МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, VIII, 3, 68-72, 1984

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за болести на устата

ЕПИДЕМИОЛОШКИ И НЕКОИ КЛИНИЧКИ АСПЕКТИ НА АФТОЗНИОТ СТОМАТИТ

Ставревска Ана

Преку спроведена епидемиолошка анкета кај 444 лица, од различен пол и возраст, детерминирана е сигурна позитивна анамнеза за афтозен стоматит кај 36 испитаници, што всушност, одговара на 8.1% застапеност на морбидниот процес во популациониот примерок. Констатираните наоди, исто така, укажаа на фактот дека афтозниот стоматит може да започне во секоја животна доба, но најчесто во текот на втората деценија, со значително поизразена преваленција кај испитаниците од женски пол, а клиничката слика најчесто протекува преку 2–4 егзацербации во текот на годината, со присуство на 1–2 ерозивни формации на оралната мукоза и со период на консолидација во траење од 6 до 8 дена.

Монополарната хронично-рецидивантна афекција на оралната мукозна мембрана, позната како stomatitis aphthosa chronica recidivans или рекурентен афтозен стоматит, чија каракатеристична морфа е тркалезна или овална ерозивна формација, прекриена со белузлив налеп, а орабена со хиперемичен реактивен бран, сè уште претставува полиаспектен, не само етиолошки и тераписки туку и епидемиолошки проблем.

Досегашните експлорации на епидемиолошките аспекти на афтозниот стоматит, реализирани од страна на бројни орални патолози, според информациите од стручната литература, имаат резултирано во различни и, пред сè, контрадикторни наоди.

Имајќи ги предвид таквите наоди и информации, ја формиравме и целта на трудот, кој всушност претставува само обид, преку проследување на одредени индикативни параметри, да дојдеме до податоци од ориентационен карактер, во однос на процентуалната застапеност на афтозниот стоматит во нашата популација, неговите превалирачки и клинички аспекти.

Материјал и метод

Претрагата е реализирана кај 444 лица, од различен пол и возраст, преку епидемиолошка анкета, базирана на анамнестички податоци.

При анкетирањето беа регистрирани генералиите, односно името, презимето, полот и возраста на испитаниците, а кај случаите за кои беше карактерис-

тична сигурна позитивна анамнеза за stomatitis aphthosa chronica recidivans беа евидентирани и следниве податоци: возраста при првата појава и манифестација на афтозниот стоматит, фреквенцијата на рецидивите, просечниот број афтозни морфи во текот на егзацербацијата и должината на консолидациониот период.

Добиените податоци се аналитички обработени.

Резултати

Резултатите добиени од спроведената анкета и аналитичката обработка на податоците се прикажани на приложените табеларни прикази.

ТАБЕЛА 1

ПРИКАЗ НА АНКЕТИРАНИ ЛИЦА

БРОЈ	ПОЛ		ВОЗРАСТ				
	М	Ж	11–20	21–30	31–40	41–50	51–60
444	124	320	130	65	120	65	64

Од табела 1 може да се забележи дека епидемиолошката анкета е реализирана кај 444 лица, од кои 124 од машки, а 320 од женски пол, како и тоа дека 130 анкетирани се од возрасната група од 11 до 20 години, 65 од 21 до 30, 120 од 31 до 40, 65 од 41 до 50 и 64 од 51 до 60 години.

ТАБЕЛА 2.

АФТОЗЕН СТОМАТИТ – ЗАСТАПЕНОСТ ПО ПОЛ И ВОЗРАСТ

БРОЈ НА АНКЕТИРАНИ	ПОЗИТИВНА АНАМНЕЗА ЗА АФТОЗЕН СТОМАТИТ							
	БРОЈ	ПОЛ		ВОЗРАСТ				
		М	Ж	11–20	21–30	31–40	41–50	51–60
444	36	6	30	18	3	10	3	2
	8,1	1,3	6,8	4,05	0,68	2,25	0,68	0,45
%		(16,7)	(83,3)	(50)	(8,3)	(27,8)	(8,3)	(5,6)

Од табеларниот приказ 2 сосема јасно може да се констатира дека од 444 анкетирани кај 36 е детерминирана сигурна позитивна анамнеза за афтозен стоматит, што всушност одговара на 8.1% застапеност, при што афекцијата значително превалира кај испитаниците од женски пол – 83.3% (6.8%), и кај возрасната група од 11 до 20 години – 50% (4.05%).

Од табела 3 се забележува дека афтозниот стоматит најчесто се манифестира преку 2–4 рецидива во текот на годината, евидентирани кај 23 анкетирани со позитивна анамнеза за афтозен стоматит што одговара на 63.89%.

Од табеларниот приказ 4 може да се забележи дека езгацербацијата е најчесто придружена од 1–2 афтозни морфи, чиј период на консолидација изнесува, во просек, 6–8 дена, што е констатирано кај 52.7% од анкетираните афтозни болни. (табела 5).

ТАБЕЛА 3.

АФТОЗЕН СТОМАТИТ – ФРЕКФЕНЦИЈА НА РЕЦИДИВИ

ФРЕКФЕНЦИЈА НА РЕЦИДИВИ	БРОЈ	%	ПОЛ			
			М	%	Ж	%
ЕДНАШ/ГОД.	3	8,33	/	/	3	8,33
2–4 ПАТИ/ГОД.	23	63,89	7	19,44	16	44,45
5–8 ПАТИ/ГОД.	6	16,67	1	2,78	5	13,89
ПОСТОЈАНО	4	11,11	/	/	4	11,11
ВКУПНО	36	100,00	8	22,22	28	77,78

ТАБЕЛА 4.

АФТОЗЕН СТОМАТИТ – БРОЈ НА МОРФИТЕ ПРИ ЕГЗАЦЕРБАЦИЈА

БРОЈ НА АФТИТЕ	БРОЈ НА ПАЦИЕНТИТЕ	%
1	14	38,89
1–2	15	41,67
2–3	7	19,44
НАД 4	–	–
ВКУПНО:	36	100.00

ТАБЕЛА 5.

АФТОЗЕН СТОМАТИТ – ДОЛЖИНА НА РЕПАРАТОРНИОТ ПЕРИОД

РЕПАРАТОРЕН ПЕРИОД	БРОЈ НА ПАЦИЕНТИТЕ	%
3–5 ДЕНА	7	19,44
6–8 ДЕНА	19	52,78
9–11 ДЕНА	10	27,78
НАД 12 ДЕНА	–	–
ВКУПНО:	36	100,00

Дискусија

Хроничниот морбиден процес од типот stomatitis aphthosa chronica recidivans, кого уште при крајот на минатиот и почетокот на овој век Mikulitz и Kummel, Jakobi, Sibley и Goadby го сметаа за посебен, мултикаузално условен ентитет (цитат по McCarthy и Shklar[5]), сè уште претставува предизвик за реализација на најразлични биохемиски, имунолошки, епидемиолошки и други видови истражувања.

Во врска со епидемиолошките аспекти, Sircus и сор.,[9] преку прегледи спроведени кај 1587 болни од различни заболувања, во две шкотски болници, констатирале 20.1% застапеност на афтозниот стоматит, при што морбидниот процес покажал нешто поизразена преваленција кај пациентите од женски пол.

Ship и сор.,[6] проследувајќи ја инциденцијата на афтозниот стоматит кај професионалната школска популација, во Филаделфија, преку анамнестички информации, откриле доста висока позитивна анамнеза за афтозен стоматит: кај испитаниците од женски пол – 57%, а кај анкетираните од машки пол – 52%. Истиот автор и неговите соработници[7], во текот на 1967 година спровеле и други, поопсежни опсервации, па информираат за детерминирана најниска инциденција на афтозен стоматит кај пациенти со најнизок стандард на живеење (само 5%), за интермедијарна инциденција кај пациенти со релативно задоволителен животен стандард и за најизразена (66%) застапеност кај испитаниците за кои бил карактеристичен висок животен стандард.

EPIDEMIOLOGIC AND SOME CLINICAL ASPECTS OF APHTHOUS STOMATITIS

Summary

In case histories of 444 persons in 8.1% of the cases chronic recurrent aphthae were recorded. In the population sample our investigation revealed that aphthous ulcers occur at all ages, but the highest incidence was found in the adolescence group, with a higher prevalence in females. On the basis of the same investigation the symptomatology (beginning, frequency and extent of episodes) is described.

Литература

1. Giddon D. B.: Psychophysiology of the oral cavity. J. Dent. Res., 45:1627, 1966
2. Graykowski E. A., et al.: Recurrent aphthous stomatitis: clinical, therapeutic, histopathologic and hypersensitivity aspects. JAMA, 196:637, 1966
3. Herrmann V. D.: Zur Epidemilogie der chronisch – rezidivierenden Aphthen. Dtsch, zahnärztl. Z., 26, 342–347, 1971
4. Мацаров И.: Афтозна болест. Пловдив, 1976
5. McCarthy L. P., and Shklar G.,: Diseases of the Oral Mucosa. 2 nd. ed., Philadelphia, 1980, 320
6. Ship I. I., et al.,: Recurent „feverblister" and „canker sore". Arch. Oral Biol., 3:117, 1961
7. Ship I. I., et al.,: The patient with recurent aphthous ulcers and the patient with recurrent herpes labialis: a study of two population samples. J. Am. Dent. Assoc., 75:645, 1967
8. Ship I. I., et al..: Recurrent aphthous ulcerations and recurrent herpes labialis in a professional schol student population. Oral Surg., 13:1191, 1317, 1438, 1960; 14:30, 1961
9. Sircus W., et al.,: Recurrent aphtohous ulcerations of the mouth: a study of the natural history, etiology and treatment. Quart. J. Med. , 26:235, 1957
10. Weiss E., and English O.S.,: Psychosomatic Medicine, 2nd ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1949

Мацаров[4], преку епидемиолошка анкета спроведена кај 784 студенти, во Бугарија, дошол до констатација дека афтозниот стоматит првпат се манифестира во текот на основното образование, и тоа во 4.3%, во средното образование застапеноста се зголемува и изнесува 17.2%, за во текот на студиите процентот значително да опадне, изнесувајќи само 8%.

Herrmann[3], проучувајќи ја епидемиологијата на афтозниот стоматит, исто така, по пат на анамнестички испитувања, кај 1148 пациенти на Берлинската клиника за болести на устата, откри 11.1% застапеност на афтозната афекција, без, притоа, да констатира суштинска разлика во преваленцијата во зависност од полот.

Претходно споменатите наоди, детерминирани во разни региони и карактеристични за различни животни средини и популациони групи, би можело, меѓу другото, да се протолкуваат и со помалку или повеќе нагласената интензивна динамика на живеење, односно со помалата или поголемата експонираност на високоцивилизираниот човек на предиспонирачкото каузално влијание на т.н. stress фактори, кои, според Giddon[1], Weiss и English[10] и други, ја инхибираат органската ткивна контрола, која, следува од хипофункција и реперкуторна клеткина лезија, ја условува структурната ткивна алтерација, односно клиничката објективизација на афтозниот стоматит.

Резултатите од нашите испитувања се, на одреден начин, во спротивност со наодите на претходно цитираните автори. Имено, тие укажуваат на значително пониска инциденција на афтозниот стоматит во испитуваниот популационен примерок, само 8.1%, со нагласена преваленција кај испитаниците од женски пол (6.8%) 83.3% и во популационата група на адолесцентниот период – (4.05%) 50%, што оди во прилог на хипотезата за хормоналната партиципација во етиопатогенезата на афтозната болест, подржувана од страна на Ship и сор., Graykovski и сор.[2], и други.

Наодите од нашата епидемиолошка претрага, исто така, укажаа и на фактот дека заболувањето може да започне во секоја животна доба, но најчесто во текот на втората деценија, а најретко во адултниот период. Тежината на морбидниот процес е во директна зависност од фреквенцијата на рецидивите, бројот на афтозните морфи и должината на репараторниот период. Според нашите наоди, динамиката на афтозниот стоматит најчесто се манифестира преку 2–4 рецидива во текот на годината, придружени со 1–2 ерозивни формации и со период на консолидација, кој во просек изнесува 6–8 дена. Ваквиот наш наод, на одреден начин, е во согласност со констатациите на Herrmann[3], кој преку епидемиолошка анкета доаѓа до слични резултати, како, и особено, и со констатациите од нашите секојдневни опсервации во однос на клиничката динамика и еволуцијата на афтозниот стоматит, што на свој начин, и покрај релативно малиот број испитаници и извесната нехомогеност на компарираните групи, како и резервираноста, што секогаш може да се покаже спрема наоди добиени по пат на анамнестичка информатика, ја оправдува методолошката поставеност за реализација на целта, сугерирајќи натамошни и поекстензивни испитувања.

Заклучок

– Процентуалната застапеност на афтозниот стоматит во испитуваниот популационен примерок изнесува 8.1%.

– Афтозниот стоматит може да започне во секоја животна доба, но најчесто во текот на втората деценија, и тоа со значително поизразена преваленција кај женскиот пол.

– Клиничката динамика најчесто се манифестира преку 2–4 егзацербации во текот на годината, со присуство на 1–2 ерозии на оралната мукоза, и со период на консолидација во траење од 6 до 8 дена.

МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, VIII, 3, 73-77, 1984

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за болести на устата

УЛОГАТА НА ДИСКОНТИНУИРАНАТА ЗАБНА НИЗА ВО ПАТОГЕНЕЗАТА НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

Ставревска Ана

Преку анализите спроведени кај 100 пациенти со клинички и рендгенски верифицирана прогресивна пародонтопатија, во различен клинички стадиум, а издвоени по пат на случаен избор на Клиниката за болести на устата, во 70% од случаите е констатиран дисконтинуитет во забната низа како една од причините за травматска оклузија детерминирана кај 68 испитаници. Ваквиот наод ја сугерира потребата од правовремена и адекватна протетска рехабилитација, како conditio sine qua non, во превенцијата на травматски условената пародонтална ткивна деструкција.

Етиологијата на прогресивната пародонтопатија е мошне сложена и нераздвојна од патогенетските процеси. Новите сознанија, клинички и експериментално базирани, одат во прилог на констатацијата дека примарните промени се израз на изменета реактивност на организмот, во која парадонтот ја губи способноста за адаптација и патолошки реагира на дејството на разновидни надворешни влијанија.

Патолошките процеси на забнопотпорниот комплекс се одвиваат според општите принципи важечки за организмот во целина, но, сепак, покажуваат и некои специфичности кои потекнуваат од филогенетската младост на пародонтот и неговата слаба биохемиска „меморија". Алтерираната реактивност може лесно да ја наруши рамнотежата на метаболитичните механизми на ткивата на пародонтот и да стане водечки фактор во иницирањето на функционално-морфолошките измени.

Локалните иритации и мастикаторните парафункции императивно се наметнуваат во верижниот распоред на бројните етиолошки фактори. Нивното значење станува уште поголемо ако стоматолошките интервенции се изведуваат шаблонски и без обид за превентивно размислување. Во тој опсег гледано, предвремената екстракција на забите претставува значаен каузален фактор на дисхармоничната мастикаторна акција и последователниот оклузален трауматизам. Оттука произлегува и аксиомата дека интактната забна низа претставува фундамент во превенцијата на прогресивната пародонтопатија.

Сакајќи да стекнеме сопствено искуство во однос на етиолошката партиципација на дисконтинуираниот забен лак во клиничката објективизација на пародонталната болест, ние си поставивме за цел да ја проследиме фреквенцијата на

екстрахираните но не и протетски надоместени заби кај болни од прогресивна пародонтопатија.

Материјал и метод

Како работен материјал земени се 100 пациенти со пародонтопатија, издвоени по пат на случаен избор на Клиниката за болести на устата во текот на 1983 год.

За поставувањето на дијагнозата и регистрирањето на оклузалниот травматизам, користени се следниве методи:

– клинички испитувања, со одредување на пародонталниот индекс по Ramfjord (1967)

– рендгенографија

– лабораториски испитувања (крвна слика, леукоцитарна формула, седиментациија на еритроцитите и гликемија.)

– биомеханичка анализа преку директен метод на регистрација на предматурациониот контакт на еден или повеќе заби во централна оклузија и артикулација.

Анамнестичките податоци за присуството на некое интеркурентно заболување, како и значителните отстапувања во резултатите од лабораториските испитувања беа елиминирани при изборот на испитуваната група.

Маркирањето на предвремениот контакт на забите беше вршено со сина артикулациона хартија, прво во централна оклузија, а потоа и во латерални и пропулзивни артикулациони движења на мандибулата.

Рендгенолошкиот наод послужи да се процени дали пародонтот на забите што се во предвремен контакт е во состојба на компензаторна или декомпензаторна фаза. Како критериум за детерминација беа земени: отсуството или присуството на ангуларна ресорпција на интерденталниот септум, задебелувањето, истенчувањето или загубата на ендостална ламина, проширувањето на периодонталниот спациум и откинувањето делови на цементот.

Резултати

На табела 1 се прикажани пациентите по пол и возраст. Групациите не се хомогени поради случајниот избор на испитуваниците. Забележано е постепено зголемување на бројот на пациентите што е во директна зависност од нивната возраст.

ТАБЕЛА 1. ИСПИТУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО ПАРОДОНТОПАТИЈА ПО ПОЛ И ВОЗРАСТ

ВОЗРАСТ ПОЛ	15–20	21–30	31–40	ВКУПНО
ЖЕНИ	10	20	26	56
МАЖИ	9	15	20	44
ВКУПНО	19	35	46	100

На табела 2 се прикажани само оние пациенти со пародонтопатија кај кои постои прекинат забен лак, поради отсуство на еден или повеќе заби. Од прикажаните резултати се гледа дека кај женскиот пол бројот е нешто помал во споредба со машкиот пол. Гледано по возраст, се забележува благо процентуално опаѓање во групацијата од 21 до 30 год.

ТАБЕЛА 2. ПРЕКИНАТ ЗАБЕН ЛАК КАЈ ИСПИТУВАНИТЕ ПАЦИЕНТИ СО ПАРОДОНТОПАТИЈА

ВОЗРАСТ ПОЛ	15 20	%	21 30	%	31 40	%	ВКУП.	%
ЖЕНИ	5	50,0	7	35,0	17	65,3	29	41,4
МАЖИ	9	100	13	36,6	19	95,0	41	51,6
ВКУПНО	14	73,6	20	57,1	36	78,2	70	70,0

Изненадува високиот процент на прекината забна низа во адолесцентниот период. Во оваа категорија не видовме ниту едно протетско надоместување. Во групацијата од 31 до 40 години процентуалната застапеност на прекината забна низа беше помала во однос на претходната група, затоа што кај одреден број испитуваници постоеше протетска реставрација, најчесто по пат на изработка на мостови.

Во табела 3 е прикажано отсуството на еден, два, три и повеќе заби, компарирани со возраста на пациентите. Од изнесените податоци може да се заклучи дека постои пропорционален однос помеѓу бројот на екстрахираните заби и возраста на испитуваниците, со исклучок на групацијата со еден екстрахиран заб.

ТАБЕЛА 3. БРОЈ НА ЕКСТРАХИРАНИ ЗАБИ КАЈ ИСПИТУВАНИ ПАЦИЕНТИ СО ПАРОДОНТОПАТИЈА

ВОЗРАСТ	БРОЈ НА ЕКСТРАХИРАНИ ЗАБИ							
	ЕДЕН	%	ДВА	%	ТРИ	%	ПОВЕЌЕ	%
15–20	8	57,1	5	35,7	1	7,1	–	–
21–30	7	35,0	10	50,0	3	15,0	–	–
31–40	4	11,7	11	30,5	15	41,6	6	16,6

Во табела 4 е презентиран предвременио контакт, спореден со рендгенолошки видениот одговор на ткивата на пародонтот во зоната на деструкција. Од вкупно 70 пациенти со екстрахирани еден или повеќе заби, 68 имаа предвремен контакт. Кај 36 случаи, пародонтот на забите во прематурационен однос беше во компензаторната фаза, а во 32 случаја, видени се рендгенолошки промени својствени за декомпензаторната фаза во длабоките слоеви на забнопотпорниот комплекс, најмалку еден заб беше во супраоклузија. Само кај двајца од испитуваните не беа забележани рендгенолошки и клинички промени за присутен оклузален травматизам.

ТАБЕЛА 4. ПРЕДВРЕМЕН КОНТАКТ ВО РЕГИЈАТА НА ЕКСТРАХИРАНИТЕ ЗАБИ

БРОЈ НА ПАЦИЕНТИ	ПРЕДВРЕМЕН КОНТАКТ			
	КОМПЕНЗАТОРНА ФАЗА	ДЕКОМПЕНЗАТОРНА ФАЗА	ВКУПНО	%
70	36	32	68	97,1

Дискусија

Екстракцијата на забите е рутински прифатена интервенција во стоматолошките ординации. Применета без оправдана индикација, таа во себе носи елементи на дезинтеграција на забната низа, со штетно влијание врз алвеолата и

периодонциумот на преостанатите заби. За хармоничната распределба на мастикаторните сили, неопходно е да се зачува интегритетот на забната низа (Buchan 1967). Со тоа се овозможува рамномерен пренос на хоризонтално насочените сили и неутрализација на нивните резултанти во регијата на централните инцизиви. Загубата само на еден заб ја нарушува синхроната акција на мастикаторниот орган и го потенцира феноменот на Попов. Оклузивниот дизбаланс е резултат на природната тенденција на забите мезијално да се придижуваат и оклузивно да еструдираат за да воспостават допир со антагонистот или со соседниот заб. Во двата случаја, соседните заби ја менуваат својата физиолошка позиција и се доведуваат во положба на супраоклузија.

Анализите на нашиот материјал покажаа дека екстракцијата на забите е присутна кај двата пола, но со поголема процентуална застапеност кај мажите. Се чини дека жените, естетски мотивирани, покажуваат поголема грижа да го зачуваат денталното здравје или благовремено да ги надоместат екстрахираните заби. Споредувањето на пациентите со прекината забна низа во однос на нивната возраст беше повод загрижувачки да се констатира дека во старосната групација од 15 до 20 год., речиси, кај сите испитуваници е екстрахиран барем еден заб.

Кај испитуваните со возраст од 31 до 40 год. прекинатата забна низа беше присутна во 78,2%. Во споредба со процентот што го наоѓа Мирчев ([6]) во своите испитувања, тој е доста повисок. Причината за оваа разлика ја бараме во стратификацијата на испитуваниот материјал, бидејќи сите наши пациенти имаа пародонтопатија, а со тоа и дополнителен каузален фактор за предвремена екстракција на забите.

Високиот процент на предвремен контакт, регистриран кај пациентите со прекинат забен лак, оди во прилог на прифатената констатација за значајниот етиолошки придонес на нарушената забна низа во формирањето на оклузалниот травматизам (Стамболиева 1970).

Во актот на мастикацијата, најголем дел од силите на џвакопритисокот се пренесуваат врз потпорниот систем на забите, што се наоѓаат во прематурационен однос. Како одговор на функционалните измени, алвеолата структурно се престројува, засилувајќи ја кондензацијата на коскените гредички и ендосталната ламина, додека во периодонциумот колагените влакна хипертрофираат. Во натамошната етапа оклузалната травма го инхибира адаптивниот механизам на забнопотпорниот комплекс и ги иницира промените карактеристични за декомпензаторната фаза на оклузалниот дизбаланс (Orban 1928, Grickman 1955). Во нашиот материјал, кај 32 пациента (или кај 47%), клинички и рендгенолошки утврдивме дека барем еден од забите со предвремен контакт има деструктивно-ресорптивни промени на својот пародонт.

Предвремената екстракција на забите, следена од секундарен оклузален травматизам, е причина за реализација на уште два негативни феномена: ефектот на Кароли и дисталната сепарација на горните молари.

Под дејство на прекинатиот забен лак во моларната регија, резултантата на хоризонталните сили има изменета насока и завршува во регијата на максиларниот втор инцизив од спротивната страна. Последица на ваквото оптоварување на пародонтот е мобилност и миграција на забот, во поново време во литературата посочуван како последична акција на Телмановиот дијагонален закон.

Екстракцијата на првиот мандибуларен молар овозможува мезијална инклинација на вториот молар. Неговиот дистален гребен, како нуркач, се интерпонира помеѓу максиларните молари, импактирајќи ја храната во интерденталниот простор. Во случај на отсуство на умникот, вториот горен молар дистално се поместува, експонирајќи ја интерденталната папила на механички иритации и банална инфекција.

Испитувањата на авторот ја потврдуваат непосредната поврзаност на оклузалниот травматизам со прогресивната пародонтопатија. Според авторот, пародонталното здравје не е статички поим туку резултанта на воспоставената рамнотежа помеѓу функционалните стимуланси, хередитарната конституција и

системно контролираната средина која го регулира метаболизмот на пародонталните ткива. Секое нарушување на овие односи го нарушува адаптивниот одговор на забнопотпорниот систем и создава услови за клиничка презентација на пародонталното заболување.

Заклучок

Сумирајќи ги добиените резултати, базирани на скромно клиничко искуство и мала репрезентативна група, може да се заклучи дека протетската реставрација на предвремено екстрахираните заби претставува императив во превенцијата на оклузалниот травматизам. Оваа констатација треба да биде прифатена и доследно спроведувана од сите стоматолошки терапевти.

THE INFLUENCE OF EXSTRACTED TEETH IN THE PATHOGENESIS OF PERIODONTAL DISEASE

Summary

Analysing 100 patiens with periodontal disease we determined high per cent of cases with one or more extrakted teeth as a cause of traumatic occlusion. These findings lead us to conclusion that the early prothetic rehabilitation of extrakted teeth is one of the most serious goals in prevention of traumatic occlusion.

Литература

1. Buchan N. G.: Снижающийся прикус. Кишинев, 1967, 18 стр.
2. Glickman I. and Weiss L.: Role of Trauma from oclusion in initiation of periodontal pockets formation in experimental animals. J. Periodontol., 26: 14, 1955
3. Orban B.: Tissue changes in traumatic oclusion. J. A. D. A., 15: 2090, 1928
4. Стамболиева Е.: Влияние окклузионнои и артикуляционнои гиперфункции на состоание пародонта.
Вопроси Стоматологии, Киев, 1970, 78 стр.
5. Ramfjord S. P.: The periodontal index (PDI) J. of Periodont 38: 602, 1967
6. Мирчев Е.: Корелација помеѓу екстрахираните заби, најдените и потребните протетски реставрации, Хабилитационен труд, 1977.

МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, VIII, 3, 78-81, 1984

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за мобилна протетика

АНАТОМСКИ ОБЛИЦИ НА АЛВЕОЛАРНИТЕ ГРЕБЕНИ

Јанкуловска Евдокија

Според обликот на алвеоларниот гребен на 70 пациенти, по случаен избор од нашата популација, испитувана е дистрибуцијата на трите основни форми алвеоларни гребени: овална, квадратна и триаголна. Резултатите укажуваат дека најчеста е овалната форма (42,8%), потоа квадратната (30%), додека триаголната е најретка (27,2%). Овалната форма на алвеоларниот гребен повеќе е застапена кај машкиот пол (48%), триаголната, исто така, кај машкиот пол (32%), додека квадратната форма повеќе се среќава кај женскиот пол (35,5%).

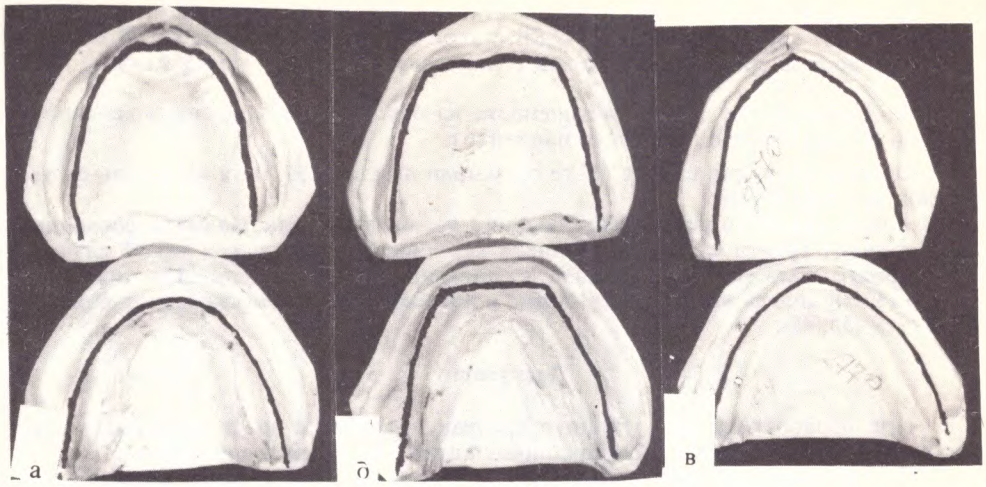
При изработката на тоталните протези прв услов е познавањето на поединостите од анатомската градба и конфигурацијата на беззабниот коскен фундамент, односно анатомската и физиолошката средина во која се сместува протезата.

За да бидат тоталните протези функционално погодни, многу важен фактор може да биде и формата на алвеоларните гребени. Основни форми на алвеоларните гребени се овалната, квадратната и триаголната.

Во трудот е поставена цел да се најде кои облици на алвеоларните гребени се најприсутни кај нашата популација и каква е нивната дистрибуција според полот.

Материјал и метод

Испитувањето беше вршено на 70 пациенти со тотална беззабост. Од устата на пациентите беше земан анатомски отпечаток, кој беше излеван и врз добиениот модел се изработуваше индивидуална лажица со која беше земан функционален отпечаток. Тој беше излеван со тврд гипс и, како поверодостојно копие на анатомо-морфолошките карактеристики на устата, беше користен како работен модел. Оцртувањето на алвеоларниот гребен се вршеше со помош на графит, кој беше поставуван хоризонтално на алвеоларниот гребен. Потоа, врз база на една опстојна анализа на исцртаниот облик, беше вршена класификација на алвеоларните гребени според трите основни видови (сл. 1 а, б, в).



Сл. 1 (а, б, в)

Испитувањата беа изведени на беззаба уста кај пациенти со просечно време на беззабост од најмалку 6 месеци по последната екстракција.

Пациентите беа избирани по принципот на случаен избор.

Резултати

Добиените резултати од анализата на формата на алвеоларните гребени се прикажани табеларно.

На табела 1 се дадени резултатите од испитувањата на застапеноста на основните облици на алвеоларните гребени.

ТАБЕЛА 1

ОБЛИК НА АЛВЕОЛАРНИОТ ГРЕБЕН	Број на случаите	%
ОВАЛЕН	30	42,8
КВАДРАТЕН	21	30
ТРИАГОЛЕН	19	27,2
ВКУПНО	70	100

ТАБЕЛА 2

ОБЛИК НА АЛВЕОЛАРНИОТ ГРЕБЕН	Машки	%	Женски	%
ОВАЛЕН	12	48	18	40
КВАДРАТЕН	5	20	16	35,5
ТРИАГОЛЕН	8	32	11	24,5
ВКУПНО	25	100	45	100

Се забележува дека најмногу е застапена овалната форма на алвеоларни гребени, и тоа кај 30 случаи, или 42,8%, потоа квадратната форма кај 21 случај, или 30%, додека триаголната форма е најмалку застапена, кај 19 случаи, или 27,2%.

Во табелата 2 е дадена застапеноста на основните облици на алвеоларни гребени во зависност од полот на пациентот.

Од вкупниот број случаи, 25 се од машки пол, или 37,7%, а 45 случаи се од женски пол, или 64,3%.

Анализирајќи ги резултатите се доаѓа до заклучок дека овалната форма на алвеоларниот гребен е повеќе застапена кај машкиот пол, и тоа кај 12 случаи (48%) триаголната форма, исто така, се сретнува повеќе кај машкиот пол, со 8 случаи (32%), додека квадратната форма е повеќе застапена кај женскиот пол, со 16 случаи (35,5%).

Дискусија

При изработката на тоталните протези потребно е да се познаваат сите промени што настануваат врз џвакалниот апарат по губењето на забите.

Со губењето на забите processus alveolaris ја губи својата функција, а поради инактивитетот и физиолошкиот процес на инволуција неминовно доаѓа до негова ресорпција.

Притоа, неговиот слободен раб повеќе или помалку се претвора во заоблен алвеоларен гребен, а опсегот на ресорпцијата на коскената алвеола е индивидуално различен[3].

Со губењето на забот доаѓа до ресорпција на коскената алвеола. Непосредно по екстракцијата на забот алвеолата се исполнува со коагулум кој по неколку недели се заменува со фиброзно ткиво. Подоцна доаѓа до осификација на апикалниот дел на алвеолата. Просечно се ресорбира 1/3 од алвеолата.

Отприлика по 3 недели површината на гребенот останува глатка и заоблена, со што првиот период на зараснување е завршен.

Процесот на ресорпција на горното и долното алвеоларно продолжение е различен и зависи од неговата структурна градба[2], [5].

Горниот processus alveolaris се ресорбира од вестибуларната страна кон центарот поради спунгиозната градба, а притоа лакот на алвеоларниот гребен се смалува. Додека телото на долната вилица со својата горна третина е наведнато кон јазикот, ресорпцијата е понагласена од лингвалната страна, поради тоа што lamina externa е покомпактна од вестибуларната страна. Притоа, алвеоларниот раб се заоблува и се снижува со тенденција за проширување кон надвор, при што лакот на алвеоларниот гребен се зголемува. На тој начин доаѓа до инконгруентност на горниот и долниот алвеоларен гребен, за што треба да се води сметка при поставувањето на забите.

Повеќе автори, Боянов, Курляндский, Гузиков, Альощиц, Бинин и др. (цит. по Русков, Р., Гоцев, З. 1973), ја поврзуваат стабилноста и функционалната погодност на тоталната протеза со формата на алвеоларните гребени.

Заклучок

При протезирањето на беззабните вилици за џвакалниот ефект и функционалната погодност важна улога има формата на алвеоларниот гребен.

Од анализата на прикажаните резултати на испитувањата, како и од литературните показатели, можеме да заклучиме дека најзастапена форма, на алвеоларните гребени во нашиот материјал е овалната форма, со 42,8%, квадратната со 30%, а триаголната со 27,2%, што се совпаѓа и со наодите на Боянов (1956).

Формата на алвеоларниот гребен е неидентична кај сите индивидуи бидејќи таа е генетски детерминирана.

Погледнати споредбено, во нашиот материјал, кај машкиот и женскиот пол, овалната форма на алвеоларните гребени е доминантен облик бидејќи таа процентуално е најзастапена од сите форми на алвеоларните гребени, и тоа кај машкиот пол со 48%, а кај женскиот со 40%.

ANATOMIC FEATURES OF THE ALVEOLAR RIDGE

Summary

70 patients of random selection representing our population were investigated for distribution of the three basic features of the alveolar ridge: oval, square and triangular. Our results reveal that most frequent is the oval shaped ridge (42,8%), followed by the square shaped (30%), while the triangular was found in 27,2%. The oval shaped alveolar ridge was most frequent in males (48%), the square follows it in males also (32%), while the triangular is mostly found in females (35,5%).

Литература

1. Боянов, Б.: Ортопедична стоматология, Медицина и физкултура, София, 1956, 113–121
2. Брановачки, Д.: Зубна протетика. Тотална протеза, Научна књига, Београд, 1974, 4–10
3. Рубинов, И. С.: Физиологически основи стоматологии, Медицина, Ленинград, 1965, 59–118
4. Русоков, Р., Гоцев, З.: Дъвкателната ефективност на случаи с цели протези при различни по форма алвеоларни гребени, Стоматология, 6, 458–460, 1973
5. Suvin. M.: Stomatološka protetika. Biološki temelji totalne proteze, Školska knjiga, Zagreb, 1976, 132–142.