

МАКЕДОНСКИ
СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

MACEDONIAN
STOMATOLOGICAL
REVIEW

Скопје, 1979 година

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД
СПИСАНИЕ НА СТОМАТОЛОШКАТА СЕКЦИЈА П. И СОЈУЗОТ НА ЛЕКА-
РИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА И СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ — СКОПЈЕ

Списанието излегува четири пати годишно
Во финансирањето учествува Заедницата на научни дејности — Скопје

Година III

Број 1-2

1979 г.

Редакциски совет

Проф. д-р Иван Тавчиовски
Проф. д-р Димитар Смилев
Проф. д-р Илија Васков
Проф. д-р Благородна Лазаревска
Проф. д-р Горѓи Симов
Проф. д-р Љубинка Нечева
Доц. д-р Симка Серафимова—
Теодосиевска
Доц. д-р Теменуѓа Симовска
Доц. д-р Марко Фиљански
Доц. д-р сци. д-р Томе Туцаров
Прим. д-р Јордан Стојановски
Прим. д-р Димитар Попников,
сан. полк.
Асист. д-р Нада Бајрактарова—
Горчуловска
Асист. д-р Нада Цветковиќ
Асист. д-р Олга Серафимова
Д-р Мирослав Мешков
Д-р Томе Шапчевски
Д-р Петар Петров

Почесни членови

Проф. д-р Димитар Железаров
Проф. д-р Антоние Шкоклев,
сан. полк.
Д-р Методија Тројачанец,
здрав. сов.

Уредува

Секретаријат на Редакција

Главен и одговорен уредник
Проф. д-р Иван Тавчиовски

Заменик на главниот уредник
Проф. д-р Благородна Лазаревска

Секретари

Прим. д-р Јордан Стојановски
Асист. д-р Методија Симоновски

Уредник

Атанас Конески

АДРЕСА:

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД
Водњанска, бр. 17, 91000 Скопје
Тел.: 223-704

Жиро сметка: 40100-678-635

Сојуз на лекарите на Македонија — „Македонски стоматолошки преглед“
Годишна претплата на списанието: 200 динари, за студенти 100 динари,
за установи 400 динари, а за стран-
ство 40 САД долари.

Еден примерок 60 динари, за студенти 30 динари.
Тираж: 1000 примероци

Печатено во Центарот за професионална рехабилитација — Скопје.

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

Списание на Стоматолошката
секција и Стоматолошкиот
факултет, Скопје

Година III 1979 Број 1-2

СОДРЖИНА

М. Накова, П. Корнети, Б. Лазаревска, Д. Ташкова Напоредни испитувања на концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија	5
М. Мешков Примена на полипрстенестата фиксна техника кај дијастеми настанати од анодонција на латералните инцизиви	9
Х. Чолаков, Т. Симовска, М. Муровска, Ј. Стефановски, П. Царчев Антибиотска терапија при одонтогените инфекции	15
С. Серафимова, Н. Кофкарова, М. Зужелова Парафункции во стоматогнатниот систем и нивно влијание на морфогенезата во денто-фацијалната регија	21
Е. Мирчев Користење на умниците во протетската терапија	25

MACEDONIAN STOMATOLOGICAL
REVIEW

Publication of The Macedonian
Medical Association (Stomatological
Section) and Faculty of Stomatology,
Skopje

Year III 1979 № 1-2

CONTENTS

M. Nakova, P. Korneti, B. Lazarevska, D. Taškova Correlative Investigation of Acid Ascorbic Concentration in Saliva and Plasma in Patients with Progressive Parodontopathia	5
M. Meškov Multi-band Fixed Technique in Diastemas Caused by Anodontia of the Lateral Incisors	9
H. Čolakov, T. Simovska, M. Murovska, J. Stefanovski, P. Carčev Antibiotic Therapy with Odontogenic Infection	15
S. Serafimova, N. Čofkarova, M. Zuželova Parafunctions in Stomatognathic System and their Influence onto Morphogenesis in Dentofacial Region	21
E. Mirčev Die Ausnutzung der Weisheitszähne in der protetischen Behandlung	25

М. Накова, Б. Лазаревска, В. Ковачев, П. Кандикијан, З. Белазелкова Саливарни и серумски вредности на концентрацијата на калциум и фосфор кај пациенти со прогресивна пародонтпатија — — — — —	31
Т. Бојациев, А. Fontenelle Екстракција на први премолари во клиничката практика — — — — —	37
Ј. Jovanovski Движењето на оралната патологија во стопанска организација со обезбедена стоматолошка заштита — — — — —	45
С. Филиповски, Р. Серафимовски Кариес на првите трајни катници кај децата од 8 до 14 години во Гостивар — — — — —	49
Н. Кофкарова, С. Иљоска Ортодонтска постапка во случаи на доцно отстранување на прекубројни заби — — — — —	55
ОД ПРАКТИКАТА	
Б. Соколовиќ Неки аспекти оклузалних односа — — — — —	61
М. Филјански, И. Богдановски, К. Дејановски Еластомери и нивната примена во протетиката — — — — —	65
ПРИЛОЗИ ОД СТРАНСКИ СПИСАНИЈА — — — — —	75
ИЗВЕШТАЈ ОД СТУДИСКИ ПРЕСТОЈ — — — — —	77

M. Nakova, B. Lazarevska, V. Kovačev P. Kandikijan, Z. Bezalkova Salivary and Blood Values of Concentration of Calcium and Phosphor in Patients with Progressive Parodontopathia — — — — —	31
T. Bojadžiev, A. Fontenelle First Premolar Extraction in Clinical Practice — — — — —	37
J. Joovanovski Oral pathology Dynamics in an Industry Organisation with Organised Dental care — — — — —	45
S. Filipovski, R. Serafimoski Caries of the First Permanent Molars in Children from 8 — 14 Years old in Gostivar — — — — —	49
N. Cofkarova, S. Iljoska Ortodontic Approach in Cases with Late Extraction of Supernumerary Teeth — — — — —	55
FROM PRAXIS	
B. Sokolović Some of the Aspects of Occlusion — — — — —	61
M. Filjanski, I. Bogdanovski, K. Dejanovski Elasomeres and their Usage i Prostodontics — — — — —	65
SELECTION OF WORLD DENTAL LITERATURE — — — — —	75
STUDY VISIT REPORT — — — — —	77

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за болести на устата

Медицински факултет
Институт за биохемија

НАПОРЕДНИ ИСПИТУВАЊА НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА АСКОРБИНСКАТА КИСЕЛИНА ВО ПЛУНКАТА И ПЛАЗМАТА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА

М. Накова, П. Корнети, Б. Лазарева, Д. Ташкова

Одредувана е концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката и плазмата кај 50 пациенти со прогресивна пародонтопатија, добиени по случаен избор од клиниката за болести на устата и 20 здрави лица без промени на оралната лигавица и пародонциумот.

Концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката и плазмата е одредувана по методот на Midlin и Butler. Резултатите покажаа дека во плазмата не постојат измени во однос на концентрацијата на аскорбинската киселина помеѓу двете испитувани групи. Додека концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката кај пациенти со пародонтална болест са намалува во однос на контролната група.

Во бројните етиолошки фактори кои учествуваат во настапувањето на прогресивната пародонтопатија се вбројуваат и хиповитаминозните состојби во организмот. Посебно внимание се посветува на намалената концентрација на аскорбинската киселина или т. н. „антискорбутичен фактор“, кој е неопходен за зачувување на нормалниот интегритет на пародонциумот. Неговото отсуство ја зголемува пропустливоста на сидовите на капиларите, со што се создаваат услови за формирање на обилен клеточен инфилтрат, а намалувајќи ја отпорноста на лигавицата, создава погоден медиум за развој на фузиспирилозната инфекција. Во вакви услови, периодонталното ткиво покажува знаци на дегенерација со лизирање на шарпеовите влакна. Клинички симптом на колагената деструкција е разнипување на забите, прекин на епителната инсерција со лигаментум ануларе и пробивање на оралната флора во подлабоките слоеви од пародонталните ткива, со своите знаци на една тешка инфламација.

Glikman², Entin³, Westin⁵ забележале промени во гингивата, остеопоротичен процес во алвеоларната коска и намалување на остеобластната активност при една С-хиповитаминозна состојба на организмот.

Burkov¹ С-хиповитаминозата ја смета како причина за една пред пародонтална состојба.

Лазарева⁴ докажала дека со апликација на аскорбинска киселина по пат на електрофореза, состојбата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија се подобрува.

Општо познато е дека дефицитот на аскорбинската киселина значително ги намалува адаптивните реакции на забноотпорниот систем, особено на гингивата, како мошне важна надворешна бариера.

Имајќи ги предвид реперкусиите на нарушениот биланс на аскорбинската киселина во адаптивниот и репараторниот механизам на пародонциумот си поставивме за цел да ја проследиме концентрацијата на истата во плунката и плазмата кај здрави луѓе и пациенти со прогресивна пародонтопатија.

Материјал и методика

Испитувањата се направени кај 50 пациенти со прогресивна пародонтопатија, добиени по случаен избор на Клиниката за болести на устата. Контролната група ја сочинуваат 20 здрави лица без промени на оралната лигавица и пародонциумот.

Како материјал се користеше плунка добиена по пат на просто прелевање без употреба на стимулатори.

Крвта е добиена по пат на венепункција од кубиталната вена.

Концентрацијата на Vit C одредувана е по методот на Budler i Milder.

Резултати

На табелата број 1 прикажани се средната вредност (С. В.), стандардната девијација (С. Д.) и стандардната грешка (С. Г.), за концентрацијата на аскорбинската киселина во крвта кај пациенти со прогресивна пародонтопатија и контролната група.

Таб. 1. Концентрација на аскорбинската киселина во плазма кај здрави лица и пациенти со прогресивна пародонтопатија

Concentration of ascorbic acid by patients with parodontopattia progressiva and lealthy persons in plasma

	контр. мг%	прог. пар. мг%
н	20	50
Ср. вр.	0.82	0.79

Ст. д	0.28	0.26
Ст. гр	0.06	0.025

Од табелата се гледа дека концентрацијата на витаминот концентрацијата на аскорбинската киселина кај обете испитувани групи.

На табелата број 2 прикажани се вредностите за концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката кај пациенти со прогресивна пародонтопатија и контролната група.

Таб. 2. Концентрација на аскорбинската киселина во плунката кај здрави луѓе и пациенти со прогресивна пародонтопатија

Concentration of ascorbis acid by patients with parodontopatia progresiva and lealthy persons in saliva

	контр. мг%	прог. пар. мг%
н	20	50
Ср. вр.	0.167	0.139
Ст. д.	0.075	0.09
Ст. гр.	0.02	0.008

Од табелата се гледа дека концентрацијата на витаминот С во плунката кај пациенти со пародонтална болест опаѓа во однос на контролната група.

Дискусија

Од нашите испитувања за концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија и контролната група се забележа следното:

Концентрацијата на аскорбинската киселина во плазмата кај двете испитувани групи не покажува никакви промени или поточно би рекле дека е во границите на нормалата. Овие наши испитувања се во согласност со испитувањата од Лазарева и соработниците.⁴

Концентрацијата на аскорбинската киселина во плунката кај пациенти со прогресивна пародонтопатија е пониска во однос на контролната група, што укажува на локалните потреби на ткивото за витамин С. Од тука се наметнува и потребата за локална апликација на аскорбинската киселина по пат на електрофореза, дополнувајќи го претходниот конзервативен, конзервативно-хируршкиот или само хируршкиот третман на прогресивната пародонтопатија. Со ваквата локална апликација на ас-

корбинската киселина се постигнуваат следните ефекти: директно внесувње на лекот и негово непосредно дејство, позитивниот ефект на галванската струја преку активноста на ОН групата, активна хиперемия на гингивата која продолжува уште неколку часа, бавна елиминација на медикаментот благодарјќи на создаденото јоно депо.

Во прилог на ова одат и експерименталните испитувања на Бурков и соработниците¹ кои покажале дека концентрацијата на витаминот С во гингивата од животни, непосредно по локалната апликација по пат на електрофорезата и постепено опаѓа до десеттиот ден, кога вредностите ги достигнуваат оние како пред електрофорезата.

Заклучок

1. Одредувана е концентрацијата на аскорбинската киселина во слунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија и здрави луѓе, без промени на оралната лигавица и пародонциумот.

2. Во плазмата не постојат разлики во концентрацијата на аскорбинската киселина помеѓу двете испитувани групи.

3. Концентрацијата на витаминот С во слунката опаѓа кај пациенти со прогресивна пародонтопатија во однос на контролната група.

4. Ваквиот наод ја сугерира примената на С витаминот во комплексната терапија на прогресивната пародонтопатија.

Summary

The concentration of acid ascorbic was determined in saliva and plasma of 50 patients suffering from parodontopatia mixta and 20 health persons without any changes on the oral mucose and parodontium.

The concentration of ascorbis acid in plasma for both groups was in normal border.

The levels of ascorbid acid in the saliva were higher in patients with parodontopatia progressiva than in the control group.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурков Т., Лечение на болни од пародонтоза с витамин Ц через електрофореза. Науч. труди на НИСИ, Софија 1959.
2. Glikman J., Clinical periodontology, Philadelphia, 1959.
3. Entin A. D. Problemi patogenetiĉeskoj terapii parodontozov., Stomatologija 4/1977, Moskva.
4. Mildin and Butler., The determination of ascorbic acids in plazma. J. Biol. Chem 122, 673, 1938.
5. Лазарева Б., Милошева Ј., Мирчев Т., Улогата на витамин ДЦ во етиопатогенезата на прогресивната пародонтопатија., ГЗФ, стр. 491, 1970.
6. Westin G., Uber Zahndurchbruch und Zahnuwechsel, Ztchr micr. anat. 1947.

Медицински центар Титов Велес
 Оддел за ортопедија на вилицата и забите

**ПРИМЕНА НА ПОЛИПРСТЕНЕСТАТА ФИКСНА ТЕХНИКА
 КАЈ ДИАСТЕМИ НАСТАНАТИ ОД АНОДОНЦИЈА
 НА ЛАТЕРАЛНИТЕ ИНЦИЗИВИ**

М. Мешков

Лекувањето на ортодонските аномалии со фиксна полипрстенеста техника на нашиот оддел е применето во март 1973 год. За време од три години со овој метод се посматрани 35 пациенти со различни ортодонски аномалии, а кај шест со диастеми предизвикани од анодонција на латералните инцизиви во максилата.

Во трудот е опишан методот на лекување, неговите предности и недостатоци во споредба со мобилната ортодонска терапија.

Диастема медианум или траума претставува естетска и говорна ортодонска аномалија најчесто во пределот на горниот фронт, во сатура медијана меѓу централните инцизиви. Растојанието меѓу забите често пати може да има ширина и на еден заб. Во допубертетската возраст пациентите не обраќаат внимание на настанатата појава иако е доста забележителна и во естетскиот изглед и во создадената говорна аномалија: свиркање при поминувањето на воздухот во растојанието — сигматизмус стриденс. Во пубертетот и по него пациентите бараат во нашите ординации решавање на диастемата на било каков начин. Мобилната ортодонска техника во овој период не дава добри резултати, и заради долгото лечење пациентите се откажуваат од нејзината примена и често бараат и екстракција на еден од двата секачи, и протетско решавање на просторот.

Кај пациентите со старост од 16 до 34 години најдобро е да се примени фиксната полипрстенеста техника која за не повеќе од 6—12 месеци дава многу добри резултати.

*) Трудот е читан на состанокот на Стоматолошката екција на СРМ во Воена болница 1975 год.

Етиологијата на медианите диастеми е различна. Во време на никнувањето на централните инцизиви, кога постои перзистенција на френулом тектолабијале, со никнување на латералните инцизиви може да дојде до нејзино спонтано затворање. До колку и тогаш не дојде до затворање, најверојатно е наследно обележје. Најчесто медианите диастеми настануваат од наследна анодонција на латералните инцизиви. Тогаш скоро редовно среќаваме и жилав френулум кој перзистира и претставува најголема препрека при лечењето, а неговото отклонување е исклучиво хируршко. Марковиќ⁴ смета дека диастемите настанати од анодонција на латералните инцизиви, настануваат заради наследно предиспонираниот фактор забната гредичка во ембрионалниот период не создава доволен број на зачетоци, што претставува примарен ортодонски проблем, а диастемите настануваат како симптом на создадената аномалија.

Целото внимание во овој труд е посветено на третирањето на правите формираните медиани диастеми со позната етиологија — анодонција на латералните инцизиви и нивно лечење со полипрстенеста фиксна техника

Материјал и метод на работа

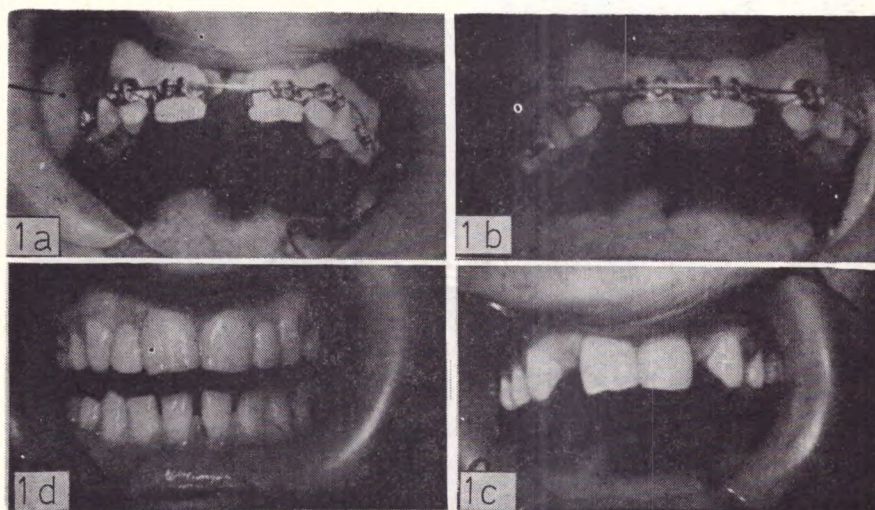
Во текот на три години на нашиот оддел третирани се шест случаја со медијана дијастема настаната од анодонција на латералните секачи со полипрстенеста фиксна техника. Староста на пациентите беше од 16 до 34 години, а лечењето кај секој траеше заедно со ретенциониот период од 6 до 12 месеци. Кај два пациента постоеше жилав и ниско инсерирани френулум тектолабијале, пред поставувањето на фиксниот апарат извршена е френотомија.

На нашето одделение употребуваме четвороагла Edgewise — E техника. Таа се состои од фабрички готови прстење со различна големина: прстења со дупли edgewise бравички на инцизивите, канинците и премоларите, и прстења со цевчиња на букалната страна на прстенот за моларите, дупли цевчиња на горните молари, а со една за долните молари. Горното цевче служи за апликација на headgear, а долната за лабијалниот лак. Ширината на отворот на бравичките изнесува 0,18, односно 0,22 инча. Во тие бравички се аплицира лак од округла жица со пречник од 0,50 мм, односно edgehise лак од 0,22 x 0,22 инча. Лакот може да се фиксира за бравичките со лигатурна жица, односно гумички за фиксација.

Пред изборот и бандажирањето на прстењата вршме механичко чистење на забите и во два наврата локална флуоризација со 2% NaF или Флуокал. Кога е добро извршен изборот на прстењата се цементираат одредените заби, а после неколку часа или нареден ден се лигира претходно изработениот лак, а до колку е потребно, се аплицираат екстезиони гумички со различна димензија и сила.

За време на целата терапија од пациентите се бараше да одржуваат беспрекорна хигиена на устата и забите и дисциплинирано да доаѓаат на контрола по барање на терапевтот.

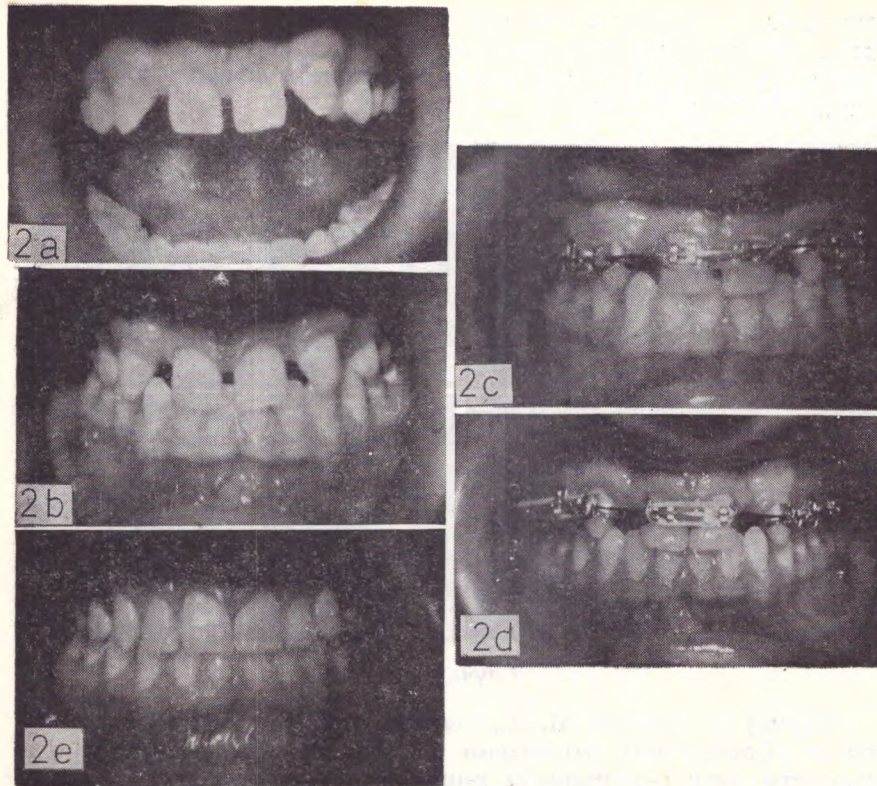
За илустрација прикажувам два случаја лечени со фиксна полипрстенеста техника.



Случај 1

Случај 1. Пациент М. Д., стар 22 години, студент. Неколку пати се обраќал кај стоматолог за протетско решавање на растојанието меѓу централните инцизиви. Бидејќи истото изнесувало 6,5 мм не е вршено протетско надополнување, заради нарушувањето на естетскиот изглед на пациентот со поставување на еден заб во растојанието. Заради прекорот којшто понекогаш го имал од друштвото стално ја држел раката при зборувањето или смеањето за да ја прикрие за него непријатната состојба. Создадената говорна аномалија: свиркање при зборувањето заради диастемата, уште повеќе го одбивало од својата околина.

На нашето одделение е испратен за консултација со R₀ снимки од кои се гледа јако изразен коскениот дел од френулулот и немање на зачетоци за обата латерални инцизиви. Извршена е френотомија, а по 6 дена направено е механичко чистење и флуоризација на забите и поставен фиксниот апарат. (Сл. 1а). Со еластични гумички од различна големина и со различна сила вршено е мезијално насочување на двата централни инцизива и дистално насочување на обата канинуса. За 6 месеци добиен е бараниот резултат: затворена е диастемата и добиен е контакт помеѓу канинусите и првите премолари за да се овозможи протетско надополнување на латералните инцизиви. (Сл. 1б и 1ц). Потоа е направена парцијална протеза со два заба и поставена е во устата на пациентот и како ретенцијален апарат и како дефинитивен протетски надоместок (Сл. 1д). Контролниот преглед по шест месеци не покажуваше рецидив.



Случај 2

Случај 2. — С. С., ученик, стар 18 години. Упатен е на нашиот оддел со Дг. Diastema mediana, hipodontio 2/2. На упорно инсистирање на пациентот било на кој начин да се реши растојанието помеѓу забите во горниот фронт, отпочната е ортодонтската терапија. Земени се отпечатоци за студиски модели, направена е анализа и најдени се следните отстапувања: големината на диастемата е 2 мм., просторот помеѓу десниот канинус и централниот инцизив 2,5 мм., а помеѓу истиот канинус и првиот премолар 5 мм. Лево просторот помеѓу централниот инцизив и канинусот е 4,5 мм., а помеѓу истиот канинус и првиот премолар 2 мм. Френулумот не е ниско инсерирен и нема потреба од френотомија. (Види сл. 2а и 2б). Направен е избор на прстења и свиткан е лабијален лак, извршено е механичко чистење и флуоризација на забите пред бандажирањето и поставен е фиксниот апарат. (Сл. 2ц). Со еластични гумички од различна димензија и сила вршено е собирање на дијастемата и бодили поместување на двата канинуса спрема првите премолари. За четири месеца добиен е простор за двата латерална инцизива (Сл.

2д), потоа е изведен фиксниот апарат и направена е парцијална протеза со два заба и како ретенционен апарат и како протетски надоместок. По 6 месечна контрола состојбата беше без промени. (Сл. 2-е — со протетскиот надоместок)

Дискусија

Диастемите настанати заради обострана анодонција на латералните инцизиви претставуваат посебен проблем, бидејќи во средните години од животот покрај создадената говорна аномалија најмногу претставуваат естетски проблем на пациентот. Во периодот од 16 до 34 годишна возраст пациентот бара на било кој начин да се потполнат растојанијата меѓу забите, било со поставување на мали запчиња во диастемати и тремите, со стругање на соседните заби или со протези — екстракција на двата централна инцизива и фиксен протетски надоместок 3/3. Често пати и на ваков начин е решаван овој дефект што никако не може да биде стоматолошки оправдан.

Во овоие случаи најголеми резултати дава ортодонската терапија: затворање на диастемите и тремите со подвижни или фиксни ортодонски апарати, а потоа протетско надополнување. Лечењето со подвижни апарати трае многу долго, а успехот најмногу зависи од носењето на апаратот и упорноста на пациентот. Фиксната полипрстенеста терапија е метод на избор при решавањето на овие аномалии. До колку постои ниско инсериран и жилав френулом, претходно е потребно да се изврши френотомија, а потоа поставување на фиксниот апарат.

Ретенциониот период кај овие случаи не треба да биде подолг од шест месеци, бидејќи со владеењето на фиксниот апарат веднаш се изработува парцијална протезичка со два латерални секачи, која служи и како ретенционен апарат и како протетски надоместок.

На овој начин решени овие аномалии потполно го задоволуваат естетскиот изглед на пациентот и функцијата на говорот.

Заклучок

Во текот на три години третирано се шест случаи со обострана анодонција на латералните инцизиви со фиксна полипрстенеста терапија кај пациенти на возраст од 16 до 34 години.

Прикажани се сликовито два случаја од кои: кај првиот, каде што постоеше жилав и перзисцентен френулом, вршена е прво френотомија, а потоа ортодонско лечење, додека кај вториот случај, каде што немаше жилав и развиен френулом, вршено е собирање на диастемата без претходен хируршки третман.

Фиксната ортодонска терапија има предност во лечењето на овие аномалии пред мобилната активна терапија.

По вадењето на фиксниот апарат веднаш изработената парцијална протезичка служи и како ретенционен апарат држач на просторот за фиксен понатамошен протетски надоместок и како привремен протетски надоместок.

Summary

Multi — band fixed technique in diastemas caused by anodontia of the lateral incisors

Orthodontic anomalies were for the first time treated using fixed multi — band technique at our department in March 1973. In the course of three years 35 patients having different anomalies were treated using this technique. Six of the total had diastema caused by anodontia of the lateral incisors in the maxilla.

The method of treatment and its advantages and disadvantages compared to removable orthodontic appliances is discussed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикар И.: Основи ортопедије вилица, Српско лекарско друштво, Београд, 1962 год.
2. Хорошилкина Ф.: Етиологија, клиника и лечение диастеми, Стоматологија бр. 2, Москва, 1972 год.
3. Коев Ж.: Зубно-челустни деформации, Софија 1961 год.
4. Марковиќ М.: Дијастема медијана, СГС бр. 2, Београд 1972 год.
5. Табори П.: Утицај хиподоизије на сагитални развитац вилица, СГС бр. 2, Београд 1964 год.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за орална хирургија

АНТИБИОТСКА ТЕРАПИЈА ПРИ ОДОНТОГЕНИТЕ ИНФЕКЦИИ

Х. Чолаков, Т. Симовска, М. Муровска, Ј. Стефановски и
П. Царчев

Во катадневната стоматолошка патологија, одонтогените инфламации застапени се во значаен процент и се најчесто форми на гнојна инфекција, од што произлегува потребата стоматолошката терапија да биде дополнета и со антибиотска терапија.

Со цел да се евидентираат најчесто застапените причинители, нивната најголема чувствителност и резистенција на антимикробните медикаменти, извршена е анализа на микробиолошки наоди, со направен антибиограм од наш материјал, во периодот од повеќе години, испраќан и анализиран на Институтот за микробиологија при Медицинскиот факултет во Скопје. Според видот и осетливоста на причинителот резултиран од таа анализа, направен е и преглед на најиндицираната антибиотска терапија во лекувањето на акутната одонтогена инфекција.

Антибиотиците претставуваат најмоќно средство, како во профилаксата така и во терапијата на стоматолошките заболувања кои во својата основа имаат инфективен процес. Современата антимикробна терапија брои повеќе стотици антибиотици, но бидејќи нема ни еден идеален — без никакво штетно дејство на човечкиот организам, како многу важен елемент на медицинското расудување се поставува доброто познавање на спектарот и начинот на делувањето на антибиотскиот и несаканите дејства до кои може да дојде по неговата примена.

За правилниот избор на антибиотикот потребни се следните информации:

1. Вид на причинителот на инфекцијата;
2. Осетливост на истиот спрема антибиотици;

3. Фармакокинетиката на антибиотикот и неговите несакаани дејства;

4. Состојбата на индивидуалниот имунобиолошки одбранбен механизам.

Одонтогените инфламаторни процеси во максилофацијалното подрачје се најчесто форми на гнојна инфекција и претставуваат значителен дел од катадневната стоматолошка патологија. Во зависност од имунобиолошката одбранбена моќ на организмот, видот и вируленцијата на микроорганизмите, клиничкиот ток на акутната одонтогена инфекција се движи од пародонтит, инфилтрација, преку локален остеит, апсцес, флегмона до компликации во форма на сепса, тромбоза на синус кавернозус, абцес на мозокот, медијастинит, односно состојби што сериозно можат да го загрозат животот на болниот со перманентна присутност на опасноста од фатален завршеток.

Оптимально би било кога врз основа на изолираниот причинител и неговата осетливост на антимикуробен медикамент, односно по интерпретација на антибиограмот, го примениме и најсоодветниот антибиотик, меѓутоа поради степенот на итност во лекувањето на акутната одонтогена инфекција, неоправдано е исчекувањето на резултатот од идентификацијата на причинителот и неговата осетливост, туку потпирајќи се на дијагнозата, клиничката слика, личното искуство на терапевтот и претпоставената веројатна осетливост на предизвикувачот, ја одредуваме антибиотската терапија.

Резултатот од бактериолошката анализа може да ни послужи за дефинитивен избор на антибиотикот, односно за евентуална корекција на веќе примената антибиотска терапија, до колку таа не го дала очекуваниот терапевтски ефект. Токму поради горе наведените проблеми, овој труд има за цел да помогне во изборот на ефикасен антибиотик во случаите на акутна одонтогена инфекција врз основа на нашите повеќегодишни бактериолошки анализи и направени антибиограми.

Метод на работа

Методот на работа е анализа на микробиолошките наоди и направените антибиограми од колективниот материјал на Клиниката за орална хирургија во текот на последните седум години.

Материјалот за бактериолошка идентификација и антимикуробна осетливост земен од: инцизиони рани, апексите на екстрахираните заби при акутни инфламаторни процеси, инфицирани екстракциони рани инфицирани цисти и остеомиелитични процеси. Бактериолошките анализи вршени се на Институтот за микробиологија на Медицинскиот факултет во Скопје.

Резултати

Анализирани се 354 микробиолошки наоди, разделени во четири клинички форми на инфекција. Од инфламаторни процеси во меките ткива (целулите, абцеси и флегмони) бактериолошка потврда на причинителот е извршена во 167 случаи. Микробиолошки проследени се исто така и 131 инфицирана екстракциона рана, 39 инфицирани цисти и 17 акутни остемилити. Од бактериолошките наоди се потрудивме да ги регистрираме процентуално најчесто присутните микроорганизми во пооделните форми на одонтогена инфекција. Според нашиот материјал, при воспаление на меките делови, најзастапени се следните микроорганизми: *Streptococcus alfa haemolyticus* со 72%, *Staphylococcus aureus* 62%, и *Streptococcus viridans* со 55%, спорадично застапени се и други соеви, во различни меѓусебни комбинации, а поретко трите доминантни соја заедно.

Кај инфицираните рани преовладуваат *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, а од останатата бактеријална флора најчесто *Bacillus fusiformis*.

Streptococcus alfa haemolyticus е (како што се гледа на табелата број 1) на прво место кај инфицираните цисти следен од *Enterococcus*, *Naiseriae*, *Escherichia coli* и *Difteroidi*.

При набележаните форми на одонтогена инфекција, микробиолошка анализа е вршена само кај поедини случаи, додека при сомнение за акутен остеомилитичен процес, за секој случај поодделно е баран таков наод. Од резултатите се согледува дека кај овие процеси доминира *Staphylococcus aureus*, а *Pseudomonas aeruginosa* и *Diplococcus pneumoniae* се близу во ист процент присутни.

ТАБЕЛА Бр. 1

КЛИНИЧКА ФОРМА НА ОДОНТ. ИНФЕКЦИЈА	БРОЈ НА СЛУЧАИ	ВИД НА ПРИЧИНИТЕЛ	ПРОЦ. ЗАСТАПЕНОСТ ВО ВКУПНО ИС. МАТ. КАЈ ПОЕДИНЧ СЛ.
ЦЕЛУЛИТИ АБЦЕСИ ФЛЕГМОНИ	167	<i>STREPT. α HAEMOLYTICUS</i> <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> <i>STREPTOCOCCUS VIRIDANS</i>	72 % 62 55
ИНФИЦИРАНИ ЕКСТРАКЦИОНИ РАНИ	131	<i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> <i>STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS</i> <i>BACILLUS FUSIFORMIS</i>	46 % 38 15
ИНФИЦИРАНИ ЦИСТИ	39	<i>STREPT. α HAEMOLYTICUS</i> <i>ENTEROCOCCUS - STR. FAECALIS</i> <i>NAISSERIAE</i> <i>ESCHERICHIA COLI</i> <i>DIFTEROIDI</i>	63 % 24 22 13 6
АКУТЕН ОСТЕОМИЛИТ НА ВИЛИЦИТЕ	17	<i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> <i>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</i> <i>DIPLOCOCCUS PNEUMONIAE</i>	60 % 25 24
ВКУПНО	354		

Поради целта на работата во фокусот на вниманието беше посебната и детална анализа на наодите од антибиограмите, односно најизразената осетливост и резистентност на изолираните соеви на одделни антимикробни медикаменти. Резултатите се прикажани на табела број 2. *Staphylococcus aureus* покажува особено осетливост на стрептомицин во 60%, а изразита резистентност (70%) на пеницилин и тетрациклини (30%). *Streptococcus alfa haemilliticus* во еднакви процени е осетлив на стрептомицин и пеницилин, со висок процент на резистентност на тетрациклиниот сулфонамиди. И за *Staphylococcus epidermidis* регистрирана е осетливост на стрептомицин и хлорамфеникол, а резистентност како и претходниот. Резистентност на сулфонамиди и канамицин забележана е и за *Diplococcus pneumoniae* кој е осетлив на пеницилин и стрептомицин. *Naisseriae* и *Escherichia coli* се осетливи на сигмамицин и канамицин, а резистентни на пеницилин, тетрациклини и сулфонамиди. Истата резистентност ја покажува и *Pseudomonas aeruginosa* кој е изразито осетлив на стрептомицин и канамицин.

ТАБЕЛА БР. 2

ВИД НА МИКРООРГАНИЗМ	ВИД НА АНТИБИОТИК			
	ОСЕТЛИВОСТ НА		РЕЗИСТЕНТНОСТ	
	АНТИБИОТИК	ВО %	АНТИБИОТИК	ВО %
1 STAPHYL. AUREUS	STREPTOMYCIN	60	PENICILLIN	70
	ERYTHROMYCIN	30	TETRACYCLINI	30
2 STREPT. VIRIDANS	PENICILLIN	80	TETRACYCLINI	70
	CHLORAMPHEN.	15	SULFONAMIDI	20
3 STREPT. J. HAEMOL.	STREPTOMYCIN	50	TETRACYCLINI	60
	PENICILLIN	50	SULFONAMIDI	30
4 STAPHYL. EPIDER.	STREPTOMYCIN	50	TETRACYCLINI	60
	CHLORAMPHEN.	40	SULFONAMIDI	20
5 DIPLOCOCC. PNEUM.	PENICILLIN	45	SULFONAMIDI	50
	STREPTOMYCIN	40	KANAMYCIN	35
6 NAISSERIAE	SIGMAMYCIN	50	PENICILLIN	70
	ERYTHROMYCIN	25		
7 ESCHERICHIA COLI	KANAMYCIN	70	TETRACYCLINI	55
	SIGMAMYCIN	25	SULFONAMIDI	35
8 ENTEROCOCCUS	AMPICILLIN	35	TETRACYCLINI	60
9 PSEUDOM. AERUGIN.	KANAMYCIN	35	PENICILLIN	70
	STREPTOMYCIN	40	TETRACYCLINI	30
10 BACILUS FUSIFORM.	PENICILLIN	15	TETRACYCLINI	40

Дискусија

Од извршените анализи може да се согледа дека најзастапената микрофлора при одонтогената инфекција е најчесто и потенцирано осетлива на стрептомицин, пеницилин и хлорамфеникол. Изразита осетливост на хлорамфеникол сметаме дека се должи на неговата забрана за широка примена, односно строгата и прецизна индикација. Во дадени случаи може да послужи како лек за резерва.

Констатацијата на висок процент на резистентност спрема терациклините, упатува на неоправданост на широкото препишување на овој вид антибиотици, особено во случаите каде немаме показатели за неговата ефикасност. Исто така неосновано би очекувале терапевски резултати при употребата на сулфонамидите како антимикиробен медикамент, на кои најзастапени причинители на инфламаторните процеси во нашето подрачје покажуваат изразита неосетливост.

Вон од резултатите на проследениот материјал, можеме да кажеме дека ние имаме свој опит и свои клинички забелешки од третманот на акутната одонтогена инфекција со антибиотик од групата на цефалоспориите. Како релативно понов медикамент не е земен како пробен лек во изработката на антибиограмите, така што лабораториски не е одбележан неговиот терапевски ефект, што се гледа и од нашите анализи. Меѓутоа, во еден значаен број на случаи, каде бил индициран, покажа одлични резултати.

Заклучок

Од сето набележано може поконцизно да се заклучи дека, со исклучок на случаите со алергични манифестации, најоправдана е акутната одонтогена инфекција до дефинитивниот избор на антибиотикот медикаментозно да се третира со антибиотик од групата на пеницилинот, полусинтетски пеницилински препарати, стрептомицинот и цефалоспориите.

Во однос на забелешките за ототоксичното и неуротоксичното дејство на стрептомицинот, за миелотоксичното депресивно дејство на хлорамфениколот на хематопоезата, сметаме дека просечното времетраење на лекувањето на инфекцијата и терапевската доза се такви што нема штетно да се одразат на пациентот.

Summary

Out of all that was noted it could be concluded that except in cases with allergic manifestations it is best until the final choice of antibiotic is decided, to treat medicamentously with an antibiotic of the group of penicilines, streptomycin and cephalosporine.

From the aspect of ototoxic and neurotoxic effects of streptomycin, of the myelotoxic depressive effect of chloramphenicol onto hematopoiesis, we think that the average duration of treatment of the infection and therapeutic dosages are such that will not affect the patient.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибиотици и антибиотска терапија, Загреб 1971 г. „Плива“.
2. Акутни инфламаторски процеси дентогеног порекла — Проф. А. Шкоклељ, д-р Ј. Дуља, д-р М. Станковић и д-р М. Цветковић: Стоматолошки гласник Србије, ванредни број 1970 год. Београд.
3. Инфекције лица и вилица дентогеног порекла — А. Пишчевић, Б. Јојић, М. Карапанджић и Ј. Перовић: Стоматолошки гласник Србије, ванредни број 1971 год. Београд.
4. Пuteви ширења дентогених инфекција — Б. Јојић, А. Пишчевић.
5. Oehring, H. et al. Erregerbetuude im Untersuchungsmaterial Von Patienten mit inspezifischen odontogenen Infektionen. — Zahn mund Kiw-fwehwilkd. 44, 1976, No2.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за ортодонција

ПАРАФУНКЦИИ ВО СТОМАТОГНАТНИОТ СИСТЕМ И НИВНО ВЛИЈАНИЕ НА МОРФОГЕНЕЗАТА ВО ДЕНТО-ФАЦИЈАЛНАТА РЕГИЈА

С. Серафимова, Н. Ковкарова, М. Зужелова

Парафункцијата е несвесен и несамоконтролиран процес кој стереотипно се повторува во подолг временски период. Најчесто се среќава во мастикаторниот апарат.

Во стоматогнатниот систем за парафункции се мисли на: цицање на цуцла, прсти и други предмети, грицкање на усни, нокти и молив, интерпонирање на јазикот помеѓу забните низови, дишење на уста и други штетни навики.

Морфологијата на максилофацијалниот комплекс, покрај генетските причинители, е во зависност и од функциите на поедини структури кои честопати доведуваат до морфолошки промени и функционални нарушувања.

Парафункциите во наведената регија ја нарушуваат координацијата на сите делови и системи кои во нормални услови обезбедуваат стална функционална рамнотежа, што подоцна се одразува во одредената регија.

Во стоматогнатниот систем за парафункции се мисли на: цицање на цуцла, прсти и други предмети, грицкање на усни, нокти и молив, интерпонирање на јазикот помеѓу забните низови, дишење на уста и други штетни навики кои денеска се јавуваат како сериозни причинители за нарушена морфогенеза во фентофацијалната регија. Тоа се движења кои се повторуваат во продолжително време и не се поврзани со нормалните физиолошки функции. Процесот се одвива несвесно и е вон од секаква самоконтрола.

За Shafer¹ појавата на парафункциите е комплексна и ја разгледува од неколку аспекти: 1) локален (неправилна оклузија и артикулација, причинета од некои дразнења), 2) општи (оболувања на дегестивниот тракт, алергии, ендокрини нарушувања

и др.) 3) психички — емотивни доживувања кои можат да се манифестираат преку нервни навик од редот на парафункциите, 4) професионални (интелектуален и психички замор и др.).

Некои автори² поголемиот интензитет на парафункциите го согледуваат во време на сон, но тие се присутни и дење, посебно при интелектуален и физички напор.

Во литературата примената на парафункцијата е опишана уште во најраната детска возраст. Сауhere (1962)³ забележал случај на цицање на прст во текот на породувањето. Nilson (1977)⁴ со специјална техника на снимање докажал цицање на прст во текот на интраутериниот развој.

Целта на овој труд е да ја прикаже застапеноста на парафункциите во етиопатогенезата на разни малоклузии и нивното влијание во оформувањето на орофацијалната регија. Материјалот е користен од Клиниката за ортодонција при Стоматолошкиот факултет во Скопје.

Од анамнестички податоци произлегува дека тие се јавуваат кај 49% од сите ортодонтски третирани случаи⁵. Високо застапениот процент кај нас се доближува до наодите кои ги среќаваме во југословенската и светската стручна и научна литература. Марковиќ (1976) нашол 15 до 52% од вкупниот број деца со малоклузии во Белград, Zilkicwicz (Полска) нашол 50%. Според Kantorowicz 90% деца до 3 години имаат по некоја навика, а од 3 до б години 86%, од кои најчесто е цицањето на прст.

Перзистенција на цицање на цуцла по втората година од животот доведува до промени во антериорната регија. (Сл. 1).



Сл. 1

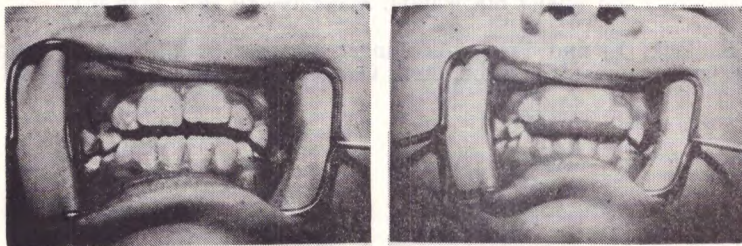
Промените ги опфаќаат забите и процесот алвеоларис, поретко се среќаваат во бочната регија. Клинички се манифестира со дентоалвеоларна притрузија или anterioren отворен загриз.

Цицање прст е најчеста навика во детската возраст. Од начинот на која се изведува и локализацијата на истата, дава разновидни морфолошки промени во дентофацијалната регија, како што е антириорен и латерален отворен загриз, назначен overjet, протрутија на горен фронт и др. (Сл. 2).



Сл. 2

Јазикот со својата јака мускулатура и активност учествува во формирањето на стоматогнатниот систем. Неговата парадфункција ја нарушува целата рамнотежа која се манифестира на повеќе начини: промена во формата на деналниот лак, anterioren отворен загриз, циркуларна компресија и друго. (Сл. 3).



Сл. 3

Дишење на уста како навика е ретко наследна. Во литературата е опишана како „респираторен опструкционен синдром“. Видни промени се: максиларна компресија, вкрстен загриз, висок палатум, отворен загриз и др.

Дискусија

Навиката се јавува по раѓањето, а најчесто во првите две години од животот. Во последните години се публикувани повеќе студии. Една група автори сметаат дека со отстранување на навиката пред 4 години целосно се корегира оштетувањето. Додека Baalack и Frnsk ја предлагаат 7 години како критична за запирање на навиката.⁶

Заклучок

Поаѓајќи од искуството на другите автори, а и од наше лично искуство, сметаме дека парафункциите во детската возраст се јавуваат како активни причинители во оформувањето на дентофацијалната регија. Нивното навремено отстранување е императивно, но терапевтскиот пристап треба да биде комплексен.

Summary

Taking other authors' experience as well as our own as the starting point, we find that para-functions in childhood appear to be active causes in formation of dento-facial region. Early elimination is imperatively imposed while therapeutic approach should be complex.

ЛИТЕРАТУРА

1. Shafer, W. et al. Textbook of oral pathology, Philadelphia, 1958, p. 410
2. Бојанов, Б.: Учебник по технологија на чељусно-лицево протезирање, Мрд. и физк., Софија, 1960.
3. Тришовиќ, Д.: Узроци упражњавања лоших навика и лечење нивних последица, Билтен бр. 11, 1978, стр. 39—50.
4. Nilson, L., Lindberg, J. (1975): Misterija dađanja. Duga 48, 61.
5. Ќовкарова, Н., Серафимова, С.: Штетните навика и ортодонтските неправилности како нивна последица, Македонски мед. преглед 1—2, 1969, 65—70.
6. Baalack, J., and Frisk, A.: Finger sucking in children, a study in incidence and occlusal condition, Acta Odontol. Scand. 29:449—512, 1971.

Стоматолошки факултет — Скопје

Клиника за фиксна стоматолошка протетика

КОРИСТЕЊЕ НА УМНИЦИТЕ ВО ПРОТЕТСКАТА ТЕРАПИЈА

Е. Мирчев

Потполната функција на мастикорниот апарат и рамномерно пренесување на силите на цвакопритисокот се постигнува преку интактните забни редови и контактните точки.

Кај дефектните забни редови треба да се изврши санација со фиксни и мобилни протетски изработки при што треба да се ангажираат сите преостанати заби како и умниците за носачи на мостови или ретенција на парцијални протези.

Доста еминентни автори и практичари се залагаат за екстрахирање на умниците наведувајќи оти тоа се одвива во правец на природната еволуција.

Умниците со нивните анатомо-морфолошки карактеристики се доста варијабилни. Формата, големината, бројот на туберите, потоа бројот и односот на корените им даваат една целосна специфичност во однос на другите заби. Тие меѓусебно се разликуваат ден од друг во горната и долната вилица. Ако на сето тоа ја додадеме и нивната местоположба и специфичната околина, ја отежнуваме можноста за зачувување на хигиенските навики и за преземање на конзервативно ендодонтски третман.

Еволутивниот развој на човекот укажува на одредена редукција на одделни делови од човечкото тело. Тука спаѓа и редукцијата на вилиците, особено редукција на забите во забните редови. Спрема Болковата теорија (Bolk) за редукција на забите (цит. по Иџик¹) се редукуваат последните членови на одделните групи заби. Овој процес сè уште трае што се огледа на латералните инцизиви, вторите премолари, а посебно тоа се гледа на умниците. Ова ги доведува умниците во една подредена положба да не им се посветува доволно внимание сметајќи оти терапијата на тие заби е прогностички несигурна и ризична.

Совотта—Beher⁴ изнесуваат дека третите молари се најчесто рудиментирани. Горните умници се секогаш редуцирани од долните, нивните корени се по правило страснати. На коронката често се наоѓаат само по три тубери или пак повеќе од четири. Долните умници поседуваат најчесто два одвоени корени и коронка која малку отстапува од типичните коронки.

Шливиќ⁶ изнесува за горните умници дека немаат постојан облик и големина. Обично се помали од вторите молари, но во ретки случаи можат да бидат поголеми и од другите молари во горната вилица или воопшто да не достасуваат во 18—20% од случаите. Долните умници спрема Шливиќ се сè помалку атрофични од горните, иако им е коронката со јако променлив облик.

Едно е сигурно, а тоа е дека екстракцијата на умниците не доведува до прекин на континуитетот на забните редови, а со тоа не се нарушува артикулационата рамнотежа. Екстракцијата на било кој друг заб доведува до прекин на континуитетот на забните редови и нарушување на артикулационата рамнотежа на забите со сите бавни и далекусежни, но тешки последици по орофацијалниот систем.

Изгубените умници протетски не се надоместуваат.

Анализирајќи ги умниците од протетски аспект не можеме да кажеме оти се посебно важни, но исто така не можеме да ги негираме.

Наш материјал

Извршивме преглед на 3.384 жители од Скопје од двата пола, на возраст од 20 до 60 години и преку шеесет годишна возраст во клиниките на Стоматолошкиот факултет, повеќето градски амбуланти и амбулантие на некои стопански организации.

Изборот на прегледаните беше случаен.

Целта на нашите прегледи беше меѓудругото да ја видиме екстрахираноста на третите молари и нивната ангажираност за протетски цели.

Од вкупниот број на умниците што требаше да ги имаат прегледаните (13.536), 3.936 умници беа екстрахирани и тоа 2.014 во долната вилица (14,87%) и 1.922 умника во горната вилица (14,19%).

Од присутните 9.600 умника, само 343 заби беа ангажирани за протетски цели или 3,57%.

Протетската ангажираност на умниците се состоеше како носачи на мостовни конструкции, носачи на соло коронки за ретенција на парцијални протези или со својата морфологија без да бидат пресвлечени со метални коронки.

Табела 1. Ангажираност на умниците за протетски цели
Tabelle 1. Die Ausnützung der Weisheitszähne in der prothetischen Behandlung

	горна вилица	долна вилица	вкупно
носачи на мостови	88	192	280
соло коронки за ретенција на п. прот.	7	18	25
ретенција на п. прот. без коронки	13	25	38
ввкупно	108	235	343

Дискусија

Процентот на екстрахираните умници е голем и изнесува 29,09% и е после екстракцијата на првиот молар (47,69%) и вториот молар (30,98%) најповеќе екстрахиран кај нашите прегледани пациенти (Мирчев³).

Иџиќ¹ во својот труд изнесува дека умниците се во голем процент (47,05%) екстрахирани без да се направи обид да се користат за протетски цели, бидејќи екстракцијата на тие заби е почеста кај повозрасните за разлика на првиот молар кој е исто така екстрахиран во голем процент (49,38%), но тоа се објавува повеќето во детството и раната младост.

Искористеноста на умниците во нашиот материјал за протетски цели иако е мал, само 3,57%, зборува оти нашите терапевти не пријдуваат еднострано кон третирањето на третите молари и се против генерализирано екстрахирање.

Веројатно оти уште многу од умниците можеле да бидат искористени за протетски изработки, а тоа не е сторено од повеќе причини. Меѓудругото во нашиот материјал најдовме многу малку протетски изработки, само 0,75% по прегледан, додека многу е поголема потребата од нив за санација на дефектите на забните редови и тоа во просек 1,84% по прегледан (Мирчев³). Секако при санирањето ќе бидат вклучени и други умници.

Сувин⁵ е на мислење дека третите молари доаѓаат истотака во предвид како носачи на мост, ако им се корените добро развиени, коронките добро израснати од алвеолата, а положбата повољна.

Сувин го условува користењето на третите молари за протетски цели со виталноста, зашто лекувањето на корените на тие заби е несигурно. Исто така треба да се прави разлика помеѓу третите молари во горна и долна вилица. Горните обично се помалку вредни за протетски цели поради послабо развиените и конусно градените корени, а понекогаш и рудаментирани, додека долните се подобро развиени.

Тоа се сретнува и во нашиот материјал. Од вкупно 343 користени умника за протетски цели 235 беа во долната вилица а 108 во горната.

Мариќ² исто така вели дека умниците можат да се користат во протетиката исклучиво кога се добро развиени и се во состојба, без штетни последици, да носат протетски изработки.

По наше мислење оправдани се настојувањата да се користат умниците за протетски цели и треба секој заб да биде прегледан, анализиран, рентгенолошки контролиран, благовремено третиран како и другите заби и во одредени случаи да се ангажираат со протетската конструкција.

Секако дека постојат ситуации кога тој е релативно добро развиен, добро поставен и е во состојба без штетни последици за него и околното ткаење да биде вклучена некоја протезна конструкција.

Ретинирањето на една парцијална протеза ќе биде многу подобро, ако е вклучен и некој присутен умник без да се екстрахира, наместо да биде терминално седло. Сигурно дека и како носач на мост при состојба на едностран прекин на забниот ред корисно ќе биде ангажирањето на преостанатиот и не многу јак умник, наместо едностран терминална парцијална протеза која нема да биде редовно носена или како втора солуција да остане со дефект на забниот ред и понатамошно влошување на состојбата.

Заклучок

Во праксата повеќе пати се покажало оти давањето на општи заклучоци е често неблагодарно. Тоа важи и за умниците.

И покрај наведените анатоомо-морфолошки карактеристики и нивната непостојаност, на мнение сме оти умниците треба да добијат исти третман како и другите заби и да се користат во протетската терапија.

Од вкупниот број на ангажираните умници во протетската терапија 343 или 3,57% не можеме да бидеме незадоволни, но сме на мислење дека тој процент може знатно да се зголеми. Однапред отфрлувањето и екстрахирањето на умниците е неисправно. Заклучуваме дека треба секој заб поединачно да се цени и одредува неговата биолошка вредност и да се користи во протетската терапија, зашто во одредени случаи можат и умниците да бидат драгоценци.

Zusammenfassung

Die Ausnutzung der Weisheitszähne in der Prothetischen Behandlung

In der Praxis hat sich merrmals gezeigt, da die allgemeine Zusammenfassung oft undankbar ist.

Es gilt auf fur die Weisheitszähne.

Und neben angehenden anatomo-morfologische Charakteristiken und ihre Unbeständigkeit, unfere Meinung ist, da die Weisheitszähne gleiche Tretman wie andere Zähne bekommen sollen und sie sollen in die prothetische Behandlung nützen sein.

Die Nummer von 343 Zähne (3,57%), die in der prothetische Therapi engagirt wurden ist, nicht zu klein, nach unsere Meinung aber dieses Prozent könnte vergrößern werden. Die Weisheitszähne dürften nicht voraus vorwerfen und extrahiert werden.

Jeder Zahn muss man einzeln bewerten, und sollte man seine biologische Wert und seine prothetische Nützlichkeit bestimmen, weil sie in den bestimmten Fällen kosbar können sein.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иѓиќ, Љ., и сораб.: Коришчење умњака у протетској терапији, Зборник на трудови, Куманово, 1970, 86.
2. Мариќ, М.: Увод у стоматолошку протетику, Завод за издавање уџбеника, Белград, 1963, 8.
3. Мирчев, Е.: Корелација помеѓу екстрахираните заби, најдените и потребните протетски реставрации, (хабилитационен труд), Скопје 1977, 50, 55.
4. Sobotta—Behr: Atlas der Anatomie des Menschen, 2 teil Urban und Schwarzenberg, München—Berlin, 1965, 17.
5. Сувин, М., Косовел, З.: Фиксна протетика, Школска книга, Загреб, 176.
6. Шливиќ, Б.: Дескриптивна анатомија, глава и врат, Мед. книга, Белград—Загреб, 1969, 187.



ZLATARNE — CELJE

63000 Celje, Kersnikova 19

tel. 24-700

telex 33597 yu ZC

Производство на дентални легури

AURODENTI — каратно злато

DENTORJI — златна легура со извонредна тврдина прилагодена за нови абразиско постојани фасетирани материјали

AUROPAL — сребрено паладиева легура

- произведува опрема за забни лаборатории
- произведува потрошен материјал за забни лаборатории — прецизно леење
- заменува стари одливоци, отпадоци и демонтирани протетични изработки од злато
- откупува отпадоци од ауропал и паладор и вградени демонтирани изработки од споменатиот материјал — легури
- генерално застапништво Oegusse od Dunaj за дентален програм
- увоз — извоз

Стоматолошки факултет — Скопје
 Клиника за болести на устата
 Медицински факултет — Скопје
 Институт за МЕР физиологија

САЛИВАРНИ И СЕРУМСКИ ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА КАЛЦИУМ И ФОСФОР КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА

М. Накова, Б. Лазарева, В. Ковачев, П. Кандикијан
 З. Белазелковска

Кај 92 пациенти со клинички и рентгенолошки верифицирана прогресивна пародонтопатија и 28 здрави лица без промени на оралната лигавица и пародонциумот, одредувана е концентрацијата на калциумот и фосфорот во плунката и плазмата. Испитувањата покажаа намалена концентрација на Са (9.18) mg% и PO₄ (3.97) mg% во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија во однос на контролната група (Са—10.72) mg и PO₄ (4.90) mg%.

Концентрацијата на Са во плунката кај пациенти со пародонтална болест е повисока (5.75) mg% во однос на контролната група (4.02) mg%, додека разликата на концентрацијата на фосфатните јони кај обете испитувани групи е минимална.

Бројни се објавените научни публикации во литературата коишто посебно внимание му посветуваат на проучувањето на метаболизмот на калциумот и фосфорот и нивната улога во етиопатогенезата на прогресивната пародонтопатија^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}.

Носоков⁵ преку одредување на концентрацијата на калциумот и фосфорот во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија докажува дека при почетно нарушување на нивниот метаболизам се забележуваат и првите иницијални промени врз пародонталните ткива. Понатаму тој констатира дека промените во концентрацијата на калциум и фосфор стојат во правопрпорционален однос со клиничкиот стадиум на заболувањето⁶.

Бараникова² смета дека карактерот и степенот на нарушениот метаболизам на калциумот и фосфорот во крвта го опре-

делува и клиничкиот стадиум на заболувањето и можат да се користат како параметри за рано дејагностицирање на прогресивната пародонтопатија.

Сарацин⁵ нашол намалена концентрација на Са и PO_4 во коскено ткиво земено од процесус алвеоларис од пациенти со прогресивна пародонтопатија. Своето испитување го поткрепува и со фактот дека ако на пациенти со пародонтална болест им се даде калциум (пер ос), доаѓа до зголемување на неговата концентрација во плазмата, а со тоа и до клиничко и рентгенолошко подобрување на прогресивната пародонтопатија.

Спротивно од испитувањата на Носоков⁴ Бараникова, Винсент нашол зголемена концентрација на калциум во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, кое го толкува со негово извлекување од коскено ткиво⁸.

Билејкин³ пак во 37%, а Базерку¹ во 65% од испитуваните нашле зголемена концентрација на калциум во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, а кај останатите бил во граници на нормалата.

Добиените литературни податоци за вредностите на калциумот и фосфорот во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија се неуедначени и контрадикторни. Концентрацијата на калциумот и фосфатите воглавно е одредувана во плазмата, а делумно и во коскено ткиво, врз база на кои е судено за метаболните нарушувања на истите и нивната улога во етиопатогенезата на прогресивната пародонтопатија. Каква е концентрацијата на овие два параметри во плунката и дали постои некаков сооднос со концентрацијата во плазмата, од литературата што ја имавме на располагање не може да се види. Од тука произлезе и целта на овој труд да се види каков е соодносот помеѓу концентрацијата на Са и PO_4 во плунката и плазмата кај здрави луѓе и пациенти со прогресивна пародонтопатија и до колку постојат некакви разлики да се направи обид да се објаснат.

Материјал и метод на работа

Испитувањата беа направени кај 92 пациенти со прогресивна пародонтопатија и 28 здрави лица без промени на оралната лигавица и пародонциумот.

Како материјал користена е мешана плунка, добиена по пат на просто извлекување без употреба на стимулатори, а крв со венепункција од кубиталната вена.

Концентрацијата на Са одредувана е по методот на Herman⁹, а на фосфор по Gibit⁴.

Добиените резултати статистички се обработувани преку одредувањето на средната вредност, стандардната девијација и стандардната грешка.

Резултати

На табелата број 1 прикажани се вредностите за концентрацијата на Са во плазмата и плунката кај обете испитувани групи.

Табела 1

	крвна плазма		плунка	
	прог. парод.	контрола	прог. парод	контрола
n	77	19	92	28
Ср. вр.	9.18	10.72	5.75	4.02
Ст. дев.	±0.08	±0.76	±0.16	±0.25
Ст. гр.	±0.81	±1.16	±1.60	±1.35
P	0.05		0.001	

Од табелата се гледа дека концентрацијата на Са⁺⁺ во плазмата од пациенти со прогресивна пародонтопатија е пониска во однос на контролната група, а разликата е статистички сигнификантна (0.05).

Вредностите за концентрацијата на Са во плунката се високи кај пациенти со прогресивна пародонтопатија споредени со тие од контролната група, а разликата помеѓу двете испитувани групи е статистички значајна (0.001).

На табелата број 2 дадени се вредностите за концентрацијата на PO₄ кај пациенти со пародонтална болест и контролната група во плазмата и плунката.

Табела 2

	крвна плазма		плунка	
	прог. парод.	контрола	прог. парод	контрола
n	86	19	92	28
Ср. вр.	3.97	4.90	19.47	20.05
Ст. дев.	±0.12	±0.28	±0.81	±1.47
Ст. греш	±1.14	±1.2	±7.74	±7.78
P	0.005		0.5	

Од табелата се гледа дека концентрацијата на PO₄ во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија е пониска во однос на контролната група, а разликата е статистички значајна, додека во плунката не постојат битни разлики.

Дискусија

Преку одредувањето на концентрацијата на Са и PO_4 во плунката и плазмата дојдовме до сознанието дека концентрацијата на Са во плунката е за два пати помала отколку што е во плазмата, додека PO_4 е за пет пати поголем во плунката во споредба со плазмата.

Вредностите добиени за концентрацијата на Са кај пациенти со прогресивна пародонтопатија опаѓаат во плазмата а растат во плунката, во однос на контролната група. Интересен е и фактот дека приближно за толку колку што се намалува концентрацијата на Са во плазмата, за толку се зголемува во плунката, а добиените разлики од вредностите помеѓу двете испитувани групи се статистички сигнификантни. Вредностите пак добиени за концентрацијата на PO_4 од пациенти со пародонтална болест во плазмата се намалени, разликата е статистички значајна, додека во плунката намалувањето е многу слабо изразено, без да постои статистичка сигнификантност.

Нашите добиени резултати за концентрација на Са во плазмата се во спротивност со тие добиени од Носков⁵, кој докажал дека концентрацијата на Са во плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија се повисоки во однос на контролната група. Ваквите разлики во резултатите најверојатно се како последица на големите индивидуални варијации во резултатите добиени од Носоков (8.7—17мг%).

Намалената концентрација на Са и PO_4 во плазмата, а на едно зголемени во плунката кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, ние засега ја толкуваме како резултат на просто прелевање од плазмата во саливата, заради зголемените крвни садови, како последица на воспалително-деструктивните промени кои се одигруваат во пародонталните ткива. Во прилог на ова оди и фактот дека концентрацијата на Са во плазмата се намалува приближно за толку, за колку што се зголемува концентрацијата на истиот во плунката.

Заклучок

1. Кај 92 пациенти со прогресивна пародонтопатија и 28 здрави лица без промени во оралната лигавица и пародонциумот, одредувана е концентрацијата на калциумот и фосфатите во плунката и плазмата.

2. Концентрацијата на калциумот во плазмата е пониска, додека во плунката повисока кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, во споредба со вредностите добиени од контролната група.

3. Битни разлики во концентрацијата на фосфатите во плунката добиена од пациенти од обете испитувани групи не постојат, додека вредностите за истите во плазмата се пониски кај пациенти со пародонтална болест во однос на контролната група.

Summary

The concentrations of Ca PO₄ in saliva and plasma in 92 persons suffering from parodontopathia progressiva and 28 healthy persons without any changes on oral mucose and parodontium were explored.

The concentration of Ca in plasma was two times lower than in saliva, but the levels of PO₄ in saliva were five times higher than in plasma.

The levels of concentration of Ca and PO₄ in plasma patients with parodontopatia progressiva were lower than in the control group, but in saliva the concentration of Ca was higher.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bazergue P. M. Neumai W. F. Miller E. J. Secretion of calcium by the salivary glands in the dog, J. Dent Res, 46:2, 446—455, 1967.
2. Барабикова А. И. Фосфорно—Калциеви обмен у клиническог состојане пародонта при нарушеније функција почек. Стоматологија, 1/1969, 22—25, Москва.
3. Biljekin Z. A. Zur Atiologie der Psrodontoze., Z. F. Stom. 4/1959.
4. Gibitr H. Zur calceintitration des ikterischen serums Clin Chim Acta 10:3, 238, 1964.
5. Евдокимов М. Содрженија хецаторих микроелементов и сахара в слјуни бремених женшчин. Стоматологија 5/1969, 78—79.
6. Носоков Д. А. Состојане калциевог омена у болних пародонтозом., Стоматологија 6/1958, 56—58.
7. Носоков Д. А. Состојане фосфорно. калциевог обмена у болних началној форми пародонтозе, Стоматологија 4/1962, 15—16, Москва.
8. Sarrazzin R. Zavrtasci Fosforu wapnia w kosciach ludzi zdrowych i z przyzeczica., Szasopisimo Stomat 7.
9. Fišer Herman. Mikroanaliza u medicinskoj biohemii. Klinička biohemija, 1956 Zagreb.
10. Vincenti R., La pyoree dans le cadre la medicine generale les faits cliniques—pathologenie—traitmant, 1956, Paris.
11. Weinmann J., Stoffwescheselbefundle, bei der diffuses Atrofie des Alveolarknochens., Z. F. Stom. 25/1927.

BLENDAX ~ ANTI ~ PLAQUE

Е НОВА ЗАБНА ПАСТА ПРОТИВ
ЗАБНИ НАСЛАГИ

BLENDAX ~ ANTI ~ PLAQUE

Е ЕДИНСТВЕНА ЗАБНА ПАСТА
НА НАШИОТ ПАЗАР ЧИЈ ЕФЕКТ
Е МОЖЕН ДА СЕ ТЕСТИРА
СО ТЕСТНИ ТАБЛЕТКИ

Tovarna
Z L A T O R O G
17 n. sol. o. Maribor

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за ортодонција

ЕКСТРАКЦИЈА НА ПРВИ ПРЕМОЛАРИ ВО КЛИНИЧКАТА ПРАКТИКА

Т. Бојациев, А. Fontenelle*

Прикажана е екстракцијата на први премолари при дентовиличните неправилности во случаи кога не постои адекватен раст и развој на максилата и мандибулата или во случаи кога се јавуваат проблеми во лаковата должина.

При силно изразените малоклузии не е возможно воспоставување на коректно подредување на забите во денталните лакови и така екстракцијата на некои заби станува прифатливо решение во дентофацијалната ортопедија. Настанатиот простор со екстракцијата на забите овозможува елиминирање на индивидуалните дентални неправилности и дотерување на антериорните максиларни и мандибуларни сегменти со воспоставување на нормален overbite и overjet. Нашите изнесени резултати ги потврдуваат овие претпоставки за подобра фацијална естетика и одржување на „организирана“ оклузија со екстракција на први премолари при денто-виличните неусогласености.

Во денто-фацијалната ортопедија екстракцијата на првите премолари овозможува добивање на потребен простор за добро подредување и сместување на забите при малоклузиите, кога трансверзалната и сагиталната експанзија не е доволна осетно да ги промени димензиите на денталните лакови или пак кога е таа контраиндицирана.

Екстракцијата на првите премолари претставува избор во ортодонската терапија при силно изразените дентовилични неусогласености. Во сите други случаи тие претставуваат средина на еден терапевтски компромис. Тие се изведуваат при недовол-

* Assistant à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Paris, ancien Professor adjoint d'Orthopédie à l'Université de Montreal, Chef de Service au Centre de Perfectionnement en O.D.F.

но развиена осеална база на вилиците, мал дентален лак, загро-зена потпорна зона со ран губиток на млечен заб, неусогласеност меѓу големината на коронарниот лак и апиалната база, бучо-лингвалната положба на денталните лакови, неповолен правец на раст и развој на вилиците, неповолен дентален развој на пациентот и неповолна фаџијална естетика на пациентот.

Приказ на случаи

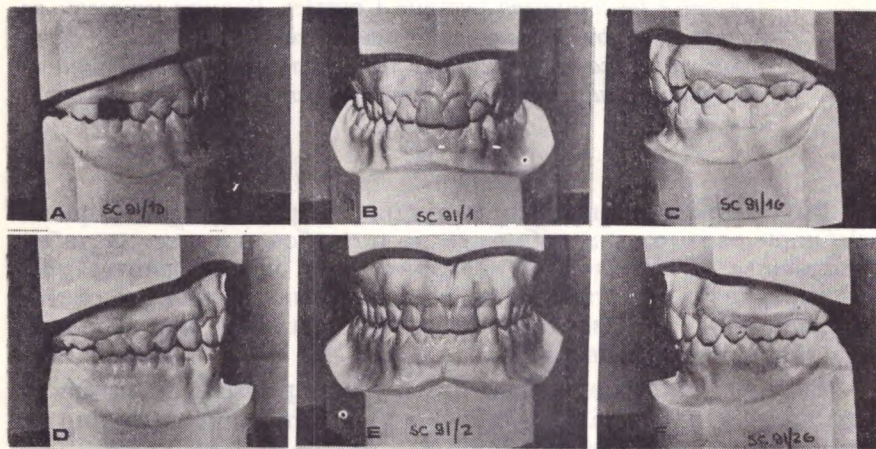
Со прикажување на овие случаи имаме желба да укажеме на значењето на екстракцијата на првите премолари.

Воочувањето и оценувањето на случаите со благовремена екстракциона терапија го оправдува денешниот степен на барања за проширената индикација на екстракцијата на првите премолари. Во случаи каде таа не е применувана, а била индицирана, пациентите се третирани долготрајно и безуспешно.

На клиниката са ортодонџија при Стоматолошкиот факултет за последните четири години лекувани се 519 пациенти со екстракциона терапија од вкупно лекувани 2.128, односно во 24,38%. Екстракционата терапија во голем број случаи е потпомогната со примена на активни, пасивни, а во последно време и полипрстенести фиксни апарати.

Прв случај:

Пациент С. Ц., стар 16 години, се јавува поради неправилна положба на максиларен лев канин. При клиничкиот и



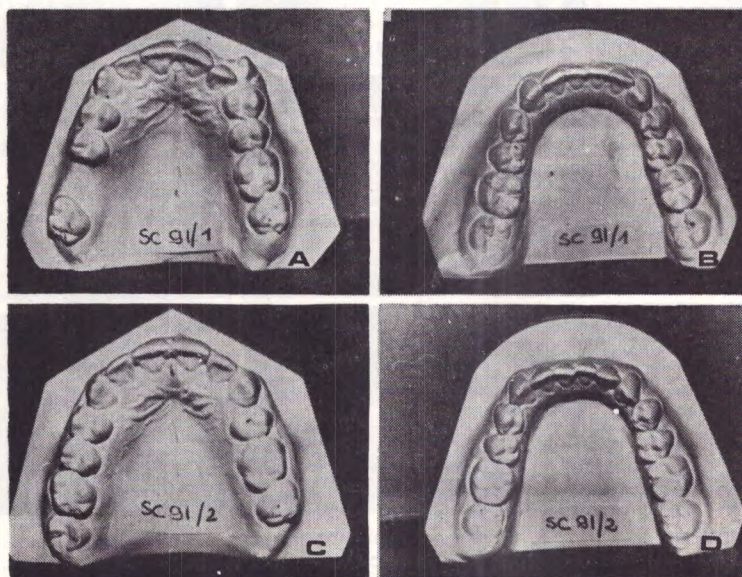
Сл. 1. Гипсени модели од пациент С. Ц. А, В, С. пред третман, Д, Ф, Е. по третман со екстракција на лев прв максиларен премолар и примена на полипрстенест фиксен апарат само во максила.

Fig. 1. Plaster casts taken from patient S. C. A. B. C. Before treatment with extraction of first maxillary premolar and application of multiband fixed appliance only in maxilla.

рентгенолошкиот преглед утврдена е висока неправилна положба на максиларен лев канин. Изгубен е простор за правилно подредување на канинот, поради мезијалната сатитална поместеност на латералниот бочен сегмент за една премоларна ширина (сл. 1). Со понатамошна анализа не е најдено постоење на тескобна состојба. Максиларниот десен прв молар е екстрахиран поради кариозност. Односот на максилата и мандибулата, цефалометриски и со реконструкција на гипсени модели е скелетална и дентална I класа по Angle.

Интраоралната рентгенолошка контрола ни покажа ротација на максиларниот лев канин условена од неговата неправилна аксиална положба и постоење на зачетоци на третите молари.

Врз основа на понапред изнесените принципи на екстракционата терапија и објективниот наод, одлучено е да се изврши екстракција на максиларниот прв премолар како и отстранување на зачетокот на максиларниот лев трет молар, поради симетричност на максиларниот дентален лак. Оваа екстракција е потпомогната со примена на полипрстенест старатип Edgewise со комбинирана употреба на федери и еластични гумички за поместување на забите. Лечењето траеше 8 месеци, а резултатите од лекувањето се прикажани на слика 2.



Сл. 2. Оклузален поглед на гипсени модели од пациентот С. Ц. А. В. пред третман, С. D. по третманот.

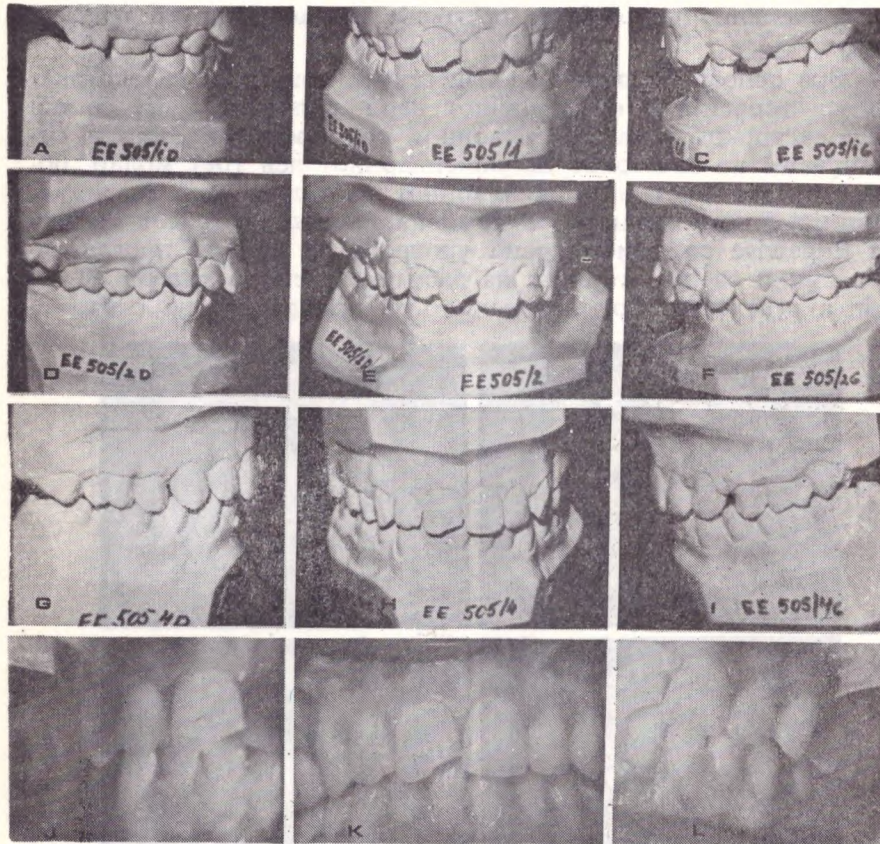
Fig. 2. Occlusal regard to plaster casts taken from patient S. C. A. B. before tretament, C. D. after treatment.

Постигнати се задоволителни резултати. Вертикалниот однос на вилиците не е битно променет.

Втор случај:

Пациентка Е. Е., стара 8 години и 5 месеци дојдена на Клиниката поради корекција на аномалија во пределот на фронтот. Со клиничка и рентгенолошка анализа е установена дентовилична неусогласеност, односно на максила и мандибула во II класа 1 оддел по Angle, со длабок преклоп, overjet 6 мм. и overbite 6,3 мм. додека во трансверзална насока не постоеше неправилност.

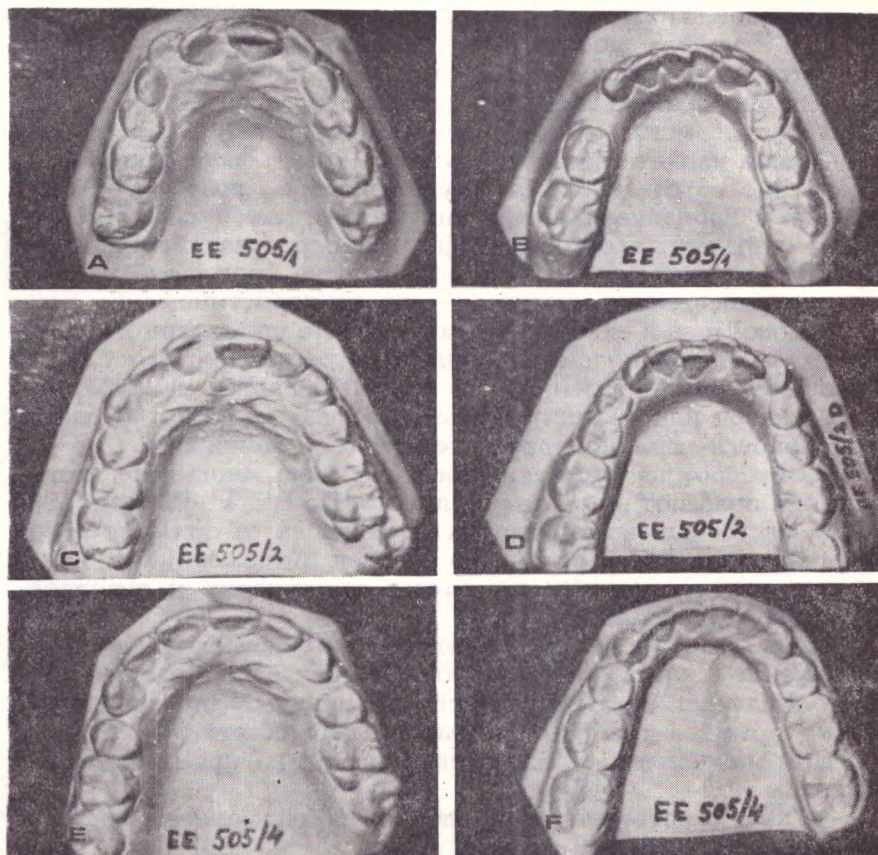
На пациентот и родителот му е предложено изведување на водена екстракција по Hotz, за која тие не се одлучија (Сл. 3).



Сл. 3. Пациент Е. Е. А. В. и С. малоклузија II класа 1 оддел. со денто-максиларна неусогласеност. Д. Е. Ф. состојба по три и пол години пред почнување на третман Г. Х. И. Состојба по извршена екстракција на први премолари во максила и мандибула и по терапија со полипрстенест фиксен апарат тип Ricketts. Ј. К. Л. состојба шест месеци по симнување на полипрстенестиот апарат.

Fig. 3. Patient E. E. A. B. and C. Class II, Division 1, malocclusion with severe crowding. D. E. F. position after three years and a half before the beginning of the treatment. G. H. I. Position after extraction of the first maxillary and mandibular premolars, and after treatment with multiband fixed appliance, type Ricketts. J. K. L. Position after six months upon the removal of the multiband appliance.

По изминатиот период од 3,5 години пациентката повторно се јавува со иста неправилност, која е сега нешто поназначена. (сл. 4).



Сл. 4. Оклузален поглед на гипсени модели на пациент Е. Е. А. В. состојба на 8 години и 5 месеци, С. Д. пред екстракција на први премолари во максилата и мандибулата Е. Е. по завршен третман со коректно подредување на забите во денталните лакови.

Fig. 4. Occlusal regard to plaster cast taken from patient E. E. A. B. position on age of 8 years and 5 months. C. D. before extraction of first maxillary and mandibular premolars. E. E. after treatment with correct alignment of the teeth in the dental arches.

По извршената клиничка и цефалометриска анализа изведена е екстракција на максиларни и мандибуларни први премолари и поставен е полипрстенев апарат по Ricketts. Изнесената постапка овозможи воспоставување на правилни соодноси на максилата и мандибулата и коректно подредување на забите во денталните лакови и коректен overjet и overbite.

Дискусија

Со екстракцијата на првите премолари ортодонскиот третман е побрз и поедноставен, отколку при екстракцијата на сите други заби. Притоа се постигнува ретракција на канините со кое се намалува до минимум и акаражната загуба, а притоа се постигнува и максимално повлекување на инцизивите. Овој избор на терапевтска постапка овозможува воспоставување на добар сооднос меѓу горните и долните инцизиви.

Спрема наодите на Björk¹, Nanda², Pikes³, фацијалниот развој верно го следи растот и развитокот на возраста. Со изведување и проценување на годините, висината, полното созревање и степенот на остификацијата се одредуваат стадиумите на растот и развојот кој е битен фактор во прогнозата и изборот на терапевтските можности што ги користиме.

На овој начин екстракцијата на првите премолари ќе може брзо да ја отстрани дентовиличната неусогласеност во случаи на завршен раст и развиток. Во случаи на врвот на пубертетниот развиток или во претпубертетната фаза на растот и развитокот прибегнуваме кон други терапевтски можности.

Во изборот на екстракционата постапка значајно е познавањето на правецот на растот на лицето. По Björk⁴, Ricketts⁵, Sassauni⁶, растот на лицето шематски може да се прикаже и одреди според профилот на лицето на еден интермедијален модалитет на два екстремна модалитета: постериорна и anteriorna фацијална ротација.

Јасов⁷ смета дека при дентовиличните неусогласености на малоклузија I класа, екстракциите на првите премолари треба да се изведуваат кога постои дентовилична неусогласеност повеќе од 6 мм., а тоа го бара фацијалната естетика.

При малоклузии II класа екстракција на први премолари се врши:

— кога е потребно да се избегне нагласување на постериорна ротација;

— кога тракционите гумички од II класа се индицирани, а е потребно да се избегне вестибуларното поместување на долните инцизиви;

— во случаи на нередовно носење на апарати или екстраорална тракција, а особено во случаи на ...

При малоклузии III класа екстракциите на првите премолари се изведуваат во мандибулата, кога долните инцизиви се поставени многу напред на осеалната база или кога се поставени вестибуларно. Имено, на крајот на третманот шестгодишниот молар е во похармоничен сооднос со максиларните втори премолари.

Екстракцијата на првите премолари може да се изведува на разни начини: само еден премолар, екстракција на максиларни или мандибуларни премолари, систематска екстракција на сите премолари, асиметрична екстракција на еден премолар во двете вилицы од една страна и компензаторна екстракција.

Во некои случаи со екстракцијата на првите премолари не може да се постигне подобрување на фацијалната естетика и одржување на организирана оклузија. Исто така, ни клиничките податоци никогаш не сугерираат дека другите заби во споредба со првите премолари се често подобар избор на екстракциите.

Во текот на ортодонскиот третман екстракцијата на првите премолари овозможува нормална ерупција и правилна поставана на третите молари.

Денес сè почесто се применува избор на првите премолари од поранешната систематска екстракција на моларите која не доведува до доволно олеснување на тексобните состојби во пределот на фронтот.

Сепак, на овој избор на екстракција не треба да му се даде секогаш „зелено светло“. Пред да се донесе одлука, потребно е да се одреди денталниот здравствен статус на сите заби. Во многу случаи првиот молар или вториот премолар треба да се извади наместо интактниот премолар.

Денес модерните ортодонски апарати доведуваат до задоволителни резултати кои ги илустрираат и нашите случаи.

Заклучок

Екстракцијата на првите премолари во голем број случаи може да биде единствен успешен начин на ортодонско лекување. Се изведува при силно изразените дентовилични неусогласености, а во сите други случаи претставуваат средина на еден терапевтски компромис.

Изборот на првите премолари во сите случаи не е и најдобар избор. Преголемата ретрузија на максиларните и мандибуларните инцизиви резултира еден полош изглед, отколку што постоел пред третманот. Сепак, во голем број случаи со оваа екстракција се постигнуваат задоволителни резултати.

Summary

FIRST PREMOLAR EXTRACTION IN CLINICAL PRACTICE

The present article represents first premolar extraction in cases with dental and jaw malformations with insufficient maxillary and mandibular growth and development, or in cases where there are problems with the arch length. The teeth and the jaws are not so often in accordance with their sizes, what leads to malocclusion inspite of the self-correction. In the severe malocclusions it is not possible to establish a correct tooth alignment in the dental arches, and therefore, the extraction becomes an acceptable solution in the dentofacial orthopedic. The space achieved with the extraction allows elimination of the individual dental maloc-

clusion and adjustment of the anterior maxillary and mandibular segments through the established normal overbite and overjet. Our results presented herein confirmed these of our remarks for better facial aesthetics and maintenance of „organized“ occlusion with first premolar extraction in cases with dental and jaw malformations.

ЛИТЕРАТУРА

1. Björk, A and Hemis, S.: Prediction of the age of maximum puberal growth in the body height. *Angle ortodont.* 37:134—143, 1967.
2. Manda, R. S.: The rates of growth of several facial koponeuts measured from serial cephalometric roentgénograms *Am. J. Orthod.* 41:658—673, 1955.
3. Pikers, A.: Facial and statural growth. *Angle Orthod.* janv. 1968.
4. Björk, A.: Variations in the growth pattern of the human mandible. *J. Dent. Res.* janv. 1963.
5. Ricketts, R. M.: Cephalometric sythesis, *Am. J. Ortodon.* 46:647—673. 1960.
6. Sassouni V.: *Orthodontics in dental practice.* Mosby, édit. Saiut—Lonis, 1971.
7. Jacob, E.: Etude statistigne des indicatious d'extratious en cas de DDM selon les methode d'analyse cephalometriqne de Tweed, Steiner—Ricketts. *Ortho. Fr.* vol 43:195, 1972.

Здравствена станица
„Тутунов комбинат“ — Прилеп

ДВИЖЕЊЕТО НА ОРАЛНАТА ПАТОЛОГИЈА ВО СТОПАНСКА ОРГАНИЗАЦИЈА СО ОБЕЗБЕДЕНА СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА

Ј. Јовановски

На вработените во Тутунскиот комбинат — Прилеп направен е преглед при што е анализирана состојбата на денто гингивалната патологија.

Кариозниот процес е најфреквентен во групата на пациенти со возраст од 20 до 30 години (3,65%), а над 60 години е 0,75%. Константираната состојба за кариесот и заболувањата на меките делови е споредувана по возрасти.

За значењето и улогата на стоматолошката служба во рамките на стопанските организации на повеќето наши собири е реферирано. Денеска бележиме напредок во развитокот на овој вид дејност во стоматологијата, но не треба да бидеме задоволни, бидејќи оралниот морбидитет е масовен и расте повеќе од капацитетот на нашите стоматолошки амбуланти во стопанските организации. Без кадровско зголемување и примена на превентивни мерки позитивните резултати ќе изостанат.

Денешните делувања коишто се сведуваат на систематски прегледи и санирање на акутната патологија се недоволни за да го оправдаме постоењето на овие амбуланти.

Без планирана санација, примена на превентивни мерки и организирано забоздравствено просветување, стоматолошката служба не може да биде рационална. Целта на нашето излагање е да прикажеме еден дел од состојбата на денто-алвеоларните заболувања во нашата стопанска организација, којашто повеќе години има обезбедено стоматолошка заштита.

Материјал и метод

Испитувањата што ги направивме се однесуваат на вработените во Тутунскиот комбинат во Прилеп, каде има 3.000

вработени. Заедно со нивните семејства бројот на нашите осигуреници достигнува до 11.500. Стоматолошката амбуланта има четири терапевти, од кои е еден специјалист по болести на устата и забите, а еден по стоматолошка протетика.

Прегледувани беа лица кои имаа работен стаж во оваа работна организација од 5 до 30 години, или членови на нивните семејства. Пациентите беа групирани по возрастни групи, и тоа: 20—30 години, 30—40, 40—50 и над 60 години. Со соодветните клинички методи кај секоја група со посебно внимание првемте податоци за бројот и состојбата на кариозните заби, санираниите заби, екстрахираните, како и видните патолошки манифестации на меките делови — особено на гингивите.

Резултати

Резултатите добиени од нашите амбулантски испитувања на пациентите — осигуреници во забоздравствената амбуланта на Тутунскиот комбинат во Прилеп ги покажуваме на следната табела.

Динамика на движењето на денто-гингивалната патологија по старосни групи
Dento-gingival pethology dynamics according to age

Возраст	20—30	%	30—40	%	40—50	%	50—60	%	над 60	%
Бр. лица	80		80		80		80		60	
К	292	3,65	197	2,23	175	2,18	78	0,97	45	0,75
Р	289	3,58	254	3,17	204	2,55	56	0,7	21	0,35
Е	302	3,77	459	5,73	828	10,35	1341	16,76	1226	20,4
МД	45	0,56	71	0,88	74	0,92	64	0,8	37	0,61
КЕР	881		882		1007		1475		1292	

Од неа се гледа дека секој од прегледаните пациенти претходно користел стоматолошки услуги.

Кариозниот процес е најфреквентен во групата на пациенти со возраст од 20—30 години (3,65%), а над 60 години неговата застапеност е најмала и изнесува 0,75%.

Губитокот на забите е најзастапен над 60 год. возраст и тоа со 20,4%, а најмал при 20—30 години со 3,77%.

Пломбирањето е со 3,58% застапено во најмладата возрастна група а 0,35% над 60 годишна возраст.

Од заболувањата на меките делови најчесто ги сретнуваме хроничните гингивити и пародонтопатиите кои се најфреквентни при возраста од 40—50 год., а најретки од 20—30 год. возраст.

Дискусија

Нашите наоди зборуваат за непланска санација на забалото кај вработените која што произлегува од укажување, главно, на ургентни интервенции. Кога би ги компарирале нашите наоди по возрастни групи, ќе видиме дека кариозниот процес е најфреквентен при 20—30 год. и изнесува 3,65%, а најмал е над 60 год. со 0,75%. Кај прегледите се констатира дека ваквиот процент на кариозност се должи покрај другото и на лошата хигиена и ниската забоздравствена просветеност. Прогресирането на кариозниот процес како масовно заболување секако дека доведува до компликации во оралната празнина. Тоа го зголемува бројот на екстракциите како еден вид терапевска мерка, бидејќи стоматолошката помош во тие случаи е побарана по настанувањето на пропратните компликации. Затоа во возрастната група над 60 години изгубените заби изнесуваат 20,4%, а при возраста од 20—30 години е најмал нивниот износ — 3,77. Разбирливо е дека смалувањето на % на кариес кај пациенти над 50-годишна возраст се должи на зголемениот број на екстрахираните заби заради кариесот и пародонтопатиите. Така кај испитаните случаи над 50-годишна возраст среќуваме просечен губиток на забите до 17.

Табеларниот приказ не информира дека односот на кариозните заби и санираните е 1:1 кај сите возрастни групи. Овој податок упатува на потребата од проширување на забоздравствената дејност и забоздравственото просветување на осигурениците.

Заболувањата на меките делови исто така сметаме дека резултираат од несанираните кариозни лезии и лошата хигиена.

Вака констатираната орална патологија не информира за потребата и од подетални испитувања и проучувања од кои треба да произлезе програмирањето на дејноста на забоздравствената служба во нејзиниот ургентен, куративен и превентивен дел.

Заклучок

Од нашите испитувања произлегуваат следните заклучоци:

1. Вработените во Түтунскиот комбинат во Прилеп најчесто добиваат ургентна стоматолошка заштита, а не со планиран приод.

2. Најголем број на кариозни заби 3,65% среќаваме при возраста од 20—30 год. Санираните заби со 3,58% исто се застапени најмногу кај оваа група пациенти.

3. Екстрахираните заби најмногубројни се над шесетгодишната возраст.

4. Заболувањата на меките делови се најзастапени при 40—50 годишна возраст.

5. Планираната стоматолошка заштита е неопходна за сузбивање на кариозното заболување и неговите компликации.

Summary

ORAL PATHOLOGY DYNAMICS IN AN INDUSTRIAL ORGANISATION WITH ORGANISED DENTAL CARE

The employed in TOBACO — INDUSTRY Prilep were examined and analysed for dento-gingival pathology.

Caries frequency was found to be the highest in the group of patients between the ages of 20—30 (3,65%), while it was 0,75% for the group over 60 years old.

The stated condition for caries and disorders of the soft tissue was compared by age.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проблемите и состојбата на забоздравствената заштита во СРМ — И. Тавчиовски, Зборник на труд. од II Собир на стомат. на СРМ 1970.
2. Кретање кариса код ученика у Куманово — С. Филиповиќ и сор., Збор. на труд. од II собир на стом на СРМ 1970.
3. Состојбата на усната патологија и смерници за забоздравствена заштита во општина Неготино — И. Тавчиовски и сор., Збор. на труд од II собир на стоматолозите на СРМ 1970.

Медицински центар — Гостивар

Стоматолошка заштита

КАРИЕС НА ПРВИТЕ ТРАЈНИ КАТНИЦИ КАЈ ДЕЦАТА ОД 8 ДО 14 ГОДИНИ ВО ГОСТИВАР

С. Филиповски и Р. Серафимовски

Од извршениот систематски преглед на 3.845 ученика во училиштата од Гостивар, трудот ја презентира преваленцијата на кариестот врз првите трајни катници кај деца од 8 до 14 години. Кариес фреквенцијата на првите постојани катници изнесуваше 37%. Пресметана е кариес фреквенцијата за секое одделение одвоено и е прикажано нејзиното движење по возраст од 8 до 14 години за сите први постојани катници заедно, како и одвоено за горните и долните катници.

Бидејќи во Гостивар живее население со македонска и албанска националност утврдено е дека албанските деца имаат помал процент на кариес на првите постојани катници.

Првите постојани катници се први заби од постојаната дентитиција кои се појавуваат во усната шуплина кај детето. Нивната градба започнува уште во периодот на интраутериониот развој (3,5 — 4 — м.ф.ж.). Минерализацијата на овој заб како најважна фаза во развојот започнува околу раѓањето кога новороденчето се наоѓа во најкритичен период, период на аклиматизација спрема надворешната средина, кога исхраната често е вештачка, па новороденчето често заболува, што дава реперкусии врз градбата на овој заб. Од тие причини овие заби често се изложени на дејството на кариогените фактори кои можат да доведат до нивно делимично или потполно оштетување, а потоа и нивно отстранување.^{2,3,4}

Првите трајни катници ја прошируваат и збогатуваат функцијата на цвакањето кај детето, учествуваат во второто физиолошко подигање на загризот и на тој начин имаат свое учество во развојот на органот за цвакање, а преку него и врз

целокупниот развојот на детето.¹ Тие први земаат учество во соодносот на постојаните заби помеѓу горната и долната вилица и ја зацврстуваат постоечката оклузија. Нивното правилно насочување во текот на ерупцијата може да има големо значење во развојот на органот на мастикацијата, во спротивно може да се појават морфолошки и функционални аномалии кои го кочат развојот на органот за цваќање, а преку него влијаат негативно и врз целокупниот развојот на детето.

Цел на испитувањето, материјал и метод на работа

Имајќи го предвид значењето на првите постојани катници и последиците од неговото заболување и отстранување од устата на детето пристапиме кон одредување на нивната кариес преваленција кај учениците од основните училишта во Гостивар. Ја одредивме кариес фреквенцијата на првите постојани катници и нејзиното движење од 8 до 14 години. Исто така одредивме и КИП (кариес индекс просек) по ученик.

Систематски прегледани се децата од основните училишта во Гостивар: „Моша Пијаде“ — 1.901 ученик, „Братство-Единство“ — 1.237 ученика и „Петре Јованоски“ — 707 ученика, или вкупно 3.845 ученика.

Училиштето „Моша Пијаде“, кое има најголем број ученици, земено е како примерок за компарација на кариес фреквенцијата помеѓу македонските и албанските деца.

За анализа земени се ученици кои имале кариес на сите четири први трајни моларни заби и ученици со кариес само на горните или долните трајни први моларни заби, сметајќи дека уште еден кариозен заб во горната или долната вилица нема битно влијание.

При утврдувањето на кариесот на првиот катник се служевме со Клеин-Палмеровиот „КЕП“ метод каде во суштина кариесот се манифестира на три начина: К (Кариес лезија), Е (поради кариес изваден заб) и П (реставриран бивши кариозен дефект). Прегледот е извршен со стандарден метод од еден ист стоматолог, а податоците се средени со статичко-аналитички и компаративен метод.

Резултати и дискусија

При прегледот на учениците од трите основни училишта со вкупен број од 3.845 ученика КЕП на првите трајни катници е најдено на 6.095 заби или во просек 39% од целокупниот број на првите трајни катници. (Табела 1. — Графикон 1 и 2).

Табела 1

Број и процент на КЕП на I-те стални катници по училиштата

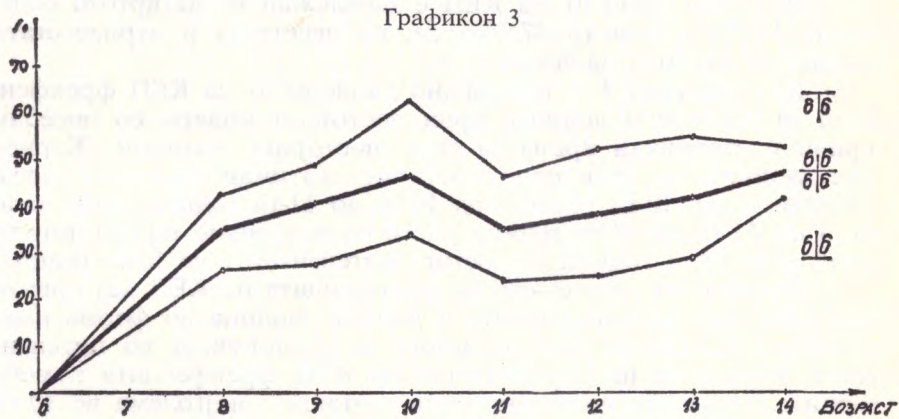
Училиште	Прегледани ученици	КЕП $\frac{6 6}{6 6}$		КЕП $\frac{6 6}{6 6}$		КЕП $\frac{6 6}{6 6}$	
		бр.	%	бр.	%	бр.	%
		„Моша Пијаде“	1.901	3.089	40,6	1.036	27,2
„Братство-Единство“	1.237	1.971	40	817	33	1.154	46,6
„Петре Јовановски“	707	1.035	36,6	345	24,4	686	48,5
ВКУПНО:	3.845	6.095	39	2.198	28,2	3.893	49,7



Графикон 1: Графички приказ на здрави и кариозни први трајни молари



Графикон 2: Графички приказ на кариозни први трајни катници по вилица



Графички приказ на движењето на фреквенцата на кариесот на првите трајни катници по возраст

Горните катници се зафатени 28,2% или 2.198 од целокупниот број на заби, или 36% од бројот на КЕП на првите трајни катници, додека долните 49,7% или 3.893 од вкупниот број на првите трајни катници или 64% од вкупниот број со КЕП први трајни катници. Од изнесеното може да се констатира дека долните катници се 21,5% од вкупниот број на шестгодишните катници позафатени со кариес од горните катници.

На табела II прикажано е движењето на бројот и процентот на КЕП на првите стални катници по возраст.

Табела II

Број, процент и КИП по ученик: на кариесот на првите стални катници по возраст:

Возраст	Бр. на прегледани ученици	Бр. и % на КЕП						КИП по ученик		
		6 6		6 6		6 6		6 6	6 6	6 6
		6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	
8 год.	452	620	34,5	243	26,9	380	42	1,3	0,5	0,8
9 год.	541	796	31	283	26,1	513	47,4	1,4	0,5	0,9
10 год.	474	890	46,9	318	33,5	572	60,3	1,8	0,7	1,1
11 год.	657	920	35	314	24	606	46	1,4	0,5	0,9
12 год.	697	1.070	38,4	347	25	723	52	1,5	0,5	1
13 год.	643	1.082	42	374	29	705	55	1,7	0,6	1,1
14 год.	381	721	47,9	319	42	402	53	1,9	0,8	1,1
ВКУПНО:	3.845	6.099	39,6	2.198	29	3.901	50,7	1,58	0,58	1

Најголем процент на КЕП е забележан во четвртото одделение 46,9% и осмото 47,9% т.е. на десеттата и чтрнаесетата година од животот на детето.

На графикон 3 е прикажано движењето на КЕП фреквенцата за горните и долните први постојани молари со посебни криви и заедничка крива за сите постојани катници. Кариес фреквенцата на сите први постојани катници расте со голем интензитет до 10-та година, од 10-та до 11-та година нагло опаѓа, а од 11-та до 14-та година расте со релативно поблаг интензитет и во 14-та година го достигнува интензитетот на 10-та година.

Кривите на движењето на фреквенцата на КЕП кај првите постојани катници во горната и долната вилица по форма имаат скоро идентичен ток, но многу се разликуваат во интензитетот. Разликата на интензитетот на КЕП фреквенцата помеѓу горните и долните први постојани катници е најголема во 10-та година, кога е и најголем интензитетот на КЕП фреквенцата помеѓу горните и долните први постојани катници е иста или се забележуваат незначителни поместувања, додека од 13-та то-

ковите на двете криви конвергираат, така што кривата на КЕП фреквенцата на првите долни постојани катници расте, а кривата на горните први постојани катници благо опаѓа. Така на 14-та година таа разлика покажува најмали вредности од ерупцијата на горните и долните први постојани катници, т.е. од 6-та година на возраста. Може да се претпостави дека интензитетот на КЕП фреквенцата на горните и долните први постојани катници се изедначува после 15-та година и понатака се движи со благ пораст по иста заедничка линија или со мали разлики во интензитетот на КЕП фреквенцата. Бидејќи во Гостивар живее население од македонска и албанска националност училиштето „Моша Пијаде“ е земено како примерок за испитување на кариесот на сите први постојани катници кај македонските и албанските деца, бидејќи тоа училиште е најмногубројно и има ученици со поволно мешана структура.

Од вкупниот број 1.901 ученик, 705 биле од македонска, а 1.196 албанска националност, така што 46,9% деца од македонска националност имале кариес на сите четири први молари, а кај децата од албанско потекло тој процент бил за 10 помал — 37,0%.

При прегледот општа констатација беше дека хигиената на забите кај албанските деца е на пониско ниво од македонските, што е спротивно со наодот за процентот на кариес. Тоа зборува дека во оваа средина хигиената на забите нема пресудно значење во спречување на кариесот кај децата од ова подрачје. Фактот дека децата од албанската националност потекнуваат претежно од село и во нивната исхрана преовладува претежно тврда храна која врши физиолошко чистење на забите го смалува делувањето на кариогените фактори. Тоа значи дека покрај квалитетот на исхраната во периодот на развитокот на забите големо значење во спречувањето на кариесот има и нејзината конзистенција после ерупцијата на забите.

Заклучок

Од изнесеното можат да се донесат следниве заклучоци:

— Кариес фреквенцата кај прегледаните деца по возраст на првите постојани катници најголема е во 10-та 46,9%, 33,5% и 60,3% и 14-та год. 47,9%, 42,0% и 53,0%.

— Кариесот почесто ги напаѓа првите катници во долната вилица, 64,0% и 36,0% нема битно влијание за процентот на кариес, кај децата од албанска и македонска националност.

— Сето тоа зборува дека стоматолошко-здравствената заштита кај училишните деца не е доволна. Особеностите на кариесот и исклучителниот статус на првите постојани катници налагаат специјални профилатички и тераписки мерки со цел за нивно зачувување.

Summary

Caries of the First Permanent Molars in Children From 8 — 14 Years Old in Gostivar

Out of the total of 3.845 investigated pupils from 8 — 14 years old in Gostivar, a raised caries frequency for the first permanent molars was found. Beside caries frequency for all age groups, separately, for both, upper and lower jaws caries frequency was assessed. It was found that albanian children show lower caries frequency.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикар И., Основи ортопедије вилица — Стоматолошка секција С. Л. Д. Београд 1962 г.
2. Граовац Ж.: Основи дејче стоматологије — Завод за издавање уџбеника Социјалистичка Република Србија.
3. Реџепагиќ С., Бараку Е., Јупчи Б., Кариес првог сталног молара код деце од 7 до 14 година СГС 3/1977 година, стр. 199—205.
4. Стошиќ П., Поповиќ В., Максиќ В.: „Први стални молар: фреквенција кариеса“. Зборник радова VIII стоматолошке недеље, Београд 1971 год., стр. 113—116.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за ортодонција

ОРТОДОНТСКА ПОСТАПКА ВО СЛУЧАИ НА ДОЦНО ОТСТРАНУВАЊЕ НА ПРЕКУБРОЈНИ ЗАБИ

Н. Кофкарова и С. Иљоска

Целта на трудот е преку опишани примери да се илустрира текот и резултатите на ортодонското лекување на пациенти со прекубројни заби. Тие го успоруваат или спречуваат никнувањето на одделни или група заби. Најчести се во пределот на максиларните централни секачи, поретко се латералните, а многу ретко бочните заби и несјачите. Ненавременото нивно отстранување, го поттикнува на прекумерен раст алвеоларниот процесус, што го комплицира и продолжува ортодонското лекување, а многу често не обезбедува доволен козметски ефект.

Во ортодонтската амбуланта често се јавуваат деца на различна возраст со неправилности во загризот, причинети од присуството на прекубројни заби. Како појава тие се релативно чести. Според Марковиќ и Матиќ¹, кои клинички испитувале 1.315 пациенти, 6 биле со прекубројни заби. (0,4%), Salzman нашол поголем процент (2—4%), а Buch 1,5%.

Типичните или атипичните прекубројни заби обично се поставуваат во забниот лак, причинувајќи неправилности на одделни заби, на групата заби, или го нарушуваат меѓуодносот на горната и долната вилица. Честа неправилност е ретенцијата или успорената ерупција на одделни заби или група заби во оној предел на забниот лак каде што се локализирани прекубројните заби. Атипичните прекубројни заби почесто се среќаваат од типичните и зависно од локализацијата, го успоруваат или оневозможуваат растот најчесто на горните секачи, поретко максиларните латерални секачи и очњаците, а многу ретко бочните заби. Мандибуларни прекубројни заби се многу поретки.

Во терапијата на прекубројните заби екстракцијата е рутинска постапка. Според многу автори⁸, најпогоден момент за нејзино изведување е времето веднаш по неговото појавување. Во таков случај правите заби можат да се средат во забниот лак понекојпат и без помош на ортодонт. Меѓутоа, кога поради разни причини прекубројните заби остануваат неизедначени, нормалните заби не наоѓајќи го своето место се појавуваат надвор од забниот лак, на палатиналната или лабијална страна. Во мал број примери, кога вилицата е поголема, сите заби, како нормалните, така и прекубројните, може да се сместат во забниот лак и притоа да ја нарушат оклузијата од една страна, од друга пак и естетиката, поради создадената асиметрија. Таквите деца обично порано или подоцна се јавуваат кај ортодонт.

За илустрација опишуваме примери на пациенти со прекубројни заби, текот и резултатите на ортодонтското лекување, во случаи кога тие не биле отстранети во најпогодно време.

Наши случаи

1 пример: Пациентка Ж. М., на 10-годишна возраст, бр. на ист. 255/73. Се јавува на нашата Клиника поради лошиот естетски изглед кој е резултат на двата атипични централни инцизива кои се прекубројни. Во рано детство прележала рахитис. Има навика да спие со отворена уста. Смената на забите започнала дури во 8-та година, и тоа, прво се појавуваат двата прекубројни мезиоденса, а потоа се сместуваат другите вечни заби. (Сл. 1 и 1а). Долната вилица е во дистооклузија. Екстра-



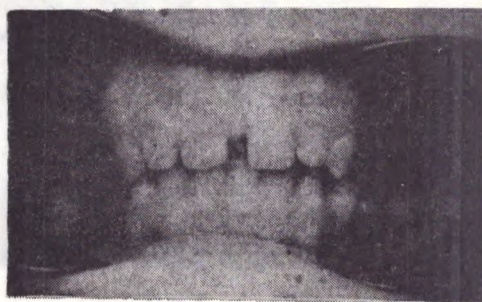
Сл. 1



Сл. 1-а

орално забележлива е хипотонична мускулатура на орофацијалниот систем. Пациентката е испратена за екстракција на мезиоденсите. Помеѓу централните максиларни инцизиви добиен е простор од 12 мм. Ординиран е активен апарат со јаки опруги за дијастема и кос нагрizen гребен. По 8 месеци растојанието е намалено на 4 мм. Во текот на понатамошното лекување санирана е дистооклузијата, а дијастемата медијана беше

намалена на 1,8 мм. (Сл. 2 и 2а), а не повеќе, поради вишокот на простор, создаден во вилицата во време на перзистирањето на прекубројните заби.

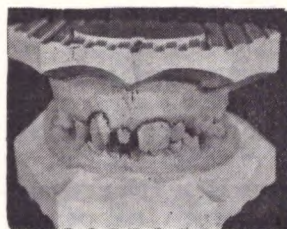


Сл. 2

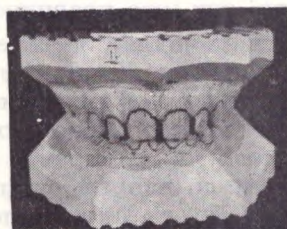


Сл. 2-а

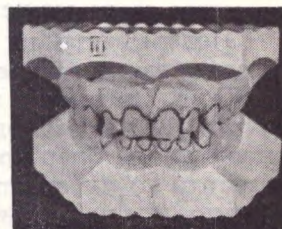
2 случај: Пациент Н. О. на 10-годишна возраст, бр. на ист. 805/74. Се јавува во нашата амбуланта заради мезиоденсот кој никнал прв, пред појавување на вечните максиларни инцизиви, во 7-та година. Заради неговото постоење, десниот максиларен централен инцизив е изротан, а лево првиот и вториот вечен максиларен инцизив се дистализирани. По екстракцијата на мезиоденсот, успеавме да го деротираме десниот максиларен централен инцизив, да го затвориме централниот простор од 8 мм., со тоа што помеѓу латералните максиларни инцизиви и канините останаа простори од 2—3 мм. (Сл. 3, 4, 5).



Сл. 3



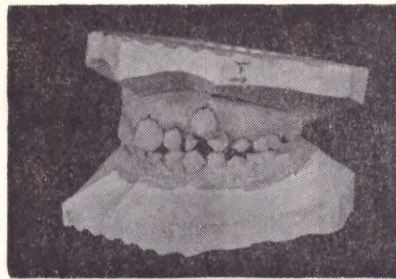
Сл. 4



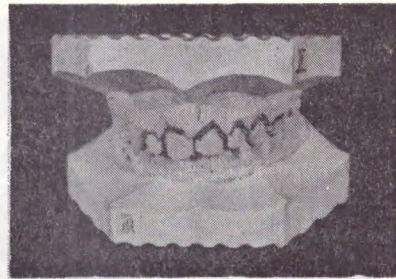
Сл. 5

3 случај: Пациент К. З. на 14-годишна возраст, бр. на ист. 839/75. Родителите забележале дека поради немање на простор не може да се смести во забниот низ левиот максиларен канин. Интраорално е констатирано дека постои еден прекуброен латерален максиларен инцизив лево. Латералните инцизиви од левата страна, во мезиодистален промер се помали од десниот латерален максиларен инцизив. Присуството на прекубројниот заб, не само што го загрозило местото на максиларниот канин на таа страна, туку и на вториот максиларен премолар, кој е исто во инфра позиција. По екстракцијата на прекубројниот

заб и активна ортодонтска терапија, после деветнаесет месечен третман успеавме да ги сместиме и двата заба во лакот. (Сл. 6 и 7).



Сл. 6



Сл. 7

Дискусија

Во која возраст треба да се отпочне со ортодонтски третман кај неправилностите во бројот на забите, зависи не само од целта на ортодонтската интервенција, туку и од разни други фактори. Задачата на раниот ортодонтски третман е со благовремено преземените мерки да се придонесе за развитокот на мастикаторниот орган, за да се создадат не само естетски, туку и функционално-оптимален орган. Затоа несаканите и штетни влијанија би требало благовремено да се отклонуваат, а ако дојде до отстапувања во развитокот, веднаш треба да се интервенира за да може тој тек што правилно да се насочи.

Познавањето на етиолошките и генетските фактори, ни овозможува да влијаеме на неправилностите уште кај млечното забало. Предноста на раниот ортодонтски третман е таа што во развојниот период постои особена можност формирањето на неправилноста благовремено да се спречат и исправат. Ваквите резултати ги илустриравме со нашите опишани II и III случаи, кај што прекубројните заби го оккупирале местото на редовните. За регулирање на ваквата состојба беше потребна екстракција на одделни заби и подолг ортодонтски третман.

Доцните интервенции битно се разликуваат од оние што се преземаат благовремено. Преградувањето во мастикаторниот апарат по свршената смена на забите е многу потешко, неправилностите морфолошки се поизразени и функционално неприлагодени. Тоа го илустриравме со нашиот прв опишан случај. Големиот простор добиен по екстракцијата на двата мезиоденса од 12 мм. и по долг ортодонтски третман не успеавме докрај да го затвориме. До колку растот на вилиците и забите е поблизок до својата матурација, до толку неправилноста е позацврстена, преформирањето е сè потешко да се добие и покрај добро планираната и долготрајна терапија, дополнета

со полна соработка на пациентот. Во секој случај, неопходно е испитувањето и проценувањето на сите поединости на аномалијата, темелно морфолошко клиничко испитување, надополнето со рентгенска контрола и биогенетско-функционално оценување на неправилноста. Сето тоа ќе придонесе терапијата да биде што поуспешна.

Заклучок

Сумирајќи ги резултатите од опсервациите и лекувањето, во примери каде што прекубројните заби останале доцна да се отстранат, можат да се извлечат следните заклучоци:

1. Прекубројните заби често го успоруваат или спречуваат никнувањето на одделни заби или група заби, во пределот кај што се тие локализирани.

2. Атипичните прекубројни заби се најчести причинители на овие нарушувања. Тие се најчести во пределот на максиларните централни секачи, поретко латералните и песјачите, а многу ретко бочните заби.

3. Ненавременото вадење на прекубројните заби, го поттикнува на прекумерен раст процесус алвеоларис на местото кај што се тие присутни.

4. Доцното вадење на прекубројните заби го комплицира и го продолжува ортодонтското лекување.

5. Лекувањето не секој пат осигурува добар козметски ефект. Често останува празен простор во фронталниот сегмент на вилицата, или пак искосеност на вертикалната оска на секачите.

6. Лекарите стоматолози, при школските забни амбуланти, најчесто имаат можност навреме да ги забележат ваквите аномалии и да преземат соодветни мерки.

Summary

Cases illustrating course and results of orthodontic treatment of patients in whom supernumerary teeth were not removed at the proper time, are presented. Late extraction of supernumerary teeth complicates and prolongs ortodonntic treatment. Hypertrophy of the alveolar process in the intermaxillary bone causes anterior fissures of the jaw after completed ortodontic treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Marković M.: Stomatološki glasnik Srbije, br. 3/61, 43.
2. Marković M.: Biološka priroda ortodoncije, Beograd 1976 god.
3. Ducka—Karska K.: Czasopismo stom. 12/73
4. Bikar I.: Stomatološki glasnik Srbije, 3/55
5. Schwarz M.: Hehrgang der gebissregelung 1951.

ZIRODENT[®]

ЗАБНИТЕ ПАСТИ ZIRODENT[®]
ГО ШТИТАТ ЗДРАВЈЕТО НА ВАШИТЕ ЗАБИ
И ЗАБНОТО ТКИВО



ZIRODENT црвена и просирна

ZIRODENT MINT просирна забна паста

се со исто дејство, но со различни
ароми,

со посебно дејство на свежината
на здивот.

Забните четки ZIRODENT сè уште една новина во хигиената на устата. Создадени се како резултат од соработката на SAPO-NIJA, Стоматолошкиот факултет од Загреб и NIVEA Осиек.

Медицински факултет у Нишу
Стоматолошка протетика

НЕКИ АСПЕКТИ ОКЛУЗАЛНИХ ОДНОСА

Б. Соколовић

Процена поремећаја у пределу система као и њихово лечење, често почивају на стандардима који су променљиви, чак и контраверзни. Старе догме као што су морфолошке релације квржица и фисура односно јамица, физиолошко мировање мандибуле, централна оклузија итд. биле су доведене у питање модерним истраживањима.

Циљ овог рада је да укаже на савремена сазнања као и њихове недостатке у домену оклузије.

Под појмом ОКЛУЗИЈА подразумевају се анатоомо-морфолошки односи стоматогнатог система. То стога што појам стоматогнати систем садржи у себи више функционалну него ли анатомску ознаку, у коме је функционална целина реализована неуромишићном координацијом, па студирање и процена оклузије не треба да буду ограничени само на релацијама између зуба који чине анатомске јединице које делују као инструмент жвакања хране.

Настајање патолошких процеса у пределу стоматогнатог система као и њихова терапија, у несумњивој су интимној вези са функционалним особеностима тог система као и дисфункционалним поремећајима које лекар свакодневно мора да процењује. Али, како су основни стандарди за процену поменутих односа доста променљиви, то су устаљени, оптеприхваћени принципи који још увек доминирају у тој области стоматологије као што су: морфолошке релације квржица и јамица, положај физиолошког мировања итд., били доведени у озбиљну сумњу савременим, модерним истраживањима. Према томе, циљ овог

рада је да презентује неке новије поставке и недостатке из домена оклузије. Разуме се, не претендујући да обухвати исцрпно поменућу проблематику.

Напомињемо да преглед који се односи на физиологију оклузије и функционалну конституцију „идеалне“ оклузије, мора да уважи анатомо-функционалне особености стоматогнатог система, њихове реципрочне последице на централни и периферни нервни систем као и међузависност појединих саставних делова стоматогнатог система у односу на опште метаболично стање организма.

Морфолошка стабилност функционалних делова темпоромандибуларних зглобова обезбеђује значајну полазну тачку за постизање хармоничних односа између зглобова и денталног усмеравања. Другим речима, зглобови обезбеђују усмеравање мандибуларних покрета, јер омогућавају безболно функционално напрезање. Према томе, основни циљ клиничке оклузије је хармонија између усмеравања темпоромандибуларних зглобова и денталног усмеравања, тј. да се притисак усмери на централни део дискуса с једне стране, а с друге стране према лонгитудиналној оси зуба. Разуме се да су могућа инцизална и квржична модифицирања без икакве штетне последице по функционалну хармонију, што се нормално одиграва са старошћу пацијента. Јасно је исто тако, да ће главне функционалне силе у току мастикације и деглутације, бити аплициране према централном аваскуларизираним делу дискуса и приближно аксијалном правцу бочних зуба.

С друге стране, гнатолошка концепција која афирмише став да се централна оклузија о централни однос морају поклапати идеално, студирањем оклузије није доказана. Чак и ако такав однос буде постигнут, постоји јасно изражена тенденција да се временом изврши клизање и „ослобађање“ у центру.

Здружена клиничка изучавања и аутопсија указале су, према Рамфјорду, да патолошке лезије могу настати у пределу темпоромандибуларних зглобова када клижење у центар има више латерални правац или када се за време бруксизма аплицирају анормални притисци на структуре темпоромандибуларних зглобова.

Што се тиче функционалних покрета, истичемо да никада није било одређено са прихватљивом научном прецизношћу оно што чини тип оптималног функционалног покрета мандибуле, безобзира на примењену методологију.

Будући да се темпоромандибуларни зглобови у физиолошким условима не мењају упатљиво, а да је неуромускуларна хармонија у принципу детерминисана односима између зуба и зглобова, то зуби представљају кључ оклузалне стабилности, односно динамичка и неуромускуларна оклузална равнотежа стоматогнатог система, мора бити хармонично задржана у току це-

лог живота. Према томе, основни захтеви оклузалне стабилности представљени су аксијалним правцем оклузалних сила при затварању у централној оклузији и хармоничним оклузалним трошењем. Не буде ли тако, постоји опасност да се зуби депласирају а притисак усмери према периферним деловима темпоромандибуларних зглобова, који нормално не подлежу притиску.

„Нормална“ анатомска оклузија и „идеална“ неуромускуларна оклузија. — Због механизма адаптације и минималних захтева мастикација у оквиру савремене цивилизације, осећај удобности и појам здравог, могу бити садржани унутар заиста великог делокруга анатомских варијација, које с биолошке тачке гледишта, могу бити сматране као нормалне. Међутим, у савременом свету исто тако, велик број особа може развити трауму која произилази из оклузија када су особе под психичким стресом. Јер, само мали број особа показује трауму која је настала услед специфичних оклузалних девијација. Траума настала у оклузији обично је у вези за дисфункционалном активношћу (бруксизам) и губитком денталног ослоња (Рамфјорд, Посселт). Оклузалне дисхармоније утичу на неуромускуларни систем и погоршавају бруксизам па оклузија, која би евентуално могла бити толерисана, може под утицајем психичких стресова да постане нетолерантна. Према томе, да се оквалификовала „идеална“ оклузија, одређени неуромускуларни захтеви морају бити комбиновани са оптималном функцијом и оклузалном стабилношћу.

Основне одлике „идеалне“ оклузије, могле би се свести на следеће:

1. Слобода у центру како би се мандибула могла благо померити — 0,5 мм у пределу зуба и 0,1 мм у виличном зглобу а да централна оклузија буде у истој сагиталној равни као и централни однос, како би се обезбедило равномерно притисак на централном делу дискуса оба зглоба.

2. Несметано клижење у оклузални контакт у било ком положају.

3. Не сме да постоји траума у пределу меких ткива као последица оклузалних контаката.

4. За постизање „идеалне“ оклузије од битног је утицаја локализација исправног централног односа, али не и естетска оклузија која није у директној вези са биолошким процесом оклузије.

Као закључак, могло би се рећи да идеална оклузија није анатомски нормална већ она чини базу за корекцију оклузалних дисхармонија и даје потребне елементе за постизање успеха при протетској терапији. Према томе, концепција „идеалне“ оклузије, повезује неуромускуларну равнотежу, оптималну функцију и стабилност као пожељну базу за успешно оклузално подешавање тј. дентално обнављање.

SOME OF THE ASPECTS OF OCCLUSION

Summary

Evaluation of the disorders of the stomatognathic system as well as their treatment often depend upon changeable even converse standards. Up to date investigations have led to exploration of worn out dogmas as relation of tubercles, fissures, physiologic passivity of the mandible, central occlusion etc.

The aim of this study is to point out the new understanding of the problem as well as to show its disadvantage in the field of occlusion.

ЛИТЕРАТУРА

1. Posselt U.: Physiologie de l'occlusion et réhabilitation, J. Prélat, Paris, 1970.
2. Ramfjord S. P.: Dyfunctional temporomandibular joint and muscle pain, J. Prosth. Dent. 11 1961. 353—374.
3. Schweitzer J. M.: Oral rehabilitation problem cases — Tretman and evolution, Vol. I—II St. Luis, 1964.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за мобилна протетика

ЕЛАСТОМЕРИ И НИВНАТА ПРИМЕНА ВО ПРОТЕТИКАТА
— прв дел —

М. Филјански, И. Богдановски, К. Дејановски

Во групата на материјали за отпечатување, посебно место по својата точност и многустрана примена имаат еластомерите. Опишани се споредбено нивните особини и начинот на употреба, за терапевтите да ги сведат своите грешки на минимум.

Земањето на отпечаток е една од меѓуфазите во мобилната и фиксна протетика, при протетско згрижување на пациентот. Од првиот отпечаток земен со пчелин восок од Gottfrid во 1771 год. до денес биле во употреба повеќе маси за отпечатување (Таб. 1) настојувајќи притоа да се постигне што подобра и поверна репродукција на коскените и лигавични поединости во устата. Сите тие имаат свои добри и лоши особини. Најдобри резултати постигнуваме со гумозните маси за отпечатување — еластомери.

Материјал	Употребен од	година
Пчелин восок	Gottfrid	1771
Гутаперка	Montomery	1842 — 48
Гипс	Westcot, Dwinelle, Dunning	1844 — 45
Штенц	Stenz	1856
Реверзибилни хидроколоиди	Poler	1925
Цинк оксид еугенол пасти		1930
Реверзибилни хидроколоиди		1940
Полисулфиди		1953
Силикони		1956
Полиетери		1960

Табела 1. Хронологија на пронајдување на масите за отпечатување.

Хемиски особини

Како резултат на барањето на пронаоѓањето на нови материјали за отпечатување, квалитетно многу подобри од другите, се појавуваат еластомерите. Тука спаѓаат три хемиски различни материјали: полисулфиди, силикони и полиетери. Заедничка основна карактеристика им е процесот на полимеризација во присуство на одредени хемиски акцелератори, при што се добива специфична тридимензионална структура која им обезбедува еластичност.

ПОЛИСУЛФИДНИТЕ еластомери прв пат се појавуваат во 1935 год. Во основа имаат течен полисулфиден полимер, најчесто полифункционален меркаптан — $\text{HS}(\text{R}-\text{S}-\text{S})_{23}\text{R}-\text{SH}$ ($\text{R} = \text{C}_2\text{H}_4-\text{O}-\text{CH}-\text{O}-\text{C}_2\text{H}_4$) (9)

Полифункционалниот меркаптан има многу активни сулфидни ($-\text{SH}$) групи. Два процента од бочните групи се трихлорпропан што ги поврзуваат додадените материји, со што му се овозможува на производителот да ги прилагодува нивните особини на клиничките потреби.

За катализатор се употребува MnO_2 или PbO_2 , но може да се користат и други метални двооксиди. Не многу често се употребува и транс-бутил-хидроген пероксид, затоа што тогаш еластомерот има нагласена контракција.

Покрај основниот полимер и катализаторот полисулфидните еластомери содржат и други додадени материји: цинк оксид, калциум сулфат и др., бои — анилински, коректори на мирисот и вкусот и др. За да се добие што подобра пластичност се додава рициново масло, ленено масло, восоци и др. (Таб. 2).

I. БАЗА	
Полисулфид	80%
Цинк оксид	5%
Калциум сулфат	15%
II. КАТАЛИЗАТОР	
Оловен двооксид	77%
Рициново масло	25%
Сулфур	17%
Коректори на вкус	3,5%

Табела 2. Состав на Тиokol (12)

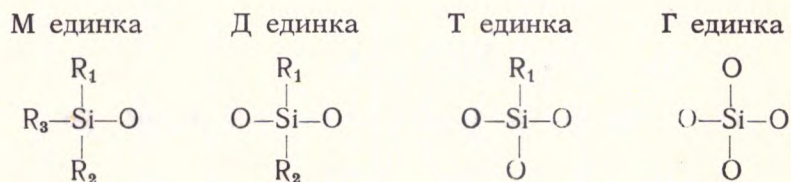
Во промет доаѓаат по тврдина три класи полисулфиди: тврди, средни и меки со различно време на врзување. Пакувани се во две пасти, во едната е основниот полимер-база, а во втората катализаторот.

Процесот на полимеризација започнува со првиот контакт на сулфидните групи и нивно поврзување преку сулфидни ($\text{S}-\text{S}$) врски. Во почетокот на поврзувањето на полисулфид-

ниот полимер е поизразен растот на линейната синциреста молекула, а потоа настанува поактивно и нивно странично меѓусебно поврзување, затоа што бочните сулфидни групи се помалку на број.² Практично ова се забележува при подготвување на еластомер при што во почетокот тој е повискозен, а потоа станува погуст и еластичен.

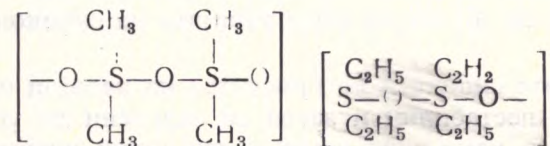
Полисулфидните еластомери даваат добра репродукција, имаат висока еластичност и мали волуменски промени. Недостаток им е лошиот вкус кој доаѓа од присуството на сулфур во меркаптинот. Фабрички препарати се: Тиокол, Пермластик, Неоплекс, Риверџел и др.

СИЛИКОНСКИТЕ еластомери чија база ја сочинуваат полисилоксани-органски соединенија на силициумот со кислород, се во употреба од 1956 год. Во сите фабрички препарати се појавуваат комбинации на четири структурни единици на полисилоксани: М, Д, Т, Г.¹²



(каде R = (—CH₃), (C₂H₄), (CH=CH₂), (C₆H₅) или друга алкилна органска група.

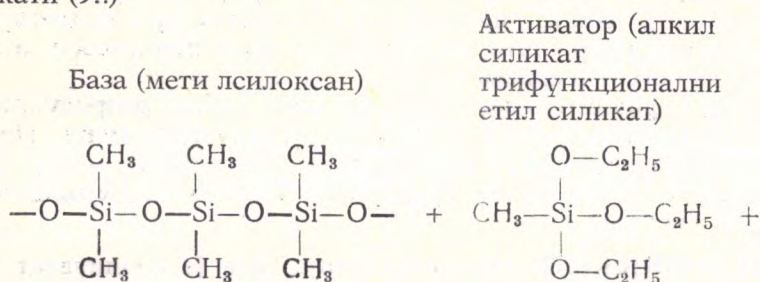
Најчесто се употребуваат диметил или диетил силоксан коишто претставуваат Д единици:



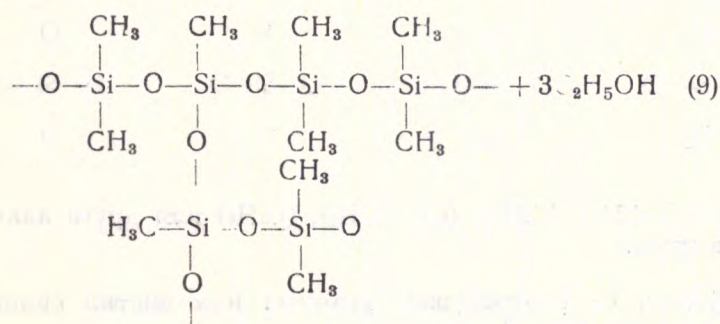
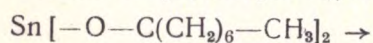
Во својот состав имаат активатори тетра или три функционални алкилни силикати застапени со 0,02%. Нивното присуство во составот на еластомерот овозможува полимеризацијата на силиконската маса да се одвива и без присуство на катализатор, но таа е многу бавна³. Затоа се додава катализатор, најчесто калајни органски соединенија (дибугил калајни дилурат, дибугил калајни ацетат или калајни октат).

Како полнило се употребува високо активна силициумова киселина, а во помали количини калциум сулфат, цинк оксид, магнезиум оксид, бариум сулфат и др. Тие содржат и додатоци за боја, мирис, вкус, пластичност и др.

Гумозните особини ги добиваат како резултат на страничното поврзување на крајните силанол групи со алкилните силикати (9:.)



Катализатор (калајни октат)



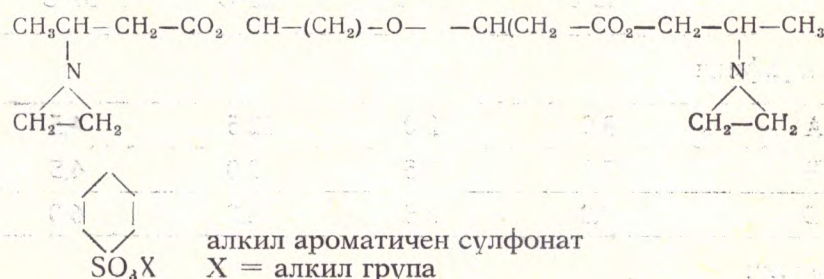
Се забележува дека ослободува алкохол кој испарува со што донекаде се објаснува контракцијата на силиконските еластомери.

Алкилните силикати во присуство на калајни органски соединенија се нестабилни и затоа се одделени до употреба. Во промет доаѓаат како една паста и два течни вискозни катализатори. Поновите имаат еден катализатор кој со стоеење кристализира. По конзистенција се тврди, средни и меки со различно време на врзување.

Силиконските еластомери се едноставни за употреба, даваат прецизна репродукција и точен работен модел, ако истиот се излее во првиот час од земање на отпечаток. Фабрички препарати се: Силан, Силтал, Планусил, Кардекс, Харвард, Импресионал, Оптозил, Ксантопрен, Силапласт, Сила-софт, Ксируркс, Ластик 55, Деликрон и др.

Најновите еластомери — ПОЛИЕТЕРИ се појавуваат во 1960 година. За основа имаат полиетер-полимер (политетрафу-

ран) кој странично има две активни азридински групи и се активира со алкил ароматичен сулфонат.



Страничното поврзување помеѓу полиетерните ланци настанува преку amino-групите во бочните азридински групи⁹. Дополнителните материји полнило, коректори за мирис, вкус, боја, пластичност и др. се слични како кај полисулфиди и силикони. За полиетерните еластомери карактеристично е кусо време на врзување добра прецизност, изразена волуменска стабилност и голема тврдина после врзувањето. Пакувани се во две пасти (база и катализатор). Единствен фабрички препарат е Инпрегум.

Физички особини

За да се избегнат извесни грешки при работа со еластомерите неопходно е потребно да се знае и строго да се запазува работното време и времето на врзување на еластомерот, кои се различни за секој препарат и одредени од производителот.

Времето на врзување на еластомерот во услови на уста не смее да биде подолго од 10 минути⁹.

На времето на врзување на еластомерот делуваат температурата и водата, при што температурата за секое покачување од 10°C го скратува за половина⁷. Водата и во мали количини го скратува времето на врзување, а за релативната влажност на воздухот се смета дека делува незначително. Ваквото дејство на температурата и водата може да има практична клиничка вредност, односно со разладување на плочката пред подготвување на еластомерот, можеме да го продолжиме времето на врзување на еластомерот. Ова особено е прифатливо кај полиетерите, зашто имаат кратко време на врзување. Истото може да се продолжи со додавање на масни киселини, како и со менување на количинскиот сооднос база-катализатор. Но, ако овој сооднос битно се наруши ќе даде последици во волуменската стабилност и другите особини на еластомерот.

материјал	работно време/мин.		време на стврдување/мин.	
	25°C	37°C	25°C	37°C
Полисулфиди				
А	9,0	2,0	12,5	4,5
Б	5,0	2,5	9,0	4,5
В	9,0	3,5	12,0	6,0
Силикони				
Г	3,5	3,0	7,5	5,0
Д	3,5	2,0	6,0	4,0

Табела 3. Време на врзување во минути (Skinner)¹⁰

Еластичноста е битен фактор за прецизноста на отпечатокот и е задоволителна кај сите еластомери. Заради самиот процес на полимеризација отпечатокот трпи една перманентна деформација. При вадење делуваме со сила која може да предизвика внатрешна деформација, која може да биде поголема при долго влечење или помала кај кратко потргнување. Постои уште и вкупна деформација. Односот на перманентната и вкупната деформација ни дава индекс на еластичност во проценти. Еластомерот е толку подобар колку му е индексот на еластичноста помал.

Спецификација бр. 19 на А.Д.А дозволува максимална перманентна деформација за полисулфиди 4%, за силикони 2%, ако на отпечатокот делува сила на деформација со 12% во време од 30 секунди. Според истата спецификација максималната надворешна сила на деформација не смее да биде поголема од 2%, ако е таа сила од 100 гр. на см², или 20%, ако е сила од 1000 гр. на см² (9).

Волуменски промени на отпечатокот настануваат од повеќе причини:

— Сите гуми нешто контрахираат при полимеризација (што беше погоре објаснето).

— Кај силиконите при хемиското врзување се добива алкохол што испарува, со што се намалува волуменот на масата.

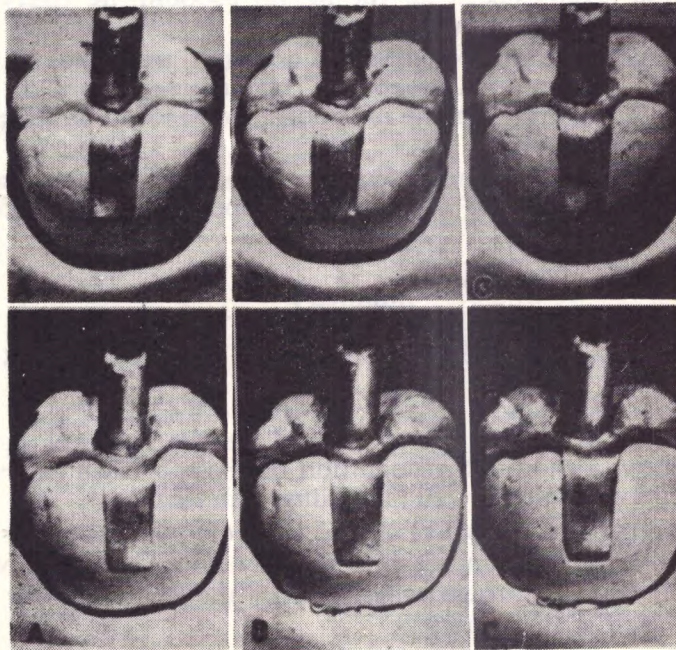
— Полиетерните еластомери се хидроскопни и во присуство на вода набабруваат.

— Ако се користат испарливи акцелератори, контракцијата е поголема.

материјал	слободен 30 мин.	отпечаток 3 дена	фиксиран 30 мин.	отпечаток 3 дена
полисулфиди				
А	-0,05	-0,13	0,00	-0,13
Б	-0,03	-0,11	0,00	-0,13
силикони				
В	-0,06	-0,87	-0,01	-0,40
Г	-0,08	-3,04	0,00	-0,81
Д	-0,05	-0,37	-0,04	-0,13

Табела 4. Волуменска стабилност (Hollenback)¹⁴

Контракцијата на еластомерите не смее да биде поголема од 0,4% кај полисулфиди, 0,6% кај силикони и 0,3% кај полиетери⁹. Контракцијата на отпечатокот е правопрпорционална со времето поминато од земање на отпечатокот до излевање на моделот (Сл. 1). Затоа гипсениот работен модел треба да се направи во првиот час од земање на отпечатокот.



Сл. 1: Контракција по: 10 минути, 6 часа, 24 часа
а) Полисулфиди б) Силикони

Еластомерите се добри изолатери на топлина. Среден коефициент на топлотна експанзија изнесува кај полисулфиди 150×10^{-6} , а кај силикони 200×10^{-6} за секоја промена од 1°C . Од тоа произлегува дека по вадење на отпечатокот со загреаност во уста на 37°C и оставање на собна температура од 20°C треба да очекуваме волуменска контракција на отпечатокот од полисулфиди 0,26%, силикони 0,34% и кај полиетери 0,36%. Тие вредности се добиени врз основа на слободно врзување на отпечатокот и нив клиниката не ги толерира. Бидејќи во клиничката пракса еластомерот е фиксиран во лажницата оваа контракција дава минимални промени во поглед на прецизноста на отпечатокот. Ако гипсениот модел се излее на температура од 37°C , ваквата минимална контракција може да се елиминира⁹.

Репродукцијата на оралната состојба со отпечатокот од еластомери е толку прецизна, што гипсот кој се користи за излевање на модел не може да ги прими сите поединости од отпечатокот и затоа подобро е тоа да се прави по пат на галванопластика.

Заклучок

Еластомерните маси за отпечатување се разликуваат по своите хемиски и физички особини како и по начинот на употреба, затоа познавањето на тие нивни особини не упатува кон внимателност при работа со истите.

Различните карактеристични особини на одделни препарати од иста група еластомери не задолжува строго да ги почитуваме упатствата дадени од производителот, кои се различни за секој препарат.

Еден таков приод кон особините на еластомерите ни овозможува максимално да ги избегнеме грешките при работа со истите.

Summary

ELASTOMERES AND THEIR USAGE IN PROSTHETICS

Elastomere materials for impression differ for their chemical and physical characteristics as well as the mode of handling. Consequently, a thorough recognition of these of their characteristics suggests carefulness while handling with them.

The different characteristics of each of these materials of the unique group of elastomeres imperatively imposes to follow strictly the direction for usage prescribed by the manufacturer, which differ for each of the materials.

Such an approach to the characteristics is a condition to avoid mistakes while working with elastomeres.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anderson J. N.: „The dimenzional stability of there siliconebase impresion materialis“, Dent. Pract. and Dent Rec: 8: 568—572, 1958
2. Braden M.: „Characterizations of the setting process in dental polysulfide rubbers“, J. Dent. Res. 45: 1066—1071, 1966.
3. Braden M. and Elijor J. C.: „Characterization of the setting process in dental silicone rubbers“, J. Dent. Res. 45: 1016—1023, 1966.
4. Brankovački D., Kosovčević M., Marić D., Trifunović D., Petrović A.: „Savremeni otisci u stomatološkoj protetici“ S.G.S. VIII Stomatološka nedelja Kruševac: 83—87 1975
5. Vukovojac P., Ivanović D.: „Tehnologija zubotehničkog materijala“ Medicinska knjiga Beograd—Zagreb: 23—39 1975
6. Eichner K.: „Zahnarztliche werksteffe und irhe verarbeitung“ Dr. Alfred Huting verlag Heidelberg: 1—156 1973
7. Jorgensen K. D.: „Thiokol as a dental impresion material“, Acta Odont. Scand. 14: 313—334 1956
8. Kosovčević M.: „Savremeni otisak i model u fiksnoj protetici“, Dostigiuća u stomatološkoj protetici — Zagreb: 77—91 1977
9. Phillips R. W.: „Science of dental materials“, W. B. Sanders Co. Philadelphia—London—Toronto: 136—156 1973
10. Skinner E. W.: „Use od ruber impresion materials“, J. Amer. Dent. Ass. 51: 523—535 1955
11. Schulz H.: „Die totale prothese“, Verlag neuer Mercur CMBA Mūnhen: 69—77 1976
12. Slankamenac S.: „Materijal u Stomatologiji“, „Svetlost“, Sarajevo: 19—39 1978
13. Suvin, Kosovel: „Fiksna protetika“, „Školska knjiga“ Zagreb: 1975
14. Hollenbak G. M.: „Study of fisical properties of elastic impresion materials and stones“, J. S. Calif. Dent. Ass. 25: 20—28 1957

ZA RUČNO MEŠANJE

U KAPSULAMA

ISOPAST

ISOCAP



ISOSIT

NOV DENTALNI MATERIJAL!

Materijali za plombe
od ISOSITA

●
POLIRANJE DO VISOKOG SJAJA

●
HOMOGENOST

●
POSTOJANOST BOJA

●
OTPORNOST PREMA ABRAZIJI



TOVARNA
FARMACEVTSKIH
IN KEMICNIH
IZDELKOV
LJUBLJANA
LEK

n. soj. o. o. o.
LJUBLJANA — TOZD DREN,
U SARADNJI SA
IVOCLAR/VIVADENT,
SCHAAN, LIECHTENSTEIN

CREDIBILITY OF MORPHOLOGIC AND PSYCHOLOGIC
THEORIES OF TMJ DISFUNCTIONATION

**Веродостојноста на морфолошките и физиолошките теории за
етиологијата на дисфункцијата на темпоромандибуларниот
зглоб (TMJ)**

Pentti Kirverskari

Journal of Oral Rehabilitation: vol. 5 No 3 — 1978

Проценката на морфолошките и физиолошките теории за етиологијата на TMJ дисфункција може да е точна, ако се изведе без големо потпирање на научните експериментални резултати, затоа што интерпретацијата на резултатите како и прашањата што се поставуваат во главно зависат од безрезервното прифаќање на една од теориите.

Ако го прифатиме фактот дека TMJ болната дисфункција стана вообичаено заболување по индустриската револуција, тоа не предизвикува да побараме некој козативен фактор што е поврзан со неа. Како можни фактори се јавуваат и зголемувањето на психолошките стресови како и измената на денталната морфологија и функција, од кои само вториот е со факти евидентиран. Недостатокот на функционална потреба го нарушува рефлексот за несвесно голтање, но очигледно не и мастикацијата. Ова не наведува на факт дека ретрузивните влијанија се потребен, но не секогаш доволен услов за иницирање на TMJ дисфункцијата. Психолошките фактори имаат исто така некое влијание, тие можат да предизвикаат стиснатост на забите и можеби и триење, но изгледа дека нема причина вон оклузијата за тие да се земат како ексцентрични. Затоа, психогеното стискање на забите и триење не изгледа дека се патогени без присуство на морфолошкиот фактор.

Е. Петкова

АРНШТАД — ПРИМЕР НА ДОБРА ОРГАНИЗАЦИЈА НА
ДЕТСКА СТОМАТОЛОШКА СЛУЖБА

Арнштад е град во југозападниот дел од ДДР, со околу 29.000 жители (со пошироката околина 45.000), кој не се разликува многу од другите соседни градови. Претставува комбинација од старата архитектура во центарот на градот, каде старите градби со стручна реставрација добиваат некогашен изглед, и нови модерни населби, изникнати на периферијата на градот. За туристи, овој град е интересен поради многубројни стари цркви, поради куќа, во која живеел J. S. Bach со своето многучлено семејство и компонирал свои фути, а особено поради куќата на куклите „Mon Plaisir“. Овој музеј на кукли, дело и сопственост на кнегињата Angusta Dorothea von Schwarzberg, а сега гордост на овој град, претставува вреден дел од минатото, зашто во минијатура, до најситни детали, верно го прикажуваат животот во еден мал германски град во првата половина од 18. век.

За еден стоматолог, а особено педодонт, овој град е интересен поради одличната организација на детската стоматолошка служба. Центар на оваа служба е Стоматолошката клиника за млади, сместена во стара, просторно неадекватна зграда, но со изгледи за скоро преселување. Со протетска лабораторија, рентген, просторија за стручни сестри за хигиена на устата и забите и работни места, таа служи за згрижување на ургентни случаи и закажани пациенти, како и за собирање на целокупниот персонал поради договарање и планирање на нивната главна дејност — систематска санација на предучилишни и училишни деца, спроведување на акции на систематска хигиена на устата и забите и превентивни мерки на кариес профилакса.

Систематска санација на забите кај деца од предучилишна и училишна возраст се обавува во две модерно опремени училишни забни амбуланти и во три подвижни забни амбуланти, од кои едната е стационарирана во градот, а двете други во соседните села. Секој стоматолог е задолжен за санација на деца од

две училишта и неколку градинки, со просечно 1.800—2.000 деца. За секое училиште и градинка постојат посебни стоматолошки картотеки составени од личните картони на ученици, кои не се подредени по азбучниот ред, туку по одделенија, а во кои се внесуваат извршени стоматолошки интервенции. Секое одделение има свој одделенски лист, каде покрај генералните при првиот преглед се внесуваат податоците за бројот на кариозни, екстрахирани и пломбирани млечни и трајни заби, како и бројот на заби за санација. Се закажува едно по едно одделение, а децата доаѓаат поединечно и директно од настава во амбуланта. Работата тече континуирано, без нервоза и брзање, зашто терапевтот не мора да мисли на пациенти во чекална, психички е растоварен и на секое дете може да му посвети онолку време, колку што е потребно. Кога санацијата е завршена, на крајот на одделенскиот лист за секое дете се става знак „санирано“, а контрола и евентуална санација следи по шест месеци.

Ваква систематска санација по принцип на Kantorowitz во Арнштадт се спроведува повеќе од десет години. Секако дека во почетокот не биле можни контролни прегледи и санација на сите деца по два пати годишно, но сега после толку долг период на систематска санација, секоја година само првите одделенија доаѓаат како нови за санација. Меѓутоа, бидејќи 70% од децата од предучилишна возраст е опфатено во градинки, а со тоа автоматски и во систематска санација, практично само 30% деца од првите одделенија остануваат како нови за санација, како и новите кариозни лезии кај веќе санираните деца. Набљудувајќи едно претпладно како се одвива работата во една од училишните амбуланти, каде тој ден било закажано едно од четвртите одделенија, имав можност да се уверам во ефикасноста на систематската санација на забите. Кај поголем број деца воопшто не постоеше потреба за санација, а кај другите интервенциите се сведуваа на екстракции на млечни заби поради физиолошка ресорпција или санација на суперфицијални кариеси на првите трајни молари. („принцип на обработка и на најмало цупче“ по Kantorowitz).

Посебно интересна и разнообразна е работата на стручните сестри за хигиена на устата и забите во предучилишните установи. Арнштадт со околината има 53 градинки, од тоа под контрола на стручните сестри се 44 градинки и уште две групи на ментално заостанати и телесно дефектни деца. Во сите тие градинки постојат услови за колективната хигиена на устата и забите, а секое дете има сопствена чаша и четкичка. Во градинки стручните сестри држат предавања од областа на исхраната и нејзино влијание врз забите, лошите навик и нивните последици врз забите како и за правилната хигиена на устата и забите. Предавањата се илустрирани со многубројни цртежи и други надгледни средства, изработени спрема сопствени идеи. Особено внимание е посветено на хигиената на устата и забите, при што правилното миеење на забите се демонстрира прво на модели, а потоа практично. Посебни инструкции се даваат на дет-

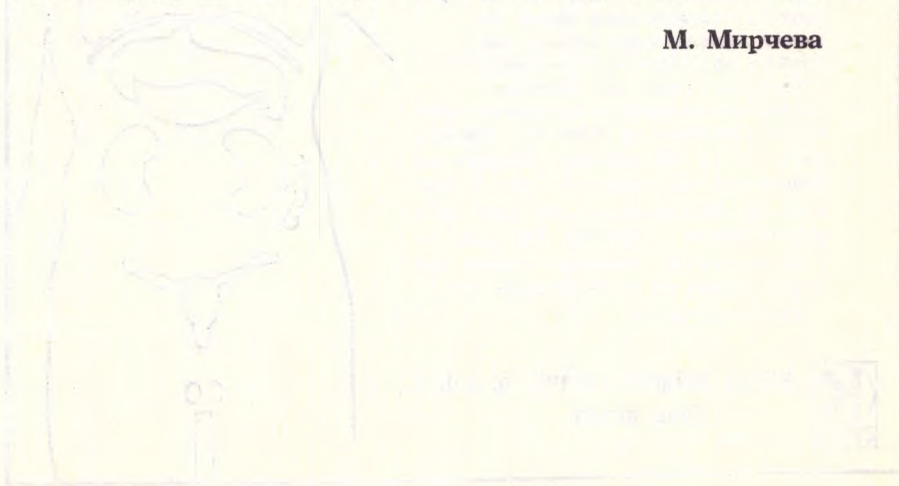
ските воспитачи кои подоцна ја преземаат акцијата за секојдневна правилна хигиена на устата и забите, а должноста на сестрите понатаму се сведува на контрола, при што се контролира: дали акцијата се спроведува редовно и правилно, состојбата на забните четкички, редовно снабдување со Elmex геле и др. Во сите контролирани градинки во Арнштадт еднаш неделно, во истиот ден мијат сите деца заби со Elmex геле („Elmex среда“).

Стручни сестри понатаму земаат учество на родителските средби, каде со своите предавања ги запознаваат родителите, наставниците и воспитачките за важноста на стоматолошкото воспитување и со документирани податоци од сопствени и туѓи искуства ја истакнуваат корисноста на овие акции за деца.

Стручните сестри учествуваат и во спроведување на кариес-профилактички мерки. Кај децата со изразена кариес-позиција, а кои се испратени од стоматолози, тие спроведуваат превентивно туширање со флуорни препарати („Duraphat“ лак). На секое такво дете му се отвора картон и писмено се повикува и закажува за туширање четири пати годишно. За вештината на овие сестри, како и за нивната љубов кон својата работа зборува и тоа што тие дале идеја за изработка на една играчка за училишни деца која на децата им овозможува преку играта да се здобијат со основните познавања за забите, правилната хигиена и лошите навики со последиците врз забите.

Добрата организација на детската стоматолошка служба во Арнштадт е плод на долгогодишна, упорна и добро испланирана работа, каде дејноста на стоматологот одлично се надополнува со дејноста на стручните сестри за хигиена на устата и забите. Меѓутоа, ваквата добра организација и резултатите кои од неа произлегуваат не се заслуга само на стоматолошкиот кадар, туку и дело на активна соработка на управите на училишните и предучилишните установи со стоматолошката служба.

М. Мирчева



VIBRAMYCIN

Капсули, сируп, сува стерилна супстанца за интравенска употреба во инфузија

Антибиотик со широк спектар

- еднократна дневна доза
- висока и долготрајна концентрација во ткивата
- помали пропратни појави
- ни кај нарушените бубрежни функции нема кумулации

Индикации: сите инфекции осетливи на Vibramycin

Дозирање: Возрасни: за поголем број инфекции се препорачува орална доза на Vibramycin од 200 мг првиот ден на лекување, потоа следува доза за одржување 100 мг на ден. Кај потешки инфекции треба да се дава 200 мг на ден додека трае лекувањето.

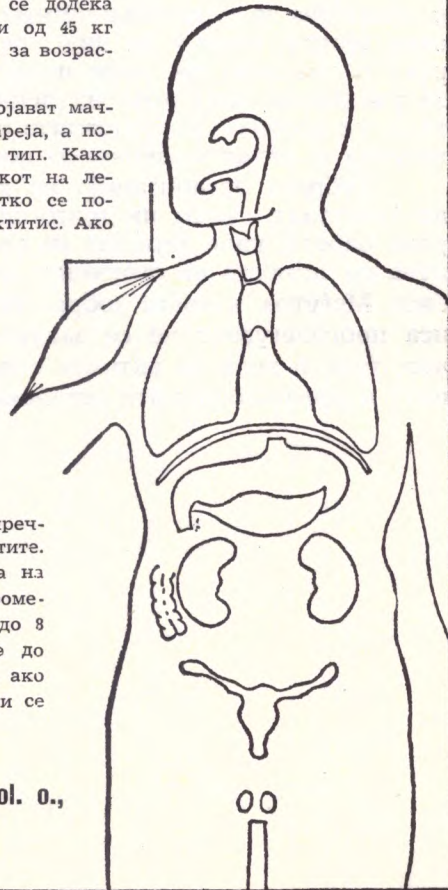
Деца: Првиот ден на лекувањето се препорачува 4 мг Vibramycin на кг телесна тежина, а следните денови 2 мг на кг телесна тежина.

За лекување на многу тешки инфекции се дава 4 мг на кг телесна тежина се додека трае лекувањето. За деца потешки од 45 кг се пропишува доза еднаква како и за возрасните.

Придружни појави: Можат да се појават мачнина, повраќање и понекогаш дијареја, а понекогаш и реакции од алергиски тип. Како и кај другите антибиотици, во текот на лекувањето со доксициклин исто ретко се појавуваат глоситис, стоматитис, проктитис. Ако се појават поизразити придружни појави, индивидуални идиосинкразии или алергии, лекувањето треба да се прекине.

Контраиндикации: Преосетливост на тетрациклини.

Предупредување: Како и кај другите тетрациклини (иако во малку помала мера поради послабото врзување на калциумот) Vibramycin може да предизвика трајно заболување на забите, гречки на растењето на коските и ноктите. Затоа не се препорачува употреба на Vibramycin во последните две тромесечја на бременитост и кај деца до 8 години живот. Употреба кај деца до 8 години живот иницирана е само, ако други лекови не се делотворни или се контраиндицирани.



KRKA, tovarna zdravil, n. sol. o.,
Novo mesto