IN MEMORIAM

М-р д-р МУАРЕМ НЕЏИПИ

Колегата Неџипи тивко ја затвори вратата на животот и нѐ напушти, оставајќи нѐ осиромашени бидејќи изгубивме драг пријател, респектиран колега и успешен директор.

Тој претставуваше пример каква треба да биде една личност. Како директор, со полна доверба, срце и почит кон секого, тој беше рамномерно почитуван колега, пријател и директор. Беше енергичен и посветен, пример и инспирација за средината во која работеше, секогаш на располагање идеите да ги подели со другите.

М-р д-р Муарем Неџипи е роден на 27 декември 1954 година, во Битола. Основно образование завршил во Битола, а средно заботехничко училиште во Приштина. По завршувањето на средното образование, својата едукација ја продолжил на Стоматолошкиот факултет во Загреб. Со звање специјалист по дентална патологија се здобил на Стоматолошкиот факултет во Загреб.

Во 1987 година магистрирал на Стоматолошкиот факултет во Загреб, на тема „Епидемиолошка студија за преваленцијата на забниот кариес и пародонталните заболувања на подрачјето Битола" и се здобил со научен степен магистер на стоматолошки науки.

Во текот на севкупното школување покажувал перманентен интерес, како за стручното така и за научното усовршување, следејќи ги во чекор сите нови достигнувања и методолошки пристапи, тестирање на нови материјали и техники од областа на денталната патологија и терапија.

Бил заменик-министер за здравство во Министерството за здравство на Република Македонија. Има дадено голем придонес за развојот на здравствениот и едукативниот систем во Републиката, со посебен акцент на унапредувањето на стоматолошката дејност. Бројните контакти со еминентни личности од севкупната медицинска јавност, секогаш со посебен интерес кон стоматолошката струка и наука, биле причина за многу едукативни престои, стручни усовршувања и публицистичка дејност.

Бил кандидат за претседателските избори во 1999 година.

Од 29 октомври 2006 година м-р д-р Муарем Неџипи бил директор на Универзитетскиот стоматолошки клинички центар „Св. Пантелејмон" во Скопје.

Добитник е на почесното послание „Мајка Тереза", статуа и сертификат за 2007 година, како признание за посебен придонес во афирмирањето на хуманоста, посветеноста и заложбите за еднакви права на луѓето.

Со неговото заминување сите ние изгубивме, а нашата тага можеме да ја ублажиме со тоа што ја имавме привилегијата да го познаваме, да соработуваме и да работиме со него.

Од Редакцијата

СЕ ПЕНЗИОНИРАА

Проф. д-р ВАНГЕЛ ДИМИТРОВСКИ

Во февруари оваа година колегата Димитровски замина во пензија, одработувајќи една долга животна етапа. Му посакуваме добро здравје и среќни пензионерски денови.

Проф. д-р Вангел Димитровски е роден на 15 февруари 1943 година во с. Попадија, Леринско, Грција. Средно образование завршил во Училиштето за забари и забни техничари во Скопје. На Стоматолошкиот факултет во Скопје дипломирал во 1966 година. Со звање специјалист по болести на устата и забите се здобил во 1974 година.

Во 1978 година на Стоматолошкиот факултет во Скопје го одбранил хабилитациониот труд под наслов „Прилог кон патогенезата на воспалителните форми на прогресивната пародонтопатија". Докторската дисертација под наслов „Промени во имунолошката реактивност кај заболени од пародонтална болест" ја одбранил во 1990 година и се здобил со научен степен доктор на стоматолошки науки од областа болести на устата и пародонтот.

Првото вработување на проф. д-р Вангел Димитровски било во Здравствениот дом „Идадија" во Скопје во 1968 година. Потоа, се вработил на Клиниката за болести на устата и пародонтот при Стоматолошките клиники, а во 1971 година бил избран за асистент на Катедрата за болести на устата и пародонтот при Стоматолошкиот факултет во Скопје. Во звањето доцент на Катедрата за болести на устата и пародонтот бил избран во 1979 година, а во 1984 година во звање вонреден професор. Изборот за редовен професор на д-р Димитровски бил извршен во 1996 година.

Уште во студентските денови, во рамките на меѓународната размена на студентите, бил на едномесечен престој во Берлин, Германија.

Потесна специјалност на проф. Димитровски се патогенетските аспекти на пародонтопатијата и внесувањето нови методи во лекувањето на пародонталната болест, со посебна нагласка на нејзиниот имунолошки аспект. Во 1985 година, во рамките на меѓународната размена на стручни кадри, бил на тримесечен престој во Берлин, Германија.

Публицистичкиот опус на проф. д-р Вангел Димитровски опфаќа повеќе од 120 статии, објавени во домашни и во странски публикации. Тој е автор на монографијата „Промени во имунолошката реактивност кај заболени од пародонтална болест", во издание на „Софија" од Богданци (1996), на учебникот „Основи на оралната пропедевтика" во издание на Стоматолошки факултет, Скопје (2002) и на учебното помагало „Диференцијална дијагноза на оралните лезии", во издание на „МагнаСкен", Скопје (2004).

Во 1977 година проф. д-р Вангел Димитровски бил назначен за шеф на Отсекот за пародонтологија при Клиниката за болести на устата и пародонтот. Шеф на Катедрата за болести на устата и пародонтот и раководител на истоимената Клиника бил во периодот од 1990 до 1992 година. Од 1999 до 2002 година бил раководител на Клиниката за болести на устата и пародонтот при ЈЗО Стоматолошки клинички центар во Скопје, а во 2006 г. до пензионирањето бил избран за шеф на Катедрата за болести на устата и пародонтот при Стоматолошкиот факултет и назначен за управник на истоимената Клиника.

Професор Димитровски бил учесник во изработката на научно-истражувачкиот проект под наслов „Проучување на застапеноста на прогресивната пародонтопатија во СР Македонија и нејзините етиопатогенетски механизми" (1979), главен истражувач во научно-истражувачкиот проект „Присуство на пародонтопатијата во РМ" (1996-1998) и раководител на научноистражувачкиот проект „Промени во имунолошката реактивност кај заболени од пародонтопатија во младата возраст" (2001-2004).

Богата и плодна била општествената активност на проф. Димитровски. Уште како средношколец и студент учествувал во работата на организациите кои во тоа време го организирале општествениот живот: бил член на советите на година во сите четири години на студии, член на Факултетскиот одбор на Стоматолошкиот факултет, претседател на Комисијата за наставни прашања на Факултетот и член на истоимената Комисија при Универзитетот. Подоцна, бил член на Советот

на Стоматолошкиот факултет, член на неговиот Извршен одбор, секретар на Акционата конференција на Стоматолошкиот факултет. Проф. Димитровски бил генерален секретар на I Конгрес на специјалистите по болести на устата, забите и пародонтот на Југославија. Од 1998 до 2003 г. бил член на Факултетскиот одбор на Стоматолошкиот факултет, а во периодот 2001-2002 - член на Сенатот на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј" во Скопје.

Добитник е повеќе признанија и награди, меѓу кои, 1996 - Плакета од Македонско лекарско друштво и 2001 - Плакета „Д-р Трифун Пановски", за исклучителни заслуги во развојот на медицинските науки.

Од Редакцијата

Семинар за стоматологија

АЛЕРГИСКИ РЕАКЦИИ ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА

организатор

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ

Скопје
ОКТОМВРИ 2008
Дом на АРМ

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: sfs@stomfak.ukim.edu.mk

ДОКТОРИРА НА СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ ВО 2007 година

АСОЦИЈАЦИЈА НА ЦИТОКИНСКИОТ ГЕНСКИ ПОЛИМОРФИЗАМ И ХРОНИЧНАТА ПАРОДОНТОПАТИЈА КАЈ МАКЕДОНСКАТА ПОПУЛАЦИЈА

АНЕТА АТАНАСОВСКА-СТОЈАНОВСКА

Имајќи ги предвид актуелните научно-стручни сознанија за улогата на цитокинскиот генски полиморфизам врз предиспонираноста или отпорноста кон пародонталната инфекција и докажаните етнички разноликости во дистрибуцијата на генските варијанти ги поставивме и целите на овој труд:

- да го утврдиме присуството и процентуалната застапеност на полиморфизмите на цитокинските гени [интерлеукин (ИЛ-1 алфа (IL-1α), ИЛ-1 бета (IL-1β), ИЛ-1 рецептор (IL-1R), ИЛ-1Р антагонист (IL-1RA), (гама-интерферон (IFNγ), ИЛ-2 (IL-2), ИЛ-4 (IL-4), ИЛ-4 рецептор алфа (IL-4Rα), ИЛ-6 (IL-6), ИЛ-10 (IL-10), ИЛ-12Б (IL-12-B), ТГФ бета 1 (TGF-β1), и ТНФ алфа (TNF-α)] кај пациенти со хронична пародонтопатија во македонската популација.
- да ја утврдиме асоцијацијата (позитивна или негативна) меѓу секој одделен полиморфизам на цитокинските гени со хроничната пародонтопатија во споредба со контролната група кај македонската популација.
- да го утврдиме присуството и процентуалната застапеност на полиморфизмите на цитокинските гени кај трите клинички стадиуми на хроничната пародонтопатија кај македонската популација.
- да ја утврдиме асоцијацијата (позитивна или негативна) меѓу секој одделен полиморфизам на цитокинските гени со секој клинички стадиум на хроничната пародонтопатија во споредба со контролната група кај македонската популација.

За реализација на поставената цел беше формирана испитувана група од 132 пациента со дијагностицирана хронична пародонтопатија, кои според изразеноста на загуба на атачментот понатаму беа поделени во три групи и тоа: со загуба на атачментот до 3 мм - ран стадиум на пародонтална болест, од 3-6 мм - умерен стадиум на пародонтопатија, и повеќе од 6 мм - силно изразена пародонтопатија. Сите пациенти беа во добра општа состојба и поминаа низ анамнестичката постапка за исклучување на некои компромитирачки критериуми. Контролната група ја формираа 300 здрави индивидуи, кај кои пародонтолошкиот преглед не покажа губење на атачментот > од 2 мм.

Сите учесници во студијата беа писмено запознати со генетското испитување кое требаше да се спроведе, пополнија и потпишаа информативна дозвола за генетско испитување и за складирање на изолираната ДНК во Македонската банка за хумана генетика. Кај сите учесници вклучени во студијата - испитуваната и контролната група, беше земена венска крв од која се изврши ДНК изолација, со цел да се детерминираат промените во генскиот код. Полиморфизмот на 13 цитокински гени се изведуваше со комерцијален комплет PCR-SSP (Heidelberg kit).

Значајна асоцираност со хронична пародонтопатија, почнувајќи од $p<0,05$ најдовме за следниве полиморфизми: Заштитна-со цитокинските алели (TGF-β1 cdn10/T, TGF-β1 cdn25/G, IL-4-1098/G, IL-4-33/C); цитокинските генотипови (IL-12B-1188/A:C, TGF-β1 cdn10/C:T, TGF-β1 cdn25/G:G, IL-2-330/G:T, IL-4-1098/G:T, IL-4-590/C:T, IL-4-33/C:T, IL-10-1082/A:G); - цитокинските хаплотипови (TGF-β1 /TG, TNF-α/GA, IL-4/GCC, IL-4/TTC); цитокинските хаплотипни зиготи (TGF-β1/CG:TG, IL-2/GG:TG, IL-4/GCC:TTC, IL-10/ATA:GCC).

Оптоварувачка - со цитокинските алели (TGF-β1 cdn10/C, TGF-β1 cdn25/C, IL-4-1098/T, IL-4-33/T); цитокинските генотипови (IL-12B-1188/C:T, TGF-β1 cdn10/C:C, TGF-β1 cdn25/C:G, IL-2-330/G:G, IL-4-1098/T:T, IL-4-33/T:T, IL-10-1098/G:G); цитокинските хаплотипови (TGF-β1/CC, IL-4/TCC, IL-4/TCT, IL-10-ATC);- цитокинските хаплотипни зиготи (TGF-β1CC:CG, IL-2GG:GG, IL-4/TTC:TCC, IL-4/TCT:TTT, IL-10-ACC/ATA, IL-10GCC:GCC).

Нашите резултати кај македонската популација се разликуваат во некои полиморфизми од другите популации во светот и можат да се искористат за мета анализа на секој поединечен полиморфизам во светски рамки.

КЛИНИЧКИ, ПАТОХИСТОЛОШКИ, МИКРОБИОЛОШКИ И РЕНДГЕНОЛОШКИ АСПЕКТИ НА ИНФЛАМАТОРНИТЕ ЦИСТИ

ОЛИВЕР ДИМИТРОВСКИ

Цел на оваа студија беше: клинички, рендгенолошки, патохистолошки, микробилошки и имунолошки да ги проследиме инфламаторните цисти и можното влијание на локалните етиопатогенетски фактори врз нивниот тек, развој и прогноза.

Беа испитани вкупно 150 лица со клинички поставена дијагноза инфламаторни цисти. Според дијагнозата, сите испитаници беа поделени во три групи од по 50 пациенти: група А - испитаници кај кои било евидентирано присуство на радикуларни цисти, група Б - со резидуални цисти и група В - со пародонтални цисти. Контролната група ја сочинуваа 35 испитаници без цистични промени. Сите резултати од испитуваната група беа споредувани со: контролната група, меѓу себе (пред и по терапијата), од рендгенолошки и од имунолошки аспект.

Клиничките испитувања опфатија анамнеза и клинички преглед. Параклиничкиот сегмент ги вклучи следниве испитувања: рендгенолошки, микробиолошки, патохистолошки и имунолошки.

Инфламаторните цисти доминантно се поприсутни кај машкиот пол (радикуларни и резидуални цисти 66%, пародонтални 72%) наспроти женската популација. Во однос на возраста, предоминираат испитаници во третата и во четвртата деценија од животот (радикуларни - 39 години, резидуални - 41 и пародонтални - 38). Локализацијата покажа зголемено присуство на цисти во горната вилица споредено со долната. Таа преваленца во горната вилица за радикуларните и за резидуалните изнесува 66%, а за пародонталните 72%.

Врз основа на анализата на резултатите, поединечно, и во компарација со наодите на другите автори, најдовме дека не е доволен само клинички наод за да се открие постоењето на цистична промена. Рендгенолошкиот наод дава попрецизни податоци за присуството и за видот на инфламаторната циста. Во нашиот испитуван примерок, на рендген снимката го следевме ограничено просветлување со склеротичен прстен, за радикуларните и резидуалните цисти во 86%, а за пародонталните во 90%.

Кај трите испитувани групи доминираа различни видови бактерии. Така, кај радикуларните цисти беше застапена *Streptococcus viridans* (38%) и *Staphylococcus epidermidis* (16%), кај резидуалните *Streptococcus viridans* (22%) и *Staphylococcus epidermidis* (16%). Кај пародонталните цисти, повторно, доминираше *Streptococus viridans* (21%), но во значајно заедништво со анаеробните бактерии (20%).

Кај сите три типа цисти, патохистолошки, доминираше хроничниот егзацербирачки инфилтрат (радикуларни - 56%, резидуални - 64% и пародонтални - 66%), наспроти обичниот хроничен инфилтрат. Во однос на епителната обвивка, кај сите три вида цисти доминираше плочестиот епител (72% за радикуларните, 66% за резидуалните и 74% за пародонталните), додека цилиндричниот епител беше многу малку застапен.

Имуноглобулините кај резидуалните цисти имаа, во просек, зголемени вредности пред спроведување на терапијата, и тоа, за ИгГ (15,2 g/L) и ИгМ (2,8 g/L); кај пародонталните, регистрираните вредности за ИгГ биле - 15,3 g/L и за ИгМ - 3,2 g/L. По применетата терапија нивото на имуноглобулините и разликите на нивните просечни вредности пред и еден месец по терапијата се приближија кон нормалните вредности само кај групата со резидуални цисти, речиси за сите класи имуноглобулини.

Кај сите три испитувани групи, во најголем процент од случаите, по шест месеци од хируршката интервенција со примарно затворање, постигнато е целосно заздравување на коскеното оштетување и за радикуларните цисти тоа изнесува 70%, за резидуалните 76%, а за пародонталните 80%.

Малиот процент еозинофили најдени во нашиот примерок покажа дека алергијата не е доминантен фактор.

Појавата на цисти во вилиците поврзана со полицистозата кај нашите испитаници даде несигнификантен наод, што укажува дека не постои директна поврзаност меѓу појавата на цисти во вилицата и другите паренхимни органи.

Заклучно, нашите резултати обезбедуваат конкретни сознанија за природата на инфламаторните цисти (за етиопатогенетските случувања на овие чести промени во оралниот кавитет). Но, зад нас оставивме прашања за натамошно истражувања и дообјаснување на сегментите за кои не добивме целосен одговор.

КЛИНИЧКА ПОДГОТОВКА И ПРОЦЕНКА НА ОБЕЗБЕДЕНАТА ЛОКАЛНА ХЕМОСТАЗА ПРИ ОРАЛНО-ХИРУРШКИОТ ТРЕТМАН КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ТРОМБОТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

ЦЕНА ДИМОВА

Орално-хируршките постапки кај пациентите со орална антикоагулантна терапија биле секогаш контроверзни поради дилемата меѓу високиот ризик од хеморагија наспроти можноста за емболија, доколку се прекине оралната антикоагулантна терапија.

Прва цел на оваа докторска теза беше да се потенцира подготовката (клинички и лабораториски испитувања) пред орално-хируршкиот третман кај орално антикоагулираните пациенти. Главна цел беше да се покаже дека кај пациентите со орална антикоагулантна терапија можно е да се изведат безбедни оралнохируршки интервенции без претходен прекин на терапијата. Следна цел беше да се спореди локалната хемостаза постигната со три различни локални средства по орално-хируршките интервенции кај терапевтски антикоагулирани пациенти.

За реализација на целите на испитувањето беа вклучени 260 испитаници. Според основната дијагноза на тромботичното заболување, 240 испитаници беа поделени во четири групи, секоја по 60 испитаници. Контролната група ја претставуваа 20 здрави испитаници.

Пред орално-хируршките интервенции, беа изведени лабораториски испитувања (INR, RT, ATIII, протеин Ц, протеин С, активатори и инхибитори на фибринолиза, фактор XIII) на Одделението за хемостаза и тромбоза, при РЗ за трансфузиологија, Медицински факултет, Скопје.

Според аплицираните различни средства за локална хемостаза, секоја група беше поделена на три потгрупи (по 20 испитаника): А - со сорбацел газа - Surgicel, В - со фибринско лепило - TachoComb, С - со 5% транексемична киселина.

Анализата содржеше:

- структура на истражувачкиот материјал: пол, возраст, вид на орален антикоагуланс, времетраење на оралната антикоагулантна терапија, антибиотска терапија;
- лабораториски испитувања: број на тромбоцити, РТ - протромбинско време, INR, ATIII, протеин Ц, протеин С, активатори и инхибитори на фибринолиза, фактор XIII;
- категоризација на пациенти:
  - според ризик од крвавење - низок и висок ризик за крвавење
  - потенцијален ризик за развој на тромбоемболија - низок и висок ризик за тромбоемболија;
- итност на интервенциите, фактори за ризик од крвавење за време и по интервенциите;
- извршени орално-хируршки постапки анализирани според дијагнозата и терапијата, бројот на екстракциите, бројот на посети и видот на забот;
- контролни прегледи по 24, 48 часа, 7 и 10 дена;
- крвавење по интервенциите: по 24, 48 часа, 7 и 10 дена, според регистрираниот индекс на крвавење.

Севкупно добиените резултати водат до следниве заклучоци:

- Екстракциите на заби можат да се извршуваат без измени на орално антикоагулантниот третман. Локалната хемостаза со сорбацел газа, фибринско лепило и шевови, и транексемична киселина (како средство за плакнење на устата) претставуваат локални модалитети за безбедна хемостаза (метод на избор) при третманот на пациентите со орални антикоагуланси.
- Не е потребно да се прекине оралната антикоагуланта терапија пред хируршките интервенции, потребен е мултидисциплинарен пристап и терапевтски третман со соодветната специјалност за контрола на пациентите.
- Постои евидентна потреба за формирање на протокол за орално-хируршките постапки кај пациентите со орална антикоагуланта терапија.

АНАЛИЗА И ПРОЦЕНКА НА ВЛИЈАНИЕТО НА КОРОНАРНАТА И АПИКАЛНАТА МИКРОПРОПУСТЛИВОСТ ВРЗ НЕУСПЕХОТ НА ЕНДОДОНТСКАТА ТЕРАПИЈА

ИВОНА КОВЧЕВСКА

Тродимензионалната херметичка интраканална оптурација, што подразбира запечатување на апикалниот и коронарниот дел на забот претставува еден од условите за успешна и прогностички позитивна ендодонтска терапија при воспаленија на пулпата.

Цел на дисертацијата беше да се детерминира и да се процени влијанието на коронарната, односно апикалната микропропустливост во појавата на периапикалните патози, како и нивната улога во неуспехот на ендодонтската терапија. Предмет на испитување во оваа теза беа и посебните задачи:

- одредување на коронарната микропропустливост на раствор во боја на привремените и трајни реставрациии (валоризирање на линеарната мастило пенетрација),
- утврдување на микробиолошкиот коронарен микропроток, привремените и трајни реставрации (пенетрација на бактеријата **proteus mirabilis**),
- одредување на микробиолошката апикална микропропустливост кај заби со периапикални патолошки промени,
- компарација на рендгенографската и хистолошката интраканална оптурација,
- утврдување на улогата на техничкиот квалитет на каналната оптурација врз апикалното микротечење,
- верификација на ефектот на коронарниот микролејкиџ врз периапикалниот пост-ендодонтски статус.

Во функција на реализацијата на поставените задачи експерименталниот објект го конципиравме во три дела. Во **првиот дел** на 240 еднокорени хумани заби, класифицирани во 6 групи, го детерминиравме коронарното микротечење на мастило и бактеријата **proteus mirabilis** во **in vitro** кондициони услови. По ендодонтскиот третман и интраканалната оптурација според две гутаперка техники: класична и thermafil, коронарните реставрации ги реализиравме со привремен материјал Caviton и перманентни полнења: композитна смола и дентален амалгам. Вака подготвените примероци ги поставивме по 20 од секоја група во мастило во период од 7 дена. Останатите 20 заби од секоја група, ги стерилизиравме и ги поставивме во текот на 5 и 30 дена во бактериска суспензија од **proteus mirabilis**. Во понатамошната постапка забите се декалцифицираа и подготвени за хистолошка проценка на микротечење. Бактериската пенетрација ја одредувавме на лонгитудинални хистолошки пресеци пребоени по Brow-Bernn. **Вториот дел** го сочинуваа 90 хумани **in vivo** ендодонтски третирани заби, со рендген верифицирани периапикални лезии, индицирани за екстракција. Во зависност од маргиналниот интегритет на коронарната реставрација и техничкиот квалитет на интраканалната оптурација, примероците ги категоризиравме во три групи и на напречни хистолошки пресеци од апикалната третина го детерминиравме бактериското присуство. **Третиот дел** го реализиравме на експериментални животни - кучиња. На 20 инцизиви беше направен ендодонтски терапевтски третман и коронарните минливи кавитети ги оптуриравме со Caviton (10 заби) и композитна смола (10 заби). Контролни рендгенграми за анализа на периапикалната кондициона состојба беа направени по терапијата и по 3 и 6 месеци.

Статистичката анализа на добиените резултати ја реализиравме преку програмата Statistica - for Windows-6.

Коронарно микротечење на мастило и на бактерии, во **in vitro** услови верифициравме во сите тестирани групи. Статистички сигнификантни разлики валоризиравме во мастило, микропротокот и кај перманентните и кај привремените коронарни реставрациони материјали. Бактериска пенетрација со најголем интензитет регистриравме кај привремено реставрираните кавитети. Техниката на интраканална оптурација статистички не влијае врз коронарниот микролејкиџ.

Техничкиот квалитет на коронарната реставрација, како и каналната оптурација кај **in vivo** ендодонтски третираните заби со периапикални лезии, се во релација со апикалната бактериска контаминација. Рендген детерминираниот континуитет на интраканалната оптурација целосно не се совпаѓа со хистолошката апикална проценка.

Во **in vivo** кондициони услови на експериментални животни, 3 месеци по ендодонтската терапија површината на просечното периапикално просветлување кај забите коронарно запечатени и со привремен материјал и со композитна смола статистички значајно отстапува. По период од 6 месеци, перманентно реставрираните заби реагираа со дигресија на површината на периапикалното просветлување.

Врз основа на реализираните истражувања и добиените сознанија сугерираме дека успехот на ендодонтската терапија при воспаленија на пулпата е лимитиран од збирот на постапки, кои се надоврзуваат и еднакво сите заедно партиципираат во текот на терапевтскиот третман.

Апикалната микропропустливост, односно коронарното микротечење влијаат врз прогностичкиот момент и можат да доведат до појава на периапикална инфламација, но тие не претставуваат единствени фактори кои го креираат успехот на ендодонтската терапија.

По тродимензионалната херметичка интраканална оптурација при терапијата на пулпините воспаленија, следува перманентна коронарна реставрација. Времето на апликацијата на коронарната оптурација над орофициумот, кај канално третираните заби, го диригира успехот на ендодонтската постапка и прогностички круцијално го детерминира опстанокот на забниот орган во оралната средина.

T-SCAN КОМПЈУТЕРСКА АНАЛИЗА НА ОКЛУЗАЛНИ КОНТАКТИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ФИКСНОПРОТЕТИЧКИ КОНСТРУКЦИИ

ВЕСНА КОРУНОСКА - СТЕВКОВСКА

Оклузијата, статичка или динамична е индивидуална за секој пациент и зависно од нејзината физиолошка состојба и функција ќе зависи и нејзиното влијание на забите, пародонциумот, ТМЗ-ови и неуромускулниот систем.

Цел на испитувањето е:

1) да се забележат бројот и местоположбата на забните контакти при максималната интеркуспидација, максималната кумулативна сила, интерцептивните контакти и центарот на сила,

2) да се одреди бројот на забни контакти, како и максималната кумулативна сила на работната и балансната страна и

3) да се потврди или да се отфрли податокот за постоење на билатерална еднаквост на оклузалните забни контакти кај пациентите со природна интактна дентиција, споредувајќи го со истите податоци добиени кај пациенти носители на фиксни протетички помагала.

Во испитувањето беа вклучени следниве групи пациенти:

1. контролна група (КГ)

- 30 пациенти со интактно забало (нормална оклузија, еугнат загриз);

2. испитувана група (ИГ) која опфаќа пациенти кај кои изработивме фиксно протетички конструкции и тоа:

- 30 пациенти со изработен циркуларен мост и интактни или санирани антагонисти (ИГ1);
- 30 пациенти со изработена мостова конструкција од левата страна и преостанато интактно или санирано забало (ИГ2);
- 30 пациенти со изработена мостова конструкција од десната страна и преостанато интактно или санирано забало (ИГ3).

Кај испитуваната група пациенти беше направена компјутерска анализа на оклузалните забни контакти со T-Scan II систем пред цементирањето, непосредно по цементирањето на фиксно протетичките конструкции, и шест месеци по цементирањето на истите.

Од анализата на резултатите можеме да забележиме дека во однос на местоположбата на бројот на оклузалните контакти лево и десно од медијаната при максимална интеркуспидација, максимална кумулативна сила лево и десно од медијаната кај сите групи испитаници, постои билатерална еднаквост.

Внатре во групите на пациенти: со циркуларни мостови, бочни мостови - лево, и бочни мостови - десно меѓу просечните вредности на оклузалните контакти при максимална интеркуспидација, максимална кумулативна сила и интерцептивни контакти, констатираните разлики при проба, по цементирање и шест месеци по цементирање не се значајни.

Анализирајќи ги оклузалните контакти на оклузограмите сметаме дека T-Scan II системот претставува прецизна техника за анализа на хабитуалната оклузија.

МОДЕЛ НА УПРАВУВАЊЕ СО СИСТЕМОТ ЗА ОРАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

ЈУЛИЈАНА НИКОЛОВСКА

Управувањето со системот за орална здравствена заштита во обид за што поефикасно искористување на ресурсите, денес е грижа на секое современо општество.

Оралните заболувања претставуваат значаен јавно здравствен проблем, заради нивната преваленца, нивното влијание на поединци и на општеството и трошокот за нивниот третман. Денталниот кариес и хроничните инфламаторни периодонтални заболувања се најраспространетите од сите човечки заболувања.
Во Р Македонија, очигледна е лошата состојба на оралното здравје кај населението и неговата недефинираност во севкупниот здравствен систем.

Од тука произлегува и неопходноста за изнаоѓање одреден модел на систем за орална здравствена заштита во Р Македонија, по кој ќе се насочи и развива овој систем, а кој ќе се изведе на научна основа, врз база на аналитички пристап и темелна обработка на постојните состојби на системите за орална здравствена заштита, како во нашата, така и во земјите на ЕУ/ЕЕЗ.

Цел на овој дисертациски труд е да се најдат решенија за спроведување на систем за орална здравствена заштита во Р Македонија, кој ќе се базира врз решенијата кои ги имаат современите западноевропски земји, а ќе одговараат на потребите и на условите кои ги има во нашава земја.

За реализирање на целта применет е методот на анализа и компаративна анализа како основен метод и методот на синтеза, како резултат на сублимирање на добиените резултати врз база на анализата.

Од земјите со високоразвиени економии, членки на ЕУ/ЕЕЗ, анализирани се системите за орална здравствена заштита на Германија, Швајцарија, Велика Британија, Грција и Данска, а од земјите со т.н. транзициони економии, кои се членки на ЕУ од 2004 год., анализирани се Словенија, Република Чешка, Полска, Унгарија и Латвија.

Во рамките на овие системи ќе бидат анализирани начинот на нивно организирање, начинот на обезбедување здравствено осигурување, колкав процент од нивниот БНП се одделува за здравството и за оралната здравствена заштита, нивните расположливи работни ресурси, како и да се види каква е состојбата со оралното здравје на населението, преку најприфатените индикатори за негова процена, КЕП индекс и беззабост на населението.

Врз основа на направените анализи на системите за орална здравствена заштита во овие земји, препорачан е модел за орална здравствена заштита во Р Македонија, кој има апликативна вредност.

ПРИМЕНА НА ЛАСЕР ТЕРАПИЈА ВО ТРЕТМАНОТ НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

СНЕЖАНА ПЕШЕВСКА

Респектирајќи го доктринарниот став за партиципацијата на инфламаторните медијатори (ПГЕ2, ТНФ-α и СОХ-2) во патогенетските случувања при пародонтална болест, едновремено имајќи го предвид доминантното влијание на ласерската монохроматска кохерентна светлина врз инфламацијата, ја поставивме целта на истражувањето: да се проследи ткивната динамика на индикативните инфламаторни маркери ПГЕ2, ТНФ-α и СОХ-2 при пародонталната болест, да се детектира ефикасноста на применетите терапевтски постапки и преку следење на клиничките индекси (ИДП, ИГИ, ИГК), да се верифицира антиинфламаторното влијание на ласерското светло во патогенетските случувања во пародонтот и да се детектира ефикасноста на применетата ласер терапија. Реализацијата на оваа цел беше извршена со проследување на 20 здрави испитаници во контролната и на испитуваната група од 60 пациенти со дијагностицирана хронична генерализирана пародонтопатија (класифицирана според ААП од 1999 година), со губење на атачментот од 3 до 4 мм, кај кои беа проследени пред и посттерапевтските вредности на зацртаните параметри.

Промените во нивото на ПГЕ2 и ТНФ-α во гингивалното ткиво во посттерапевтскиот период во испитуваните групи нотираат статистичка сигнификантност за p=0,000000, верификувајќи ја успешноста на применетите терапевтски постапки, кои резултираат со намалување на активноста на деструктивната фаза на сврзноткивното моделирање.

Доминантната ефикасност на класичната терапија дополнета со 10 ласерски постапки евидентирана со намалување на нивота на ПГЕ2 и ТНФ-α до вредности блиски до оние кај контролната група се должи на мултипното ласерско дејство во пародонтот, пред сè, на инхибицијата на ПГЕ2 продукцијата, што се реперкуира во стабилизирањето на ткивата во вака кус временски период. Значајната елевација на нивото на просечна вредност на генската експресија на СОХ-2 во групата пред терапија сугерира дека еден од механизмите на хроничната пародонтална инфламација in vivo може да биде синтезата на СОХ-2 од резидентните клетки во одговор на бактерискиот предизвик. Посттерапевтското намалување на нивото на генската експресија на СОХ-2 во испитуваните групи е статистички сигнификантно за p=0,001651, при што во групата, дополнета со 10 ласерски постапки, оваа вредност е исклучително блиска до вредноста на контролната група, а е рефлексија на ласерското делување на целуларно ниво. Ефикасноста на применетите терапевтски постапки преку нотирање на клиничките индекси за детекција на кондицијата на пародонталните ткива, евидентира статистичка сигнификантност p=0,000000 за ИДП, статистичка сигнификантност p=0,072 за ИГИ, како и статистичка сигнификантност p=0,0371 за ИГК во групите третирани дополнително со ласер (5 и 10 постапки), во однос на групата пред терапија и онаа третирана со класична постапка. Сепак, доминантната супресија на инфламаторната реакција, активирањето на сите позитивни контролни механизми, акцелерираната регенерација и репарација и имуномодулаторното дејство се причини класичниот протокол дополнет со 10 континуирани ласер-терапевтски постапки, со кои се почнува веднаш по отстранувањето на меките и на цврсти наслојки да го сметаме за терапија на избор, која ќе овозможи исклучително клиничко кондиционирање и стабилизирање на пародонталниот комплекс, што ќе предизвика пролонгирано одржување на вака постигнатите резултати.

МАГИСТРИРАА НА СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ ВО 2007

ЕВАЛУАЦИЈА НА ЈАЧИНАТА НА ПОВРЗУВАЊЕ МЕЃУ ПОРЦЕЛАНОТ И КОМПОЗИТОТ ПРЕКУ КАРАКТЕРИЗАЦИЈА НА МЕЃУГРАНИЧНАТА ПОВРШИНА – INTERFACE

ЕМИЛИЈА БАЈРАКТАРОВА ВАЉАКОВА

Порцеланските реставрации имаат широка примена во современата протетска реставративна стоматологија. Многубројни фактори можат да бидат причина за настанување фрактури на порцеланот - без или со експозиција на металот. Силата на поврзување меѓу порцеланот и композитниот материјал е значајна за трајноста на овие репарации. За да се обезбеди задоволителна атхезија се спроведува специфичен третман на порцеланот.

Цел на истражувањето во овој магистерски труд беше да се испита јачината на поврзување меѓу порцеланот и композитниот материјал како средство за репарација, по одредена, претходна подготовка на порцеланската површина. Во таа смисла, испитувано е влијанието на одделни фактори - третмани врз ефикасноста на порцеланско-композитното поврзување и тоа: (1) набраздувањето на порцеланската површина извршено со употреба на дијамантски борер; (2) нагризувањето на порцеланската површина со фосфорна киселина; (3) времетраењето на нагризувањето на порцеланот со киселина; (4) силанизирањето на порцеланската површина; (5) термичкиот третман; (6) влијанието на времето на полимеризација на композитот употребен за репарација; (7) детерминирањето на вмреженоста на композитот; (8) воспоставувањето на корелации меѓу моделните и макросистемите.

Испитувањето е извршено на вкупно 120 примероци составени од метална база и порцелан. Врз порцеланот е нанесуван и полимеризиран композитен материјал, по претходна подготовка на порцеланската површина.

Подготовката на порцеланската површина опфати три основни постапки (набраздување со дијамантски борер, нагризување со киселина и апликација на силан) и нивни комбинации, според кои се формирани следните 12 групи. Пред изведувањето на планираните испитувања, применети се постапки како: чување на примероците во водена бања на 37°C - 24 часа; термичко третирање од 300 циклуси - наизменично на 5°C и 55°C, по 30 секунди.

Ефикасноста на јачината на поврзување меѓу порцеланот и композитниот материјал е оценувана преку: силата на смолкнување (MPa), степенот на вмреженост, типот на фрактурата и степенот на атхезивноста. Морфологијата на површината на фрактурата кај некои испитувани групи е анализирана со помош на SEM.

Ова истражување покажа дека третманот на површината е одлучувачки фактор за капацитетот на издржливост на композитот поврзан за порцеланот. Набраздувањето со дијамантски борер, генерално, ја зголемува силата на поврзување. Ефектот е двоен: отстранување на површинскиот порцелан кој содржи микропукнатини и остварување на механички ретенции. Употребата на дијамантски борер значајно влијае на зголемувањето на силата на порцеланско-композитното поврзување, кога третманот е изведен со нагризување со киселина во времетраење од 15 секунди и употреба на силан, независно од термичкото третирање; со зголемување на времето на нагризување со киселина, при истата комбинација на третмани, силата на поврзување (незначајно) се намалува, веројатно како резултат на дејството на киселината (растворачко) врз нерамнините создадени со борерот и нивното делумно губење како ретентивни елементи. Кога подготовката на порцеланската површина опфаќа само примена на борер, иако незначајно, термичкиот третман ја намалува силата на поврзување, Кога третманот се изведува со употреба на дијамантски борер и нагризување со киселина (без апликација на силан), времетраењето на дејствување на киселината (15, 30 или 60 секунди) нема статистички значајно учество врз зголемувањето на силата на поврзување, независно од термичкото третирање. Кога третманот вклучува нагризување со киселина и апликација на силан (без употреба на борер), времето на дејствување на киселината значајно влијае врз силата на поврзување, независно од термичкото третирање; кога третманот вклучува набраздување со дијамантски борер, нагризување со киселина и апликација на силан, времето на дејствување на киселината нема значајно влијание врз силата на поврзување, независно од термичкото третирање.

Термичкото третирање (има различно влијание врз јачината на силата на поврзување), главно, ја

намалува јачината на силата на поврзување, кога за подготовка на порцеланската површина се применети само методи, кои овозможуваат механичка ретенција. Термичкото третирање (веројатно како резултат на термичкото калење на материјалот), доведува до мал пораст на јачината на поврзување, кај сите примероци каде покрај механичка е обезбедена и хемиска врска (силан). Карактеристичните ДСЦ термограми за вмреженоста на испитаните композитни примероци покажуваат комплетна (100%) вмреженост на композитот, без разлика на времето на полимеризација (20, 40 или 60 секунди); ова оди во прилог на квалитетот на врската меѓу порцеланот и композитот.

Комбинацијата на методите за обезбедување механичка и хемиска ретенција е најефикасна за интегритетот на порцеланско-композитната врска.

ВЛИЈАНИЕ НА ВОДЕЧКИТЕ ПОВРШИНИ ВРЗ РЕТЕНЦИОНИТЕ СИЛИ КАЈ ПАРЦИЈАЛНАТА СКЕЛЕТИРАНА ПРОТЕЗА

БЛАГОЈА ДАШТЕВСКИ

Современите карактеристики и принципите на механизмот на ретенција кај скелетирана парцијална протеза, поаѓаат од претпоставка дека патот на внесување и патот на изместување на протезата заземаат различни агли во однос на оклузалната рамнина. Со формирање на водечките површини ќе се обезбеди внесување на протезата во зададениот правец.

Сите сакавме да покажеме дека со формирањето на водечки површини под одреден агол во однос на базата на моделот, може да се овозможи и на крутите делови на скелетот на апроксималните површини, да ја зголемат функционалната способност на протезата. Испитувањето е направено на скелет на протеза и модели со и без формирани водечки површини. Со помош на динамометарот DO663i, извршени се 200 извлекувања на скелетот.

ПАРОДОНТОПАТИЈАТА И КОРОНАРНАТА СРЦЕВА БОЛЕСТ, ПРИЧИНСКО-ПОСЛЕДИЧНА ВРСКА ИЛИ АСОЦИРАНОСТ

СОЊА МИНДОВА

Цел на овој труд беше да се процени можното влијание на пародонталната болест, нејзината јачина и прогресија, врз нивоата на серумските липиди и акутно фазниот одговор проценет преку индикативниот маркер ЦРП, како и веројатната асоцираност на пародонталната болест и кардиоваскуларните заболувања.

Реализацијата на поставената цел беше спроведена на 80 испитаници на возраст од 40 до 60 години. Испитуваната група ја сочинуваа 40 пациенти со дијагностицирана хронична коронарна болест, кај кои едновремено е верифицирано и присуство на пародонтална болест. Контролната група ја сочинуваа 40 пациенти со дијагностицирана пародонтална болест без кардиоваскуларни нарушувања. Кај двете групи испитаници беа спроведени клинички и параклинички испитувања. Проценката на пародонталниот статус беше направена со одредување на ИДП, ИГИ, ИГК и степенот на загуба на атачментот. Кај сите испитаници беа земани 5 мл крв од v cubitalis за проценка на липидниот статус и нивото на Ц-реактивниот протеин.

Од добиените резултати може да се констатира дека параметрите на липидниот статус (вкупните три-

глицериди, вкупниот холестерол, ЛДЛ холестерол) и ЦРП детектираат разлика на просечните вредности во двете испитувани групи кои се статистички сигнификантни. Покачените вредности на вкупните триглицериди, вкупниот холестерол, ЛДЛ холестеролот и ЦРП кај контролната група на испитаници ја зголемуваат шансата на ризик од кардиоваскуларна болест. Разликата на вредностите на ХДЛ холестеролот во двете испитувани групи е статистички сигнификантна, но средните вредности се повисоки во контролната група. Покачените вредности на ХДЛ делуваат протективно, намалувајќи го ризикот за коронарна болест. Проценката на пародонталниот статус кај двете групи испитаници нотира зголемени индексни вредности кои се статистички несигнификантни. Сметаме дека овие резултати укажуваат на слаба орална хигиена и на присуство на умерена и напредната пародонтална болест кај двете испитувани групи. Гледано севкупно, нашите констатации претставуваат скромен прилог кон сознанијата за индикативното значење на параметрите на липидниот статус и нивото на Ц-реактивниот протеин како можни ризик фактори за појава на коронарна болест, како и за можна поврзаност меѓу пародонталната и коронарната болест.

Од претходно изнесеното може да се заклучи дека е неопходен многу сериозен пристап во третманот на пародонталната болест кај системски здрави лица, а особено кај пациенти со кардиоваскуларни нарушувања, преку формирање на посебен терапевтски пристап во третманот на пародонталната болест како основен предуслов за оневозможување на чести егзацербации на плак индуцираната пародонтална болест во услови на постоење на општ предиспонирачки кардиоваскуларен ризик.

Здравствено едукативните програми кои се насочени кон правилна исхрана и навики на живеење, како и континуираниот третман на пародонталната болест, со обврзувачка конзилијарна соработка со специјалист - кардиолог, се вистинскиот начин на комплексен третман на овие пациенти.

ЦИКЛОСПОРИН А-ИНДУЦИРАН РЕАКТИВЕН ГИНГИВАЛЕН ОДГОВОР

КРИСТИНА МИТИЌ

Гингивалното зголемување предизвикано од циклоспоринската терапија кај пациентите со бубрежна трансплантација може да го отежни одржувањето на оралната хигиена и со тоа да го зголемат ризикот од развој на кариес, пародонтопатија и инфекции кои можат да доведат до септикемија.

Цел на нашето истражување беше одредувањето на оптималната медикаментозна концентрација, која ќе придонесе во минимизирањето на степенот на гингивалното зголемување, одредување на зависноста меѓу гингивалното зголемување, пародонталните и фармаколошките параметри, квалитативното продлабочување на морфолошките анализи и детекција на одредени антигени во ткивата со помош на соодветни антитела.

За реализација на поставената цел, на Клиниката за болести на устата и пародонтот беа проследени 120 бубрежно-трансплантирани пациенти на возраст од 16 до 62 години, кај кои дијагностицираме гингивално зголемување. Врз основа на дневната доза на циклоспорин, пациентите беа поделени во четири групи. Првата група ја сочинуваа пациенти кои примаа дневна доза 100 mg, втората група 125 mg, третата група 150 mg и четвртата група 175 mg. Со пародонтолошкиот преглед беа утврдени следните индекси: индекс на дентален плак (ИДП) по Silness-Loe(1963), индекс на гингивална инфламација (ИГИ) по Loe-Silness (1964), степен на загуба на атачментот (ниво на апикална миграција на припојниот епител) и индекс на гингивално зголемување по McGaw. Од сите пациенти беше земен биоптичен материјал од испитуваната регија, а потоа и патохистолошки проследен на Институтот за патологија. Испитуваниот материјал беше боен со хемалаун еозин за одредување на колаген и ретикулин, а истиот понатаму беше имунохистохемиски боен за одредување на Vimentin, S-100 протеин и HLA-Dr. Мерењето на дебелината на епителот беше извршен со специфичен софтвер ,,IMAGE ANALIZING SYSTEM-LUCIA M''.Серумската концентрација на циклоспоринот (C2), беше одредена на Институтот за фармакологија, со користење на флуоресцентно поларизационен имуно метод (FPIA) на TDx анализатор од фирмата „ABBOT" со комерцијални сетови.

Добиените резултати беа статистички обработени со помош на методите на дескриптивна и аналитичка статистика.

Spearman коефициентот на корелација покажа позитивна корелација меѓу дозата на циклоспоринот и неговата концентрација во серум кај сите испитувани групи (ρ=0,474; p<0,01). Позитивна корелација на доза-

та постоеше и со ИГИ (ρ=0,312; p<0,01) и со индексот на гингивалното зголемување (ρ=0,318; p<0,01). Индексот на гингивално зголемување позитивно корелираше со ИДП (ρ=0,691), со загубата на атачментот (ρ=0,193), со ИГИ(ρ=0,706), со дебелината на епителот (ρ=0,327) и со степенот на колаген (ρ=0,192).

Од добиените резултати, циклоспоринската доза од 590ng/ml претставува оптимална терапевтска концентрација во однос на минимизирањето на гингивалното зголемување. Отстранувањето на локалните фактори и санирањето на гингивалната инфламација водат кон намалување на гингивалното разраснување.

КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА НА СТАБИЛНАТА ОСТЕОСИНТЕЗА СО МИНИ-ПЛОЧКИ КАЈ СКРШЕНИЦИ НА ДОЛНАТА ВИЛИЦА

ГОРАН ПАНЧЕВСКИ

ПРОЦЕНКА НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ КАЈ ДЕЦАТА СО МЕНТАЛНА ХЕНДИКЕПИРАНОСТ

ЕМИЛИЈА СТЕФАНОВСКА

Како резултат на зголемениот интерес за оралното здравје кај ментално хендикепираната школска популација, а со цел да дојдеме до сопствени сознанија, ја поставивме и целта на нашата студија: да го детектираме гингиво-пародонталниот статус и потребата од третман кај овие лица и истиот го компарираме со здрава детска популација, а воедно и да предложиме сопствен план и програма за превенција и промоција на оралното здравје кај оваа високо ризична група.

Во студијата беа вклучени 100 ментално хендикепирани деца на возраст од 9 до 12 и од 13 до 16 години, (испитувана група) и 60 здрави деца на иста возраст (контролна група). Орално-хигиенскиот статус беше нотиран преку OHI индексот по Green-Vermillion. Преку индексот на гингивална инфламација (IGI) по Loe-Silness го детектиравме степенот на гингивална инфламација, а пародонталниот статус и потребата од пародонтален третман преку CPITN индексот (Community Periodontal Index Of Treatment Needs).

Нашите резултати укажаа дека просечните вредности за OHI, IGI и CPITN индексните вредности беа статистички сигнификантно повисоки кај ментално хендикепираните деца во однос на контролната група на здрави деца и во двете возрасни групи (p <0,01).

Споредбените вредности за испитуваните параметри (OHI, IGI i CPITN) меѓу ментално хендикепираните и здравите деца компарирани во однос на полот, потврдија статистички значајни разлики за групите на ментално хендикепирани деца на возраст од 13 до 16 години и кај машките и кај женските деца (p<0,01).

Просечните вредности за распространетоста на CPITN индексот укажаа дека ментално хендикепираната школска популација на возраст од 9 до 12 години во најголем процент (50%) има присуство на забен камен (CPITN =2), а 46,6% од децата од 13 до 16 години веќе имаат пародонтопатија (CPITN = 3).

Подобрување на оралната хигиена кај ментално хендикепираните деца, што беше и наша цел го потврдивме преку статистички сигнификантното намалување на OHI, IGI и CPITN вредностите од почетните до финалните резултати (по 6-месечната интервентна програма за контролирано четкање на забите спроведена под надзор на наставниот кадар) (p<0,01).

Нашата студија ги расветли маркантните разлики во орално-здравствениот профил и потребата од пародонтален третман кај ментално хендикепираната школска популација во споредба со здравата популација на иста возраст, а воедно ја наметна и потребата од спроведување на организирани, превентивни и куративни програми за ментално хендикепирани лица во нашата земја, како интегрален дел од севкупната заедница.

ПРИМЕНА НА ER: YAG ЛАСЕР ВО ЕНДОДОНТСКА ТЕРАПИЈА НА ТРАЈНИ ЗАБИ СО ГАНГРЕНОЗНО РАСПАДНАТА ПУЛПА

АЛЕКСАНДАР ФИЛДИШЕВСКИ

Цел на овој магистерски труд е да се добијат дополнителни сознанија за ефектите од бактерицидниот потенцијал на ласерското зрачење при ендодонтска терапија и нивна корелација со класичните ендодонтски методи.

За остварување на поставената цел беа вклучени шеесет и два заба со дијагностицирана пулпина гангрена кај пациенти од двата пола и возраст од 13 до 20 години, а реализацијата беше ефектуирана преку:

1. Клинички испитувања:
   - рутински стоматолошки преглед со сонда и огледалце,
   - детаљна анамнеза за поставување точна дијагноза,
   - ретроалвеоларна снимка како помошно дијагностичко средство.
2. Микробиолошки испитувања:
   - квантитативно и квалитативно одредување на микробиолошка флора на првата група од 31 заб третирани со класична ендодонтска терапија,
   - квантитативно и квалитативно одредување на микробиолошката флора на втората група од 31 заб ендодонтски третирани со помош на ласер.

Er: YAG ласерското зрачење (80 mJ, 10 Hz, четири пати по 10 секунди) покажува статистички високо значајна редукција на бактериската содржина на кореновиот канал и акцесорните дентински каналчиња уште по првата сеанса од 99,9%, како за аеробните, така и за анаеробните бактериски соеви ($p<0,001$ Фридманов тест), без притоа да доведе до термичка афекција на околното ткиво и воопшто било какви несакани ефекти. За разлика од неа, при класичната ендодонтска терапија, бактериската редукција по аплицирањето на влошка изнесува 59,7%, а по отстранувањето на мекото полнење редукцијата е 79,8%.

Er: YAG ласерската ирадијација претставува можно квалитетно дополнување на постојните ендодонтски протоколи поради фактот што доведува до дезинфекција на кореновите канали од 99,9%, но не и нивна стерилизација (која е апсолутен поим!). Фактот што ласерската светлина има бактерициден ефект до длабочина од 1 мм на дентинските тубули, за разлика од хемиските средства кои делуваат само на ѕидот од кореновиот канал, не доведува до заклучок дека ласерската технологија претставува моќно средство за елиминирање на денталната бактериска инфекција.

ВЛИЈАНИЕТО НА СРЕДСТВАТА ЗА БЕЛЕЊЕ НА ЗАБИТЕ ВРЗ ЕСТЕТИКАТА, УЛТРАСТРУКТУРАТА И ОТПОРНОСТА НА ЗАБНИТЕ ТКИВА

ВЕСНА ФИЛИПОВСКА МИЦЕВСКА

Со комерцијалното воведување на средствата за белење на забите во стоматолошката дисциплина, се појави сè поголема заинтересираност за нивната примена и естетска санација на дисколорираните заби. Оттука произлегува и појавата за сè почесто побарување на нивна примена од страна на пациентите и стоматолозите.

Средствата за белење кои денес се употребуваат најчесто се карбамид пероксид или хидроген пероксид со различна концентрација на активна супстанца која се дивижи од 3% до 35%. Кои од овие средства ќе се применат, во колкава концентрација и со кој метод на работа ќе се одвива белењето зависи од дисколорацијата на забите на пациентот.

Механизмот на делување на овие средства за белење е хемиската реакција на оксигенација. За подобро да се објаснат средствата за белење, изборот на методот на работа, како и нивното фармаколошко делување, си поставивме цел овие средства да ги испитаме во клинички in vivo испитувања и in vitro испитувања на екстрахирани хумани молари, користејќи две средства за белење и тоа: 10% карбамид пероксид и 35% хидроген пероксид.

Клиничките испитувања ни даваат за право да заклучиме дека овие средства за белење активно дејствуваат во отстранувањето на дисклорацијата на забите правејќи ги овие заби посветли од претходната постојна боја на забите. За да можеме да го докажеме механизмот на дејствување на средствата за белење и евентуалните промени кои тие ги вршат врз емајлово дентинската структура изведовме и in vitro испитувања кои се состоеја од квантитативно одредување на ослободените калциумови јони, мерење на микротврдината пред и по белењето на емајлот и дентинот, како и испитувања на ултра-структурните промени кои настануваат при дејствувањето на средствата за белење во три временски интервали, односно за време од 30, 60 и 90 минути.

Резултатите добиени од овие испитувања ни укажуваат на несаканите ефекти на дејствувањето на средствата за белење врз забната структура. Сепак, сметаме дека иако оваа студија беше многу исцрпна и ги опфати речиси сите можни методи на клинички и на параклинички испитувања, не ни дава за право да ги анатемисаме средствата за белење како штетни и кои не треба да се користат во стоматолошката практика. Процесот на реминерализација е од голема важност и битен елемент кој ги рекондиционира иницијалните порозности и деминерализации на забните структури предизвикана од средствата за белење и го отстрануваат привремениот дискомфорт кај пациентите, а постигнатите естетски моменти ги задоволуваат желбите на пациентите.

Со правилен избор на средството за белење, неговата концентрација и "lege artis" изведениот метод на обелување на забите, сметаме дека несаканите ефекти од него ќе изостанат.

Сепак и понатаму остануваат низа енигматични прашања кои ја оставаат отворена вратата за продолжување и продлабочување на научните истражувања на самите механизми на дејствување.

СЕ ЗДОБИЛЕ СО ЗВАЊЕТО СПЕЦИЈАЛИСТ
ВО 2007 ГОДИНА

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

Куковска д-р Весна, Струга	27.11.2007
Бакрачовска д-р Грација, Скопје	10.05.2007

ОРТОДОНЦИЈА

Арсовска д-р Снежана, Скопје	18.12.2007
Меметали д-р Љумани,	02.10.2007
Мехмети д-р Фадил,	27.12.2007
Царчева д-р Софија, Скопје	20.12.2007
Костоска д-р Валентина,	27.12.2007
Ферати д-р Назим, Гостивар	15.06.2007
Ристова д-р Верица, Струмица	22.05.2007
Петрова д-р Лидија, Струмица	16.05.2007
Стефановска д-р Лидија, Битола	27.02.2007

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

Јанкуловска д-р Милена, Скопје	20.12.2007
Банишки д-р Боро, Скопје	10.07.2007
Ѓотев д-р Ѓорѓи, Струмица	25.04.2007
Трајковска д-р Ирина, Скопје	30.05.2007
Серафимовски д-р Горан, Скопје	26.03.2007
Колевска д-р Ирена, Скопје	29.08.2007
Јанчева д-р Елизабета, Скопје	28.06.2007

ОРАЛНА ХИРУРГИЈА

Андоновска д-р Билјана, Скопје	16.11.2007
Ристовски д-р Александар, Струмица	29.05.2007
Филиповски д-р Влатко, Виница	28.05.2007
Стојковски д-р Трајче, Пробиштип	02.06.2007
Марковски д-р Александар, Охрид	11.07.2007
Ајдинска д-р Зорица, Скопје	30.11.2007
Митров д-р Игор, Охрид	06.07.2007
Јовановски д-р Игор, Струмица	02.03.2007
Евросимовски д-рТони, Скопје	19.06.2007
Бојковска д-р Дијана, Скопје	22.06.2007

МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА ХИРУРГИЈА

Мирлинд д-р Селими, Гостивар	20.06.2007

ДИПЛОМИРАА НА СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ
ВО 2007 ГОДИНА

1. КОСТОВСКИ СТОЈЧЕ ДЕЈАН 24.01.07 М.Каменица
2. ПОПОВСКА ЧЕДОМИР НАДИЦА 19.01.07 Скопје
3. ТОШЕСКИ ПАВЛЕ БОРО 29.01.07 Битола
4. РАДЕСКА ЈОСИФ АНА 02.02.07 Д.Хисар
5. ПЕТРОВСКА БЛАЖО ГОРДАНА 05.02.07 Кавадарци
6. РАДЕВСКА ПЕТАР ЕЛЕНА 12.02.07 Битола
7. СТЕФЧЕСКА СИМЕ ДРАГИЦА 15.02.07 Тетово
8. РИСТЕСКА ИВАН АНА 23.02.07 Охрид
9. ТАШКОСКИ БЛАГОЈЧЕ ХРИСТИЈАН 27.02.07 Скопје
10. ЏОНОВА СИМО СУЗАНА 28.02.07 Валандово
11. КОЛЕСКИ МИТЕ АЛЕКСАНДАР 28.02.07 Охрид
12. ЏАФЕРИ ЏЕМАИЛ БУЊАМИН 05.03.07 с.Студеничани
13. НУРЕДИН ЕМИН АКЃУЛ 05.03.07 Скопје
14. ТРЕНЕВСКИ МИРКО АЛЕКСАНДАР 09.03.07 Тетово
15. КОТЕВСКА МИЈАЛЧО НАТАЛИЈА 16.03.07 Куманово
16. СТАНОЈКОВСКИ СТОИЛ АЛЕКСАНДАР 19.03.07 Пробиштип
17. ВЕЉАНОВ ДИМИТАР СТЕФАН 23.03.07 Битола
18. СТОЈАНОСКА КИРО МАЈА 26.03.07 Скопје
19. КОСТОВСКИ СВЕТЕ ПЕРИЦА 28.03.07 Скопје
20. ЧРЧЕВА РИСТО ЗОРКА 29.03.07 Гевгелија
21. ИМЕРИ РУХИТ БЕСИМ 30.03.07 Гостивар
22. БЛАЖЕСКА БРАНКО ДАНИЕЛА 30.03.07 Гостивар
23. МИТАНОСКА МИХАЈЛО МАРИНА 02.04.07 Скопје
24. ЌУРА ВЕДАТ ЕМИРА 02.04.07 Струга
25. ПЕТКОСКА ВЕСЕЛИН АНА 03.04.07 Прилеп
26. ТРАЈКОВСКА ПРЕДРАГ БИЉАНА 03.04.07 Куманово
27. РИСТЕВСКИ ИЛИЈА АЛЕКСАНДАР 03.04.07 Охрид
28. ЏИВКАРОСКА СОТИР БИЉАНА 03.04.07 Битола
29. ЈАЗАЏИНСКА ТОМО МИРЈАНА 04.04.07 Скопје
30. МИЧИНАКОВА ЃОРЃИ ИРЕНА 04.04.07 Тетово
31. ТОМОСКИ ДУШАН БОРЧЕ 04.04.07 Тетово
32. ТРИФУНОВСКИ ТОМИСЛАВ ДЕЈАН 05.04.07 Скопје
33. МИЦЕВСКИ МИТЕ КОЛЕ 13.04.07 Скопје
34. ЗДРАВЕСКА ДРАГИ САШКА 13.04.07 Скопје
35. ЉУСЈАНИ ТЕФИК РЕЏЕП 27.04.07 Скопје
36. ЈАНЕВСКИ ДРАГАН МЛАДЕНЧО 02.05.07 Тетово
37. ЈОВАНОСКА ДИМЧЕ ЈУЛИЈАНА 02.05.07 Прилеп
38. СЕКУЛОВСКА ДРАГАН АНА 03.05.07 Скопје
39. МИТОСКИ РАТКО АЛЕКСАНДАР 03.05.07 Скопје
40. КРСТИНОВСКИ ЉУБОМИР ГОЦЕ 04.05.07 Битола
41. ШЛАКЕСКА ВЛАДО МАРИНА 04.05.07 Прилеп
42. БУЧЕСКА НИКОЛА АДЕЛА 07.05.07 Прилеп
43. ИВАНОВСКА БОЖИДАР МАРИЈА 08.05.07 Скопје
44. ГАВРИЛОВИЌ МИОДРАГ МАЈА 09.05.07 Скопје
45. ДАСКАЛОВА ДИМЧЕ БЛАЖЕНКА 11.05.07 Скопје
46. ВАНСКИ ВАНГЕЛ ВЛАДИМИР 11.05.07 Прилеп
47. ЈАНКУЛОВСКИ ДИМИТРИЈА ПЕТАР 12.06.07 Скопје
48. ГЕРШАНОВСКИ ДОНЕ ЗОРАН 17.05.07 Скопје
49. РИБАРСКА ПАВЛЕ ТАМАРА 19.06.07 Скопје
50. РИСТОВСКИ КИРО ГОРАН 29.06.07 Скопје
51. СТАВРЕВСКИ ПАВЛЕ МИХАЈЛО 21.05.07 Битола
52. СКАИК ФАХИМ ЈУСОФ МОХАММАД 28.05.07 Скопје
53. КОСТЕВСКА МИНЕ КАТЕ 29.05.07 Скопје
54. ВУЧКОВА ТОДОР АЛЕКСАНДРА 06.06.07 Велес
55. МИЛЕНКОВСКА ДИМО ТАЊА 06.06.07 Скопје
56. ПЕЦИОСКА ДИМЕ АЛЕКСАНДРА 08.06.07 Охрид
57. ГАРБЕСКА КИРИЛ МАРТИНА 14.06.07 Прилеп
58. СПИРОВА БЛАЖО ЛИДИЈА 15.06.07 Кавадарци
59. АТАНАСОВА ДРАГАН МАЈА 18.06.07 Скопје
60. НЕДЕЛКОСКА ТОМЕ МИЛЕНА 18.06.07 Прилеп
61. МАШКОВИЌ ИМШИР ЗЛАТКО 21.06.07 Скопје
62. СМИЛЕВСКА БРАНИСЛАВ МАЈА 22.06.07 Скопје
63. БОЦЕВСКА РАТКО ДУШИЦА 28.06.07 Скопје
64. ТРИФУНОСКА ЈОВАН КЕТИ 28.06.07 Тетово
65. КОЛОСКИ ВЛАДИМИР ЃОРЃИ 02.07.07 Охрид
66. ЧОРТАНОСКА ЃОРЃИ НУЦИЈА 02.07.07 Охрид
67. ВОЈДАНОСКИ СПАСИТЕЛ АЛЕКСАНДАР 03.07.07 Скопје
68. ДИМИТРОВСКА ТОДОР ЈАСНА 03.07.07 Скопје
69. СТЕФАНОСКИ РАНКО САШО 04.07.07 Охрид
70. ДРАГОВИЌ НОВИЦА ВИКТОРИЈА 05.07.07 Скопје
71. РУСЕВСКА ВАНЕ БИЉАНА 06.07.07 Скопје
72. БОЖИНОВА БОШКО МИМИ 06.07.07 Велес
73. КАМЧЕВ МИЛАН НИКОЛА 06.07.07 Кавадарци
74. ЦВЕТАНОВА ЉУПЧО ИРЕНА 06.07.07 Скопје
75. КОСТОВСКИ ТОМЧЕ ЈОРДАН 09.07.07 Тетово
76. МИТРОВСКИ СИЛВЕСТАР ВИКТОР 09.07.07 Скопје
77. ВУЧКОВ ЃОРЃИ ЉУПЧО 10.07.07 Битола
78. ИЛИЕСКА МИРЧЕ НАТАЛИЈА 10.07.07 Скопје
79. МИРЧЕСКИ БЛАГОЈА ИЛИЈА 10.07.07 Скопје
80. ЏАЈКОВСКА МАРКО ЈАСМИНА 12.07.07 Скопје
81. ТАШЕВСКИ ПЕТАР СТРАХИЛ 24.07.07 Скопје
82. МАРИН МИЛЕ ЈАНА 05.09.07 Охрид
83. ПАНОВСКИ ЖИКО АНЃЕЛ 18.09.07 Велес
84. ДИМЕСКА ДИМКО ГАБРИЕЛА 26.09.07 Скопје
85. ПЕТРУШЕВСКИ СЛАВЕ ВЛАДИМИР 01.10.07 Скопје
86. МЕХМЕДОВИЌ МУНИР ИВОНА 02.10.07 Скопје
87. ЈАНЕВ ИЛИЈА СПАСЕ 09.10.07 Скопје
88. ЗЕЌИРИ ГЗИМ БЉЕРТА 22.10.07 Куманово
89. ФИЛИПОСКА ЃОРЃИ АНЕТА 24.10.07 Гостивар
90. БУРНАЗОВСКИ МЕТОДИЈА ГОРАН 06.11.07 Куманово
91. МЕХАНЏИСКА КИРИЛ МАРИЈА 08.11.07 с. Русиново-Берово
92. БЛАЖЕСКИ НИКОЛА НЕНАД 08.11.07 Скопје
93. МИТЕВСКА САНДЕ СНЕЖАНА 09.11.07 с.Опила К.Паланка
94. ХАЏИ-НАУМОВ ВЛАДО МАРТИН 09.11.07 Велес
95. СТОЈКОВСКИ ТРАЈЧЕ ЃОРЃИ 12.11.07 Пробиштип
96. МИОВСКА ЈОВАНЧО ЕМИЛИЈА 14.11.07 Пехчево
97. АМБАРОСКА МИЛАН МИРЈАНА 20.11.07 Скопје
98. ПЕТРУШЕВСКА АЦО ЕЛЕНА 20.11.07 Скопје
99. МАНЧОВСКА ЈОВАН АЛЕКСАНДРА 26.11.07 Скопје
100. АДАМОСКА МОМИР ОЛГИЦА 27.11.07 Гостивар
101. РАЈЕВИЌ МИЛАН МАРТИНА 27.11.07 Прилеп
102. ЈАКИМОВСКА МИЛОВАН ГАБРИЕЛА 30.11.07 Скопје
103. РАФАЈЛОВСКА ВОИСЛАВ БИЉАНА 30.11.07 Тетово
104. СУЛЕЈМАНИ РАМАДАН МЕФАИЉ 30.11.07 Гостивар

105. ЦВЕТКОВА ЈОВАН НИНА 30.11.07 Скопје
106. АНДРЕЕВСКА ЉУПЧО ВЕСНА 03.12.07 Скопје
107. ЈОВАНОВА ЈОВАН АЛЕКСАНДРА 04.12.07 Скопје
108. МАРКОСКА КИРО ИРЕНА 04.12.07 Скопје
109. НАУМОВСКИ ГОЦЕ БОРЈАН 05.12.07 Скопје
110. ПЕЈКОВСКА ЈОВАН БУДИМА 07.12.07 Скопје
111. ЈАНАЧКОВИЌ МИЛОШ ВИКТОРИЈА 12.12.07 Скопје
112. МИЛОНАС ГЕОРГИОС СОФИА 18.12.07 Гевгелија
113. ТАСЕВА ЛАЗАР ФРОСИНА 18.12.07 Скопје
114. БОСИЛКОВСКА МИЛЕ БИЛЈАНА 24.12.07 Скопје
115. ВАСИЛЕВА АТАНАС КАТЕРИНА 26.12.07 Велес
116. КЛИНЧЕВ БЛАГОЈА ФИЛИП 28.12.07 Скопје
117. ПЕТКОСКА ВЕСЕЛИН ЈАСМИНА 28.12.07 Прилеп
118. ИВАНОВСКИ ПАВЕЛ ВЛАТКО 28.12.07 Охрид
119. МИЈЕВСКИ СТЕВАН МАРЈАН 28.12.07 Струга
120. ЗИМОВСКИ НАУМ СЛАВЕ 31.12.07 Охрид