба*



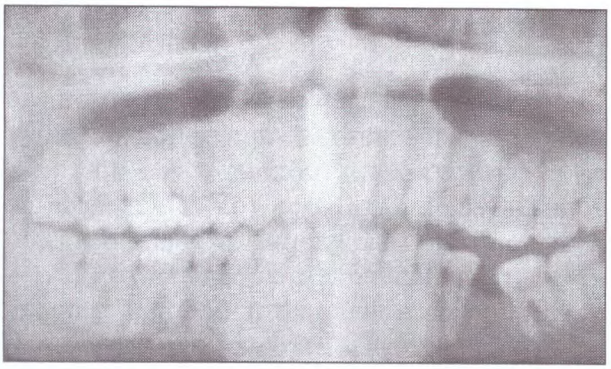
Слика 3. а) *Состојба по екстракцијата на коренот,* **б)** *Имедијатната инсерција на денталниот имплант,* **в)** *Состојба по завршеното имплантирање и графтување*

димензии за ширината, висината, дебелината и густината на околното коскено ткиво.

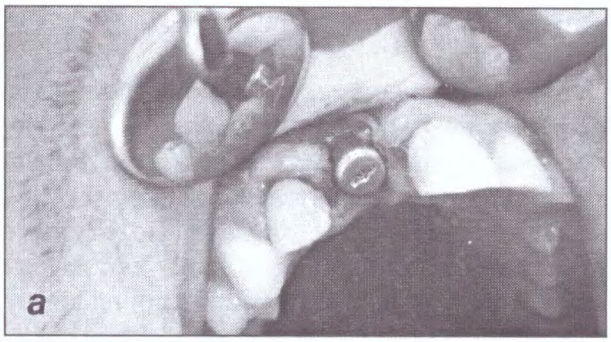
Во стерилни услови со посебна претпазливост да не се оштетат околните ѕидови на алвеолата, се изведе атрауматска екстракција на коренот (сл. 3а). Во истиот акт се подигна флап и се постави ендоосеален двофазен шраф (сл. 3б), имплант со димензии: L 15 mm и D 5,5 mm, во комбинација со супституционен биоматеријал и ресорптивна мембрана, поради присутниот осеален дефект на дел од кортикалната плоча. Една недела по изведената интервенција се отстранија сутурите, се смени пломбирачкиот шраф на имплантот со гингивоформер (сл. 5а), кој има намена да го адаптира и екстендира мекото ткиво во наредните 7 дена. Дефинитивното

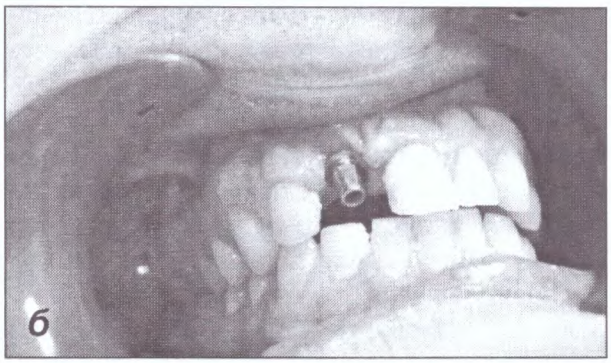


Слика 4. *РТГ приказ на вградениот имплант*



Слика 6. *РТГ состојба, две години по имплантацијата*







Слика 5. а) *Постава на трансепителниот шраф,* **б)** *Фиксирање на забното трупче,* **в)** *Финална состојба со дефинитивна реставрација*

забно трупче-abutmen (сл. 5б), го замени трансепителниот шраф, на кој беше фиксирана дефинитивна порцеланска коронка која ја замени провизорната, (сл. 5в). Откако беше констатирана задоволителна иницијална стабилност уште во текот на интраоперативниот, а подоцна и на постоперативниот наод денталниот имплант беше протетски и функционално оптоварен, (сл. 4).

Резултати

На контролните клинички и параклинички РТГ испитувања направени две години по имедијатно изведената имплантација се забележа, (сл.6):

- создавање на нова коскена формација на местото на претходно присутниот коскен дефект;
- видлива коскена трабекуларна структура во гингивалната третина на кортикалната плоча околу вградениот дентален имплант;
- отсуство на какви било знаци за евентуална тврдоткивна или мекоткивна ресорпција ;
- не се забележува појава на периимплантарен остит и периимплантарен мукозит;
- успешна остеоинтеграција, инкорпорација и стабилност на денталниот имплант;
- постигнат задоволувачки козметички ефект, преку презервација на осеалниот и муко-гингивален комплекс;

Дискусија

Замената на еден изгубен природен заб со дентален имплант, во принцип, претставува рутинска предиктибилна и успешна постапка. Сепак, кога сето тоа се изведува во фронталната максиларна регија предизвикот е дотолку поголем, поради високите естетски, функционални и биолошки стандарди на пациентот. Полето на имплантологијата ги инволвира микроскопските и макроскопските особености на имплантот и неговото влијание врз актуелната индивидуална клиничка состојба. Со цел да се минимализира ткивната ресорпција која до неодамна се сметаше како неизбежна појава, денес субјект на напредни истражувања претставуваат: рапавоста на површината на имплантираниот материјал, длабоко локализираниот спој во интерфазата, проксимитетот помеѓу имплантите и коскеното ткиво како и различните гингивални био-типови.

Имплантолошкиот третман содржи одредени принципи кои мора да се почитуваат кога би сакале да гарантираме долготраен естетски успех. Еден од овие принципи е и презервација на нивото на маргиналната коска опкружена со здраво периимплантарно меко ткиво. За постигнување на оптимална естетика на денталните импланти, потребна е и реставрација на папилата со релевантна форма, висина и ниво како кај соседните природни заби. Периимплантарното коскено ткиво околу вратот на имплантот мора да е стабилно, без присутна ресорпција како би се задржала гингивата во фронталната регија. Пародонталниот хируршки третман ги нуди сите можни периимплантарни муко-гингивални техники. Периимплантарната рецесија може да се избегне со надоградување на синтетска коска на букалната кортикална плоча, пред или за време на инсерцијата на денталниот имплант.

Сврзните ткивни графтови може да се вградат со поставата на имплантот, како и формирање на палатинален и букален флап за корекција на состојбата на интерденталната папила и мекото ткиво.

Актуелните истражувања укажуваат на тоа дека не постои сигнификантна релација помеѓу губењето на маргиналната коска и постигнатиот естетски ефект. Ова значи дека губењето на коскеното ткиво може да се случи и тогаш кога е постигната задоволителна естетика. Клиничарите треба да бидат свесни дека губењето на маргиналната коска може да не влијае на естетскиот резултат.

Заклучок

Неодамнешните статистички податоци референтни за ратата и рокот на успех, односно издржливост на имплантите во човечкото ткиво ги намалуваат индикациите за конвенционалниот пристап. Естетиката претставува есенцијален елемент на актуелниот орален третман. Научниот приод во сите клинички процедури ја детерминира вредноста на крајниот исход како и предиктибилноста на различните терапевтски модалитети како би можело да се воспостави долготрајна прогноза.

Имплантолошката реставрација секогаш треба да остане прецизно, сеопфатно, биолошко и протетско планирање со избор на адекватен третман за пациентот, како би се спречила каква било траума, односно повреда на периодонталниот и дентален елемент, за да се постигне успешен резултат.

Напредните оперативни техники и биоматеријали за изработка на дентални импланти, го воздигнуваат имплантолошкиот третман над функционалната интеграција со реставраторни принципи за фаворизирани резултати кои би зависеле од биолошко насочената терапија. Финалниот објектив е насочен кон постигнување на оптимален естетски ефект на денталните импланти поставени во природна средина опкружени со гингива во хармонија со соседните заби, употребувајќи деликатна коскена и муко-гингивална пластична хирургија.

Имплантирањето во фронталната-антериорна, максиларна регија е предвидлива постапка со висок степен на успех при хируршкиот и протетски третман. Сепак, треба да се внимава на фактот дека покрај успешно постигнатиот оперативен и остеоинтегративен ефект, не се гарантира и квалитетна естетика. Маргиналната коска може да се изгуби и во случаи кога е постигната задоволителна естетика во оваа регија. Модерните техники го поткрепуваат развојот на минимално инвазивната хируршка процедура кај сите присутни индикации кои локализираат екстраорално планирање кое овозможува точна и прецизна постапка, давајќи гаранција за долгорочен успех и опстанок на денталните импланти.

EXTRACTION IMMEDIATE REPLACEMENT IN ANTERIOR MAXILLA: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

Janev E.

Summary

In the past several years,considerable attention has focused on the concept and technique of extracting teeth and placing implants immediately into post-extraction socket. Anterior single tooth replacement is the ultimate challenge facing the restorative dentist. The use of dental implants as a new modality of treatment has overcome the disadvantages of the conventional restorative techniques. Implantologists, nowadays,aim at the prime goal of creating an implant-suppotred restoration that replicates the natural teeth.

ADVANTAGES: it solves the problem of traumatic tooth loss and the absence of permanent teeth;Better esthetic results are achieved because the growth and resorption of the alveolar crest after extraction will be prevented; It enables the bone to regenerate in the alveolar space which was previously occupied by the tooth and increases the contact surface between the bone and the implant; It allows a precise placement of the implant and avoids the drilling of the cortical bone; It enables to conserve a good tissue thickness which improve cosmetic and function.

DISADVANTAGES: deficient initial stability; Gap between the implant surface and bone; Inadequate bone hight, width and density; Progressive alveolar crest resorption; Proximity of sinus floor, nasal cavity and mandibular canal.

Case report: Endosteal screw implant was immediately inserted in to post-extraction socket in combination with bone substitute biomaterial and resorbable membrane.

Key words: immediate loading, dental implants, alloplastic materials, grafting, reconstruction, post-extraction socket

Литература

1. Ashman A. Ridge preservation and the Immediate post-extraction Implant. ICOI World Congress XX; 27/83; Berlin, 2000
2. Babbush C. Extraction Immediate replacement: Technologies and Materials. Single tooth to Full Mouth. ICOI World Congress XX; 27; Berlin, 2000
3. Cloten S. Two Implant simplified Implant procedures with Bicon:
   - one stage immediate implants after extraction;
   - two stage mandibular ridge split technique;
   ICOI World Congress XX; 53; Berlin, 2000
4. Coppel F.Antonio. Peri-Implant lesions and their treatment. ICOI World Congress XX; 53; Berlin, 2000
5. Degidi M.;Piattelli A. Immediate loading of titanium implants in different. Anatomic configurations:clinical and histological results. ICOI World Congress XX; 29; Berlin, 2000
6. El Salam. Aesthetic considerations in anterior single tooth replacement. ICOI World Congress XX; 49; Berlin, 2000
7. Engelke W.;Jacobs H.G. Cortical support for immediate implant loading. ICOI World Congress XX; 55; Berlin, 2000
8. Hahn J. Your future in implant dentistry"Same day teeth", single stage. Immediate loading, transitional implants. ICOI World Congress XX; 31; Berlin, 2000
9. Hoexter D.L. Predictability with implants and esthetics using GTR. ICOI World Congress XX; 60; Berlin, 2000

10. Meissen R.J. Immediate implantation, immediate stress, shortening take. After augmentation measures. ICOI World Congress XX; 65; Berlin, 2000
11. Missika P. Immediate implants and their influence on esthetics. ICOI World Congress XX; 37; Berlin, 2000
12. Nicolopouos C. Immediate loading of implants in 20 edentulous mandibules. 2-6 year follow up. ICOI World Congress XX; 66; Berlin, 2000
13. NicolucciB.D. Endosteal implants in the posterior mandibule. ICOI World Congress XX; 38; Berlin, 2000
14. Novaes A.B. Invisible rapidity-A new time line in implant oseointegration. 11-th International F. Symposium; 31; Dresden, 2005
15. Piattelli A. Implant body surface conditions and clinical relevance. ICOI World Congress XX; 68; Berlin, 2000

УДК : 616.314–77

ПРИМЕНА НА АКРИЛОК-СИСТЕМИ КАЈ СКЕЛЕТИРАНИ ПРОТЕЗИ

Ангеловска А.,[1] Велески Д.,[1] Велеска Д.[2]

[1]СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за мобилна стоматолошка протетика,
[2]СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за орална хирургија,

Скелетираните парцијални протези со атечмени се разновидни, како по облик, така и по начинот на изработката, материјалот и секако, индикацијата. Посебно внимание кај овие протези се обрнува на конструкцијата на надоместокот и биолошко-техничките можности како и на клиничко-лабораториските процедури. Едно од поновите конструкциски решенија за естетско и функционално инкорпорирање на скелетираните парцијални протези во устата на пациентите се акрилок-системите на атечмени.

Цел на овој труд е да направиме осврт на примената на акрилок-системите кај скелетираните протези и да извршиме нивна систематизација. Како материјал за овој труд се земени предвид нашите скромни, досегашни клинички, искуства, како и анализа на дел од презентираните видови од овој вид системи од презентираната литература. Акрилок-системите со нивната прецизност, лесно се аплицираат и вадат, естетиката е одлична, а пациентите се задоволни и лесно и брзо ги прифаќаат. Во случаи со дистално слободни седла, распределувачот на силите вклучен во акрилок-системот е од голема важност, благодарение на него се заштитуваат резидуалниот алвеоларен гребен од поголема ресорпција, меките ткива и се превенира неефикасна мастикација.

Врз база на презентираниот материјал и нашите скромни искуства од неговата примена може да заклучиме дека станува збор за современи, едноставни и моќне прецизни ретенциони системи, кои овозможуваат ретенција, стабилизација, дентален пренос на цвакопритисок и одлична естетика.

Клучни зборови: скелетирана протеза, атечмен, акрилок-системи

Скелетираните парцијални протези со атечмени се разновидни, како по облик, така и по начинот на изработката, материјалот и секако индикацијата. Посебно внимание кај овие протези се обрнува на конструкцијата на надоместокот и биолошко-техничките можности како и на клиничко-лабораториските процедури.

Атечмените се состојат од два дела:

- патрица, примарен, позитив
- матрица, секундарен, негатив.

Овие делови се конструирани така што да одговорат на функциите на протезата, а со нивното склопување се добива функционална целина (6).

Улогата на атечмените е поливалентна. Нивните задачи се: ретенција, стабилизација, пренос на оклузалните сили на преостанатите заби, водење на парцијалната протеза или нејзините седла по потреба во одредена насока и величина на движењата.

Атечмените според конструкционите особини, начинот на дистрибуцијата на оклузалните оптоварувања, местото и начинот на вградување и материјалот од кој се изработени се делат на:

- лизгачи
- пречки
- копчести сидра
- зглобови
- резиња.

Едно од поновите конструкциски решенија за естетско и функционално инкорпорирање на скелетираните парцијални протези во устата на пациентите се акрилок-системите на атечмени.

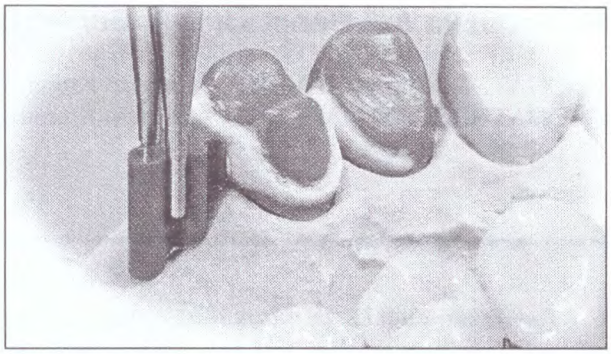
Цел на овој труд е да направиме осврт на примената на акрилок-системите кај скелетираните протези и да извршиме нивна систематизација со оглед на тоа дека во последно време има мноштво на креации од овој тип на поврзување на носечките заби со скелетираните протези.

Материјал и методи

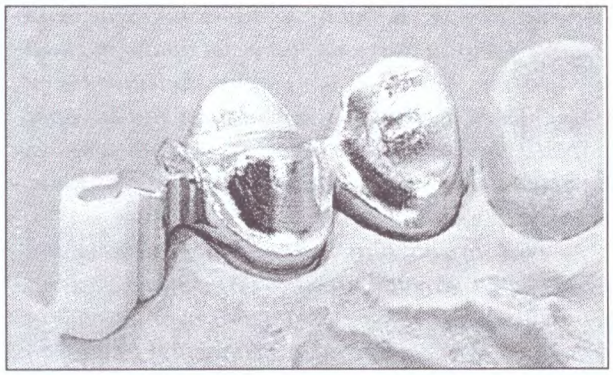
Како материјал за овој труд земени се предвид нашите скромни, досегашни клинички, искуства, како и анализа на дел од презентираните видови од овој вид системи од презентираната литература.

За изработката на скелетирана парцијална протеза со употреба на овој систем се користат vario-soft 3 sv системите со интегриран дистрибутер-распределувач на сила, со чија употреба се заштедува време, се обезбедуваат можности за одлична естетика и се обезбедува максимален трансфер на сили. Системот се состои од: патрица со распределувач (дистрибутер) на сила, восочно куќиште за матрица, дупликат матрица, како и меки матрици со систем за нивно инсерирање. Меките матрици ги има со три степени на триење: црвени со висок степен на фрикција, жолти со нормална, регуларна фрикција и зелени со редуцирана фрикција. За изработка и на овој тип на скелетирана протеза важат принципите за планирање и поврзување на најмалку два носечки заба на кои се изработува фиксно-протетичката надокнада на која се наоѓа патрицата.

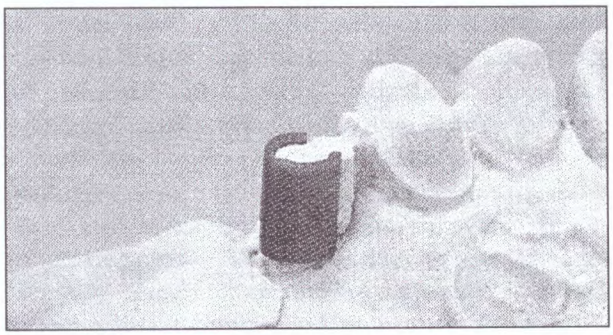
Патрицата се изработува заедно со фиксно-протетскиот надоместок со користење на паралелизирачка мандрела (сл. 1) и ги за-



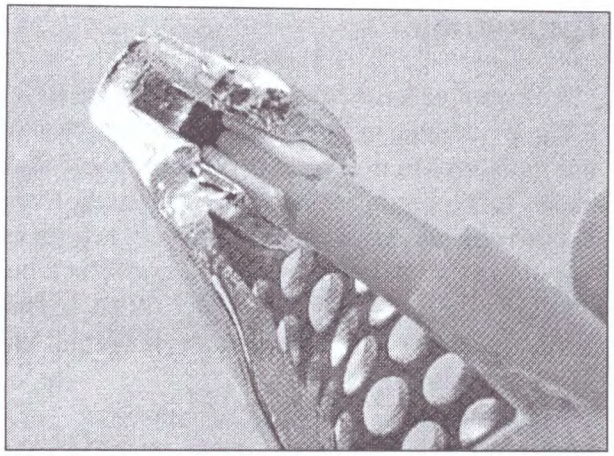
Слика 1. *Измоделирани коронки во восок и поставување на патрицата со инструмент*



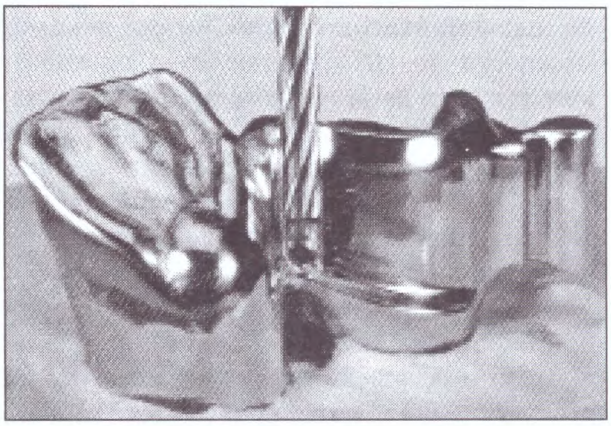
Слика 2. *Поставена бела дупликат матрица за идеално пасување на матрици со различна фрикција*



Слика 3. *Прецизен модел од материјал за вложување со прецизна интеграција на распределувачот на силите*



Слика 4. *Поставување на саканата матрица и замена на матрицата со друга, со саканата фрикција*



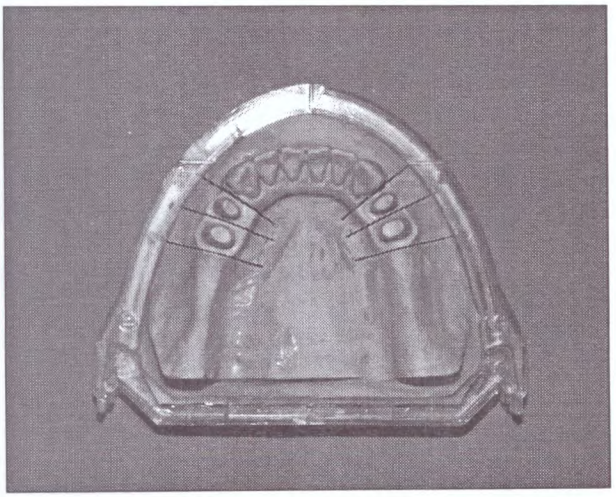
Слика 5. *Обработка на акрилок-системите со специјални борери Ф538 2Х 10*

доволува сите барања на модерен филигрански елемент за ретенција. Белата дупликат матрица гарантира интеракција и прецизно пасување на матрици со различна фрикција (сл. 2). Подготвениот, дефинитивниот модел служи за изработка на модел од маса за вложување. Прецизниот модел од материјал за вложување обезбедува прецизно интегрирање на распределувачот на силите. Благодарение на овој распределувач на сила може да се постигне благопријатна конструкција која ќе го заштити пародонтот (сл. 3). Потоа се моделира восочен модел на идниот кобалт-хром излевок. По излевањето се вметнува матрицата со саканата фрикција (сл. 4). Ако е пожелно користење на други фрикциски вредности, едноставно, се заменува матрицата, како и по одреден период на нејзино користење и абење. Излеаниот кобалт-хром скелет со атечмен е подготвен за понатамошна проба и постава на вештачките заби.

Овие системи се обработуваат со употреба на специјални борери Ф538 2Х 10 со што се избегнува оштетувањето при обработката (сл. 5).

Резултати

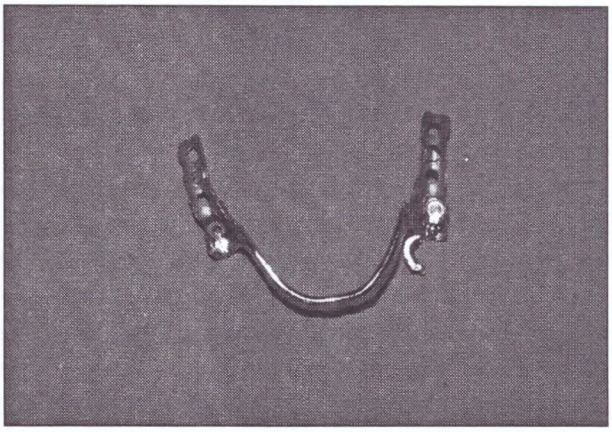
Кај нашиот пациент, изработивме парцијална скелетирана протеза со употреба на акрилок-системот на ретенција, со употреба на зелена матрица со намалена фрикција. При пробата на металниот скелет, тој добро налегнуваше на забите носачи, претходно фиксно-протетски заштитени, на преостанатите заби како и на алвеоларниот гребен. По изборот на бојата на вештачките заби и завршувањето на вообичаените лабораториски процедури за завршна изработка на парцијалните протези, добивме протеза со изразена цврстина и прецизност, протеза која едноставно се става и вади од устата на пациентот, со одлична ретенција и естетика на задоволство на пациентот (слики 6,7,8,9).



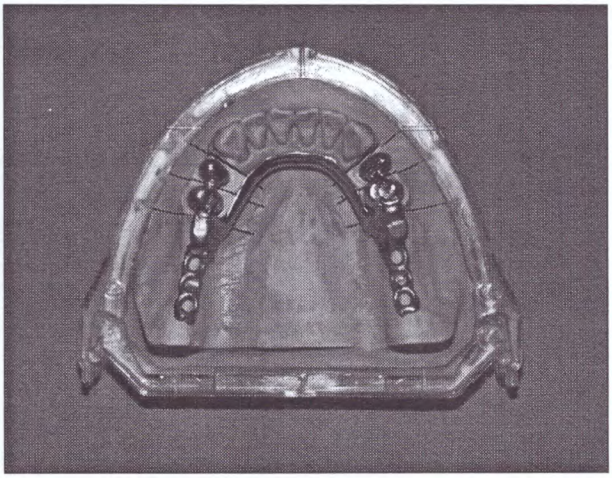
Слика 6. *Модел со испрепарирани заби од пациентот за изработка на коронките*



Слика 7. *Изработени метални капици за коронките со патрицата*



Слика 8. *Излеаниот метален скелет со акрилок систем и употребена зелена матрица со редуцирана фрикција*



Слика 9. *Готов скелет поставен на моделот со коронките*

Дискусија

Парцијалните протези се едно од можните решенија, а понекогаш и единствено кај пациентите по губењето на поголем број заби, за терапија на парцијална беззабност. Како терапија за парцијалната беззабност се користат плочести парцијални протези како и скелетирани парцијални протези со користење на леани кукички или на различни видови на атечмени.

Плочестите парцијални протези, иако често користени, имаат свои недостатоци. Кај нив отсуствуваат елементите за борба против дејството на оклузалните сили и можноста за делумно дентално пренесување на џвакопритисокот, тие имаат скромни можности во спротивставување на силите кои тежнеат да ја извртат протезата околу некоја оска, како и против силите кои предизвикуваат транслаторно движење на протезата во хоризонтална рамнина. Естетиката кај овие протези е незадоволителна поради видливоста на ретенционите елементи.

Технолошки посовршена и биолошки поприфатлива, скелетираната парцијална протеза има повеќе предности како смален осет на туѓо тело, потполно или делумно физиолошко пренесување на џвакопритисокот, можност за одржување на добра хигиена, подобро чувство за вкус, за термички дразби, смалена можност за кршење на протезата. Од посебна важност е можноста за големиот избор на ретенциони елементи, можноста за поврзување на преостанатите заби и постигнување на функционално единство и можноста за одлична естетика на протетските надоместоци.

Атечмените претставуваат современи, прецизни елементи за ретенција на скелетираните парцијални протези. Нивната улога е поливалентна и учествуваат не само во ретенција и во стабилизација, пренос на џвакопритисокот на преостанатите заби, водење на парцијалната протеза, туку овозможуваат и високоестетски вредности на протетската изработка. При употребата на

атечмените планирањето е многу важно, иако прифаќањето на оклузалните сили од страна на забите е биолошки оправдано и пожелно, не смее да се оди во крајност и забите да се изложат на прекумерно оптоварување. Во рамки на многубројните видови на атечмени постојат делови за заштита на забите и пародонтот, како граничници кои оневозможуваат придвижување на протезата кон тегментот, хоризонтални плочи на патриците на кои се потпираат одговарачки плочи на матриците, дополнителни стабилизатори кај интракоронарните атечмени итн.

Акрилок-системите на атечмени се современ тип на атечмени кои се со висока прецизност, користат мал оклузален простор и секундарен елемент кој е залепен со кобалт хром легурата, тоа се базични особини, со што се овозможува висока естетика. Акрилната матрица, без да се оштети скелетот, лесно се заменува и се аплицира матрица со одреден степен на фрикција, според потребата и се овозможува едноставно и сигурно аплицирање и вадење на протезата. Утврдено е дека меките матрици обезбедуваат сигурност и удобност и до 15 години. Варио софт 3 нуди бројни можности со употреба на трите видови матрици со различна фрикциона сила. Постојат и специјални меки матрици кои обезбедуваат компензации на малите дивергенции и имперфекции при изработката. Во случаи со дистално слободни седла, распределувачот на силите, вклучен во акрилок системот е од голема важност, благодарение на него се заштитуваат резидуалниот алвеоларен гребен од поголема ресорпција, меките ткива и се превенира неефикасна мастикација (5). Присуството на распределувачот на силата овозможува максимален трансфер на сили и изработка на благопријатна конструкција за пациентот која ќе го заштити пародонтот и забите. При употреба на вистинскиот акрилок-систем се изработува цврста, естетска и сигурна протеза на која може да се ослониме.

Врз база на презентираниот материјал и нашите скромни искуства од неговата примена може да заклучиме дека станува збор за современи, едноставни и мошне прецизни ретенциони системи, кои овозможуваат стабилизација, дентален пренос на џвакопритисок, заштита на резидуалниот алвеоларен гребен и на забите носачи, биокомпатибилност и одлична естетика. За нивната изработка не бараат посебна опрема, така што може да се изработуваат во средно опремена заботехничка лабораторија која поседува паралелометар и фрезапарат. Тие со нивната прецизност, лесно се аплицираат и вадат, естетиката е одлична, а пациентите се задоволни и лесно и брзо ги прифаќаат.

THE USE OF ACRYLOCK SYSTEMS IN ATTACHMENT-BASED DENTURES

Angelovska A., Veleski D., Veleska D.

Summary

Attachment based partial dentures are characterized with different shape, fabrication, material and indications. Special attention in this type of dentures is being paid on their construction, biological and technical possibilities, so as on the clinical and laboratory procedures. One of the more recent solutions for aesthetic and functional incorporation of this dentures in the patient's mouth are the acrylock systems of attachments.

The aim of this article was to pay attention on the use of acrylock systems in the attachment based partial dentures and to systemize them. As material we used our clinical experience and the analysis of the presented cases from the literature. The akrylock systems with its precision are easy to use for the patient, the aesthetic is excellent, the patients are satisfied and the easily and quickly accept them. In distal extension situations, the use of the share distributors included in the acrylock systems is of great importance, due to this distributors, the vertical pressure is effectively decreased and by this the

excessive ridge resorption, tissue damages and inefficient mastication are prevented.

According to the presented material and our findings from the use of these systems, it is obvious that this is modern, simple and very precise retention systems, which enable good retention, stability, dental distribution of the masticator forces and good aesthetic.

Key words: Attachment-based denture, attachment, acrylock systems

Литература

1. Becerra, G. Mac Entee,M., A classification of precision attachment, J Prosthet Dent 58:322-327, 1987
2. Ben-Ur Z, Aviv I, Cardash HS: A modified direct retainer design for distal extension removable partial dentures; J Prosthet Dent 70:342-344, 1988
3. Chandler JA, Brudvik JS: Clinical evaluation of patients eight to nine years after placement of removable partial dentures, J Prosthet Dent 51:736, 1984
4. Grkovic, B ., Teodosijevic, M., Gavrilovic, B.,Jokic, B., Industriski atecmeni, SGS 5:325-344, 1976
5. Mc Givney, Glen P. Mc Cracen`s removable partial prosthodontics (10th edition), Mosby, Inc. 2000
6. Dragoslav Stamenkovic, Miodrag Nastic: Stomatoloska protetika-Parcijalne proteze (I izdanie) Zavod za udzbenike i nastavna sredstva Beograd 2000 god.
7. Stewart BL., Edwards RO: Retention and wear of precision-type attachments, J Prosthet Dent 49:28-34, 1983

УДК : 616.314–77

МЕТОДА ЗА ОПРЕДЕЛУВАЊЕ НА МЕСТОПОЛОЖБАТА НА ПРВИТЕ МОЛАРИ ВО ТОТАЛНИТЕ ПРОТЕЗИ - КЛИНИЧКА ПРИМЕНА И ОЦЕНКА НА УПОТРЕБЛИВОСТА

Бундевска Ј.[1], Капушевска Б.[2]

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје,
[1]Клиника за мобилна стоматолошка протетика
[2]Клина за фиксна стоматолошка протетика

Одредувањето на местоположбата на забите во мобилните забни надоместоци претставува сложен проблем во протетичката терапија.

Како цел на нашето испитување си поставивме задача да ја примениме рендгенкраниометарската метода за поставa на првите горни и долни молари во тоталните протези и да ја проследиме адекватноста од истиот.

За реализација на поставените цели проследивме 40 пациенти, по 20 од двата пола, на кои што им изработивме тотални протези со примена на предложената метода.

Со анализа на резултатите за најрелевантни параметри за определување на местоположбата на првите горни молари се издвоени растојанието 1, растојанието 2 и растојанието 7 за долните први молари.

Врз основа на вкупните резултати предложена е рендгенокраниометарска метода и клиничка постапка за определување на местоположбата на горниот прв молар во сагитален правец.

Клиничката проверка на предложената метода укажува на позитивни резултати кај 62% од испитаниците, делумно позитивни кај 26% и неповолни кај 12% од испитаниците

Методата претставува скромен придонес во дефинирањето на местоположбата на првите горни молари кај тоталните протези.

Клучни зборови: тотални протези, прв молар, рендгенокраниометрија

Оклузијата, специфичниот однос на вилиците и местоположбата на поедини групи на заби индивидуално се одредени, а реконструкцијата на оклузијата, блиска до изворната, претставува неоспорно најдобар пат да се рехабилитираат функциите на орофацијалниот систем.

Стоматолошката научна дисциплина во својата еволуција развила бројни дијагностички и тераписки методи за решавање на проблемот на беззабноста. Водечкото место меѓу тие методи го има рендгенолошката краниометрија.

Уште во 1895 година со откривање на рендген-зраците од старана на Wilhelm Roentgen, лекарите почнале со користење на рендгенографијата за откривање, следење и проучување на растот и развитокот на орофацијалната регија на скелетните и мекоткивните промени.

Matysiak (8,9) во своите испитувања дава значајни односи меѓу скелетните структури и првиот максиларен и мандибуларен молар, предложувајќи хипотеза за воспоставување на вертикална димензија на виличните односи со денталните структури, т.е. меѓусебниот однос и местоположба на горниот и долниот прв молар. Matysiak (10) ја дефинира оклузалната површина во сагитала, користејќи го мандибуларниот и максиларниот прв мо-

лар и точката Xi, првиот мандибуларен молар го поставува како последен заб во тоталните протези на место однапред определено во генетската мрежа.

Најновите истражувања на Matysiak (11), при изработката на тоталните протези, велат дека реконструкцијата на протетичката оклузална линија зависи од вертикалната и мезијалната еволуција на првиот мандибуларен молар како и од должината и висината на черепот.

Користејќи ја кефалометарската анализа Богдановски (1) вршел корекција на поставеноста на забите кај тоталните протези во пределот на фронтот. Тој вели дека поставеноста на забите треба да се базира врз основа на индивидуалните карактеристики и топографските принципи, притоа водејќи сметка за фонетиката, индивидуалната естетика и стабилноста на протезите за секој случај поединечно.

Една од најпознатите рендгенокефалометриски анализи за местоположбата на првиот горен молар е по Ricketts. Кај нас такви испитувања вршеле Поповски, Бојациев (14) и Бундевска (3,4,5) и дошле до исти резултати како и Ricketts.

Како најважен заб во тоталните протези Suvin (16) му дава предност на првиот горен молар и бара тој да биде поставен статички правилно, од причина што неговата поставеност ја одредува функционалната вредност на протезата. Тој опишува повеќе методи за поставеноста на првите молари меѓу кои се и тие на Gyzi, Gyzi-Fischer, Sears, Gerber, Ackermann, Haller.

Боянов (2) смета дека првиот молар во забните низи го прима најголемиот џвакопритисок при актот на џвакањето и затоа тој се наоѓа на средина на алвеоларниот гребен, а неговата оклузална површина се наоѓа во трансверзалната компензациона крива од каде и самата започнува.

Бундевска (3,4,5) дава параметри за определување на местоположбата на првиот горен молар со краниометриска анализа користејќи линии и агли. Средните вредности од добиените параметри, како и нивните корелативни зависности може да се користат како референтни вредности за определување на местоположбата на првиот максиларен молар при неговото поставување во тоталните протези.

Бундевска (6) ја испитувала корелативната зависност помеѓу параметрите со чија помош ја определила местоположбата на првите долни молари кај испитаници со интактно забало класа Angle I. Испитувањето е вршено на 110 испитаници по 55 од двата пола. Добиените резултати се користени и употребени при анализа за определувањето на местоположбата на првите мандибуларни молари, т.е. при поставувањето на првите молари во тоталните протези.

За определување на местоположбата на првиот мандибуларен молар кај испитаници со интактно забало Бундевска (7) дава параметри добиени со помош на краниометриска анализа на телерендгени од 110 испитаници. Средните вредности од испитуваните параметри може да послужат како референтни вредности за поставување на првите мандибуларни молари при изработката на тотални протези.

Во своите студии Olshan AM, Ross NM, Mankodi S, Melita S.(13) за проценка на стабилноста и ретенцијата на тоталните протези користат т.н. „Kapur" скала, а Slagter AP, Olthoff LW, Bosman F, Steen WH (15) оценката за стабилноста на тоталните протези ја донесуваат не само врз база на субјективните одговори од страна на пациентот туку користат и други тестови.

Во својата дентална едукација авторите Ogata K, Kawahara K, Kishimoto E, Ogata S. (12) имаат за цел визуелно да ги покажат разликите помеѓу адекватна и неадекватна протеза. Како фактор за процена земаат вектор на мастикаторни сили преку сите заби од протезата и тој е едноставен, а силите што вршат притисок се комплексни.

Цел на ова испитување е со помош и анализа на латералните телерендгенографски снимки на главата кај испитаници со

тотална беззабност да изработиме тотални протези т.е. да ја определиме местоположбата на првиот максиларен и мандибуларен молар и да ги поставиме во истите, според нивната анатомо-морфолошката положба.

Материјал и методи

За реализација на поставените цели на ова испитување проследивме 40 испитаници по дваесет од двата пола, пациенти на Клиниката за мобилна стоматолошка протетика, избрани по случаен избор, на кои им изработивме тотални протези со примена на метода за рендгенолошка процена на местоположбата на максиларниот и на мандибуларниот прв молар.

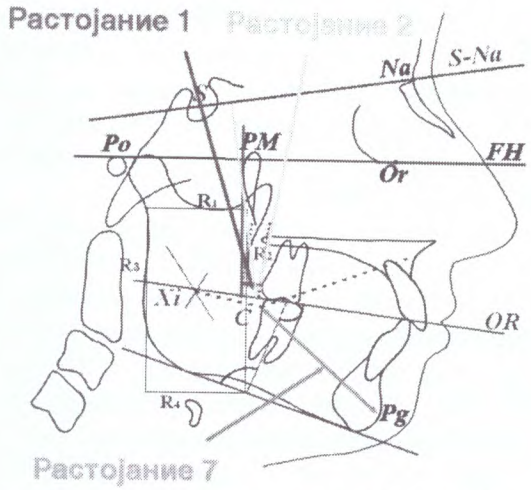
Со помош на рендгенографска краниометрија визуелно може да се прикаже анатомијата на главата и да се изврши процена на нејзината архитектонска структура со прецизна аналитичка геометрија.

Телерендгенографското снимање кај сите пациенти е извршено под стандардни услови со дополнителни припреми како би се добиле потребните структури за анализа на снимките.

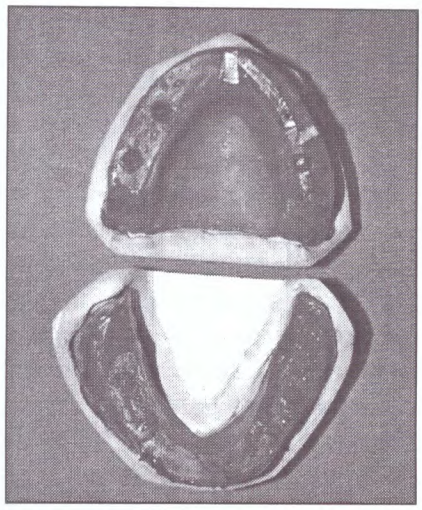
Во студијата беа иследени 22 параметра по 11 за секој пол поодделно. Со цел да ја скратиме метриската математичка постапка од нив ги издвоивме само оние најзначајни параметри кои ги задоволуваат однапред утврдените критериуми.

За да ги верифицираме селектираните параметри за определување на местоположбата на првите молари изработивме факторска анализа која имаше за цел да ја открие структурата помеѓу параметрите и да изврши нивно рангирање по значајност, при што ги преферира како водечки оние параметри коишто имаат вредност поголема од 0.7: растојание 1, растојание 2 и растојание 7 (сл. 1).

Растојание 1 според Ricketts претставува растојание помеѓу нормалата проектирана врз оклузалната рамнина во точка добиена како тангента на fisura pterigomaxsillaris нормална на фракфуртската хоризонтала продолжена до пресекот со оклузалната рамнина и тангента од дисталната страна на првиот горен молар, а нормална на оклузалната рамнина. Измереното растојание 1 треба да е паралелно со оклузалната рамнина.



Слика 1. *Селектирани параметри за определување на местоположбата на првите горни и долни молари*



Слика 2. *Поставени маркери во загризни шаблони*

Растојание 2 се определува помеѓу нормалата проектирана врз оклузалната рамнина во точка добиена како тангента на fisura pterigomaxsillaris нормална на S-Na рамнината продолжена до пресекот со оклузалната

рамнина и тангента од дисталната страна на првиот горен молар, а нормална на оклузалната рамнина. Измереното растојание 2 треба да е паралелно со оклузалната рамнина.

Растојание 7 претставува растојание од точката C до точката Pg.

Врз основа на сите претходни резултати од испитувањето концептирана е рендгенокраниометриска метода за определување на антериопостериорната (сагиталната) местоположба на првиот горен молар во тоталните протези, со примена на референтни вредности од предметното истражување.

Изработката на тоталните протези се реализира со вообичаената клиничка и техничка постапка сé до завршувањето на фазата - определување на виличните соодноси. Потоа, загризните шаблони се припремаат и се прави профилен телерендгенограм. Припремата на загризните шаблони со состои во поставување на маркерите (сл. 2). Еден маркер се поставува на оклузалната површина на горниот загризен шаблон, друг на медијалната линија во фронталниот дел, а трет се поставува апроксимално на место каде што треба да се наоѓа првиот горен молар. Маркерите се од оловна фолија со широчина од 2 mm и имаат рамни страни. Потоа, загризните шаблони се стават во устата на пациентот и се прави профилниот телерендгенограм со затворена уста.

Пред да почнеме со оцртувањето на телерендгенот правевме проверка и процена на неговиот квалитет. Всушност, ја анализиравме јасноста и издиференцираноста на потребните коскени и меки структури на главата и на лицето. Доколку телерендгенот ги задоволуваше нашите барања продолжувавме со понтамошна постапка, а ако тој не беше добар го повторувавме снимањето. Понатаму на добиениот телерендгенограм фиксиравме ацетатна хартија на која ги исцртавме сите коскени структури, точки и линии потребни за определување на местоположбата на првиот горен молар и ја реконструиравме точката Xi по методата на Ricketts.

На појасно изразената страна на маркерот којшто беше поставен на местото каде што очекуваме да биде поставен првиот горен молар и на маркерот на медијалната линија, подигнуваме нормали на оклузалната рамнина.

Анализата на рендгенкраниограмот ја започнуваме со процена на определената положба на ориентационата протетичка рамнина во однос на точката Xi. Проценета ја правевме со продолжување на линијата којашто поминува по средината на маркерот што е поставен на оклузалната површина на горниот загризен шаблон до точката Xi. Ако положбата на ориентационата протетичка рамнина покажува поголеми отстапувања во однос на точката Xi, вршевме корекција при цртањето на ацетатната хартија. Направената корекција на оклузалната рамнина ја пренесуваме и на загризните шаблони. Корекцијата на загризните шаблони ја пренесувавме со помош на вредноста на аголот помеѓу определената и коригираната оклузална рамнина, чиешто теме се наоѓа на пресекот помеѓу оклузалната рамнина и нормалата на истата, на маркерот поставен на медијалната линија.

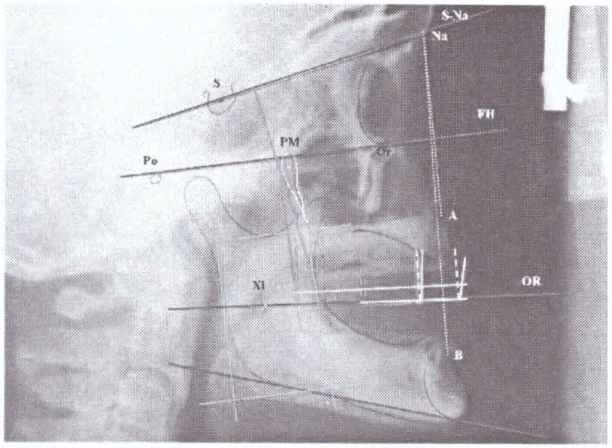
Потоа, на ацетатната хартија спуштавме нормали од франкфуртската хоризонтала за растојание 1 или од S-Na рамнината за растојание 2 како тангенти на fisura pterigomaksilaris до оклузалната рамнина. Од местото каде што тангентите ја допираат оклузалната рамнина подигнувавме нормали со висина од 10 mm. Помеѓу подигнатите нормали оцртувавме тенка линија паралелна на оклузалната рамнина којашто поминува низ сите нормали подигнати од оклузалната рамнина. Следеше внесување во цртежот референтни средни вредности за растојанието 1 и за растојанието 2. Вредностите на растојанието 1 и на растојанието 2 ги нанесувавме со линијар на тенката линија која е паралелна со оклузалната рамнина. Нанесувањето на растојанието 1 се врши од нормалата подигната од местото каде што тангентата на fisura pterigomaksilaris е нормална на франкфуртската хо-

ризонтала и ја допира оклузалната рамнина, и се движи кон мезијално. Низ мезијалната точка на растојанието 1 повлекуваме нормала на оклузалната рамнина. Оваа нормала, всушност, претставува тангента на најистакнатата точка на дистоапроксималната страна на горниот прв молар, односно со нејзиното оцртување сме ја определиле местоположбата на првиот горен молар според растојанието 1. Нанесувањето на растојанието 2 се врши од нормалата подигната од местото каде што тангентата на fisura pterigomaksilaris е нормална на S-Na рамнината и ја допира оклузалната рамнина, и се движи кон мезијално. Низ мезијалната точка на растојанието 2, повлекуваме нормала на оклузалната рамнина. Оваа нормала, всушност, претставува тангента на најистакнатата точка на дистоапроксималната страна на горниот прв молар, односно со нејзиното оцртување сме ја определиле местоположбата на првиот горен молар според растојанието 2.

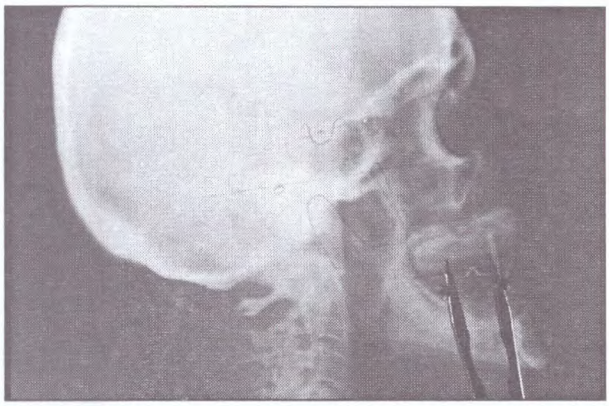
Мезијалните точки на растојанието 1 и на растојанието 2 треба да се препокријат, аналогно на тоа и нормалите подигнати на оклузалната рамнина низ тие точки треба да се препокријат, бидејќи и двете се тангенти на дистоапроксималната страна на горниот прв молар. Ако разликата помеѓу двете нормали, коишто поминуваат низ мезијалните точки на растојанието 1 и на растојанието 2, е мала, тогаш за тангента на најистакната точка на дистоапроксималната страна на забот се зема нормала на оклузалната рамнина којашто поминува во средината помеѓу двете точки. Ако отстапувањето е поголемо, се бара грешка во постапката (сл. 3).

Препокривањето на мезијалните точки од растојанието 1 и од растојанието 2 е логично затоа што со помош на двете растојанија ние определуваме една иста точка на забот. На тој начин предложениот метод има самоконтрола.

За да ја пренесеме определената сагитална местоположба на првиот горен молар на згризните шаблони, го користевме расто-

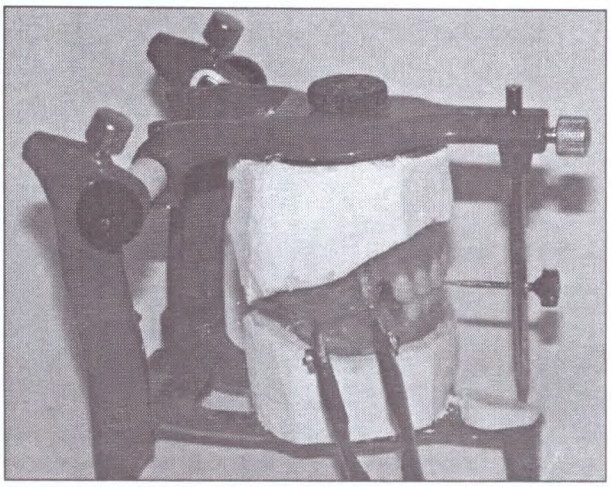


Слика 3. *Телерендген со сите потребни елементи за определување на местоположбата на првите горни и долни молари*

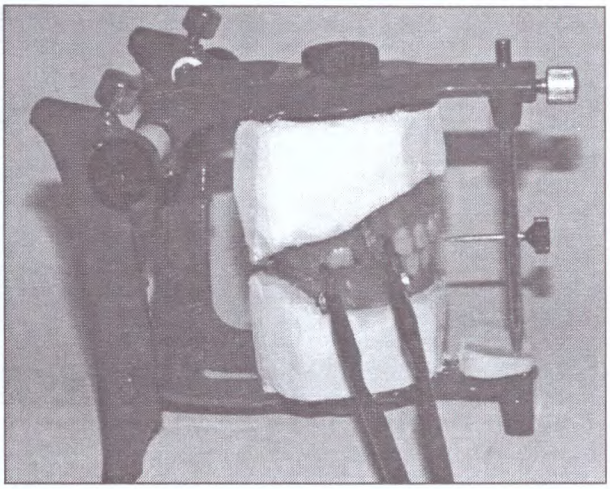


Слика 4. *Телерендген со измерено растојание со помош на шестар*

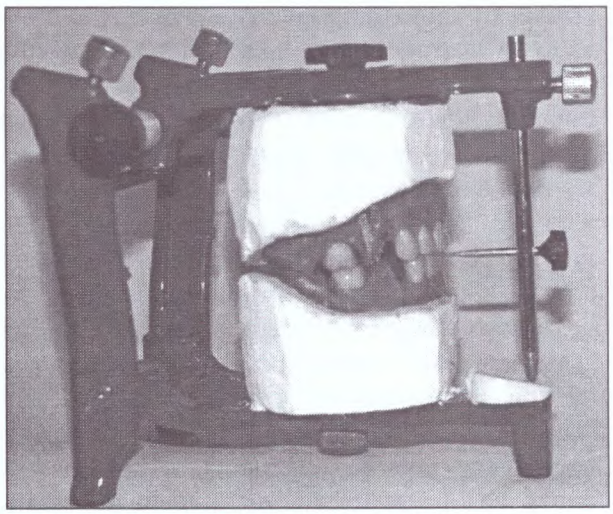
јанието помеѓу определената најистакната точка на дистоапроксималната страна на забот и нормалата на оклузалната рамнина подигната од третиот маркер. Тоа растојание со помош на шестар го пренесуваме на линијарот од телерендгенот и ја исчитуваме вредноста којашто ја бележевме на ацетатната хартија. Измерената вредност со шестар се пренесува на загризните шаблони од страната на маркерот каде што е подигната нормалата кон дистално. На тој начин ја пренесуваме определената местоположба на првите молари од телерендгенот на загризните шаблони. На добиената точка се подига нормала на оклузалната рамнина којашто ќе претставува тангента на најистак-



Слика 5. *Пренесување на измереното растојание на загризните шаблони во артикулатор*



Слика 6. *Постава на првиот горен молар*



Слика 7. *Постава на првиот долен молар*

натата точка на дисталната страна на првиот молар (сл. 4).

Ако сакаме да провериме какви се вредностите на другите параметри за определување на местоположбата на првиот горен молар го користевме математичкиот модул "MOLARI".

Поставувањето на забите започнува со поставување на предните горни и долни заби според некои од методите за поставување на предните заби. Потоа, од техничарот баравме првиот горен молар во сагитален правец да го постави на обележаното место на загризните шаблони, односно со најистакнатата дистална точка да ја допира подигнатата нормала на оклузалната рамнина (сл. 5). Предложената метода не ја определува вестибуло-оралната положба на првиот горен молар. Таа се определува според досега познатите статички и биолошки принципи.

Откако ќе го поставевме првиот горен молар во загризните шаблони (сл. 6), во нормална оклузија со него го поставувавме долниот прв молар (сл. 7). Поставувањето на бочните заби понатаму одеше со поставување на вториот горен премолар до првиот молар, а во останатиот простор првиот горен премолар. Ако се појави недостаток на простор за првите горни премолари, тогаш се избираат помали бочни заби, а ако е поголем се избираат поголеми бочни заби или забите се поставуваат со естетски простор (Teeth) помеѓу канинот и првиот горен премолар. Потоа се поставуваат долните втори премолари, горниот и долниот втор молар и на крај долниот прв премолар.

Во временски период од 3 и од 6 месеци по предавањето на тоталните протези направивме тестирање на стабилноста со употреба на Kapur скала според индивидуалната оценка на носителите на тоталните протези.

Резултати и дискусија

Најрелевантна оцена за функционирањето на предложената метода за рендгенокраниометриско определување на сагитал-

ната местоположба на првиот горен молар во тотални протези може да ни овозможи неговата клиничка проверка.

Основата на методата ја чинат вредностите на растојание 1 со средна вредност од 2,700±0,339 и на растојание 2 со средна вредност од 2,145±0,336, а за долните први молари растојание 7 со средна вредност од 4,410±0,165 за машкиот пол, Кај женскиот пол референтната вредност кај растојание 1 изнесува 2,080±0,3000, кај растојание 2 1,760±0,323, а кај растојание 7 е 4,540±0.262, нивните односи со другите испитувани параметри и нивните дефинирани односи спрема оклузалната рамнина, франкфуртската хоризонтала и S-Na рамнината.

Од нашите испитувања за оценка на стабилноста на тоталните протези добиени се позитивни резултати кај 62% од испитаниците, кај 26% резултатите укажуваа на делумна стабилност, а остатокот од 12% од пациентите не беа задоволни од стабилноста на тоталните протези.

Резултатите од ова испитување ја оправдуваат примената на користењето на рендгенокраниометриската анализа за поставувањето на првите горни молари во тоталните протези. Со оваа метода приоритет, при поставувањето на забите во тоталните протези, му се дава на првиот горен молар, а потоа се поставува долниот прв молар во сооднос со горниот. Вака поставените молари влијаат позитивно врз стабилноста на тоталните протези, но, сепак, треба да се напомне дека тие не се само еден од бројните фактори што имаат влијание врз стабилноста на тоталните протези.

DETERMINATION METHOD FOR THE LOCATION OF FIRST MOLARS IN COMPLETE DENTURE – CLINICAL IMPLEMENT

Bundevska J., Kapuševska B.

Summary

Artificial teeth arrangement in removable dentures is a very complex problem in the course of prosthodontic rehabilitation.

As object of our examination we wanted to use the radiographic craniometrist method for putting on the first up and down molars in denture complete and to see the worth of the method.

Our study comprises 40 individuals, 20 males and 20 females, on which we made denture complete with radiographic craniometrist method.

By analysis of values obtained from most relevant variables, distance 1 and 2 were found to have outstanding importance for the topographic location of first upper molars and distance 7 for lower first molars.

Our study analysis of all results endeavors us to offer own radiography craniometrics method and clinical approach for determination of the most efficient topographic location of the first molar in sagital direction.

Clinical evaluation of the proposed method gave evidence for improved denture stability in 62% of the total number of subjects included into this study, in 26% partial improvement, and in 12% a failure was recorded.

The proposed method is a trial to contribute in defining the most favorable topographic location of first molars into the denture.

Key words: denture, complete; first molar; radiographic craniometrics;

Литература

1. Богдановски И., Бојациев Т. Корекција на поставеноста на забите кај тотална протеза преку кефалометриска анализа во пределот на фронтот. Макед Стомат Прегл 1982 VI, 2: 294-296.
2. Боянов КВ. Клиника на ортодинална стоматологија, медицина и фискултура, Софија, 1973.
3. Бундевска Ј. Местоположбата на првите горни молари-рендгенокраниометриска анализа (магистерски труд) Скопје, Стоматолошки факултет, 1991.
4. Бундевска Ј. Корелативна зависност на параметрите кои ја определуваат местоположбата на првите горни молари. Макед Стоматол Преглед 1992; 3-4.
5. Бундевска Ј., Велески Д., Еленчевски С. Краниометриски параметри за позицијата на првиот максиларен молар. I конгрес на стоматолозите од Македонија, Охрид, 1994; 77.
6. Бундевска Ј., Дејаноски К. Корелативна зависност на параметрите кои ја определуваат местоположбата на првите долни молари. III конгрес на стоматолозите од Македонија, Охрид, 2002; 88.
7. Бундевска Ј. Краниометриски параметри за определување на позицијата на првиот мандибуларен молар. III конгрес на стоматолозите од Македонија, Охрид, 2002; 189.
8. Matysiak M. Methode de determination de la position de la 6 Maxillarie en vue des rehabilli- tations par Prothese Complete amovibie. Les Cahiers de Prothese 1984; 48: 65-76.
9. Matysiak M. Influence du Rayon cranien sur la dimension verticale d'occlusion. Bull Group Int Rach sc. Stomat et Odont 1984; 27: 133-153,.
10. Matysiak M. Etude des parametres influencant la position de la lique D'occlusion daus le plan sagittal. Bull Group Int Rech sc. Stomat et Odont 1985; 28: 95-118.
11. Matisyak M. Etude des parametres osseux et dentaires concourant a l'orientation de la lique d' occlusion par rapport an point Xi Les Cahiers de Prothese U 56, Decembre 1986
12. Ogata K, Satoh M. Centure and magnitude of vertical forces in complete denture wearers. J Oral Rehabil, Feb 1995; 22 (2):113-9.
13. Olshan AM, Ross NM, Mankodi S, Melita S. A modified Kapur scale for evaluating denture retention and stability-methodology study. Am J Dent, Apr 1992; 5 (2): 88–90.
14. Поповски Љ., Бојациев Т. Кефалометриски вредности на нормална оклузија на позицијата на максиларните шестгодишни молари. Макед Стоматол Прегл 1983; 7: 31-6.
15. Slagter AP, Olthoff LW, Bosman F, Steen WH. Masticatory ability, denture quality and oral conditions in edentulous subjects. J Prosthet Dent, Aug 1992; 68 (2): 299-307.
16. Suvin M. Stomatološka protetika, Biološke temelji, Totalna proteza. Školska knjiga, Zagreb, 1979.

УДК : 616.311-002.4

ВЕНÇЕТ СИНДРОМ - ОРАЛНИ МАНИФЕСТАЦИИ

Пејчиќ А.[1], Пешевска С.[2], Којовиќ Д.[1]

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ - Ниш, [1]Одделение за болести на устата и пародонтот
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, [2]Клиника за болести на устата и пародонтот

Целта на трудот е да се укаже на дијагностиката и клиничките манифестации на оралната слузокожа при Behçet синдромот. Проследени се 4 пациенти (2 жени и 2 мажи)кои се јавиле на Одделението за орална медицина и пародонтологија на Стоматолошката клиника во Ниш и Заводот за ревматологија - Нишка Бања. Дијагнозата се базираше на дијагностичкиот критериум на Masson-Burnes, а ги вклучуваше оралните, очните, генеталните, кожните лезии и позитивниот Pathergy-тест како големи критериуми, а артритисот, гастроинтестиналните проблеми, кардиоваскуларните промени, промени на ЦНС и позитивната фамилијарна анамнеза како мали критериуми (1). Клинички, на оралната слузокожа кај овие пациенти се јавувале улцерации од минорен и мајорен тип на афти, а поретко од тип на херпетиформни лезии. Најчести се афтозните лезии од минорен тип, кои се манифестирале во различни временски периоди, повеќепати во годината, во траење од 7 до 12 дена. Тие се појавувале солитарно или мултипно на различни локации. Најчести биле на образната слузокожа, јазикот, мекото непце и подот на усната празнина. Тие се со различна величина, со тркалезен или овален облик прекриени со жолт фибрински ексудат. Изразени биле субјективните потешкотии во вид на болка која била поизразена при говор и исхрана. Кај пациентите се јавувале и афти од мајорен тип на местата со послаба кератинизација. Лезиите ги зафаќале слузокожата и подслузокожата сè до мускулниот слој и биле со многу поголеми димензии. Околината на улцерациите била лесно инфилтрирана. Улцерациите зараснувале побавно и оставале цикатрикси. Херпетиформен облик на улцерации се јавил кај една пациентка, а се карактеризира со појава на милијарни улцерации кои потсетувале на херпетичен стоматит. Херпетичниот стоматит е следен со температура, болка во грлото, гингивит и лимфаднит кои отсуствуваат кај Behcet синдромот. Хистопатолошката анализа укажува на едем и инфилтрација. Најчесто се присутни антигените ХЛА-Б$_5$, ХЛА-Б$_{12}$ и ХЛА-Б$_{27}$.

Серолошките и рутнските хематолошки анализи не покажале специфичност на инфламаторните промени. Бидејќи оралните улцерации претставуваат еден од првите симптоми на заболувањето, пациентите со чести налети на улцерации на оралната слузокожа треба да се проследат во насока на овој синдром.

Клучни зборови: орална слузокожа, афти, милијарни улцерации

Синдромот го опишал дерматовенерологот Hulusi Behçet во 1937 година, а веќе во 1931 година бил опишан и од очниот лекар Adamantijadis (Adamantijadis-Behçet syndrom)[1]. Прво е опишан како тријас на симптоми: рецидивирачки афтозен стоматит, генитални улцерации и иритис. Подоцна е докажано дека синдромот ги зафаќа системите и органите, па се опишува како хронична мултисистемска воспалителна состојба со непозната етиологија[2].

Се јавува кај помлади лица, почесто кај мажите 1,7:1. Опишан е во земјите од Средоземјето, Англија, скандинавските земји и во Јапонија[3]. Текот на болеста е варијабилен, непредвидлив. Полиморфната промена дава различна клиничка слика што ја отежнува дијагнозата и адекватната обработка на болните. Диференцијално дијагностички треба да се разликува од рецидиварачките афтозни лезии, Reiter-овиот синдром, вирусните инфекции, Erythema exudativum multiforme, Steven-Johnson-овиот синдром, улцерозниот колит, Pemphigus vulgaris, Pemphigoid, системски еритемски лупус, итн.

Нема специфични дијагностички тестови, но се користат критериуми и тоа: по Duffy и Goldestein (1976); Mason-Barnes (1969) и критериуми на Јапонскиот комитет за истражувања на Behcet-овиот синдром. Сите симптоми се поделени на големи и мали критериуми. Сигурна дијагноза се поставува кога се присутни 3-4 големи критериуми или 2 мали и 2 големи. Оралните улцерации се јавуваат во 66-100% од болните. Улцерации на гениталиите има кај 64-87%, очни промени кај 27-80%, а кожни промени кај 42-85% од болните. Артритисот се јавува во 54-100%, а невролошки манифестации кај 8-25%од болните. Процентот на кардиоваскуларни промени е 7-20%. Опишани се и гастроинтестинални промени, промени на белите дробови, бубрезите и васкуларни реакции[4].

Цел на трудот е да се укаже на дијагностиката и клиничките манифестации на оралната слузокожа кај Behçet-овиот синдром.

Материјал и методи

Проследени се 4 болни (2 жени и 2 мажи), кои се обработени на Одделението за орална медицина и пародонтологија на Клиниката за стоматологија во Ниш и во Институтот за превенција, лечење и рехабилитација на ревматски и кардиоваскуларни болести - „Нишка Бања".

Дијагнозата се засновуваше на дијагностичките критериуми по Masson-Burnes, вклучувајќи орални, очни, генитални и кожни лезии, позитивен Pathergy-тест како големи критериуми, а артритисот, гастроинтестиналните, кардиоваскуларните и промените на ЦНС-от и позитивната фамилијарна анамнеза како мали критериуми.

Направена е хистопатолошка анализа на оралните улцерации. Испитувани се антигените на ХЛА-системот, а направени се и серолошки и рутински хематолошки анализи.

Од табелата 1 е евидентно дека кај жените се јавувале минор афти и херпетиформниот облик на афти, кои кај едната се со мултипен карактер. Карактеристично е дека просечното траење на промените беше за 2 до 5 дена подолго во однос на мажите. Кај мажите карактеристично е дека афтите се солитарни и со пократко времетраење.

Дискусија

Клинички, на оралната слузокожа кај овие болни се јавувале улцерации од типот

ТАБЕЛА 1. *ЛОКАЛИЗАЦИЈА И ТРАЕЊЕ НА ПРОМЕНИТЕ ВО УСТАТА*

Ред.бр.	пол	минор. афти	мајор. афти	херпетиформен облик	солитарни	мултипни	локализација	траење на промените
1	ж	+	/	/	+	/	јазик	9 дена
2	м	/	+	/	+	/	образ	7 дена
3	ж	/	/	+	/	+	образ, меко непце	12 дена
4	м	+	/	/	+	/	непце	8 дена

минор и мајор афти, а поретко во вид на херпетиформни лезии.

Најчести лезии се афтите од минор тип, кои се манифестирале во различни временски периоди, повеќе пати годишно во траење од 7 до 12 дена.

Тие се појавуваат солитарно или мултипно на различни места. Најчесто се појавуваат на образната слузокожа, јазикот, мекото непце, подот на усната празнина. Нивната големина е различна, а се со тркалезен или овален облик, прекриени со жолт фибринозен ексудат. Изразени се субјективните тегоби во вид на болка, која е поизразена при говор и исхрана. Кај овие пациенти се јавувале и афти од мајор тип на местата со послаба кератинизација. Лезиите ја зафаќале слузокожата и подслузокожата сè до мускулниот слој и се со значително поголем дијаметар. Околината на улцерациите е со лесна инфилтрација. Улцерациите зараснуваат побавно и оставаат цикатрикс. Кај овие пациенти се забележува релјефна слузокожа како резултат на претходните налети на афтозните лезии[5].

Херпетиформниот облик на улцерации на оралната слузокожа беше забележан кај еден пациент. Се карактеризира со појава на милијарни улцерации кои потсетуваат на херпетичен стоматит. Но, херпетичниот стоматит е следен со температура, болка во грлото, гингивит и лимфаденит кои отсуствуваат кај Behçet-овиот синдром.

Хистопатолошката анализа го локализира едемот и мононуклеарната инфилтрација. Испитуваните антигени на ХЛА-системот покажуваат присуство на ХЛА-$Б_5$; ХЛА-$Б_{12}$ и ХЛА-$Б_{27}$. Литературните податоци верификуваат дека ова се најчестите антиген-системи, но можат да се најдат и други[6]. Во Јапонија и В. Британија ХЛА-DRW_3 и ХЛА-$Б_{51}$; во Израел ХЛА-$Б_{51}$ и ХЛА-$Б_{52}$; во Тунис ХЛА-DRW_3[7]. Серолошките и рутинските хематолошки испитувања не покажаа спèцифичност на воспалителните промени. Поголемиот дел од истражувањата евидентираат намалување на вкупниот број на Т лимфоцитите во периферната крв[8]. Забележани се и циркулирачки лимфоцити кои се цитотоксични за усната празнина, што оди во прилог на отежнатото зараснување на раните.

Имајќи предвид дека оралните улцерозни манифестации претставуваат еден од првите симптоми на ова заболување, потребно е сите пациенти со чести улцерации на оралната слузокожа од типот афти, да се проследат во насока на овој синдром.

Полиморфизмот на промените кај овој синдром бара тимска соработка на специјалистите по орална медицина и специјалистите од другите медицински гранки и тоа офталмолози, ревматолози и дерматовенеролози.

BEHÇET SYNDROM - ORAL MANIFESTATION

Pejcić A., Peševska S., Kojović D.

Summary

The aim is to point out in diagnostics and clinical manifestation oral mucous at Behcet syndrome. Four patients (2 female and 2 male) are examined. They came to Division for Oral medicine and Periodontology at Stomatology clinic in Niš and Institute for rheumatology in Niška banja. Diagnosis based on diagnostically criterion per Masson-Burnesu including oral, genital and skin lesions and positive Pathergy test as large criterion, and arthritis, gastrointestinal interference, cardiovascular transform, transform in CNS and positive familiar case-history as to paint criterion. Clinical, there was ulceration per patch minor and major aphthae, and as herpetiformic lesion in oral mucous in these patients. The most frequent are aphthous lesion minor patch, which are manifested at different time periods, dangle times a year, at duration from 7 as far as 12 day. They are appeared solitary or multiply in different locality. The frequent is in cheek mucous, language, bait palate, squeegee lip hollow. Promiscuous are bulk, around or oval shape overlaid with fibrinous exudate. The subjective pains are

present and it comes in sight ache that is more painful by speech and to nourish. At patients they appeared and aphthous lesions major patch in regions inferior keratinisation. Lesion takes mucous and submucous as far as muscle layer. Greatly are more instances. Environment ulceration shows mail-cart infiltration. Ulceration healing slowly with scars. Hipertrofical form of ulceration appears at some patient. It feature with appearance of miliaric ulceration, which remains in herpetical stomatit. Herpetical stomatit goes with temperature, throat pain, gingivitis and limfadenitis, whose aren't at Behcet syndrome. Histopathology analysis shows edema and infiltration. The most frequent is antigen HLA-B_5, HLA-B_{12} and HLA-B_{27} in histopathology analysis. Serological and routine hematological field experience isn't showed specifically inflammatory change. Whereas oral ulceration are one from the first symptom these disease, clientele with often assault ulceration in oral mucous shall process toward this syndrome.

Key words: oral mucous, aphthae, miliar ulceration.

Литература

1. Bagan I.V., Sanchis IM., Milian MA et al. Recurrent aphthous stomatitis.A study of the Clinical characteristics of lesions in 93 cases.
2. J.Oral Pathol Med, 93; 20; 395-7, 1991. Cawson RA, Binnie WH,Barrett AW J. Oral disease 3rd Edn. Mosby-Wolfe, London, 2001.
3. Cooce E.,Brijan D.: Recurrent oral ulceration. BMJ; Sept. 28, 1974.
4. Jajić I. Reumatologia. Medicinska knjiga, Zagreb, 1995.
5. Jorirro IL., Rogers RS. Behcet´s disease. J Am Acad Dermat; 23: 738, 1990
6. Lee KH, Bang D, Choi ES,et al. Presence of circulating antibodies to a disease-specific antigen on cultured human dermal microvascular endothelial cells in patients wuth Behcet`s disease. Arch. Dermatol. Res. 1999; 291:374-381
7. Orlov S., Kojović D., Mirković B.: Oralna medicina, Niš, 2001.
8. Sakane T, Takeno M, Suzuki N et al. Behcet`s disease. N engl J Med 341:1284-1291,1999.

УДК : 616.317–002–02 : 578.825.11] : 615.849.19

ЛАСЕРОТ СО МАЛА СИЛА ВО ТЕРАПИЈА НА HERPES SIMPLEX LABIALS

Пејчиќ А.[1], Пешевска С .[2], Којовиќ Д.[1]

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ - Ниш, [1]Одделение за болести на устата и пародонтот
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, [2]Клиника за болести на устата и пародонтот

Најчестите вирусни инфекции во устата се предизвикани од Herpes simplex вирусот од тип I. Клинички може да се манифестираат како примарни и секундарни инфекции. Во случај на секундарна инфекција со Herpes simplex вирусот, најчеста е локализацијата на румениот дел на усните и таа дава специфични промени кои се опишуваат како повторувачки херпес - Herpes simplex labialis recidivans.Во поранешните години лекувањето било исклучително симптоматско.

Денес постојат медикаменти (Aciklovir) кои даваат добри резултати поради нивното дејствување на вирусната инфекција. Во последните години во терапијата на лабијалниот херпес се воведува ласер-терапијата, односно примената на ласерското зрачење со мала моќ.

Цел на трудот беше да се испита влијанието на ласерот со мала моќ на намалувањето на болката и на јачината на клиничката слика во терапијата на лабијалниот херпес.

Испитувањето опфати 15 пациенти, од обата пола, со клиничка дијагноза: Herpes simplex labialis recidivans. Користен е ласер со мала моќ, со бранова должина од 630 до 650nm. Придржувајќи се до упатството на производителот „OPTICA – LASER" од Софија, беше применувана густина на зрачењето од 200 до 300mW/cm². Зрачењето е изведувано до губењето на клиничките знаци на болеста.

Примената на ласер-терапијата во лекувањето на лабијалниот херпес предизвика аналгетски ефект веќе по првото ласерирање. Покрај аналгетскиот ефект, примената на ласерот со мала моќ услови скратување на траењето на болеста речиси за една третина. Примената на ласерот со мала моќ во терапијата на лабијалниот херпес покажа аналгетски ефект, намалување на инфламацијата и намалување на траењето на клиничките знаци и симптоми без примена на медикаменти.

Врз база на добиените позитивни ефекти се препорачува примена на ласер-терапија, со ласер со мала моќ, во лекувањето на лабијалниот херпес.

Клучни зборови: ласер-терапија, Herpes simplex labialis recidivans

Herpes simplex labialis recidivans (ХСЛР) е често заболување во оралната патологија кое се карактеризира со повторувани напади на везикуларни ерупции, примарно на усните и периоралната кожа (12). Ова заболување по својата природа може значително да го наруши квалитетот на животот на луѓето. Во постојан психолошки стрес, поврзан со очекувањето на рецидив, кој е следен со акутна болка и нарушување во орофацијалната регија, ХСЛР ги мотивира и пациентите и лекарите за испитување и примена на нови и безбедни тераписки можности.

Можноста за тераписка интервенција е ограничена поради самата патогенеза и брзиот развој на болеста (16). Класичната лезија, клинички испитувана, трае во просек

7-8 дена, а нелекуваните епизоди може да траат и подолго. Рецидивите се високоваријабилни од индивидуа до индивидуа (4).

Денес постојат многу студии за примената на антивирусни лекови и разни алтернативни агенси во терапијата на ХСЛР (14, 17, 19). Меѓутоа, има многу малку податоци за локалната примена на ласерот со мала моќ во терапијата на ова заболување.

Цел на трудот беше да се испита ефектот на ласерот со мала моќ врз намалувањето на болката и јачината на клиничката слика во терапијата на лабијалниот херпес.

Материјал и методи

Беа испитани 15 пациенти, 11 жени и 4 мажи, на возраст од 16 до 35 години. Утврдена е дијагнозата ХСЛР врз база на анамнезата, клиничкиот наод и рецидивноста на промените најмалку трипати годишно, со присуство на продромални симптоми што укажува на класични лезии. Од испитувањето беа исклучени трудници, пациентки кои земаат контрацептивни средства, како и оние лица кои користеле кој било антивирусен лек, кортикостероиди или кои локално аплицирале лекови 30 дена пред примена на ласер-терапијата.

Ласер-терапијата е спроведена по следниот режим:

1. секоја примена на ласерот е следена со секојдневна контрола на промените, сè до формирање и отпаѓање на крустите,
2. при испитувањето се нотирани стадиумите на лезиите, развојот на лезиите и состојбата при секоја посета.

Поради материјални причини присуството на ХСЛР не е одредувано во вирусна култура.

Клиничкото мерење е правено за да се изврши проценка на ефикасноста на ласерот со мала моќ. Тоа вклучува евидентирање на оздравувањето на класичната лезија (везикула, улцерација и круста), како и нотирање на намалувањето на болката и должината на траењето на лезиите. Ефектите на лекувањето се проценувани врз база на времето на исчезнувањето на класичната лезија од 6 до 8 дена, а кај нелекуваните лезии и подолго. Промените се следени од првото појавување па сè до потполната резолуције на состојбата. Резултатите се споредувани со резолуцијата на класичната лезија. За почеток на промените, се користеше самопроценување на пациентот и тоа во период од 0 до 24 часа. Исто така, и во текот на оздравувањето е користена самопроценката на пациентите 4 х дневно, како и професионалната проценка 1 х дневно.

Ласер-терапијата е изведувана со апаратот „OPTICA – LASER“ - Софија, со бранова должина 630-650nm, со густина на зрачењето од 200 до 300mW/cm^2 во траење од 2 до 4 минути дневно. Секоја лезија е третирана секојдневно до престанок на клиничките знаци и симптоми на болеста.

Резултати

Карактеристиките на испитуваната група се прикажани на табела 1, од која е евидентно дека вкупниот број на третирани пациенти беше 15 и тоа 3 во продромален стадиум и 12 во стадиум на полн клинички развој. Средни години на старост се 25,5 со предоминација на женскиот пол, со просечно траење на болеста од 11 години и рецидивност на заболувањето 4-6 пати годишно.

Од табела 2, евидентна е редукцијата на лезиите кои се во еритематозен стадиум по три дена, а вкупното траење на болеста, по самопроценката на пациентите и по професионалната проценка, се скратува за три дена во однос на траењето на класичната лезија.

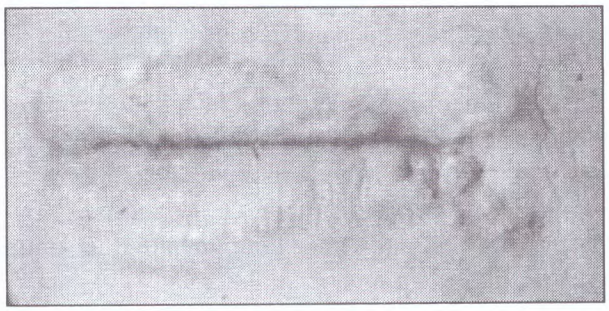
Клиничката состојба на пациентот пред терапијата, за време и по терапијата со ласерот е прикажана на сликите 1, 2 и 3.

ТАБЕЛА 1. *КАРАКТЕРИСТИКИ НА ИСПИТУВАНАТА ГРУПА*

пол		$\bar{X}$ старост	$\bar{X}$ траење на болеста	рецидиви во годината
ж	м	25,5 год.	11 год.	4-6 пати
11	4			

ТАБЕЛА 2. *ЕФИКАСНОСТ НА ЛАСЕР-ТЕРАПИЈАТА ИЗРАЗЕНА ПО ДЕНОВИ*

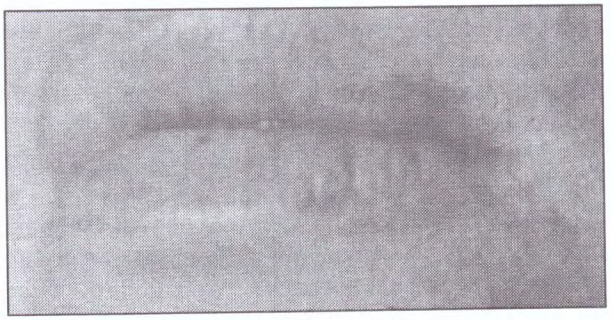
број на тераписки денови	број на денови по самопроценка	број на денови по професионална проценка	број на денови на класични лезии
прв ден	0	0	1
втор ден	1	0	2
трет ден	5	5	3
четврти ден	6	8	4
петти ден	1	2	5
шести ден			6
седми ден			7
осми ден			8



Слика 1. *Изглед на промената пред терапијата*



Слика 2. *Изглед на промената по две ласер-терапии*



Слика 3. *Изглед на промената по пет ласер-терапии*

Дискусија

Врз база на добиените податоци, утврдено е дека терапијата со ласер со мала моќ, кај повратниот ХСЛР, е ефикасна и погодна за клиничка примена дури и кога лезијата се развила по раниот стадиум. Ласер-терапијата покажа ефикасност која се огледа со побрзо оздравување за речиси три дена. Клиничкото значење на ласер-терапијата е евидентно дури и кога се користи при појава на везикули, во смисла на намалување на болката (необјавени податоци). Ласер-терапијата, како единствена метода на лекување, не беше применувана кај тешките форми на ХСЛР.

Добиените резултати од ова испитување се во корелација со наодите на други автори, иако сè уште постои мал број трудови кои се однесуваат на примената на ласерот со мала моќ во терапијата на оралните заболувања. Значајно клиничко подобрување во тек на раниот стадиум на лабијалниот херпес е забележано и при примена на разни антивирусни лекови, но предноста на ласер-терапијата е што истите подобрувања можат да се добијат и без примена на кој било медикамент. Раната примена на ласер-терапијата, која започнува неколку часови по појавувањето на првите симптоми или знаци, беше одлучувачка во терапијата на ХСЛР.

Резултатите од нашето истражување со ласерот со мала моќ покажуваат дека е можна редукција на лезиите кои се во ерите-

матозен стадиум по три дена, а вкупното траење на болеста, по самопроценката на пациентите и по професионалната проценка, се скратува за три дена во однос на траењето на класичната лезија.

Со своите тераписки ефекти – аналгетски и биостимулативни - ласерите со мала моќ поволно влијаат на обезболувањето и на побрзото зараснување на нарушениот интегритет на оралниот епител.

Аналгетскиот ефект е важен тераписки ефект кој се огледа во активирањето на дебелите миелински влакна кои ги инхибираат трансмитерските клетки и не дозволуваат пренесување на болните дразби кон повисоките делови на ЦНС. Во објаснувањето на аналгетскиот ефект се нагласува и зголемувањето на ендогените опоидни супстанции (2), порастот на АТП и АТП-азата која е активирана со помош на Na+ и K+(18). Аналгетскиот ефект се доведува во врска со измените во концентрациите на ендорфинот и серотонинот (13). Треба да се има предвид дека болката е перцепциски корелат на сложениот одговор на стимулансите кои се закануваат да го нарушат интегритетот на ткивото. Затоа едно од важните прашања во идните анализирања на аналгетскиот ефект е неговата објективизација(1).

За разбирање на механизмите на антиинфламаторниот ефект на терапијата со ласер при користењето на ласерите со мала моќ треба да се има предвид ласерскиот ефект на биолошки активните супстанции, кои се важни за инфламаторната реакција како што се хистамин, серотонин и др. Антиинфламаторниот ефект на ласерот со мала моќ се објаснува се инхибицијата на дегранулацијата на мастоцитите (5), со дејствувањето на васкуларната стаза и хипоксија (15). Антиинфламаторниот ефект може да се објасни и со забрзување на циркулацијата која доведува до нормализација на хомеостазата во ткивниот метаболизам (6,7), потоа со намалување на пропустливоста на крвните садови (20) што доведува до намалување на количеството на ексудатот и бројот на инфламаторните клетки, при што доаѓа и до редукција на едемот и инфламацијата.

Иако се цитираат поволните дејства на ласер-терапијата во лекувањето на рекурентниот лабијален херпес (3,8,9,10) потребни се натамошни истражувања во оваа област. Додека не се дефинираат точните механизми на дејствување на ласерот со мала моќ, за практичарите останува препораката дека примената на ласерот во терапијата на ХСЛР е поволна бидејќи ја намалува должината на траењето на болеста, го подобрува чувството на пациентот во текот на лекувањето и на тој начин многу влијае на подобриот квалитет на животот на пациентот.

Herpes simplex labialis е орално заболување и засега ниеден лек не е убедлив во неговата превенција. Врз база на добиените резултати, ласерот со мала моќ може да се примени во терапијата на ХСЛ со цел за постигнување на забрзано оздравување на овие лезии.

LOW LEVEL LASER IN THE TREATMENT OF HERPES SIMPLEX LABIALIS

Pejčić A., Peševska S., Kojović D.

Summary

The most frequent virus infections in the mouth are caused by Herpes simplex virus, type I. They can be clinically manifested as primary and secondary infections. In the case of a secondary infection by Herpex simplex virus, the most frequent localization is on the vermilion and and it gives specific changes that are described as reccurent herpes- Herpes simplex labialis recidivans.

The treatment used to be exclusively simptomatic in earlier years.

Today there are medicaments (Aciklovir) that yeald good results because they influence the virus infection. In recent years, laserotherapy, i.e., application of the laser radiation of smaller force, is being introduced in the therapy of labial herpes.

The aim of this paper was to examine the effect of low level laser on the reduction of pain and the strenght of clinical symptoms in the therapy of labial herpes.

The examination included 15 patients of both sexes, with the clinic diagnosis: Herpes simplex labialis recidivans. Low level laser was used, with the wave lenght of 630- 650 nm. According to the manual of the manufacturer „OPTICA- LASER" from Sofia, the density of radiation applied was 200-300mW/ cm^2. The radiation was applied till the loss of clinical symptoms of the disease.

The application of laserotherapy in the treatment of labial herpes has lead to analgetic effect immediately after the first session. Beside the analgetic effect, the application of low level laser has lead to the shortening of the disease duration for almost one third. The application of laserotherapy in the treatment of labial herpes has shown the analgetic effect, reduction of the inflammation and the reduction of the duration of the clinical symptoms without the use of medicaments.

Based on the achieved positive results, laserotherapy with the low level laser is recommended in the treatment of labial herpes.

Key words: laser therapy, Herpes simplex labialis

Литература

1. Albertini R, Bimbire Fs, Carrea F et al. Effects of different protocol doses of low powers GaAlAs laser radiation (650nm) on carragenan induced rat paw oedema. J Photochem Photobiol B Biology,2004;74:101-107.
2. Bolognaivi L. et all. Effects GaAs laser irradiation on ASTP-ase activity in vivo end in vitro. Laser proceedings congress Bologna Ed. G.Galletti,1986;47-52.
3. Cekić-Arambašin A., Đurđević A.,et al. Efikasnost mekog lasera u lječenju oralnih simptoma. Acta Stomatologica Croatia 24:281-288.1990.
4. Djajić D., Orlov S., Mirković B. Oboljenja mekih tkiva usne duplje, Niš,1981
5. Frencen MH, Koort J. Lasers in dentistry new possibilities with advancing laser technology. Int Dent J.1990;40:323-332.
6. Gerschman JA, Ruben J, Gebart-Eaglemont J. Low level laser therapy for dentinal tooth hypersensitivity. Australian Dent J,1994;39:353-356.
7. Gold S, Vilardi MA. Pulsed laser beam effect on gingiva. J Clin Periodontol,1994;21:391-396.
8. Mirković B., Kojović D., Marinković S., Jovanović Lj. Laser u terapiji labijalnog herpesa. Stomatološki glasnik Srbije, 1993.
9. Mirković B., ivković B., Kojović D., Pejčić A. Laseroterapija u oralnoj medicini. Acta Stomatologica Naissi 23:37-38.2002.
10. Mirković B. et al: Our expirience in therapy of oral disease by laser. III Balkanski kongres stomatologa. Sofija,1998.
11. Mirković B., Jovanović Lj., ivković B.,Mirković-Pejčić A. Using of laser at oral medicine-Yes or no? II Kongres stomatologa Makedonija – Ohrid. Abstract. 1998.
12. Orlov S., Kojović D., Mirković B. Oralna medicina, Europrint, Niš.2001.
13. Pejčić A. Uporedna analiza terapije laserom male snage i konzervativne terapije inflamirane gingive. Magistarska teza, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, 2005.
14. Raborn GW, Agaw Wt, Grace M.,Tyrrell LD et al. Oral acyclovir and herpes labialis: a randomired, double-blind, placebo-controlled study. JADA;115:38-42;1987.
15. Schindle A, Schindl M, Schon H, Knober R, Havalec L, Schindl L. Low intensity laser irradiation improves skin circulation in patients with diabetic microangiopatia. Diabet Care,1999;21(4): 580-584.
16. Scully C. Orofacial herpes simplex infections; current concept in the epidemiology, pathogenesis and treatment, and disorders in which the virus may be implicated. Oral Surg Oral Med Oral Pathol;68:701-710, 1989.
17. Spruance SL et al. Penciclovir cream for the treatment of herpes simplex labialis: a randomired multicevitral, double-blind, placebo-controlled trial. JAMA;277(17):1374-9;1997.
18. Stanković I. et al. Laser male snage u terapiji cervikalnog miofacijalnog bola. Acta Fac Med Naiss 1999;16(4):205-208.
19. Tarasov L. Laser Physics and Applications. Mir Publishers,1986.
20. Webb C, Dyson M: The effect of 880nm low level laser energy on human fibroblast cell number: a possible role in hypertrophic wound healing. J Photochem Photobiol B Biology, 2003;70:39-44.

УДК : 616.98 : 578.828.7]–084 : 616.31

СИДА - ПРЕГЛЕД НА ОРАЛНАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА

Поповска М., Атанасовска-Стојановска А., Ристоска С., Јовановски Н., Стрезовска С.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на устата и пародонтот
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на забите и ендодонтот
Приватна стоматолошка ординација „Идадија“

Заболувањето наречено СИДА во денешницата е едно од најголемите закани за човештвото во XXI-от век. Во суштина, вирусот ја намалува или целосно ја уништува способноста на организмот да се бори против низа микроорганизми (бактерии, габи, вируси) кои предизвикуваат најразлични заболувања. Во услови на намален и уништен имун одговор организмот подлегнува на пропратните суперинфекции најчесто завршувајќи со смрт.

Главниот предизвикувач на болеста и припаѓа на категоријата ретровируси, наречен HIV, што значи „Хуман-имунодефициентен вирус“.

Во својата градба, вирусот на СИДА-та има нуклеотид, односно рибо-нуклео-протеин со форма на конусна спирала обвиткан со протеинска мембрана. Обвивката на вирусот е слична на фудбалска топка, составена од 15 пентагони и 20 хексагони. На обвивката се наоѓаат продолжетоци составени од гликопротеини и тоа надворешно и внатрешно. Кај лица кои се заразени со ХИВ-вирусот, присуството на вирусот е докажано во сите телесни течности. Но, единствени телесни течности каде што ХИВ се наоѓа во високи концентации и преку коишто ХИВ може да се пренесе од заразен на здрав човек се: крв, сперма, вагинална течност, мајчино млеко. Клиничката слика на болеста вообичаено е шаренолика и во многу нешта потсетува на многу други заболувања, па затоа тешко може да се препознаат првите клинички симптоми. Во клиничката слика доминираат симптоми на опортуните инфекции, Капошиевиот сарком на крвните садови на кожата и слузокожата, тешки вирози, системска кандидомикоза. Значајна мерка во спречување и сузбивање на СИДА-та е превенцијата. Личната заштита, преземање и примена на задолжителни мерки од страна на медицинските работници, употреба на игли, шприцеви, аспиратори за еднократна употреба е императив во сузбивање на болеста.

Клучни зборови: ХИВ-вирус, СИДА, превенција.

СИДА-та е болест со која се манифестира последниот стадиум на инфекцијата со вирусот ХИВ. Помегу популацијата заболувањето е познато под името ХИВ-инфекција. Од моментот на заразување, па се до појавата на првите симптоми, во најголем број случаи, минуваат 8-11 години. Многу ретко, овој период може да биде скратен, но, може да биде подолг од 11 години. На овој план треба да се истакне, дека во последните години откако се прават обиди за пронаоѓање на лекови против вирусот ХИВ, периодот на почетокот на болеста е значително продолжен над 11 години.

Зборот СИДА има француско потекло, но помегу лугето во популацијата често се среќава и зборот AIDS, кој има англо-саксонски елементи. Во суштина и едниот и другиот поим се кратенки од едно исто заболување и значат синдром на стекнат недостаток на имунитет на организмот.

Денес СИДА-та се смета за една од најголемите закани за човештвото во XXI-от век. Во суштина, вирусот ја намалува или целосно ја уништува способноста на организмот да се бори против низа микроорганизми (бактерии, габи, вируси) кои предизвикуваат разни заболувања. Микроорганизмите го напаѓаат системот за варење на храната, респираторниот систем, нервниот систем, кожата и слузокожите, предизвикувајќи промени кои завршуваат неизлечиво, со многу компликации, и сериозни испади, но во најголем број случаи со смрт - фатално.

Првите клинички искуства на овој план потекнуваат од случаите кои за првпат се откриени во САД, во 1981 година. Првичните сознанија се поврзани со документирани аргументи дека болеста за која многу не се знае се појавува и шири помегу младите хомосексуалци (5). Анализите покажуваат дека кај сите нив е евидентиран ослабнат имунитет чии причини за појавувањето се непознати и необјаснети. Имено, кај сите нив била забележана галопирачка пнеумонија и појава на Капоши сарком, кој бил предоминантно локализиран на кожата и лигавиците (сл. 1 и 2).

Епидемиолозите од Центарот за испитување на болестите во Америка наогајќи се пред сериозната дилема се упатиле кон поопсежни испитувања и истражувања со цел барем да се приближат кон причините кои придонесуваат за оваа појава. Во тоа време крајната цел- откривање на причинителот, била недостижна.

Со текот на времето бројот на случаите на „непознатата болест" нагло расте не само кај хомосексуалците, напротив рамките биле претесни, па болеста била откриена и кај голем број наркомани и хемофиличари. Интересни биле сознанијата дека болеста не се јавува само кај хомосексуалците, туку и кај оние кои често ги менувале сексуалните партнери. Во тој контекс спроведената анкета во една популација покажала дека кај повеќето кои ги менуваат партнерите процентот на заразување е поголем, за разлика од оние кои во текот на сексуалниот живот



Слика 1. *ХИВ-инфекција, Капоши саркома, рани лезии на букалната мукоза*



Слика 2. *Капоши саркома, промени на кожата на лицето*

имале помалку партнери. Овде процентот на заразувањето заостанува. Најновите сознанија широко ги отвориле вратите на научниците околу најновото откритие „непознатата болест" се пренесува преку хомосексуален однос. Длабоко навлегувајќи во проблемот кој секојдневно добивал во сериозност од многу аспекти, научниците аргументирано потврдиле дека првите траги на болеста се појавиле многу порано во африканските земји (Заир, 1959). Оттука се наметнува прашањето каде и кога првпат се појавило заболувањето. Во врска со ова постојат повеќе теории, но ниту една научно не е потврдена. Многу експерти во оваа област сметаат дека татковината на СИДА-та е во африканските земји.

Потеклото на вирусот предизвикувач на заболувањето, исто така, е дискутабилен мо-

мент, подеднакво како и местото на појавување. Постојат сознанија кои велат дека вирусот е вештачки произведен во биолошките лаборатории на високоразвиените земји. Но, и овие мислења своевремено не добиле научна потврда иако во светот сè уште се шпекулира на оваа тема. Единствен податок околу кој научниците имаат заедничко мислење е дека СИДА-та се појавила многу порано отколку што таа била откриена, а уште помалку дијагностицирана.

По обелоденување на првите случаи во 1981 година, болеста брзо напредува и се шири во светот, па и кај нас. Во Македонија е регистриран првиот случај во 1987 година, а досега има откриено и дијагностицирано над 23 болни и 49 ХИВ-позитивни случаи (2). Бројот на заболените алармантно расте, дуплирајќи се на секои шест до дванаесет месеци. Постојат податоци кои укажуваат на фактот дека дневно се заразуваат околу 5000 луге. Загрижувачките епидемиолошки податоци и сериозноста на болеста во дамнешните времиња ја наметнаа потребата од ургентно дејствување - откривање на причинителот (4).

Етиологија

Тешкотиите околу првите откритија индуцирале вистинска макотрпна долгогодишна и хетерогена активност при откривањето на предизвикувачот на болеста за која се чекало повеќе од две години. Во вакви услови во 1983 година, Luc Montagnie во Пастеровиот институт во Париз, заедно со своите соработници го открил вирусот на СИДА-та и го нарекол LAV-вирус, кој го вброил во групата ретровируси (вирус со повратно дејство). Во истата 1983 година, и американскиот научник Роберт Гало открил вирус од групата ретровируси кај пациенти болни од СИДА и го нарекол HTLV-1. Конфликот кој произлегол од желбата за престиж помегу американските и француските научници, бил конечно разрешен. Мегународната комисија за разграничување на вирусите, дефинитивно го класифицира идентичниот, но разноимениот вирус во категоријата ретровируси, именувајќи го како HIV, што значи „Хуман-имунодефициентен вирус".

По ова експлозивно откритие, започнува бурен развој на технологијата, насочен во правец на откривање на морфологијата и особеностите на вирусот-главниот етиолошки причинител на заболувањето.

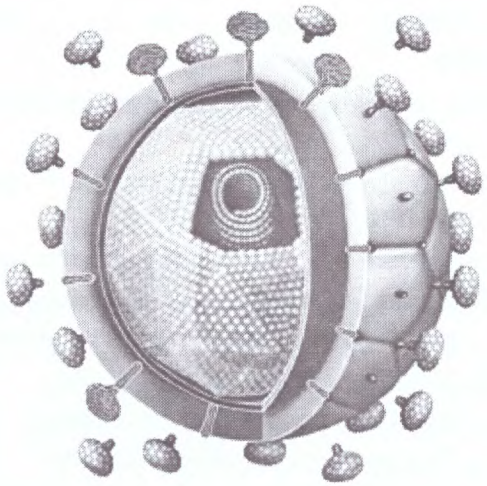
Вирусот на СИДА по својата градба, физички и хемиски особини, и припага на групата ретровируси и заедно со уште три животински вируси ја сочинуваат подгрупата на „Ленто вируси" (бавни вируси). Ретро вирусите во својот состав имаат рибонуклеинска киселина и посебен ензим (реверзна транскриптаза) според кој го добиле името.

Вирусот на СИДА-та има нуклеотид, односно рибонуклеопротеин со форма на конусна спирала и е обвиткан со протеинска обвивка. Обвивката на вирусот е слична на фудбалска топка, составена од 15 пентагони и 20 хексагони. На обвивката се наогаат продолжетоци составени од гликопротеини и тоа и надворешно и внатрешно.

Надворешните се 120 гликопротеини, а внатрешните 41 гликопротеин. Обвивката содржи и други протеини познати како ХЛА-антигени (сл 3).

Тој во структурата располага со повеќе гени кои учествуваат во создавањето на вирусното потомство. Поради тоа што има липидна обвивка вирусот на СИДА е осетлив кон раствори на липиди, детергенти, но и спрема киселини и соли, а е умерено отпорен спрема ултравиолетови и гама-зраци. Во водена суспензија при температура од 25 степени С преживува 15 дена, а на 30 степени С само 11 дена.

Исушен на собна температура ја губи својата вирулентност по 6 дена, а на температура од 60 степени Целзиусови се инактивира за 15 минути. По инфекцијата со вирусот на СИДА во организмот се јавуваат голем број имунолошки промени, во чија основа лежи изразениот афинитет на вирусот кон таканаречените ЦД4-рецептори, кои ги има на површината на многу клетки на организмот. Поради тоа доага до квантита-



Слика 3. *Градба на вирусот на СИДА*

тивно и квалитативно оштетување на клетките на организмот. Како последица на сето тоа, кај инфицираните лица со ХИВ-вирусот, доага до губење како на целуларниот така и на хуморалниот имунитет. Вирусот поседува моќ на мутација. Досега се утврдени 2 типа на вируси ХИВ-1 и ХИВ-2. Можноста за мутација т.е. да ја менува својата структура е голема, а тоа претставува посебен проблем во изнаоѓање на ефикасна заштита, односно вакцина против СИДА-та.

Патогенеза

Кај лица кои се заразени со ХИВ-вирусот, присуството на вирусот е докажано во сите телесни течности. Но, единствени телесни течности каде што ХИВ се наога во високи концентрации и преку коишто ХИВ може да се пренесе од заразен на здрав човек се:

- крвта
- спермата
- вагиналната течност
- мајчиното млеко

Телесни течности коишто не го пренесуваат ХИВ-вирусот се:

- плунката
- солзите
- потта
- урината
- фецесот

Поради тоа ХИВ-вирусот се пренесува на следните три начини:

1. Преку незаштитен сексуален однос (анален, вагинален и орален) со лице кое е заразено со ХИВ
2. Преку контакт на крв и крвни продукти на лице кое е заразено со ХИВ
3. Од заразена мајка на новородено дете (за време на бременост, породувањето или доењето).

ХИВ-вирусот кога ќе навлезе во организмот има специфичен афинитет да се врзе за Т-лимфоцитите, а посебно за ЦД4-клетките кои се нарекуваат како клетки помошнички. Врзувајќи се за нив тој ги користи лимфоцитите за свое размножување. Лимфоцитите стануваат еден вид фабрика за производство на нови вируси на СИДА. Непосредно по оваа фаза доаѓа до самоуништување на лимфоцитите, а ХИВ-вирусите ги напуштаат и продолжуваат да ги напагаат преостанатите Т-лимфоцити и така перманентно продолжуваат сè до потполно уништување.

Со други зборови, вирусот на СИДА ги уништува токму оние клетки на организмот на човекот кои треба да го штитат од сите видови инфективни агенси од кои може да биде нападнат. На овој начин вирусот го разорува имуниот систем во човековиот организам и го прави неотпорен, односно приемлив за многу видови микроорганизми кои лесно ја совладуваат нарушената и ослабната бариера, предизвикувајќи болест.

Клиничка манифестација

Клиничката слика на болеста зависи од јачината и целисходноста на имунитетот, т.е. од тоа во колкава мера тој е нарушен под дејство на ХИВ-вирусот. Кај организмите кои имаат солиден имунитет подолго време треба за да се појави болест и обратно, кај оние другите кај кои имунолошкиот одговор изостанува манифестацијата на болеста ќе се појави порано Okunseri (6).

Времето од заразувањето до појавата на клиничките симптоми се вика време на ин-

кубација. Должината на инкубацијата може да биде различна и се движи од неколку месеци сè до 15 години. Врз нејзината должина можат да влијаат повеќе фактори како што се: квалитетот т.е. јачината на имунитетот на организмот, големината т.н. „инфективна доза", односно бројот на вирусите кои навлегуваат во организмот. Како сериозни фактори кои партиципираат на овој план се споменуваат интензитетот и зачестеноста на повторувачките инфекции.

Клиничката слика на болеста вообичаено е шаренолика и во многу нешта потсетува на многу други заболувања, па затоа тешко може да се препознаат првите клинички симптоми. Според Patton (7), во клиничката слика доминираат симптомите на опортуните инфекции, па оттука поставувањето на дијагнозата на СИДА-та, во средини каде болеста е ретка, е многу тешко. Единствено, појавата на Капошиевиот сарком на крвните садови на кожата и слузокожата е многу сомнителен знак кој може да го наведе клиничарот да помисли дека можеби станува збор за ХИВ-инфекција (9).

Во почетокот на инфекцијата лицето кое е заразено со вирусот ХИВ (ХИВ+ лице), нема никакви симптоми кои би асоцирале на болест. Тие изгледаат здраво, се чувствуваат, исто така, здраво и ги извршуваат секојдневните обврски.

На почетокот болеста се манифестира со општи симпптоми кои се обележје на секоја друга инфекција, како на пример: покачена телесна температура, чести проливи, повраќања, губење на телесната маса. Во најдоцниот стадиум на болеста се јавуваат опортуните инфекции (воспаление на белите дробови, туберкулоза, воспаление на мозокот, габична инфекција во устата, херпес на гениталиите) и малигни тумори коишто се најчести на крвта, лимфното ткиво и на кожата (7). Овој стадиум најчесто завршува фатално по однос на животот на пациентот.

Извештајот од Светската здравствена организација од Женева во 2004 година за полесно препознавање и дијагностицирање во стручната литература апострофира две категории на клинички знаци. Тоа се водечки (мајорни) и споредни (минорни) знаци на болеста.

Во првата група т.н. водечки знаци припагаат:

- губење на телесната тежина за повеќе од 10%
- пролив кој трае повеќе од еден месец
- нејасна зголемена телесна температура која трае повеќе од еден месец

Споредните знаци ги вклучуваат:

- кашлица подолга од еден месец
- кожни воспалителни реакции
- инфекции со херпес зостер вирусот
- габични инфекции
- повторувачки вирусни херпетични афекции
- реакција на лимфните јазли, најмалку во две регии на телото.

Целокупната клиничка манифестација на болеста препознава четири стадиуми на болеста:

- акутен стадиум
- стадиум на рана болест
- среден стадиум
- терминален (доцен) стадиум

Губењето на телесната тежина повеќе од 10% без посебна причина (диета) е еден од знаците за рано препознавање на болеста. Зачестените проливи, без да се пронајде причинителот, енормното губење на течности и дехидратација на организмот се основните причини за слабеењето кое од ден на ден станува сè поевидентно(5).

Зголемената телесна температура помеѓу 38-40 степени со дневни осцилации од 2 степена, исто така, е сомнителен знак за постоење на оваа болест, доколку не постојат други јасни причини за тоа. Температурата, вообичаено се појавува ноќе и речиси секогаш е придружена со обилно ноќно потење. Понекогаш потењето не е предизвикано од зголемена телесна температура, туку пациентите се потат и при нормални температурни вредности.

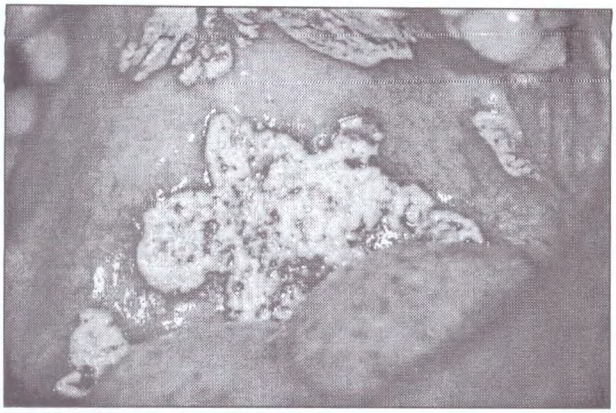
Поради *инфекцијата на долните дишни патишта* најчесто предизвикани од паразитот Pneumocystis Carini, доаѓа до упорна кашлица која трае долго време.

При ХИВ-инфекциите чести се разни *воспалителни реакции на кожата и слузокожите* кои се проследени со чешање, црвенило, оток и појава на црвено-сини дамки. Во склоп на овие инфекции многу лесно може да дојде до отпагање на косата и појава на парцијална или комплетна алопеција.

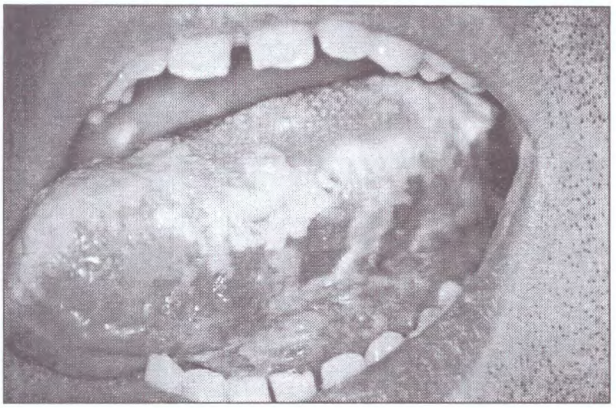
Инфекциите со херпес-зостер вирусот се честа појава кај овие болни. Промените кои се последица на нарушените одбранбени механизми кај атакираните индивидуи може да имаат екстраорална, но и интраорална унилатерална локализација. Посебно карактеристична е појавата на габична инфекција. *Суперинфекциите со габичката Candida albicans*, се локализира најмногу во усната празнина, но не е исклучена можноста од локализирана да прерасне во генерализирана форма, со што и клиничката слика добива во тежина (8). Regezi кај сите проследени пациенти во неговата студија докажал масовни вирусни инфекции. Најдоминантни од сите биле оние чии предизвикувачи припаѓале во категоријата на херпес и цитомегало-вируси. Неоспорен е фактот дека кај сите биле пронајдени кандидомикотични инфекции. Кандидомикозата во усната празнина се манифестира со бели сиренкасти наслаги кои се лепливи, налегнуваат и благо се поврзуваат со подлогата на која лежат. Во оваа форма лесно се отстрануваат оставајќи зад себе еродирани, улцерирани и хиперемични површини кои кај пациентите предизвикуваат исклучително болна симптоматологија (сл. 4).

Инфекциите можат да го зафатат јазикот, грлото, да се дисиминираат подлабоко во хранопроводот. Во овој случај резултираат со сериозни потешкотии во говорот и исхраната.

Во усната празнина, *леукоплакијата*, е еден од првите знаци на СИДА-та. Леукоплакичните промени кај ХИВ-инфекцијата се неспецифични и предилекционо се лока-



***Слика 4**. ХИВ-инфекција, псевдомембранозна кандидијаза на тврдото непце*



***Слика 5**. ХИВ - инфекција, типична влакнеста леукоплакија*

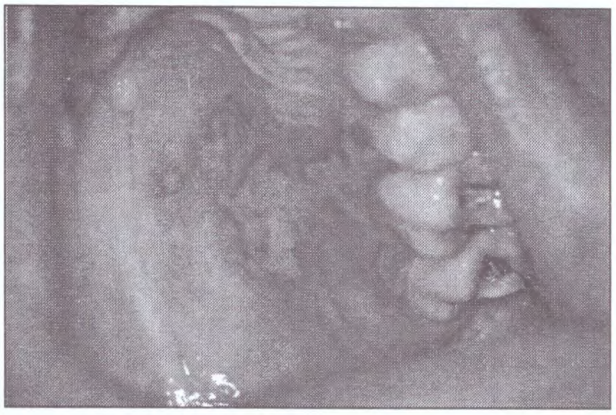
лизираат на подот на усната празнина и на бочните регии на јазикот (сл.5).

Кај пациентите се јавуваат зачестени *инфекции со вирусот на Herpes simplex* кои во повеќе наврати се повторуваат, а кои се локализираат најчесто на местата каде се спојуваат со кожата и слузокожата (сл. 6).

Пр. во устата (румениот дел на усните), екстраорално (анално и вагинално).

Покрај оштетувањата што ги прави ХИВ-вирусот врз белите крвни зрнца, односно пад на имунитетот, најновите сознанија укажуваат дека ХИВ-вирусот ги напаѓа сите органи на човечкото тело.

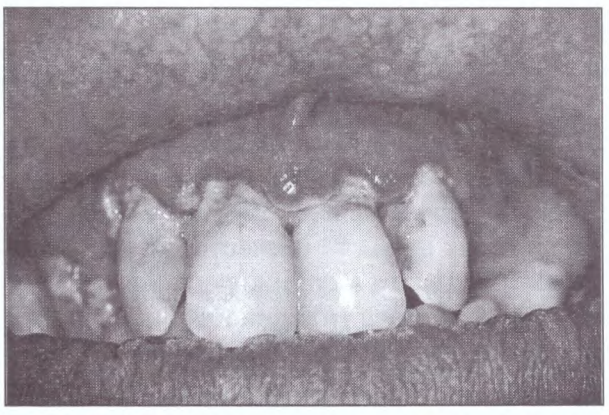
Посебен афинитет покажува кон мозочните обвивки, односно кон централниот нервен систем. Се смета дека атакираноста врз мозочното ткиво настапува уште во почето-



***Слика 6**. ХИВ-инфекција, рекурентен херпетичен стоматит*



***Слика 7.** Пареза на. фацialиалниот нерв*



***Слика 8.** ХИВ инфекција, улцеронекрозен гингивитис*

кот на болеста и предизвикува најразлични степени и видови оштетувања. Тој може да предизвика воспаление на меките мозочни обвивки како и воспаление на мозокот во целост (1).

Како последица на овие случувања се јавуваат психички нарушувања кај личноста. Многу рано се јавува деменција, заборавеност, раздразливост, депресија, меланхолија.

Не е исклучена можноста да се појават и параноидни идеи. Хроничната енцефалопатија, исто така, е честа невролошка појава која се манифестира кај повеќето од половината од ХИВ-заболените.

Клиничката слика се изразува преку пареза на фацијалниот нерв, нарушено мислење, концентрација, забавена психомоторика, губење иницијатива за секаков вид активности (сл. 7).

Зголемување на лимфните јазли може да се јави во повеќето регии на телото, како што е вратот, под пазувите, препоните, зад колената (3).

Многу честа појава е воспаление на белите дробови кое може да биде водечки знак на болеста. Во кратки црти може да се каже дека клиничките манифестации на болеста најмногу се должат на опортуните инфекции предизвикани од најразлични микроорганизми. Опортуните инфекции ги зафаќаат речиси сите органи и ткива на човечкото тело, почнувајќи од кожата, слузокожата, дишните органи, органите за варење, нервното ткиво (7).

Заболените од СИДА имаат опортуни инфекции. Во усната празнина и надвор од неа чести се улцеронекрозните промени. Деструктивни, улцерирани и некротични промени се типични не само кај гингивата туку и кај интерденталните септуми и алвеоларната коска. Во понапреднати и потешки случаи понекогаш може да биде присутна и секвестрација на алвеоларната коска, која несомнено завршува со рано и брзо губење на забите (сл. 8).

Дијагноза и лекување

За поставување на дијагнозата на СИДА-та покрај клинички знаци на болеста се применуваат и лабораториски испитувања. Лабораториските испитувања, всуш-

ност се серолошки тестови за откривање на антитела на вирусот на СИДА. Овие тестирања се спроведуваат со т.н. Elisa test-метода. Позитивитетот на тестот наметнува задолжително повторно тестирање на друг апарат според истата метода. Повторната позитивност на резултатите го упатува стручното лице кон примена на пософистицирана метода т.н. Western-bloot test кој е потврден тест за ХИВ-инфекција.

Лекарите од Сојузниот центар за СИДА во Отава известуваат дека постои доста сигурен тест кој се базира на анализа и тестирање на плунката. Тестот бил протежиран од повеќе причини мегу кои најмногу заради безболноста и минималната опасност по здравјето на здравствените работници. Намалениот ризик и сите пропратни позитивни страни, овој тест го направиле многу прифатлив за јавноста. Научната поддршка за помасовна примена на плунката во дијагностички цели произлегла од соработниците од Центарот за орална СИДА на Универзитетот од Сан Франциско (Калифорнија) и Тајланд. Кај нас сè уште се применуваат серолошките тестови како единствена дијагностичка метода (5).

СИДА-та е неизлечлива болест и секогаш завршува со смрт, па затоа и лекувањето не е можно. Сепак, од тераписки агол се применуваат одредени медикаменти кои ги лекуваат симптомите и му ја олеснуваат тешката и комплицирана клиничка симптоматологија на болниот. Во одредени состојби се применува трансфузија на крв и се ординираат виростатици кои го забавуваат размножувањето на вирусите. Но, ниту една апострофирана метода или медикаментозна апликација не е во можност да го уништи вирусот.

Американските научници го промовираат лекот интерлеукин, со кој се овозможува зголемување на бројот на белите крвни зрнца кај заболени од СИДА до нормални граници. Но, лекот има едно сериозно ограничување може да дејствува само во раната фаза на болеста. Неефикасната терапија и сериозноста на болеста како императив во првите редови ја исфрла превентивата, како најлесен начин за задоволително справување со болеста.

Превенција на болеста

Откако болеста се појавила и се проширила посебно откако бројот на болните почнал сè повеќе да расте (се смета дека дневно се инфицираат по 5 илјади нови пациенти) се посветува посебно внимание за заштита на населението од СИДА.

Најдобар начин за заштита од секоја заразна болест е вакцинацијата, под услов да постои. Но, за жал, вакцина против СИДА не постои.

Во отсуство на лек и вакцина основна и значајна мерка за заштита во овој момент е ефикасното здравствено просветување. Оваа неопходна мерка за заштита треба да се спроведува упорно и сеопфатно, а посебно едукативно да ги опфати младите генерации.

Како што однапред е кажано, вирусот се пренесува преку сексуален контакт, па со редуцирање на бројот на сексуалните контакти и партнери, а посебно со враќање на сексуалната верност кон партнерот се намалува можноста за појава на оваа болест. Во констелација на сите досегашни сознанија останува единствената можност луѓето да се едуцираат, особено, во своето однесување. Неопходно е потребно младите да се едуцираат како да се однесуваат во сексот, односно да не ги менуваат сексуалните партнери. Ако е неизбежно тогаш задолжително треба да се употребуваат презервативи. Презервативот во последно време е во центарот на вниманието како најсигурно и најефикасно средство на заштита.

Во отсуство на ефикасни мерки за заштита главен акцент на заштитата треба да се даде на здравственото просветување кај целокупното население, а посебно кај лицата со ризично однесување.

Советувањето и воспитувањето кај ризичните групи (хомосексуалци и наркомани)

е битен превентивен момент. Безбедни сексуални односи, избегнување на употреба на нестерилен шприц со дрога се фактори на кои треба да се посвети посебно внимание.

Треба да се истакне дека денес на болеста и е посветено посебно место во Законот за заштита на населението од заразни болести, што ја загрозуваат нашата земја. Во врска со ова донесен е правилник каде детално и доктринарно се наведени сите обврски и активности на соодветните државни органи за заштита, спречување и сузбивање на СИДА-та.

Преземање и примена на задолжителни мерки во превенцијата постои од страна на медицинските работници. Задолжителна е примената на инструменти за еднократна употреба како на пример: игли, шприцеви, аспиратори.

Посебно треба да се внимава при работа со крв и крвни деривати, како и со друг биолошки материјал кој е земен од човек кој е заболен од СИДА или е ХИВ-позитивен. Во овој случај потребно е одбележување на епруветите, садовите, задолжителна е адекватна амбалажа и транспортирање. Посебен ризик за медицинскиот персонал се повредите (боцкање, посекотини) кои се случуваат при работа, при т.н. крвави методи (оперативен зафат, обдукција, земање крв, вадење и поправање заб). Поради тоа, потребно е внимателно работење во вакви случаи дури и во услови кога се преземени сите неопходни мерки.

Значајна мерка во спречување и сузбивање на СИДА-та е раното и активно откривање на ХИВ-позитивните лица, пред сè, помегу лицата со ризично однесување и лицата кои контактирале со болни од ХИВ-позитивните.

Најновите научни сознанија одат во прилог на тоа да може да се утврди присуството на ХИВ-антитела во плунката, што сигурно ќе ја поедностави работата за откривање на ХИВ-позитивните лица, од една страна, а, од друга страна, ќе овозможи поопсежни епидемиолошки истражувања.

Посебно треба да се охрабрат хомосексуалците и наркоманите со гаранција за тајност на добиените резултати. Здравственото просветување на младата популација е многу важен сегмент во превенцијата на болеста. Во тој контекс потребно е да се спроведе здравствена едукација, преку воведување на предмет по здравствена култура во училиштата.

За спречување на пренесување на болеста од ХИВ-позитивните мајки на сопствените деца се препорачува, во диспанзерите за жени при редовните рутински контроли на бременост, задолжително да се прави ХИВ-тест. Доколку се утврди позитивна мајка таа треба да абортира, а потоа воопшто да не забременува. Се очекува, врз здравственото просветување посебна улога да одиграат јавните медиуми.

Како понатаму?

Во научните кругови, мегу здравствените работници, па и мегу обичното население, речиси секојдневно се дискутира за можностите оваа болест да се прошири во големи размери како во светот, така и кај нас. Нашата земја гледана од овој агол не е во можност ефикасно да ја одбегне или, пак, да се одбрани од евентуална епидемија. Секојдневните контакти на нашето население со останатиот свет е доволна загрижувачка причина за проширување на болеста. Стратегијата на оваа млада и економски неразвиена земја е понатамошно широко отворање кон светот. Потребата од поинтензивни контакти од сите размери од светот, спонтано не вовлекува во ова последно зло. За жал, би било илузорно и контрапродуктивно, поради страв од болеста, да се води изолациона политика.

Оттука, одговорот на прашањето околу иднината на нашата земја треба да се бара најмногу во превентивата.

AIDS - A REVIEW OF ORAL SYMPTOMATOLOGY

Popovska M., Atanasovska-Stojanovska A., Ristoska S., Jovanovski N., Strezovska S.

Summary

Today, the disease called AIDS is one of the biggest threats for the humanity. In fact, the HIV virus decreases or completely destroys the ability of the organism to fight against bacteria, funguses and other viruses that can cause various diseases. In such conditions of decreased or destroyed reactions of the immune system, the organism is susceptible to accompanied super infections, which usually end with exit.

The main cause of this disease belongs to the retrovirus category, called HIV, which means "Human-immunodeficiency virus".

The construction of the HIV virus consists of a nucleotide or ribonucleic-protein with conic spiral form coated with protein membrane. The virus coat looks like a football ball. It contains 15 pentagons and 20 hexagons and there are external and internal glycoprotein extensions. The presence of the virus at HIV positive people is proved in all body secretes; blood, sperm, vaginal secrete, mother milk are the only secretes with high concentration of HIV virus. That is why the easiest way for spreading the infection from HIV positive to healthy person is contact with these secretes.

Clinical manifestation of this disease is usually various-some times it remains to many other diseases. Because of that, it's too hard to recognize the initial clinical symptoms. Opportune infections, Kaposchy sarcoma of blood vessels of the skin and mucosa, hard viroses, systemic candid-mucosa are clinical dominated symptoms.

The most important security measure for prevention of spreading AIDS, except the education and self-protection, are strictly applied "one use measures" when using medical needles, syringes, aspirators among medical workers. That is condition sine qua non in everyday medical practice.

Key words: HIV-virus, AIDS, prevention

Литература

1. Алексовски Б. СИДА, страв и предрасуди. Печатница „11 Октомври" Прилеп, ноември, 1995.

2. Коцев В. Поповска К. Стојановиќ С. Егуменовска К. Денот кога правам ХИВ-тест. Хера- Канцаларија на Уницеф. Скопје. 2001.

3. Meki R. Strah od Side. Beograd, 1987.

Национална стратегија за ХИВ/СИДА на Македонија 2003-2006. UNAIDS. Скопје, декември, 2003.

The world health report : 2004: changing history.World Health Organisation.Geneva. Switzerland.

Okunseri C. Badner V.\Wizinia A. Rosenberg M. Prevalence of oral lesios and percent CD4(+) Tlymphocytes in HIV infected children on antiretroviral therapy.AIDS patients care STDS 2002;17(1):5-11.

Patton LL.Abillity of HIV/AIDS patients to self-diagnosie oral opportunistic infections. Commun Dent Oral Epidemiol 2001;29 (1):23-9.

Regezi JA. Eversole LR. Barker BF.Rick GM. Silverman S. Herpes symplex and cytomegalovirus coinfected oral ulcers in HIV-positive patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1996;81:55-62.

Regezi JA. Mac Phail LA. Daniels TE. Greenspan D et all. Oral Kaposi sarkoma: a retrospective histopathologyc study. J Oral Pathol Med 10993; 22(7): 292-7.

ОД СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ

МЕЃУНАРОДНА СОРАБОТКА НА СТОМАТОЛОШКИТ ФАКУЛТЕТ

Стоматолошкиот факултет како високообразовна институција, центар на едукацијата и извор на стоматолошката професија, реализирајќи ја својата улога, задачи и дејности кои се и формално утврдени со правниот темел, односно Статутот на Факултетот, е постојано насочен и ориентиран кон остварување на високообразовна, научна, стоматолошка, техничка и стручна соработка со странски високообразовни, научни, стоматолошки и други институции, како дел од грижата за унапредување и учество во развојот на вкупниот образовен систем во областите во кои е матичен. Предвидено е оваа соработка да се остварува преку организирање научни симпозиуми, семинари, курсеви, советувања и други видови собири, а Факултетот користејќи ја својата академска слобода и автономија во управувањето, но во нејзини рамки одлучува за формите и начинот на соработка со други висоокобразовни и научни институции од странство.

Оваа соработка е исклучително значајна, во услови кога од особен интерес на Факултетот е следење на светските трендови и достигнувања од областа на стоматологијата, следење на сè што е ново, проверено и прифатено како напредок во науката и практиката, следење на напредните текови и информации за постојано и контунуирано унапредување на едукацијата не само на додипломските, туку и на поотдипломските, специјалистичките, како и на докторските студии, но и на семинарите и сите други форми на едукација во организација на Факултетот. Ова несомнено произлегува од основите на постоењето на Факултетот, кој сета комуникација со институциите кон странство ја остварува самостојно или во рамките на меѓународната политика на Универзитетот каде Факултетот е акредитиран како внатрешна организациона единица и тоа преку склучување на договори и учество во меѓународни организации, здружување и асоцирање во соодветни организации, институции и асоцијации во странство.

Сето претходно кажано својата правна основа ја наоѓа во Законот за високо образование каде во дефинирање на дејностите на Факултетот, односно во вршењето на образовната и научно-истражувачката дејност вниманието се полага на остварување научна соработка со сродни висообразовни и научни установи од странство.

Стоматолошкиот факултет трудејќи се да ја задржи линијата на една интернационална комуникација, секогаш како дел од организацијата на едукативните форми чини тоа да бидат странски предавачи со теми кои го побудуваат вниманието и интересот поради својата модерна ориентираност, па во агендата на многу успешно организирани семинари стојат еминентни имиња на предавачи од странство од Република Турција, Србија, Словенија и сл. Оваа дејност на Факултетот уште повеќе ќе биде видлива со основањето на Школата за континуирана едукација, која е дел од едукативниот процес на Факултетот независен од додипломската и постдипломската (специјалистичка) настава, а се остварува преку континуирани workshop курсеви за дообука и апликација на најновите достигнувања во стоматологијата.

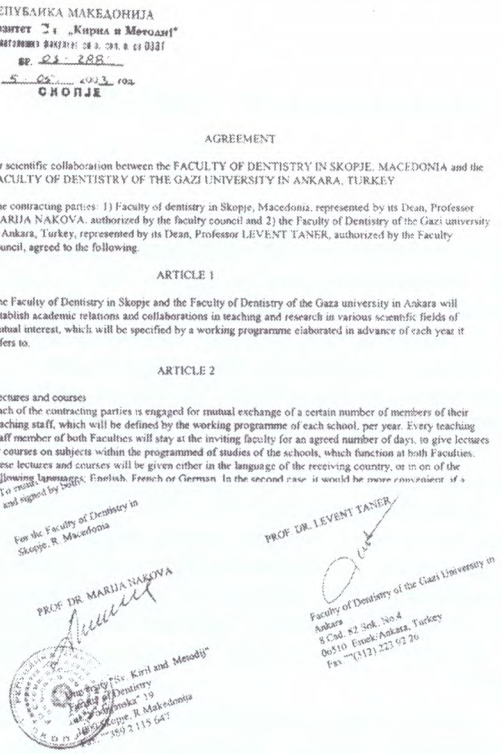
Многу повеќе е потребно да се назначи дека во последниов период соработката со образовните институции од странство добива и формален аспект во смисла на склучување договори, каде релациите на меѓусебна соработка се детално дефинирани и од каде произлегуваат многу можности за успешна реализација на едукативната и научно-истражувачката дејност на Факултетот.

Склучен е договор за научна соработка со Стоматолошкиот факултет од Гази Универзитетот во Анкара, Турција со цел основање на научни, академски релации и соработка во наставата и во различни научни полиња од заеднички интерес за двете страни.

Склучен е договор со Стоматолошкиот факултет од Универзитетот Лома Линда во Калифорнија, Соединетите Американски Држави каде целта на соработката е дефинирана како промовирање на соработка во наставата и истражувањето помеѓу двете институции, соработка во организирање на симпозиуми, конференции, кратки курсеви и средби, но и евентуална размена на студенти за одреден период на студирање или истражување.

Понатаму, перспективно, континуирано се продолжува со развој на релациите во која било сфера и поле значајно и од интерес за факултетот, па во тој контекст се поттикнува целиот негов кадар и соработниците, студентите на студии во организација

на Факултетот, како и секој кој се бави со оваа професија во врските, контактите да ја наметне институционалната соработка која е невообичаено важна за перманентен стек на знаења и нивно пренесување, онаму каде тоа е најпотребно.



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
Универзитет „Св. Кирил и Методиј"
РЕ Стоматолошки факултет
бр. 02-288
5.02.2003 год.
СКОПЈЕ

AGREEMENT

for scientific collaboration between the FACULTY OF DENTISTRY IN SKOPJE, MACEDONIA and the FACULTY OF DENTISTRY OF THE GAZI UNIVERSITY IN ANKARA, TURKEY

The contracting parties: 1) Faculty of dentistry in Skopje, Macedonia, represented by its Dean, Professor MARIJA NAKOVA, authorized by the faculty council and 2) the Faculty of Dentistry of the Gazi university in Ankara, Turkey, represented by its Dean, Professor LEVENT TANER, authorized by the Faculty council, agreed to the following.

ARTICLE 1

The Faculty of Dentistry in Skopje and the Faculty of Dentistry of the Gaza university in Ankara will establish academic relations and collaborations in teaching and research in various scientific fields of mutual interest, which will be specified by a working programme elaborated in advance of each year it refers to.

ARTICLE 2

Lectures and courses
Each of the contracting parties is engaged for mutual exchange of a certain number of members of their teaching staff, which will be defined by the working programme of each school, per year. Every teaching staff member of both Faculties will stay at the inviting faculty for an agreed number of days, to give lectures or courses on subjects within the programmed of studies of the schools, which function at both Faculties. these lectures and courses will be given either in the language of the receiving country, or in on of the following languages: English, French or German. In the second case, it would be more convenient, if a
To read and signed by both

For the Faculty of Dentistry in Skopje, R. Macedonia

PROF. DR. MARIJA NAKOVA

PROF. DR. LEVENT TANER

Faculty of Dentistry of the Gazi University in Ankara
8 Cad. 82 Sok. No 4
06510 Emek/Ankara, Turkey
Fax ""(312) 223 02 26



TO: Charles Goodacre, DDS, MSD, Dean, School of Dentistry
FROM: Kent A. Hansen, General Counsel
DATE: Wednesday, April 12, 2006
RE: **Agreement with St. Cyril and Methodius University**

Memorandum

I have a simple criteria for reviewing these agreements- do they have any legal enforceability or create any liability for LLU or not. If not, the agreement is safe. This agreement is safe and is therefore approved.

cc: Richard Hart

skmemo12-gr\Goodacre Cyril & Methodius 4 12 06.wpd

ШКОЛА ЗА КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА

Потребата од континуирана едукација на докторите-стоматолози наметната од реформите во лиценцирањето на стоматолозите од Македонија, пред Стоматолошкиот факултет-Скопје поставија предизвик за негово вклучување во овие процеси.

Школата за континуирана едукација е предвидена како дел од едукативниот процес на Факултетот, независен од додипломските и постдипломските студии (специјалистички и магистерски). Школата за континуирана едукација ќе опфати стекнување знаења и вештини по пат на курсеви, предавања, семинари, клинички и лабораториски вежби, консултации и други облици на пренесување на знаењата. Се предвидува Школата за континуирана едукација да овозможи дополнување на знаењата од општото стоматолошко образование, но и од специјалистичкото.

Нејзината цел е обезбедување современи стручни и научни сознанија во стоматологијата, а со цел посетителите на курсот да можат да ги исполнат барањата за здобивање лиценци за работа.

За програмите на Школата за континуирана едукација во 2007 год. и за постапката на пријавување ќе бидете подетално информирани во следниот број на Македонски стоматолошки преглед.

СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА ОД ПРИМАРНА СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА

Според измените и дополнувањата на Законот за здравствена заштита од 2004 година, член 153 .....„здравствен работник со високо образование на медицината или на стоматологијата може да се стекне со лиценца за работа ако има основна лиценца и соодветна специјализација или субспецијализација".....

За докторите на стоматологија кои не се специјалисти или супспецијалисти по одредена стоматолошка област, за да се стекнат со право на самостојна работа, Стоматолошкиот факултет-Скопје, освен стандардните специјалистички и супспецијалистички стоматолошки студии, организира нова специјализација - примарна стоматолошка заштита.

Конкурсот за оваа специјализација, Стоматолошкиот факултет ќе го распише во текот на втората половина на месец септември 2006 година.

Специјализацијата од примарна стоматолошка здравствена заштита ќе трае 24 месеци. Според правилникот за специјализациите и супспецијализациите на здравствените работници со високо образование, пропишани се следниве турнуси за вршење специјализација на примарна стоматолошка здравствена заштита:

- пародонтологија	3 месеци
- орална патологија	2 месеца
- фокална инфекција	1 месец
- орална хирургија	4 месеци
- патологија и терапија на кариес, одонтогени инфекции	4 месеци
- терапија на кариес и компликации на кариес кај млечни заби, млади трајни заби и трауматски повреди на забите	4 месеци
- планирање, изработка на тотални и парцијални протези, упатства за нивно користење	2 месеца
- планирање, изработка на коронки и мостови	2 месеца
- интерцептивни ортодонтски интервенции	1 месец
- примарни превентивни мерки за одржување на оралното здравје	1 месец

Стоматолошкит факултет
- 15 септември, 2006

ОБУКА ЗА МЕНАЏМЕНТ ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА

Стоматолошкиот факултет од Скопје во соработка со Cajtig, Европска консултантска организација, организира обука од областа на стоматолошкиот менаџмент. Во реализација на програмата ќе бидат вклучени проф. д-р Бернд Баумгартл и неговите соработници од Универзитетот во Виена, а координатори на истата се Стоматолошкиот факултет-Скопје и Стоматолошката комора на Република Македонија.

Според програмата за реализација на тренингот од областа на менаџментот, првата сесија од обуката ќе се одржи од 27 до 29 октомври оваа година во Софија, со почеток во 18.00 часот, а втората сесија ќе се одржи на 09 и 10 декември 2006 година во Скопје.

По спроведената обука, секој учесник ќе треба да подготви семинарски труд во обем од 8 до 10 страници којшто ќе го брани на завршниот испит. Завршниот испит ќе се одржи во Рим од 25 до 29 јануари 2007 година. Докторите на стоматологија кои ја поминале обуката за менаџмант во стоматологијата ќе добијат сертификат бодуван од Стоматолошката комора на Македонија.

Трошоците за обуката по учесник изнесуваат:

- За 50 и повеќе	270 EUR за лице;
40-49	335 EUR за лице;
30-39	445 EUR за лице;

Информации:

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
ул. Водњанска бр. 17, Скопје,
телефон: (02)3115-647,
e-mail:
stomfak@unet.com.mk;
cajtig_sk@mt.net.mk;
cajtig_@yahoo.com

СЕ ПЕНЗИОНИРАА

По повод заминувањето во пензија на своите колеги и пријатели, проф. д-р Методи Симоновски (18 октомври 2005), проф. д-р Јордан Јанев (31 декември 2005) и проф. д-р Мирослава Стевановиќ (3 април 2006), им се заблагодаруваме за долгогодишниот придонес во развојот и унапредувањето на Стоматолошкиот факултет, наука и практика посакувајќи им добро здравје и долг безгрижен живот. Ја користиме таа пријатна пригода, подолу, хронолошки, да го прикажеме нивниот професионален животен пат.

Проф. д-р МЕТОДИ СИМОНОВСКИ

Симоновски (Никола) проф. д-р Методи е роден на 18 октомври 1941 год. во с. Ѓавато - Битола, Р. Македонија. Средно образование, Гимназија „Јосип Броз Тито“ во Скопје, завршил во 1959/60 год. На Стоматолошкиот факултет во Скопје дипломирал во 1965 год. Во 1977 год. се здобил со звањето специјалист по болести на устата и забите.

Со одбраната на докторската дисертација на Стоматолошкиот факултет во Скопје, под наслов „Промени во минералошкиот статус кај заболени од пародонтопатија“, во 1982 год. се здобил со научниот степен доктор на стоматолошки науки од областа болести на устата и пародонтот.

Првото вработување на проф. Симоновски било во 1965 год., во Здравствената станица на ГП "Маврово" во Скопје. Во 1975 год. се вработил на Стоматолошкиот оддел при Медицинскиот факултет, а во 1976 год. бил избран за асистент на Катедрата за болести на устата и пародонтот; во 1979 и 1982 год. бил преизбиран во истото звање. Во 1983 год. бил избран за доцент на истата Катедра, а во 1988 год. за вонреден професор. Изборот за редовен професор на Катедрата за болести на устата и пародонтот на проф. Симоновски бил извршен во 1993 год., а во 1999 год. бил реизбран во истото звање. Се пензионирал на 18 октомври 2005 год.

Долгогодишна преокупација на проф. д-р Методи Симоновски бил хируршкиот третман на пародонталните дефекти и, посебно, на мукогингивалните аберации од типот на инсуфициентна функционална зона на прицврстена гингива, следена од изолирана гингивална рецесија, неадекватна френулум и плика инсерција, како и неадекватна вестибуларна длабочина, во функција на оптимална естетска морфо-функционална реставрација.

Во 1980год., еден месец, бил на стручно усовршување во Москва, Русија кај професор Никитина, Централен научноистражувачки институт, а во 1980 год., пет месеци, бил на Харвардскиот универзитет во Бостон, САД, кај професор Голдхејвер. Во 1981 год., 4 месеци, професор Симоновски престојувал на Државниот универзитет во Колумбус, САД, кај професор Солт, како корисник на Фулбрајтовата стипендија.

Публицистичкиот опус на професор Симоновски, според нашата датотека, опфаќа над 100 статии.

Професор Симоновски бил носител на самостоен научен проект “Клиничко-биометричка евалуација на слободниот гингивален автотрансплантат” (1987), а соработник бил и на научниот проект под наслов „Проучување на застапеноста на прогресивната пародонтопатија кај населението во Р. Македонија и некои етиопатогенетски механизми“ (1979).

Проф. д-р Методи Симоновски бил советник на Фулбрајтовата асоцијација за стоматолози во поранешна СФРЈ во 1990 год. Во три мандатни периоди (1992/94, 1994/96 и 1996/98) бил декан на Стоматолошкиот факултет во Скопје. Главен и одговорен уредник на стручно-научното списание „Македонски стоматолошки преглед“ бил од 1993 до 1997 год.

Меѓу општествените активности на професор Симоновски треба да се забележат следниве: член на Републичкиот одбор за доделување на „Климентовата награда“ - Скопје, Р. Македонија (1994-1996), а повеќе мандати бил претседател на Републичката специјалистичка секција по болести на устата на Македонија.

За својата севкупна дејност професор Симоновски бил наградуван со разни одликувања и награди, како: плакета (1990) и повелба „Д-р Трифун Пановски“ (1994), признание по повод 50-годишнниот јубилеј (1995), сите од Македонското лекарско друштво. Биографијата на проф. Симоновски е објавена во седмото издание на „The International Directory of Distinguished Leadership“ на Американскиот биографски институт. Во 1999 год. е добитник на плакета на Универзитетот "Св. Кирил и Методиј" по повод неговиот 50-годишен јубилеј.

Проф. д-р ЈОРДАН ЈАНЕВ

Јанев (Павле) проф. д-р Јордан е роден на 19 ноември 1942 год. во с. Мечкуевци, Светониколско, Р. Македонија. Средно образование, Гимназија „Цветан Димов“ во Скопје, завршил во 1960 год. На Стоматолошкиот факултет во Скопје дипломирал во 1964 год. Во 1974 год. се здобил со звањето специјалист по орална хирургија, а во 1982 год. со звањето примариус.

Со одбраната на докторската дисертација под наслов „Клинички, рендгенолошки, гнатодинамометриски аспект испитивања реинплантираних зуба“, во1986 год., во Сараево, се здобил со научниот степен доктор на стоматолошки науки од областа орална хирургија.

Првото вработување на проф. Јанев било во 1965 год., во Здравствен дом „Скопје“. Во 1977 год. се вработил на Стоматолошкиот оддел при Медицинскиот факултет и истата година бил избран за асистент на Катедрата за орална хирургија; во 1980 и 1983 год. бил преизбиран во истото звање. Во 1987 год. бил избран за доцент на Катедрата за орална хирургија, а во 1992 год. за вонреден професор. Изборот за редовен професор на проф. Јанев бил извршен во 1997 год. Се пензионирал на 31 декември 2005 год.

Во 1980 год., осум месеци, бил на стручно усовршување во Париз, кај професор Vaillant, а во 1984 год., четири месеци, пак, во Париз, кај професор Шершев. Во 1985 год., еден месец, бил на стручно усовршување во Тибинген, кај професор Шулте, во 1994 год., две недели, бил во Минхен, кај професор Хартман, во 1996 год. во Манхајм и во 1999 год. во Нирнберг, Германија, кај професор Ланг.

Проф. д-р Јордан Јанев е еден од втемелувачите на македонската орална имплантологија. Тој прв вовел рутинска примена на дентални импланти на Клиниката за орална хирургија, следејќи ги и применувајќи ги најсовремените светски имплантолошки системи.

Публицистичкиот опус на професор Јанев, според нашата база на податоци, опфаќа над 100 статии.

Професор Јанев е автор на учебникот „Денталнa реинплантологија и трансплантологија“, во издание на СИГНУМ - Скопје (1998). Исто така, тој е носител на истражувањето во научно-истражувачкиот проект под наслов „Примена на биокерамички ендоосеални импланти во стоматологијата“ (1991).

Проф. д-р Јордан Јанев бил раководител на Клиниката за орална хирургија од 1991 до 1995 год. Од 1995 до 1999 год. повторно бил раководител на истата Клиника. За претседател на Удружење оралних хирурга Југославије бил избран во мандатниот период 1988-1992 год. Во периодот 1998-2002 год. бил продекан на Стоматолошкиот факултет во Скопје.

Меѓу општествените активности на професор Јанев треба да ги набројме следниве: бил член на Редакцискиот одбор на списанието Македонски стоматолошки преглед од 1993 год., а главен и одговорен уредник од 2003 до 2005 год., член на Редакцискиот одбор на Межев, Франција и член на Европската академија за орална имплантологија во Париз од 1990 год. Тој, исто така, е член на Европската асоцијација за кранио-максилофацијална хирургија со седиште во Цирих од 1988 год.

За својата севкупна дејност професор Јанев бил наградуван со разни одликувања и награди: повелба по повод одбележувањето на 30-годишнината на Стоматолошкиот факултет во Скопје (1987), плакета (1993) и повелба „Д-р Трифун Пановски“ од Македонското лекарско друштво (1999).

Проф. д-р МИРОСЛАВА СТЕВАНОВИЌ

Стевановиќ (Трајан) проф. д-р Мирослава е родена на 3 април 1942 год. во Белград, СР Југославија. Средно образование, Гимназија „Јосип Броз Тито", завршила во Скопје во 1960 год. На Стоматолошкиот факултет во Скопје дипломирала во 1965 год. Во 1972 год. се здобила со звањето специјалист по болести на забите, устата и пародонтот.

Во 1979 год. на Медицинскиот факултет - стоматолошки оддел, го одбранила хабилитациониот труд под наслов „Клиничка и хистолошка процена на пулподентинскиот орган при кариес профунда", од областите хистологија и кариологија. Со одбраната на докторската дисертација на Стоматолошкиот факултет во Скопје, во 1991 год., под наслов "Аспекти на реакции на пулпо-дентинскиот орган при некомплицирани кариозни лезии и процена на нивната реверзибилност", се здобила со научниот степен доктор на стоматолошки науки од областа дентална патологија и терапија.

Во 1968 год. се вработила на стоматолошкиот оддел при Медицински факултет и истата година била избрана за асистент на Катедрата за дентална патологија и терапија; во 1971 и 1976 год. била преизбирана во истото звање. Со звањето доцент се здобила во 1980 год., а во 1985 год. била избрана за вонреден професор. Изборот за редовен професор на проф. Стевановиќ, на Катедрата за дентална патологија и терапија, бил извршен во 1990 год., а во 1996 год. била преизбрана во истото звање. Се пензионирала на 3 април 2006 год.

Во 1970 год. два месеца, била на стручно усовршување во Белград, Југославија, кај професор Бергер, а во 1972 год., три месеци, во Лион, Франција, кај професор Фридел. Во 1981 год., две недели, била на стручно усовршување во Братислава кај проф. Јан Ковотски.

Полето на научно-истражувачкиот интерес на професор Стевановиќ е насочен кон проучување на патохистолошките промени предизвикани од заболувањата на забната пулпа и тврдите забни ткива и кон настојување да ја постигне и да ја процени реверзибилноста на тие состојби.

Публицистичкиот опус на професор Стевановиќ опфаќа над 90 статии.

Проф. д-р Мирослава Стевановиќ била управник на Клиниката за дентална патологија и терапија од 1988 до 1998 год. Од 1992 до 1999 год. била шеф на Катедрата за болести на забите и ендодонтот. Продекан на Стоматолошкиот факултет во Скопје била во мандатниот период 1982/1984 и 1998/2002 год.

Професор Стевановиќ била член на Сенатот при Универзитетот Св. „Кирил и Методиј" во мандатните периоди 1994 -1996, 1996-1998 год., член на Комисијата за доделување на звањето примариус при Министерството за здравство во 1998 год., претседател на Советот на Стоматолошкиот факултет во 1992 год., претседател на Специјалистичката секција за болести на забите во 1970 год. и претседател на Советот на УЦМН во 1980 год.

За својата севкупна дејност професор Стевановиќ била наградувана со разни одликувања и награди: Орден на трудот со сребрен венец доделен од Претседателството на поранешна СФР Југославија, повелба „Д-р Трифун Пановски" на Македонското лекарско друштво (1997), плакета за јубилејот 30 години Стоматолошки факултет (1989), плакета по повод јубилејот на Македонското лекарско друштво (1995).

Од Стоматолошкиот факултет

ПРИКАЗ НА КНИГИ

ДЕНТАЛНА ТРАУМАТОЛОГИЈА

АВТОР: **Проф. д-р Бона Лазар Бајрактарова, д-р сци**

ИЗДАВАЧ: **СКЕНПОИНТ - Скопје, 2006**

350 страници, 534 илустрации
(фотографии и компјутерски цртежи во боја; шематски прикази; рендгенограми)

Книгата ДЕНТАЛНА ТРАУМАТОЛОГИЈА е наменета за студенти по стоматологија, доктори по стоматологија - практичари, специјализанти и специјалисти од сите стоматолошки дисциплини.

Во книгата, покрај она што претставува релевантен став во современата светска стручна и научна литература од оваа област, вградено е и исклучително богатото искуство (30-ина години) на авторот на ова поле. Посветено е внимание на *клиничкото проследување, дијагностиката и третманот на повредите на забите и нивниот потпорен апарат*, но и на можностите за естетска корекција на предните заби при трауматски и други естетски нарушувања; во книгата е посветено внимание и на се она што овозможува подобро разбирање на патологијата и физиологијата на денталните трауми, можностите и потенцијалот на траумaтизираните забни ткива за заздравување. Особено корисно за читателите е потенцирањето на посебно значајните делови од презентираната материја (*Text-boxes*), но и *Краткиот преглед* на крајот од секоја глава, што овозможува брз преглед на суштинските работи од обработената проблематика.

Книгата ДЕНТАЛНА ТРАУМАТОЛОГИЈА, поради богатата илустрираност, воедно претставува и **колор-атлас** на денталните повреди. Разните клинички случаи следени и по повеќе години по повредата, презентирани во книгата, се во функција на подобро разбирање и совладување на обемната трауматолошка проблематика во стоматологијата.

ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

АВТОР: **Миле Царчев**

ИЗДАВАЧ: **СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ, - Скопје, 2006**

Учебникот Превентивна стоматологија е наменет за студентите на стоматологија вклучени во додипломскиот едукативен систем, за специјализантите на детска и превентивна стоматологија и новоконституираната специјализација по примарна стоматолошка здравствена заштита. Учебникот, секако, ќе биде од корист за сите доктори-стоматолози кои имаат обврска континуирано да ги надградуваат стекнатите знаења од стоматологијата.

Современата стоматолошка наука недвосмислено го потврди фактот дека со ерадикацијата на плак-асоцираните заболувања (забниот кариес и пародонтопатијата) најбрзо ќе се доближиме до стратешката цел „ *орално здравје за сите*". За таа цел авторот посебно внимание, во овој учебник, му посветува на забниот кариес, како на едно од најпревалентните заболувања кај современиот човек, при што значаен простор му е отстапен на улогата на денталниот плак во настанувањето на забниот кариес, одржувањето на оралната хигиена, примената на флуоридите во стоматологијата, реминерализацијата и биолошката репарација на иницијалната кариозна лезија, на залевањето на фисурите, улогата на исхраната врз денталното здравје, одредувањето на кариес-ризикот како и улогата на едукацијата и мотивацијата во одржувањето на оралното здравје.

Тргнувајќи од фактот дека многу ортодонтски аномалии успешно можат да бидат превенирани од страна на детскиот стоматолог и стоматологот од

примарната стоматолошка здравствена заштита, како и тоа дека со едноставни интерцептивни ортодонтски интервенции значајно може да се поедностави подоцнежниот ортодонтски третман во овој учебник авторот му посветил соодветен простор и на интерцептивниот ортодонтски третман.

Респектирајќи го фактот дека почетната лезија на пародонталните ткива настанува уште во детската возраст, авторот врши кратка елаборација на превентивните аспекти на пародонталната болест.

Значи, се работи за учебик напишан со едноставен, наративен стил, кој ќе го поедностави учењето и ќе им помогне на студентите на стоматологија и на специјализантите по детска и превентивна стоматологија и примарна стоматолошка заштита, сложените и честопати тешко разбирливи патогенетски механизми на настаувањето на оралните заболувања да ги разберат на едноставен начин што ќе им овозможи успешна апликација на превентивните програми за намалување на нивната преваленција и конечно, остварување на идеалот на превентивата - нивна ерадикација.

Авторот користи богата и современа домашна и светска литература која е дадена зад секое поглавје.

СТОМАТОЛОШКИ СУПРАСТРУКТУРИ НАД ИМПЛАНТИ

АВТОР: **Владо Ванковски**

ИЗДАВАЧ: **ЕВРОПА 92 - Скопје, 2005**

Трендот на стоматолошката имплантологија во светот и нејзината маргинализација кај нас и даваат посебен белег на оваа книга . Целта на авторот е да се отфрли погрешната мистерија околу имплантологијата која кај нас се идентификува со несигурна и „научно-фантастична“ работа.

Книгата е напишана на 149 страници, поделени во осум поглавја . Пишувана е двојазично на македон-ски и англиски јазик - едностранo .

Материјата е илустрирана со 73 слики кои се отпечатени во колор-техника, како што е, впрочем, печатена и целата книга .

Книгата има едукативна и практична вредност за сите студенти на стоматологија, доктори на стоматологија и забни техничари. Со ова кратко и концизно издание ќе се отфрлат сите предрасуди околу имплантирањето, односно протезирањето над имплантите.

Наставно - научниот совет на Стоматолошкиот факултет - Скопје по разгледувањето на позитивниот рецензентски извештај на комисијата во состав: проф. д-р Е. Шабанов, проф. д-р К. Дејаноски и проф. д-р М. Накова авторскиот ракопис го препорачува како учебно помагало.

МАГИСТРИРАЛЕ ВО 2005 год.

УЛОГАТА НА ПУФЕРСКИОТ КАПАЦИТЕТ НА САЛИВАРНАТА УРЕА И БИКАРБОНАТИТЕ ВРЗ ПОЈАВАТА НА ЗАБНИОТ КАРИЕС

Д-р ЕФКА ЖАБОКОВА-БИЛБИЛОВА

Апстракт

Улогата на пуфер - одржувањето на ацидобазната рамнотежа, односно оралната хомеостаза, е една од најважните природни заштитни функции на плунката.

Целта на овој магистерски труд е да се добијат дополнителни сознанија за улогата на пуферскиот капацитет на саливарната уреа и бикарбонатите врз појавата на забниот кариес, стекнати преку:

- клинички испитувања (одредување на КЕП-индексот, одредување на индексот на оралната хигиена ОХИ - индекс);
- биохемиски испитувања (одредување на концентрацијата на саливарните бикарбонати, одредување на концентрацијата на саливарната уреа и одредување на саливарната концентрација на водородните јони - pH);
- корелирање на добиените вредности на саливарните бикарбонати со кариес-фреквенцата;
- корелирање на добиените вредности на саливарната уреа со кариес-фреквенцата.

За реализација на поставената цел планираните испитувања се спроведени кај 60 испитаници од двата пола, на возраст од 16 години кои врз основа на состојбата на забите, односно КЕП (кариес, екстракција, пломба) индексот се поделени во две групи.

Првата група ја сочинуваат 30 испитаници, со многу низок, до низок индекс на кариес (0-3), а втората група ја сочинуваат 30 испитаници, со висок индекс на кариес (>10).

При клиничкиот преглед кај испитаниците е извршено: одредување на КЕП - индексот, како и регистрирање на индексот на орална хигиена.

Биохемиските испитувања на плунката се извршени во различни временски интервали и тоа по 5, 30, 60 и 120 минути од главниот (дневен) оброк. Испитуваните параметри се проследени кај истите испитаници и во примерокот на плунка земен наутро, пред консумирање на каква било храна или спроведување на орална хигиена - базични вредности.

Резултатите од ова истражување укажуваат за тесната врска помеѓу концентрацијата на саливарните бикарбонати и уреата и појавата на забниот кариес. Значајно повисока ($p<0.01$) е концентрацијата на бикарбонатите и уреата кај испитаниците со понизок КЕП - индекс, споредено со истите кај испитаниците со повисоки вредности на КЕП. Ова се однесува како на базичните вредности, така и на вредностите на саливарните бикарбонати и уреата во стимулирана плунка, во различни временски интервали од моментот/времето на механичката стимулација (земањето на оброкот). Добиените резултати го потврдуваат значењето на пуферската улога на саливарните бикарбонати и уреата во оралната средина.

Резултатите од ова истражување покажуваат дека вредностите на pH на плунката во сите временски интервали од испитувањето (5, 30, 60 и 120 мин.), водат кон лесно, но статистички сигнификантно покачување и во двете испитувани групи во однос на базичната вредност. Сепак, порастот на саливарната pH очигледно е поголем во првата група испитаници, кои се со низок индекс на кариес.

Сознанијата стекнати од истражувањето фрлаат додатна светлина врз улогата на саливарниот пуферски систем на релација со оралното, и посебно - денталното здравје. Регулирајќи го саливарниот ацидитет, бикарбонатите и уреата остваруваат улога на важни саливарни компоненти - пуфери, намалувајќи ја можноста за настанување на забниот кариес.

Резултатите од ова истражување, односно вредностите на бикарбонатите и уреата во плунката кај пациентите од детска возраст може да послужат како параметри за утврдување на ризикот од кариес, а согласно со тоа и планирање и спроведување на соодветни кариес - превентивни мерки.

АНАЛИЗА НА ПОСТИГНАТИТЕ ФУНКЦИОНАЛНО ЕСТЕТСКИ РЕЗУЛТАТИ СО ХИРУРШКОТО ЛЕКУВАЊЕ НА ПРОГЕНИИТЕ

Д-р ИНИЗ АЈЕТИ

Апстракт

Мотивиран од актуелните хируршко-ортодонтски трендови во разрешувањето на лицево-виличните деформитети како морфолошки и функционални отстапувања и современите електромиографски можности, ја поставивме како цел на трудот, и преку компаративни анализи да ја проследиме: функционалната способност на мандибуларниот комплекс пред хируршката корекција; функционалната рехабилитација на истиот комплекс по хируршкото ретропозиционирање и резултати од применета оперативна и реконструктивниот ефект со естетска евалуација по хируршката корекција.

Истражувањата се реализирани преку компаративна анализа на група од 51 пациент без други системски заболувања, со различен пол и возраст, исклучително со деформитети на лицев скелет во кои вистински или комбинирано доминантна е прогената оклузија, односно скелетално потврдената прогеност на мандибулата. Базичната компарација пред и по изведената хируршка интервенција била кефалометриски премерувана за што се користени вредности на линеарни и ангуларни параметри од премерувањата на телерендгенограмите. Функционалната компарација во студијата ја изведувавме во соработка со Институтот за физиологија и антропологија во Скопје преку електромиографска евалуација на биоелектричната активност на масетеричниот мускул, дополнета со анализа на потенцијали на m.orbicularis oris. Притоа во основа е анализиран опсегот и бројот на акциските потенцијали, а резултатите статистички се евалуирани.

Во студијата позастапени се испитаници од машки пол (58.8%) во однос на женски пол (41.2%), со сигнификантно поголема застапеност (88.2%) на вистинските прогении во однос на комбинираните деформитети кои се третирани само во 6 случаи (11.8%). Доминантно возрасната структура на хируршки лекуваните деформитети е помеѓу 17 и 27 години со слична дистрибуција по години.

Кај испитаниците со верифициран мандибуларен прогнатизам каде е валоризирана класификацијата на малоклузијата со краниометриските испитувања и компарирања на резултатите покажуваат дека статистички сигнификантна корелираност се потврдува за аголот SNB како и за меѓувиличниот агол ANB ($p<0.001$). Кај вкупната група испитаници докажана е статистичка значајност на промени на вредностите на испитуваните параметри Xi-Pm, Go-Ar i Go-Pg ($p<0.01$). Компаративната анализа на мекоткивниот профил и покажува статистички сигнификантна поврзаност на параметри: должина на горна усна и протрудираност на долна усна, меѓутоа истата веднаш се утврдува кај параметарот LE/Op.

Во однос на анализата од електромиографски испитувања на m.masseter и m.orbicularis oris потврдени се разликите во контрактилната способност на овие два мускула од двете страни меѓу два жвакални циклуса. Опсегот на акциските потенцијали на масетеричниот мускул се зголемува по изведената хируршка интервенција со утврдена статистичка значајност од $p<0.4$. Истиот тип на анлиза кај m.orbicularis oris дава сличен статистички одговор со добиена вредност $p<0.3$.

Сумарно, нашите наоди од спроведената пред и постхируршка интервенција, комбинирана краниометриско-електромиографска евалуација, недвосмислено укажуваат на фактот дека со добро испланирана и изведена оперативна интервенција, значително се зголемува контрактилната способност на масетричните мускули, додека обратно-пропорционално се релаксираат акционите потенцијали на m.orbicularis oris, што директно се рефлектира на скратувањето на времето на контракција со зголемена ефикасност на движењата на мандибулата - конечно ќе резултира со очекувани функционално-морфолошки - естетски ефекти како водечка цел при хируршките корекции на деформитетите.

Темелноста во пристапот на предоперативното планирање и хируршкото третирање на вистинските или комбинираните деформитети на долната третина на лицето, дефинитивно резултираат со сега веќе потврдените значително подобрени функционално-морфолошки и естетски резултати, а сето тоа комплетно се рефлектира и на чувствителниот психолошки сегмент на личноста кај ваквите пациенти.

ЕФЕКТОТ ОД ИНКЛИНАЦИЈА НА ИНЦИЗИВИТЕ ВО ПОЛОЖБАТА НА УСНИТЕ КАЈ МАЛОКЛУЗИЈА ОД II/1 И II/2 ПО ANGLE

Д-р ИРЕНА ГАВРИЛОВИЌ

Апстракт

Тргнувајќи од фактот дека инцизивите имаат влијание во формирањето на лицевата естетика, целта на магистериумот е да се согледа корелацијата помеѓу поставеноста на инцизивите и поставеноста на усните, кај неправилност од II/1 и II/2, споредени со нормална оклузија. Да се согледа профилот на лицето кај индивидуи со неправилност II/1 и II/2 и нормална оклузија. Да се одреди просечното растојание на горната и долната усна од естетската линија. Да се направи полова диференцијација во однос на поставеноста на усните. Да се одредат статистички сигнификантни разлики кај испитуваните групи.

Во испитувањето беа опфатени 95 латерални телерендгенографски снимки, од кои 35 од испитаници со неправилност II/1, 35 од испитаници со II/2 и 25 се од испитаници со нормална оклузија, како контролна група, кои покажуваат дентални и скелетални односи од I класа и имаат хармонично лице.

Испитаниците се на возраст од 10 до 14 години, од машки и женски пол, без претходен ортодонтски третман.

Во рендгенкраниометриската анализа се опфатени 33 параметри, ангуларни и линеарни.

Врз основа на добиените резултати од ова испитување, може да се донесат следните заклучоци:

Антеро–постериорниот однос ма максила и мандибула (ANB аголот) покажа сигнификантна разлика и кај II/1 и II/2 во однос на контролната група. Неговите вредности беа зголемени.

Аголот на конвекситет (NA/APg) има високо сигнификантна разлика во ниво од 0,01>p>0,001 и кај двете испитувани групи и кај машки и кај женски испитаници. Ова укажува на изразен конвексен профил, и тоа повеќе кај испитаници II/1, а нешто помалку кај испитаници со II/2.

Инклинацијата на горните инцизиви, согледана преку аголот на максиларната рамнина (Is/Sp), кој покажа сигнификантна разлика кај неправилност II/1, и аголот со предната кранијална база (Is/SN) укажуваат на проклинација на максиларните инцизиви. Кај испитаници со II/2 добиените вредности и за двата агла укажуваат на ретроклинација на максиларните инцизиви.

Интеринцизивниот агол (Is/Ii) дава сигнификантно намалување кај неправилност II/1 што укажува на протрузија на инцизивите и незначително зголемување кај неправилност II/2, што зборува за блага ретрузија на истите.

Должината на горната и долната усна, е без промени во своите димензии и кај двете испитувани групи. Во однос на полот, кај испитаници од машкиот пол се сретнува нешто помала долна усна, во однос на женскиот пол.

Мекоткивниот конвекситет (NPrn'Pg) покажа намалување на аголот, кај малоклузија II/1 и тоа повеќе кај машки во однос на женски испитаници. Ова укажува на конвексен профил на лицето. Кај малоклузија II/2 не се најдени отстапувања од нормалата за овој агол.

Рендгенкраниометриските анализи не се во можност да ги решат сите проблеми во ортодонцијата, туку само да ни помогнат да се доближиме до точна дијагноза и план на терапија, и да ни овозможат да се откријат не само биолошките варијации, туку и отстапувањата кои тие ги покажуваат.

СЕ ЗДОБИЛЕ СО ЗВАЊЕТО СПЕЦИЈАЛИСТ
ВО 2005 ГОДИНА

ОРТОДОНЦИЈА

Јасмина Грозданова	Скопје	2.03.2005
Стевче Велјанов	Демир Хисар	9.03.2005
Татјана Петрова	Скопје	10.03.2005
Јасмина Христова	Струмица	18.03.2005
Емин Незири		18.03.2005
Љубинка Чичановска	Скопје	10.05.2005
Хани Достинова	Струмица	26.05.2005
Тања Грчева	Струмици	30.05.2005
Вилета Николовиќ-Божиновска	Скопје	31.05.2005
Уљај Мустафа	Гостивар	01.06.2005
Ташева Сунчица	Гевгелија	10.06.2005
Јусуф Илјази	Гостивар	13.06.2005
Гулаба Деребан	Струга	13.07.2005
Марија Стојчевска	Прилеп	14.08.2005
Назире Мустафова		31.10.2005
Стојче Лазески	Кичево	26.12.2005
Сашо Трпески	Скопје	28.12.2005
Фадил Исмаили	Гостивар	29.12.2005

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

Весна Милошевска	К. Паланка	12.01.2005
Ајсан Џафери	Тетово	3.03.2005
Ана Мешкова	Скопје	10.03.2005
Зорка Стаменкова	Кочани	17.06.2005
Веселинка Иванова	Делчево	29.09.2005
Анчо Грујоски	Гостивар	21.12.2005

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

Марина Матева	Велес	11.03.2005
Летка Митревска	Демир Хисар	30.03.2005
Предраг Стојановиќ	Скопје	21.04.2005
Дејан Поповски	Скопје	09.06.2005
Жана Чингоска	Скопје	15.06.2005
Гордана Пејковска	Скопје	20.06.2005
Здравко Миленков	Охрид	27.06.2005
Валентина Домазетоска	Куманово	28.09.2005
Виолета Смилеска	Скопје	10.10.2005

МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА ХИРУРГИЈА

Зоран Буџевски	Битола	28.04.2005
Агим Мурати	Тетово	07.06.2005

ОРАЛНА ХИРУРГИЈА

Ахмед Мемети	Тетово	25.02.2005
Ванчо Роглев	Кавадарци	18.04.2005
Алинафи Сулејмани	Гостивар	29.06.2005
Хасип Туша	Гостивар	01.07.2005
Дејан Рафајловски	Скопје	12.07.2005
Оливера Пупулковска	Ресен	05.10.2005
Жаклина Манчева	Скопје	01.11.2005
Стефан Мијевски	Струга	02.12.2005
Седат Алиу	Тетово	16.12.2005
Владимир Донев	Битола	28.12.2005

БОЛЕСТИ НА ЗАБИТЕ И ЕНДОДОНТОТ

Билјана Стојановска	Скопје	17.10.2005
Зоран Трифуновски	Гостивар	06.12.2005

ДИПЛОМИРАА НА СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ
ВО 2005 ГОДИНА

МАНОЈЛОВСКА Душан ЕЛИЗАБЕТА	10. 01. 2005 Охрид
ЈОВАНОВСКА Методија МОНИКА	10. 01. 2005 Кавадарци
ТУФАИ Нецати АЛПЕР	24. 01. 2005 Гостивар
МЕХМЕДИ Мендух ЗИЛБЕХАР	28. 01. 2005 Тетово
СТАНКОВИЌ Зоран ТАЊА	01. 02. 2005 Битола
ЦОНЕВСКА Мијалчо СИМОНА	03. 02. 2005 Штип
НАЈДЕНОСКА Сотир СЛАВИЦА	04. 02. 2005 Прилеп
ДИМИТРИЕСКИ Стеван ТАШЕ	28. 02. 2005 Охрид
ИЛИЕВА Стојчо ЉУБИЦА	28. 02. 2005 Струмица
ИВАНОВСКА Тодор ЕМИЛИЈА	28. 02. 2005 Скопје
ТИМОВ Васко ЃОРЃИ	28. 02. 2005 Струмица
ТУФА Јане ХЕНИ	01. 03. 2005 Скопје
СТАНКОВ Панче ИГОР	03. 03. 2005 Скопје
КОНДЕВА Живко ТАТЈАНА	04. 03. 2005 Скопје
САРАКИНОВ Благој ХРИСТОФОР	04. 03. 2005 Скопје
НИКОЛОВСКА Момо ЕМИЛИЈА	04. 03. 2005 Скопје
СТОЈАНОВА Миле ИРЕНА	04. 03 2005 Скопје
РАФАЈЛОВСКА Делче ЈУЛИЈАНА	04. 03. 2005 Тетово
ЧУПЕСКИ Ѓорѓи ВЛАТКО	07. 03. 2005 Скопје
ДЕЈАНОВСКА Крсте СОЊА	18. 03. 2005 Скопје
ЦВЕТАНОВСКА Братимир АЛЕКСАНДРА	27. 03. 2005 Прилеп
ПАУНОВСКА Љубомир МИРЈАНА	01. 04. 2005 Скопје
ГОШЕВСКА - МИЈАЛКОВА Илија НАДЕ	01. 04. 2005 Скопје
ПЕТРОВСКА Стефан АЛЕКСАНДРА	01. 04. 2005 Скопје
МИТРЕВА Дончо ТИНА	01. 04. 2005 Кавадарци
СИМОВСКА Радослав ЕЛЕНА	01. 04. 2005 Скопје
ТРАЈЧЕВА Јордан АЛЕКСАНДРА	04. 04. 2005 Скопје
БОНЕВСКА Пеце АНЕТА	04. 04. 2005 Скопје
АРСОВА Благој ЕЛЕНА	05. 04. 2005 Кочани
МИЛОШЕВСКИ Петре ТРАЈАН	06. 04. 2005 Скопје
ЃОРЃИЕВСКА Славко ГОРДАНА	07. 04. 2005 Скопје
ХАЏИ-ПОПОВСКИ Владимир АЛЕКСАНДАР	08. 04. 2005 Битола
СТОЕВ Благој САШО	08. 04. 2005 Гевгелија
ТИМОСИЕВСКИ Никола ДЕАН	20. 04. 2005 Тетово
МИЛАНОВ Стојан ОЛИВЕР	25. 04. 2005 Скопје
КАРАНФИЛОВСКА Максим ТАЊА	29. 04. 2005 Скопје
ПОПОВСКА Методија ВЕСНА	04. 05. 2005 Битола
ГРПЧЕВСКИ Ристо НИКОЛА	06. 05. 2005 Скопје
ИСЕИНИ Шаип ЕРДУАН	06. 05. 2005 Скопје
ПОПОВСКА Софроние АЛЕКСАНДРА	09. 05. 2006 Скопје
ДИМОВСКИ Драган ХРИСТИЈАН	09. 05. 2005 Скопје
ЧОМОВСКА Михајло ЈЕЛЕНА	09. 05. 2005 Битола
ЗАОВ Бранко МАРИЈА	10. 05. 2005 Скопје
КОСТОВСКА Ѓоко ЈОРДАНКА	20. 05. 2005 Тетово
АРЏАЛИЕВ Георги АЛЕКСАНДАР	27. 05. 2005 Скопје
КАЛИНОВСКИ Благоја СЛОБОДАН	30. 05. 2005 Скопје
НИКОЛОВСКИ Ристо ДАРКО	01. 06. 2005 Прилеп
ШАРЛАНЏИЕВА Петар НИНА	01. 06. 2005 Скопје
ГЛИНЏАРСКА Тодор МАРИЈА	01. 06. 2005 Делчево
МОЈСОВСКА Благоја ОЛИВЕРА	02. 06. 2005 Скопје
РАДЕВСКИ Трипун ГОРАН	02. 06. 2006 Скопје
РАДЕВСКИ Трипун ЗОРАН	02. 06. 2005 Скопје
ТУРКОГЛУ Мустафа ЈУЏЕЛ	05. 06. 2005 Истанбул
МИЛАДИНОСКА Милан БИЉАНА	07. 06. 2005 Кичево
ПАПИЌ Бранислав ИВАНА	07. 06. 2005 Скопје
ПОПОВСКИ Димитар АЛЕКСАНДАР	07. 06. 2005 Прилеп
ИСПИРОВА Ѓорѓе ЕЛЕНА	07. 06. 2005 Струмица
МАТОСКА Ристо ЈАСМИНКА	08. 06. 2005 Струга
ПАВЛОВСКА Добре ГОРДАНА	08. 06. 2005 Скопје
ЃОРЃИОСКИ Радован ГОЦЕ	27. 06. 2005 Скопје
ТРПЕСКА Станимир СЛАЃАНА	30. 06. 2005 Гостивар
РИСТЕСКА Стеван СОЊА	01. 07. 2005 Прилеп
НЕШИЌ Зоран ИСКРА	01. 07. 2005 Скопје
МЕХМЕДИ Рецаил ЕЉЕСА	04. 07. 2005 с. Долна Баница
СТЕФАНОВСКА Милорад САЊА	04. 07. 2005 Куманово
АНАСТАСОВА Радомир АНЕТА	05. 07. 2005 Скопје
ЧЕКИЧОСКА Љубомир САНДРА	05. 07. 2005 Скопје
КАМЧЕВА Пане НАДИЦА	05. 07. 2005 Скопје
КАРАНИКОЛОВА Никола МАРИЈА	05. 07. 2005 Гевгелија
ЈАНЧЕСКА Васко БИЉАНА	15. 09. 2005 Скопје
СТАНОЕВ Ацо СЛОБОДАН	28. 09. 2005 Скопје
МЕАНЏИСКА Ванчо ИРИНА	29. 09. 2005 Скопје
ЦВЕТКОСКА Никуш ВИОЛЕТА	29. 09. 2005 Гостивар
ИЛКОВА Костадин МАРИЈА	29. 09. 2005 Радовиш
ПЕТРОВ Ѓорѓи КОСТАДИН	29. 09. 2005 Велес
ПЉАКОСКИ Драган НИКОЛА	29. 09. 2005 Охрид
ДИМОВА Ѓорѓи ЛИДИЈА	29. 9. 2005 Скопје
СТОЈАНОВИЌ Милорад СНЕЖАНА	29. 09.2005 Тетово
ПАВЛЕСКИ Димитар АТАНАС	30. 09. 2005 Скопје
ВАСИЛЕВСКА Драган ЕЛЕНА	30. 09. 2005 Скопје
ТАЛЕВСКИ Димитри ГОЦЕ	05.10.2005 Скопје
КОЧОВСКА Бранислав ЕМИЛИЈА	07. 10. 2005 Велес
ИЛИЕВСКА Трајко ЦВЕТАНКА	27. 10. 2005 Скопје
РАПТИС Вангел ТЕОДОРА	27. 10. 2005 Скопје
НИКОЛОВА Иван САЊА	28. 10. 2005 Прилеп
ГЕОРГИЕВСКИ Томислав ХРИСТИЈАН	28. 10. 2005 Битола
ДОДЕВСКИ Стојанче ВИКТОР	28. 10. 2005 Куманово
МИЛАНОСКА Рампо КАТЕРИНА	28. 10. 2005 Прилеп
ДИМИТРОВСКА Слободан ОЛГИЦА	28. 10. 2005 Скопје
ПАШОЛИ Ќерам АГРОН	01. 11. 2005 Дебар
КРСТЕВСКА Звонимир АЛЕКСАНДРА	01. 11. 2005 Скопје
МИШОСКА Петар ЕЛЕНА	03. 11. 2005 Битола
ЃОРЕЛИЈОСКИ Андре ИГОР	03. 11. 2005 Струга
СОТИРОВСКА Миодраг БИЉАНА	03. 11. 2005 Тетово
ВУЧЕСКИ Серафим ДИМИТРИЈА	08.11.2005 Тетово
БИЗЕВСКИ Павле ДАНЧО	29. 11. 2005 Битола
НАСТОВСКА Бранко МИЛИЦА	30. 11. 2005 Тетово
НАНЕВСКА Павле БИЉАНА	06. 12. 2005 Скопје
НАНЕВСКА Павле МИРЈАНА	06. 12. 2005 Скопје
ТРПКОСКА Борко АЛЕКСАНДРА	08. 12. 2005 Тетово
МАРКОСКА Ангел БИЉАНА	12. 12. 2005 Крушево
ИЛИЕВА Дане АЛЕКСАНДРА	20. 12. 2005 Скопје
ВАСИЛЕВСКА Петар МАЈА	23. 12. 2005 Кавадарци
ЧАЛОСКА Дончо ИВА	26. 12. 2005 Скопје
ПАВИЌЕВИЌ Драгомир АЛЕКСАНДРА	27. 12. 2005 Скопје
ВЕСЕЛИНОВСКА Момир ИРЕНА	27. 12. 2005 Тетово

ИЗВЕШТАИ ОД КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА И КОНГРЕСИ

СЕМИНАР ЗА СТОМАТОЛОГИЈА

ПРИМЕНА НА ЛАСЕРОТ ВО ОРАЛНАТА ПАТОЛОГИЈА
СКОПЈЕ, 20 МАРТ 2006 год.

Во рамките на континуираната едукација Стоматолошкиот факултет и Македонското Стоматолошко Друштво го организираа едуктивниот семинар "Примена на ласерот во оралната патологија", кој се одржа на 20.03.2006 година во Скопје.

Семинарот го отвори деканот на Стоматолошкиот факултет проф. д-р М. Накова која говореше за новите текови во едукативниот процес на стоматолозите во Македонија. Модератор на работниот дел на семинарот беше проф д-р В. Поповски. На семинарот беа презентирани следните актуелни теми од различни области на стоматологијата кои ги потенцираа позитивните ласерски тераписки ефекти:

- Проф. д-р Ф. Тасар (Турција). Дали Nd: YAG-ласерот е алтернативен третман за оралните лезии во однос на скалпел-хирургијата
- Доц. д-р Н. Бурић (Србија). Примена на Nd: YAG-ласерот во терапијата на васкуларните лезии во орофацијалната регија
- Ас . д-р С. Пешевска. Аналгетски ефект на нискомоќната ласер-терапија
- Д-р А. Пејчић (Србија). Патохистолошка верификација на дејството на ласерот во третманот на пародонталната болест
- Д-р Ж. Божиќ (Словенија). Белење на забите и други употреби на Nd: YAG-ласерот во стоматологијата
- Ел.инг. З. Вижинтин (Словенија). Оптимализација на брзината на препарацијата на забите во подрачјето на ладната аблација

Понудените теми, со својата актуелност, едукативност, и апликативност предизвикаа интерес кај присутните стоматолози од Македонија, кои покажаа огромен интерес, што беше евидентно и со дискусиите по истите. Приближувањето на искуствата и презентирањето на она што е најактуелно во областа на ласерската стоматологија, што беше цел на овој едукативен семинар, на обострано задоволство, сметаме дека беше постигнато. Секако, можноста за размена на искуства со колегите кои секојдневно го користат бенефитот од ласерската технологија во своите ординации е уште еден поттик за натамошно следење на актуелностите од оваа област. Извонредниот интерес на колегите стоматолози за следење на новитетите во стоматологијата, презентиран не само по нивната огромна присутност, туку уште повеќе и по активното учество во дискусиите претставува потстрек и потврда за потребата за продолжување на процесот на континуирана едукација.

Од Стоматолошкиот факултет

XI КОНГРЕС НА БАЛКАНСКАТА СТОМАТОЛОШКА АСОЦИЈАЦИЈА

САРАЕВО, МАКЕДОНИЈА

11-14 МАЈ, 2006 год.

Од 11 до 14 мај 2006 год. во организација на Стоматолошката асоцијација на Федерацијата на Босна и Херцеговина и Република Српска се одржа XI конгрес на Балканската стоматолошка асоцијација. Градот Сараево со своите препознатливи историски карактеристики на мултиетичност и религиозна толеранција, широко ги отвори портите да ги прифати учесниците на Конгресот од девет балкански земји. На Конгресот беа присутни вкупно околу 1000 учесници од кои некои зедоа активно учество, а други беа активни слушатели на сесиите. За целото времетраење на Конгресот се одвиваше и саем на стоматолошка опрема и материјали. Во рамките на Конгресот беа презентирани вкупно 508 стручни трудови од кои 129 беа усни, а остатокот постер-презентации, од сите области на стоматологијата. Конгресните активности се одвиваа во реномираниот и реновиран од војната хотел „Holiday Inn", поточно во осум сали, подготвени за таа пригода.

Учесниците на Конгресот имаа можност да ги проследат предавањата на шест поканети еминентни предавачи, кои во своите трудови се задржаа на одредени актуелни прашања од областа на периодонталната терапија, ортогнатичната хирургија, имплантологијата, како и на одредени биолошки аспекти на фиксно-мобилните протетички изработки.

Нашиот факултет беше застапен со вкупно 57 трудови, од кои еден пленарен и седум усни презентации, додека остатокот од трудовите беа прикажани во постер-сесијата. За одбележување е дека нашите учесници, како во усните, така и во постер-презентациите прикажаа актуелни и современи методи и приоди во третманот на пациентите, што упатува на недвосмислен заклучок дека македонската стоматологија, главно, може да се каже, ги следи трендовите на современата стоматолошка наука.

И покрај тоа што програмата на Конгресот беше доста збиена со голем број стручни теми, сепак, преостануваше време за посета на знаменитостите на Сараево како што е Баш-чаршијата, изворите на река Босна, богатата збирка експонати на Природнонаучниот музеј, а, секако, Конгресот беше и можност за стекнување нови пријателства и познанства.

Проф. д-р Љ. Гугувчевски

I КОНГРЕС ПО МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА ХИРУРГИЈА И ХИРУРГИЈА НА ВРАТОТ

со интернационално учество

25-27 МАЈ 2006, ОХРИД

Здружението на максилофацијалните хирурзи на Република Македонија, оваа година, од 25 до 27 мај, го организираше *СВОЈОТ ПРВ КОНГРЕС ПО МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА ХИРУРГИЈА И ХИРУРГИЈА НА ВРАТОТ СО ИНТЕРНАЦИОНАЛНО УЧЕСТВО.*

Како место за овој значаен настан, беше избран градот Охрид, еден од бисерите на македонската уметност, наука и култура.

Хотелот „Гранит" со сиот свој капацитет беше ставен на располагање на Конгресот.

Научниот дел од програмата обработуваше повеќе теми, логично поделени во тематски единици, и тоа: третман на малигните заболувања во пределот на главата и вратот, реконструктивна хирургија во лицево-виличната регија, ринопластика, максилофацијална траума, вродени расцепи на усните и непцето, ортогнатска хирургија, имплантологија, како и многу други теми од доменот на максилофацијалната хирургија, пластичната и реконструктивна хирургија, оториноларингологијата, оралната хирургија, онкологијата и сите сродни дисциплини.

Програмата беше изведена во два работни дена, 26 и 27 мај, во неколку сесии за орални и постер-презентации.

Освен учесници од земјата, на Конгресот активно учество земаа околу 120 еминентни стручњаци од регионот и пошироко од Европа.

Поканети предавачи со соодветно застапени теми од сите области беа: *проф.д-р Џон Лори* (Велика Британија) – претседател на Европската

асоцијација за кранио-максилофацијална хирургија, *проф.д-р Мишо Вираг* (Република Хрватска) – претседател на Хрватското Здружение за максилофацијална хирургија, *проф. д-р Небојша Јовиќ* (Србија и Црна Гора) - претседател на Асоцијацијата на максилофацијалните хирурзи на Србија и Црна Горна, *проф.д-р Димитри Каракасис* (Република Грција) – поранешен декан на солунскиот Стоматолошки факултет и еден од најеминентните претставници на сегментот остеогенетска дистракција, *проф. д-р Метин Онерџи* (Турција) - претседател на Интернационалната асоцијација за хирургија на главата и вратот, а секако и *проф. д-р Владимир Поповски* (претседател на Конгресот) и проф. д-р Славе Наумовски (директор на Клиниката за максилофацијална хирургија во Скопје.

Конгресот опфаќаше и богата социјална агенда, од што најбитна секако беше иницијативата за формирање Балканска асоцијација за максилофацијална хирургија.

Учеството на Конгресот беше отворено за сите заинтересирани доктори-специјалисти од соодветните области, но и за докторите-стоматолози, докторите од општа практика, специјализантите и студентите. Сите неопходни податоци за Конгресот се наоѓаат на официјалната интернет-страница на

www.stoma.org.mk/mfh2006,
или на e-mail:
congress2006mkd@yahoo.com,
mvep@freemail.com.mk, iliev@doctor.com.

Проф.д-р Владимир Поповски

IV КОНГРЕС НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА СО МЕЃУНАРОДНО УЧЕСТВО

ОХРИД, МАКЕДОНИЈА

22-25 ЈУНИ, 2006 год.

Четвртиот конгрес на стоматолозите од Македонија со меѓународно учество се одржа од 22 до 25 јуни 2006 год. во Охрид, хотел Метропол.

На Конгресот зедоа учество 550 стоматолози од Република Македонија и соседните земји, на комерцијалната изложба партицираа 16 фирми, а беа реализирани 7 комерцијални презентации.

Свеченото отворање на Конгресот беше во четвртокот (22.06.2006 год.) покрај базенот во хотел Белви и беше поздравено од претседателот на МСД проф. д-р Ана Миновска, декан на Стоматолошкиот факултет Скопје проф. д-р Марија Накова, претседател на МЛД проф. д-р Јован Тофовски и министерот за здравство на РМ проф. д-р Владо Димов.

Научната програма се одржа вкупно во 4 сесии;
2 сесии на 23.06 (петок-претпладне и попладне) и
2 сесии на 24.06. (сабота-претпладне и попладне).

Во текот на претпладневните сесии кои траеја од 09.00 часот до 13.30 часот, се одржаа 16 пленарни предавања со предавачи од земјата и странство со обезбеден симултан превод, а во текот на попладневните сесии со времетраење од 16.00 до 19.00 часот се одржаа 47 усни презентации.

Академијата Pierre Fauchard од Лас Вегас, Америка ја искористи оваа прилика и ја инагурира проф.д-р Ана Миновска во свој почесен член.

Во паузите меѓу главните сесии се одржаа 7 комерцијални презентации на следните фирми: Wrigley, Colgate, B@B dental – Implants Company, Аналисис, Bosnalijek, Lacalut, Македонски стоматолошки весник.

Во рамките на Конгресот се одржа и Едукативен курс организиран од МСД и Ivoclar Vivadent AG, а реализиран од Натуралија Скопје на кој присуствуваа 86 доктори-стоматолози.

Постер-презентациите беа реализирани во 6 сесии во текот на двата дена (петок и сабота) и беа поставени вкупно 117 постери.

„Менаџмент во здравството" беше темата на Тркалезната маса која се одржа во саботата на 24.06.2006 год.

Конгресот се одржа под покровителство на Министерството за здравство на РМ.

Генерален спонзор на Конгресот беше Wrigley – Oral Healthcare programs, а го спонзорираа и: МИ-ДА Форд Скопје, Промедика Скопје, Пивара Скопје, Фонко Скопје и Стопанска банка.

На површина од 148 м^2 се одржа комерцијалната изложба на која учествуваа следните 16 фирми од земјата и странство:

Wrigley, Colgate, Promedika, Medimak, Naturalija, Orbitmed, Galenika, Stopanska banka, Bosnalijek, Dentolab, Medicina, B&B Dental Italiy, Medis (Kemofarm), Dental medika, Svetlost 94, Vesta drogerija

Проф. д-р Ана Миновска

XII МЕЃУНАРОДЕН НАУЧЕН КОНГРЕС НА СТУДЕНТИТЕ ПО СТОМАТОЛОГИЈА

МАКЕДОНИЈА, СТРУМИЦА

1 - 4 ЈУНИ, 2006 год.

Сојузот на студенти по стоматологија на Македонија (СССМ) како дел од редовните годишни активности, го вбројува и организирањето на Студентскиот конгрес. Нашите организирани, систематски, ентузијастички и творечки напори, со цел да го дадеме вистинскиот лик на нашата студентска организација, а истовремено да го физиономираме и стручно-научниот лик и карактер на Конгресот, му дадоа и интернационален белег кој од 1993 година резултираше во самостојно организирање на истиот.

Традиционално како и секоја година, СССМ го организираше 13-от меѓународен научен конгрес на студентите по стоматологија. Конгресот се одржа од 01 до 04 јуни 2006 год., во Струмица. На истиот зедоа учество 32 домашни учесника и 4 странски, меѓу кои Србија и Црна Гора и Хрватска. Студентскиот конгрес опфаќа презентација на стручно-научни теми изработени и презентирани од страна на студентите, а под менторство на нашите наставници и асистенти. Покриваат широк дијапазон научни истражувања што се движат од базична наука, сè до практични клинички искуства.

Она што мора да го споменеме во оваа пригода е нашето активно партиципирање во редовите на Европската студентска стоматолошка асоцијација (EDSA) и напредокот на нашата студентска организација кој произлегува од истото. Тоа подразбира поактивна соработка со сите субјекти инволвирани во студентското движење ширум Европа, како и наше директно инкорпорирање во активностите на ова големо европско семејство на студенти по стоматологија. Полноправното членство во EDSA нуди отворени можности за меѓусебна размена на студенти, стекнување искуство кое е од непроценливо значење за подобрување на целокупниот образовен процес во Р. Македонија, како и подигање на студентскиот статус во нашата земја. На тој начин јасно го трасираме патот кон изградба во иден успешен стоматолог.

Успешниот стоматолог треба да умее да ги разрешува професионалните проблеми потпрен на сопствените знаења, тимски да се надградува и да поседува капацитет да ги прифати новостите во науката. А нашата насока, секако е стремеж кон тоа.

Претседател на СССМ
Бруно Николовски

ОБЈАВЕНИ ТРУДОВИ ВО МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

ВО 2005 год.

ортодонција

Ellis Van Creveld синдром: приказ на случај. *Зужелова М., Кочова М., Димитровска И., Смилева-Нацевска М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 1-5.

Терапија на малоклузијата втора класа, второ одделение: приказ на случаи. *Џипунова Б., Ѓоргова* Ј. Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 141-4.

педодонција и превентивна стоматологија

Влијанието на стоматолошката едукација и флуоридниот топикален третман во оралното здравје. *Јанкуловска М., Павлевска М., Иљовска С., Апостолска С., Петановски* Х. Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 6-14.

Свесна седација-опција за справување со болката и анксиозноста во детската стоматологија. *Георгиевска Е., Иљовска С.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 15-22.

Хистопатолошки промени во пулпиното ткиво како резултат од прогресијата на кариозната лезија. *Сотировска-Ивковска А., Ивковски Љ., Бајрактарова Б., Поповска Л., Жабокова-Билбиловска Е.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 23-8.

Современи пристапи во реставративната стоматологија на почетокот на 21 век (1. дел). *Јанкуловска М., Иљовска С., Павлевска М., Кокочева-Ивановска О., Глигорова Д., Димков А. Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 145-9.*

Клиничка студија за апликација на Ер: SAГ-ласерот во терапија на кариесот. *Стевановиќ М., Исаевска Р., Георгиева Е., Иљовска С., Димков А.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 150-6.

Плаковни и саливарни нивоа на Стр. Мутанс и вкупни варијабилни бактериски клетки во корелација со ксилитолна апликација. *Саракинова О.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 157-62.

Влијанието на топикалната примена на флуоридите на клиничкиот тек на циркуларниот кариес. *Кокочева-Ивановска О., Царчев М., Јанкуловска М., Глигорова Д.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):163-8.

Компаративна анализа на структурата на КЕП-индексот на трајните заби кај деца со пречки во психофизичкиот развој во однос на здравите деца. *Павлевска М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):169-76.

Природно флуорирани води за пиење од Република Македонија. *Амбаркова В., Топитсоглоу В., Иљовска С., Царчев М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):177-82.

кариологија и ендодонција

Болката како резултат на ендодонтската терапија. *Поповска Л., Каранфиловиќ В.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 29-36.

Фактори кои влијаат на стабилноста и биокомпатибилноста на композитните реставрации. *Муратовска И., Оџаклиевска С., Стефанова М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):183-8.

Оклузална и цервикална микропропустливост кај композитни инлеи II класа цементирани со два различни материјала. *Апостолска С., Оџаклиевска С., Ковачевска И., Ренџова В., Ристоски Т.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):189-93.

стоматолошка протетика

Примена на фибер сплинт-материјалите во реставративните стоматолошки третмани. *Ковачевска Г.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 37-42.

Протетички третман кај пациенти со ороназални комуникации. Спировска А., Дејаноски К., Панчевска С., Бундевска Ј. Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 43-7.

Поместување на индикациите од мобилна на фиксна стоматолошка протетика со вградување 1 до 2 импланти кај едностранo скратен забен ред во мандибулата. Ковачевска Г. Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):194-200.

орална патологија и пародонтологија

Орални промени кај деца со малигни хематолошки заболувања. *Белазелкоска З., Георгиева С., Муратовска О., Караџоски З.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 48-53.

Пред и посттераписки ткивни промени во гингивалните лезии на брзопрогредирачката пародонтопатија. *Поповска М., Ристоски М., Атанасовска А., Димитровски О.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 54-63.

Влијанието на оралната хигиена на pH на плунката како предуслов за развој на Candida albicans. *Георгиева С., Зендели-Беџети Л., Перковска М., Трифуновски Д.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2):64-8.

Саливарна еластаза-ензимски маркер на пародонталното здравје. *Пешевска С., Накова М., Ивановски К.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 77-83.

Lichen planus кај пациенти со орален биметализам. *Белазелкоска З., Поповска М., Димитровски О., Колева Л.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 201-6.

Примена на ласерот во третманот на брзопрогредирачката пародонтопатија. *Поповска М., Атанасовска А., Димитровски О.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4):219-26.

Застапеност на IL1α и IL1β кај различно изразените пародонтални лезии. *Пандилова М., Ставревска-Миновска А., Трајковски Д., Спировски М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 219-26.

Клиничка евалуација на длабочината на гингивалниот сулкус. *Радојкова-Николовска В., Накова М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 227-34.

Акумулација на дентален плак и гингивална инфламација кај пациенти со фиксни ортодонтски апарати. *Георгиева С., Белазелкоска З., Поповски Љ., Перковска М., Цивкаровска А.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 235-8.

Халитосис: етиологија и превентивно тераписки процедури. *Миндова С., Ивановски К., Поповска М., Пешевска С., Коцевска К.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 239-44.

Компарација меѓу триклосан и флуор забни пасти во редукција на дентален плак. *Митиќ К., Ставревска-Миновска А., Ивановски К., Пешевска С.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 245-50.

Половите хормони и нивната улога врз здравјето на пародонтот. *Радојкова-Николовска В., Накова М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 251-64.

орална и максилофацијална хирургија

Компаративна анализа на различни тераписки модалитети во третманот на акутен дентален алвеолитис. *Апостолова Г., Јанев Ј., Симјановска Љ., Пешевска С., Марковска М.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 84-8.

Дијагностичка и терапевтска евалуација на дифузното отекување на саливарните жлезди. *Поповски В., Грчев А., Панчевски Г., Илиев А.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 89-94.

Семиквантитативен метод за бодување на степенот на малигнитет на оралниот карцином. *Моневска-Поповиќ Д., Наумовски С., Кирков А., Божовиќ С.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 95-8.

Конзервативен третман на скршениците на вратот на долната вилица: репозиција. *Грчев А., Поповски В., Панчевски Г., Илиев А.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 265-72.

Контроверзи за виличниот адамантином. *Бенедети А., Поповски В., Илиевски Б., Кирков А., Панчевски Г., Илиев А., Серафимовски П.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (3-4): 273-8.

стоматолошко образование

Трансфер и влијание на научните сознанија врз современата стоматолошка додипломска настава. *Николовска Ј., Јовановски А., Матоска Ј.* Макед Стоматол Прегл 2005; 29 (1-2): 99-105.