

МАКЕДОНСКИ
СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

MACEDONIAN
STOMATOLOGICAL
REVIEW

Скопје, 1979 година

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД
СПИСАНИЕ НА СТОМАТОЛОШКАТА СЕКЦИЈА ПРИ 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 3

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 Ѓорѓи 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 Тударов
Прим. д-р Јордан Стојановски
Прим. д-р Димитар Попниколов,
Асист. д-р Нада Бајрактарова—
Ѓорчуловска
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 Антоние Шкоклев,
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 3

СОДРЖИНА

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

Функционални промени на
кардиоваскуларниот систем
кај пациенти под дејство на
локална анестезија — — 87

**Б. Бабић, Д. Мијалковић, Д.
Стаменковић**

Могућности протетске реха-
билитације мобилним надок-
надама у пацијената са кли-
нички дијагностикованим
променама изазваних акрила-
тима — — — — — 93

Б. Василевски, Т. Илиев

Реимплантација на делови на
Processus alveolaris — — 99

И. Тавчиовски, Ј. Матовска

Асимптомни периапикози — 105

**Е. Петкова, И. Богдановски,
В. Силјановски**

Користење на помошни ре-
тенциони жлебови при изра-
ботка на блок систем на ко-
ронки — — — — — 111

Б. Василевски, Т. Илиев

Хиперцементозата во секој-
дневната стоматолошка прак-
тика — — — — — 117

MACEDONIAN STOMATOLOGICAL
REVIEW

Publication of The Macedonian
Medical Association (Stomatological
Section) and Faculty of Stomato-
logy, Skopje

Year III 1979 № 3

CONTENTS

**M. Murovska, T. Simovska,
J. Stefanovski, P. Carčev, H.
Colakov**

Functional Changes in Cardio-
Vascular System in Patients
under Local Anaesthesia — 87

**B. Babić, D. Djalković, D.
Stamenković**

Possibilities for Prosthetic Re-
habilitation with Removable
Dentures in Patients with Cli-
nically Changes Caused by
Acrylates — — — — — 93

B. Vasilevski, T. Iliev

Reimplantation of Parts of
Processus Alveolaris — — 99

I. Tavčiovski, Lj. Matovska

Asymptomatic Periapicoses — 105

**E. Petkova, I. Bogdanovski,
V. Siljanovski**

Usage of Additional Retention
in Fabrication of Block Sys-
tem Crowns — — — — — 111

B. Vasilevski, T. Iliev

Hypercementosis in Everyday
Stomatologic Praxis — — 117

Т. Бојациев

Конгенитален недостаток на
заби при трисомија 21 — 123

Н. Горчуловска, Ј. Ѓоргова

Неопходноста од стомато-
лошко-медицинска соработка
при лекување на пациенти
во рана детска и адултна
возраст — — — — — 127

**М. Симоновски, Р. Хрисохо,
Б. Лазаревска, М. Богданова,
В. Димитровски**

Серумски вредности на кон-
центрацијата на бакар, за-
висно од клиничкиот стади-
ум на инфламаторно-деструк-
тивните форми на прогресив-
ната пародонтопатија — — 133

ОД ПРАКТИКАТА**М. Фиљански, И. Богданов-
ски, К. Дејановски, Д. Велески**

Еластомери и нивната при-
мена во протетиката (втор
дел) — — — — — 139

**И. Богдановски, Е. Петкова,
Е. Мирчев, М. Фиљански**

Користење на имедијатни
протезни решенија од фикс-
ен карактер во пределот на
фронтот — — — — — 147

Ј. Јанев

Приказ на прекуброен до-
лен моларен заб — — — 153

Ѓ. Симов

Заштита на забот за време
на стружење и по струже-
њето за изработка на веш-
тачка забна коронка — — 159

ПРИЛОЗИ ОД СТРАНКИ
СПИСАНИЈА — — — — — 165

МАКЕДОНСКА СТОМАТО-
ЛОШКА ТЕРМИНОЛОГИЈА 169

ИЗВЕШТАИ ОД СТРУЧНИ
МАНИФЕСТАЦИИ — — 171

СООПШТЕНИЈА — — — 173

Т. Bojadžiev

Congenitally Missing Teeth in
Trisomia 21 — — — — — 123

N. Đorčulovska, J. Đorgova

The Necessity for Stomato-
medical Collaboration in Tre-
atment of Patients in Early
Childhood and Adolescence — 127

**M. Simonovski, R. Hrisoho, B.
Lazarevska, M. Bogdanova, V.
Dimitrovski**

Serum Concentration Values
of Copper Related to Clinical
Stage of Inflammatory — Des-
tructive Forms of Progressive
Parodontopathia — — — 133

FROM PRAXIS**M. Filjanski, I. Bogdanovski,
K. Dejanovski, D. Veleski**

Elastomeres and Their Usage
in Prosthetics (part II) — — 139

**I. Bogdanovski, E. Petkova,,
E. Mirčev, M. Filjanski**

Usage of Immediate Fixed
Prosthesis in the Frontal Area 147

J. Janev

Report of a Supernumerary
Lower Molar Tooth — — 153

Đ. Simov

Tooth Protection During and
After Preparation for Fabri-
cation of Artificial Tooth Grown 159

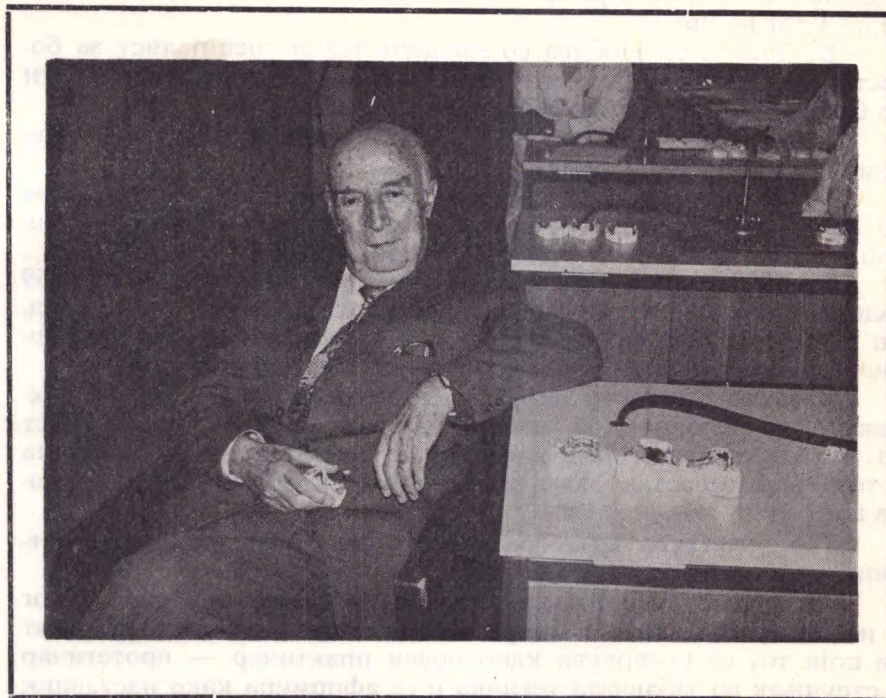
SELECTIONS FROM THE DE-
NTAL LITERATURE — — 165

MACEDONIAN STOMATO-
LOGIC TERMINOLOGY — 169

REPORTS FROM PROFFES-
SIONAL MANIFESTATIONS 171

ANNOUNCEMENTS — — 173

IN MEMORIAM



ПРОФ. Д-Р ДИМИТАР — ДИМЧЕ ЖЕЛЕЗАРОВ
(1900 — 1979)

На 6 август 1979 г., на 79-годишна возраст, престана да чука племенитото срце на проф. д-р Димитар Железаров, нашиот драг професор, колега, соработник, долгогодишен член на Стоматолошката секција при Сојузот на лекарите од Македонија и учител на многу генерации студенти.

Неговиот животен пат беше исполнет со постојана и неуморна трудољубивост, со желба и мисла да даде сè од себе во извршувањето на задачите и одговорните должности на полето на наставната и стручната дејност во областа на стоматологијата, во едукацијата на млад и способен и толку потребен стоматолошки кадар во нашата Република, давајќи и на тој начин свој придонес.

Проф. д-р Димитар Железаров е роден 1900 година во Титов Велес, каде го завршува основното училиште. Средно образование здобива 1921 г. во Скопје. Истата гонина се запишува на Медицинскиот факултет во Грац — Австрија. Подоцна студиите ги продолжува во Виена, каде во 1927 г. е промовиран за доктор по медицина.

Веднаш по завршувањето на студиите почнува да специјализира стоматологија на Стоматолошкиот институт на Универзитетот во Виена.

Во 1929 г. се здобива со звањето лекар специјалист за болести на устата и забите и до ослободувањето постојано работи во Скопје како приватен забен лекар.

По ослободувањето три години бил на служба во Здравствената станица во Прилеп.

Во 1948 год. д-р Железаров беше поставен за наставник по забна протетика и заботехника во Средното медицинско училиште, кога го издаде и учебникот по протетика.

Во 1955 год. се стекнува со звањето примариус, а во 1959 година хабилитирал на Стоматолошкиот факултет во Белград. Во 1960 г. беше избран за вонреден професор на Стоматолошкиот оддел при Медицинскиот факултет во Скопје.

Времето поминато на факултетот, како професор, д-р Железаров го исполнува со интензивна и постојана ангажираност во организирањето, изведувањето и развојот на практичната и теоретската настава по претклиничка и клиничка стоматолошка протетика.

Тој учествува во формирањето на наставници, соработници во едукацијата на специјалисти — протетичари.

Животниот век на проф. д-р Железаров како стоматолог е исполнет со богата и творечка ангажираност како резултат на која тој се потврдува како врвен практичар — протетичар и стручњак во забавната техника и се афирмира како наставник и научен работник на Стоматолошкиот факултет во Скопје и земјата.

Неминовноста на животот го прекрати животниот пат на проф. д-р Димитар Железаров. Отиде тивко, мирно, молчеливо, како и што живееше. Престана еден живот полн со успех и богат со искуство.

Асист. д-р Ефтим Мирчев

Стоматолошки факултет — Скопје

Клиника за орална хирургија

ФУНКЦИОНАЛНИ ПРОМЕНИ НА КАРДИОВАСКУЛАРНИОТ СИСТЕМ КАЈ ПАЦИЕНТИ ПОД ДЕЈСТВО НА ЛОКАЛНА АНЕСТЕЗИЈА

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

Во трудот се регистрираат функционалните промени на кардиоваскуларниот систем кај пациенти под дејство на локална анестезија со проследување на вредностите на пулсот и тензијата, контролирани пред и по аплицираната анестезија, барајќи објаснување на промената на набележаните параметри. Анализата се однесува на 130 случаи со дијагностицирани хронични кардиоваскуларни заболувања, како и на клинички здрави пациенти.

Проследувањето на функционалната состојба на кардиоваскуларниот систем, по процесот на стоматолошките интервенции, има како теоретско, така и практично значење. Болката и потенцираниот страв од опасност, близу секогаш присутни при изведувањето на стоматолошките интервенции, особено хируршките, можат да доведат до несакани ефекти кај пациенти со кардиоваскуларни заболувања. Овие болни се во категоријата на пациенти кои бараат подготовка како на психички план, така и на медикаментозен.

Случаите со кардиоваскуларни заболувања претставуваат еден значаен дел од нашите пациенти, поради нивната процентуална застапеност во општата патологија, а од друга страна и поради специфичноста на установата. Имајќи предвид дека нашите интервенции ќе придонесат за влошување на нивната состојба и избегнување на фатални инциденти во самата ординација, спрема овие болни се има и посебен пристап:

— Се одделува повеќе време за запознавање со карактерот на основното заболување, а во исто време остварување и на еден поблизок контакт со болниот, за стекнување на взаемна доверба и авторитет на лекарот.

— Се проценува потребата од премедикација — вид и средство (антибиотици, седативи и друга специфична терапија), и други параклинички иследувања за планирање на интервенцијата.

Непожелни инциденти не сме имале, меѓутоа во овој труд си поставивме за цел, преку контрола на функционалните промени, преку проследување на вредностите на пулсот и тензијата, да провериме што од набележаните и спроведени мерки е најбитно во третманот на овие болни.

Метод на работа

Обработувани се две групи на болни: дијагностицирани болни со артериелна хипертензија, хронични миокардиопатии, атеросклероза, постинфарктни состојби, и група на клинички здрави пациенти. Воден е анкетен лист, во кој покрај возраст, пол и општа здравствена состојба, се одбележувани и вредностите на пулсот и тензијата, пред анестезија, по анестезија и по изведената интервенција. На истиот лист е регистрирано и користењето на медикаментозна терапија во склопот на терапијата на општото заболување или како премедикација. Како анестик користен е 2% лидокаин, според случајот како чист раствор или како комбинација со епинефрин, но во сите случаи само по 2 см. без повторување. Метод на анестезирање е локална терминална и спроводна регионална анестезија, со претходно контактно анестезирање на местото на убодот, а од од интервенциите предимно се изведувани екстракции. Од средствата за премедикација користевме Ansilan од 5 мг. и Lexilium од 3 мг.

Резултати

Влијанието на локалната анестезија на промената на пулсот и крвниот притисок, испитувано е на 130 пациенти. 30 од нив се клинички здрави, 100 со дијагностицирана хипертензија или друго срцево — садово заболување, од кои кај 45 применета е премедикација со психофармаколошки препарати, било во склопот на општата терапија или пак еднократно пред самата интервенција. Меѓу пациентите машкиот пол е незнатно доминантен, а истото може да се каже и за групата повозрасни од 40 години, застапено со 71 : 59. Како анестетик користен е

чист раствор на 2% ксилокаин кај 100 болни, додека кај клиничките здрави пациенти употребен е 2% ксилокаин со 1 : 80000 епинефрин.

ТАБЕЛА Бр. 1

ВКУПНО АНАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ									
Број	ПОЛ		ВОЗДРАСТ		ЗДР. СОСТ.		УПОТРЕБА НА ПРЕМЕДИК	ВИД НА АНЕСТЕТИК	
	М	Ж	до 40г.	над 40г.	БОЛНИ	КЛИН. ЗАРАВИ		ХИЛОКАИН	ХИЛОС. С. ЕРИН
130	73	67	59	71	100	30	45	100	30

На табела 2 се претставени случаите од аспект на промената на P и DP регистрирани по 5 и 15 минути по изведената анестезија, при што се забележани следните резултати: При употреба на чистиот ксилокаин во првото мерење, кај мнозинството од случаи (37), беше регистрирана умерена тахикардија, која контролирана по 15 минути во повеќето случаи се нормализира, а само 5 случаи останаа и натаму во истата состојба. Интересно беше што кај 12 пациенти, по првата контрола се забележа брадикардија, додека во втората, брадикардијата останта само кај тројца. Во однос на вториот параметар — состојбата на тензијата вредноста на SP одговараше на зголемената фреквенција на пулсот акј 33 случаи. Прави впечаток дека DP не оди во паралела со зголемувањето на вредностите на SP односно кај 33 со покачен SP одговараа само 15. Кај мнозинството од болните (29), во првите 5 минути се забележа опаѓање на DP додека при второто мерење, состојбата на DP го следи SP.

Кај групата на пациенти каде е употребен ксилокаин со епинефрин, во 24 случаја е регистрирана зголемена фреквенција на пулсот, која се нормализира по 15 минути. Зголемување на вредноста на SP е забележано кај 19, а DP во 17 случаи и кај оваа група покажа благо снижување по првите 5 минути. При повторното мерење, само кај 3 односно кај 4 болни перзистира и натаму покаченоста на S и DP.

Од 29 болни, кои во општата терапија на заболувањето редовно земаат и седативно средство (табела 3), по 5 минути од анестезијата, 13 беа со умерена тахикардија, која кај 3 остана и по 15 минути.

Во однос на SP, кај поголем број болни (17) не забележавме промени, додека DP во еден значаен број (12) покажа благо снижување.

При повторното мерење во 27, односно 21 случај дојде до нормализирање на вредностите. Кај 16 болни, 1 — 1,5 час пред

ТАБЕЛА БР. 2

ВРЕДНОСТИ НА ПУЛС И ТА ВО КОМПАРАЦИЈА СО УПОТРЕБЕНИОТ АНЕСТЕТИК

АНЕСТЕТИК	ПУЛС		ТА									
			СИСТОЛНИ		ДИЈАСТ.							
	по 5 м.	по 15 м.	по 5 м.	15 м.	5 м.	15 м.						
ХУЛОСИН	0	6	0	47	0	13	0	46	0	11	0	44
	-	12	-	3	-	9	-	3	-	29	-	6
	+	37	+	5	+	33	+	6	+	25	+	5
ХУЛОС. С. БР. ИИ.	0	6	0	22	0	4	0	18	0	9	0	26
	-	-	-	-	-	7	-	9	-	17	-	-
	+	24	+	8	+	19	+	3	+	4	+	4

интервенцијата применивме Ansilan од 5 мгр. или Lexilium од 3 мгр., во зависност од случајот. Зголемување на вредностите на P имавме во 9 случаи, а на SP во 11. Кај 9 пациенти регистриравме опаѓање на DP во првите минути по анестезијата, а при повторното мерење скоро во сите случаи (15) немаше отстапување од нормалните, за секој индивид, вредности.

ТАБЕЛА БР. 3

ГРУПА НА БОЛНИ - 45-

ЕФЕКТ		ПРЕМЕДИКАЦИЈА ВО СКЛОП НА ОПШТА ТБ, 29			ЕДНОКРАТНА ПРЕМЕДИКАЦИЈА - 16			
ПУЛС	5 мин.	0	6	15	0	-	9	
	15 м.	10	2	3	7	2	1	
ТА	5 мин.	с	17	3	9	4	1	11
		д	0	-	1	0	-	1
	15 м.	с	10	12	7	6	9	1
		д	21	1	7	15	-	1
		0	-	1	0	-	1	
		27	1	1	15	-	1	

Да напоменеме дека во ниеден случај од проследените 130 пациенти не сме имале синокопа или колапс, а промените на вредностите на P и TA, со минимален исклучок, беа кратко-трајни и со слаб интензитет.

Дискусија

Функционалните промени на кардиоваскуларниот систем кај пациенти под локална анестезија се огледуваат во кратко-трајни промени на вредностите на P, SP и DP. При користење на ксилокаин во стандардни дози и концентрации, забележавме, како и други автори (Cheraskin 1959³), (Bjorlin 1968¹), дека доаѓа до благо снижување на крвниот притисок, поизразито на диастолниот.

Со оглед на тоа дека секој стоматолошки зафат претставува на свој начин еден нервен стрес, особено за пациентите со регистрирано кардиоваскуларно заболување, очекуваме испитуваните параметри да покажат поголеми отстапувања од нормите, но резултатите од нашиот материјал покажаа дека тоа би могло да се однесува само на зголемената фреквенција на пулсот. Малиот број случаи на покачување на DP, наша претпоставка е дека се должи на тоа што со нашата постапка не се создаваат услови за зголемување на периферниот отпор од една страна, а од друга страна од значење е и општата премедикација на болниот, во која редовно е присутна и некоја седативна компонента. Децидни сме во ставот за стриктна елиминација на вазоконстрикторот од анестетичното средство кај овие болни, кој и ако има вазодилаторно дејство на коронарните и мозочните крвни садови, доведува до појачана срцева функција, зголемен минутен волумен, а од таму и покачување на тензијата, со можност за инциденти. Неговата елиминација е потребна и поради можноста (според Persson и Siwers 1975)⁶ од интерреакција со бројните медикаменти употребувани во терапијата на општото заболување, особено со трицикличните антидепресиви.

Барајќи објаснување за поизразитиот број на случаи на снижување на DP по апликацијата на анестетикумот, доаѓаме и ние до таа претпоставка причината може да биде во самиот Lidocain и неговото депресивно дејство на кардиоваскуларниот систем (de Jong, 1970)⁷.

Во третманот на пациентите со срцево-садови заболувања, важност му придаваме и на блискиот контакт со болниот, довербата и авторитетот на лекарот што делува во голема мера релаксантно на нив. Еднократната употреба на седативни средства во нашиот труд не го покажа очекуваниот резултат, меѓутоа во одделни случаи и натаму би го применувале, доколку индивидуалната реакција го наметнува тоа.

Заклучок

Локалната анестезија применета кај пациенти со хронично кардиоваскуларно заболување, не се одразува битно на функцијата на срцево-сдовиот систем. Констатацијата дека при користењето на Lidocain-от доаѓа до благо снижување на крвниот притисок, повпечатливо на дијастолниот, сметаме дека се должи на својството на овој вид анестетикум за депресивно дејство на кардиоваскуларниот систем.

Summary

Local anaesthesia applied in patients with systemic cardiovascular diseases does not affect the cardio-vascular function. The finding that LIDOCAIN causes mild lowering of blood pressure, more evident onto the diastolic, is suggested to be due to the depressive effect of this anaestheticum upon cardio-vascular system.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bjorlin, G. Cardiac side — reactions to local anesthetics containing adrenalin an electrocardiographic investigation
Odont. Rev. 1968, 19, 401
2. Bresa, M: Local anesthetic solution, Side effects and toxicity
Odontostomat. 34, 6, 511, 1957
3. Cheraskin, E: Use of epinephrine with Local Anesthesia in Hypertensive Patients
J.A.D.A 1959, 58, 61—68
4. Debernardi, G: Concideration on local regional Anesthesia for ambulatory tooth extraction in Patients with heart diseases
Minerva Stomat. 24, 2, 61, 1975
5. Perović J: Interreakcija rastvora lokalnih anestetika i tricikličnih antidepressiva
Zbornik VI Kongresa stomat. Jugoslavije 1976, 178
6. Persson G, Siwers: Swed. Dental Journal 68, 9—18, 1975
7. Todorović Lj: Uporedno kliničko i eksperimentalno ispitivanje toksičnosti i uticaja na kardio-vaskularni sistem nekih lokalnih anestetičkih rastvora
Stomat. gl. Srbije 1977, 24, 4

Стоматолошки факултет — Београд
Клиника за стоматолошку протетику

**МОГУЋНОСТИ ПРОТЕТСКЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ МОБИЛНИМ
НАДОКНАДАМА У ПАЦИЈЕНАТА СА КЛИНИЧКИ
ДИЈАГНОСТИКОВАНИМ ПРОМЕНАМА
ИЗАЗВАНИХ АКРИЛАТИМА**

Б. Бабић, Д. Мијалковић, Д. Стаменковић

Аутори описују етиопатогенезу алергиских реакција на слузокожи усне дупље изазваних акрилатним израдама. Осврћу се на коришћење материјала које компарирају у том смислу. У закључку дају да је потребно прихватити јединствену доктрину у том домену и предлажу:

- квалитетну технолошку обраду материјала који се користе
- за привремена решења могу се користити поједини материјали, као што је каучук и металне конструкције
- коришћење неутралних материјала и констатују да на данашњем ступњу развоја стоматолошких материјала не постоји универзални материјал који би се користити у том домену.

Познато је да протетска надокнада, без обзира на избор материјала, изазива интерреакцију оралних ткива и протетског материјала. Она настаје као резултанта многобројних фактора, при чему често материјал, принципи технолошке израде и биолошки потенцијал оралних ткива имају доминантну улогу. Неретко протетичар је у прилици да изради протезу која се клинички потпуно биолошки инкорпорира у орофацијални систем. Исто тако, срећемо се и са пацијентима рехабилитованим покретним протезама, код којих су надокнаде у функционално-механичком и естетском смислу оптимално израђене, али са очигледном реакцијом оралног ткива на протетски материјал. Ово се манифестује алтерацијама оралних ткива или инфламаторним процесима ексудативног и пролиферативног типа.

Покушај расветљавања фактора одговорних за наведене промене води у сазнање да не постоји искључиви узрочник због чега њихова етиологија компликује не само дијагнозу већ и њихову терапију. Данас преовладава схватање, и оно се може

прихватити, да су најчешћа оштећења оралне слузокоже узрокована мобилним надокнадама — механичке природе. У овоме видну улогу могу имати полимеризациона контракција и термичка дилатација које се суперпонирају на врло сложен начин. Ни хемиско-токсична оштећења се такође не могу занемарити. По учесталости на трећем месту долази група алергијских манифестација као одговор оралног епитела на протетске материјале.³

Имунолошки одговор организма на стране материјале је сте, у ствари, кооперација између две популације лимфоцита уз интерреакцију са макрофагима. Практично, улога имунолошког апарата је да одбрани организам од страних материјала и сачува интегритет организма.

Сваки састојак акрилата може имати антигено својство. Међутим, прегледом стручне литературе и користећи наша клиничка испитивања можемо истаћи следеће састојке акрилатних маса као најчешће дијагностиковане алергене супстанце:

- метил естар акрилне киселине и други комомери акрилних естара,
- хидрохинон у концентрацији већој од 0,01%,
- бензилпероксид у концентрацији већој од 0,2%,
- терцијални амини,
- баријум сулфат, цинк оксид и други пунџици,
- кадмијум црвено и жуто, ултрамарин плаво, цинк оксид, титан диоксид и друге боје.

На идентификацији и дијагностици оралних промена, алергогеног порекла, урађено је много у нас и у свету. Међутим, у терапији и профилакси пацијената са клинички дијагностикованим оралним променама није много постигнуто. Значај, све већа учесталост ових промена у свакодневној пракси, њихова специфичност, мултикаузална и још недовољно расветљена етиологија, су императив изналажења савремене терапије. Због тога је ЦИЉ аутора да у овом реферату истакне могућности у рехабилитацији пацијената са клинички дијагностикованим променама на акрилате.

Продужено кување акрилата

Једноставна и практична могућност у рехабилитацији пацијената са клинички дијагностикованим алергијским променама на акрилате је продужено кување акрилата. У изузетно сложен састав акрилата улази већи број детерминанти, органског порекла, са безброј могућих комбинација. Ако нису у потпуности везане у току процеса полимеризације поједине детерминанте се могу у додир са протеинима коњуговати стварајући

антигене са високим потенцијалом. Следствено томе, продуженом полимеризацијом (дужим кувањем акрилата) везују се детерминанте па је и могућност сензибилизације организма сведене на најмању меру.

Каучук протезе

Као градивни материјал за израду мобилних протеза каучук је показао изузетно мали антигени потенцијал. Стога, не ретко израдом каучук протеза изостају оралне промене изазване алергијским дејством акрилата. Ипак, индиковање каучук протеза наилази на отпор и пацијената и лабораторијских сарадника. Код пацијената с разлогом — ова протетска надокнада не одговара захтевима савремене протетике, пре свега у смислу компактности материјала, хигијенског одржавања и естетским изгледом. Код лабораторијских сарадника због теже и застареле технологије — вулканизације каучука.

Скелетиране протезе са порцеланским зубима без употребе акрилата

Код крезубости, пре свега са повољним распоредом преосталих зуба, може се израдити скелетирана протеза са порцеланским зубима без употребе акрилата. Сг—Со легура, односно легура злата и порцеланских зуба су, практично, градивне материје без антигеног дејства. Због тога је рехабилитација испитаника алергичних на акрилате, у смислу терапије и профилаксе алергичних промена овде потпуне. Практична могућност апликације ове врсте надокнаде је ограничена на случајеве крезубости са мањим уметнутим безубим седлима. Неопходно је да ретенциони зуби ових испитаника, сем повољног распореда, имају добро изражене анатоомо-морфолошки карактеристике, односно одговарајуће дубине подминираниости. Ово је потребно због тога што ова врста скелетиране протезе своју ретенцију и стабилизацију остварује само помоћу ретенционих средстава — ливених кукица или атечмена, а без помоћи ретенције протезних крила, атхезије и кохезије. Лабораторијска израда ове врсте протетске надокнаде се, у неколико, разликује од стандардног лабораторијског поступка¹. Данас се све више примењују понструкције од легуре које омогућују металокерамичке спојеве.

Наношење танких слојева — заштитних баријера на површину готових протеза

Изоловањем комерцијалних акрилатних материјала, наношењем танких слојева — заштитних баријера на површину готових протеза, спречен је директан контакт појединих састо-

јака акрилата са оралним ткивима. У литератури је описано више технолошких поступака. По својим могућностима, издвајају се три поступка:

- 1 — вакумско напаривање,
- 2 — јонско (катодно) распршавање и
- 3 — директно депоновање материјала.

Ад 1. Вакумско напаривање подразумева испаривање третираног материјала, преношење и кондензовање пара на површинама готове акрилатне протезе.² Технолошки поступак се одиграва у условима сниженог ваздушног притиска (вакуум), по коме је и сам процес добио име. Овим процесом, у индустрији познатим под називом процес метализације, наносе се танки „филмови“ најчешће легуре злата, хрома, Cr—Co—Mo легуре, паладора и других индиферентних метала.

Ад 2. Јонско распршавање или напаривање је процес бомбардовања катоде (са протезом) атомима и молекулима материјала који се депонује. Атоми и молекули металних легура који се депонују на површину акрилата покренути су убрзаним јонима у стандардним условима гасног пражњења.

Ад 3. Најчешће коришћене методе за директно депоновање пластичних материјала на површину комерцијалних акрилатних маса су:

- депоновање пластичних маса у вакууму,
- депоновање пластичних маса при атмосферском притиску (помоћу четкице или спреја) и
- потапање (уроњавање) протезе у пластичну масу.

Литературни подаци говоре да, поред више испитаних пластичних маса, најбољи резултати су постигнути поликарбонатом раствореним у метил хлориду.

Основни захтев материјала танких слојева је инкомпатибилност са оралним ткивима. Такође се од њих захтева индиферентан однос према органским једињењима који се могу срести у устима. Тврдоћа, жилавост, отпорност на абразију и козметички ефекти су такође од значаја за избор.

Специфична десензибилизација

Код кацијената са клинички дијагностикованим алергијским променама на акрилате и лабораторијски доказаном моновалентношћу алергена могућа је терапија специфичном десензибилизацијом. Специфична десензибилизација се спроводи поткожним инјектирањем малих доза разблаженог антигена. На тај начин се подстиче ретикулоендотелијални систем на стварање веће количине моновалентних — блокирајућих антитела.

Процент успешне рехабилитације испитаника, третираних на овај начин, је мали. Како терапијски третман захтева лечење више недеља, месеци па и година то је основни разлог за слабу сарадњу пацијената, а тиме и за слабу свеукупну рехабилитацију.

Дискусија

Проблем алергије на акрилатне масе третиран је, дуги низ година, потпуном заменом акрилата другим материјалом — каучуком. Како покретни протезе израђене од каучука нису удовољиле естетским и другим захтевима савремене протетске надокнаде, то се овај начин рехабилитације све мање примењује. Због тога је и разумљиво настојање денталне индустрије за даље усавршавање акрилатних маса.

Истражувачки пут, који ће по нашем мишљењу дати најплодније резултате, јесте следећи: Пре свега, издвајање и идентификација појединих детерминанти акрилатних система за које се предпоставља да су носиоци алергогеног потенцијала. Затим, дијагностиковање и доказивање алергогеног деловања издвојених компоненти. Коначно, у случајевима позитивне алерголошке реакције, замена истих са индиферентном супстанцом у односу на орална ткива, која ће задржати физичко-механичка својства замењене компоненте. Постојање неколико таквих система, у којима су замењене различите детерминанте, решио би дефинитивно проблем рехабилитације пацијената алергичних на постојеће акрилатне масе. Разумљиво је, да је ово садашњи, а и будући задатак истраживача. До њиховог дефинитивног успеха, предност треба дати наношењу танких слојева — филмова на површине акрилата како металне тако и неметалне природе. Не тако компликовану и скупу опрему, која се за истраживачке сврхе користила институтским и индустријским услугама, треба адаптирати и прилагодити условима рада зуботехничке лабораторије.

Закључак

1) Све већи број пацијената са клинички дијагностикованим променама на акрилате императивно намеће потребу за узимања **ЈЕДИНСТВЕНЕ ДОКТРИНЕ** у мноштву, у литератури и пракси, понуђених ставова.

2) Коректно кување акрилата смањује постојање резидуалних компоненти. Због тога је свесно и доследно спровођење упуства произвођача, од стране лабораторијског сарадника, **ПРВИ ЗАДАТАК** у профилакси оралних промена изазваних акрилатним месама.

3) На овом степену развоја индустрије денталних материјала каучук протезе треба прихватити само као ПРИВРЕМЕННО ТЕРАПИЈСКО СРЕДСТВО у рехабилитацији пацијената са клинички дијагностикованим алергијским променана на акрилате.

4) Скелетиране протезе са порцеланским зубима без употребе акрилата, као и металокерамичке протезе, када то распоред преосталих зуба дозвољава, МОЖЕ ПРЕДСТАВЉАТИ ЗАДОВОЉАВАЈУЋЕ решење у рехабилитацији ових пацијената.

5) Наношење танких слојева — заштитних баријера на површину готових протеза даје ЗАДОВОЉАВАЈУЋЕ РЕЗУЛТАТЕ.

6) Специфична десензибилизација представља више ТЕОРЕТСКУ МОГУЋНОСТ, а њена практична примена у рехабилитацији ових пацијената је симболична.

7) На овом степену развоја струке НЕ ПОСТОЈИ СУВЕРЕННО СРЕДСТВО у рехабилитацији ових пацијената, због чега је неопходно учинити нове напоре како би се спречило патогено деловање акрилатних маса на орална ткива.

Summary

The authors describe the aetiopathogenesis of allergic reactions on the oral mucosa caused by acrylates. They review usage of materials, comparing them in that aspect. In the conclusion they state the necessity of adopting a unique in the domain and suggest:

- thorough technological processning of materials used,
- in temporary approach, materials as caoutchouc and metallic constructions could be used,
- usage of neutral materials and suggest that there is not a universal material to be used in that domain, when modern stomatologic materials are concerned.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабић Б. „Скелетирана протеза”, медицинска књига Београд — Загреб, 1977
2. Јовановић Т. „Клиничка и лабораторијска анализа могућности заштите оралних ткива од нежељеног деловања акрилата”, докторска дисертација, Београд 1979
3. Мијалковић Д. „Оштећења оралних ткива протетских надокнадама”, докторска дисертација, Београд 1977

Медицински факултет — Скопје
Клиника за максилофацијална хирургија

Воена болница — Скопје
Стоматолошки кабинет

РЕИНПЛАНТАЦИЈА НА ДЕЛОВИ НА PROCESSUS ALVEOLARIS НА ВИЛИЦИТЕ

Б. Василевски, Т. Илиев

Денеска сме соочени со сè почести трауматски оштетувања на лицевниот скелет. Вилиците како најистакнати делови на тој коскен скелет процентуално најчесто страдаат. Како последица на траумата се создаваат дефекти во пределот на вилиците, што често создава потешкотии и при протетското згрижување не само од естетски, туку и од функционален аспект¹.

Авторите се осврнуваат врз проблемот како наједноставно и најбрзо да се надомести настанатиот дефект на вилиците по пат на реинплантација. Изнесено е нивното досегашно, иако скромно искуство, кое се покажа како корисен зафат за да се врати нарушената анатомска состојба.

У в о д

Излечување на скршеното е идеален резултат на сите терапевтски настојувања (проф. Чупар). Реинплантацијата на оштетениот дел на вилицата веќе не претставува потешкотија. Нејзината најважна индикација е отстранување на дефектот по пат на реинплантирање на оштетениот дел на processus alveolaris на вилиците. При тоа, не е потребно обликување на лежиштето, што е случај при остеопластиката, односно при надградба на атрофиран алвеорален продолжеток (Heiss 1941, Pichler 1948, Schuchard 1956, Krüger 1962). Генезата на овие дефекти на вилиците најчесто е трауматска и тие настануваат под дејство на некоја надворешна сила и за жал заради груба и нестручна работа на терапевтот, најчесто при екстракцијата. За да настанат кршења со дефекти, делувањето на силата било така снажно што дел од процесусот на алвеоларната коска бил

потполно извлечен и создаден е дефект на тој дел. Овие трауматски фрактури се многу почести на максилата заради нејзината архитектонско послаба отпорност во однос на мандибулата.

Метод на работа

По објективниот преглед и изменета анамнеза, вршиме рентгенско снимање. Потоа, во мала операциона сала се врши реинплантацијата. За прекривање на реинплантатот вршиме мобилизација на вестибуларната мukoза, а кога е потребно и на палатиналната (ова важи за дефекти во премоларната и моларната регија). Притоа секогаш го мобилизираме и периостот, со што се забрзува реваскуларизацијата на реимплантот. Често по реинплантацијата земаме отпечаток за изработка на мономаксиларна фиксација, која ќе го фиксира реимплантатот во нормална положба.

Наши случаи

Пациентка К. Г. на 20-годишна возраст. Примена заради фрактура на *processus alveolaris et tuber maksile*, на десната страна, (незгода при вадење на заб). При вадење на умникот дошло до извлекување и на *tuber* и *processus alveolaris maxillae* а потоа со кола за итна помош префрлена е на Клиниката. Делот на *processus alveolaris* со *tuber*-от и неизвадениот заб донесени се во газа. Откако е отстранет забот од алвеолата на фрактурираниот *processus*, истиот е реинплантиран во должина од екстракционата рана на горниот десен прв премолар, па сè до зад *tuber*от на максилата. На сл. 1 и сл. 2 е прикажан пред хируршкиот зафат и дефинитивниот исход.



Сл. 1



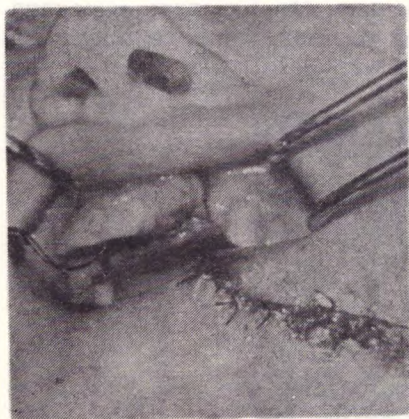
Сл. 2

Пациентката М. К., мат. бр. 392/74, на 32-годишна возраст, примена заради *fractura mandibulae, f-ra processus alveolaris maxillae et vinus labioris inf. post traumatica*. Во анамнезата дознаваме дека била удрена од коњ. При прегледот се констатира дека фрактурираниот алвеоларен продолжеток виси само на дел од палатиналната слузокожа, која е цијанотична и на повеќе места испрекината (сл. 3). По обработката

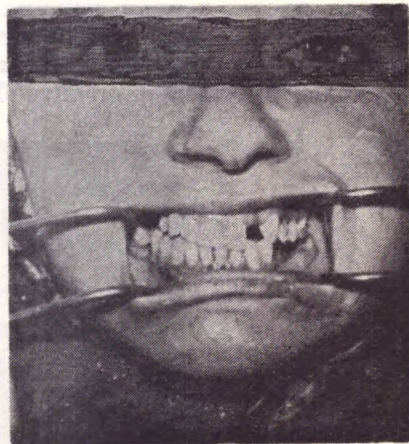


Сл. 3

на раната, извршена е реинплантација на процесус-от. Наредниот ден ставена е палатинална плоча, која е симната по 5 недели. (Сл. 4 и сл. 5)



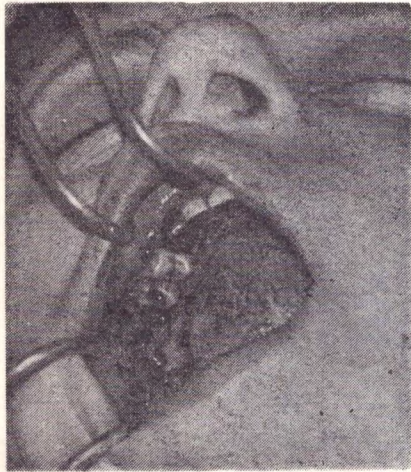
Сл. 4



Сл. 5

Пациентка Ј. К., со мат. бр. 815/74, на 21 годишна возраст, упатена заради незгода при вадење на заб во горната вилица, при што дошло до откршување на еден дел на *processus alve-*

olaris maxile (сл. 6, 7 и сл. 8). По обработката на раната констатирано е отворен sinus maxilaris, на десната страна, а на откритиот processus alveolaris беа цврсто вклопени вториот и третиот моларен заб. По испитувањето на синусната празнина се извршени реинплантација на алвеоларниот гре-



Сл. 6



Сл. 7

бен заедно со третиот моларен заб, а потоа беше земен отпечаток со восок, заради изработка на мономаксиларна ажурна шина, која потоа беше цементирана. По 5 недели извадена е шината и притоа е констатирано разнишување на забот во реимплантантот, заради што беше изваден. (Сл. 7).



Сл. 8

Дискусија

По пат на реимплантација третиравме 6 случаи, од кои два беа од машки, а останатите од женскиот пол.

Пред секоја интервенција вршевме оцена на повредените меки ткива, од што и зависеше планот на нашата терапија. Сите случаи што ги третиравме беа обработувани непосредно по настанатата траума, што сметаме дека е важен предуслов за добра мобилизација на муко-периосталните резиви, што е неопходно за прекривање на реимплантатот.

Пациентката на која се реимплантира алвеоларниот продолжеток заедно со третиот моларен заб, сметаме дека немаше да дојде до разнишчување до колку истиот беше претходно конзервативно згрижен.

Во ниеден од третираните случаи не дојде до ресорпција на реимплантатот.

Заклучок

Сметаме дека со реимплантација не само што примарно се згрижува дефектот туку се постигнува и најнормална висина на реконструираниот *processus alveolaris*. Sprema тоа сметаме дека реимплантацијата е наједноставен метод, кој е и најсоодветен за реконструкција на настанатиот дефект. Со користењето на овој метод, се избегнува појавата на лицево-влични деформитети, како и макотрпната, а понекогаш и неуспешна реконструкција со коскени трансплантати, што создава потешкотии при повторното протетизирање.

За примена на реимплантацијата неопходно е да се почитуваат препораките од Казанијан (1952 год.), а во смисла на:

- Да се реимплантира во здраво ткиво.
- Ткивото во кое се реимплантира да е со добра крвна циркулација.
- Да се затвори контактот помеѓу реимплантатот и околната здрава коска и да се имобилизира!

Summary

To day we are faced more and more to frequent traumatic injuries of the face bones. Jaws, being the most prominent parts of the face skeleton suffer with a highest range. Following trauma, so metimes deffects in the region of the jaws appear, being often the reason for difficulties in prosthetic care, not only from the aesthetic but from functional point of view (1). The authors review the problem of how most simply and quickly to reimplant the deffect. Their experience is presented and it proved to be a reasonable approach, to maintain the disturbed anatomical condition.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ivo Supar: »Kirurgija glave i vrata«, knjiga prva, Zagreb, 1973
2. Василевски Бранко, Јанев Јордан: »Реинпланација на трауматско лусксирани заби«, Зборник радова, Титоград, 1976
3. Lyondon A. Peer, M. D: »Transplation of Tissues«, The Wiliams & Wilkins company, Baltimore, vol. II, 1959
4. H. Obwegeser, M. D; D. M. D: »Surgical preparation of the maxilla for prosthesis« Journal of oral surgery, vol. 22, January 1964, No—1
5. Tord Skoog: »Plastic surgery — New Methods and Reifinements« Almqvist & Wiksell Interiational, Stockholm
6. Robert M Goldwyn, M. D: »The Unfavorable Result in Plastic Surgery« Littlе, Brown and Company, page 43—83, Boston

Стоматолошки факултет — Скопје

Клиника за дентална патологија и терапија

АСИМПТОМНИ ПЕРИАПИКОЗИ

И. Тавчиовски, Јб. Матовска

Вршена е анализа на 50 панорамикс снимки на пациенти кои дошле заради санаџија на забалото.

Целта на оваа анализа беше да се оцени застапеноста на промени во периапикалното подрачје односно тн. асимптомни периапикози (АП).

Од вкупно прегледаните 50 пациенти на кои им се направени панорамикс слики, периапикози се откриени кај 27 пациенти или 42% од сите прегледани и тоа почесто во долната вилица. Се претпоставува дека застапеноста е поинтензивна во долната вилица заради можностите за поголемо трауматско делување при пореметување на оклузалните соодноси, заради прерано вадење на забите и слично, не исклучувајќи го при тоа и инфективниот момент на провокаџија на периапикален процес.

Од тука се наметнува фактот, дека асимптомните периапикози треба да се лекуват, бидејќи апикалното подрачје на забот претставува витална структура која е одлучувачка за одредување на времетраењето на еден заб.

Парадонџиумот како функционална целина, зазема важно место во оро-фацијалниот комплекс, а со тоа и во неговата патологија.

Затоа, нарушувањето на ритмички регулираните биолошки реакции на пулпата, активноста на бактериите од денто-бактеријалните плаки, трауматските делувања и други фактори меѓу кои и хематогените патишта на инфекџија можат да бидат најчестите причини за нарушување на интегритетот на ова подрачје, односно за настанување на периапикози.

Инфламаторниот процес кој настанува тука во еден свој дел претставува одбрамбен механизам, со чија помош имуниот систем го локализира и елиминира материјалот којшто не му припаѓа.

Периапикозите имаат комплексна етиопатогенеза и затоа сè уште претставуваат проблем, пред сè, тераписки. Уште со почетната тераписка постапка околу санирање на една кариозна лезија, главната тенденција е да се сочува пулпата, а со тоа и интегритетот на пародонциумот.

Имајќи го предвид фактот дека уште во рамките на заболувањето на пулпата, а во зависност од карактерот на истото, доаѓа до поголема или помала дразба и оштетување на пародонциумот или, според Мармас⁴, тоа оштетување по правило ги следи заболувањата на пулпата.

Од тука произлегува и значењето на периапикозите не само за одржување на интегритетот на оро-фацијалниот комплекс туку и за правилната функција на организмот во целина.

Значаен чекор во оваа област претставува се поголемото усовршување на начините и техниките на снимање, а со тоа и можностите за навремено откривање на периапикозите.

Целта на овој труд е да се оцени застапеноста на периапикозите кои случајо се откриени и преземање на мерки за санација.

Материјал и резултати

Како материјал се користени панорамикс слики од 50 пациенти, кои беа без било какви субјективни симптоми.

Табела 1

Возраст				ВКУПНО
до 30 г.	до 40 г.	до 50 г.	над 50 г.	
22	6	12	10	50

Од вкупно прегледаните 50 пациенти, најдени се 27 пациенти со присутни асимптомни периапикози, што е прикажано на следната табела:

Табела 2

Вкупен број на пациенти со АП	Во горна вилица	Во долна вилица	Претходно лекувани	Без терапија
27—42%	8	19	12	15

Следејќи ги добиените наоди, може да се забележи дека процентуалната застапеност на периапикозите е доста голема 42%, имајќи го предвид фактот дека се работи за патолошки појави кои можат да дадат реперкусии и на други органи и системи во организмот.

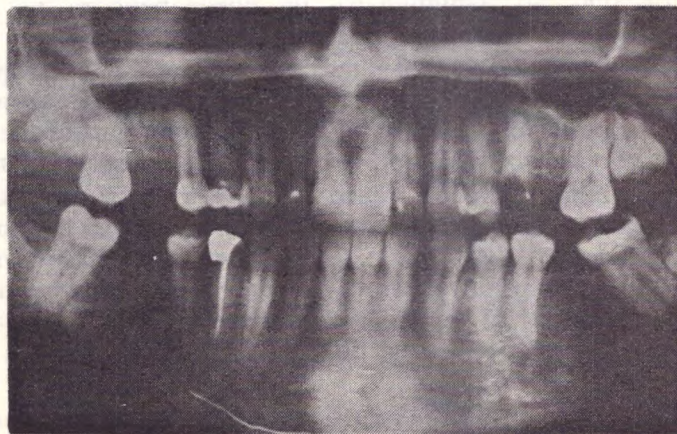
Во однос на застапеноста во горната и долната вилица, се стекнува впечаток дека се повеќе застапени во долната вилица, додека застапеноста на периапиказите во однос на применета терапија или без терапија не покажува некои значителни разлики.

Тоа е добро илустрирано и на следните слики; на забала со асимптомни периапикози, каде што може да се види присуство



Сл. 1

на промени во периапикалното подрачје кај заби со применета терапија или патолошки процес на пулпата (слика 1), или како што е прикажано на слика 2 дури и кај интактен заб.



Сл. 2

Дискусија

Од тука засталеноста на асимптомните периапикози во 27, од вкупно 50 испитувани случаи или 42%, треба да се смета како предупредување за почеста или програмирана контрола на

Асимптомните периапикози претставуваат проблем пред се заради дилемата која се наметнува за нивното разрешување од тераписки аспект.

Тоа се состојби коишто не алармираат со својата симптоматологија, пред сè субјективна, која е појдовна за преземање на било какви тераписки мерки, а стануваат предмет за размислување ако случајно бидат откриени, преку рентгенска контрола.

Периапикалните радиолусценции какви што се прикажани радиографски, обично индицираат авитален заб.

Можат да бидат резултат најчесто на една од формите на хроничен пародонтит (фиброзна форма најчесто, циркумскриптна и дифузна), потоа еадикуларна циста, периапикален апсцес и неоплазма или пак се работи за одонтогена неоплазма, цементот во нејзиниот остеолитички стадиум.

Главно и основно е дека се работи за процес со хроничен карактер, бидејќи акутните процеси во нивниот иницијален стадиум можат да дадат само мали или никакви промени во рентгенската густина на коската.

состојбата на забалото, за да може навреме и соодветно да се реагира на настанатата состојба, или преку откривање на евентуалните причинители, истите да бидат отстранети.

Евидентна е разликата во засталеноста на овие патолошки состојби во поголем број во долната вилица.

Можеби тука како еден од чинителите за настанување може да биде фактот, што во долната вилица забите порано се екстрахираат заради пораната ерупција. Ова пак, од друга страна доведува до нарушување на оптовареноста на забите што трауматски го оштетува преиапикалното подрачје.

Се разбира дека при ова не се исклучува и факторот инфекција како можен причинител за настанување на периапикоза, иако соред експериментите на Хаден и Буркет постоењето на инфекција во каналот не мора секогаш да го следи овој процес.

Патолошкиот процес којшто се одвива во периапикалното подрачје иако асимптомен за подолг или пократок период, треба да биде лекуван, особено ако е зафатен и латератниот периодонциум, бидејќи губитокот на контакт меѓу периодонциумот и цементот заради тој воспалителен процес, поприма улога на страно тело. Во тој дел цементобластите ја губат својата основна функција.

Цементот бидејќи е лишен од крвна циркулација и од способноста да го отфрли својот инфициран дел, претставува постојан иритирачки фактор за околното ткиво.

Од тука се наметнува мислењето дека појавата на асимптомни состојби во периодонциумот е резултат на воспоставување на една рамнотежа помеѓу причинител кој го создал периапикалниот процес, од една страна и оштетата, односно локална одбарна, од друга страна.

Секоја промена во квалитетот или квантитетот на ноксата или општата односно локалната одбрана на организмот, може да доведе до клиничка манифестација на периапикоза.

Заклучок

1. Периапикозите во најголем број случаи се асоцирани од авитални заби.

2. Фактот што загубата на контактот меѓу периодонциумот и цементот, загубата на циркулацијата и способноста да го отфрлува инфицираниот дел, се доволни да бидат постојан иритирачки момент за околното ткиво, а со тоа и можност за активирање на процесот.

3. Користејќи ги се поголемите можности кои ни ги дава усовршеното рентгенско снимање на забите, а со тоа и можностите за откривање и на клинички асимптомни состојби, се наметнува и потребата од санација на истите.

4. Апикалното подрачје на забот со оглед на неговата одлучувачка улога во дефинитивната прогноза на забот, може да се каже дека е првата витална структура од комплексот кој го одредува траењето на забот и затоа секоја откриена периапикоза треба да биде проследена со соодветен тераписки пристап.

Санацијата на асимптомниот периапикален процес со тоа ќе придонесе за зачувување на локалниот, односно општиот интегритет на организмот.

Summary

50 panoramic radiographies of out-patients were analysed.

The aim of this analysis was to assess the incidence of changes in the periapical area, the so called asymptomatic periapicoses.

Out of the total of 50 patients panoramically examined, periapicoses were found in 27 patients, or in 42%, with higher involvement of the lower jaw.

It is supposed that higher involvement of the lower jaw is the result of the possibility for stronger traumatic effect when occlusal relations disturbed, because of an early loss of teeth; the infectious factor is not avoided being the provocation for periapical process.

It is imposed out of all that asymptomatic periapicoses need treatment, as the apical area is a vital structure, determinative for the longlive of a tooth.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kerr, D., Ash, D. M., Oral Diagnosis
2. Vojinović, O., Šćepan, V: Značaj prisustva bakterija u kanalu i vrhu korena zuba u nastanku apikalnih periodontita u dece
Stomatološki glasnik Srbije, VIII stomatološka nedelja, 1971, 129
3. Karadžov, O., Sedlecki, S., Janjetović, N: Apikalni parodonticijum i njegov reparatorni potencijal,
Stomatološki glasnik Srbije, X stomatološka nedelja, 1975, 109
Masson et Cie Editeurs, Liberales de l'academie de medicine 120, Paris
4. Deshaume, M., Precis de Stomatologie,

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за фиксна и мобилна протетика

**КОРИСТЕЊЕ НА ПОМОШНИ РЕТЕНЦИОНИ ЖЛЕБОВИ ПРИ
ИЗРАБОТКА НА БЛОК СИСТЕМ НА КОРОНКИ***

Е. Петкова, И. Богдановски, В. Силјановски

*Се опишува случај на зголемување на ретенција кај абради-
рани заби при фиксни блок конструкции со ретенциони жле-
бови преку аксијалните површини на забите.*

Загубата на забната супстанца која се јавува низ процесот на функцијата на забите ја сретнуваме низ разни форми, видови и интензитети кај луѓето.

Карактеристиките на забите кои имаат изразено трошење на градбената супстанца можат да се оквалификуваат во две форми, и тоа: како вертикална или хоризонтална, меѓутоа не може да се сретне чиста форма, туку таа е комбинирана и со себе носи доминација од едната форма (Богдановски¹, Кандиќ^{2,3}, Сувин⁵). Од клинички аспект може да се пореди во повеќе групи во зависност до каде е напреднат овој процес и во која супстанца се задржал.

Повеќе автори по искажувањата на Кандиќ оваа појава ја вбројуваат во физиолошка, а во која има битно влијание хистолошката градба на тврдата забна супстанца, оклузио-артикулационите фактори како и психосоматските карактеристики на пациентот. Со ова прашање се занимавале плеада на автори од кои најпознати се: Гаркуса, Вилд, Барандун, Ентин, Алтухов, Г-тлиб, Орбан, Ваненнахер, Молнар, Мулрајтер, Абрикосов, Гофунг и др. (цитат Кандиќ²).

Меѓутоа предмет на нашиот интерес не е етиопатогенезата на трошењето на супстанцата, туку последиците и терапијата на таа казустика.

Пациентите со така истрошени заби не се во состојба функционална да се користат со нив, бидејќи тоа се истрошени — излижани морфолошки карактеристики на мастикаторната површина каде механичкиот ефект е функционално инсуфициентен.

*) Трудот е читан на Собирот на стоматолозите во Битола.

Субјективниот осет на бол е во помала или поголема мерка присутен, а термичките и хемиските дразби придонесуваат за инсуфициенција на функцијата.

Естетиката е намалена, а поради слабата функција намалена е и хигиената во усната шуплина.

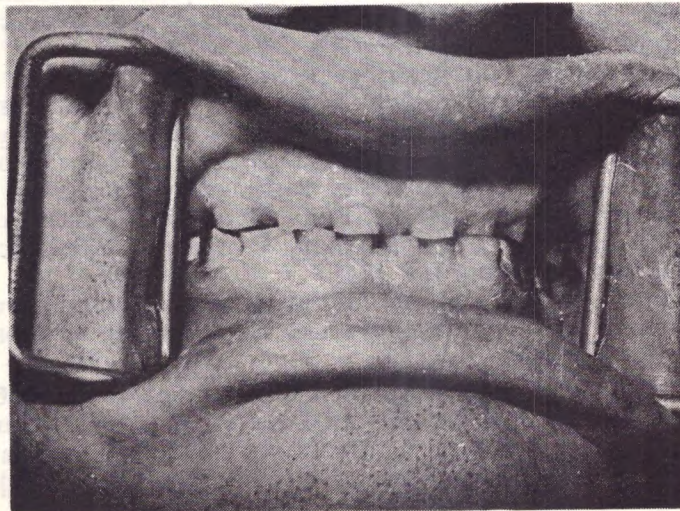
Во такви случаи наоѓајќи се пред еден од најкомплексните проблеми на терапијата индивидуално треба да одлучиме. Да се оди на девитализација и надоградби или пак поаѓајќи од биолошкото правило да се зачува виталноста на секој орган и во случаи за кои стои минимална можност да не би дошло до создавање на услови за гангренозни — некротични жаришта и создавање на предуслов на елиминирање на корпус алиенум. Ова до толку повеќе е потешко што треба да придонеси да дојде до реконструкција на нормалниот меѓувилчен однос со сите негови физиолошко — функционални и естетски карактеристики.

Појдуваќи од компонентата на биолошките вредности прикажуваме еден случај на терапија на генерализирана абразија кај пациент на кој ја зголемуваме ретенционата способност на фиксната конструкција која често е проблематична во вакви случаи, преку ретенциони жлебови на аксијалните површини.

Метод на работа

Пациентот С. Н. 7654321—1234567 е третиран подолго со
76xx321—12345x7

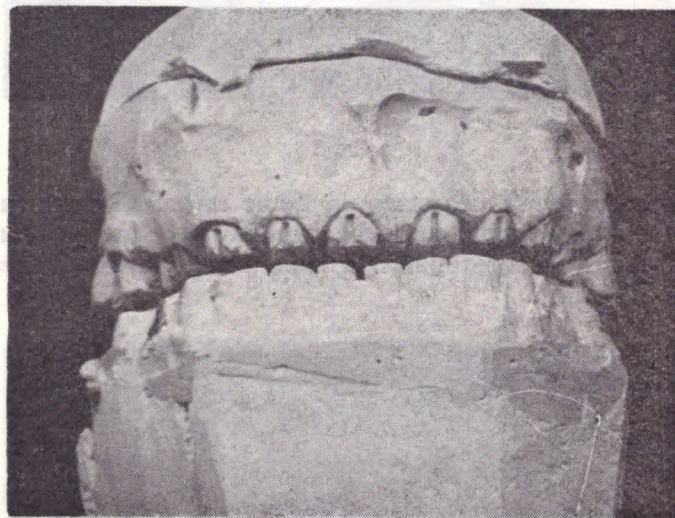
надгризна шина, поставена во устата на пациентот повеќе од три месеци, со што е извршена корекција на висината на загризот и томогравска контрола на положбата на мандибуларниот кондил во темпоралната јамичка по дефинитивното подигнување на загризот, (сл. 1).



Сл. 1

Абразијата на забите кај овој пациент беше од втор степен кај повеќето заби, кај дисталните, особено од левата страна одеше и до трет степен со видливи знаци за ретракција на пулпата и истапачување на секундарен дентин во пулпината комора.

Првата фаза на препарацијата беше направена по класичната постапка водејќи грижа за паралелноста на соседните страни на трупчињата и на трупчињата меѓу себе што положбата на забите го овозможуваше без поголеми проблеми. Во втората фаза се пристапи кон препарирање на ретенционите жлебови, при што основен проблем се појави нивната меѓусебна паралелност. Тоа беше решено со помош на шестар со одбележување на ориентациони точки гингивално и оклузално на вестибуларната и оралната страна, така што со спојувањето на овие точки се добија линии задоволително паралелни, по кои беше направено продлабочување во длабина од 1 мм (сл. 2).

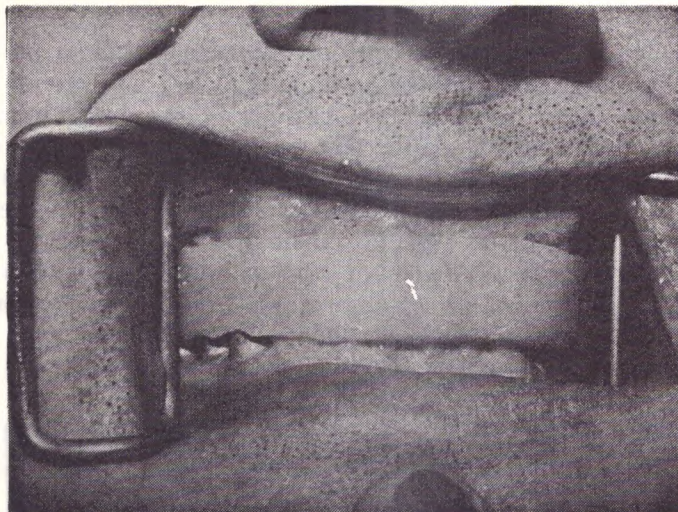


Сл. 2

Првата фаза на препарацијата беше направена по класичниот метод на пулпата која кај вака абрадираните заби најчесто е доста ретрахирана што може и треба да се проконтролира со „снимка“, што и ние го направивме. Оклузалните површини не се препарираат, затоа што гризот беше доволно подигнат за да има место за гризните површини, на коронките.

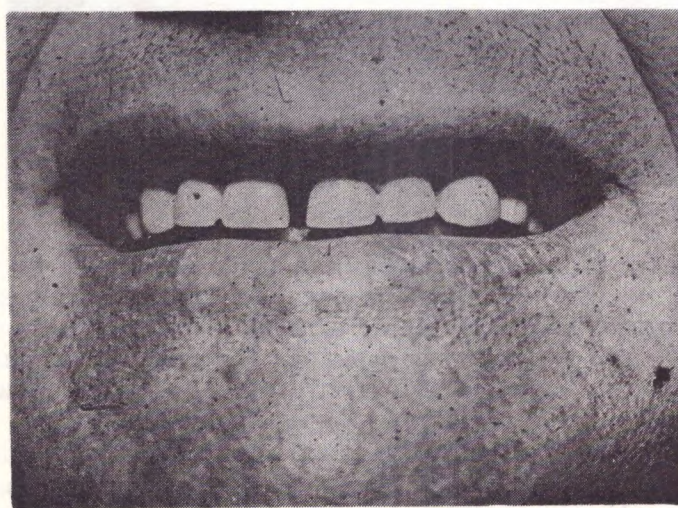
Жлебовите се препарираат на местата каде што има подебел слој дентинска маса, и тоа вертикално од гингивата кон оклузално. Можат да бидат по еден или по два од вестибуларно и орално. Се препарираат со дијамантски борери што обез-

бедува полесно постигнување на паралентет. Длабоки можат да бидат од 0,5 до 1 мм, а широки до 1 мм. Цервикално е доволно ако одат до гингивата.



Сл. 3

Понатамошната реализација беше на вообичаен начин изведена, (сл. 3). Беа направени 14 коронки од кои предните заби и премоларните фасетирани, а моларите едноделно леани нефасетирани (сл. 4).



Сл. 4

Дискусија

Појдувајќи од поставката дека по секоја цена кај што е тоа можно да ја реализираме и сочуваме биолошката вредност на забите, ние ја реконструираваме висината на загризот и ја зголемивме ретенционата способност на блок конструкција.

Блоковата конструкција овозможува најдобро воспоставување на оклузиската и артикулационата рамнотежа, а цврстата меѓусебна врска рамномерна и силна ретенциона отпорност „Феномен на сноп“, каде се присутни поедини мобилни дејности во периодонталниот апарат. Косовчевиќ⁴ со своите соработници истакнува дека вакви функционални движења имаат поизразена отпорност, а ја зголемуваат функционалната вредност на протетската конструкција и биолошкиот фундамент.

Прекү ретенционите жлебови се зголемува површината која е контакт меѓу внатрешната страна на коронката и површината на забното трупче, така што и ретенцијата е поголема. Цементот како атхезивно средство и како интермедијатор само ја зголемува ретенцијата кај овој вид конструкции.

Заклучок

Од сето горе изнесено можеме да го констатираме следното:

1. И во најнеповолните услови треба да се настојува да се сочува виталноста на сите заби од причини што ни се познати.
2. Паралелитет на сите препарирани заби и жлебови.
3. Користење на жлебови секаде каде што има доволно забна супстанца, меѓу надворешната препарирана површина и пулпата на забот.

Summary

Out of all we can conclude the following:

1. Even in most inconvenient conditions efforts should be made to preserve vitality of all teeth because of known reasons
2. To ensure parallelity of all prepared teeth and gutters
3. To use gutters everywhere where sufficient teeth substance is present between the outside prepared surface and the tooth pulp.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богдановски, И: Естетска и функционална рехабилитација на пациенти со снижен загриз. Зборник на трудови, V конгрес на Стоматолози на СФРЈ. Скопје 1975 : 811—816.
2. Кандић, М: Третман абрадираних зуба комбинацијом фиксно-мобилних протетских надокнада, СГС 1968, Но. 2 : 105—108
3. Кандић, М. Колаж, Ж: Етиопатогенеза трошења чврсте субстанце. СГС 1977 : бр. 2 : 111—115.
4. Косовчевиќ, М. Радуловиќ, С. Тасић, С: Блок конструкција Зборник радова XI Стом. недела Србије Неготин 1975 : 75—77
5. Сувин, М: Стоматолошка протетика III Школска књига Загреб 1969 : 134—148.

RANDOMYCIN

Има најширок распон на активност и пружа широка заштита од сите организми кои се најчести причинители на респираторни инфекции како што се

Staphylococci

Streptococci

Pneumococci

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma pneumoniae

RANDOMYCIN

Останува потполно активен во присуство на микроорганизми кои ја создаваат пеницилиназата.

Високо и долготрајно ниво и покрај малите дози (терапевтското ниво во крвта се одржува најмалку 24 саати по нормалниот гок на лечењето со Randomycin).

Само две дози дневно.

Добро се поднесува.

Во соработка со
PFIZER — NEW YORK

Произведува



Медицински факултет — Скопје
Клиника за максилофацијална хирургија

Воена болница — Скопје
Стоматолошки кабинет

ХИПЕРЦЕМЕНТОЗАТА ВО СЕКОЈДНЕВНАТА СТОМАТОЛОШКА ПРАКТИКА

Б. Василевски, Т. Илиев

Авторите имаат за цел да укажат на проблемот на хиперцементозата во секојдневната стоматолошка практика, на нејзиното дијагностицирање како и на диференцијално-дијагностичкото значење. Тие преку сопствен клинички материјал се осврнуваат на можните етиолошки фактори и преку дискусија даваат разјаснување на истиот проблем.

Увод

Во стоматолошката практика не така ретко читајќи ртг. филмови откриваме абнормална густина, односно разраснување на забниот цемент во пределот на коренот на забот. Во најголем број од случаите се работи за склеротични зони од непозната етиологија. Вакви промени опишани се во литературата од поодамна. За истите постојат објаснувања базирани од хистолошките анализи на разраснатото ткиво, или пак спрема макроскопскиот изглед на истите. Спрема тоа, тешко е да се даде поточна дефиниција на хиперцементозата, имајќи го предвид фактот дека забниот цемент претставува најваријабилна дентална структура⁴.

Хиперцементозата претставува прекумерно создавање на забен цемент на поедини места на забниот корен, или во целата негова должина^{1,3}. Го акцептираме мислењето на многуте автори кои сметаат дека хиперплазијата на забниот цемент во најголем број од случаите претставува одбранбена реакција на организмот, како резултат од дејството на хронична траума, периапикални инфекции, локални и општи метаболни дисфункции, или е резултат на последици во развојот⁶.

Приказ на наши случаи

Во нашата секојдневна работа најчесто ја откриваме хиперцементозата на изолирани заби во забниот низ, заради нивно

прекумерно функционално оптоварување, Не беше мал бројот на хиперцементозата при екстракција на лекувани (депулпирани) заби, или пак кај оние кој заради пурулентен пулпит биле трепанирани, а потоа како такви останале неизлекувани (сл.1 и 2).



Сл. 1



Сл. 2

При овие хиперцементотични заби хиперплазијата на цементот ја среќаваме на поедини делови од забниот корен и тоа најчесто во долната третина, односно средната третина на забниот корен.



Сл. 3



Сл. 4

Во помал број на случаите се сретнавме со дифузно задебелување на целиот корен и тоа, најчесто беа фрактурирани заби, а потоа упатени до нас. Секогаш кога во анамнезата ќе добиевме податок за тешка екстракција или пак заостанат корен правевме рентгенографија за да ја исклучиме хиперцементозата. Во голем процент се откриваше истата, а потоа со претходната обработка на пациентот се вршеше оперативно отстранување на хиперцементотичниот заб. (Сл. 3 и 4)

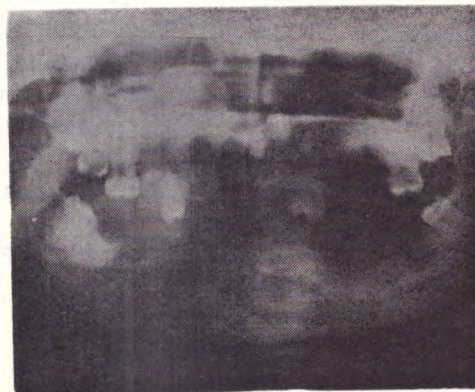
Најретка, а воедно и најтешка клиничка форма на хиперцементоза е генерализираната. Ние, во нашата практика се сретнавме со еден таков случај, кој го прикажуваме:

Пациентка Ј. З. , мат. бр. 143/77 год. упатена на нашата клиника под дијагноза: Radices relictæ 47, 45, 44, 37 и Dans imracta 38 dans. Во распитот дознавме дека при екстракција на горе набројаните заби (во една амбуланта во внатрешноста) доаѓало до фрактурирање на истиот. Притоа изјави дека при екстракцијата на долниот втор молар од десната страна, истиот неможел да излезе и покрај настојувањата на сите вработени лекари стоматолози. Интернацијата траела повеќе од два часа, заради што е упатена на нашата Клиника.

На направената ортопантомографска снимка се гледа генерализирана хиперцементоза на сите заби во обете вилицы, дури и на импактираниот долен лев умник. Пациентката беше третирана хируршки, а забите мораа со околната коска да се вадат во вид на мали блокчиња, оставајќи зад себе дефекти кои мораа да се оформуваат по пат на мукоепителиални режњеви, за да се искористи осифицирачкиот потенцијал на истиот. (Сл. 5 и 6).



Сл. 5



Сл. 6

Дискусија

Промените и оштетувањата кои доведуваат до хиперцементоза можат да бидат резултат на одделни калцификации

на периодонталните влакна во близина на нивните припојни места. Ги истакнуваме траумите и хроничните воспаленија во пределот на забите и вилиците како важен фактор, кои во подоцните фази предизвикуваат појава на хиперцементоза од најразличен степен. Секако дека освен етиолошките фактори, важна е возраста и полот на пациентот, што од своја страна условува појава на најразлични клинички форми на хиперцементоза, (случаи со зачувана ламина дура и сочуван периодонтален простор до нивно комплетно разурнување и надоместување со ново-создаден хиперпластичен цемент). Сметаме, дека создавањето на новиот забен цемент, оди на сметка на инфламаторната и трауматската деструкција на забната алвеола.

Случајот кој е изнесен како генерализирана хиперцементоза во литературата е опишан кај Morbus Paget (Osteitis deformans) и истиот претставува своевиден стоматохируршки проблем, заради можноста од оштетување на processus alveolaris, фрактури на вилиците, отварање на sinus maxillaris, haemorrhagic и др.

Диференцијално дијагностички треба да се мисли на cementom, odontom. Од тука, произлегува и важноста на диференцијално дијагностичкото значење на оваа клиничка слика, имајќи го предвид фактот дека генерализираната хиперцементоза во склоп на другите клинички симптоми е сигурен знак за многу општи заболувања.

Заклучок

Хиперцементозата е релативно честа клиничка појава во секојдневната стоматолошка практика, заради што е неопходно секој терапевт да ја има предвид во својата работа.

Екстракцијата на хиперцементотичните заби не смее да се потценува и истата претставува сложен зафат, што може, ако не се спроведе соодветно, да даде бројни компликации.

Врз основа на изнесените случаи, на мнение сме дека е потребно комплетно согледување и детален преглед на секој заб за екстракција, за да може правилно да се дијагностицира и да се има предвид прогнозата, обемот и карактерот на интервенцијата.

Summary

The author's aim is to point out the problem of hypercementosis in everyday dental practice, its diagnosis as well as the importance of its differential diagnosis. They review the possible aetiological factors in their own clinical material and through discussion enlighten the problem.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abrikosov, A. I: Osnovi specijalne patološke anatomije, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 1965.
2. Kostič, A: Stomatološka specijalna rendgenologija, »Svijetlost« Sarajevo, 1969.
3. Colby, A R; D A Ker; N B G Robinson: Color Atlas of Oral Patology, J B Lippincott Co., Philadelphia — Toronto, 1971.
4. Letica, Lj: Bolesti zuba, II deo, Medicinska knjiga, Beograd—Zagreb, 56.
5. Sokič, G; Đajić, D: Bolesti usta, Naučna knjiga, Beograd, 1971.
6. Wood, K. N; Goaz, P. W: Diferential diagnosis of oral lesions, The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1975.

ТРГОВСКА РАБОТНА ОРГАНИЗАЦИЈА
„РЕПЛЕК — МАКЕДОНИЈА“



С К О П Ј Е

УВОЗ — ИЗВОЗ

Прку своите специјализирани служби и одделенија врши снабдување на болници, медицински центри, аптеки и други здравствени работни организации, како и факултети и лаборатории и други наставно-научни установи со:

- готови лекови од домашно и странско потекло
- медицински, електромедицински апарати и инструменти
- дентални апарати, заботехничка опрема и инструменти
- хируршки инструментски апарати
- ветеринарни инструменти и препарати
- фармацевтски, лабораториски и фото-хемикалии
- увоз на медицинска опрема за трајни корисници

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за ортодонција

КОНГЕНИТАЛЕН НЕДОСТАТОК НА ЗАБИ ПРИ ТРИСОМИЈА 21

Т. Бојациев

*Извршено е испитување за да се оцени конгениталната отсу
тност на забите кај индивидуите со Трисомија 21.*

*Најдена е зголемена фреквенција на конгенитално отсутните
заби, што е условено од присуството на еден супернумеричен
аутосомален хромозом на положбата 21.*

*Заби кои најчесто се отсутни се: максиларни трети молари,
мандибуларни трети молари, максиларни латерални инцизиви,
мандибуларни втори премолари и максиларни втори пре
молари.*

Конгениталните манифестации кои покажуваат значајни промени во растот и развитокот можат да овозможат да се дојде до позначајни сознанија за конгениталното отсуство на забите.

Една од тие состојби е и Трисомија 21.

Spitzeri и Quillian¹⁰, го испитувале конгениталното отсуство на забите кај индивидуите со синдромот Трисомија 21 и сретнале конгенитално отсуство кај 13 од 19 индивидуи.

McMillan и Kashgarian⁶ при испитувањето на 174 моногеноидни индивидуи сретнале конгенитално отсуство на забите кај 61 случај.

Тие заклучиле дека се отсутни максиларните и мандибуларните инцизиви. Баркла¹ ја испитувал конгениталната отсутност на перманентните заби кај 468 деца со Трисомија 21 и истакнува дека се јавува само мала латерална и полова разлика на зачестеноста на конгениталната отсутност. Многу автори^{3,5,7,8,9}, истакнуваат дека конгениталната отсутност на забите е наследна појава. Rushton 1953—цит. Williams¹¹ сметаат дека ова е полно-преносна наследна појава. Мејртоа Erwin и Corcern 1959—цит. Birku², ги припишуваат изгубените трети молари, максиларните латерални инцизиви и вторите премолари на еден доминантен аутосомален хромозом со варјабилна проникливост.

Целта на овој труд е да се испита и процени степен на конгениталното отсуство на забите при синдромот Трисомија 21.

Материјал и метод

Извршено е испитување на 122 индивидуи со Трисомија 21 и 348 индивидуи кои ја сочинуваат контролната група.

При одредувањето на конгениталното отсуство на забите и во двете групи се употребени гипсени модели и панорамикс радиографи.

Посветено е големо внимание по грешка да не се вклучат екстрахирани заби како конгенитално отсутни заби.

Вкупниот број на конгенитално отсутните заби се прикажани во вид на проценти за секоја забна класа во испитаните групи.

Резултати

Конгениталниот недостаток на заби за секоја група е одреден во проценти. За секој од шеснаесетте вида на заби е најдено број на изгубени заби во однос на максималниот можен број на заби.

Процентот на конгенитално отсутните заби е прикажан на табела I.

Табела I

Опфатени перманентни заби	Процент на конгенитално отсуство на заби	Контрола група
	Трисомија 21	
Максиларни		
централен инцизив	2.2	0.0
латерален инцизив	19.4	1.3
канин	0.0	0.0
прв премолар	2.2	0.0
втор премолар	13.2	0.0
прв молар	0.0	0.0
втор молар	0.0	0.0
трет молар	48.0	1.5
Мандибуларни		
централен инцизив	2.2	0.0
латерален инцизив	2.2	0.0
канин	2.2	0.0
прв премолар	2.2	0.0
втор премолар	14.4	2.2
прв молар	0.0	0.0
втор молар	2.2	0.0
трет молар	47.4	3.2

Од табелата може да се види дека најчесто недостигаат максиларните и мандибуларните трети молари 48% и 47,4%, потоа максиларните латерални инцизиви 19,4% и максиларните и мандибуларните втори премолари. Во некои случаи мандибуларните латерални инцизиви се споени со канините како во млечна така и во перманентна дентиција. Бројот на конгениталниот недостаток на заби како и малформираниите заби во млечната дентиција е мал, во однос на перманентната дентиција.

Дискусија

За време на ова испитување е најдена зголемена инциденција на конгенитално отсуство на заби кај испитаните со Трисомија 21 и тоа на максиларните трети молари, мандибуларните трети молари, максиларните латерални инцизиви, мандибуларните втори премолари и максиларните втори премолари. Исто така кај овие испитанци времето на ерупцијата на млечните заби е задоцнета за 6 — 8 м. и 1,5 — 3 години за перманентните заби, во однос на испитаниците на контролната група.

Перманентните заби се развиваат од основните 4 или 5 центри на зачетокот и може да се смета, според мислењето на Fitzgerald³ дека секое отстапување е условено од преголемиот или премалиот развиток на еден од овие центри или пак може да се јави како недостаток на сраснување или несраснување на овие центри. Исто така се среќаваат извесни индикации и за влијанието на ефектот на полето во поглед на нивото на конгенитално изгубени заби. Во млечната дентиција многу ретко се среќаваат конгенитално изгубени заби Granden⁴. Но тоа не е чест случај при перманентните заби, особено на третите молари, латералните инцизиви и вторите премолари.

Обично најдисталниот член на групата заби е тој кој не достасува.

Заклучок

Испитувањето е направено со цел да се одреди присуството и степенот на конгениталното отсуство на заби при Трисомија 21 и контролната група. Испитувањето е извршено на 122 индивидуи со Трисомија 21 и 348 лица кои ја сочинуваат контролната група од исто расно, етничко географско потекло. Сигнификантните разлики меѓу групата со Трисомија 21 и контролната група се одредени со помош на факторијална анализа на варјансата. Наодите кои се сретнати и проценети статистички, субјективно водат кон извлекување на следниот заклучок:

1. Зголемена фреквенција на конгенитално изгубени перманентни заби.

2. Отсутни заби кои најчесто се сретнуваат се: максиларните трети моларни, мандибуларните трети молари, максиларните латерални инцизиви, мандибуларните втори премолари и максиларните втори премолари.

Summary

The investigation is made with the aim to determine the presence and degree of congenitally missing teeth caused by Trisomia 21 and control group.

Data is taken from 122 cases with Trisomia 21 and 348 children which form a control group of the same race ethnic and geographic origin.

The significant differences between the group with Trisomia 21 and the control group are determined by the variance factor analysis. Data of this investigation and the statistical procedure can lead to the following conclusion.

1. The frequency of missing permanent teeth decreases.
2. The most frequently missing teeth are the maxillary third molars, the mandibular third molars, the maxillary lateral incisors the mandibular second premolars and the maxillary second premolar.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barkla, S H: Eruption of the permanent teeth of mongols. *J. ment. Degis Res.* 9 : 62—70, 1965.
2. Birkby, W. H: An evaluation of race and sex identification from cranial measurements, *Am. J. Phys. Anthropol.* 24 : 21—27, 1966
3. Fitzgerald, R. Mechanisms Controlling Morphogenesis in Developing Teeth. Department of Anatomy, College of Basic Medical Sciences and College of Dentistry, University of Tennessee Medical Unitis, Memphis, Tennessee 38103, 1970.
4. Gagnen, H. and Granath, L. E: Numerical Variations in Primary Dentition and Their Correlation with the Permanent Dentition. *Odont. Rev.* 13 : 348—357, 1961.
5. Mc Kusick, V. A: Heritable Disorders of Connective Tissue. *St. Luiois*, 1956.
6. McMillan, R. S. and M. Kashgarian: Relation of Human Abnormalities of Structure and Function to Abnormalities of the Dentition II: Mongolism, *J. Amer. Dent. Ann.* 63 : 368—373, 1961
7. Marković, M: *Biološke principi ortodoncije*. Ortod. sekcija Srbije, Beograd, 1976
8. Nsel, J V and Schull, W. J: *Human Heredity*. Chicago, 1954
9. Osborne R H; Horowitz S L; Degeorge E V: Genetic variation in tooth dimensinons: a twin study of the permanet anterior teeth. *Amer. J. Hum. Genet.* 10, p 350—356, 1958
10. Spitzer, R. and Quilian, R. L: Observations on Congenital Anomalies in Teeth and Skullis in Two Types of Mental Defectives *Brit. J. Radiol.* 31 : 596—603, 1958
11. Wiliams, R: Effect of congenitally missing maxillary lateral incisors on human palatal complex (a vertical and anteroposterior cephalometric study (Master's Thesis, University of Pittsburg, School of Dental Medicine, 1965.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за ортодонција

НЕОПХОДНОСТА ОД СТОМАТОЛОШКО-МЕДИЦИНСКА СОРАБОТКА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ ВО РАНА ДЕТСКА И АДУЛТНА ВОЗРАСТ

Н. Горчулоска, Ј. Горгова

Стоматолошко-медицинската соработка претставува многу важен момент при лекувањето на пациенти во рана детска и адултна возраст.

Во овој труд се опишани повеќе аспекти на тимската работа и резултатите од истата. Се укажува на координација помеѓу сите специјалистички служби од областа на стоматологијата и медицината.

Во битието на човештвото основната грижа е подигање на млади, психофизички здрави генерации. Да се потсетиме на верувањето на едно старо индијанско племе, дека на новороденчето кое дише на нос му се претскажува здравје, долг живот и среќа; а на новороденче кое дише на уста му се претскажува краток живот, несреќа и смрт.

Денес, во чест на формирањето на уште две специјалистички стоматолошки секции, целта ни беше да ја нагласиме уште еднаш неопходноста од тимската соработка во лекувањето на децата и да се вклучиме во акцијата за здраво дете во Меѓународната година на детето.

Зголемувањето на бројот на специјалистичките служби налага потреба од потесна соработка помеѓу одделни специјалистички гранки. Од ортодонтски аспект во лекувањето на децата со малоклузии тимот го сочинуваат: ортодонт, лекар-медицинар, лекар-стоматолог, рентгенолог, психолог и логопед. (Таб. 1)

Табела 1. Основен тим при лекување на деца со малоклузија
Table 1. Principal team in treatment of children with malocclusion

лекар-медицинар		
лекар-стоматолог	ортодонт	психолог
рентгенолог		логопед

Потесна соработка помеѓу ортодонтот и останатите специјалисти е претставена на табела 2.

Табела 2. Тим од останатите специјалисти
Table 2. Team comprising other branches of specialities

гинеколог		максилофацијален хирург
микрopedијатар		ендодонт
психопедијатар		орален хирург
ортопед	ортодонт	педонтолог
хематолог		парадонтолог
ОРЛ спец.		протетичар

Бидејќи растежот и развитокот на детето почнува од моментот на концепција, во периодот на ембрионалниот развиток од посебна важност е соработката помеѓу ортодонтот и гинекологот. Соработката е насочена во давање на совети на идната мајка.

Во раниот постембрионален развиток кај децата родени со расцепи на усницата, тврдото и мекото непце, подеднакво е важен микрopedијатарот и ортодонтот. Нивниот правилен став ќе овозможи добар хируршки зафат на максилофацијален хирург или хирург-пластичар.

Ортодонтската терапија со McNeil-ова плоча се применува од десеттиот ден на постнаталниот живот. Исто така деца родени со конгинитални малформации, како на пример: *dysostosis cleidocranialis*, *scoliosis*, *torticolis* бараат тимска соработка.

При секој потежок стоматолошки зафат на деца заболени од церебрална парализа или епилепсија, неопходна е консултација со психопедијатар, за примена на анестетични средства или медикаментозна терапија.

Посебно тешко се одвива стоматолошкиот третман кај деца заболени од хемофилија. 80% од заболените лица со хемофилија А со отсуство на (АХФ) фактор VII; 15% имаат Christmas заболување или хемофилија Б, со отсуство на фактор IX. Мал број на пациенти се заболени од хемофилија Ц, со отсуство на фактор XI и хемофилија со отсуство на фактор VIII, позната како Von Willebrand заболување.

На територијата на СР Македонија спрема податоците од Заводот за хематологија и трансфузиологија во 1978 год. забележани се 80 случаи со хемофилија А, или класична хемофилија. Во Македонија на 30—40.000 жители се среќава 1 жител со хемофилија. Во Полска на 50.000 жители се среќава 1 со хемофилија, во Англија на 35—50.000 жители паѓа по 1 заболен, додека во Данска еден заболен од хемофилија доаѓа на 27.000 жители. Кај таквите пациенти покрај отежнатиот стоматолошки зафат и оралната хигиена е намалена. При болови од дентално потекло во консултација со хематолог индициран е ацетаминофен со кодеин, а контраиндициран е аспирин или алкохол.

Во нашата ортодонтска практика не е регистриран ни еден пациент со класична хемофилија, а со Von Willebrand имавме само едно момче кај кого беше применета и ортодонтска терапија под контрола на хематолог.

Со епилепсија регистрирани се две девојчиња кај кои беше применета хируршко-ортодонтска терапија, во консултација со психопедијатар. Од малигните заболувања 4% им припаѓаат на малигните заболувања на оралната шуплина и фарингосот.

Посебна соработка при ортодонтското лекување бараат пациентите со опструкција на дишните патишта. Отежнато дишење на нос го отежнува ортодонтското лекување, а се среќава и до 62%.

Податоците добиени од Клиниката за уво, нос и грло при Медицинскиот факултет во Скопје за последната година зборуваат дека е извршена хируршка интервенција на 544 деца со хипертрофија на тонзилите и третиот крајник. (Таб. 3)

Табела 3.

Возраст	до	5	6—8	9—10	11—13	до 24
м		102	144	47	39	30
Пол						
ж		58	102	37	44	41
Вкупно		160	246	84	83	71
				544		

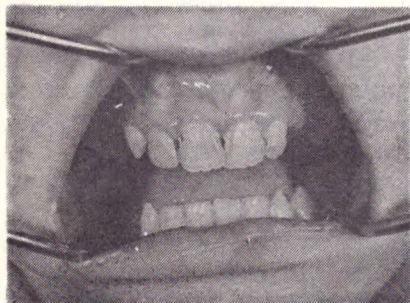
Јувенилниот реуматоиден артрит како хронично заболување го зафаќа темпоромандибуларниот зглоб. Нормалниот кондиларен развиток е важен за растежот на мандибулата, а патолошките промени во артикулацијата даваат промени во големината и формата на мандибулата и долната третина на лицето. Заболувањето има прогресивен карактер со зрелоста на пациентот и поечсто се среќава кај девојчињата во однос 3:1. Кај повеќето пациенти се спроведува хируршко-ортодонтски третман. Најчест ортодонтски проблем кој бара тимска соработка со стоматолошките специјалистички гранки е задоцнетата ерупција на перманентните заби: неправилен развиток и положба на фоликулот, импакција, траума, одонтом или циста.

Решавањето на дијастема медијана при постоење на јака инсерција на френулот бара претходно интервенција од орален хирург.

При конгениталното отсуство на перманентни заби во планот на ортодонтското лекување треба да учествува и протетичар.

Карнесот како проблем во стоматологијата е застапен скоро подеднакво кај ортодонтските пациенти во рана детска и адолтна возраст. Затоа соработката со педодонт и дентален па-

толог е од голем интерес за самиот пациент (сл. 1). Последните од кариесот и екстракциите во адултна возраст ја нарушуваат хармоничната оклузија на перманентните заби (сл. 2), во чија рехабилитација е неопходен и протетичар.



Сл. 1



Сл. 2

Заболувањата на пародонциумот (сл. 3) кај случаи со ортодонтска аномалија исто така бараат соработка со специјалист по болести на уста. Дентофацијалните асиметрии во адултна возраст се вбројуваат во групата на потешки аномалии. Пациентите без разлика на пол психички се оптоварени од изгледот на лицето и најпрвин бараат помош од ортодонт. Во лекувањето на таквите пациенти, терапијата е невозможна без соработка со останатите стоматолошки специјалности (сл. 4).



Сл. 3



Сл. 4

Дискусија и заклучок

Трудот е работен со цел на препорака во кој се нагласува неопходната соработка помеѓу ортодонт — како координатор — со одредени специјалистички стоматолошко-медицински гранки. Даден е осврт на некои потешки заболувања во раната детска возраст и адултна возраст на пациенти со малоклузии.

Неопходната тимска соработка е во согласност со начелото на Светската здравствена организација кое гласи: „Основното право на секој човек е да постигне здравје и да го сочува здравјето“.

Summary

The work was designed to be a suggestion, with a particular accent onto the necessity of collaboration between the orthodontist-coordinator and other particular specialities of the stomato-medical branches.

Some severe disorders in early childhood and adolescence in patients with malocclusions are reviewed.

Obligatory team collaboration is in accordance with the motto of The World Health organization, that is: The principal right of everybody is to be healthy and to maintain healthy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bame, L: Cephalo-facial growth patterns and the functional adaptation of the temporomandibular joint structures. *Trans. Eur. Orth. Soc.*, 1—19, 1969
2. Brandt, S: Surgical orthodontics. *J. Clin. Orth.* 6 : 192—202, 1972
3. Furstman, L. and Bernick, S: Clinical considerations of the periodontium. *Am. J. Orthod.* 61 : 138—155, 1972
4. Garber, T. M: Panoramic radiography in dentistry. *Can. Den. Assoc. J.* 31 : 158—173, 1965
5. Glattre, E. and Wiese H—: Inverse relationship between fluoride and cancer in mouth and throat. *Acta Odon. Scan.* 37 : 9—14, 1978
6. Grossman, C. R: Orthodontics and dentistry for the hemophilic patient. *Am. J. Orthod.* 68 : 391—403, 1975
7. Lainović, M: Stanje, problemi i perspektiva stomatološke službe u SFRJ. *Zbor. rad. IV Kongr. stom. Jug.*, 1976
8. Linder—Aronson, S: Adenoids: their effect on mode of breathing and nasal airflow and their relationship to characteristics of the facial skeleton and the dentition. *Acta Oto-laryng. (Suppl. 265)*, Uppsala, 1970
9. Marković, M: *Biološki principi ortodoncije OSS*, 1976, Beograd
10. Rosenstein, S. W: New concept in early orthopedic treatment of cleft lip and palate. *Am. J. Orthod.* 55 : 765—774, 1969
11. Rutrick, E. R: Multidisciplinary responsibilities in orthopedic occlusal rehabilitation. *Am. J. Orthod.* 64 : 491—498, 1973

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.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за болести на устата

Медицински факултет — Скопје
Институт за клиничка биохемија

**СЕРУМСКИ ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БАКАР,
ЗАВИСНО ОД КЛИНИЧКИОТ СТАДУМ НА ИНФЛАМАТОРНО-
ДЕСТРУКТИВНИТЕ ФОРМИ НА ПРОГРЕСИВНАТА
ПАРОДОНТОПАТИЈА**

М. Симоновски, Р. Хрисохо, Б. Лазаревска, М. Богданова,
В. Димитровски

Кај 41 пациент со клинички и рентгенолошки верифицирана прогресивна пародонтопатија и 10 здрави лица без промени на оралната мукозна мембрана и пародонциумот, одредувана е концентрацијата на бакар во крвната плазма по пат на атомска апсорциона спектрофотометрија. Испитувањата покажаа зголемена серумска вредност на концентрацијата на бакар кај пациентите со пародонтална болест, во компарација со контролната група, при што беше забележана умерена и постепенa прогресија во елевацијата на серумското ниво на бакарот во зависност од клиничкиот стадиум; најниска вредност беше нотирана во I-от клинички стадиум (118,95 $\gamma\%$) во вториот (126,75 $\gamma\%$), а во третиот клинички стадиум серумското ниво на бакарот покажа највисока вредност (145,25 $\gamma\%$)

Биолошката улога на микроелементите, а пред сè специфичното активирачко влијание на Су-от врз ферментативните системи кои ги катализираат оксидативните процеси во организмот, последните десетина години се апострофирани од страна на повеќе автори.^{1,2,4,5,6}

Беренштајн⁶, укажувајќи на неопходноста на Су-от во синтезата на оксидативните ферменти, подвргнувајќи животни на исхрана со ниска содржина на бакар, по експериментален пат докажа дека постои изразен строг паралелизам меѓу дефицитот на Су и редуцираната активност на ферментите кои му припаѓаат на цитохроменцимскиот систем.

Вајнар⁴, следејќи ја биолошката роља на микроелементите во организмот на животните и човекот, дошол до констата-

ција дека намалената содржина на Cu, Fe и Mn води до инхибирање на процесот на размена на материи.

Бабенко¹ информира дека изразениот ткивен дефицит на високоактивните микроелементи: Cu, Fe и Mn резултира во редуцирана активност на оксидо-репараторните ферменти, чија директна консеквенца е нарушениот енергетски клеточен баланс и нарушена синтеза на нуклеинските киселини.

Dzeosti и Hurley¹⁰ проучувајќи ја активноста на thymidine kinasa при експериментално предизвикан Zn дефицит, констатираше дека намалената активност на thymidine kinasa, како придружен феномен на цинк дефицит може барем делимично да произлегува од апсолутниот или релативен дисбаланс на интраклеточниот Cu.

Buich и sor⁷ потенцирајќи ја улогата на lysyl oxidasa-та (Симеталофермент) кој своите ефекти во однос на колагенот ги остварува преку ковалентна cross-link формација, истакнуваат дека одредени алтернации во метаболизмот на колагенот се асоцирани со елевираното серумско ниво на Cu-от.

Респектирајќи ги наодите на претходно споменатите автори и сознанијата на бројни пародонтолози^{12,18} дека при прогресивната пародонтопатија во гингивалното ткиво доаѓа до длабоки метаболни измени односно до снижен интензитет на ткивното дишење, асоцирани со изменетата активност на различни ферментативни системи како и сè понагласуваното екстензивно губење на содржината на колагенот во гингивалното ткиво, асоцирани со клиничката прогресија на пародонталната болест^{3,20,15,8,17,11} ја формираме целта на трудот, која се состои во проследување на серумските вредности на концентрацијата на Cu-от, во корелација со клиничкиот развој на болеста.

Материјал и метод на работа

Испитувањата беа спроведени кај 41 пациент со клинички и рентгенолошки верифицирана прогресивна пародонтопатија од различен клинички стадиум и 10 здрави лица без промени на оралната мукозна мембрана и пародонцијумот.

Крвта беше добивана по пат на венепункција од кубиталната вена, а концентрацијата на серумскиот Cu е одредувана преку атомска апсорпциона спектрофотометрија по методот на Olson и Hamlin, користејќи атомски апсорбер FMD-3 на фирмата Opton, при бранова должина — 324,7 nm.

Резултати

Резултатите од нашите испитувања ги презентираме преку следниот табеларен приказ:

Табела 1

Концентрација на Си во плазма кај пациенти со прогресивна пародонтопатија и здрави лица
 Concentration of copper by patients with parodontopathia progressiva and healthy persons in plasma

Контролна група $\gamma\%$	Б а к а р		
	прогр. пародонтопатија $\gamma\%$		
	I кл. ст.	II кл. ст.	III кл. ст.
118,6	118,95	126,75	145,25

Од табеларниот приказ може јасно да се забележи дека концентрацијата на бакарот во плазмата на пациенти со прогресивна пародонтопатија покажува малку повисоки вредности во однос на контролната група, а што е многу значајно умерената и постепена прогресија во елевацијата на серумското ниво на Си — от е во директна зависност од клиничкиот стадиум на болеста.

Дискусија

Проучувањето на размената на макроелементите при различни патолошки состојби на организмот претставува нов квалитет во клиничката биохемија на голем број иследувачи.

Бабенко² во врска со размената на микроелементите во организмот при ендартериозата, информира дека динамиката на квантитативната содржина на Си-от во крвната плазма не зависи од формата туку од развојната фаза на заболувањето, истиот автор констатира дека елевацијата на серумското ниво на Си-от е директно асоцирано со клиничкиот стадиум, така што највисоко серумско ниво забележува во третиот стадиум на ендаартериозата, а покаченото ниво го толкува како заштитна реакција на организмот во корекцијата на хиперсекрецијата на адреналин.

Freeland и сор.¹⁹ испитувајќи ја динамиката на минералопшиот статус и неговата содржина при пародонталната болест, констатирале дека постои линеарна релација на серумското ниво на Си-от периодонаталниот индекс (Pi).

Резултатите од нашите испитувања покажаа дека истите се во согласност со наодите на предходно споменатите автори; тие одат во прилог на постепена елевација на серумското ниво на Си-от во корелација со развојната фаза на болеста, така што умерената прогресија го постигнува својот максимум во третиот клинички стадиум на прогресивната пародонтопатија.

Покаченото серумско ниво на Си-от во корелација со клиничкиот стадиум на парадонталната болест, го голкуваме со констатацијата дадена од страна на Gubler и сор.⁹, кои испитувајќи го метаболизмот на бакарот и факторите кои имаат влијание

врс серумското ниво на истиот експериментално докажуваат дека елевирањето на серумското ниво на Се-от е резултат на различни стрес состојби на организмот вклучуваќи ја и инфламацијата, односно со дејството на леукоцитниот ендоген медијатор LEM, кој игра улога на т. н. Feedback сигнал во мобилизацијата на хепоталниот Си и тоа примарно церулоплазмин.¹⁹ Кон ова толкување може да се земе предвид и евентуално неспроведеното трансверирање на покачениот серумски Си во ткивата на пародонталниот комплекс.

Констатираната аналогија во прогресијата на предностите на серумското ниво на Си-от при пародонталната болест со истите констатирани и додадени од страна на Бабенко² во однос на ендартериозата, ни даваат за право да ја формираме нашата констатација за етио-патогенетскиот придонес на системните влијанија во појавата и прогресијата на пародонталната болест. Во прилог на ваквите размислувања ја изнесуваме и констатацијата на Рибак¹⁶ кој васкуларната патологија ја прифаќа како примарен и основен процес во патологијата на пародонталната болест, акцентирајќи го фактот дека нарушената микроциркулација доведува до хипоксија и последична дистрофија, која го инхибира клеточниот имунитет и ја провоцира деструкцијата на пародонталните ткива.

Заклучок

1. Кај 41 пациент со прогресивна пародонтопатија и 10 здрави лица без промени во оралната лигавица и пародонциумот е одредувано серумското ниво на Си-от.
2. Испитувањата покажаа дека постои постепена алевација на серумските вредности на концентрацијата на Си во корелација со клиничкиот стадиум на пародонталната болест.
3. Констатираните наоди одат во прилог на етио-патогенетскиот придонес на системните влијанија во појавата и прогресијата на пародонталната болест.

Summary

The concentration of copper in plasma in 41 patients suffering from parodontopathia progressiva and 10 healthy persons without any changes on oral mucose and parodontium was explored.

The level of concentration of copper in plasma in patients with parodontopathia progressiva was higher than in the control group.

Serum level of copper was directly related to the clinical stage.

The stated findings contribute with the aethiopathogenic involvement of sistemic influences in the onset and the progression of periodontal disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабенко А. Г.: Микроэлементы в медицине, Киев, 5, 1974
2. Бабенко А. Г.: Микроэлементы в экспериментальной и клинической медицине, Киев, 134, 1965
3. Bhaskar S. N., Grower M. F. & Cutright D. E.: »Gingival healing after hand and ultrasonic scaling«. Biochemica and histological analysis. Journal of Periodontology 43, 31—34, 1972
4. Войнар А. О.: Биологическая роль микроэлементов в организме животных и человека М. 1953
5. Берзинь Я. М.: Микроэлементы в сельском хозяйстве и медицине. Рига, 511, 1952
6. Беренштейн Ф. Я.: Микроэлементы и их Биологическая роль и значение для животноводства, Минск, 1958
7. Burch R. E., K. J. Hahn and J. F. Sullivan: »Newer aspects of the roles of zinc, manganese and copper in human nutrition«. Clin. Chem. 21 : 501, 1975
8. Golub L. M., J. Stakiw and D. Singer: »Collagenolytic activity of human gingival crevice fluid«. J. Dental Res. 53 : 1501, 1974
9. Gubler C. J., M. E. Hahey, G. E. Cartwright and M. M. Winthrop: »Studies on copper metabolism. X. Factors influencing the plasma copper level on the albino rat«. Am. J. Physiol., 171 : 652, 1958
10. Dreosti T. E., Hirley L. S.: »Depressed thymidine kinase activity in zinc-deficient rat embryos«. Proceeding of the Society for Experimental Biology and Medicine 150(1) 161—165, 1975
11. Никүленкова С. Т.: Особенности объема коллагена у больных с патологией пародонта. Стоматология М. 54, 3 : , 1975
12. Новик И. О.: Пародонтоз. Киев, 1964
13. Olson D. A., W. B. Hamlin: »Serum copper and zinc by atomic absorption spectrophotometry«. Atom. Absorp. Newsletter, vol. 7, No 4, 1968
14. Pekarek R. S., R. W. Wannemacher, Jr. and W. Beisel: »The effect of leucocytic endogenous mediator (LEM) on the tissue distribution of zinc and iron«. Proc. Exptl. Biol. Med. 240 : 685, 1972
15. Page R. C. & Schroeder N. E.: »Biochemical aspects of the connective tissue alterations in inflammatory gingival and periodontal disease«. International Dental Journal 23, 455—469, 1973
16. Рыбаков А. И.: „Основные аспекты проблемы и пародонтоза“. Стоматология М., 54, 3 : 18, 1976
17. Robertson P., and H. Fullner: »Collagenolytic activity in periodontal disease«. Alabama J. Med. Sci. 10 : 115, 1973
18. Сомова К. Т.: „Изучение напряжения кислотода в десне у больных хроническими гингивитами“ Афтореф. дисс. канд. М., 1971
19. Freeland H. J., R. J. Cousins and R. Schwartz: »Relationship of mineral status and intake to periodontal disease«. Am. Journal of Clinical Nutrition 29 : 745—749, 1976
20. Hara K., Takahashi T., Hohara H. & Kobayashi S.: »A correlation between microscopic numerical evaluation, clinical scoring and total collagen content in inflamed gingivae«. J. of Periodontol. 46, 459—464, 1975

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за мобилна стоматолошка
протетика

ЕЛАСТОМЕРИ И НИВНАТА ПРИМЕНА ВО ПРОТЕТИКАТА

— втор дел —

М. Фиљански, И. Богдановски, К. Дејановски, Д. Велески

Во литературата опишани се повеќе начини и можности за отпечатување со гумозните отпечатливи маси — еластомери. Тие имаат извесни предности и недостатоци. Анализирајќи ги истите, авторите укажуваат на најдобрите методи за нивната употреба.

Протетското згрижување на болниот бара точно изработен надоместок, истиот да биде што поадекватно вклопен во функцијата на орофацијалниот систем.

Од сознанието дека секој фабрички препарат за отпечатување, како и тие од групата еластомери, имаат свои карактеристични особини, различни од другите препарати во истата група, произлегува дека и начинот на работа за секој поединечно е инаков. Заради тоа неопходно е потребно да се знаат и строго да се забележуваат вредностите дадени во упатствата на производителот.

Примената на еластомерните маси за отпечатување во клиничката протетика е сè поширока и сè почеста. Со нив може успешно да се направат сите видови отпечатоци, како во мобилната, така и во фиксната протетика.

Најчести грешки кои ги правиме, при работа со еластомерни материјали, во било која фаза на отпечатување, ќе ги прикажеме низ модифицираната табела по PHILLIPS³.

Грешка	Причина
1. Нерамна површина на отпечатокот	а. Некомлептно врзување на еластомерот поради: — предвремено вадење од уста, — несоодветен однос катализатор – база, — присуство на органски материи на забите.

- б. Многу брза полимерација како резултат на висока влажност или температура.
- 2. Меурчиња на отпечатокот
 - а. Пребрза полимерација
 - б. Инкорпориран воздух при приготвување-то или нанесувањето на еластомерот.
- 3. Деформација на отпечатокот
 - а. Отсуство на адхезија на еластомерот и лажицата.
 - б. Ако лажицата не е доволно цврста.
 - в. Не е почитувано работното време на еластомерот.
 - г. Поместување на лажицата во време на отпечатување.
 - д. Предвремено вадење на отпечаток од уста.
 - ѓ. Дебел слој на отпечатлива маса.
 - е. Неправилно вадење на отпечаток.
 - ж. Нехемогено замешување на еластомерот.
- 4. Порозност на површината на гипсениот модел
 - а. Недоволно чистење на отпечатокот.
 - б. Премногу вода на површината на отпечатокот.
 - в. Предвремено вадење на отпечатокот од уста.
 - г. Неправилна подготовка и работа со гипсот.

Затоа, согледувајќи ги можностите за правење на грешки, сметаме дека е потребно до најмали подробности да се запознаеме со начинот на работа со еластомерите.

Методи на работа со еластомери

За отпечатување со еластомери ни стојат на располагање еднофазни или двофазни методи, при што истите можат да се обавуваат на разни начини.

Прецизен анатомски отпечаток се зема со еластомер во специјална бимаксиларна лажица по методот на Ivo Tray¹.

Функционалниот отпечаток со еластомери треба да се зема секогаш во индивидуална лажица со меѓу простор, а вентилниот раб најправилно се формира фракционо — со еластомери за таа намена. Единствено така се обезбедува dostatна и еднаква дебелина на масата за отпечатување, што придонесува за поголема волуменска стабилност на отпечатокот.

Еднофазно отпечатување

Еднофазен отпечаток од еден заб може да се земе со бакарен прстен и мек еластомер, но со претходно извршена ретракција на гингивата. Прстенот се подготвува по сите принципи

за напасување во гингивалниот дел и се обезбедува хемиска ахезија или механичка ретенција на еластомерот со прстенот. Отпечатокот преку прстенот и од соседните заби се зема со тврд еластомер. Овој начин на отпечатување дава исклучително добри резултати, но е напорен и долготраен. Денес постојат поприфатливи и временски покүси методи, кои исто така даваат добри резултати (опишани подолу).

Еднофазното отпечатување со еластомери е подеднакво користено во мобилната и ефикасната протетика. Еден од првите методи се изведува така што подготвениот потврд еластомер се става во лажицата, а преку него се наносува помекиот еластомер и потоа отпечатуваме. Работејќи на ваков начин често добиваме неточен и неупотреблив отпечаток. Причина за тоа е, што еластомерот не невлегол во сите подминирани места, односно сме заклопиле воздух или вода меѓу еластомерот и лигавицата. Сето тоа остава дефекти на отпечатокот.

Ако потврдиот еластомер го ставиме во лажица, а помекиот го аплицираме со помош на шприц, директно на подминирани места и деловите од кои ни се потребни многу прецизни поединости, ќе ги елиминираме погоре споменатите грешки. Отпечатувајќи на овој начин добивме најпрецизен отпечаток со сите поединости во устата. Тоа е и услов за добри биолошки и функционални резултати на мобилниот или фиксниот надоместок.

Двофазно отпечатување

Многу често во клиничката практика се употребува методот на двофазно отпечатување. Во првата фаза отпечаток се зема со потврд еластомер и конфекциска лажица. По неговото стврднување се вади од уста, се мие, се суши и се опсекува масата во пределот на интерденталните папили. Вака подготвениот отпечаток ја има улогата на индивидуална лажица. Над него се наносува помек еластомер, потоа отпечатокот се враќа во уста и се врши второто отпечатување. При изработка на фиксни конструкции, првиот отпечаток се зема преку аплицираното средство за ретракција на гингивата.

Кај методот на двофазно отпечатување во фиксната и мобилната протетика, можат да се појават истите грешки опишани во првиот начин на еднофазното отпечатување. Примената на шприцот за аплицирање на помекиот еластомер ги отстранува таквите грешки, но и покрај тоа ваквиот отпечаток не дава најдобра прецизност. Причината за тоа е присутноста на „феноменот на чеп“. Првиот отпечаток кој сега служи како индивидуална лажица, е еластичен и под дејство на притисокот, при второто отпечатување настанува негова деформација и згуснување. По ослободување од силата на притисокот, тој се враќа во првичната положба — „експандира“ и во извесна мера го деформира отпечатокот. Од тие причини корекција на отпечатокот е оправдана само при минимални недостатоци и тогаш

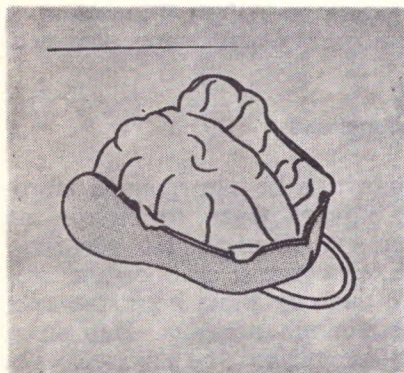
треба да се отстрани што е можно поголем дел од масата на првиот отпечаток на местото што го корегираме, додека при поголеми дефекти подобро е тој да се повтори.

Надворешните сили на деформациите што отпечатокот ги трпи при неговото вадење и повторно ставање во устата, ја зголемуваат внатрешната напнатост, со што се намалува прецизноста на отпечатокот.

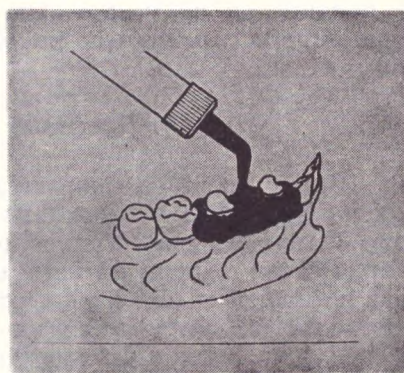
Техника на отпечатување

Пред да почнеме со работа, потребно е устата пациентот добро да ја измие, со што би се отстраниле наслагите на лигавицата и забите. При подготовка на еластомерот строго се држиме кон упатството на производителот, каде се дадени точното дозирање на основата и катализаторот, како и правилното време на замесувањето.

Внесувањето на еластомерот во устата го вршиме со помош на конфекциски или индивидуални лажици, доволно цврсти да го заштитат отпечатокот од деформации. Помекиот еластомер правилно се внесува со помош на шприц на самото место на отпечатување. (Сл. 1—4)*



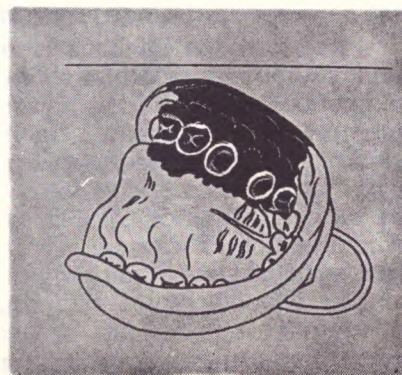
Сл. 1



Сл. 2



Сл. 3



Сл. 4

*) Сликите се користени од проспект на фирмата BAYR

Атхезијата на еластомерот со лажицата може да се направи на два начина. Поправилно е да се постигнува по хемиски пат со атхезиви, а истата може да се подобри со механичкиот метод. Атхезив за полисулфидите е бугилгумозен цемент, а за силиконите може да содржи некој реактивен силикон — сличен на етил силиконот. Атхезијата ја подобрува волуменската стабилност на отпечатокот, зашто нефиксираниот отпечаток има поголема контракција и полесно се деформира при вадење од уста².

Дебелината на отпечатокот делува на прецизноста на истиот. Подебел отпечаток — поизразена контракција, додека многу тенок слој на отпечалива маса — многу лесно се деформира под дејство на силите на деформација. Според SCHNELL P. J. дебелината на масата треба да се движи во границите од 2—4 мм и да е насекаде еднаква⁶. Ова најдобро го обезбедува индивидуалната лажица со меѓу простор.

При отпечатување со силикони, притисокот кај еднофазниот или при корекциониот отпечаток со мек еластомер треба да трае десет секунди. Ова е dostatно да се отпечати коскениот фундамент, а потоа притисокот мора да престане и отпечатокот се придржува до неговото стврднување. Слично се работи и со полисулфидите. За разлика од нив, кај полиетерите поради кучото време на врзување, при ставање во уста се врши еднократно притиснување, потоа лажицата само се придржува.

Сите движења што се прават при оформувањето на отпечатокот треба да се прават во сообразност со работното време на еластомерот — кај силикони и полисулфиди 2—4 мин., кај полиетери околу 2 мин.³. Секакви движења кои се прават надвор од работното време, го деформираат отпечатокот. На отпечатокот во устата се контролира стврднувањето за да не направиме грешка со неговото предвремено вадење. Кај полисулфидите и силиконските отпечатоци треба да настојваме тие да останат во устата што подолго, за да се постигне што понапредната полимеризација на еластомерната маса. Полиетерниот отпечаток мора да се извади на време, затоа што по стврднувањето има голема тврдина².

Еластомерниот отпечаток полесно поднесува сили на деформација — кои траат покучо и посилено, отколку послаби сили — кои делуваат подолго време. Затоа отпечатокот од устата се вади наеднаш и целосно, при што дејството на силата треба да биде во правец на аксијалната осовина на забите.

Еластомерниот отпечаток не смее да се става во вода за разлика од хидроколоидите.

За излевање на работен модел треба да се причека 10—20 мин., за да може започнатата полимеризација да се приведе кон крај, со што отпечатокот добива во цврстина³. Најдобро е работниот модел да се направи во првиот час од земањето на отпечатокот, затоа што волуменските промени на еластомерите се поизразени — колку што е подолго времето од вадењето на отпечатокот до неговото излевање. Ова особено се однесува

на силиконските отпечатоци, кои својата максимална контракција ја достигнуваат за подолго време, за разлика од полисулфидните и полиетерните отпечатоци, кои ја достигнуваат најрано. Може да се направат и два работни модели — кои по точност ќе бидат многу блиски, но под услов и двата да се излеат во првиот час од земањето на отпечатокот. Работните модели ќе бидат многу поточни, ако се прават по пат на галванопластика⁵.

Дискусија

За да се добие добар отпечаток со еластомери потребно е добро познавање на особините на истите и совладана техника на отпечатување, како би можеле да го зачуваме нивното работно време. Покрај точноста во работата, тоа е пресудно за прецизноста на отпечатокот.

Не смее да се употребува отпечатување со еластомер во загриз, заради различната дебелина на неговите сидови, а пред сè да се избегне неконтролираната волуменска контракција на слободниот отпечаток⁴.

Користење на термопластична маса во првата фаза и еластомер при повторното отпечатување е неправилно. Помеѓу нив нема поврзување и при вадење на отпечатокот, често доаѓа до одлепување и деформација на еластомерот. Таквиот отпечаток е неупотреблив.

Од сите погоре опишани методи за отпечатување со еластомери — најдобар е еднофазниот метод, кој помекиот еластомер го аплицира со помош на шприц директно на местото за отпечатување. Неговата предност е во тоа, што аплицирајќи со шприц, се овозможува навлегување на масата во сите поткопанни места и се елиминираат грешките, кои се резултат на затворање на воздух или вода помеѓу еластомерот и лигавицата.

Заклучок

Протетскиот надоместок ќе даде добри биолошки и функционални резултати само тогаш, кога ќе имаме прецизен отпечаток од фундаментот и точно изработен работен модел што зависи од особините на еластомерот, но исто така и од самиот метод на отпечатување.

За правилна употреба на еластомерите, неопходно е потребно строго да се придржуваме кон упатството од производителот за секој еден препарат, засновано на хемиските и физичките особини на еластомерот.

Работејќи по методот на еднофазно, отпечатување со помош на шприц, максимално ќе ја избегнеме можноста за настапување на грешки при отпечатувањето, а со тоа и неточни работни модели, што се одразува во прецизноста на протетскиот надоместок.

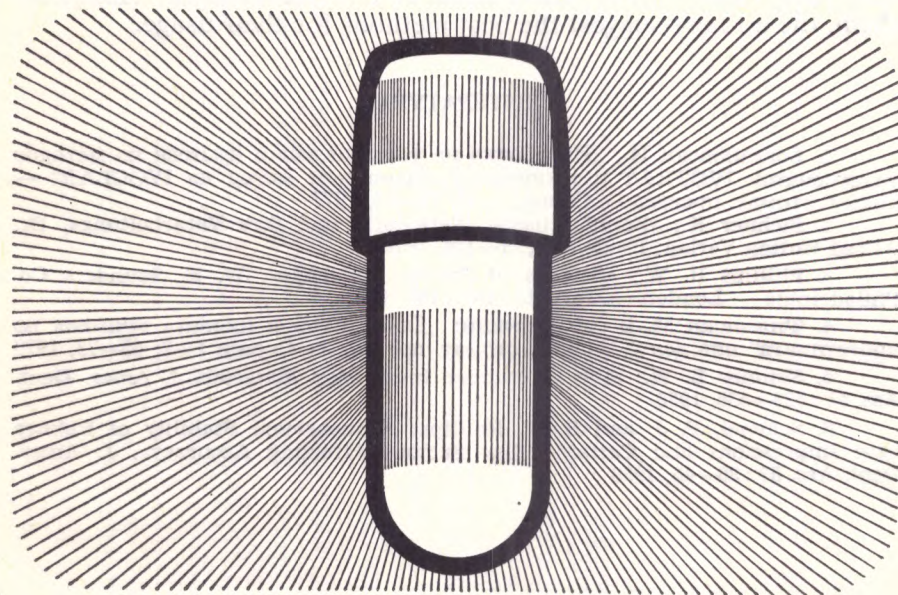
Summary

Literary data show to many ways and possibilities of impression taking using rubber — gum impression materials — elastomers. They have certain advantages and disadvantages. Analyzing them, the authors suggest the best methods for their usage.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богдановски И.: „Изработка на тотални забни протези по методот на отпечаток IVOTRAY и техничко-технолошкиот метод на IVOCCLAR“ — Макед. стомат. преглед — Скопје 1—2; 59—65, 1977
2. Eichner K.: »Zahnärztliche Werkstoffe und ihre Verarbeitung«, Dr. Alfred Huting Verlag; Heidelberg: 1—156, 1973
3. Phillips R. W.: »Science of Dental Materials«, W. B. Saunders Co. Philadelphia — London — Toronto: 136—156, 1973
4. Фиљански М. и соработници: „Еластомери и нивната примена во протетиката“ прв дел — Макед. стомат. преглед — Скопје 1—2; 65—73, 1979
5. Skinner E. W.: »Use of Rubber Impression Materials J. Amer. Dent. Ass. 51 : 523—535, 1955
6. Schenel, P. J. and R. W. Phillips: »Dimensional Stability of Rubber base Impressions and Certain other Factors Affecting Accuracy«. J. Amer. Dent. Ass. 57 : 39—48, 1958

СОВРЕМЕНО ПОЛНЕЊЕ СО КАПСУЛАРНИ МАТЕРИЈАЛИ



AMALCAP

Degussa, специјална смеса во нормално и фино зрно

AMALCAP — NON — GAMMA — 2

Нов вид на амалгам со многу убаво затворање на рабовите

SILICAP

Силикатен цемент за естетски пломби на предните заби

ISOCAP

Материјал за пломби на основа Isosit

REOCAP - E - ECONOMIC

Алкален цемент за подлоги и за покривање на пулпа

REOCAP — TEMP

Калциумов хидроксилан цемент за времено цементирање

PHOSPHACAP

Фосфатен цемент за цементирање на дефинитивни протетски изработки



LEK

TOVARNA
FARMACEVTSKIH
IN KEMIČNIH
IZDELKOV
LJUBLJANA

TOZD DREN
U SARADNJI SA
IVOCLAR/VIVADENT,
SCHAAN, LIECHTENSTEIN.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за мобилна и фиксна
протетика

КОРИСТЕЊЕ НА ИМЕДИЈАТНИ ПРОТЕЗНИ РЕШЕНИЈА ОД ФИКСЕН КАРАКТЕР ВО ПРЕДЕЛОТ НА ФРОНТОТ

И. Богдановиски, Е. Петкова, Е. Мирчев, М. Фиљански

Се опишува еден од случаите на изработка на имедијатна фиксна протеза во пределот на фронталната регија, притоа се истакнуваат предностите и тешкотиите во изработката на вакви, а се почесто индицирани случаи на забно протезирање.

Централната регија од естетски аспект побудува посебно внимание, како кај терапевтот така уште повеќе кај пациентот. Пациентите секогаш бараат адекватна, брза и непосредна терапија која што е посебно индицирана кај луѓе чија што професија е од општествен или јавен карактер.

Во литературата се опишани повеќе начини и можности на имедијатно протезирање кај мобилни забнопротетски изработки (Сувин⁸, Брановачки³, Бабик², Ковач⁴, Тот¹¹, и др.), меѓутоа освен некои спорадични литературни и теоретски решенија, ретко се пристапува кон фиксни решенија од причини што на нас ни се познати.

Имедијатното протетизирање со мобилни протези покрај едноставноста во третманот секогаш овозможува брза и ефикасна корекција и репарација.

Кај фиксните забно-протетски изработки корекцијата или репарацијата е тешка, а може да се каже и невозможна.

Процесот на ресорпција и зараснувањето на раните секогаш е проследен во првата фаза со пролиферација и организација на ткаењата, а во втората фаза доаѓа до ретракција како резултат на созревање — стареење на сврзочното ткаење (Абриксов¹). Оваа појава со себе ги носи и наметнува проблемите од имедијатно протетизирање како и последиците од превентивно, функционално, естетско и хигиенско значење, а од аспект на психичкиот мир на пациентот, физиономијата, убавината, впечаток на здравје, па дури и кокетноста како што истакнува Палчик⁷.

Меѓутоа, надоместокот обезбедува и психолошка сигурност на свои сопствени заби, несигурност и апатија кон плочестата забна протеза (Ковач⁴). Фиксниот надоместок придонесува во создавањето на услови за една социјална и здрава личност (Содеј¹⁰), а едновременно имајќи ги предвид и сите аспекти на здравјето како дефиниција од Светската здравствена организација.

И покрај тешкотиите што се наметнуваат во протетската рехабилитација со фиксни протези, а воедно водијќи сметка за индицираноста на ваков вид изработка, се одлучивме на изработка на мост во пределот на фронталната регија 1 хх 3.

Елементите што индикативно ни се наметнуваат во одлучувањето за овој вид терапија беа:

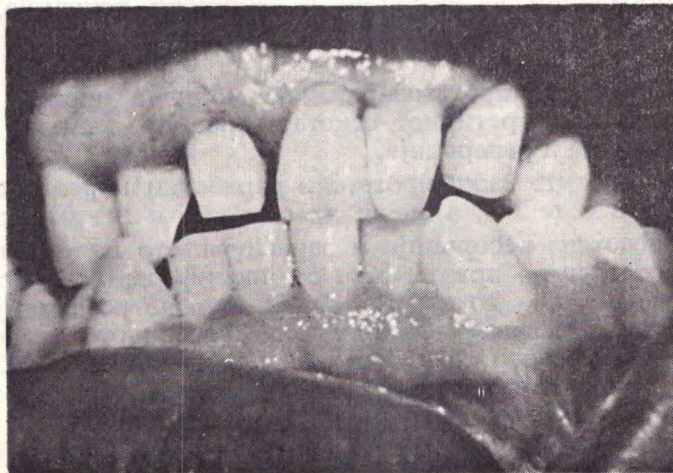
— Пациентот професионално не може да биде без заби, а посебно во пределот на фронталната естетска регија.

— Централниот инцизив беше толку пародонтопатично трауматизиран што неговата ретенција беше само на апексот со гранулационо ткаење на периодонталниот апарат, со силно изразена респортивна атрофија на коскениот алвеоларен дел како резултат на биомеханичко преоптоварување (Петровиќ^{7-а}).

Силно изразена ротација на латералниот инцизив што не можеше да се вклопи во замислата на нашата терапија кадешто по рентген анализата се одлучивме на екстракција од протетско и индикативен момент.

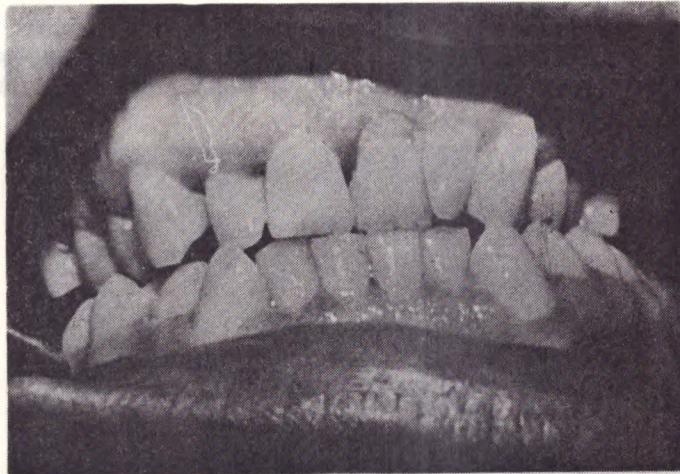
Метод на работа

Откако извршивме анализа, рентгенолошки снимача и изработка на студио модели пристапивме кон препарација на 1 и 3 заб по сите методи на *lege-artis*, водејќи сметка и за најситниот детал во терапијата да не би дошло до некои несакани превидувања. (Сл. 1)



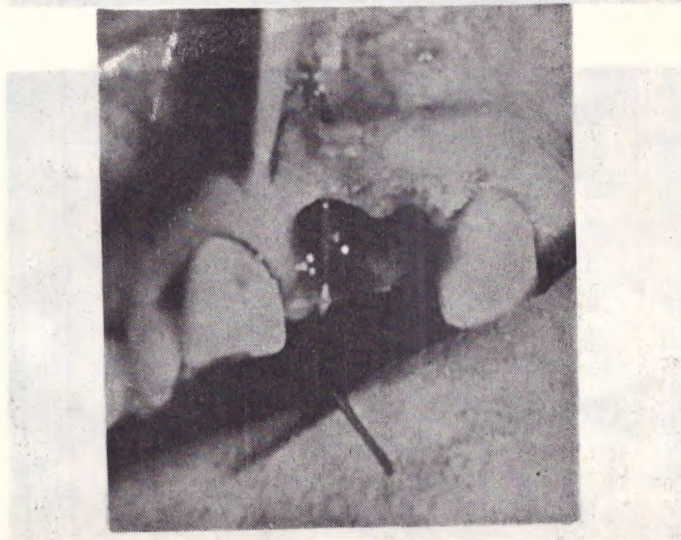
Сл. 1

По апликацијата на Raceseptin конец во физиолошкиот сулкус, зедовме отпечаток со OPTOSIL и син Xantopren во лажица, отпечаток од антагонистите како и восочен загриз. Со препарација на забите за едноделни леани фасетирани коронки се одзема голем дел од тврдата забна супстанца и на тој начин сме создале артифициелна дентинска рана (Мирчев⁶) затоа ставивме заштитни поликарбонат коронки што имаат превентивна, функционална и естетска улога (Сл 2). По излевањето на моделот, ана-



Сл. 2

лизата во устата, анализата на рентген снимките ги искршивме и 1 и 2 заб и врз основа на објективната клиничка ситуација извршивме симулација на постекстрациона рана. При ова, посеб-



Сл. 3

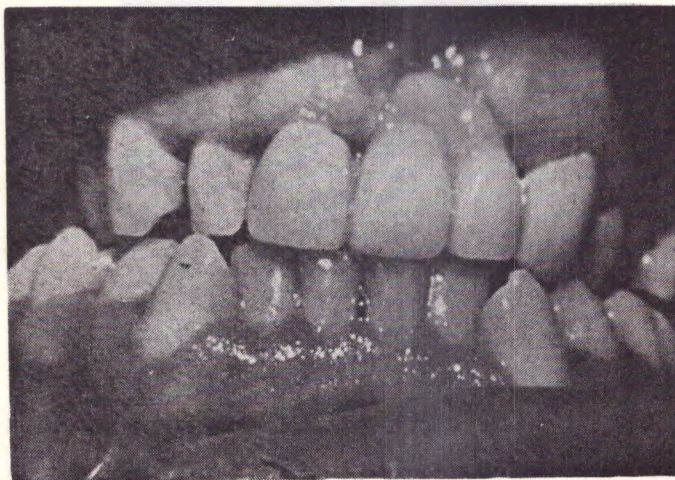
но внимание обрнавме на централниот инцизив, бидејќи вестибуларната ламела на алвеолата биомеханички аспект, како и од предвремен контакт (Сувин, Косовел⁹) беше потполно ресорбирана, кое што довело при орална инклинација на разнишаниот заб во пределот на апексот да имаме пробивање на коренот во вестибулумот, кое што се забележува при клиничка инспекција.

При моделирањето на мостот во артикулатор со средна вредност се водеше сметка да се елиминираат сите можности од предвремен контакт.

По излевањето, обработката и полирањето, мостот се фасетираше со PIROPLAST. Во амбуланта ги извадивме заштитните коронки и под анестезија извршивме екстракција на 1 и 2 заб. (Сл. 3).



Сл. 4



Сл. 5

Извршивме проба на мостот и корекција на естетскиот дел од фасетите, а потоа времено цементирање со паста ZnO вазелин за акомодација на мостот, а едновремено заштита на пост-екстракционата рана и овозможување нејзина правилна организација и затворање.

По две контроли на периоди од седум и четириесет дена со минимални корекции, мостот го цементиравме (сл. 4 и 5).

Дискусија

Имедијатното решение кое го избравме во овој случај покажува извесни предности што не смеат да се пренебрегнат и некои неповолни моменти што во заедничка акција и координација со пациентот можат да се отстранат или намалат.

Предноста на оваа изработка се гледа во тоа, пред сè, што пациентот ниту во еден момент не остана без заби, а со тоа ги избегна сите консекүтивни последици како резултат на губиток на забите или изработка на плочести подвижни протези.

Естетското решение со PIROPLAST ни дава можност за корекција во сферата на естетиката, како резултат на затворање на раната и повлекување на гингивата.

Во нашиот случај мораше да се изврши и вестибуларна корекција со розов PIROPLAST и мостот да добие третман на делумно легнат (седлест) мост, бидејќи наидовме на изразена патолошка деструкција на коскениот фундамент од вестибуларната ламела.

PIROPLAST обезбедува лесна и ефикасна корекција, со него се работи брзо и бидејќи спаѓа во групата на така наречени печени компактни акрилати за компактна полимеризација и порозноста му е намалена со сите нејзини последици.

Во опишаниот случај, а и во сите случаи на имедијатно протетизирање неопходна е внимателна и егзакнта екстракција без да дојде до поголеми коскени дефекти или секундарна инфекција. Раната мора *per primum* да зарасне, а со тоа и да се намалат можностите за поголеми корективни потфати.

На пациентот посебно му е сүгерирано да обрне внимание на хигиената на таа регија како и во целата үстна празнина.

Мостот не треба да се цементира бргу, туку да се обезбеди временна организација на раната со евентуални мали корекции што не би биле можни кај веќе цементираниот мост.

Заклучок

Од третирањето на нашиот случај со фиксно имедијатно протетизирање може да се констатира следното:

— Во протетската терапија треба да се користи имедијатно протетизирање, а посебно фиксно протетизирање што

претставува проблем во стоматологијата, но ако се пристапи студиозно и аналитички, резултатите нема да изостанат.

— Потребно е внимателно, без поголеми лезии, екстракции — евентуално потпомогнати со терапија на антибиотици за да се избегне секундарна инфекција и зараснување на раната per secundum.

— Изработката на имедијатни и фиксни протези во делот на фронтот треба да се изработуваат само кај пациенти чијашто професија неопходно го бара тоа, како и кај оние кај кои сме сигурни дека ќе ја одржуваат хигиената во устната празнина.

Summary

After having treated our patient with a fixed immediate prosthesis we conclude:

— Immediate prosthesis could be used in prosthetic therapy, especially fixed prosthesis, which is a problem in stomatology, but if approached analytically and studiously, results do not fail.

— Care should be paid extraction to be done without gross lesions, antibiotic therapy should be administered to avoid eventual secondary infection and healing of the wound per secundum.

— Immediate and fixed prosthesis should be produced only in patients where it is professionally indicated, as well as for those who are expected to maintain high oral care.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А.: „Основи опште патолошке анатомије“, Медицинска книга Београд—Загреб, 1973 : 166—175
2. Бабић: „Имедијатна протеза са вештачким коренима као помоћном додатном ретенцијом“, Стоматолошки гласник Србије 3, 1962
3. Бранковачки Д.: „Зубна протетика — тотална протеза“ Београд, 1974 : 188—194
4. Геза Ковач — Добак: „Имедијатна протеза као терапевтско средство у ризи лекара“, Стоматолошки гласник Србије, 1964 5 : 313—320
5. Јевремовић М. Шегвић, Ј. Павловић: „Психолошки, естетски, биолошки и функционални аспекти фиксних имедијатних конструкција“, Зборник радова II и VI конгрес стоматолога Југославије, 1976 : 307—308
6. Мирчев Е.: „Оправданост од изработка на заштитни коронки“ Македонски стоматолошки преглед, Скопје 1978 : II, 4, 379—383
7. Палчић Б.: „Функционална и естетска рехабилитација на забите во видниот сектор“, Забоздравствени весник 1965, 6, 289—293.
8. Сувин М.: „Стоматолошка протетика“, Школска книга, Загреб, 1976 : 365—366.
- 7а. Петровић Л.: „Болести уста“, Београд 1969, 308—309
9. Сувин М. Косовел З.: „Фиксна протетика“, Школска книга, Загреб, 1975 : 146—148., 207
10. Седеј Р.: „Естетика во стоматолошката протетика“, Забоздравствени весник, 1969, V 118—123
11. Тот — Баги Ласло: „Прилог за израду имедијатне протезе“ Ванредан, Нови Сад, 1968

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за орална хирургија

ПРИКАЗ НА ПРЕКУБРОЕН ДОЛЕН МОЛАРЕН ЗАБ

Ј. Јанев

Прекубројни заби може да се сретнат и во млечната и во трајната дентиција. Обично тие се локализирани во фронталната регија. Меѓутоа, трудот опишува интересен и редок случај на прекуброен долен моларен заб. Доколку се таквите заби со нормална анатомска форма и ако се добро поставени во забниот ред, истите треба да бидат зачувани, за разлика од атипичните кај кои сме на мислење дека треба што порано да бидат елиминирани.

Увод

Забните аномалии се честа појава кај денешните луѓе. Тие можат да бидат изразени по големина, форма, поставеност и по бројна застапеност. Недостатокот на поедини заби се нарекува олигодонција, додека пак зголемен број на заби се вика полиодонција. Прекубројните заби се јавуваат во две форми и тоа како типични со нормална анатомска форма, тн. дентес супернумералија, и атипични кои се рудиментирани и непотполно оформени — тн. дентес акцесорија. Полиодонцијата се сретнува како при млечната така и при трајната дентиција. Понекогаш на прекубројните трајни заби и претходат и прекубројни млечни заби². Повеќе автори сметаат дека полиодонцијата е застапена од 01%—05%, а во однос на анодонцијата е почеста 2 до 4% (Grahnen, Clayton, Salzman, Castaldi)^{5,1}

За појавата на прекубројните заби постојат многубројни теории што потврдуваат дека етиолошките фактори сè уште не се доволно објаснети. Според Mende—Weissmann-овата теорија внатрешните причини доминираат, сметајќи ги гените

како носители на особините кои се повторуваат во потомството¹. Herbst прекубројните заби ги вбројува меѓу малформациите, додека во постарата литература се сретнува мислењето дека и полиодонцијата е филогенетски условена исто како и аплазијата која се смета како симптом на филогенетска репродукција на забите, односно дека во процесот на еволуцијата бројот на забите се смалува од 44 на 32, со што се губат 8 премолара и 4 инцизива, и дека токму на тие упразнети места се јавуваат прекубројни заби⁴. Порано се мислело дека е тоа атавистичка појава, но денес преовладува уверувањето дека е тоа развојна неправилност која настанува поради неурохормонални нарушувања. Law со своите соработници и Mathis образложуваат дека поради дејството на надворешните услови на развитокот пред раѓањето, може да се наруши и продуктивноста на забната гредичка, кое нешто доведува до формирање на мален или зголемен број на забни зачетоци.³ Хиперодонцијата е обично присутна кај лица кои имаат Клеидокранијална дизостоза (Perre—Marie Syntan sindrom⁵). Локализацијата на прекубројните заби е обично во фронталната регија и тоа обично во горната вилица. Атипичните прекубројни заби наречени мезиоденс воглавно се сместени меѓу централните горни инцизиви (слика1), додека типичните прекубројни



Сл. 1

заби почесто се сретнуваат кај латералниот секач и кај моларите (како прекубројни дистомолари), а многу ретко тие се застапени и кај преостанатите заби. Трудов има за цел да опише случај на прекуброен типичен долен морал, за кое нешто до сега во нашава практика не сме сретнале.

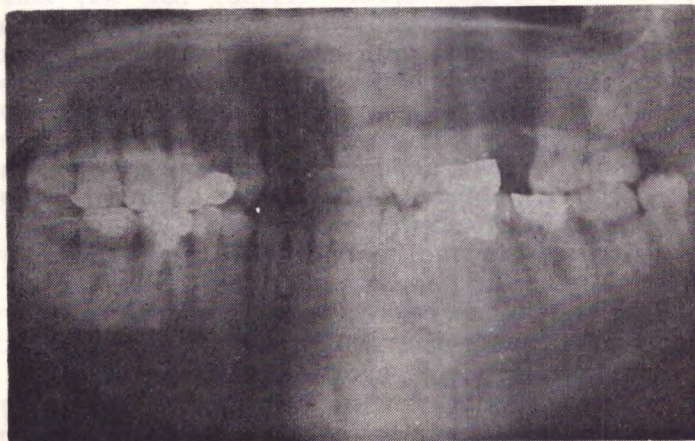
Наш случај

Пациент К. С. на 23-годишна возраст, со амб. бр. 3593 испратен до Клиниката за орална хирургија со дијагноза: Дентицио дифицилис (денс сапиенс) мандибуле латерис декстра. Од извршениот клинички прглед се констатира клиничка слика на тешко никнење на долен умник, поточно на 9 заб (сл. 2).



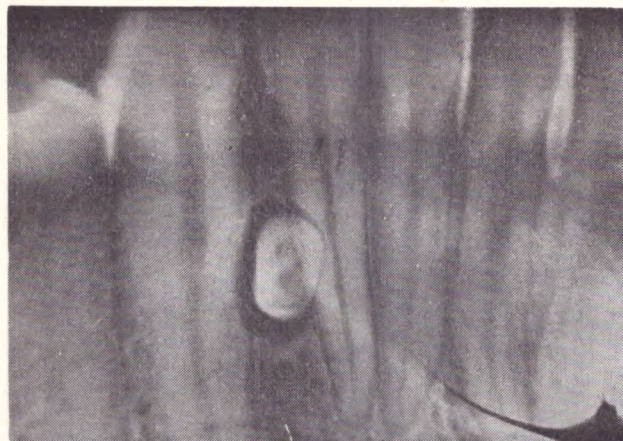
Сл. 2

По смирувањето на акутната состојба направивме ретнгенски снимки, и тоа локална интраорална ретро-алвеоларна и панорамикс за да имаме точен увид за состојбата на сите заби во двете вилици. На ретнгенограмот се потврди дијагнозата на прекуброен долен моларен заб, со нормална анатомска форма (сл. 3). На мандибулата од другата страна, во пределот меѓу латералниот инцизив и канинот се забележува засенчување кое одговара на антипичен прекуброен заб во хори-



Сл. 3

зонгална положба (сл. 4). Бидејќи долниот прв молар беше лекуван и со периапикални промени, се одлучивме за негова екстракција, а потоа со ортодонтска терапија по пат на бодили



Сл. 4

приближување да се повлечат и правилно постават преостанатите молари. Атипичниот прекуброен ретиниран заб, оперативно беше екстрахиран.

Дискусија

Опишаниот случај на прекуброен долен моларен заб не ја разјаснува етиологијата за појавата на прекубројните заби, но бездруго укажува на една констатација дека секој заб во устата може да биде прекуброен. Наодот пак кај пациентот и на атипичен прекуброен заб ги потврдува ставовите на повеќе автори дека кај една иста особа може да се сретнат повеќе прекубројни заби, а меѓу кои е истовремено можна и комбинацијата на типични и атипични прекубројни заби. Сметаме дека прекубројните типични заби немаат никакви негативни последици и дека не претставуваат некој посебен клинички и тераписки проблем, до колку се вилиците добро развиени, односно ако се истите со нормална анатомска форма и ако се добро и правилно поставени во забниот ред. Атипичните прекубројни заби, пак, кои се лошо поставени во вилицата, и на тој начин не само што го нарушуваат естетскиот изглед, туку и го спречуваат правилното никнење и поставување на другите заби и околу кои може да се развиваат патолошки процеси, или да се причина за невралгични тегоби, на мислење сме дека таквите заби уште во раната возраст треба да бидат отстранети.

Заклучок

Неправилностите во бројот на забите се поретка појава. Полиодонцијата е почеста од анодонцијата.

Локализацијата на прекубројните заби е можна не само во фронталната регија туку и во преостанатите групи на заби.

Кај некои особи се сретнуваат повеќе прекубројни заби, а е можна и комбинација на типични и атипични истовремено.

Прекубројните заби не претставуваат некој посебен клинички и тераписки проблем.

Summary

Supernumerary teeth could be found in deciduous dentition as well as in the permanent dentition. Usually they are located in the frontal region. Meanwhile this work circumscribes an interesting and rare case of supernumerary lower molar tooth. As long as these kind of teeth have a normal anatomical form and are well lined in the teeth row they should be kept, on the other hand, in our opinion the untypical one should be eliminated as soon as possible.

ЛИТЕРАТУРА

1. И. Бикар: „Основи ортопедије вилица“, стоматолошка секција СЛД, Белград, 1962 година.
2. Граовац, Ж. П.: „Основи дечје стоматологије“, Завод за издавање уџбеника СРС, Београд, 1967 година.
3. Law, B. D., Lewis, M. T., Dawis, M. J: An Atlas of Pedodontics, W. B. Saunders, Philadelphia — London — Toronto, 1969
4. З. Рајић, А. Пећина, — Хрнчевић: „Неке аномалије броја и облика млјечних зуба“, Зборник на трудовите од V Конгрес на стоматолозите на Југославија 1972 година, Охрид, стр. 213.
5. Б. Јојић, Ј. Перовић: „Орална хирургија“, Научна књига, Београд, 1977 година.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за фиксна стоматолошка
протетика

ЗАШТИТА НА ЗАБОТ ЗА ВРЕМЕ НА СТРУЖЕЊЕ И ПО СТРУЖЕЊЕТО ЗА ИЗРАБОТКА НА ВЕШТАЧКА ЗАБНА КОРОНКА

Г. СИМОВ

Авторот дава кус осврт на можностите за оштетување на забот за време на стружењето, за изработка на вештачка забна коронка и можностите за заштита на истиот за време и по стружењето, до изработка на конечната фиксна протетска направа.

Проблемот за надоместување на изгубените заби со фиксно протетско помагало или само репарирање на функцијата или естетиката на одделни заби, наметнува потреба од стружење на природната забна коронка, за да се овозможи наместување на вештачката коронка.

Табела 1

u milimetrima	Gornji zubi				
	1	2	3	4	5
Debljina zvačne plohe	3.0—6.0	2.5—5.2	3.7—5.1	3.7—4.5	2.5—5.0
Debljina vestibularne stijenke zuba	2.6—4.0	1.5—2.7	2.3—4.0	3.5—4.5	3.0—5.0 — ekvator
Debljina oralne stijenke zuba	1.5—3.2	1.7—2.5	2.6—3.8	2.5—4.0	1.6—3.7 — zubni vrat
Debljina oralne stijenke zuba	2.0—3.4	1.7—2.4	1.6—4.4	2.2—4.5	2.3—4.5 — ekvator
Debljina stijenke aproksimalna strana	2.0—3.4	2.3—2.7	2.5—3.8	2.0—3.0	2.2—3.4 — zubni vrat
Debljina stijenke aproksimalna strana	2.5—3.5	1.8—3.5	2.3—3.9	3.0—4.5	2.5—4.4 — ekvator
Debljina stijenke aproksimalna strana	1.5—3.1	1.8—2.5	1.9—3.0	2.0—2.6	2.0—2.4 — zubni vrat

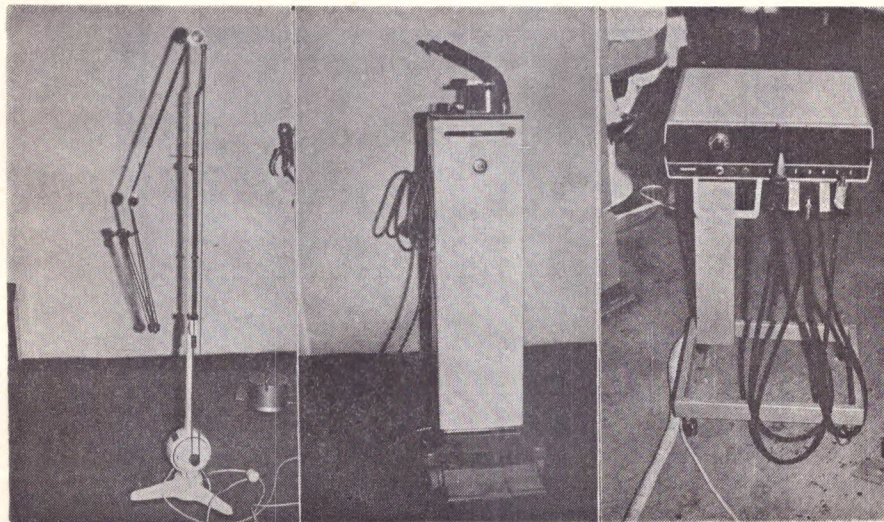
u milimetrima	Donji zubi			
	1-2	3	4-5	6
Debljina zvačne plohe	2.2—5.0	2.0—5.0	2.4—4.0	4.5—5.0
Debljina vestibularne stijenke zuba	1.3—3.0	2.0—3.0	2.5—4.0	4.0—4.5 — ekvator
Debljina oralne stijenke zuba	1.2—2.8	2.3—3.0	2.3—3.0	3.0—3.5 — zubni vrat
Debljina oralne stijenke zuba	1.2—2.7	2.3—3.0	2.2—3.5	3.0—4.5 — ekvator
Debljina stijenke aproksimalna strana	1.2—3.2	1.9—2.9	2.0—3.0	2.5—3.5 — zubni vrat
Debljina stijenke aproksimalna strana	1.5—3.0	2.6—3.0	2.5—3.5	3.5—4.5 — ekvator
Debljina stijenke aproksimalna strana	1.3—2.1	1.8—2.6	2.0—2.5	2.4—4.0 — zubni vrat

Sl. 29. Prosječne debljine tvrdih zubnih tkiva po Lipecu i Komalenkovej (Moskva 1955)

Како што се гледа од табела 1 по Сувин¹, дебелината на сидовите од *savim pulpe* до една од површините на забот е различна, зависно од забот и мереното место на површината. Од тука произлегува и можноста за време на стружењето на забот да дојде до оштетување на пулпата трајно, или во подобар случај временско. Ова прашање посебно денес се актуелизира, кога се помасовно се изработуваат едно делно леани коронки, кои во повеќето од случаите се и естетски, што значи дека на вестибуларната страна покрај металниот слој од 0,5 мм мора да обезбедиме простор и за акрилатната или порцеланска фасета од околу 1,5 мм, што значи простор од околу 2 мм (најмалку) Küll².

Имајќи во предвид дека просечен пречник на горниот инцизив во бучо — орален правец, а во пределот на вратот, изнесува околу 6 мм, а пречникот на пулпата околу 1 мм, може да се заклучи дека за препарација и заштита на пулпата, останува слој од околу 2,5 мм.

Ако се потсетиме дека за изработка на едноделно леана фасетирана коронка е потребен простор од околу 2 мм, преостанатиот слој на дентин од околу 0,5 мм е претанок за заштита на пулпата, како за време на стружењето исто така по стружењето, додека се изработува постојаната коронка. Во ваквој случај се наметнува проблемот за правилното анатоомо-морфолошко обликување на вештачката коронка, за која велíme дека не смее да биде поголема од природната. Имајќи го ова предвид се наметнува прашањето: колку смееме да го ризикуваме виталитетот на забот за сметка на естетскиот момент. Ако на ова го додадеме и фактот, дека не мал процент од пациентите се помлади особи, каде природната големина на пулпата е зачу-



Сл. 1

вана, нас терапевтите не става пред голем проблем. Од терапевтот се бара сериозна процена на забот за кој треба да се изработи коронка, а посебно фасетирана.

Тргувајќи од сознанието дека на терапевтот му стојат на располагање голем број на апарати за стружење, и тоа со движења од 20.000 о/мин. па се до 500.000 о/мин. можеме да си претставиме какво опасно средство по забот има в рака терапевтот за време на стружењето. (Сл. 1)

Ако на големиот број на движења го додадеме и притисокот, кој терапевтот го прави врз забот за време на стружењето, а кој спрема К. Eichner³ не смее да изнесува повеќе од 100 гр. при употреба на турбо машините и вибрацијата која се јавува, а која неминовно се пренесува и на забот, се гледа дека за време на стружењето на забот терапевтот треба многу да внимава.

Како резултат на стружењето на забот со било која од машините, се јавува температура која е доста штетна по пулпата, затоа и правилниот избор на машина за стружење е од голема важност, ако не сакаме да доведеме до термичко оштетување на пулпата. За таа цел се препорачува правење на Rö снимка од забот пред да отпочнеме со стружењето, за да се процени состојбата на пулпата, посебно кај помладите пациенти. Од кога ќе избереме вид на машина и средство за стружење и отпочнеме со стружењето, мора да имаме предвид дека забот мора да се лади. Ладењето може да се постигне со паралелно поливање со вода или со дување на компримиран воздух, директно на остриот елемент, што значи на местото на допир со забот. Резултатите до кои дошол Н. А. Collet⁴ докажувајќи дека секое покачување на температурата на пулпеното ткиво за само 10°F од телесната температура (98,6°F) доведува до појава на некроза кај 15% од случаите, а покачувањето на температурата за преку 20°F и до 60% од случаите, и тоа при употреба на високо туражните машини и ладење со вода.

Резултатите пак добиени со употреба на ниско туражни машини, репаративниот процес кај дентинот изнесува и до 33% што не е случај при употреба на високо туражните, каде тој процес е забележен од 3—12%.

Заштита на забот може да се постигне и со честите прекини на допирот помеѓу забот и брусниот елемент. Така на пример прекин од една секунда на секоја четврта секунда, температурата на пулпата ќе биде пониска од онаа која беше во почетокот на препарацијата. Со правилната употреба на воденото ладење и почестите, иако куси прекини за време на препарацијата, можеме да очекуваме оштетување само на површинскиот влез од дентинските каналчиња, кои главно во период од еден месец се регенерираат.

Минималните или скоро никакви дегенеративни оштетувања на пулпеното ткиво, при употреба на ниско туражни машини, и честите прекини при стружењето, во сооднос на напред изнесените податци за оштетување на пулпата, при употреба на ви-

сокогтуражни машини, се поставува прашањето: дали микромоторите со околу 100.000 о/мин. и водено ладење, минимален притисок и отстранување на вибрациите со правилна процена на брусниот елемент, не е најсаканиот инструмент за стружење на забот за изработка на вештачка коронка?

Бидејќи оштетувањето на забот не престанува со завршување на стружењето, неминовно се наметнува потребата од негова заштита се додека не се изработи и постави дефенитивното забнопротетско помагало. За таа цел се препорачуваат два начина на заштитата на забот:

1. хемиска и
2. механичка

Од хемиските средства најчесто користен е водениот раствор на AgNO_3 (argentum nitrikum) редуциран со јодна тинктура и CaCl (калциум хлорид) кој се смета за најдобар во групата на хемиски средства за заштита на стружен заб.

Најпопуларно средство за заштита на стружен заб, а истовремено и естетско згрижување на случајот, се готовите акрилатни заштитни коронки или акрилатни мостови. Поради штетното делување на мономерот од самоврзувачкиот акрилат врз пулпеното ткиво, не се препорачува изработка на акрилатни заштитни коронки директно во уста на пациентот. Ако на ова хемиско штетно делување од страна на мономерот се додаде и термичкото оштетување, кое како резултат на полимеризацијата се јавува, можеме да очекуваме и оштетување на сидовите на капиларите.

До колку сепак се одлучиме за директна изработка на акрилатна коронка, мораме струганиот заб да го заштитиме обмотувајќи го со танка алуминиумска фолија, која се користи за ракување на храна.

На нашите клиници најчесто користено средство за заштита на струган заб е фабрички готовата поликарбидна коронка, која се напасува преку струганиот заб и која оди само до гингивата. Фиксирањето на овие коронки се обавува со цинк оксид паста, при што еугенолот од пастата делува и профилактички, доведувајќи до создавање на секундарен дентин на влезот од дентинските каналчиња.

Заклучок

Современите турбо-машини кои не секогаш се центрични, доведуваат до ултра звучна вибрација заедно со температурата за време на стружењето на забот, придонесуваат за поголеми или помали оштетувања на пулпиното ткиво.

Микромоторите со број на движење од околу 100.000 о/ мин. се покорисни, посебно кога се работи за почетник.

По стружењето на забот за вештачка забна коронка, неминована е неговата заштита со привремена акрилатна коронка, но не изработена директно во уста со самоврзувачки акрилат. Готовата и напасована акрилатна коронка се фиксира со паста цинк оксид еугенол.

Zusammenfassung

Die neuzeitlichen Turbo-Maschinen, die nicht immer zentrisch sind, fuehren zu einer Ultraschall-Vibration, die zusammen mit der Temperatur waehrend des Schleifens des Zahnes, mit beitraegt zu groesseren oder kleineren Beschaedigungen des Pulpen-Gewebes.

Die Mikromotoren mit einer Umdrehungszahl von ca. 100.000 U/min. sind, vor allem wenn es sich um einen Anfaenger handelt, guenstiger.

Nach dem Abschleifen des Zahnes fuer eine kuenstliche Zahnkrone ist ein Schuetzen desselben durch eine zeitweilige Akrylkrone unbedingt erforderlich, allerdings soll dieselbe nicht direkt im Mund mit selbstbindendem Akrylat hergestellt werden. Die fertige und eingepasste Akrylkrone wird mit der Paste Zinkoxyd Eugenol fihiert.

ЛИТЕРАТУРА

1. M. Suvin: Fiksna protetika, str. 20 — Školska kniga, Zagreb 1975.
2. W. Küll: Präparation für Verbleuchkroueu, DZZ - 21 - 1966 - Heft 8
3. K. Eichner so sorab.: Normal—, hoch-und höchsttouriges Bohren und Schleifen von Zahnhartsubstanzen, Carl Hanser Verlag München 1966, str. 8.
4. H. A. Collet DDS - Prosthetic Dentistri, Vol. 31, 1974, Nom. 6, 673—645

ANALYSE TRIDIMENSIONNELLE DE L'ORGANE DENTAIRE A
L'AIDE DE LA RADIOGRAPHIE RETROALVEOLAIRE FACE —
PROFIL

**Тродимензионална анализа на забот со помош на
ретроалвеоларна ретентгенграфија, лице — профил**

J. Chevalier, J — Cl. Hess

Actualites Odonto Stomatologique, Paris 1978, n. 123, pp 310—335

Бидејќи вообичаената рентген техника не дозволува тродимензионална анализа на забот, сомневањата во точноста на ртг. анализата можат да се редуцираат со користење на „радиографските тестови“.

Авторите ги изведуваат овие тестови со споредување на две ртг. слики на ист заб, ист филм, но направени под различни параметри, како што е вредноста на аголот на тубата во хоризонталната рамнина. Двете снимки претставуваат профил и лице на забот на единствен филм.

Вака добиените ртг. снимки лице/профил, даваат егзактни информации при:

а) Топографско — анатомска анализа на пулпината комора (од лице и профил).

б) Топографско-анатомска анализа на радикуларните канали:

- бројот и рзгранувањето на корените и каналите,
- оптурација на каналите,
- постоење на латералните канали,
- калцификации во каналите,
- екстремни варијации на аспектот кон латерално и

— контрола на густината на каналите оптирации; лоша адаптација на пастата по сидовите на каналите.

Во трудот се изнесени сите десет рентгенски тестови коишто се богато поткрепени со бројни илустрации и шематски прикази преку кои се добива впечаток дека се лесно прифатливи за секојдневната практика и многу корисни при констатирањето на анатомотополошката состојба на забот и неговата

М. Стефановиќ

FINE STRUCTURAL COMPARISON OF INCISION WOUND HEALING ON THE ORAL MUCOSA AND SKIN

**Фина структурална компарација на заздравувањето на
инцизивини рани на мукозата и кожата**

Journal of Oral Pathology 7 : 4, 78

Експериментално правени се инцизивни рани на јазикот и дорзалната кожа на стаорци со иста должина и длабочина, со цел да се компарираат фините реакции од аспект на нивното заздравување. Компарирани се времетраењето и степенот на фагоцитозата, времетраењето и степенот на епителиската миграција на келиите, целокупното ниво на заздравување и реформација на дорзалната ламина и атачменскиот комплекс во овие две ткаења.

Фагоцитната активност во епителот и сврзното ткаење во мукозата покажа повисоко ниво отколку на кожата и врвната активност во епителот на мукозата дојде до израз кај епидермот. Мононуклеарните фагоцити покажаа поизразена фагоцитна активност во споредба со неутрофилите.

Епителската миграција се најде дека порано започнува во мукозата, за разлика од кожата. Исто така кај мукозата и епителизацијата на раната и обновувањето на носечкото ткаење беа порано завршени. Ист слог на обновување на ултраструктуралните компоненти на хемидесмоатачмен комплексот се најде и кај мукозата и кај кожата, меѓутоа со побрз развој и завршеток кај мукозата.

Механички, физички, како и физиолошки фактори можат да влијаат во детерминирањето на различните степени на оздравување, како на мукозата така и на кожата.

М. Муровска

A CLINICAL STUDY OF GINGIVAL INFLAMATION IN RENAL
TRANSPLANT RECIPIENT TAKING IMMUNOSUPPRESSIVE
DRUGS

**Клиничка студија во однос на гингивалната инфламација при
реципиенти на бубрежен трансплантат — подвргнати на
имуносупресивна терапија**

Kardachi, Bryon J. R., and Newcomb, Guy M.
J. Periodontol. 49 : 307—309 June, 1978

Во врска со проучувањето на состојбата на гингивата кај група пациенти — реципиенти на бубрежен трансплантат, а поради борба против феноменот на исфрлување на трансплантатот, подвргнати на имуносупресивна терапија, беше спроведено клиничко испитување, резултатите беа компарирани со контролна група.

За време на испитувањето беа верифицирани еквивалентни плак формации кои беа асоцирани со умерена гингивална инфламација кај пациентите — подвргнати на имуносупресивна терапија.

И покрај тоа што не постоеше сигнификатна разлика во создадените плак формации кај двете групи, контролната група се карактеризираше со присуство на сигнификатно поизразена гингивална инфламација.

Групата од 20 реципиенти на бубрежен трансплантат ја сочинуваа 14 мажи и 6 жени, чија просечна возраст изнесуваше 38,6 години. Контролната група беше составена од 7 мажи и 13 жени со просечна возраст од 38,4 години.

Како клинички параметри беа испитувани степенот на гингивалната инфламација и квантумот на создадениот дентален плак.

Пациентите — реципиенти на ренален трансплантат, подвргнати на имуносупресивна терапија имаа послабо изразена гингивална инфламација, за разлика од контролната група, каде беше констатиран скоро ист квантум на плак формација, па се чини дека сигнификантната репродукција на гингивалната инфламација кај реципиентите е резултат на ординираната имуносупресивна терапија од тип на azathioprine и prednisone, односно на супресијата на Т-лимфоцитниот систем, како потврда на фактот дека клеточниот имунитет игра посебна улога во патогенезата на гингивитот, односно пародонтитот.

М. Симоновски

Постојењето на термилошка неусогласеност создава непотребни разидувања во стручното и научното објаснување на поедини состојби и структури во стоматологијата. Затоа, потребата од стоматолошка термилошка сообразност е се повеќе присутна во секојдневната практика и научна мисла. Тоа ја наметнува потребата за продолжување на дискусијата по одделни зборови, како би можело да се одредат најприфатливите меѓу нив. Низ прилогот којшто следува би се направил осврт врз следните зборови од повеќе јазични подрачја:

Амалгам, забен

Sh — amalgam, spoj, slitina,
zubni
Sl —
E — amalgam, dental
D — Amalgam, Zahnärtliches
F — amalgame, dentaire
R — амальгама

Легура составена од метални струготини и жива која се употребува за полнење на забните кавитети.

Абразија — абене

Sh — habanje, tupljenje
Sl — izpraskanje, abrazija
E — abrasion
D — Abrasion, Abschheuerung,
Abranung
F — abrasion
R — абразия, отривание

Состојба при која доаѓа до стружење, застружување, израмнување на површината на забот.

Абрадира — аби

Sh — habati, tupiti
Sl —
E — abrade
D — Abkratzen, Abschürfen,
Abhäuten
F — écorier, gratter peller
R — выскабливать, отривать,
отделя

Процес на трошење, абене на дел од забната супстанца.

**Ампутација на врвот на
забниот корен —
отсекување**

Sh — amputacija
Sl — odsekanje, odrezanje
nekega
E — Amputation, surgical
removal
D — Amputation, abtragung,
syn. ablatio
F — Amputation
R — ампутация

Хируршко или трауматско от-
секување на врвот на забниот
корен.

Ампутирање — отсекување

Sh — amputiranje, odsecanje
Sl — odvezati, odsekati
E — amputate
D — Amputieren
F — amputer
R — отнять, ампутировать

Процес на отсекување, отстра-
нување на дел од забот, од-
носно врвот на коренот на за-
бот.

Низ приказот на овие неколку зборови на македонски, срп-
скохрватски, словенечки, англиски, германски, француски и
руски јазик. така како што се внесени во литературата и струч-
ните речници, би продолжила дискусијата по стручни и научни
термини, со цел за поставување на единствена терминологија и
во стоматологијата.

Асист. м-р Љупка Димкова—Матовска

**ИЗВЕШТАЈ ОД III КОНГРЕС НА СЕКЦИЈАТА ПО ДЕТСКА И
ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА НА ЗДРУЖЕНИЕТО НА
СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД ПОЛСКА**

Третиот конгрес на Секцијата за детска и превентивна стоматологија на Здружението на стоматолозите од Полска, кој се одржа од 10 до 13 октомври 1979 г. во Лоѓ, помина во знакот на Меѓународната година на детето.

Главната тема беше посветена на стоматолошката служба за децата и младината. Во другиот дел се зборуваше за стоматолошката профисакла и, како што е вообично, имаше и слободни теми. Заради поцелисходно одвивање на работата на Конгресот, од изнесените 69 реферати, 37 беа прикажани на постери. Дискусијата се одвиваше по секоја завршена сесија.

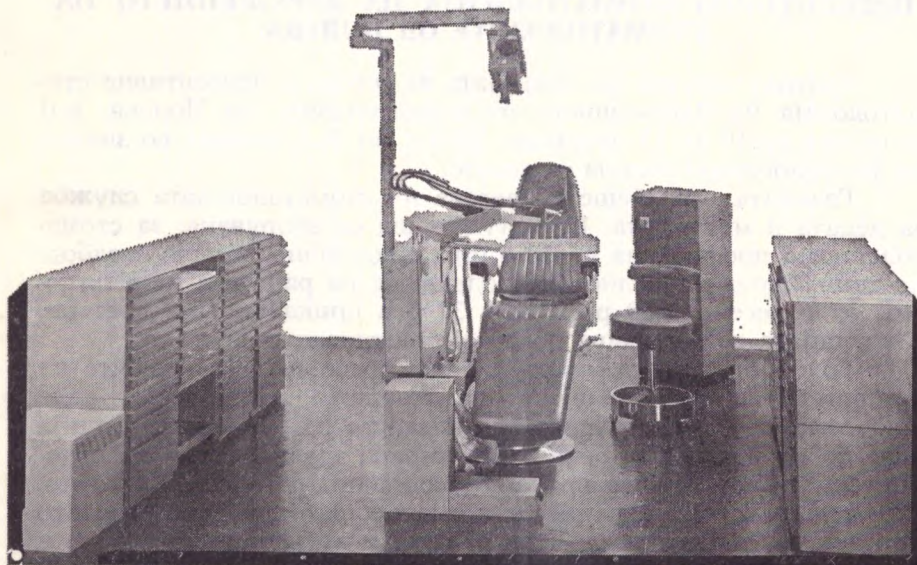
Голем број од рефератите беше посветен на потребите на младината во областа на стоматолошкото згрижување, каде беше изнесено дека добрата организација на планската санција дава добри резултати. Беше коментирана и динамиката на ортодонтските аномалии во врска со физичкиот развој на детето. Во профилаксата на кариесот стоматолошкото и здравственото просветување имаа видно место, како и хигиената на забите и устата. Секако и флуорот го најде своето место во профилаксата на кариесот. Раната хируршка интервенција беше препорачана во профилаксата на болестите на околузабите, како и раното откривање на метаплазии и неоплазми. Беа прикажани и резултатите на надоградени фрактурирани заби со композитни материјали, конзервативно лекување со општа анестезија и акутни гнојни воспалителни процеси кај децата.

Во Полска, стоматологијата е претежно струка на женскиот пол (само 10% се мажи), такашто и на овој Конгрес голем број референти беа изнесени од жени — стоматолози. Но беше пријатно да се види дека голем број на референтите беа сосема млади стоматолози.

Добрата организација, топлото гостоприемство на домаќините учесници на Конгресот придонесе III Конгрес по детска стоматологија да даде значаен придонес во Меѓународната година на детето.

Љ. Нечева

„JUGODENT“ ИНДУСТРИЈА НА ЕЛЕКТРОМЕТАЛНИ УРЕДИ,
ПРОИЗВОДИ И ОПРЕМА
ЗАБАРСКИ АПАРАТ ЕЛЕКТРА С „ФРУШКА ГОРА“
ПРОГРАМА ЗА ОРДИНАЦИЈА „ИДЕАЛ“



ПРОДАВА:

„JUGODENT-KOMERC“

ООЗТ »РОВНИ ПРОМЕТ« — НОВИ САД, Фрушко пат 10, тел.
телефон 394-566 лок. 108 телекс 14423

393-693

ИЗВЕШТАЈ ОД ОДРЖАНИОТ ШЕЕСЕТ И СЕДМИ КОНГРЕС
НА ФДИ ВО ПАРИЗ 1979 Г.

Светскиот конгрес на стоматолозите оваа година се одржа во Париз во времето од 20 до 26 октомври. Тоа беше Шеесет и седми конгрес на Светската дентална асоцијација.

На Конгресот беа презентирани околу 270 научно-стручни реферати, извештаи или демонстрации од областа на стоматолошката наука.

Главно беа опфатени стоматолошки дисциплини со одделни супспецијалности, и тоа: мобилна и фиксна протетика, орална биологија, пародонтологија, ортодонција, дентална патологија — ендодонција, превентивна стоматологија — детска стоматологија.

Освен тоа беа поднесени и повеќе реферати и демонстрации од техничко-технолошки карактер за материјалите и нивната примена во стоматологијата, како и примена на компјутеризираната техника и др.

Во слободните теми посебно внимание побуди приказот за развитокот на стоматологијата во афричките земји.

Паралелно со конгресот беше одржана светска изложба на техничко-технолошките достигнувања во стоматологијата, опрема на забни — стоматолошки ординации и апаратури за техничко-технолошки материјали и нивна примена при конструкции и изработка на забно-протетски помагала и демонстрирање на поодделни фази на работа.

На Конгресот зедоа учество делегати од повеќе земји на светот и тоа преку две илјади од Европа, Америка, Азија, Африка и Австралија.

Кога би извлекле заклучок, во прв ред би ни се наметнала една импресија дека стоматолошката наука се развива интензивно, а нејзиниот развиток го следиме и е независна од техниката и технологијата.

- И. Богдановски

ИЗВЕШТАЈ ОД ОДРЖАНИОТ СОСТАНОК НА СТОМАТОЛОШКАТА СЕКЦИЈА ПРИ СОЈУЗОТ НА ЛЕКАРИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА

На состанокот на Стоматолошката секција одржан во Битола на 8 јуни 1979 г. видлива беше добрата организација и масовното учество на голем број стоматолози од нашата република. Во пленарниот дел на состанокот главни теми беа:

1. Општествено-економскиот развој на стоматолошката служба во СР Македонија.

2. Наш придонес кон Годишната за заштита на детето

Битолскиот собир ќе биде одбележан и со тоа што се одржаа оснивачки состаноци на специјалистичките секции по Болести на уста и заби и Стоматолошка протетика.

За прв пат беа прочитани трудови од историјатот на стоматолошката служба во нашата Република, како и други стручни соопштенија што ќе бидат објавени. Треба да се одбележи и тоа дека се формира и Специјалистичка секција по детска и превентивна стоматологија.

Се предвидува заеднички состанок на управите на специјалистичките секции со Управниот одбор на Стоматолошката секција на Сојузот на лекарите од Македонија за усогласување на програмата, а со цел за поголема масовност и поголема рационалност.

Во новоформираните специјалистички секции за стоматолошка протетика и болести на устата и забите се прочитаа реферати на осум стручни теми.

Во првата половина на 1979 г. се одржа и Оснивачкото собрание на Секцијата за детска и превентивна стоматологија. Во стручниот дел беше прикажан:

— Развојот на детската стоматологија во СР Македонија.

— Организација на превентивната служба во нашата република.

Специјалистичка секција по стоматолошка протетика

Проф. д-р Ѓорѓи Симов — претседател

Асист. д-р Ерол Шабанов — секретар

Д-р Ида Лотски — благајник

Асист. д-р Ефтим Мирчев — член

Д-р Петар Петров — член

Д-р Бранко Даштевски — член

Д-р Александар Митев — член

Специјалистичка секција по болести на устата и забите

Асист. д-р Мирослава Стевановиќ — претседател

Асист. д-р Методија Симоновски — секретар

Д-р Никола Анастасов — член

Д-р Димитар Илиев — член

Д-р Блаже Димитровски — член
Д-р Благој Ников — член
Д-р Томислав Шапчевски — член

Специјалистичка секција по детска и превентивна стоматологија

Проф. д-р Љубинка Начева — претседател
Доц. д-р Мила Мирчева — секретар
Д-р Светлана Алексиќ — член
Д-р Бонка Башевска — член
Д-р Благој Јанев — член

КОНГРЕСЕН КАЛЕНДАР

1. II европски симпозиум

(29 февруари 1980 — Geneve)
Информации: Prof. G. Gimasoni. Ecole de Medicine dentaire
— 19, rue Baretlemy—Menn 1211 Geneve 4 (Switzerland)

2. Пролетен собир на Сојузот на стоматолозите

(14 — 16 март 1980 — Bad Salzufen)
Информации: Zahnärztekammer Westfalen—Lippe, Auf der
Horst 25, 4400 Munster

3. Годишен собир на Германското здружение за забнолекарска протетика и забнолекарски материјали

(27 — 31 мај 1980 Berlin)
Информации: DGzPW, Assmannschauser Strasse 4—6, 1000
Berlin 33

4. Осма интернационална конференција по орална биологија

(1 — 3 јуни 1980 — Tokio)
Информации: Dr. M. R. Skougaard, Institute for Graduate and
Community Dentistry, Royal Dental College,
4. Universitets parken DK 21000, Copenhagen — Denmark

5. 32 конгрес на терапевтите и 32 изложба на медицински производи

(30 август — 5 септември 1980 — Karlsruhe)
Информации: Deutsche Therapiewoche, Dr P. Hoffmann
Kaiseralle 30, 7500 Karlsruhe 1

6. 68 светски годишен конгрес на стоматолозите

(2 — 7 септември 1980 год. Hamburg)
Информации: Ortssekretariat: 200 Hamburg 11, Katharinen-
brucke 1 — Deutschland

7. VII конгрес на стоматолозите од Југославија

(8 — 10 октомври 1980 — Задар)

Информации: Организационен одбор VII конгреса стоматолога Југославије, 41000 Загреб, Гундулиќева 5,
тел.: (041) 441-222

ДИПЛОМИРАНИ СТУДЕНТИ ПО СТОМАТОЛОГИЈА ВО 1979 Г.

1. Николовски Васил Андон, Скопје, 1. II 1979 г.
2. Андонов Станко Атанас, Сурдулица, 6. II 1979 г.
3. Делов Љубомир Златко, Битола, 14. II 1979 г.
4. Борзанова Коста Лилјана, 19. II 1979 г.
5. Грчески Климе Љупчо, Скопје, 19. II 1979 г.
6. Илиева Дамјан Василка, Скопје, 2. III 1979 г.
7. Бојчевски Коста Кирил, Ресен, 14. III 1979 г.
8. Чочкова Асен Савка, Скопје, 15. III 1979 г.
9. Кузманоска Благој Снежана, Прилеп, 16. III 1979 г.
10. Спасиќ Драгољуб Вера, Скопје, 29. III 1979 г.
11. Стаменова Санто Марионка, Кочани, 4. IV 1979 г.
12. Кочовски Павле Тоше, Битола, 19. IV 1979 г.
13. Андонова Иван Цане, Скопје, 20. IV 1979 г.
14. Бошковски Благоја Бранко, Битола, 27. IV 1979 г.
15. Хаџи—Тоневска Боро Вислета, Скопје, 27. IV 1979 г.
16. Нанчев Александар Љубомир, Скопје, 29. V 1979 г.
17. Блажевска Мирослав Славица, Тетово, 15. VI 1979 г.
18. Гугучевски Мирослав Љубен, Скопје, 19. VI 1979 г.
19. Ангелов Лазар Ангел, Кочани, 21. VI 1979 г.
20. Ефремов Симо Костадин, Кочани, 27. VI 1979 г.
21. Минов Димитар Петре, Свети Николе, 29. VI 1979 г.
22. Србиновски Тане Наумче, с. Белчиште, 2. VII 1979 г.
23. Коцева Никола Едита, Крива Паланка, 9. VII 1979 г.
24. Ефимова Благоја Љубинка, Прилеп, 3. IX 1979 г.
25. Бошкова Ѓорѓи Маријана, Скопје, 17. IX 1979 г.
26. Проданов Глигор Митко, Скопје, 1. X 1979 г.
27. Ристовска Стево Ленка, Битола, 8. X 1979 г.
28. Стојков Драги Стојче, Титов Велес, 22. X 1979 г.
29. Кимова Никола Зорка, Титов Велес, 29. X 1979 г.
30. Костовски Серафим Светозар, Скопје, 30. X 1979 г.
31. Глигорова Глигор Марија, Скопје, 2. XI 1979 г.
32. Хаџи—Наумова Александар Гордана, Титов Велес, 19. XI 1979 г.
33. Василевска Ане Славица, Скопје, 23. XI 1979 г.
34. Ставревска Петре Милијана, Панчево, 27. XI 1979 г.
35. Блажеска Бранко Билјана, Битола, 21. XII 1979 г.
36. Николовска Иван Русанка, Скопје, 21. XII 1979 г.
37. Пановска Васил Лилјана, Битола, 21. XII 1979 г.