

МАКЕДОНСКИ
СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

MACEDONIAN
STOMATOLOGICAL
REVIEW

Скопје, 1980 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 за научни дејности — Скопје

Година IV

Број 3—4

1980 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
Проф. д-р Марко Фиљански
Доц. д-р Симка Серафимова—
Теодосиевска
Доц. д-р Теменуѓа Симовска
Доц. д-р сци. д-р Томе Туцаров
Доц. д-р Нада Бајрактарова—
Ѓорчулоска
Прим. д-р Јордан Стојановски
Прим. д-р Димитар Попниколов
Асист. д-р Нада Цветковиќ
Асист. д-р Олга Серафимова
Прим. д-р Мирослав Мешков
Прим. 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
МЕДИЦИНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД
Водњанска, бр. 17, 91000 Скопје
Тел.: 223-704

Жиро сметка: 401000-678-635

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 IV 1980 број 3—4

СОДРЖИНА

Т. Туџаров

Електромиографски согледу-
вања при лекување на суб-
луксација на темпороманди-
буларниот зглоб со акрила-
тна нагризна шина — — 85

С. Оџаклиева

Микробиолошки наод на
преостанатиот дентин при
кариес профунда симплекс и
компликата по претходна те-
раписка постапка — — 91

Е. Мирчев

Прилог кон смалување на
пародонталните промени на
носачи предизвикани од фик-
сно-протетските изработки 101

С. Серафимова, Ј. Ѓоргова

Терапевтски пристап при
мандибуларна инцизална те-
скоба — — — — — 109

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

Оправданоста на планирана-
та егзодонција од медицин-
ско-хируршки аспект — — 115

MACEDONIAN STOMATOLOGIKAL
REVIEW

Publikation of the Macedonian
Medical Association (Stomatological
Section) and the Faculty the Sto-
matology, Skopje

Year IV 1980 № 3—4

CONTENTS

T. Tuđarov

Electromyographic Findings
when Treatment of Temporo-
mandibular Joint Subluxation
is Conserved — — — — 85

S. Ođaklieva

Microbiological Finding of the
Remanig Dentine in Caries
Profunda Simplex and Com-
placata after Therapeutical
Treatment — — — — — 91

E. Mirčev

Contribution to Reduction of
Periodontal Changes in Sup-
porters Caused by Fixed-pro-
sthetic prosthesis — — 101

S. Serafimova, J. Đorgova

Therapeutical Approach to
Mandibular Crowding of In-
cisors — — — — — 109

**I. Stefanovski, M. Murovska,
T. Simovska, P. Carčev**

Planned Exodontia from Me-
dico-surgical Point of View- 115

**Е. Петрова, И. Богдановски,
М. Фиљански, Е. Јанкуловска,
Ј. Чаловска, П. Шукот**

Акрилетен загризен шаблон како меѓуфаза во земање на дефинитивен отпечаток при случаи со парцијална беззачиност — — — — — 119

**В. Димитровски, Е. Урумова,
Б. Лазаревска, М. Симоновски**

Квантитативна застапеност на киселите мукполисахариди кај болни од прогресивна пародонтопатија во зависност од клиничкиот стадиум — — — — — 127

**Д. Илиевски, П. Петров,
С. Цифкаровски**

Примена на некои од методите на површинската психотерапија во клиничката протетика — — — — — 133

М. Царчев, Љ. Нечева, М. Мирчева, И. Филипче, П. Георгиева, Б. Бајрактарова

Влијание на респираторните пречки врз орофацијалниот ситем — — — — — 139

ОД ПРАКТИКАТА

Ѓ. Лајчароски, Ј. Јованоски

Erythema fixum — наши случаи — — — — — 145

ПРИЛОЗИ ОД СТРАНКИ СПИСАНИЈА — — — — — 151

СООПШТЕНИЈА — — — — — 153

ПРЕГЛЕД НА ОБЈАВЕНИТЕ ТРУДОВИ И ИНДЕКС НА АВТОРИ (период 1977—1980) 157

**E. Petkova, E. Bogdanovskni,
M. Filjanski, E. Jankulovski,**

J. Čalovska, P. Šukot
Acrylic Bite Plate — Interphase in Definitive Impression Taking in Cases with Partial Toothlessness — — — — — 119

**В. Димитровски
V. Dimitrovski, E. Urumova,
B. Lazarevska, M. Simoiovski**

Quantitative Assessment of Acid Muccopolysaccharides in the Gingiva of Patients Suffering from Parodontopathia Progressiva According to Clinical Stage — — — — — 127

D. Ilievski, P. Petrov, S. Cifkaroski

Application of Some of the Methods of Surface Psychotherapy in Clinical Prosthodontics — — — — — 133

M. Carčev, Lj. Nečeva, M. Mirčeva, I. Filipče, P. Georgiev, B. Bajraktarova

Influence of Respiratory Disturbances on Oro-facial System — — — — — 139

FROM PRAXIS

Ѓ. Lajčaroskn, J. Jovanoski

Erythema Fixum — Our Cases — — — — — 145

SELECTION FROM DENTAL LITERATURE — — — — — 151

ANNOUNCEMENTS — — — — — 153

REVIEW OF PUBLISHED PAPERS AND AUTHORS INDEX (period 1977—1980) — 157

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за максилнофацијална хирургија

**ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКИ СОГЛЕДУВАЊА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА
СУБЛУКСАЦИЈА НА ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНИОТ ЗГЛОБ СО
АКРИЛАТНА НАГРИЗНА ШИНА**

Т. Туцаров

Вршени се електромиографски (ЕМГ) испитувања на 79 пациенти што се лекувани од сублуксација на темпоромандибуларниот зглоб (СТМЗ), а со помош на акрилатна нагринна шина (АНШ). Во текот на лекувањето пациентите се советувани да ја носат АНШ околу 6 — 8 саати во текот на денот. Просечното време на лекувањето траеше 29 дена, при што најкраткото време изнесуваше 16, а најдолгото — 42 дена.

Увод

Сублуксацијата на темпоромандибуларниот зглоб е едно од најчестите негови хронични заболувања. Веројатно тоа се должи на современите медицински сознанија, примената на најновите технички достигнувања во стоматологијата, начинот на живеењето, добрата организација на здравствената служба и сл.⁶ Ова заболување што клинички се манифестира како дисфункција на долновиличниот зглоб, секако е придружено со дијагностички, диференцијално дијагностички и терапевтски потешкотии.⁵ Меѓутоа, јасно детерминираната корелација помеѓу некоординираната функција на еден или повеќе синергични мускулни парови од мастикаторната мускулатура и самото заболување, уште како придонесува истите да бидат застапени во поблага форма.

Денес, благодарение на јасните неурофизиолошки сознанија во врска со мастикаторната мускулатура, без која не може да се замисли каква е функцијата на темпоромандибуларниот зглоб, доминира мислењето дека ефектот на секој вид терапија на ова заболување е во директна зависност од степенот на мускулната некоординираност. За да се информираме поцелосно и поточно за таа мускулна (не)координираност, односно за правата мускулна функција, ние се наслонуваме на електромиографските испитувања што ги вршиме: пред, за време и по лекувањето.

Клинички материјал и техника на работата

Електромиографски испитувања се вршени кај 79 пациенти, лекувани од СТМЗ, а со помош на АНШ. Од овој број третирани пациенти, 58 беа женски, а 21 машки пол. Староста на пациентите е во потполна согласност со индикациите за функционално лекување на СТМЗ со помош на АНШ. Нивната просечна старост изнесуваше 15 год. Најмладиот имаше 5, а најстариот 24 год.

Пациентите беа советувани да ја носат АНШ 6—8 саати дневно. Просечното време на лекувањето траеше 29 дена, од кое најкраткото време изнесуваше 16, а најдолгото 42 дена.

ЕМГ-ското испитување вршено е главно на масетеричната мускулатура, а кај поедини случаи и на внатрешно птеригоидните мускули. При овие испитувања користен е двоканалниот електромиограф тип МИОДИНЕ II (француско производство). Акциониот мускулен потенцијал од споменатата мускулатура беше одведуван со помош на иглени електроди. Оправданоста за нивното користење ја согледуваме во можноста за добивање на поефактни и подетални податоци, коишто се значајни при анализата на акциониот потенцијал на секоја моторна единица.^{2,5}

Регистрирањето на акциониот мускулен потенцијал беше синхронно спроведено во следниве стандардни позиции на мандибулата:

- физиолошко мирување,
- централна оклузија (максимално и лесно оптоварување)
- тет а тет и
- максимално отворена уста.

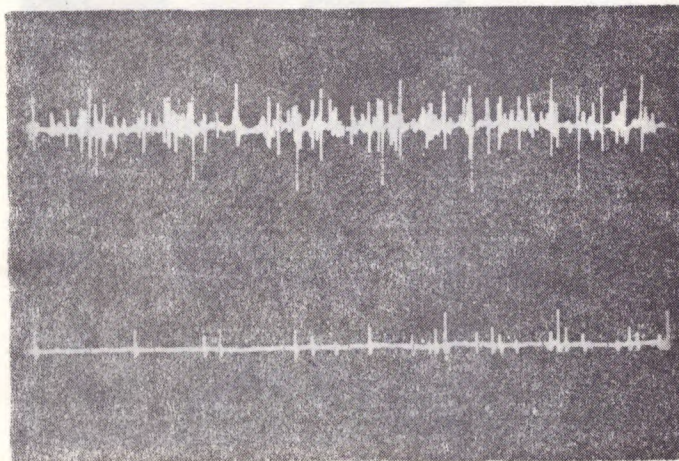
Пациентите се повикуваа во интервал од 4 секунди да ја затвораат устата, како во почетокот, така и осмиот, четрнаесниот и последниот ден од лекувањето. Истиот критериум беше запазен и при ЕМГ-ските испитувања направени 6 и 12 месеци подоцна. Електромиограмите добиени на тој начин беа директно регистрирани и анализирани на електроскопот, а во исто време и звучно верифицирани од истиот апарат. Покажаните параметри од електромиограмите беа квантитативно значајни за јаките асиметри, а поноцна симетрични обострани масетерови инервации.

Резултати

Сигнификантни се добиените резултати на база на клинички и електромиографски испитувања. Од клинички аспект заболувањето како такво исчезна.

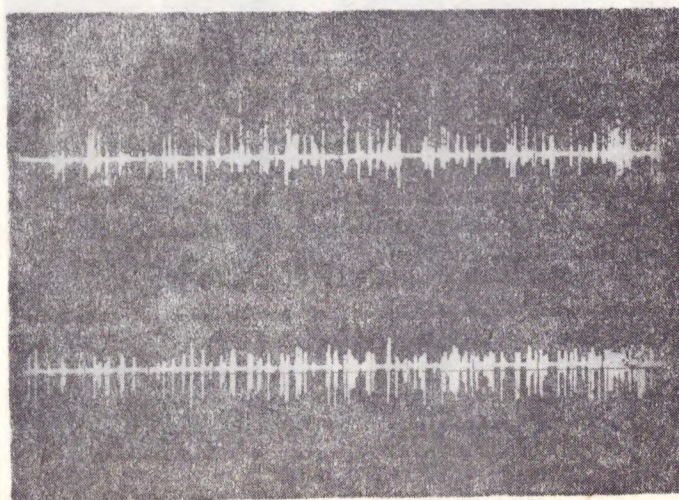
Наодите од електромиографските испитувања ги имаме согледано на следниот начин: кај сите третирани пациенти со АНШ во почетокот на лекувањето се доби асиметричност во ак-

сионите мускулни потенцијали. Разликата помеѓу средните вредности на нивните јачини изнесуваше 1100 — 1300 микроволти, додека средната вредност на разликата на времетраењето на истите изнесуваше 2,3 милисекунди (12,3 — 10 мсек.). Види Сл. 1.



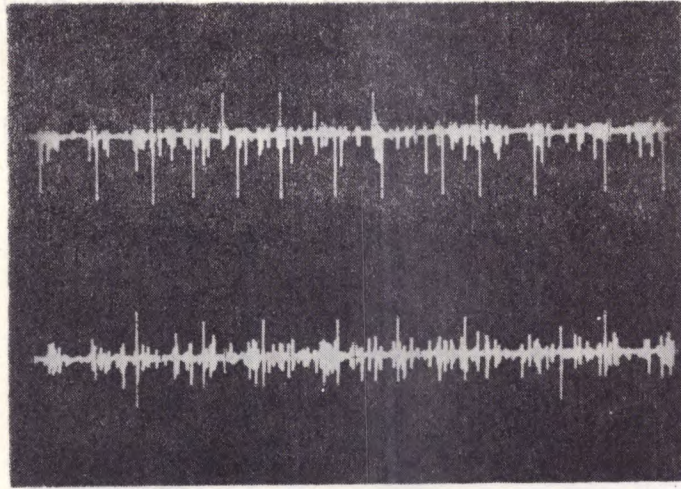
Сл. 1

ЕМГ-ските бележања направени осмиот ден од носењето на АНШ укажаа на намалување на разликата помеѓу средните вредности на јачината на акциониот мускулен потенцијал од обата масетера од 1100 — 1300 на 700 — 800 микроволти. Разликата во времетраењето се смали од 2,3 на 1,8 милисекунди. Види Сл. 2.



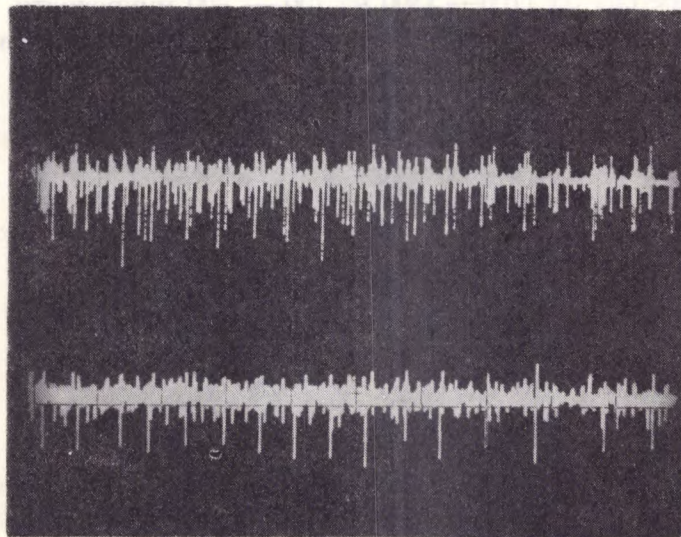
Сл. 2

Четиринаесеттиот ден од носењето на АНШ разликата се намали од 700 — 800 микроволти на 400 — 500 микроволти, а разликата во времетраењето на потенцијалот од 1,8 на 1,2 мсек. Види Сл. 3.



Сл. 3

Последниот ден од носењето на АНШ разликата не е сигнификантна. Таа изнесуваше 170 — 210 микроволти, а времетраењето на потенцијалот од 1,2 на 0,8 мсек. Види Сл. 4.



Сл. 4

Студент тест (t) при овие резултати изнесува 11,9 а p 0,01.

Дискусија

Во функцијата на ТМЗ мастикаторните мускули имаат значајна улога. Тие почиваат на синхронизирана акција, а како резултат на феноменот на реципрочната инервација. Оваа инервација е одраз на синаптичката инхибиција на мноштвото мотонеурони, коишто инервираат мускули антагонисти. Таа се манифестира кај секој вид моторна активност (рефлексна или волна). Најмала промена во споменатата мускулатурна синхронизација доведува до дисфункција на долновиличниот зглоб што најчесто клинички се манифестира како СТМЗ. Секој вид терапија (функционална или хируршка) базира на корекција на нарушената мускулна координација. Бидејќи кај помладите адаптационата способност на миофибрилите спрема новостворената должина, како важен неурофизиолошки фактор, е во поголема мерка застапена, најчесто ја применуваме функционалната терапија и тоа применувајќи ја АНШ.

Резултатите добиени врз база на неурофизиолошките испитувања, при ваков вид терапија, укажуваат на јасни функционални промени што се случуваат во неуромускулната структура. Промените се од екситабилен карактер, а воедно се и перманентни за време на движењето на мандибулата. Со применување на АНШ доаѓа до промени во моносинаптичните масетеро-ви рефлекси што резултираат корекција на постојната мускулна некоординираност во координираност. По повеќедневното нејзино носење доаѓа до нормализирање на координацијата на движењата.^{3,4} Всушност се нормализира латентноста и трајноста на таканаречениот „период на мирување“ на акциониот мускулен потенцијал, што оли во прилог на фактот дека параденталните механорецептори при забните контакти ја исклучуваат автогената инхибиција.¹ Со други зборови, АНШ делувајќи преку мускулните проприоцептори и забните механорецептори доведува до смалување на разликата во јачината на акционите мускулни потенцијали во еден синергичен масетеричен мускулен пар, а со тоа и до излекување на постојната СТМЗ, што е и целта на еден таков вид терапија.

Заклучок

1. ЕМГ испитувањата најезактно не информираат за правата функционална состојба на мускулите.
2. АНШ со активирањето на моносинаптичните мускулни рефлекси односно рецептори и забните механорецептори ја зголемува мускулната некоординираност, со што се доведува до излекување на постојната СТМЗ.

Summary

ELECTROMYOGRAPHICAL CONSIDERATIONS IN SUBLUXATION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT TREATMENT WITH ACRYLIC BITE SPLINT

Treatment of TMJ Subluxation by acrylic bite splint in functional therapy aims, is described. By its usage, reduction of the difference in action potential in the synergic pair of muscles is evident. Our material consisted of 19 patients who were electromyographically examined in terms of the first, eighth, fourteenth and the last day of treatment. Results show significance and Student's test revealed (+) 11,9 while $p \ll 0,001$.

Л и т е р а т у р а

- ispitivanju Doktorska disertacija, 1976 Beograd.
1. BRETMAN, H.: Interrelationship between the electromyographic silent period and dental occlusion. J. dent Res. 47, 502 (1968).
 2. BUCHTAL, F.: Einführung in die Elektromiographie, München — Berlin 1958.
 3. DR7SHLER F.: Neurophysiologische Analyse der Wirkungen okklusaler Interferenzen auf Regulation und Koordination der Kau-muskulatur, Deutsch. Zahnärt. Z. 28, 695 — 704. 1973.
 4. PETER F.: Über die Relation zwischen Kaumuskelkraft und Electromyogram DZZ 24. 1969. Heft 10. 863 — 869.
 5. TUDŽAROV T.: Prilog konzervativnom i herurškom lečenju sublukacije temporomandibularnog zgloba baziranom na kliničkom ispitivanju Doktorska disertacija, 1976 Beograd.
 6. ŠKOKLJEV A.: Artropatija TMZ
Acta Chirurgica 19 : 1, 57 — 69, 1972.

Стоматолошки факултет — Скопје

Клиника за дентална патологија
и терапија

**МИКРОБИОЛОШКИ НАОД НА ПРЕОСТАНАТИОТ ДЕНТИН
ПРИ КАРИЕС ПРОФУНДА СИМПЛЕКС И КОМПЛИКАТА ПО
ПРЕТХОДНА ТЕРАПИСКА ПОСТАПКА**

С. Оџаклиева

Правени се микробиолошки испитувања на дентинот од дното на кавитетот после терапија на кариес профунда. За таа цел испитани се вкупно 250 заби од кои 140 со дијагноза кариес профунда симплекс и 110 со дијагноза кариес профунда компликата. Испитувањата покажаа дека кај КПС по целосното отстранување на кариозните маси и по завршениот медикаментозен третман, микроорганизми се среќаваат само кај 2% случаи.

Кај КПК каде во тек на терапијата на дното на кавитетот оставаме кариозно променет дентин, тој наод по првата фаза на терапија кај 59% е позитивен, а по втората фаза се намалува на 38%.

Денес покрај профилакса на кариесот, неговото санирање е најсигурен начин да се избегнат болките кои ги предизвикуваат пулпините заболувања и сите компликации кои подоцна може да ги предизвика ендодонтски лекуваниот заб.

Физиолошката инфериорност на девитализираниот заб и можноста да стане фокус, пред терапевтот го наметнува значењето на проблемот за профилакса на пулпата. Особено е изразен тој проблем кога кариозниот процес се наоѓа во критичната зона близу до комората на пулпата, кога терапијата е на граничното подрачје помеѓу лекување на кариес и ендодонтско лекување. Во тој случај терапевтот треба да ја оцени ситуацијата на парцијално инфицираниот дентин кој е во близина на пулпата и да ја оцени општата состојба на пациентот и реактивната способност на пулпиниот орган.

Треба да нагласиме дека од инфектот во прв ред зависи успешното санирање на длабоките кариозни лезии. Затоа Предмет на испитување во овој труд е микробиолошкиот проблем во санирање на длабоките кариозни лезии.

Материјал и метод

За оваа студија беа користени вкупно 250 заби кај пациенти на возраст од 20—40 години. Од нив 140 со дијагноза кариес профунда симплекс и 110 со кариес профунда компликата.

За поставување дијагноза прво земавме исцрпни анамnestички податоци за субјективните тегоби од заболениот заб на механички, осмотски и термички дразби, времетраењето и интензитетот на болката, како и кога за прв пат се јавила. Потоа следеа објективните испитувања при што ги користевме сите можни клинички тестови: инспекција, сондирање, термометриско и електрометриско испитување, перкусија и рентгенграфија. Особено внимание посветивме на диференцирањето на длабокиот кариес на симплекс и компликата.

Забите ги поделивме во две групи. Прва група со кариес профунда симплекс и втора група со кариес профунда компликата.

Кај забите од првата група (КПС) при препарацијата на кавитетот целосно ги отстранивме кариозните масти и на дното остануваше тенок слој на здрав дентин.

За тоалета на кавитетот користевме 2% хлорамин и 3% хидроген, а сушевме со тампон и воздух. На дното на кавитетот аплициравме завој од ZnOOC и кавитетот привремено го затвараваме со цинк-оксид фосфатен цемент.

Забите беа контролирани во одредени временски интервали со испитување на виталитет, термички дразби и рентгенолошки.

По период од три недели привременото полнење заедно со ZnOOC го отстрануваме од кавитетот, во асептични услови, а потоа со стерилен борер застружувавме од дното на кавитетот. Струготините со стерилен екскаватор ги стававме во течно хранилиште (тиоглуколат бујон) за микробиолошко испитување.

Препарацијата на кавитетите од втората група заби со дијагноза КПК ја изведовме како и претходната со таа разлика што на дното на кавитетот каде што процесот беше најблиску до пулпата остававме тенок слој на полуразмекнат дентин. Тоалетата ја правевме со калксилор раствор и по сушење на кавитетот на дното аплициравме слој на калксил паста, а врз неа полнење од цинк-оксид фосфатен цемент.

Лекуваните заби ги контролиравме по 14 дена, а потоа еднаш месечно. Контролите се состоеја во земање анамnestички податоци, испитување виталитет, реакција на термички дразби, перкусија и рентгенграфија.

Забите кои во тек на два месеца не покажаа некои неочекувани реакции, во асептични услови ги отворавме, а потоа со стерилен борер внимателно го отстрануваме полуразмекнатиот дентин кој во претходната сеанса го остававме како заштитна бариера на пулпата. Струготините ги ставаме во течно хранилиште (Тиоглуколат бујон) за понатамошна микробиолошка обра-

ботка. Кавитетот го плакневме со калксилор раствор и на дното на кавитетот повторно аплициравме калксил паста и го затворавме со фосфатен цемент.

По период од еден месец го отстранувавме полнењето и на веќе опишаниот начин земавме материјал за микробиолошко испитување.

Материјалот беше обработуван на Институтот за микробиологија при Медицинскиот факултет на следниот начин:

Тиоглуколат бујонот по инкубација од 24 часа на 37°C се пресадуваше на следните бактеоролошки хранилишта: крвен агар со 5% сахароза, ендоагар, Сабоурант агар за габички и хранилиште по Бригс. Сите заедно како и тиоглуколат бујонот (порано веќе инкубиран) понатаму се инкубираа и по 24, односно 72 часа идентифицирани се изолираните бактерии по вообичаените методи.

Санитарите заби со длабоки кариозни лезии од двете форми за кои постоеше протетска индикација за екстракција, послужија за хистолошка идентификација на бактериите во дентинот.

Забните коронки надолжно ги сечевме и парчињата ги декалциниравме во 30% мравја киселина. Од декалцинираните парчиња на Институтот за микробиологија беа приготвувани хистолошки препарати.

Резултати и дискусија

Резултатите кои ги добивме по микробиолошкото испитување на материјалите земени од забите по завршена терапија на КПС, прикажани се на (табела 1)

Табела 1

Mikrobiološki naod po završena terapija
na GPS

	INFIGIRANI	NEINFIGIRANI	VKUPNO
PROJ	3	137	140
%	2	98	

Од неа се гледа дека од 140 испитани случаи кај 98% добивме негативен микробен наод.

Бактериолошка проверка направивме и хистолошки. На препаратите боени по Грам не можеше да се забележи присуство на бактерии во дентинските каналчиња. (слика 1)



Сл. 1

Испитувањата кои ги направија Mc Gregor, Crone, Marsland³ кај длабоките кариозни лезии непосредно по целосното отстранување на кариозно променетиот дентин покажаа присуство на бактерии од 25—36% од испитаните случаи. Разликата во наодите се должи на тоа што ние присуството на микроорганизмите го докажуваме по завршена терапија на КПС. Од тоа може да се констатира дека инфекцијата која во извесен број случаи се среќава и по целосното отстранување на кариозниот дентин, може да биде уништена по медикаментозниот третман.

Втората група заби со дијагноза КПК два месеца по механичката обработка и аплицирањето на калксил ги дадоа следните наоди: Од 110 испитани примероци 45 (41%) се без микробен наод, додека 65 (59%) со позитивен микробен наод (табела 2).

Табела 2

Микробен наод по I фаза на терапија на CPC

	INFICIRANI	NEINFICIRANI	VKUPNO
BROJ	65	45	110
%	59	41	

Crawford, Landhal, King⁴ кај вакви испитувања добиле позитивен микробен наод кај 61⁰%. Резултатите многу не се разликуваат од нашите. Малку поголемиот процент на стерилни наоди кои ние ги добивме, претпоставуваме дека се должи на поригорозното отстранување на инфицираниот дентин.

Од материјалот за микробиолошка проверка беа изолирани поединечно и во асоцијација следните видови микроорганизми: *Streptococcus viridans*⁵⁰, *Streptococcus faecalis*²⁸, *Peptostreptococcus*²⁰, *Lactobacillus*¹⁰, *Candida albicans*¹⁰, *Streptococcus salivarius*¹⁶, *Stafilococcus epidermidis*⁴, *Neiseria*², *Difteroidi*². (tabela 3)

Табела 3

QUALITATIVEN PRIKAZ NA MIKROBEN NAOD PO I PASE
NA TERAPIJA

MIKROORGANIZMI	BRON
STREPTOCOCCUS VIRIDANS	50
STREPTOCOCCUS FAECALIS	28
PEPTOSTREPTOCOCCUS	20
LACTOBACILLUS	10
CANDIDA ALBICANS	10
STREPTOCOCCUS SALIVARIUS	16
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	4
NEISERIA	2
DIPHTEROIDI	2

tab. (4)

Присутноста на микроорганизмите ја потврдивме и хистолошки. На препаратите се гледаат бактерии во поедини дентиски каналчиња (слика 2)

Бидејќи изолираните видови можат да продуцираат ензими придружници на нивната агресивна моќ, сосема е логично дека присутни во покровниот дентин се во состојба со овие свои продукти да ја атакуваат пулпата и доведат до промени во неа. Настануваат воспалителни промени кои водат кон трајно губење на виталитетот на пулпата.

Секако дека главен причинител за ваквиот исход имаат микроорганизмите коишто по терапијата остануваат конзервирани во близината на пулпата. Иако се количински знатно намалени и со терапијата им се променети условите за живеење, во одреден број случаи се способни да ја продолжат својата активност и доведат до промени во пулпата.



Сл. 2

Знаејќи го превентивното значење на пулпата, наодот од 59% нестерилни случаи беше причина ние тераписката постапка да ја продолжиме (дополниме) со цел уште повеќе да ја намалиме микробниот наод.

Досегашната терапија која во нашите испитувања всушност претставува прва фаза во терапијата, односно ја претставува класичната терапија на КПК која во секојдневната практика се применува, ја продолживме во втората фаза која всушност се состои во отстранување на претходно оставениот инфициран дентин што е можно повеќе, со што отстрануваме и добар дел од микроорганизмите во него, а потоа аплицираме калксил

Табела 4

Mikroben naod po II faza na terapija na CPC

	INFICIRANI	NEINFICIRANI	VKUPNO
BROJ	30	50	80
%	38	62	

со цел уште еднаш да го искористиме неговото бактерицидно и стимулативно делување на одонтобластите. За ова испитување користевме 80 заби и резултатите кои ги добивме месец дена подоцна покажаа значително зголемување на стерилните наоди.

Од резултатите на табелата се гледа дека процентот на стерилните наоди од 41% по првата фаза на терапија се зголеми на 62% по втората фаза на терапија. Покрај тоа од микробниот наод прикажан на (табела 5), се гледа дека бројната застапеност на микроорганизмите е намалена, а воедно се забележува и отсутност на поедини микроорганизми и тоа: *Staphylococcus epidermidis*, *neiseria difteraidi*.

Табела 5

KVALITATIVEN PRIKAZ NA MIKROBEN NAOD PO II FAZA
NA TERAPIJA

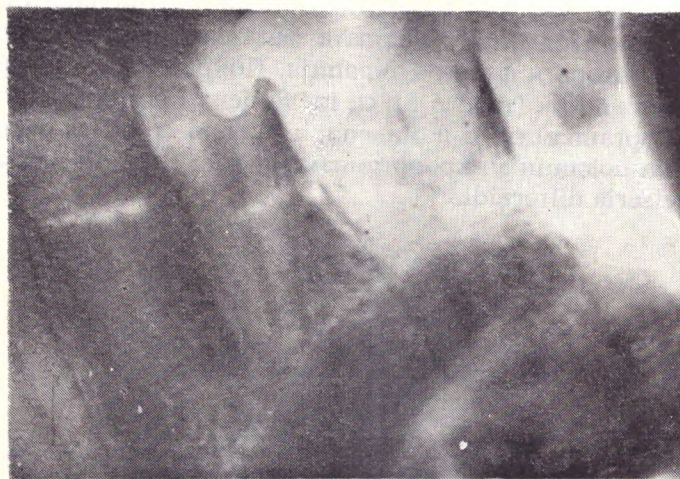
MIKROORGANIZMI	BRON
STREPTOCOCCUS VIRIDANS	29
STREPTOCOCCUS PARVUS	10
PEPTOSTREPTOCOCCUS	9
LACTOBACILLUS	8
CANDIDA ALBICANS	6
STREPTOCOCCUS SALIVARIUS	2
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	-
NEISERIA	-
DIPHTHERIID	-

tab. (4)

Разликата меѓу микробните наоди од првата и втората фаза на терапија е впечатлива. Доаѓа до значително зголемување на стерилните наоди дури до 50% што зборува за придонесот на ваквиот тераписки третман на КПК.

Покрај тоа што со ваквата терапија постигнавме знатно редуирање на микроорганизмите, воедно постигнавме и пого-

лемо стимулирање на одонтобластите што се гледа на рентгено-графиите преку формирање на дентински мост, прикажано на (слика 3 и 4).



Сл. 3



Сл. 4

Состојбата пред и по завршена терапија

Заклучок

1. Изолирани се повеќе видови микроорганизми — сите жители на нормалната усна флора. Доминантно се јавуваат видови на *Streptococcus viridans*.
2. Микробиолошките наоди коишто ги добивме со двофазната терапија на КПК покажуваат квалитативно и квантитативно намалување на микробниот наод. Од 41% стерилни наоди по првата фаза на терапија, процентот порасна на 62% по втората фаза на терапија. Овие резултати ја оправдуваат примената на овој тераписки метод.

Summary

MICROBIOLOGICAL FINDING OF THE REMAINING DENTINE IN CARIES PROFUNDA SIMPLEX AND COMPLICATA AFTER TREATMENT

Microbiological examination of the dentin from the bottom of cavity after therapeutically treated caries profunda was performed. Out of the total of 250 teeth studied, 140 were diagnosed as caries profunda simplex and 110 as caries profunda complicata. Our investigation shows that when CPS is concerned, after a total removal of the carious dentine, after finishing of medicamentous treatment microorganisms can be found in 2% of the cases only. When CPC treating, during therapeutical procedures we left at the bottom of cavity carious dentine. After the first stage of treatment we found in 59% of the cases microbiological funding, while after the second, it was reduced to 38% of the total.

Л и т е р а т у р а

1. Baume L., Conne Ph., Fiore G.
L'état de la pulpe sous la carie dentaire et ses conséquences thérapeutiques ; Rev Fran Odontostomat 17 : 511 — 34. 1970
2. Crone F. L.
Deep Dentinal Caries from a Microbiological Point of view;
Int Dent J: 18, 481, 1968
3. Karađova O. Ščepan V.
Mikrobiološki nalaz u različitim obolenja zuba pre i posle terapije;
Simpozij stomatologa Slavonije i Baranje, 1973
4. King J. B. Crauwor J. J., Lindhale R. L.
Indirect Capping a Bacteriologic Study of Deep Carious dentine in Human Teeth; Oral Surg, 20 : 663 — 1965
5. Shovelton D. S.
A Study of deep Carious Dentine; Int Dent J 20 : 283 — 96, 1970
6. Тавчиовски И. Цветковиќ Н. Одаклиева С.
Биолошко прекривање на пулпата; Зборник V Конгрес на стом. на Југославија, 1972

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за фиксна стоматолошка протетика

ПРИЛОГ КОН СМАЛУВАЊЕ НА ПАРОДОНТАЛНИТЕ ПРОМЕНИ НА НОСАЧИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД ФИКСНО-ПРОТЕТСКИТЕ ИЗРАБОТКИ

Е. Мирчев

Авторот изнесува додатна постапка при изработката на фиксните протези со што дава свој придонес за смалување на воспалителните промени на пародонциумот околу носачите на фиксните протези.

Познато е дека фиксно-протетските изработки со своите гингивални рабови заедно со рабовите од конзервативните полнења што проминираат од кавитетот и лошата усна хигиена се главните причинители на воспалителни промени на пародонциумот околу забите носачи на фиксните протези Eichner K,² Fröhlich,⁴ Körber.⁵

Мислењето дека коронката треба да оди под гингива според некои автори 0.5; 0.75; 1.0, дури и 2.0 мм не е одржливо Ајхнер.¹ Нашиот став дека тоа треба да биде 0.5—1.0 мм само кај случаи со нормален пародонциум, таа должина е најблага и теориски кажано најмалку ја иритира гингивата, а ги задоволува и превентивните и естетските норми. Во секој друг случај треба индивидуално да се постапи. Но колку овој протетски принцип е сочуван во практиката, а да не се предизвика оштетување на потпорниот апарат на забите, особено со драстични постапки при препарацијата, како што изнесува Косовчевиќ⁷ е друго прашање. Лазаревска⁸ изнесува висок процент на воспалителни промени на пародонциумот при што како етиолошки фактор ги наведува протетските изработки. Мирчев⁹ искажува незадоволство од квалитетот на изработките најдени во устата на пациенти од Скопје. Во подоцните испитувања истиот автор (Мирчев¹⁰) нашол кај 62.12% од прегледаните фиксни изработки воспалување на подвижниот пародонциум. На пародонциумот само кај дводелните и штанцаните коронки тој процент е уште поголем и изнесува 71.16%. Körber⁵ во своите испитувања на 413 коронки нашол кај 202 коронки (48.91%) одвоеност од забните трупчиња,

а 95 коронки (23.00%) предизвикуваат воспалителни промени. Hüttner 1971 г., во 56.40% од случаите нашол пародонтални промени. Шабанов¹¹ нашол кај 10,32% воспалителни промени кај забите со коронки и со ран оклузален контакт. Voss 1971 во своите испитувања нашол дека само 15% од фиксните изработки се добро адаптирани рабови. Истиот автор под добро адаптиран гингивален раб подразбира „дека работ на коронката треба така да завршува што никаква пукнатина (меѓу коронката и забното трупче) со обично око не смее да биде видлива или пак да се напипа со сонда“.

Предимензионираните коронки ги растегнуваат циркуларните влакна, го затвораат гингивалниот сулкус, го запираат истекувањето на ткаечната течност што резултира во инфлација и ретракција на гингивата и создава услови за развој на кариозен процес.

Правилно изработената фиксна протеза во лабораторија, дефинитивно аксијално и гингивално димензионирана од страна на терапевтот во ординација, во устата на пациентот е воедно и функционална стимулација и превенција на пародонциумот и целиот организам без нарушување на нервно-мускулната координација. Со тоа се задоволува и биолошко-медицинската концепција на стоматолошката протетика.

Целта ни беше да провериме колку протетските изработки се јавуваат во секојдневната практика како локален иритирачки фактор за појава на видливи воспалителни промени на пародонциумот и нивното разрешување. Знаеме дека воспалителните промени на пародонциумот се најчесто каузални. Настануваат од некоја иритација, траат и се развиваат додека е присутна иритацијата. По отстранувањето на иритацијата во почетокот и тие исчезнуваат без да предизвикаат морфолошки промени, а ако добијат хроничен карактер промените ги зафаќаат подлабоките слоеви и тогаш настануваат потешки, длабоки и ирверзибилни промени.

Метод на работа

Повеќе години практикуваме времено цементирање на готовите фиксно-протетски изработки, односно ги даваме на времено носење пациентите да се служат нормално со нив и тоа најмалку осум дена, како што велиме „пациентот да се навикне на изработката“ протезата „подобро да легне“. По осум дена ја симнуваме протезата и со коректна инспекција објективно ја анализираме состојбата на пародонциумот околу носачите.

Во овој период беа тестирани 237 соло коронки и врски на мостови кај наши секојдневни пациенти, од двата пола и различна возраст. Контролите се правени на сите изработки по осум дена, по три месеци, по една година, а по три години се контролирани 108 изработки колку што се јавија на поканата за контрола по тој период.

Секогаш при предавањето на готовата протетска работа ги советуваме пациентите на кој начин да ги одржуваат протетските изработки, односно правилно да спроведуваат хигиено-профилактични мерки.

Резултати

Добиените резултати се изнесени во табелата, а промените на пародонциумот по првите осум дена се анализирани одделно како циркуларни промени и промени од апроксималните страни.

РЕЗУЛТАТИ ОД РЕГИСТРИРАНИТЕ ИЗРАБОТКИ

БРОЈ НА ТЕСТИ- РАНИ ИЗРА- БОТКИ	промени по 8 дена			промени по			ХИГИЕНА ДОБРА ЛОША
	ДА		НЕ	³ МЕСЕЦИ	¹ ГОДИНА	^{3)*} ГОДИНИ	
	АПРО КСИМАЛ	ЦИРКУ ЛАРНО		ДА	ДА	ДА	
			НЕ	НЕ	НЕ		
237	87	37	113	63 174	77 160	43 65	194 43
%	36,70	15,61	47,67	26,58 73,41	32,48 67,51	39,81 60,18	81,85 18,14

3)* Тестирано 108 К

Дискусија

Од добиените резултати гледаме дека кај 52.32% од случаите, готовите изработки се јавуваат како локални притирачки фактори уште во првите 8 дена од носењето. Тоа зборува дека пробата на изработката во устата на пациентот, како што е вообичаено да ја правиме е недоволна за нејзиното димензионирање и индивидуализирање, а според тоа нема да биде и инкорпорацијата на готовата изработка во организмот успешна.

Воспалителните промени во 36.70% од случаите беа на апроксималните страни како кај соло коронките така и кај врските на телото на мостот со носачите. Тоа зборува дека коронките се апроксимално подебели ја притискаат и растегнуваат гингивата и интерденталните папили.

Веројатно на тоа влијае и некористењето на подвижни работни трупчиња особено кај изработките на соло коронките и немањето на работниот модел подвижна гингива што ќе ја имитира состојбата во устата.

Од испитувањата на Кербер⁵ се гледа дека тој нашол често воспалување од вестибуларната и оралната страна и тоа на долната вилица. Промените од апроксималните страни се резултат на грешките при изработката, а вестибуларно од постојниот контакт на гингивата со акрилатните фасетки.

Изработките со широки гингивални рабови — јасно изразена одвоеност од забното трупче, ги преработуваме.

Воспаленијата на пародонциумот од контактот со акрилатните фасетки во нашиот материјал имаат незначително влијание, бидејќи практикуваме ослободување на гингивалниот раб на коронката од акрилатот таму каде што естетскиот момент не е доминантен. Кога од оправдани причини не го ослободуваме работ од акрилатот на пациентот му ја нагласуваме потребата од уште поголема примена на хигиенски мерки.

Од кога ќе констатираме промени на пародонциумот и нивната локализација, приоѓаме на корекција со застружување на тие места од коронката и тоа истенчување на дебелината, скусување на должината, повторно полирање и дури тогаш одиме на дефинитивно цементирање на изработката.

К. Н. Körber, Lenz, P.⁶ во своите испитувања утврдиле дека дебелината на работ од коронката до 200 микрони е поднослива за пародонциумот иако придружени со локални промени, но без клинички видливи алтернации.

Свесни сме дека оваа „додатна фаза на работа“ е извесно оптоварување за пациентот, терапевтот и техничарот, но по наше убедување врз база на добиените резултати на контролата по три месеци, тоа е оправдано.

По оваа фаза на работа контролата по три месеци дава далеку позадоволителни резултати и намалување на процентот на присутните воспалувања само на 26.58% за разлика од податоците на други автори (Ајхнер,² Фрелих,⁴ Кербер,⁵ Мирчев,¹⁰ Хутнер 1971) кај кои не е правено индивидуализирано димензионирање на работ од коронките.

По наше длабоко уверување, смалувањето на процентот на видливите воспалителни промени за цели 25.74% на контролата по три месеци е резултат баш на индивидуалното димензионирање на дебелината и должината на гингивалниот раб од коронката. На тој начин во голем процент ја спречуваме улогата на фиксните протетски изработки како локални етиолошки фактори во етиологијата на пародонталните алтернации што беше наша главна цел во овој труд. Преостанатиот процент на случаи со пародонтални алтернации не морат да бидат последица од иритацијата на протетските изработки.

Исто така не мислиме дека исклучиво протетските работи се виновни за воспалителни промени на пародонциумот. На него сигурно влијаат доста други причинители од егзогено и ендогено потекло.

Познато е дека пародонтопатијата е после кариесот најраспространето заболување воопшто.

При контролата на изработките по една година најдовме кај 32.48% воспалителни промени. Тоа е повеќе од претходната контрола, но рековме дека понатаму влијаат и други етиолошки фактори, ендогени или екзогени.

Од протетските фактори овде можат да влијаат грешките во оклузијата, артикулацијата и цементирањето.

Според повеќе автори трауматската оклузија не предизвикува директно воспалување на гингивата (Muchlemann 1960, Wiess 1955, Glickmann 1961), но го фаворизира воспалителниот процес настанат од други причини (Orban 1955, Glickmann 1967). Трауматската оклузија ја одбегнуваме со изработка на фиксни протези во артикулатор и индивидуалната реоклузија и реартикулација во устата при пробата, а особено контролата по осум дена. Симнувањето на времено поставената изработка во устата ни дава слика и за оклузалната состојба, појавата на абразивни фасети, места со назначен сјај (места со зголемен допир и триење, односно кондензација на металот) што е можност да ја корегираме и на тој начин да го спречиме штетното влијание на трауматската оклузија на забите, пародонциумот и виличните зглобови.

Цементирањето на коронките и мостовите може да даде реперкусии на пародонциумот во раниот и подоцниот период.

Во раниот период остатоците од стврднат цемент во гингивалниот сулкус ја иритира гингивата и предизвикува воспалување и други објективни и субјективни потешкотии.

Во подоцниот период последиците се појава на микро и макро простори меѓу коронката и трупчето настанати со испирање на цементот и одвоеност на цементираната коронка од демаркационата линија.

Беспрекорно налегнување на коронката преку забното трупче до демаркационата линија може да се постигне само до цементирањето, како што изнесува Ајхнер,¹ а по цементирањето се добива помал или поголем микропростор и незнатно подигнување на загризот, што зависи од гранулацијата на цементот, конзистенцијата на замешаниот цемент и брзината на работата при цементирањето. Финоста на зрната на цементот треба да изнесува за: финозрност до 25 микрона, среднозрност до 50 микрона. Според Деммел (цитир. по Ајхнер и Фос, цементниот слој при употребата на финозрност цемент не смее да биде преку 20 микрони, а за среднозрности цементи преку 50 микрони. Зголемувањето на висината на гризот за 20 микрони не ја чувствува секој пациент. Кај леените изработки тие места ќе бидат абрадирани. Кај порцеланските изработки тоа треба веднаш по цементирањето да се провери со артикулациона хартија и реоклутира за да не дојде до пукање на порцеланот.

Секогаш за цементирање да се користи финозрнест цемент и по дополнителна реоклузија и реартикулација во устата.

За последната контрола на изработките носени од 3 години, на повикот не се јавија сите третирани, од непознати причини. Во овој период контролиравме 108 коронки од кои со промени на пародонциумот 43 или 39,81% што е знак на зголемување на воспалителните промени на пародонциумот. Ова зголемување го сметаме за нормално затоа што за период од три години многу други фактори кои ги споменаваме погоре дошле до израз.

Хигиената на устата и забите кај испитуваните врз основа на клиничкиот наод без употреба на таблети и солуции ги даде овие резултати: кај 81,85% таа беше добра, а кај 18,14% лоша. Овде хигиената е малку подобра отколку во едни наши претходни испитувања (Мирчев¹⁰), а веројатно на неа влијаело и давањето на исцрпни упатства на пациентите за хигиено профилактичките мерки при предавањето на изработките.

Недоволната хигиена на устата и забите како етиолошки фактор во настанувањето на промените на пародонциумот е доста присутна и тоа промените го зафаќаат пародонциумот циркуларно. Кербер⁵ ја става на второ место веднаш по протетските изработки, како предизвикувач на промени на пародонциумот.

Заклучок

1. Изработката на фиксните протези не смее да биде шаблонизирана, напротив индивидуализирана при што мора да се земе во обзир клиничката состојба на забите и пародонциумот, возраста на пациентот, хигиенските навики и др.

2. Технички правилно изработената фиксна протеза, со карактеристична оклузална и аксијална морфологија, тестирана во устата на пациентот, а со тоа и правилно гингивално димензионирана претставува превентивна и стимулативна мерка за пародонциумот и целиот организам.

3. Ниеден современо применуван метод на препарација, отпечатување и изработка на фиксната протеза нема да вроди со задоволителни резултати, ако на тоа факторот човек-терапевт не го внесе сето свое знаење и умешност во индивидуализирањето и вклопувањето на вештачката изработка во устата на пациентот.

4. Вообичаениот начин на пробата на фиксните протези во устата не е доволен (инспекција, оцртување со молив и друго).

5. Хигиенските навики на пациентите не се на висина и на стоматолошкото просветување и хигиена треба да се влијае многу повеќе уште во предучилишна и училишна возраст, а подоцна со исцрпни совети при предавањето на протетските работи, преку разни брошури, дневен печат и телевизијата.

Summary

CONTRIBUTION TO REDUCTINO OF PERIODONTAL CHANGES IN SUPPORTING TEETH INDUCED BY FIXED PROSTHESIS

1. Fixed denture production should not be uniform, on the contrary, consideration of clinical condition of teeth and periodontium, age of the patient, oral hygiene habits etc. should individualize it.
2. Technically correct fixed denture, showing characteristic occlusal and axial morphology tested in mouth, and having correct gingival dimensions is a preventive and stimulative measure to the periodontium and the organism as a whole
3. None of the contemporary methods of preparation, impression taking and fixed denture production will not bear satisfactory results unless the factor -- therapist does not involve his knowledge and skill in the individualization and suiting the artificial device in mouth of the patient.
4. The traditional way of „trying“ the fixed denture in mouth is not satisfactory (inspection, drawing ets.)
5. Oral hygiene habits among patients are pretty bad and stomatological education and habits should be paid more attention in preschool and school age already, and later by exhaustive advice when delivering devices, through booklets, daily print and television.

Л и т е р а т у р а

1. Eichner, K.: Prothetik und Parodontalpropfylaxe, Dtsch. Zahnärztl. Z. 30, 2—13, 1975
2. Eichner, K.: Der Kronenrand und das marginale Parodontium aus klinische, Sicht, Dtsch. Zahnärztl. Z., 24, 741, 1969
3. Eichner, K., R. Voss: Der Kronenrand, Dtsch. Zahnärztl. Z., 26, 7, 1971
4. Fröhlich, E.: Zahnfleischrand und künstliche Krone in pathologisch — anatomischer Sicht, Dtsch. Zahnärztl. Z., 22, 1252, 1967
5. Körber, E.: Nachuntersuchungen ag Hulsenhronen, Dtsch. Zahnärtzu. Z., 27, 7, (1972) 519
6. Körber, K. H. und P. Lenz.: Beitrag zum problem der Randgestaltung von Ersatzkronen, Zahnärztl. Welt/Reform, 69, 440, 1968
7. Косовчевић, М. и сораб.: Заштита пародонциума зуба који носе фиксну надокнаду, Зборних радова читаних на X Стом. Недеља Србије, Приштина 1974
8. Лазаровска, Б.: Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија, хабилитац. труд, Скопје 1972
9. Мирчев, Е.: Корелација помеѓу екстрахираните заби, најденити и потребните протетски престапници, хабилитационен труд, Скопје 1977
10. Мирчев, Е.: Пародонтален наод кај фиксно-протетските изработки Макед. Стомат. преглед 1980 (примен за печатење).
11. Шабанов, Е.: Промени на пародонтот како резултат на предвремен допир кај заби со коронки. Магистерски труд, Скопје 1979

RANDOMYCIN

Има најширок распон на активност и дава 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 ток на лечењето со Randomycin).

Само две дози дневно.

Добро се поднесува.

Во соработка со
PFIZER — NEW YOURK

Произведува



Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за ортопедија на вилицы и заби

ТЕРАПЕВТСКИ ПРИСТАП ПРИ МАНДИБУЛАРНА ИНЦИЗАЛНА ТЕСКОБА

С. Серафимова, Ј. Ѓоргова

Изнесени се терапевтските постапки при мандибуларна инцизална „тескоба“ и се презентирани неколку случаи од клиничкиот материјал. Редукцијата на еден или повеќе заби е еден од методите со кој се настојува да се усогласи дискрепанцата помеѓу базалните и денталните лекови.

Растот и развитокот на краниофацијалниот систем се одвива под влијание на генетскиот фактор, внатрешни и надворешни причинители и постнатални услови на средината од физиолошка и патолошка природа.

Во текот на еволуцијата на стоматогнатниот систем доаѓа до смалување на низа морфолошки елементи. Филогенетската редукција не е секогаш во координација со редукцијата на забите. Редукцијата на вилиците се одвива побргу, а забите како повисоко диференцирано ткиво се прилагодувале поспоро. Резултатот од овие околности е појавата на недостаток на место во денталните лакови за правилно поредување на забите.

Комплексните меѓусебни влијанија на голем број дентофацијални и дентални структури делуваат како фактори што предиспонираат кон стеснетост за време на нормалниот процес на растење.

За воспоставување нормална функционална рамнотежа на потпорните како и околната мускулатура, ортодонтското третирање честопати ја вклучува редукцијата на еден или повеќе заби. Изборот за екстракција зависи од локалните клинички состојби каде спаѓаат дискрепанцата помеѓу денталните и базалните лакови, како и статусот на дентицијата во однос на кранијалната база.

Фронталната мандибуларна регија посебно е подложна на овој терапевтски пристап, а добиените резултати ја потврдуваат правилноста на оваа постапка.

Во студија на 300 малоклузии Neff⁷ најде дека горните антериорни заби се од 18% до 36% поголеми отколку долните антериорни заби. Од тука произлегуваат и неговите настојувања да се направи компензација на сегментите што не се во склад.

Hopkins⁴ констатира дека тескобата на мандибуларните инцизиви е честа појава во нормалниот раст.

Levin⁵ нагласува: „Во едно сме сигурни. Кога сме присилени можеме успешно да третираме случај со три инцизиви. Во својата студија на задоцнета мандибуларна anteriorna стеснетост дошол до заклучок дека не постои статистички сигнификантна врска помеѓу инцизалната стеснетост, полот и класификацијата по Angle. Податоците што ги добил кај пациенти на 12-годишна возраст можат да се употребат за предвидување со скоро 70% точност дали подредувањето на инцизивите ќе се подобри или влоши до 18 години.

Компромисниот ортодонтски третман може да даде добри функционални и естетски резултати. Стабилен и хармоничен ортодонтски третман делува превентивно на периодонциумот, темпоромандибуларниот зглоб и неуромускуларниот механизам.

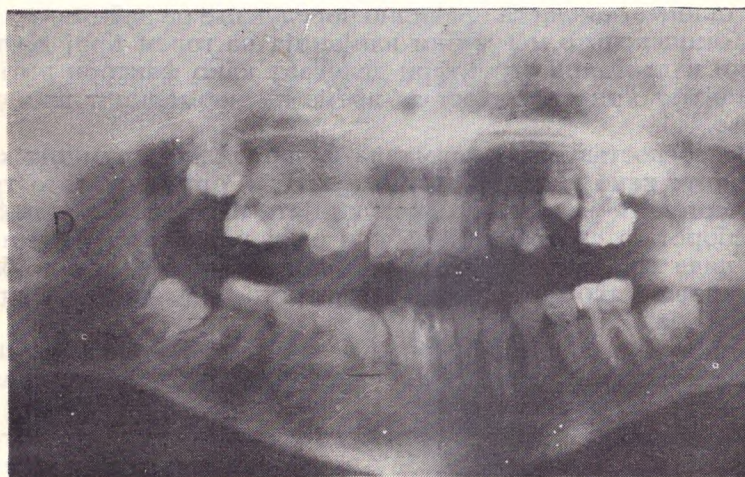
Материјал и метод

При донесување одлука кој инцизив да се екстрахира ја користевме претпоставката на Bahreman².

1. Каков е односот на anteriornите заби.
2. Состојбата на периодонциумот на забите.
3. Односот на средините на максиларните со мандибуларните заби.

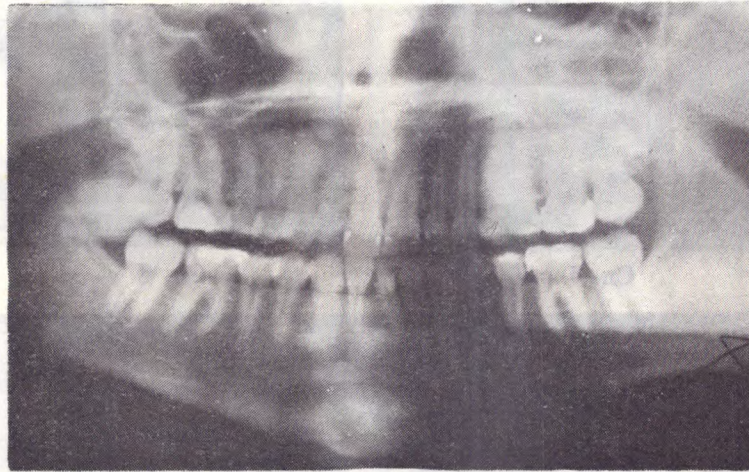
Од нашата казуистика издвоивме неколку случаи со различна етиологија, клиничка слика и терапевтски пристап.

Случај Јб. Д., со бр. на ист. 976, на 10-годишна возраст, со дијагноза мандибуларна anteriorna стеснетост I класа и мален интерканински простор. Средината беше поместена кон ле-

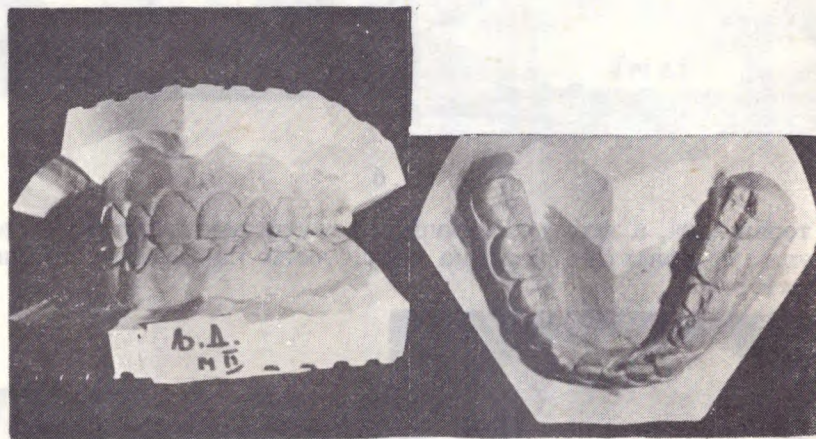


Сл. 1

во. Извршена е екстракција на мандибуларен десен централен инцизив, поради лабијалната поставеност и канално полнење на истиот. На слика 1 и 2 се прикажани ортопантомографски снимки пред почетокот и по ортодонтската терапија, а на сл. 3 е завршниот модел од истата пациентка.



Сл. 2



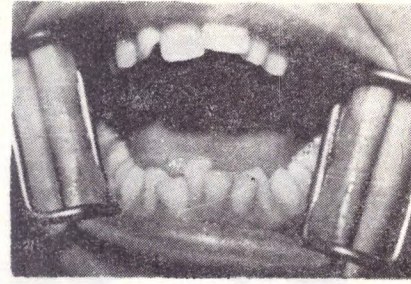
Сл. 3

Случај 3. Г., бр. на ист. 847, на 22-годишна возраст, со бимаксиларна стеснетост. Интерканинскиот простор во мандибуларниот забен лак е намален за 5 мм. Мандибуларниот лев централен инцизив е поставен лингвално надвор од алвеоларниот лак. Во тераписка цел ги екстрахиравме двата максиларни први премолари и мандибуларниот централен лев инцизив. На сликите 4, 5 и 6 прикажани се фотосите на пациентката пред почетокот и на крајот на терапијата.

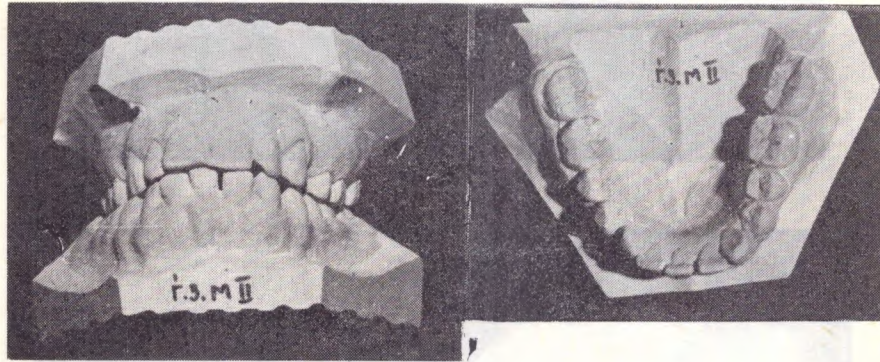
Случај М. П., на 21-годишна возраст, со бр. на ист. 210. Постоеше мандибуларна anteriorna стеснетост, анодонција на максиларните латерални инцизиви, гингивитис и наслаги од забни конкременти. На слика 7 е прикажан пациентот пред почетокот



Сл. 4

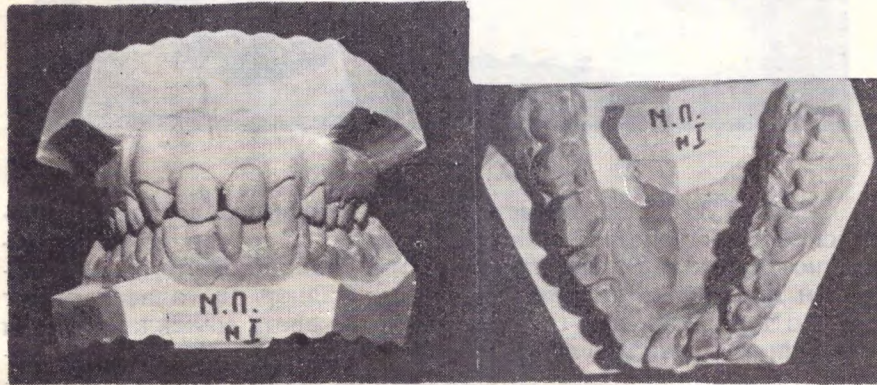


Сл. 5

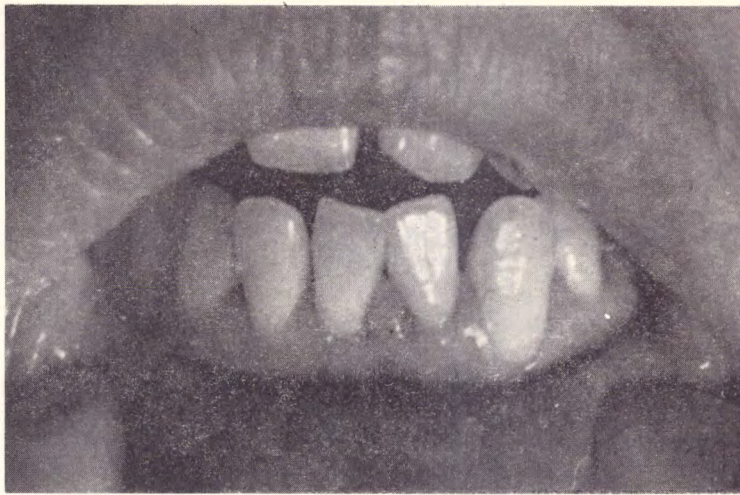


Сл. 6

на терапијата, а текот на терапијата го гледаме на слика 8 каде сè уште се присутни знаци на нарушување на забно-потпорните структури.



Сл. 7



Сл. 8

Дискусија

Познато е дека целта на ортодонтската терапија е воспоставување нормална функционална оклузија со рамнотежа на потпорните структури и околната структура.

Смалената должина на денталните лакови и бројната состојба на забите наметнува голем број проблеми кои бараат компромиси за постигнување на основни форми на биолошката целина.

Состојбата на перодонталното ткиво, позицијата на забот во денталниот лак, како и воспоставување на хармоничен изглед, беше императив во изборот за екстракција.

Кај сите случаи со мандибуларна антериорна стеснетост се одлучивме да го екстрахираме оној инцизив кој е поставен полабијално и надвор од лабијалниот лак. Одлуката за екстракција ја донесовме во согласност со искуствата и ставовите на повеќе автори^{1, 2, 5}.

Во максиларна инцизална стеснетост текот на третманот го насочуваме кон екстракција на првите премолари што е веќе испитан метод од низа терапевти.^{1, 6, 3} Меѓутоа, присутноста на кариозни лезии во некој од бочните заби, честопати ја наметнувааше терапијата во друга насока.

Понатамошната терапија се одвиваше со помош на мобилни активни апарати.

Заклучок

Третманот при мандибуларна антериорна стеснетост со испитаниот екстракционен метод заслужува подлабоко анализирање и размислување при терапевтскиот пристап.

Екстракцијата на мандибуларни инцизиви се употребува само како компромисен метод, ако крајниот резултат ги исполнува барањата за поздрава дентиција, функционална е естетска хармонија во склад со околните структури.

Conclusion

THERAPEUTICAL APPROACH TO MANDIBULAR INCISAL CROWDING

We present mandibular anterior crowding treatment with extraction in cases out of our everyday casuistics.

Extraction of mandibular incisors is only a compromise treatment if the final result fulfills the demands for more normal dentition and esthetic harmony considering the surrounding structures.

Л и т е р а т у р а

1. Brandt, S. and Safirstein, R.: Different extractions for different malocclusions, Am. J. Orthod. 68 : 15, 1975.
2. Bahreman, A. A.: Lower incisor extraction in orthodontic treatment, Am. J. Orthod. 72 : 56, 1977.
3. Hotz, R. Orthodontie in der täglichen Praxis, Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1970.
4. Hopkins, S. C.: Inadequacy of mandibular anchorage 5 years later, Am. J. Orthod. 46 : 443, 1960.
5. Levig, S.: An indication for the three incisor case, Angle Orthod. 34 : 16, 1964.
6. Marković, M.: Biološki osnovi ortodoncije, OOS 1976.
7. Neff, C. W.: The size relationship between the maxillary and mandibular anterior segments of the dental arch, Angle Orthod. 22 : 146, 1975.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за орална хирургија

ОПРАВДАНОСТ НА ПЛАНИРАНАТА ЕГЗОДОНЦИЈА ОД МЕДИЦИНСКО-ХИРУРШКИ АСПЕКТ

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

Имајќи предвид дека егзодонцијата претставува најфреквентна орално-хируршка интервенција, како и фактот што истата се изведува во секакви услови, без претходни сознанија за општата здравствена состојба на болниот, не водејќи сметка за останатата дентиција и последиците од тоа, се наметнува потребата од постудиозен начин не само во приодот, туку и во потребата од преземање мерки за изведувањето. Од тие причини според ставот на клиниката за орална хирургија во Скопје, егзодонцијата треба да се третира секој пат како строго медицинско-хируршки метод кој има карактер на највисока професионална издржаност.

Егзодонцијата е еден од тераписките методи, често употребан во оралната хирургија и е во групата на ургентните интервенции. За жал таа се' уште се изведува со површен пристап, често на инсистирање на пациентот без да се размислува за состојбата на останатата дентиција и општата здравствена состојба, без да се скицира план за натамошна стоматолошка терапија, да се проценат можностите за хируршко-конзервативна помош или пак да се согледаат општите последици за организмот.

Раководени од овие сознанија, егзодонцијата според концепцијата на клиниката за орална хирургија во Скопје претставува медицинско-хируршки метод, кој има карактер на највисока професионална издржаност и одговорност. Од тие причини сугерираната, од нашата страна програмирана егзодонција, која претставува еден посовремен начин, не само во приодот туку и во потребата од преземање мерки за изведувањето, дозволува согледување на бројни показатели не само од локално, туку и од општо значење, важни и тесно поврзани со екстракционата постапка.

Согледани во еден контекст на мерки, овозможуваат намалување на непотребните ризици во случаите на непланираната егзодонциона постапка, спроведувајќи ги дозволуваат конкретни

реални претпоставки за нормален ток на егзодонцијата, за оптимално постигнување во границите на можното, услови за воспоставување на нарушената, не само статичка туку и динамичка дентална, како и максилофацијална рамнотежа.

Респектирајќи ја сериозноста на наведените причини, кои сметаме дека не се единствени, но затоа се доволно сериозни да ја потврдат оправданоста на планираната егзодонција како најправилен медицински став, по направените комплетни клинички и параклинички испитувања, како и коректните проценки за успехот од интервенцијата и евентуалните последици.

Методологија на работа

За согледување на оправданоста на нашиот став, на група од 100 пациенти со претходно екстракционо искуство, кои прв пат доаѓаат на клиниката за орална хирургија, направени се испитувања пред и по извршената егзодонција.

I. Пред егзодонција:

1. детален клинички преглед,
2. рентгенолошки испитувања,
3. лабораториски испитувања,
 - а) време на крварење,
 - б) време на коагулација,
 - в) Се,
 - г) гликемија,
 - д) РР

II. Анкетирање — извршено по направената егзодонција во врска со личните проценки за спроведената проценка.

Материјал и дискусија

Постапувајќи на овој начин имавме можност да забележиме дека извесен број од пациентите за екстракција на забите, не само тие „поставени“ од страна на пациентите, туку и оние поставени од страна на лекарите стоматолози при еден површен преглед, даваа можност за еден конзервативен, а во одреден број случаи и за конзервативно хируршки третман.

Ваквите наоди можеби се разбирливи и прифатливи само кога се во прашање индикациите за екстракција „поставени“ од страна на пациентите кои се граничат и со инсистирање забот да се екстрахира, ценејќи при тоа дека со тоа ќе завршат честите закажувања и презакажувања во амбулантите, како и фактот што на тој начин ќе ја прекинат залудната потрага во остварувањето на желбата да бидат прифатени од некој лекар стоматолог во еден подолг временски период. Наоѓајќи оправдани мотиви за ваквото однесување на пациентите, не можеме,

кога е во прашање однесувањето на стоматологот, да најдеме оправдување во полна смисла на зборот, бидејќи проблемот е и од етичка природа.

Со оглед на тоа што станува збор за пациенти кои имале претходно екстракционо искуство, нашите клинички и рентгенолошки испитувања укажаа на потребата од дополнителни хируршки интервенции на процесус алвеоларис за протетско згрижување во 12 случаи како и задолжителен хируршки приод во 9 случаи на резидуални радикуларни цисти. Познавањето на здравствената состојба на болниот претставува неопходност за правилно изведување на егзодонцијата без ризици, дотолку повеќе што овозможува преземање на превентивни мерки. Нашите сугерирања најдоа и резултатски оправдувања во евидентираниите промени на вредностите на повеќе биолошки функции.

Добиените податоци од клиничката лабораторија ги дадоа следните отстапувања:

- време на крварење (Düke) продолжено за 2 мин. кај 7 случаи,
- време на коагулација (Turk) продолжено кај 3 случаи,
- Се забрзана кај 4 случаи,
- гликемија кај 2 случаи и
- зголемени систолни вредности пред егзодонција во 32 случаи и во 8 случаи по егзодонцијата.

Случаите со променети биолошки вредности претставуваат неретко контраиндикации за егзодонција и упатуваат на преземање соодветни медицински мерки. На тој начин ценејќи ги клиничкиот и рентгенолошкиот преглед, како и лабораториските вредности, во еден програмиран приод кон индикациите за егзодонција овозможуваме избегнување на нежелните ризици и подигнувајќи го на тој начин личното професионално ниво, го заштитуваме здравјето на болниот.

Направената непретенциозна анкета по извршената егзодонција на групата испитаници со цел да ги изнесат личните впечатоци од третманот на клиниката, во 97% од случаите добиваме одговори, како што се:

- за почитување е сериозниот однос на лекарите,
- ми чини големо задоволство ваквиот прием и третман,
- пријатно сум изненаден и се чувствувам почестен,
- имам впечаток дека сега сум посигурен,
- на ваква грижа досега не сум наишол и заради тоа имам нескриена доверба.

Искажувањата на пациентите очигледно укажуваат на тоа дека нашата постапка ја оценуваат позитивно. Од тие причини како и од наодите на нашите клинички и параклинички испитувања, може како заклучок да потврдиме дека прашањето за егзодонцијата треба секој пат да се третира како строго програмирана медицинска интервенција. Со оглед на тоа ваквата пос-

тапка има одраз и врз психата на болниот, таа и во воспитно делува и не само тоа туку се одразува позитивно и на професионалната свест на лекарот давајќи му сатисфакција за оправданоста на вложениот труд.

Summary

THE IMPORTANCE OF PLANNED EXODONTIA FROM MEDICO-SURGICAL POINT OF VIEW

Considering the fact that exodontia is the most frequent orosurgical intervention, its accomplishment under different circumstances, the lack of knowledge of the entire patients health condition in advance, taking no consideration of the other teeth and resulting consequences, there is a growing need of more studious way into both, the approach and the measures for its realisation.

Consequently, The Clinic for oral surgery in Skopje has the point of view that exodontia ought to be treated permanently as a strictly medico-surgical method with a character of the highest professional care.

Л и т е р а т у р а

1. Aldus, A. E. M.: Indications for Tooth Extractions, Nederlands Tandartz, 14 : 379 (1969)
2. Eisemann, B.: The Role of the Dentist in the Diagnosis and Prevention of Cerebrovaskular Acidents, Or. surg, Or. med, Or. Path 16 : 1174 (1963)
3. Kranz, P. P.: Chirurgie das praotischen Zehnarrztes, Ed. J. A. Barth Leipzig (1967)
4. Popescu, V.: Chirurgie buco-maxillo-faciala, Bucurseti (1967)

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за стоматолошка протетика

**АКРИЛАТЕН ЗАГРИЗЕН ШАБЛОН КАКО МЕГУФАЗА ВО
ЗЕМАЊЕ НА ДЕФИНИТИВЕН ОТПЕЧАТОК ПРИ СЛУЧАИ СО
ПАРЦИЈАЛНА БЕЗЗАБОСТ**

Е. Петкова, И. Богдановски, М. Фиљански, Е. Јанкуловска
Ј. Чаловска, П. Шуков

Се опишува изработка на парцијална протеза и земање отпечаток со помош на акрилатен загризен шаблон. Акрилатниот загризен шаблон ни служи за земање на дефинитивен отпечаток при истовремено одредување на висината на загризот во релаксирана состојба на мимичната мускулатура. На овој начин се добиваат високо квалитетни забни протези како резултат на оптималното користење на базалниот фундамент и адаптација на ткивото на усната празнина како и физиолошката реконструкција на меѓувилничниот однос.

Отпечатоците како примарна фаза во конструкциите на протетската рехабилитација поминале низ повеќе степени на еволутивно усовршување по начинот, методот, материјалот и лажиците со кои се земаат.

Начинот на земањето на отпечатокот, како и средството со кое се земаат се повеќе доминантни и одлучувачки за квалитетот на забнопротетската конструкција и со сигурност може денеска да се каже дека добар отпечаток ни обезбедува најмалку 50% од квалитетот на дефинитивното протетско помагало.

Постојат повеќе видови отпечатоци и тоа по материјалот со кој се земаат, по начинот и методот, како и функционалните карактеристики и лажиците — односно средствата со кои се земаат. Отпечатокот е негатив добиен од усната празнина на пациентот од кој со дуплирање и излевање добиваме позитив кој ни ја симулира состојбата во усната празнина, на поедини делови или органи. Методите со морфолошко-статички или функционални карактеристики носат низа предности и добри вредносни резултати само тогаш ако се работи правилно и ако се почитуваат технолошките барања на материјалот со кој се зема отпечатокот. Не смеат да се пренабрегнуваат и поедини недостатоци или непожелни грешки кои можат да се појават.

Најдобар и најадекватен отпечаток можеме да добиеме во оптимално и релаксирана состојба на мускулатурата на oro-facialniot систем ако не се бараат некои функционални вредности кои се добиваат во посебна отпечаточна постапка.

При земањето на отпечатоците користиме разни видови лажици: стандардни, метални за анатомски парцијален или тотален, со целосна забна низа или делумен. Но, сепак постојат и низа други отпечатоци кои се земаат и со друг вид лажици. Стандардно-универзалните лажици се неадекватни и не даваат адекватно квалитетен отпечаток, бидејќи немаме адекватна дебелина на отпечаточната маса — и како резултат на неадекватната сумирана волуменска промена микроскопски се одразува на идентичноста на позитивот — односно моделот. Затоа овие лажици можат да се користат за првиот прелиминарен — морфолошки (Богдановски)³ отпечаток, кој ќе послужи како основа за изработка на адекватна лажица за дотичната индивидуа. Постојат и се изработуваат индивидуални лажици кои даваат добри отпечатоци кои ги немаат недостатоците на стандардно универзалните лажици.

Посебен вид лажици се на Schreine Madhers што ги опишува Schulz¹² кои доаѓаат во сетови и даваат високи функционални вредности. Но, сите овие лажици имаат недостаток што со нив се зема отпечаток при отворена уста и иритативно се делува на орофацијалната мускулатура при што се појавува еден степен на ригор како противтежа на надразнувањето.

За да се избегне иритативниот момент и притоа да се земе отпечаток во состојба при затворена уста, фирмата Ivoclar ги препорачува Бимаксиларните лажици Богдановски,² Суџин,¹⁰ Schwarzhopf,¹¹ при што имавме низа предности на таканаречената Ivotray отпечаточна постапка.

Овој метод ни дава функционално оптимални вредности во затворена состојба и адекватно одреден — реконструиран интермаксиларен сооднос, а можеме да ја користиме при тотално или делумно протезирање.

Прашањето на адекватен отпечаток при приближно точно одреден меѓувеличен однос и затворена уста посебно при парцијална беззабост е предмет на нашиот интерес.

Наоѓајќи се пред непосредна задача во протетската рехабилитација при парцијална беззабост и изгубен меѓувеличен однос, Марик — Косовчевиќ,⁸ кај нас како примарна задача се поставува реконструкција на висината на загризот и адекватен отпечаток во таа состојба — состојба која примарно ќе ни гарантира високи функционални и превентивни вредности.

Реконструкцијата на висината на загризот може да настагне по низа начини — и методи, како етапно така и едновремено, како што истакнуваат низа автори: Суџин,⁹ Брановачки,⁶ Богдановски,¹ врз основа на функционални физиолошки и морфолошки методи (начини).

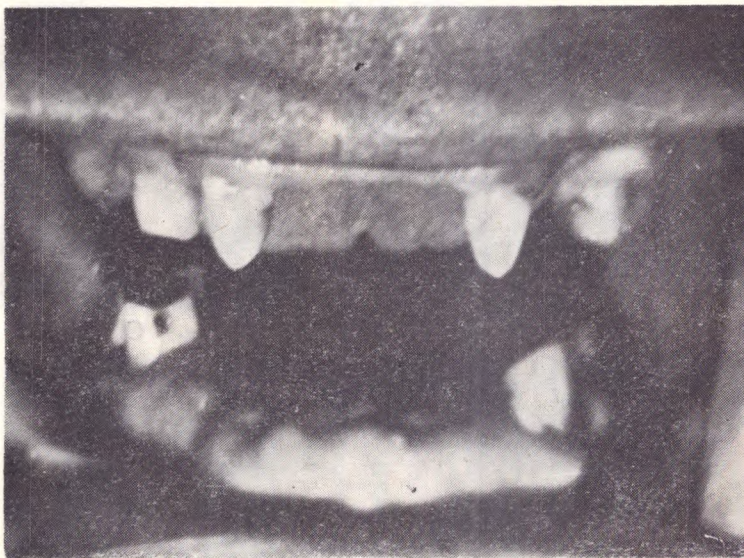
Сепак, како што истакнува и препорачува Gerber,⁷ една од основните морфолошки карактеристики е соодносот на caritu-

lium mandibularis — неговиот момент на зглобната јамичка Fossa mandibularis — s — F. glenoidalis (цит. Богдановски) и фиксирање на состојбата во отпечатошна процедура, а притоа да се прилагоди на најадекватната физиолошка состојба на виличниот зглоб.

Оваа состојба најдобро може да се обезбеди со добар и прецизен отпечаток — восочен загризен шаблон и дефинитивен акрилатен загризен шаблон кој ќе ја обезбеди реконструираната висина на загризот и ќе ни послужи како основа (лажица) за дефинитивен отпечаток.

Метод на работа

Кај пациенти кај кои дошло до губење на меѓувеличното растојание како резултат на делумна загуба на забите, по извршениот клинички и Rtg. преглед пристапуваме кон земање на анатомски — ситуационен отпечаток на горната и долната вилица.



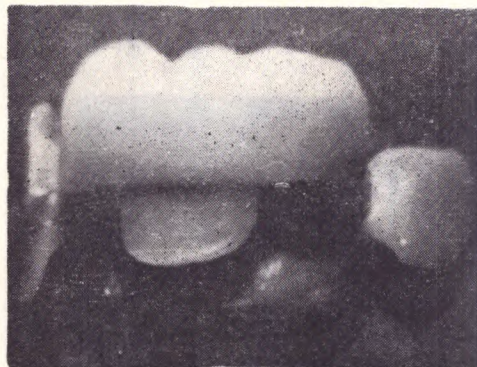
Сл. 1

Отпечатокот го земаме со стандардни метални лажици најчесто комбинација со еластомери (Фифански и Сор).¹⁵ Се излеваат модели од тврд гипс — со што симулира состојбата во усната празнина. Излевањето на моделот од тврд гипс е погрешно, бидејќи моделите ќе ги користиме за изработка на загризни шаблони од тврд материјал — во конкретниот случај со акрилат.

На моделите се изработуваат загризни шаблони од восок и се реконструира изгубениот меѓувеличен однос врз критериумите на физиолошки, функционални и антрополошки методи.

Притоа, правиме контрола на местоположбата на *coritulum mandibulae* во *fossa mandibularis* преку — томографска снимка. Отстапувањето во оваа смисла се корегира со додавање или одземање од восочниот загризен шаблон за да добиеме центричен однос на долната вилица спрема слепоочната коска, а сето тоа во согласност со естетско физиолошките и физиономските критериуми. Извршената реконструкција ни претставува појдовна основа за реконструкција на цвакалната рамнина, Богдановски — Фиљански⁵ и др., а восочните загризни шаблони се заменуваат со акрилат во техника и добиваме акрилатни загризни шаблони.

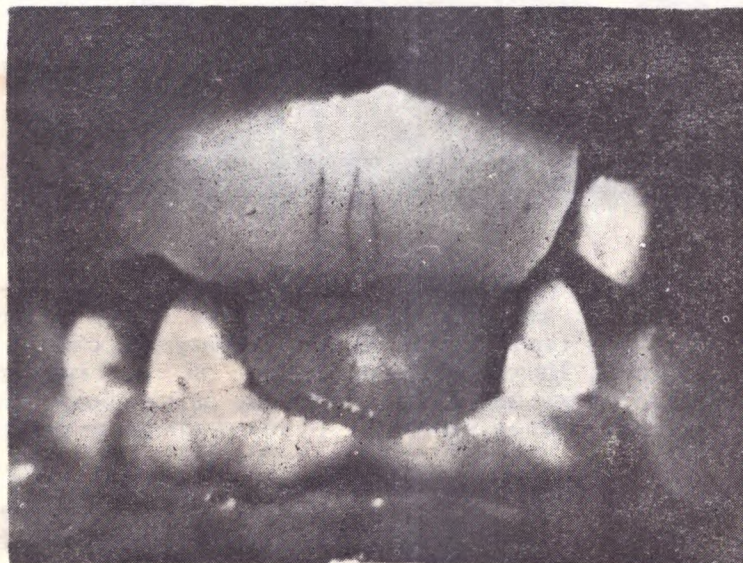
Акрилатните загризни шаблони се напасуваат (корегираат) во усната празнина и дефинитивно е фиксирана висината на загризот.



Сл. 2



Сл. 3



Сл. 4

Се врши препарирање на планираните природни заби кои ќе служат како носачи чии врски за сидрење за едната парцијална фиксна или мобилна забна протеза. Вршима дефинитивна корекција и отворање на гингивалниот сулкус по познатите методи и подготовка за земање отпечаток.

Замешчуваме одредена количина Еластомер „Optosil”, во вид на ролна се поставува во пределот на алвеоларниот гребен и денталната регија на загризниот шаблон и се зема отпечаток со затворена уста и реконструирана висина на индивидуална централна оклузија која претходно сме ја реконструирале. По стврдување на Еластомерот заедно со акрилатниот загризен шаблон се вади од устата, се анализира и суши и со син или зелен „Nantopren” се зема дефинитивен отпечаток. Отпечатокот



Сл. 5



Сл. 6

заедно со акрилатниот загризен шаблон се излева и поставува во аклудатор или артикулатор, каде дефинитивно се фиксира висината на загризот добиена со индивидуалната централна оклузија и се пристапува кон дефинитивна изработка на планираната конструкција.

Дискусија

Проблемот на адекватна одредена висина на загризот и неговото пренесување на работните модели по завршната отпечаточна постапка, секогаш има можност за неточности, ако се работи со меки материјали, во прв ред восоци.

Ваков отпечаток лесно може да ни даде реперкусија на дефинитивниот квалитет на забно-протетската изработка, ако се работи со восочни загризни шаблони или восочни загризни траки кои лесно се деформираат при вадењето од устата или како резултат на омекнување од топлината на усната празнина.

Восочниот загриз често е неадекватен како во височина така и во однос на индивидуалната централна релација од функционална и превентивна вредност на протетската конструкција.

Методот на отпечаточна постапка со акрилатен загризен шаблон ги има сите вредности како кај Ivotray постапката, а тоа се:

— Учествува во оформување на базалниот фундамент и доведување на вилиците во физиолошки рефлектарен интермаксиларен однос. Отпечаточната маса навлегува во најдлабоките физиолошки празнини рецесуси кои нормално не можат да бидат опфатени со постојните методи на отпечаток како последица на контракција на мимичната и мастикаторна мускулатура, а пречат и прстите на лекарот. Јазикот се повлекува дисто-каудално при што ја влече долната вилица во максимален физиолошки однос кон максилата и кординатите на главата, цит. Богдановски, а за кое голем придонес има земање на отпечатокот во загриз при одредена висина.

Заклучок

Покрај низа познати техничко-технолошки решенија на отпечаточната постапка, така по методот и материјалот со кој се зема претставува една од најбитните фази во изработка на протетската конструкција. Таа треба да биде брза, ефикасна, точна, а притоа да биде прифатлива и помалку неугодна за пациентот.

Лажицата, средството со кое се зема отпечатокот, треба да зафаќа помалку простор, да не пречи на функцијата и физиолошките движења на јазикот, образите и останатите ткива на усната празнина за да добиеме најадекватен отпечаток.

Ова најдобро ќе се постигне при користење метод на отпечаток при затворена уста, со претходно одредена висина на загриз и употреба на акрилатни загризни шаблони.

Акрилатните загризни шаблони се користат како функционална лажица за дефинитивен отпечаток, при што најфункционално ќе се оцртаат сите импресии од органите и ткивата на усната празнина.

Summary

ACRYLIC BITE PLATE — INTERFASE IN DEFINITIVE IMPRESSION TAKING IN CASES WITH PARTIAL TOOTHLESSNESS

Production procedure for partial dentures with acrylic bite plate impression taking is described. The acrylic bite plate is used for definitive impression taking and in the same time the bite height in relaxed position of the mimic muscles is assessed.

This is the way to maintain a high quality prosthesis, resulting from the optimal usage of the basal fundament, the adaptation of oral cavity as well as physiologic reconstruction of the interjaw relation.

Л и т е р а т у р а

1. Богдановски И.
„Корекција на вертикалната димензија по емпираското одредување на висината на гризот и централната оклузија кај пациенти со тотална беззабност“.
Хабилитационен труд, Скопје 1977.
2. Богдановски И.
„Изработка на тоталните забни протези по методот на отпечаток Ivotray — техничко технолошкиот метод на Ivoclar“.
Македонски Стоматолошки преглед, 1 — : 59 — 65, 1977.
3. Богдановски И, Фиљански М, Шуков П, Кузмановски Н.
„Проширување на базалниот фундамент кај долна тотална протеза со перлиминарен интермедијарен отпечаток“.
Макед. Стоматолошки преглед, 3—4 : 95—10, 1977.
4. Богдановски И., Бојадиев Т. Петровски С., Мирчев Е, Селанов В.
„Естетска и функционална рехабилитација кај пациенти со снижен загриз“.
Зборник на трудови V кон. СЈ. 811—815, 1975.
5. Богдановски И, Фиљански М, Бојадиев Т, Петкова Е.
Корекција аклузалне равни тоталних протеза помеѓу цефолометри-ских процедура XII стом. недела Србија, Нови Сад 1979 г. во печат.
6. Брановачки Д.
„Зубна протетика, тотална протеза“
„Научна книга“, Београд 65—96, 1974.
7. Gerber A.
„Die Behandlung der Kiefergelenk storungen in der Prothetik.“
Sx. Msshsr. Für Zahnleil kunde 83; 1 : 31 — 40, 1973.
8. Марић Б. Косовчевић М.
Стоматолошка протетика, парциална протеза; Научна књига, Београд 58—65 1972.
9. Сувин М.
Стоматолошка протетика I, Школска књига; Загреб 63—72, 107—118; 1963.
10. Сувин М. Никшић Д. Краљевић К. Вуковојац С.
„Отисни поступак по Ivotray-вој методи и Ortomat универзал у мобилној протетици.“
ASCRO 8 : 161—168, 1974.
11. Schwarzcopy. A.
„Modelqueinung bezalnter und zahnbaser Kiefer mit dem neuen Mund obfor on gerät SR Ivotray“
IVOCLAR CIRKULAR1 —5, 1956.
12. Schulz H.
Die totale prothese
Verlad neuer Merkur GMBH Mü nichen 52—54, 1975.
13. Фиљански М., Богдановски И., Дејановски К.
„Еластомери и нивна примена во протетиката“.
МПС 1—2 : 65—73, 1979.



Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за болести на устата
Медицински факултет — Скопје
Институт за патологија

КВАНТИТАТИВНА ЗАСТАПЕНОСТ НА КИСЕЛИТЕ МУКОПОЛИСАХАРИДИ ВО ГИНГИВА КАЈ БОЛНИ ОД ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА ВО ЗАВИСНОСТ ОД КЛИНИЧКИОТ СТАДИУМ

В. Димитровски, Е. Урумова, Б. Лазаревска, М. Симоновски

Кај 61 болен од прогресивна пародентопатија и 10 здрави лица во биоптичен материјал земен од гингивата, беа извршени хистохемиски испитувања на киселите мукополисахариди во сврзниот комплекс на гингивата.

Најдена е редуција на истите во основната супстанца и ретресеност на базалните мембрани во I клинички стадиум на заболувањето, разградување и нарушен интегритет на базалните мембрани во II клинички стадиум и потполно губење на мукополисахаридите од основната супстанца во III стадиум. Врз база на горните наоди формиран е заклучок за изразени метаболични нарушувања во сврзниот комплекс на гингивата кај болни од пародонталната болест.

Повеќегодишните проучувања кај патогентските механизми кои ја детерминираат прогресивната пародентопатија, дадоа посебен акцент на иницираните метаболични измени во сврзвачката структура и основната супстанца на пародонталното ткаење. Пројавувајќи респект кон сознанијата на поголем број автори, кои се однесуваат на протективното влијание на киселите мукополисахариди врз колагенот.^{9,2,1,7} Наодите кои одат во прилог на рани метаболни нарушувања во протеинскиот матрикс на алвеолата и сврзните елементи на забнопотпорниот систем,^{4,6,3} како и улогата на бактеријалните ензими во лизирање на протеинскиот матрикс,^{5,8} ја формираат целта на трудот, да го проследиме квантитативното присуство на киселите мукополисахариди во гингивата кај болни со прогресивна пародентопатија, корелирани со клиничкиот развој на болеста.

Материјал и метод на работа

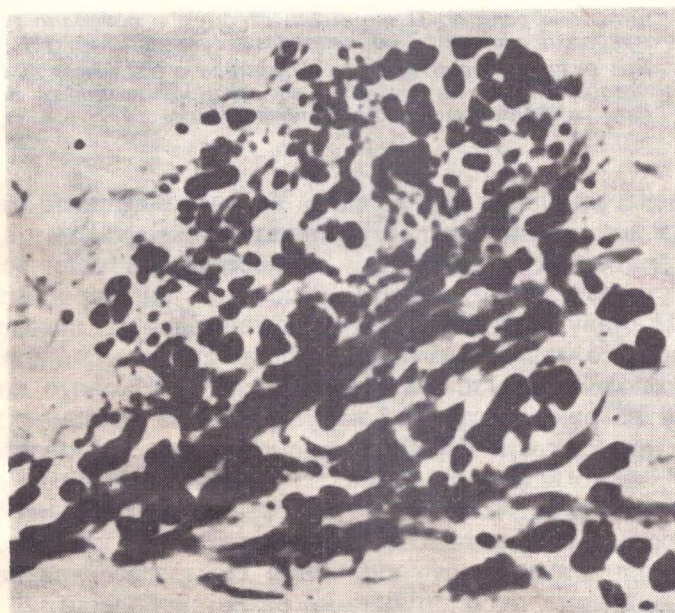
Испитувањата се изведоа кај 61 пациент со клинички и рентгенолошки верифицирана прогресивна пародонтопатија. Застапеноста на болните по клинички стадиуми беше: I клинички стадиум 26, II клинички стадиум 24 и III клинички стадиум 11. Контролната група ја сочинуваа 10 здрави лица без општи заболувања и без промени на оралната мукозна мембрана и пародонтот.

Како материјал се користеа интердентални папили земени под инфилтративна анестезија од пределот на фронтот и фиксиран во 10% формалин. По обработката со парафински метод, направени се резови во дебелина од 5 до 8 микрони и боени хистохемиски со Алциан блуе и импрегнација по Wilder.

Резултати и дискусија

Во хистолошките испитувања на биоптичниот материјал земени од болните со I клинички стадиум на пародонталната болест, забележавме редуција на киселите мукополисахариди во основната супстанца, зависно од интензитетот на инфламаторниот процес (сл. 1), како и растресеност и раслојување на базелните мембрани (сл. 2)

Сл. 1



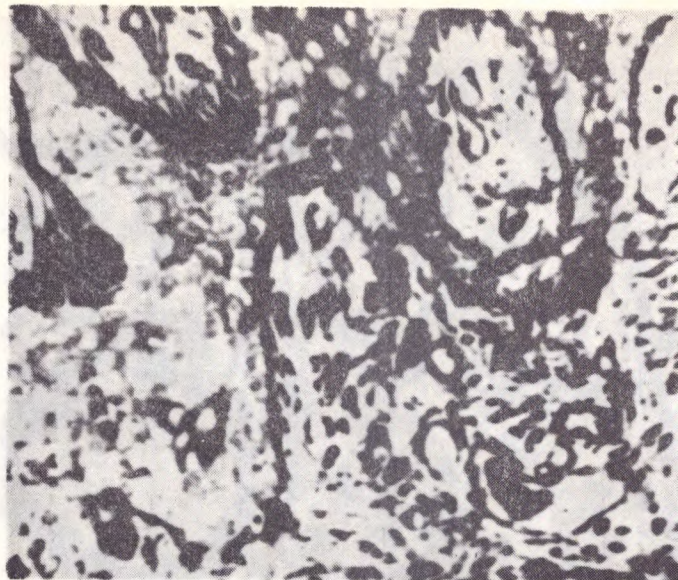


Сл. 2

Киселите мукополисахариди во II клинички стадиум се разградени и намалени на места каде е присутна деструкцијата на сврзаното колагено ткаење (сл. 3). Интегритетот на базалните мембрани е нарушен (сл. 4).



Сл. 3



Сл. 4

Во III клинички стадиум киселите мукополисахариди до тој степен се разградуваат, при што доаѓа и до потполно исчезнување на истите од основната супстанца.

Нашите наоди се во спротивност само во I клинички стадиум, од оние на Данилевскии и Колесова,² бидејќи тие во иницијалниот стадиум на болеста нашле субепителијална групација на кисели и неутрални мукополисахариди.

Наодите од нашите иследувања одат во прилог на патолошки измени во метаболната активност на материите во папиларното и ретикуларното сврзно ткаење. Губењето на киселите мукополисахариди по наше мислење, доаѓа поради нарушениот процес на сулфирање на неутралните мукополисахаради, чија директна последица е формирање на помалку диференцирана, а со тоа и помалку отпорна основна супстанца.

Ваквите измени на киселите мукополисахариди на одреден начин ја формираат и нашата претпоставка за изразената фаворизација на прогресивниот пародонтолитичен процес во состојба на нејзина квалитативна и квантитативна алтернација.

Заклучок

Кај 61 пациент со клинички и рентгенолошки верифицирана прогресивна пародонтопатија и 10 здрави лица без промени на оралната мукозна мембрана и пародонтот, кои претставуваа контролна група, следена е квантитативната застапеност на киселите мукополисахариди во гингивата, во зависност од клиничкиот стадиум на болеста.

Киселите мукополисахаради, како составен дел на основната супстанца на сврзаното ткаење, со авансирање на процесите постепено се намалуваат и разградуваат, сè до потполно исчезнување во III клинички стадиум на прогресивната пародонтопатија. Наодите од иследувањата одат во прилог на патолошките измени во метаболитичните размени на материите во сврзаниот комплекс.

Summary

QUANTITATIVE ASSESSMENT OF ACID MUCCOPOLYSACCHARIDES IN THE GINGIVA OF PATIENTS SUFFERING FROM PARODONTOPATHIA PROGRESSIVA ACCORDING TO CLINICAL STAGE

According to clinical stage of the disease, 61 patients suffering from parodontopathia progressiva clinically and radiographically verified, and 10 healthy persons without any changes in the oral mucous membrane and parodontium serving as controls, were followed for quantitative assessment of acid mucopolysachrides in gingiva.

Acid mucopolysacharides, being a constituent of the basic connective tissue substance, with the progression of the process gradually drop and become destructed untill in the III stage of parodontopathia progresiva they entirely disappear.

Our investigation findings are contibutory to metabolic exchange in the connective complex.

Л и т е р а т у р а

1. Ciancio S. G. and Mather M. L. „Acid mukopolysacherdes in gingivitis and periondotitis”. J. Period. Res 6 : 188 1971.
2. Danjlevski N. A.: „Osobenosti metabolizma i strukturi okolozubnih tkane pri paradontoze”. Stomat. M., 54, 2111, 1975.
3. Hornova J. „Histologische and histochemische Bejunde in Epitel der Kiefercysten in Vergleich zu den Leukoplakien der Undschleilhaut”. Dtsch. Zahn. Mund und Kieferheilkunde, 48 : 9/010 1967.
4. Капунова Ш. К. „Тистохемическое исследование тугрих клеток слизистой оболочки робовой человека“
Стоматология, Москва 51, 6 : 24, 1972.
5. Macedonal I. B. Socransky S. S., Gibbons R. J. „Bacterial mechansme in periodontal disease” A. N. Y. Acad, Scj 85 : 467, 1960.
6. Никүленова С. Т. „Особености обмени колагена в болhblx с патологий пародонта“
Стоматология, Москва 54, 3 : 1, 1975
7. Sasse D. „Histochemische Untersezungen bie Verschieidenen Entzündungsformen des marginalen Parodontoiiums”. Dtsch. zahn. zahn. 25 : 496, 1970.
8. Stallard R. E. and Twwa J. A. „The effekt of alterations in externaе environment on the dento-gingivae junction” I. Dent. Res. 43 : 671, 1969.
9. Toole B. D. and Lowther D. A. „The effekt of chondroitin sulfato-protein aut the formatjon os collagen fibrils ind vitro”. Br. chem. J. 109 : 57, 1967.

Fluor Protector

ТЕЧЕН ПОЛИУРЕТАНСКИ ЛАК

ЈА ЗАШТИТУВА ЗАБНАТА ГЛЕГ ОД КАРИЕС
БРЗА ПОСТАПКА ЗА ОБРАБОТКА

Fluor Protector

ПОДОБЕН Е ЗА:

ИНДИВИДУАЛНА ОБРАБОТКА КАЈ ЗАБНИ-
ОТ ЛЕКАР И ЗА СЕРИСКА ОБРАБОТКА ВО
ЈАВНАТА ЗДРАВСТВЕНА СЛУЖБА, КАКО И
ЗА НЕГУВАЊЕ НА ЗАБИТЕ ВО
УЧИЛИШТАТА.

И Н Д И К А Ц И Ј А:

ПРОФИЛАКСА НА КАРИЕСОТ СО
ОБРАБОТКА КАЈ ЗАБНИОТ ЛЕКАР.

PROIZVODI:


TOVARNA
FARMACEVTSKIH
IN KEMIČNIH
IZDELKOV, n.s.o.
LEK
LJUBLJANA
TOZD Dren

Во соработка со
Vivadent Schaan/Liech-
tenstein

Медицински центар — Битола
 Одделение за клиничка протетика

ПРИМЕНА НА НЕКОИ ОД МЕТОДИТЕ НА ПОВРШИНСКАТА ПСИХОТЕРАПИЈА ВО КЛИНИЧКАТА ПРОТЕТИКА

Д. Илиевски, П. Петров и С. Цифкаровски

Нашата основна интенција е да укажеме на корисноста од употребата на површинските методи на психотерапија во секојдневната практика на протетичарот. Како најкорисни и практично применливи ги применуваме: методот на персуазија, слободна вентилација и сугестија. Согледувањата на југословенските и странски автори за плаузабилноста на површинската психотерапија во однос на крајниот исход од протетскиот третман, ни даде за право да ги примениме претходно наведените методи. Ги препорачуваме како ефикасно средство за подготовка на пациентите и нивно полесно адаптирање кон протетските надоместоци. Со оглед на тоа што примената на површинските методи на психотерапија не бара специјална психијатриска едукација и услови, треба да бидат составен дел во секојдневната работа на секој лекар поединец.¹¹ Работевме со хетерогена група од 100 пациенти по случаен избор од 15 — 75 години.

Современиот живот, полн со динамика во сите домени на човечката дејност, со сложеноста на изградување на нови меѓучовечки односи, не соочи со пациенти, со атипични болести, нејасно дефинирани, со неодредени состојби и разни нарушувања и реакции.⁹ Во проучувањето на сознанијата за овие состојби видна улога одиграа учењата на Фројд, Адлер, Јунг, Ранке, Рајх, Штекел, Хорнејева, Павлов, Фром, Саливен и др.

Поучена од досегашните искуства, современата едукација од медицината бара динамична обработка и пристап, како спрема болната така и спрема здравата личност. Постои тесна поврзаност помеѓу духовниот живот на лицето и мимичната мускулатура.⁷ Во нашата работа тоталната протеза мора да ја вклопиме во хармонијата на лицето и како таква да биде прифатена и од околината.¹⁰

Гербер: „Големиот успех во изработката на протези на беззабна уста, во последните години се должи на длабоките клинички испитувања и сериозното изучување на психопатогените

фактори". Правилното и константно испитување на болниот со беззабни вилицы може многу да го олесни правењето на протези и ни помага во изборот на најпогодни методи и материјали.^{1,14}

Во секојдневната работа на лекарот се воспоставува, без инсистирање од негова страна, интензивен чувствителен трансфер на пациентот спрема личноста на лекарот.³ За да обезбедиме создавање на позитивен трансфер внимаваме уште при првиот контакт со пациентот. Со нашето однесување и држење, создаваме атмосфера на доверба од страна на пациентот спрема нас. Кога доаѓа со нарушено забало либидото на пациентот е врзано за неговите симптоми кои му даваат единствено можна замена за задоволството во тој момент.

Со воспоставувањето на позитивен трансфер, пациентот го управува своето либидо на лекарот, што е корисно, зашто се избегнува моментално неговото потиснување и кога подоцна ќе се одвои од личноста на лекарот не ќе може повторно да се врати кон своите поранешни објекти и му останува на располагање на сопственото ЈА.⁵

Методи на работа

Методот на персуазија се состои во извлекување на пациентот од некоја логична заблуда. Овој метод содржи доста сугестивни елементи на некои автори го сметаат само за вешто водена сугестија. Пол Дибоа овој метод го вовел со цел, по пат на него, на логичен, разумен и интелектуално убедлив начин, пациентот да го увери за неговата заблуда.

Слободната вентилација е облик на експресивна психотерапија, во која често настапуваат абреаговања, или периоди на катарза и не е неможно во текот на свесното да се надоврзат и елементи на потсвесни, енграмски материјали. По правило после вакви доверувања доаѓа до внатрешно олеснување — психичко растоварување.⁹ Имаме доволно време да откриеме дали кај пациентот има чувство на вина, пониска вредност, несигурност, или неспособност и што го натера да бара протетско помагало.⁸ Препуштањето на пациентот на слободни асоцијации има голема предност: Се избегнува напрегањето, анализираното лице го излагаме на присилба во најмала можна мерка и не губи никогаш контакт со сегашноста, а нема да внесеме ништо непотребно од нашите сопствени очекувања.⁵

Сугестија — во практиката најчесто ги применуваме советувањето и стимулативното охрабрување. Нашата сугестија ја управуваме против манифестирање на симптомите и настанува борба помеѓу нашиот авторитет и мотивите на пациентот со нарушено забало. За време на вербалното советување како терапевт не смееме да бидеме премногу активни по најважните прашања, треба да избегнеме да даваме совети, до кои по извесно време би требало пациентот сам да дојде.¹¹

Треба да го направиме пациентот наш помошник, да го убедиме како постепено ќе исчезнат неговите непријатни тегоби, како ќе му се измени лицето кон поубаво, ќе се научи добро да зборува и како постепено ќе свикне на цвакањето, зашто тоа му е и најтешко.⁶

На крајот на терапијата мора позитивниот трансфер да се прекине, па доколку успехот се одржи, тогаш тој не се базира само на сугестијата туку на совладаните внатрешни отпори.

Дискусија и резултати

Еден од доминантните и први симптоми со кои треба да се соочиме кај пациентот е стравот. На прво место во феноменот страв се наоѓа готовноста за опасност, која се манифестира со посилено сензорно внимание и моторна напегнатост.⁹ Доколку стравот е одраз на некоја логична заблуда или на некое непријатно поранешно искуство, нема да ни биде тешко со методот на персуазија или сугестија да им помогнеме на пациентите да станат наши соработници и го прифатат нашето протетско помагало како трајно и за нив единствено корисно решение. Најчесто среќаваме во ординација пациенти со предрасуди за мобилните протетски надоместоци базирани на претходни лоши искуства, или што е најчест случај добиени поради дезинформираност од луѓе од непосредната или пошироката околина.^{4,12} Затоа со големо трпение и самопрегорност на уверлив и рационален начин ќе им предочиме докази за нивната заблуда.

За време на редовните посети им дозволуваме на пациентите да ни ги искажат сите тегоби кои ги притискаат („Слободна вентилација”). Од тоа што ќе ни го кажат свесно или несвесно, ние извлекуваме позитивни заклучоци, што ни го овозможува вештината на толкувањето која бара такт и вежби и не е тешко да се научи.

По разјаснувањето на основните проблеми што го мачат пациентот со методот на сугестија — преку советување и стимулативно охрабрување, настојуваме да го мотивираме за прифаќање на мобилните протетски помагала како трајно и единствено корисно решение за него во дадените услови.¹³ Добро применета сугестија ни овозможува скратување на адаптациониот период кон мобилните протези, кој варира кај поедини пациенти од седум до триесет дена и повеќе.

Како стандардни за споредување ги користевме фазите на адаптација што ги опишува Бојанов.

I фаза на адаптација од 1 до 3 дена — се јавува безусловен рефлекс; лачење на плунка, гадење, повраќање и загуба на координирани рефлеси со влошена психичка состојба.

II фаза 2 — 10 дена или повеќе — се карактеризира со постепено гасење на старите и создавање нови рефлеси и воспоставување на рамнотежа во устата.

III фаза 5 — 30 дена или повеќе — се создава полна внатрешна контрола, се враќаат аутоматските рефлексии и големо подобрување на психичката состојба на болниот.

Во нашето одделение избравме хетерогена група од 100 пациенти од 15 — 75 години. Настојувавме да направиме една табеларна статистичка поделба, но дојдовме до заклучок дека статистиката не би имала вредност ако се наредат единици кои малку се сродни, а случаите чие третирање го презедовме се во најразличен поглед нееднакви. Спрема симптомите, мотивите, адаптацијата и резултатите што ги постигнавме со примената на претходно наведените методи на површинската психотерапија ги поделивме пациентите во три групи и тоа: од 15 до 20 години; од 21 до 50 години и од 51 до 75 години и повеќе.

Во групата од 15 до 20 години се пациенти кај кои либидото сè уште не е врзано секогаш стриктно кон сексуалните објекти и затоа тежиштето на нашето сугестивно делување го ставивме врз естетскиот изглед. Постигнавме да ги прифатат и мобилните протези како единствено правилно решение за нив во дадените услови, а индиректно да го сместат правилно своето либидо врз реални сексуални објекти, да го стават во контрола на сопственото ЈА. Со еден збор одигравме позитивна улога при воспоставувањето на психичката рамнотежа која ја изгубиле, поради привремената инвалидност и комплекси што се создадени со губењето на забалото во оваа возраст. Адаптациониот период траеше до 7 дена и се подобруваше многу психичката состојба.

Групата од 21 до 50 години беше најхетерогена, зашто наидовме на луѓе со најразлична психофизичка конституција и овде се бараше најголем напор од нас како терапевти правилно да ја насочиме и изведеме психотерапијата. Внатрешните отпори на пациентот лесно ги совладувавме, но околностите и околината на болниот, кои имаат минимално теоретско значење, покажаа огромно практично значење и негативно се одразија на крајните резултати. Адаптациониот период од 10 до 20 дена и повеќе, често без променета психичка состојба.

Кај групата од 51 до 75 години постигнавме најголем успех. Либидото беше насочено кон нагонот за исхрана и нашата психотерапија ја насочуваме во тој правец. Оваа група III фаза ја поминуваше само за 5—7 дена и имаа рапидно подобрување на психичката состојба во текот на сите фази на адаптација.

Позитивен ефект од применетата психотерапија имавме кај 70% од испитаните пациенти, додека кај 30% немавме видливи резултати.

На мислење сме дека неуспесите кај 30% од испитаните и третирани пациенти се должат на:

- Случаи за кои треба претходен специјалистичко психијатриски третман (потешки неурози застапени беа со најмал %)
- Неприкладни случаи за психотерапија (луѓе со изразит „его“)
- Неповолни ординациски услови (неизолирани работни места, присуство на други пациенти и персонал)

- Социјалната состојба и културното ниво (неспремност да ни се поверат пациентите)
- Присуство на членови од семејството за време на третманот.

Заклучок

Како најпогодни за изведување во нашата протетска практика ги употребивме методите на — персуазија, слободна вентилација и сугестија. Сугестивно делувавме преку убедување и стимулативно охрабрување.

Психотерапевтските методи ги изведувавме од воспоставувањето на првиот трансфер со пациентите, па се до предавање на готовите протетски работи, ретко и по тоа.

Со примена на психотерапевтските методи постигнавме сигнификантни резултати кај 70% од третираните пациенти — кај групата од 15 до 20 години со потенцирање на естетскиот момент на надоместоците. Кај групата од преку 50 години со целосно изгубено забало, тежиштето на нашето психотерапевтско делување го ставивме врз нагонот за исхрана. Помалку евидентни резултати постигнавме кај категоријата од 20 до 50 години. Сме на мислење дека тоа е резултат на големата хетерогеност на испитаната група во најпродуктивниот период на животот.

Кај 30% не ги добивме очекуваните резултати. Сметаме дека кај помал дел од нив треба претходно специјалистичко-психијатриски третман, а во поголемиот дел од овие 30% не ни дозволија условите на работа на нашите работни места да ја примениме потполно и поцелосно површинската психотерапија.

Summary

APPLICATION OF SOME OF THE METHODS OF SURFACE PSYCHOTHERAPY IN CLINICAL PROSTHODONTICS

The most common psychotherapeutical method in prosthetic praxis — persuasion, free association and suggestion are discussed. They are initiated in the first contact with the patient and last until the prosthesis is delivered, rarely after it. Significant results were achieved in 70% of the treated. In the group aged between 15 and 20 the esthetic moment was emphasised, while in the group over 50, and with total toothlessness we emphasised the nutritional purpose of the prosthesis. The group between 20 and 50 showed less responsiveness, and we find it the results of the large variety of subjects, all in the zenith of life.

30% of the treated did not respond to the therapy. We are at the opinion that some of them should be referred to specialistic psychotherapeutical consideration, while for the majority of them our limited working conditions did not allow thorough performance of surface psychotherapy.

Л и т е р а т у р а

1. Ackermann, F. Technique d'empreinte comkléte perfectionnée inférieure. Revue de stom. 1955. 7. Parns.
2. Бојанов К. Б., Курландски В. „Протезирање на беззабни вилице“, Софија 1963 год.
3. Бетелхеим С.: „До које мере може лекар опште праксе деловати како психотерапеут“, Неуропсихијатријска клиника Загреб, ИАТРОС 1965
4. Брановачки Д.: „Зубна протетика — тотални протези“, Београд 1970 год.
6. Jeffreys, C. Instructions for prosthetic patients. — Dent. Digest. 1946. X.
7. Јанков Т. Каракода С. Лика Ш.: „Естетска хармонија са протетског аспекта, Стоматолошки гласник Србије, 1. I. 1977 — Београд
8. Кандић М. Настић М. Карапавловић С. Мијатовић М.: „Психичке реакције и губитак зуба и пријем протетске надокнаде“ — Стом. фак. Београд. Зборник од V конгрес на стоматолози на Југославија, Скопје 1975 год.
9. Милановић П. Димитрије: „Анксиозноста, Неурозе, Психоматски поремечаји и њихово лечење“ — Љубљана 1977 год.
10. Симов Г.: „Проблемот естетика кај случаи на тотални протези“, Македонски медицински преглед, бр. 3—4, фебруари 1976 год.
11. Стојиљковић С.: „Третирање психоневроза у ординацији лекара опште праксе“. Неуропсихијатријска клиника — Београд ИАТРОС 1965
12. Сувин М.: „Стоматолошка протетика — парцијални протези“,
13. Сланкаменац С.: „Мотивација као услов за прихватање и ношење протетске објекте“, Стоматолошка клиника Сарајево. Зборник од V конгрес на стоматолози на Југославија, Скопје 1975 год.
14. Spreng, M. Der Kaubdruck. München/Berlin, Urban u. Schwarzenbarg, 1953.

Стоматолошки факултет — Скопје
 Клиника за детска и превентивна стоматологија
 Медицински факултет — Скопје
 Клиника за уво, нос и грло

ВЛИЈАНИЕ НА РЕСПИРАТОРНИТЕ ПРЕЧКИ ВРЗ ОРОФАЦИЈАЛНИОТ СИСТЕМ

М. Царчев, Љ. Нечева, М. Мирчева, С. Иљоска, И. Филипче,
 П. Георгиев, Б. Бајрактарова

Во литературата се среќаваат повеќе податоци за влијанието на респираторните пречки врз орофацијалниот систем. Нашата цел во овој труд е да дадеме свој прилог за учеството на хроничните тонзилити, хроничните ринити и девијациите на септумот во појавата на ортодонтските аномалии, заболувањата на меките делови, а посебно во појавата на забниот кариес. Анализирајќи ја контролната и испитувачката група, дојдовме до заклучок дека постои зголемен процент на кариес кај испитуваната група каде што преовладуваше една од пречките и тоа хроничниот тонзилит. Ортодонтските аномалии и заболувањата на меките делови не покажаа значителни разлики.

Во детската возраст за време на периодот на физичкиот и психичкиот развој се јавуваат повеќе видови заболувања кои имаат одраз врз целокупниот развој на детето. Развојот на орофацијалниот систем е поврзан со развојот на детскиот организам, па заболувањата кои се јавуваат во оваа возраст можат да доведат до нарушување во развојот на орофацијалната регија, како и развојот на забите. Познавањето на овие заболувања како и познавањето на можните последици се битни за стоматологот затоа што покрај санацијата на кариесот и спроведување на превентивните мерки должноста на детскиот стоматолог е и навремено откривање на аномалиите во орофацијалната регија, по можност примена на интерцептивна ортопедија, или испраќање на пациентот кај ортодонт за понатамошен третман.

Меѓу заболувањата кои можат да дадат реперкусии врз развојот на орофацијалната регија се и хроничните тонзилити, третиот крајник и асиметриите во носот, кои претставуваат пречки во горните дишни патишта. За функцијата на тонзилите врзани се поголем број откритија. Така, тие претставуваат од-

бранбен систем — „бедем на одбраната“ или „отворена врата“, учествуваат во имунологијата на организмот, имаат хемостатично дејство, доведуваат до леукопенија, имаат бактерицидни својства, постои меѓусебно влијание на тонзилите и штитната жлезда, тонзилектомирните деца побрзо напредуваат и др.⁵

Од стоматолошки аспект хроничните тонзилити, како и другите пречки во горните дишни патишта можат да доведат до формирање на ортодонтски аномалии, а тие претставуваат услов за развиток на кариес, чија последица е предвремено губење на млечните заби, а тоа доведува до појава на ортодонтски аномалии на трајната дентиција, што претставува еден „циркулу вициозус“.

Кариесот во нашата земја, во зависност од начинот на живеење, местото на испитувањето и другите еколошки фактори, се движи од 50,0—99,9%. Мирчева и соработниците¹ нашле дека општата кариес фреквенца кај учениците од Скопје изнесува 89,8%, релативната 22,1%, а кариес просекот 5,3. Спрема испитувањата на Стошиќ и сор,² во Србија општата кариес фреквенца изнесувала од 24,58-99,33%, релативната од 4,78-26,25%. Нечева³ нашла дека во 16 места во Македонија општата кариес фреквенца се движела од 67,0-99,8%, релативната од 8,6-30,4%, а кариес просекот он 2,7-8,3. Дека релативната кариес фреквенца е поголема кај пациентите со ортодонтски аномалии во споредба со тие со аномалии (22,0% и 16,6%), утврдиле Војновиќ и сор.⁴ Во своите испитувања тие нашле поврзаност помеѓу ортодонските неправилности и воспалителните рецидивирачки процеси на тонзилите. Рецидивирачки тонзилит имале 69,8% деца со ортодонтски аномалии и 44,1% деца без ортодонски аномалии. Ортодонтски неправилности нашле кај 48,4% тонзилектоморани деца, а 20,9% биле без ортодонски аномалии.

Не сакајќи да се впуштаме во различните, а донекаде и спротивни резултати на досегашните испитувања, а поаѓајќи од становиштето дека во палителните процеси на аденоидните вегетации имаат влијание врз физиологијата на устата и фаринкот, сакавме во овој труд да направиме корелација помеѓу пречките во горните дишни патишта и промените во устата, што се сметаат за нивна последица. Со овој труд ги надополнуваме нашите поранешни испитувања, каде беа евидентирани само хроничните тонзилити.⁶

Метод на работа

Извршени се прегледи во две одделенија на едно основно училиште кај деца од 12-годишна возраст. Екипата се состоеше од стоматолог и оториноларинголог. При дневна светлина со сонда и огледалце вршен е стоматолошки преглед, а со челно огледалце и соодветни методи вршен е оториноларинголошкиот преглед. Групата од 61 дете кај кои се најдени пречки во горните дишни патишта претставуваше испитувана група, а преостанатите 52 деца контролна група.

Резултати

Табела I

ДЕЦА СО ПРЕЧНИ ВО ГОРНИ ДИШНИ ПАТИШТА

ВОЗРАСТ	ПОЛ				ЗДРОВИ ДЕЦА	ОРТОДОНТСКИ АНОМАЛИИ					ЗАБОЛУВАЊЕ НА МЕНИ ДЕЛОВИ		ПРЕЧНИ ВО ДИШНИ ПАТИШТА		
	БР	МЪЖИ	ЖЕНКИ	КЕП		ФРОНТАЛНА РЕГИЈА				БОЧНА РЕГИЈА	ИМПЕРИОСОВИЕН ГИНГИВИТ	ИСТРАМЕН ГИНГИВИТ	АРОМНАЦИ ТОМБИЛИТИ	ТРЕТ ИЛИ ПОК	ПРЕЧНИ ВО НОСОТ
						ПРОТРУЗИЈА	ДИАВОН ПРЕКРОП	ОТВОРЕН ЗАПИС	ТЕСНОСЦА						
12г	40	25	17	178	788	4	10	2	1	2	-	12	28	13	16
13г	19	13	4	80	583	2	-	-	1	-	-	4	14	1	9
ВКУПНО	61	40	21	253	1326	6	10	2	2	2	-	16	42	14	25

Во табелата се дадени резултати кај деца од испитуваната група: 61 дете имале 253 КЕП-а, ортодонтски аномалии во фронталната и бочната регија се најдени кај 22 деца, заболувања на меките делови во вид на катарални гингивити кај 16 деца. Бројот на пречките во горните дишни патишта изнесувал 81, што значи дека кај некои деца постоела една, некаде две, а некаде и сите три наведени пречки.

Табела II

КОНТРОЛНА ГРУПА

ВОЗРАСТ	ПОЛ				ЗДРОВИ ДЕЦА	ОРТОДОНТСКИ АНОМАЛИИ					ЗАБОЛУВАЊЕ НА МЕНИ ДЕЛОВИ	
	БР	МЪЖИ	ЖЕНКИ	КЕП		ФРОНТАЛНА РЕГИЈА				БОЧНА РЕГИЈА	ИСТРАМЕН ГИНГИВИТ	ИМПЕРИОСОВИЕН ГИНГИВИТ
						ПРОТРУЗИЈА	ДИАВОН ПРЕКРОП	ОТВОРЕН ЗАПИС	ТЕСНОСЦА			
12г	33	18	18	88	822	2	2	1	1	-	9	1
13г	19	11	8	53	447	-	6	1	3	-	1	1
ВКУПНО	52	26	26	141	1269	2	8	2	4	-	10	2

Контролната група која брои 52 деца имала 141 КЕП, 16 деца имале ортодонски аномалии, а 12 деца имале промени на меките делови.

Табела III

*КЕП ; ОРТОДОНСКИ АНОМАЛИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА
МЕКИ ДЕЛОВИ КАЈ ИСПИТУВАНАТА И КОНТРОЛНА ГРУПА*

	БР.	КЕП	ОРТОДОНСКИ АНОМАЛИИ	ЗАБОЛУВАЊА НА МЕКИ ДЕЛОВИ
ИСПИТУВАНА ГРУПА	61	19,1	36,0%	26,2%
КОНТРОЛНА ГРУПА	52	10,8	30,7%	23,0%

Во табелата се споредуваат резултатите од испитуваната и контролната група. Разликата на КЕП-от изнесува 8,3%, додека кај ортодонтските аномалии и заболувањата на меките делови таа е малку помала (5,3% и 3,2%).

Дискусија

Негативното влијание на пречките во горните дишни патишта во смисла на формирање на ортодонтски аномалии, а секундарно и зголемен процент на кариес е потврден веќе во нашите поранешни испитувања, каде од пречките беа земени во предвид само рецидивирачките тонзилити. Кај испитуваната група деца релативната кариес фреквенца изнесувала 21,5%, а во контролната 13,5%. Бидејќи постоела можност во контролната група да имало деца со други пречки во горните дишни патишта, освен хроничен тонзилит, испитувањето е проширено, па се земени во предвид третиот крајник и пречките во носот. Овие испитувања покажале дека од пречките најчесто биле застапени хроничните тонзилити — кај 42 деца, пречки во носот имале 25

деца, а трет крајник е најден кај 14 деца. 72,1% од децата имале само една од пречките, 22,9% имале две, а 4,9% деца ги имале сите три наведени пречки.

Поврзаност на хроничните тонзилити и ортодонтските аномалии нашле Војновиќ и сор. во чии испитувања 69,8% од децата со ортодонски аномалии имале хроничен тонзилит. Во нашите испитувања бројот на децата со ортодонски аномалии во испитуваната и контролната група не се разликуваше многу (22 и 16). Аномалиите главно се манифестирале во фронталната регија (20 и 16), од кои и во двете групи се издвојува длабокиот преклоп. Протрузијата, отворениот гриз и стеснетоста се релативно малку застапени.

При нотирањето на промените на меките делови испитувачите биле ориентираны на тие заболувања кои настануваат како последица на поставеноста на забите и пречките во горните дишни патишта. Како заболувања биле евидентирани катаралниот и хипертрофичниот гингивит, кога биле зафатени повеќе од две папили. Не е најдена сигнификантна разлика, така што во испитуваната група 16 деца имале промени на меките делови, а во контролната 12.

Кариесот, кој кај децата од Скопје бил застапен во 89,8% случаи, сам по себе е проблем и без постоење на другите фактори кои од своја страна можат да го зголемат тој процент. Еден од таквите фактори се и пречките во горните дишни патишта. Постоење на таквите пречки најчесто значи дишење на уста со сите штетни последици: сушење на оралната лигавица, со што се губи нејзината заштитна функција, намалено физиолошко самочистење, а хроничните воспалителни процеси создаваат кисела средина која е погодна за развиток на одредени микроорганизми.

Заклучок

Имајќи ја предвид важноста на нормалната проодност и функција на горните дишни патишта во формирањето и функцијата на орофацијалниот систем беше логично да се очекуваат негативни реперкусии при нарушување на таа проодност. Во нашите испитувања овие негативни реперкусии во вид на промени на меките делови, ортодонски аномалии и зголемена кариес фреквенца во испитуваната и контролната група не се изразити, но сепак се присутни и најизразени се кај кариес фреквенцата, што е за нас од посебен интерес. Иако пречките во горните дишни патишта не можеме да ги окарактеризираме како битни фактори во зголемување на кариес фреквенцата, тие сепак имаат свој удел. Поради тоа се препорачува на училишните диспанзери, во рамките на систематските прегледи да вршат рано откривање и санирање на овие појави, што би претставувало и придонес во борбата против кариесот.

Summary

INFLUENCE OF RESPIRATORY DISTURBANCES ON ORO-FACIAL SYSTEM

Having in mind the importance of normal function of upper airways in creation of oro-facial function, it was consequently to expect reactions when the passage was disturbed. In our investigation, these reactions, as soft tissue changes, orthodontic anomalies and increased caries incidence, in the investigated as well as in the control group, are not emphasised, while still present, mostly when caries incidence considered, what is of special interest to the pedodontist. Although upper airways disturbances could not be said major factors for caries incidence increased, they still play a role. Therefore we suggest School Dental Care, in the frame of systemic examinations to deal with early detection and sanitation of these disturbances, which would be contributory in the struggle against caries.

Л и т е р а т у р а

1. Мирчева М. и сар.: Движењето на карисоткај децата во Скопје, Зборник на трудови на V. Конгрес на стоматолози на Југославија: 177, 1975
2. Нечева Љ.: Состојба на превентивата во Македонија, Зборник на трудови на V. Конгрес на стоматолози на Југославија: 123, 1975
3. Нечева Љ. и сар. Рецидивирајући тонзилити и каријес, СГС, ван бр., 71, 1977
4. Стошић П. и сар.: Карактеристике народне патологије из области стоматологије у СР Србији, Зборник радова. IV. Конгрес стоматолога Југославије, 41, 1968
5. Шарцер А. О.: Оториноларингологија, Југословенски Лексикографски завод, Загреб, 1966
6. Војновић О. и сар.: Могућности практичног спровођења превентивне ортопедије вилица у оквиру претшколске и школске зубне неге, Зборник на трудови на V Конгрес на стоматолози на Југославија, 1975

Медицински центар — Прилеп
Одделение за болести на устата и забите
Здравствена станица при Тут-Ком-Прилеп

ERYTHEMA FIXUM — НАШИ СЛУЧАИ

Г. Лајчароски — Ј. Јованоски

Авторите во трудот даваат опис на седум случаи на ERYTHEMA FIXUM што ги сретнале во својата практика и сметаат дека вакви случаи во иднина има се' повеќе во стоматолошката секојдневна практика, поради се' помасовното користење на сулфонамидските препарати.

Заболување кое што го опишал за прв пат BROcq во 1894 год. Неговата етиопатогеноза ни до денес не е потполно разјаснета, но од сето она што се среќава во литературата може да се заклучи дека ова заболување има алергиска природа, а прецизвикано е од различни лекови.

ERYTHEMA FIXUM — претставува целуларен одговор којшто се остварува преку мали сензибилисани лимфоцити (Т зависни лимфоцити) или преку хуморалниот имунолошки одговор, претставен со V зависни лимфоцити и појава на слободни антитела во крвта. Како причинители за овие патолошки манифестации од лековите се набројуваат: пеницилинот хлорамфениколот, тетрациклините, аминопиринот, ацисалот, феналголот, баралинот и др., но во секојдневната стоматолошка практика најчесто ги среќаваме кај примената на сулфонамидските препарати: депусул, новосулфин или поновите бактерии, синерсул, солутрим (каде што сулфонамидскиот препарат е комбиниран со триметоприм).

Повторно во хуманата медицина се почесто се препишуваат овие сулфо-препарати, па затоа се почесто и во стоматолошката практика ги среќаваме и ќе ги среќаваме алергиските манифестации во оралната лигавица како медикаментозни стоматити — кога е зафатена целата орална лигавица или како Erythema fixum Enathema fihum) кога патолошкиот процес е ограничен само на поедини нејзини делови.

Erythema fixum може да се манифестира на кожата или слузокожата, а понекогаш може истовремено да биде и на кожата и на слузокожата.

Наши случаи

Во нашата практика најдовме на седум случаи
Од табелата бр. 1 може да се види покрај возраста и полот на пациентот на кој сулфоиамид-
ските препарати се јавени промените, видот на филоосценциите, нивната локализација, промените на
кожата, како и претходните алергиски манифестации кај нашите пациенти.

Табела бр. 1

И.О. Пациент	Возраст	Пол	Сулфо преп.	Вид на ефлоресц.	Локализ. во орална лиг.	Локализ. на кожата.	Други алерг. манифест.
1. Л.Д.	39 г.	м	DEPUSUL	ULCERA	Лева бочна ивица на јазикот Палатум	Десна дланка лев палец	Убод од оса
2. М.Б.	33 г.	ж	DEPUSUL	EROSIJA		Лев очен капак лева дланка	
3. П.В.	38 г.	ж	SOLUTRIUM	EROSIJA	Гингива пределот 4,5		Прашина од синт. смоли
4. Н.М.	50 г.	ж	ВАСТРИМ	EROSIJA	Сублингвално	Рацете до дланки	
5. И.Л.	65 г.	ж	ВАСТРИМ	ULCERA	Десна бочна ивица на јазикот	Шаките	
6. Ј.С.	34 г.	ж	DEPUSL	ULCERA	Сублингвално		
7. Ј.И.	16 г.	м	ВАСТРИМ	ULCERA	Лигавица на долна усница		

Нашите пациенти сулфо-препаратите ги земале обично за ангина или инфекции на урогениталните органи. Во клиничката слика среќаваме поголеми или помали ерозии или пак добро изразени улцери на хиперемична површина, локализирани на јазикот, палатумот, усниците, сублингвално или на гингивата. Кај четворица од седумте пациенти, сретнавме и промени на кожата, изразени со лорбилиформна оспа на рацете или хиперемична површина на дланките, прстите и очните капаци со осет на изжуркано и изгорено. Субјективните потешкотии од страна на оралните промени беа во корелација со степенот на алтерацијата на оралната лигавица и беа манифестирани со болки, печење, жарење, а на кожата со јадеж.

Дијагнозата ја поставуваме врз основа на исцрпни анамнестички податоци, пациентите укажуваа на тоа дека оралните промени настанале после земање на некој од горе споменатите лекови, потоа клиничката слика — во која секаде доминираше локално ексудативно воспаление со хиперемична и алтернација. Во крвната слика покрај зголемена седиментација среќаваме во периферниот размаз лимфоцитоза и базопенија, а негде и зголемен број на еозинофилните леукоцити.

SHelley-евиот тест (тест на дегранулација на базофилните леукоцити и TTL (тест на трансформација на лимфоцитите) корпорални и екстракорпорални не бевме во можност да ги изведеме.

Од табелата исто така може да се види дека клиничките промени како и нивната локализација не се специфични за одреден сулфо-препарат. Еден ист препарат кај различни пациенти дава различен вид на ефиоресценции, негде ерозии, а негде улцери, а и локализацијата на патолошките промени во оралната лигавица е различна, кај различни пациенти на еден ист препарат.

Кај двајца пациенти забележавме (иако претходно беа предупредени да не земаат повеќе депусул, тие тоа го сториле на своја рака) дека при повторното земање на истиот лек добивме потполно исти ефлоресценции и на истото место што веројатно беше сторено поради неотстранети локални иритации — лоша амалгамска пломба и остри ивици на забите.

Дискусија

Масовната примена на сулфонамидските препарати пред 25—30 години можеби е причина што и денес при се помасовната примена на новите сулфо-препарати повторно сè повеќе се актуелизираат алергичните манифестации на нив.

Сулфонамидите се вбројуваат во групата на агресивни лекови, нивниот индекс на сензибилизација е релативно висок. Заедно со новокаинот, анестезинот, новалгетолот, аспирилот,

лергактилот, парафенилен диаминот, прокаин-пеницилинот, анилинските бои и др. така наречени „пара-супстанции“ имаат NH₂ во пара положај во структурната формула и создаваат исти заеднички антители и затоа кај сите нив можна е појавата на групна вкрсна алергија.^{2,3,5}

Оралната лигавица често може да биде место на одигрување на различни алергични манифестации. Одигрувањето на алергичните ерупции само на одредени делови на оралната лигавица — фиксни ерупции, веројатно се резултат на некои локални фактори, тие се разновидни, а можат да бидат механички, хемиски и други оштетувања на оралниот епител.^{4,5}

Или пак тие фиксни промени настануваат на места каде што настанале ензимски промени (од непознати причини) што имаат последица на поспора разградба на медикаментот во ткивото и нивното излучување.³

I erythema fixum како и медикаментозните стаматити изгледа почесто се јавува кај лица со претходни алергиски манифестации.

Заклучок

Поради сè помасовната примена на поновите сулфонамидски препарати и поради можноста за групна сензибилизација со другите „пара-супстанции“ во секојдневната стоматолошка практика се почесто ги среќаваме како медикаментозните стаматити така и фиксните ерупции. Затоа неопходно е отстранување на сите локални иритации (механички, хемиски, галвански и др.) во усната празнина со што превентивно би придонесле за спречувањето на појавата на фиксните алергиски манифестации или пак за нивното повторно манифестирање.

Summary

ERYTHEMA FIXUM — OUR CASES

Sulphonamides, being recently in increased usage, and because of the possibility of group sensibilisation with the other „para— substances“ cause to facing medicamentous stomatiti and fixed eruptions more and more often.

Therefore, inevitable is to remove from the oral cavity all local irritations (mechanical, chemical galvanic ets.) which would prevent fixed allergic manifestations ou their repeated manifestations.

Л и т е р а т у р а

1. Đajić D. — Ursu I.
— Etnolišna dijagnoza Erytheme fixum
XII—Stomatološka nedelja, Vrnjačka Banja — Zbornik radova
207 — 1977 g.
2. Gjurić D. — Mogućnost nastavljanja i lečenje alegiskih manifesta-
cija u stomatološkoj praksi.
VI — Kongres stomatologa Jugoslavije-Budva-Zbornik radova 575
— 1976.
3. Kogoj Franjo i sor.
— Bolesti kože — Zagreb 1971 g.
4. Sokić Gj. — Đajić D.
— Bolesti usta — Beograd 1971 g.
5. Spužić V. — Danilović V.
— Alergija i alergiske bolesti, Medicinska knjiga — Beograd—Za-
greb 1977.
6. Ursu I. — Leković V. —
— Savremeni logučnosti dijagnosticiranje oralne alergije XII —
Stomatološka nedelja — Vrnjačka Banja, Zbornik radova 247 —
1977.
7. Ursu I. — Mokranjac V.
— Ekstrakorporalni testovi u dokazivanju oralne alergije S. G. S.
D—85 — 1979 g.

Н О В О!

Н О В О!

ЗБОГАТУВАЊЕ НА НАШАТА ПРОИЗВОДНА ПРОГРАМА

LEXILUM
1,5mg 3mg 6mg
LEXILUM
LEXILUM ®

СЕЛЕКТИВЕН АНКСИОЛИТИК

кој применет во мали дози делува
брзо, изразито селективно и
назначено анксиолитички

ДНЕВЕН ТРАНКВИЛИЗАНТ

затоа што применет во вообичаени дози
не ја нарушува нормалната активност
на пациентот

ПОГОЛЕМА СИГУРНОСТ И ДОВЕРБА

затоа што во однос на другите
транквилизанти покажува:

- послабо миорелаксантно дејство
- послабо антиконвулзивно дејство
- послабо хипнотичко дејство

ПАКУВАЊЕ

30, 100 таблетки x 1,5 мг
30, 100 таблетки x 3 мг
30, 100 таблетки x 6 мг

Произведува

 **ALKALOID**
SKOPJE

AMALGAM PIGMENTATION OF THE ORAL MUCOSA
A Clinical pathologic Study of 268 cases

АМАЛГАМСКА ПИГМЕНТАЦИЈА НА ОРАЛНАТА МУКОЗА

Клиничко-патолошка студија на 268 случаи

Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, 49, 2 : 139—147, 1980

Целта на овој труд е да се анализираат клиничките варијации на амалгамските петна, како и хистоморфолошките варијации на истите кај поголем број случаи. Опсервирани се 268 случаи со присуство на амалгамски петна. Од нив, во 47—48% пигментациите биле локализирани на гингивата и алвеоларната мукоза и тоа повеќе во мандибуларната отколку во максиларната зона, во 22,8% од случаите промените биле локализирани на букалната мукоза, во 8,6% на дното од устата и во 7,8% од испитуваните, на мукобукалната лигавица. Кај многу помал број случаи, вакви пигментации се забележани и во ретроларната регија, јазикот, лабијалната мукоза, тврдото и мекото непце. Набљудуваните пациенти биле со возраст од 12—82 години. Анализираниите резултати по пол покажале дека пигментациите се присутни во 65% кај жени и 35% кај мажи.

Клинички промените се манифестирале во вид на темно сиво, сино и црно петно, во вид на макула, локализирана во пределот на оралната лигавица, или пак во вид на дифузна пигментација. Промените биле со пречник од 0,1 — 2 см.

Хистопатолошки, амалгамот во лигавицата се забележувал во вид на дискретни сиво-темни гранули, со пречник од 0,5 до 1 микрон, или пак како солидни фрагменти од различни големи-ни. Амалгамските гранули и фрагменти воглавно биле локализирани во lamina propria, а понекогаш можат да се сретнат и во субмукозниот слој. Кај одреден број случаи гранули и фрагменти од амалгам биле забележени и во подлабоките слоеви, како што е мускулниот слој. Кај ниту еден случај не биле забележени промени на епителот во смисла на исталожување на амалгамски гранули. Локализацијата на амалгамските гранули и фрагменти во lamina propria воглавно биле

по должина на колагените врски и околу крвните садови. Кај помал број случаи исталожувањето на амалгамот било забележано и по должината на мускулните влакна, како и во сврзното ткиво околу ацинусите на плунковните жлезди. Амалгамските гранули биле ограничени со макрофаги, мултинуклеарни, гигантски клетки, ендотелни клетки и фибробласти (амалгамски грануломи). Кај одреден број случаи се забележувал лесно назначен хроничен инфламаторен инфилтрат.

Кај 93 случаи од испитуваните, забележана е фокална, хронична, инфламаторна реакција околу амалгамските честички. Самиот гранулом бил ограничен со лимфоцитарен вал, мал број на макрофаги, гигантски клетки и фибробласти. Исто така биле забележени и клетки од типот на Langhanson клетки.

М. Накова

У ВАРШАВИ ОДРЖАН IV КОНГРЕС ПРОТЕТИЧАРА ЕВРОПЕ

По покровителством European Prosthodontic Association са седиштем у Лондону и Секције за стоматолошку протетику Пољске, одржан је у Варшави IV конгрес протетичара Европе у времену од 11. 09. до 4. 09. 1980 г.

Главне теме Конгреса биле су следеће:

1. ПОКРЕТНА ПАРЦИЈАЛНА ПРОТЕЗА И ОЧУВАЊЕ ПОТПОРНИХ ТКИВА
2. УТИЦАЈ ЗУБНИХ НАДОКНАДА НА СТОМАТОГНАТИ СИСТЕМ
3. СЛОБОДНЕ ТЕМЕ

Овом еминентном научном скупу презентирано је 28 реферата читањем у целисти, са приказом дијапозитива, док су постер изложбом на демонстрационим таблама приказана 23 рада. Референти су били са свих европских факултета и институција за пост-дипломско усавршавање стручњака стоматологије.. Саопштени радови представљају највиши ниво научно-истраживачког рада и практичне стоматологије, што ће допринети даљем развоју научне мисли и стоматолошке делатности у читавој Европи.

Из Југославије на пленарним седницама поднета су два реферата читањем у целисти уз приказ слајдова:

1. Д-р Ана Петровић — Стоматолошки факултет — Београд:
„Корелација између говора и особина тоталне зубне протезе”
2. Прим. д-р Борбе Илић — Медицински центар — Крушевац:
„DYSOSTOSIS CLEIDO—CRANIALIS”

Од југословенских стручњака изузетну част имао је и проф. др. Данко Никши — Стоматолошки факултет — Загреб, који је био председавајући V пленарне седнице Конгреса.

Секција за стоматолошку протетику Пољске публиковала је у свом двоброју радове пре почетка IV конгреса протетичара Европе тако да је сваком учеснику Конгреса уручена публикација при уплати котизације — што је допринело да утисак о организацији ове стручне манифестације буде импресиван.

Рад Конгреса пратило је преко 600 стручњака из свих земаља Европе у велелепном и грандиозном здању Палате науке и културе Пољске.

Организатори Конгреса нису жалили ни време ни труда да својим колегама из Европе омогуће да виде уметничка остварења, културно благо и савремена достигнућа револуционарног народа Пољске, као и да дочарају бар на тренутак слику о музичком и позоришном животу и пољској метрополи.

На крају, мора се одати дужно признање пољским колегама за ванредну и свеобухватну организацију IV конгреса протетичара Европе.

Кандидатура француских колега једногласно је потврђена тако да ће се V конгрес протетичара Европе одржати септембра 1981 г. у Лиону.

Б. Илић

ПОЛОЖИЛЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ИСПИТ ВО 1980 ГОД.

Болести на устата и забите

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. Трајновски Миле — Битола | 27.III 1980 |
| 2. Битичи Хамит — | 15.V 1980 |

Орална хирургија

- | | |
|--------------------------------|------------|
| 1. Секуловски Божидар — Прилеп | 3.III 1980 |
|--------------------------------|------------|

Ортопедија на вилиците

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1. Панов Коста — Гевгелија | 20.III 1980 |
| 2. Песинечки Владимир — Неготино | 24.IV 1980 |

Детска и превентивна стоматологија

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 1. Курчиовски Спасе — Битола | 25.III 1980 |
| 2. Великанец Радислав — Призрен | 10.VI 1980 |
| 3. Несторовска Катина — Тетово | 1.VII 1980 |

Стоматолошка протетика

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Горѓиовски Драган — Битола | |
| 2. Џамбазовски Атанас — Прилеп | |

ДИПЛОМИРАНИ СТУДЕНТИ НА СТОМАТОЛОШКИОТ
ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ ВО ТЕКОТ НА 1980 ГОДИНА

1. Прчковиќ Јован Лилјана	с. Петровец	23. I 1980
2. Андонов Стојче Кирил	Скопје	23. I 1980
3. Илиева Коста Лидија	Тетово	23. I 1980
4. Арсениевски Миле Гоце	Кичево	28. I 1980
5. Талева Иван Нада	Битола	30. I 1980
6. Иванова Димитар Виолета	Кратово	30. I 1980
7. Ангеловска Сретен Нада	Ресен	31. I 1980
8. Јаневски Кирил Виолета	Скопје	1. II 1980
9. Бакалчиева Живко Кириакица	Скопје	2. II 1980
10. Сапунчиева Ѓорѓи Вангелица	Скопје	2. II 1980
11. Цицаров Тодор Трајче	Т. Велес	5. II 1980
12. Мирковски Светислав Гојко	Гостивар	12. II 1980
13. Донев Ристо Стојан	Штип	12. II 1980
14. Галева Лазар Маргарита	Скопје	15. II 1980
15. Дејановски Живко Крсте	с. Речани	19. II 1980
16. Симоновиќ Благоја Љубинка	Скопје	26. II 1980
17. Арсова Благоја Виолета	Скопје	29. II 1980
18. Бораозанова Коста Марија	Скопје	5. III 1980
19. Бошевска Александар Лилјана	с. Вашерејица	7. III 1980
20. Симонова Владимир Јулија	Штип	13. III 1980
21. Истевска Ангел Олига	Куманово	14. III 1980
22. Лукиќ Вујо Драган	Београд	20. III 1980
23. Ристевски Петруш Ванчо	с. Зовиќ	27. III 1980
24. Милошевски Стојче Бранко	Скопје	2. III 1980
25. Алексов Киро Методи	с. Кнежије	28. III 1980
26. Дешири Демирале Амет	Тетово	10. IV 1980
27. Софрониевски Драге Славе	с. Карбуница	11. IV 1980
28. Масловариќ Васил Миливоје	Иванград	16. IV 1980
29. Стевкова Дишко Катица	Т. Велес	18. IV 1980

30. Јосифовска Коста Силвана	Битола	22. IV 1980
31. Поповски Ристо Владимир	Битола	22. IV 1980
32. Лазаревска Иван Вера	с. Опила	22. IV 1980
33. Дајан Обонгу Јулијана	Гана	25. IV 1980
34. Солевска Иванчо Вера	Битола	25. IV 1980
35. Пашоски Крсте Наум	с. Велмеј	29. IV 1980
36. Поп—Василев Јован	Скопје	29. IV 1980
37. Јусуф Мансур Ал-Калајлех	Јордан	26. V 1980
38. Танев Борис Костадин	Гевгелија	27. V 1980
39. Диковски Митко Драган	Битола	3. VI 1980
40. Иванова Трајче Миладинка	Св. Николе	30. V 1980
41. Наневска Љупчо Катерина	Радовиш	4. VI 1980
42. Митревски Илија Ицо	Битола	18. VI 1980
43. Марковска Јордан Марина	Прилеп	20. VI 1980
44. Дупкарска Бошко Љубинка	Загреб	1. VII 1980
45. Спасов Димитар Здравко	Скопје	27. VI 1980
46. Јахја Џабир Јахја	Тетово	30. VI 1980
47. Здравевски Ѓорѓи Милан	Прилеп	7. VII 1980
48. Димитров Сотир Петар	Битола	8. VII 1980
49. Јуруков Ѓорѓи Томислав	Битола	9. VII 1980
50. Андонов Мирче Васил	с. Брезница	10. VII 1980
51. Ангеловска Ст. Благодна	с. Конопница	15. VII 1980
52. Цветковиќ Предраг Александар	с. Пуковац	15. IX 1980
53. Биковски Кочо Ристо	с. Долнани	19. IX 1980
54. Дамеска Илија Милка	Прилеп	19. IX 1980
55. Дулгерис Котас Стелиос	Грција	25. IX 1980
56. Џингарски Илија Благој	с. Русиново	29. IX 1980
57. Ристовска Ристо Офелија	Битола	29. IX 1980
58. Ѓорѓиевски Ристо Томислав	Битола	3. X 1980
59. Димовска Славе Ивка	Битола	14. X 1980
60. Фајсал Бастави Идриз	Судан	14. X 1980
61. Јуруков Димитар Панче	Грција	14. X 1980
62. Љумани Шабан Наил	Крани	23. X 1980
63. Севриев Марко Иван	Скопје	23. X 1980
64. Јоусеф Али Саид	Судан	7. X 1980
65. Петровска Стоилко Данче	Битола	24. XI 1980
66. Каркалашева Ристо Оливера	Гевгелија	24. XI 1980
67. Ѓорѓиевски Данче Славчо	с. Коњско	30. IX 1980
68. Лешевска Ризо Милка	Панчево	11. XI 1980
69. Набил Болис Јасса	Судан	28. XI 1980

ПРЕГЛЕД
НА ОБЈАВЕНИ ТРУДОВИ И ИНДЕКС НА АВТОРИ
(период 1977 — 1980 година)

1. БОЛЕСТИ НА УСТА

Год. I, 1977

Е. Урумова, Б. Лазаревска, В. Димитровски, П. Николовска, М. Симоновски, М. Накова: НЕКОИ МОРФОЛОШКИ И ХИСТОЛОШКИ ПРОМЕНИ ВО ГИНГИВАТА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 33—42)

М. Симоновски, В. Димитровски, Б. Лазаревска: ФРЕКВЕНЦИЈА НА СЕЗОНСКАТА ДИНАМИКА НА STOMATITIS HERPETICA (стр. 119—128)

М. Накова, Б. Лазаревска, В. Ковачев: СООДНОС МЕЃУ КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА ГЛИКОЗА ВО ПЛУНКАТА И ПЛАЗМАТА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 113—118)

Год. II, 1978

З. Николовска, Б. Лазаревска, П. Корнети, Н. Чумбелиќ, Д. Ташкова, М. Накова: ОПРЕДЕЛУВАЊЕ НА АЛКАЛНАТА И КИСЕЛАТА ФОСФАТАЗА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 77—82)

Д. Џајиќ, Б. Мирковиќ: ИМУНОЛОШКИ АСПЕКТИ ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 83—85)

В. Димитровски, М. Симоновски, Б. Лазаревска, М. Накова: ДИСТРИБУЦИЈА НА МАСТОЦИТИТЕ ЗАВИСНО ОД КЛИНИЧНИОТ СТАДИУМ НА ИНФЛАМАТОРНО ДЕСТРУКТИВНИТЕ ФОРМИ НА ПРОГРЕСИВНАТА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 86—91)

Д. Букановиќ, М. Илиќ: ПРОМЕНЕ НА ЈЕЗИКУ У СЕНИЈУМУ (стр. 92—96)

М. Симоновски, В. Димитровски, Б. Лазаревска, З. Николовска: ДЕНТАЛНИОТ ЛАК И НЕГОВИОТ ПАТОГЕНЕТСКИ ПРИДОНЕС КАЈ ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ (стр. 104—112)

Ѓ. Лајчароски, Т. Шапчески, Б. Дамевски: LYCHEN RUBER PLANUS (стр. 113—116)

Т. Шапчески, Ѓ. Лајчароски, Б. Дамевски: НЕКОИ ОРАЛНИ ПРОМЕНИ КАЈ ДЕГУСТАТОРИТЕ НА ТУТУН (стр. 117—120)

Т. Арсов, С. Милошевиќ, Д. Карапеев, Т. Илиев: НАШИ ИСКУСТВА ВО ЕЛИМИНИЦИЈАТА НА ПАРОДОНТАЛНИТЕ ЦЕПОВИ ПО КОНЗЕРВАТИВЕН И ХИРУРШКИ ПАТ (стр. 121—125)

О. Зелић, Д. Букановић: САВРЕМЕНА ТЕРАПИЈА ПРОГРЕСИВНИХ ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 126—134)

З. Николовска, Б. Лазаревска, М. Накова, В. Димитровски, М. Симоновски: УЛОГАТА НА ПРОВОЦИРАЧКИТЕ И ПРЕДИСПОНИРАЧКИТЕ ФАКТОРИ ВО КЛИНИЧКОТО ОБЈЕКТИВИЗИРАЊЕ НА УЛЦЕРОЗНИОТ ГИНГИВО-СТОМАТИТ (стр. 238—288)

М. Симоновски, Б. Лазаревска, В. Димитровски, М. Накова, З. Белазелкова: ПРЕВАЛЕНЦИЈА НА ИНИЦИЈАЛНАТА ПАРОДОНТАЛНА АФЕКЦИЈА КАЈ ДЕЦАТА ОД УЧИЛИШНА ВОЗРАСТ (стр. 349—354)

Год. III, 1979

М. Накова, П. Корнети, Б. Лазаревска, Д. Ташкова: НАПОРЕДНИ ИСПИТУВАЊА НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА АСКОРБИНСКАТА КИСЕЛИНА ВО ПЛУНКАТА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОЛАТИЈА (стр. 5—8)

М. Накова, Б. Лазаревска, В. Ковачев, П. Кандикијан, З. Белазелкова: САЛИВАРНИ И СЕРУМСКИ ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА КАЛЦИУМ И ФОСФОР КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 31—36)

М. Симоновски, Р. Хрисоко, Б. Лазаревска, М. Богданов, В. Димитровски: СЕРУМСКИ ВРЕДНОСТИ НА КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА БАКАР ЗАВИСНО КЛИНИЧКИОТ СТАДИУМ НА ИНФЛАМАТОРНО-ДЕСТРУКТИВНИТЕ ФОРМИ НА ПРОГРЕСИВНАТА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 133—138)

Б. Лазаревска, М. Накова, В. Димитровски, З. Николовска, М. Симоновски: НАШИТЕ СОЗНАНИЈА ЗА ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА НА ПРОГРЕСИВНАТА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 183—198)

Б. Георгиевска: СКЕНОГРАФСКИ МОЖНОСТИ ВО ДИЈАГНОСТИКАТА НА ЗАБОЛУВАЊАТА НА ПЛУНКОВНИТЕ ЖЛЕЗДИ (стр. 215—222)

Год. IV, 1980

Б. Лазаревска, В. Димитровски, М. Симоновски: ХИСТОЛОШКА КОМПАРАЦИЈА ПОМЕГУ ХЕМОРАГИЧНАТА И ПИОРИЧНАТА ФОРМА НА ИНФЛАМАТОРНО-ДЕСТРУКТИВНИТЕ ФОРМИ НА ПРОГРЕСИВНАТА ПАРОДОНТОПАТИЈА (стр. 27—32)

Б. Лајчароски: ЗА НЕКОИ ЛОКАЛНИ ТРАУМИ И НИВНИТЕ ПОСЛЕДИЦИ НА ПАРОДОНЦИУМОТ (стр. 11—16)

В. Димитровски, Е. Урүмова, Б. Лазаревска, М. Симоновски: КВАНТИТАТИВНА ЗАСТАПЕНОСТ НА КИСЕЛИТЕ МУКОПОЛИСАХАРИДИ ВО ГИНГИВА КАЈ БОЛНИ ОД ПРОГРЕСИВНА ПАРОДОНТОПАТИЈА ВО ЗАВИСНОСТ ОД КЛИНИЧКИОТ СТАДИУМ (стр. 127—132)

2. ДЕНТАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

Год. I, 1977

И. Тавчиовски, Љ. Димкова, П. Кедеров, М. Стефановиќ, Ј. Стојановски: КЛИНИЧКА ОЦЕНКА НА ПРИМЕНАТА И ВРЕДНОСТА НА НЕКОИ МАТЕРИЈАЛИ ЗА ДЕФИНИТИВНО ЗАТВАРАЊЕ НА КАВИТЕТИ (стр. 10—24)

Ј. Стојановски, И. Тавчиовски, Б. Ников: СПОРЕДУВАЊЕ НА ПОЈАВИТЕ ВО ОРАЛНАТА ПАТОЛОГИЈА КАЈ ЕДНОЈАЧНИ И ДВОЈАЧНИ БЛИЗНАЦИ (стр. 25—32)

С. Оцаклиева, М. Стевановиќ: ГРЕШКИ ПРИ МАНИПУЛИРАЊЕТО СО КОМПОЗИТНИ МАТЕРИЈАЛИ И ПОСЛЕДИЦИТЕ ОД ТОА (стр. 141—144)

Год. II, 1978

Б. Поповић, Љ. Поповић, Д. Бурић: РАЗВОЈ ИНСТРУМЕНТАЦИЈЕ ЗА ИСТРАЖИВАЊЕ ОБРАДЕ ЗУБА (стр. 65—68)

И. Тавчиовски, С. Оцаклиева: КЛИНИЧКИ ОПСЕРВАЦИИ НА ПОЛНЕЊА СО CONCISE (стр. 265—270)

И. Тавчиовски, Љ. Димкова: ОЦЕНКА НА ПУЛПО-ПАРОДОНТАЛНИОТ СТАТУС КАЈ ЗАБИ ПОТЕНЦИЈАЛНИ „НОСАЧИ“ (стр. 301—306)

П. Кедеров: ПРИМЕНА НА ЕНДОБОКСОТ ВО ЕНДОДОНЦИЈАТА ЗА ЕКСТРАХИРАЊЕ НА МЕТАЛНИ ФРАГМЕНТИ (315—318)

И. Тавчиовски, С. Оцаклиева, Љ. Димкова: МИКРОБИОЛОШКИ СТАТУС НА КАНАЛИТЕ ПО ПРЕТХОДНА АМПУТАЦИОНА ПОСТАПКА (стр. 355—358)

И. Тавчиовски, Љ. Димкова: РЕНТГЕНСКА ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ЕФЕКТОТ ОД ЕНДОДОНТСКАТА ТЕРАПИЈА (стр. 367—372)

Год. III, 1979

Ј. Јовановски: ДВИЖЕЊЕТО НА ОРАЛНАТА ПАТОЛОГИЈА ВО СТОПАНСКА ОРГАНИЗАЦИЈА СО ОБЕЗБЕДЕНА СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА (стр. 45—48)

И. Тавчиовски, Љ. Матовска: АСИМПТОМНИ ПЕРИАПИКОЗИ (стр. 105—110)

Год. IV, 1980

С. Оцаклиева: МИКРОБИОЛОШКИ НАОД НА ПРЕОСТАНАТИОТ ДЕНТИН ПРИ КАРИЕС ПРОФУНДА СИМПЛЕКС И КОМПЛИКАТА ПО ПРЕТХОДНА ТЕРАПИСКА ПОСТАПКА (стр. 91—100)

3. ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

Год. I, 1977

Љ. Нечева, М. Здравева, Д. Њего, М. Мирчева: DYSOSTOSIS CLEIDOCRANIALIS (стр. 7 — 12)

Год. II, 1978

Ѓ. Баба-Милкић, Е. Васић, М. Смиљковић: АПСЦЕСИ ДЕНТОГЕНОГ ПОРЕКЛА У ДЕЦЕ (стр. 9—14)

Љ. Росић, С. Алексић, Т. Арсовски, С. Милошвечић: ОРАЛНИ ПРОМЕНИ КАЈ ДЕЦА БОЛНИ ОД DIABETIS MELLITUS (стр. 15—15)

Н. Томашевић, Ј. Томчев, Г. Дујевски, М. Протић: ПРИЛОГ ПЛЕКСУС АНЕСТЕЗИЈИ У ГОРЊОЈ ВИЛИЦИ КОД ЕКСТРАКЦИЈЕ ЗУБА У ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ (стр. 19—22)

Б. Бајрактарова, Љ. Нечева: ОСЕТЛИВОСТ НА ПУЛПАТА ПРИ КОМПОЗИТНИ РЕСТАВРАЦИИ (стр. 23—25)

Б. Баба-Милкић; ПРЕВАЛЕНЦИЈА ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ПРОМЕНА НА АЛВЕОЛАРНОЈ КОСТИ (ПОЧЕТНЕ АЛВЕОЛИЗЕ) У ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ (стр. 26—29)

М. Мирчева, Љ. Нечева, Д. Њего, Б. Бајрактарова, С. Иљовска: ЗАБНА ДИСКОЛОРАЦИЈА И ПОЧЕТНА АДМИНИСТРАЦИЈА НА ТЕТРАЦИКЛИНИТЕ (стр. 30—33)

М. Kregeb, I. Miler, P. Gibrovec, E. Prapotink, V. Ramšek, P. Rupnik, F. Špiler: OVREDNOTENJE FLUORIZACIJSKIH METOD Z MERENJEM IKONCENTRACIJE FLUORA V ZOBNI SKLENINI (стр. 34—37)

М. Rode, O. Herman, LJ. Herman-Rode: SKANNING ELEKTRONSKO-MIKROSKOPСКЕ PREISKAVE ZOBNIH ŠETK (стр. 38—43)

М. Живковић, Т. Костић, В. Миличић, М. Савић: СТЕРИЛИЗАЦИЈА И ДЕЗИНФЕКЦИЈА ИНСТРУМЕНТА У ЗУБНО-ЛЕКАРСКИМ ОРДИНАЦИЈАМА ЗА ДЕЦУ (стр. 44—47)

Б. Драгичевић: ДИНАМИЧКА АНАЛИЗА КАРИЈЕСА У ПОПУЛАЦИЈИ ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ (стр. 48—50)

М. Протић, Н. Томчева, Г. Дујевски, Ј. Томчев: НЕКЕ ОД КАРАКТЕРИСТИКА ПРВИХ СТАЛНИХ ЗУБА У ДЕЦЕ УЗРАСТА 6 ГОДИНА ИЗ ДЕЧЈИХ КОЛЕКТИВА У НОВОМ САДУ (стр. 51—54)

Ж. Видовић, С. Милосављевић, Б. Илић: ВРЕМЕ И ПЕРИОДИ НИЦАЊА СТАЛНИХ ЗУБА (стр. 55—58)

Б. Баба-Милкић, М. Савић, М. Живковић, С. Митић: КАРИЈЕС ФРЕКВЕНЦА КОД ДЕЦЕ ОБОЛЕЛЕ ОД ШЕЌЕРНЕ БОЛЕСТИ (стр. 59—64)

П. Петров. В. Канинска: ДИНАМИКА НА ОРАЛНАТА ПАТОЛОГИЈА КАЈ УЧЕНИЦИ КОИ СЕ СИСТЕМАТСКИ ОБРАБОТЕНИ (стр. 345—348)

Год. III, 1979

С. Филиповски, Р. Серафимовски: КАРИЕС НА ПРВИТЕ ТРАЈНИ КАТНИЦИ КАЈ ДЕЦАТА ОД 8 ДО 14 ГОДИНИ ВО ГОСТИВАР (стр. 49—54)

Н. Ѓорчулоска, Ј. Ѓоргова: НЕОПХОДНОСТА ОД СТОМАТОЛОШКО-МЕДИЦИНСКАТА СОРАБОТКА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ ВО РАНАТА ДЕТСКА И АДУЛТНА ВОЗРАСТ (стр. 127—132)

И. Тавчиовски, Р. Рафајловски, М. Стефановиќ, П. Кедеров, Ј. Стојановски, Б. Ников: ПОВЕЌЕКРАТНО ИСПИТУВАЊЕ НА СООДНОСТ ПОМЕГУ ЗАБНИОТ КАРИЕС И ФЛУОР КОНЦЕНТРАЦИЈАТА ВО ВОДАТА ЗА ПИЕЊЕ (стр. 209—214)

Љ. Нечева, М. Мирчева, М. Царчев, Б. Бајрактарова, Д. Њего: КОРТИКОСТЕРОИДИ ПРИМЕНЕТИ ВО ДЕФИНИТИВНИОТ ТРЕТМАН НА КАНАЛНИТЕ ПОЛНЕЊА (стр. 245—250)

Год. IV, 1980

Б. Јанев, Љ. Нечева: СИСТЕМАТСКА САНАЦИЈА НА ДЕЦАТА ОД ПРЕДУЧИЛИШНА ВОЗРАСТ (стр. 47—50)

Б. Бајрактарова, Љ. Нечева, М. Мирчева, С. Иљоска, М. Царчев: ЈАТРОГЕНИ СТОМАТОЛОШКИ КОМПЛИКАЦИИ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ (стр. 51—58)

М. Царчев, Љ. Нечева, М. Мирчева, С. Иљоски, И. Филипче, П. Георгиев: ВЛИЈАНИЕ НА РЕСПИРАТОРНИТЕ ПРЕЧКИ ВРЗ ОРОФИЦИЈАЛНИОТ СИСТЕМ (стр. 139—144)

4. ОРТОПЕДИЈА НА ВИЛИЦИ И ЗАБИ

Год. I, 1977

С. Серафимова, Н. Кофкарова, Т. Бојациев, Ј. Ѓоргова, М. Зужелова, Н. Ѓорчулоска: НАШИТЕ СОГЛЕДУВАЊА ЗА ПРОМЕНИТЕ НА ПОТКОРНАТА ЗОНА НА ДЕНТАЛНИТЕ ЛАКОВИ (стр. 13—18)

Н. Ѓорчулоска: РАЗВИТОКОТ НА ДЕНТАЛНИТЕ ЛАКОВИ КАЈ ДЕЦА СО МАЛОКЛУЗИИ ОД 6 ДО 8 ГОДИШНА ВОЗРАСТ (стр. 85—94)

Т. Бојациев: МЕТОД НА СЕГМЕНТИРАНИОТ ЛАК КАКО ТЕРАПЕВТСКА ПОСТАПКА ВО ДЕНТОФАЦИЈАЛНАТА ОРТОПЕДИЈА (стр. 101—112)

Год. II, 1978

Д. Марић, Е. Коша: ОРТОДОНТСКО ПРЕОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕЊЕ СHELIOGNATORALATOSHYSIS (стр. 242—245)

Н. Кофкарова: ПРИМЕНА НА STOCKFISH-овиот кинетор ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА II кл/2 по ANGLE (стр. 295—300)

Н. Ѓорчулоска, С. Теодосиевска, Ј. Ѓоргова: ЕФЕКТОТ НА ТРЕТ-
МАНОТ НА РАНИОТ ВКРСТЕН ГРИЗ ВРЗ ПЕРМАНЕНТНАТА
ДЕНТИЦИЈА (стр. 359—366)

Год. III, 1979

М. Мешков: ПРИМЕНА НА ПОЛИПРСТЕНЕСТАТА ТЕХНИКА
КАЈ ДИЈАСТЕМИ НАСТАНАТИ ОД АНОДОНЦИЈА НА ЛАТЕ-
РАЛНИТЕ ИНЦИЗИВИ (стр. 9—14)

С. Серафимова, Н. Кофкарова, М. Зужелова: ПАРАФУНКЦИИ
ВО СТОМАТ ОГНАТНИОТ СИСТЕМ И НИВНО ВЛИЈАНИЕ НА
МОРФОГЕНЕЗАТА ВО ДЕНТОФАЦИЈАЛНАТА РЕГИЈА (стр.
21—25)

Т. Бојациев, А. Fontenelle: ЕКСРАКЦИЈА НА ПРВИТЕ ПРЕМО-
ЛАРИ ВО КЛИНИЧКАТА ПРАКТИКА (стр. 37—44)

Н. Кофкарова, С. Иљоска: ОРТОДОНТСКА ПОСТАПКА ВО СЛУ-
ЧАИ НА ДОЦНО ОТСТРАНУВАЊЕ НА ПРЕКУБРОЈНИ ЗАБИ
(стр. 55—60)

Т. Бојациев: КОНГЕНИТАЛЕН НЕДОСТАТОК НА ЗАБИ ПРИ
TRI SOMIA 21 (стр. 123—126)

С. Серафимова, М. Зужелова, Н. Ѓорчулоска, Н. Кофкарова, Ј.
Ѓоргова: ХИПО-ХИПЕРОДОНТЕН СИНДРОМ (стр. 251—254)

Год. IV, 1980

Н. Ѓорчулоска: РЕТКА ЗАСТАПЕНОСТ НА ХИПЕРДОНЦИЈА НА
МОЛАРИ (стр. 33—38)

С. Серафимова, Ј. Ѓоргова: ТЕРАПЕВТСКИ ПРИСТАП КОН МАН-
ДИБУЛАРНА ИНЦИЗАЛНА ТЕСКОБА (стр. 109—114)

**5. ОРАЛНА И МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА
ХИРУРГИЈА**

Год. I, 1977

Т. Симовска, М. Муровска, Ј. Стефановски, М. Георгиева, П. Цар-
чев, Х. Чолаков: СОВРЕМЕНИ ПОГЛЕДИ НА СТЕРИЛИЗАЦИ-
ЈАТА НА НАСАДНИТЕ ИНСТРУМЕНТИ (стр. 43—48)

Т. Туцаров: ПРИМЕНА НА ЦИЛЕНА РАДИОГРАФИЈА ПРИ СУ-
БЛУКСАЦИЈА НА ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНИОТ ЗГЛОБ (стр.
49—52)

Ѓ. Тантуровски, Ј. Јанев, С. Дилевски, К. Анастасов: ХИРУРШКИ КОНЗЕРВАТИВЕН ТРЕТМАН НА ЗАБНИ КОРЕНИ ВО ФРОНТАЛНАТА РЕГИЈА (стр. 145—150)

Год. II, 1978

В. Павловић, В. Катић: МАСТОЦИТ У ГРАНУЛОМУ ДЕНТАЛНОГ ПОРЕКЛА (стр. 69—76)

В. Обрадовић, А. Спасић: ПОЛОЖАЈ БОЛЕСНИКА КАО ЈЕДАН ОД ФАКТОРА У СУЗБИЈАЊУ СИНКОПЕ У ОРАЛНОЈ ХИРУРГИЈИ (стр. 213—215)

А. Спасић, В. Обрадовић, С. Поповић: НЕКИ АСПЕКТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ И ТРЕТМАНА ДЕПРЕСИВНИХ СИНКОПА У СТОМАТОЛОШКОЈ ПРАКСИ (стр. 216—220)

Љ. Стојановски, В. Чајни, Ј. Ристић, А. Храбовски: ДИЈАГНОСТИКА И ЛЕЧЕЊЕ НАЈЧЕШЋИХ ДЕФОРМАЦИЈА ВИЛИЦА (стр. 221—225)

В. Томашевић, В. Миладиновић, С. Шурдиловић: ТРАУМАТСКЕ ПОВРЕДЕ УСНЕ ШУПЉИНЕ КОД ЕПИЛЕПТИЧАРА (стр. 226—229)

В. Обрадовић, А. Спасић: АПСОЛУТНЕ И РЕЛАТИВНЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ОПШТУ АНЕСТЕЗИЈУ У СТОМАТОЛОГИЈИ (стр. 230—233)

Б. Миладиновић, М. Шћепановић, В. Томашевић, М. Тодоровић, С. Шурдиловић: ЕКСРАКЦИЈА ЗУБА У БОЛЕСНИКА СА ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (стр. 234—237)

С. Поповић, А. Спасић, М. Илић: НАШЕ ИСКУСТВО У ХИРУРШКОМ ЛЕЧЕЊУ АКУТНИХ ИНФЕКЦИЈА ДЕНТОГЕНОГ ПОРЕКЛА (стр. 238—241)

С. Радовић, И. Паовић, З. Мартиновић: РЕНТГЕНОЛОШКИ ПРИКАЗ АЛВЕОЛИТА (стр. 246—250)

Љ. Тодоровић, В. Петровић: КЛИНИЧКО ИСПИТУВАЊЕ НЕКИХ ТЕРМИНАЛНИХ АНАСТОМОЗА ТРИГЕМИНАЛНОГ НЕРВА (стр. 251—255)

З. Атанасовски, Б. Даштевски, Љ. Коповски, Б. Христов, П. Шишовић: ТРАНСДЕНТАЛНА ФИКСАЦИЈА НА ЗАБИТЕ (стр. 256—259)

Ј. Стефановски, Т. Симовска, М. Муровска, Х. Чолаков, Н. Кофкарова, П. Царчев: ОРАЛНО ХИРУРШКИ ТРЕТМАН КАКО ДЕЛ ОД КОМПЛЕТНАТА ТЕРАПИЈА НА DYSOSTOSIS CLEIDOCRANIALIS (стр. 271—276)

В. Јеролимов: АНТРОПОМЕТРИЈСКО ИСТРАЖУВАЊЕ КОШТАНИХ ЗГЛОБНИХ ТЈЕЛА ЧЕЉУСНОГ ЗГЛОБА ЧОВЈЕКА (стр. 277—282)

Ј. Стефановски, Т. Симовска, М. Муровска, Х. Чолаков, П. Царчев: ВЕСТИБУЛАРНИ РЕЗОВИ ИНДИЦИРАНИ ЗА ХИРУРШКО ЛЕКУВАЊЕ НА ХРОНИЧНИ ПЕРИАПИКАЛНИ ПРОЦЕСИ (стр. 307—314)

И. Васков, Н. Горчулоска, Х. Чолаков: ХИРУРШКО ОРТОДОНТСКО ТРЕТИРАЊЕ НА ПАЛАТИНАЛНО ИМАПКТИРАНИТЕ КАНИНИ (337—344)

Ј. Јанев: ПРИМЕНА НА ЕМЕХ-ОТ ВО ОРАЛНАТА ХИРУРГИЈА (385—388)

Год. III, 1979

Х. Чолаков, Т. Симовска, М. Муровска, Ј. Стефановски, П. Царчев: АНТИБИОТСКА ТЕРАПИЈА ПРИ ОДОНТОГЕНИТЕ ИНФЕКЦИИ (стр. 15—20)

М. Муровска, Т. Симовска, Ј. Стефановски, П. Царчев, Х. Чолаков: ФУНКЦИОНАЛНИ ПРОМЕНИ НА КАРДИОВАСКУЛАРНИОТ СИСТЕМ КАЈ ПАЦИЕНТИ ПОД ДЕЈСТВО НА ЛОКАЛНА АНЕСТЕЗИЈА (стр. 87—92)

Б. Василевски, Т. Илиев: РЕИМПЛАНТАЦИЈА НА ДЕЛОВИ НА PROCESSUS ALVEOLARIS (стр. 99—104)

Б. Василевски, Т. Илиев: ХИПЕРЦЕМЕНТОЗАТА ВО СЕКОЈ-ДНЕВНАТА СТОМАТОЛОШКА ПРАКТИКА (стр. 117—122)

Ј. Јанев: ПРИКАЗ НА ПРЕКУБРОЕН ДОЛЕН МОЛАРЕН ЗАБ (стр. 153—158)

И. Васков, Т. Туцаров, С. Лазаревски, В. Стојановиќ, Б. Василевски, П. Кроневски: КРИТИЧКИ ПРОЦЕНУВАЊА ВРЗ ОПЕРАТИВНИТЕ ЗАФАТИ НА ДОЛНАТА ВИЛИЦА ПРИ ПРОГЕНИИ (стр. 223—228)

Т. Симовска: КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕГУ ФИЗИЧКАТА И ФУНКЦИОНАЛНАТА СОСТОЈБА НА МАСТИКАТОРНИОТ ОРГАН И ХРОНИЧНИТЕ ЗАБОЛУВАЊА НА ДИГЕСТИВНИОТ ТРАКТ (стр. 229—234)

Год. IV, 1980

Т. Симовска, М. Муровска, Ј. Стефановски, П. Царчев, Х. Чолаков: АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЈА — ПРИСУТЕН ПРОБЛЕМ ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА (стр. 17—20)

Ј. Стефановски, М. Муровска, Т. Симовска: ОПРАВДАНОСТА ОД ПЛАНИРАНАТА ЕГЗОДОНЦИЈА ОД МЕДИЦИНСКО-ХИРУРШКИ АСПЕКТ (стр. 115—126)

Т. Туцаров: ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКИ СОГЛЕДУВАЊА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА СУБЛУКСАЦИЈА НА ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНИОТ ЗГЛОБ СО АКРИЛАТНА НАГРИЗНА ШИНА (стр. 85—118)

6. СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

Год. I, 1977

Д. Велевски, М. Фиљански, В. Сиљановски, Љ. Антовска, С. Димовски: ПРИЛОГ КОН ПРОТЕТСКО ЗГРИЖУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ СО МИКРОСТОМА (стр. 53—58)

И. Богдановски, М. Фиљански, П. Шуков, Н. Кузмановски, М. Камчевски: ПРОШИРУВАЊЕ НА БАЗАЛНИОТ ФУНДАМЕНТ КАЈ ДОЛНАТА ТОТАЛНА ПРОТЕЗА СО ПРЕЛИМИНАРЕН ИНТЕРМЕДИЈАТЕН ОТПЕЧАТОК (стр. 59—100)

И. Богдановски, М. Фиљански, Б. Прастов, Н. Кузмановски, М. Камчев: ВЛИЈАНИЕ НА МОБИЛНИТЕ ГИНГИВАЛНИ ПРОТЕЗИ НА ВИЛИЧНИОТ ПРОДОЛЖЕТОК НА НЕГОВОТО ДЕФИНИТИВНО ОФОРМУВАЊЕ И ЗАЦВРСТУВАЊЕ (стр. 129—134)

Д. Поп-Николов, Д. Карапеев, И. Љотски: СТОМАТОЛОШКА КЕРАМИКА И НЕЈЗИНАТА ПРИМЕНА ВО ПРОТЕТСКАТА ТЕРАПИЈА (стр. 135—140)

Год. II, 1978

Г. Симов, Е. Шабанов, Ј. Чаловска, С. Точкова: ПРОТЕТСКО ЗГРИЖУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ СО ЕКТОДЕРМАЛНА ДИСПЛАЗИЈА (стр. 57—72)

С. Сланкаменац: ОРГАНИЗАМ У ПРОЦЕСУ СТАРЕЊА И ОРАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА (стр. 135—137)

С. Папић: ИЗДРЖЉИВОСТ ЗУБА У ОДНОСУ НА ГОДИНЕ СТАРОСТИ (стр 138—141)

Љ. Антоvsка, Д. Велеvски, Е. Шабанов, М. Фиљански, Н. Богдановски: НЕКОИ СОГЛЕДУВАЊА КОН ПСИХОЛОШКО АЛТЕРИРАНИТЕ ПАЦИЕНТИ И НИВНАТА АДАПТАЦИЈА НА МОБИЛНИ ПОМАГАЛА (стр. 142—145)

И. Богдановски, Т. Галев, Д. Велеvски, Е. Петкова, М. Камчев, П. Шуков: НАШЕ ИСКУСТВО ПРИ РЕТЕНЦИЈА НА ПАРЦИЈАЛНИ ПРОТЕЗИ (БЛОК СИСТЕМ) (стр. 146—148)

A. Rigler, R. Sedej, I. Kriš: STOMATOPROTETIČNA REHABILITACIJA PROFESIONALNO PRIKRAČENIH GLAZBENIH DUHAČA (стр. 149—154)

C. Kiki-Bergin, R. Sedej, L. Marion: PROTETSKO ZBUNIVANJE ZUBNIH ABRAZIJA I EROZIJA (str. 155—159)

Д. Поп-Николов, Н. Лотски, Д. Карапеев: УПОТРЕБА НА АТЕЧМЕНИТЕ ЗА РЕТЕНЦИЈА НА ПАРЦИЈАЛНИ ПРОТЕЗИ (стр. 160—164)

L. Marion, R. Sedej: KLINIČNA IN FUNKCIONALNA OCENA SIDRA (CeKa) (str. 165—169)

Д. Карапеев, Д. Поп-Николов, И. Лотски, Т. Арсовски: НАШЕТО ИСКУСТВО ВО ПРОТЕТСКАТА РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАТОЛОШКАТА АБРАЗИЈА (стр. 170—173)

V. Vidmar: STOMATOPROTETIČNA REHABILITACIJA VOLNIKOV PO OPERACIJI PALATOSHISIS (str. 174—177)

И. Лотски, Д. Поп-Николов, Д. Карапеев: УПОТРЕБА НА МАСИ СО ПРОДОЛЖЕНО ВРЗУВАЊЕ ПРИ ИНДНРЕКТНО ПОДЛАГАЊЕ НА ПРОТЕЗИ (стр. 178—181)

Б. Бабић, С. Карапеевић, А. Петровић: МОГУБНОСТИ И ПРИНЦИПИ ПРИМЕНЕ ПАРАЛЕЛОМЕТРА У СТОМАТОЛОШКО ПРОТЕТИЦИ (стр. 182—187)

Е. Шабанов, Е. Петкова, Д. Велеvски, Љ. Антоvsка: НАШ ПРИОД КОН ИЗРАБОТКА НА ЗАШТИТНИ КОРОНКИ ОД САМОВРЗУВАЧКИ АКРИЛАТИ (стр. 188—190)

Д. Велеvски, Љ. Антоvsка, М. Фиљански, И. Богдановски, Е. Шабанов, К. Дејановски: КОРИСТЕЊЕ НА КОРОНОТ ОД ГОРЕН ПРВ ПРЕМОЛАР ЗА ПРОТЕТСКА НАДОГРАДБА (стр. 191—194)

Љ. Антовска, М. Фиљански, М. Накова, Д. Велевски, И. Богдановски: ПРИЛОГ КОН ТЕРАПИЈАТА НА МИКРОБНИОТ ПРОТЕТСКИ СТОМАТИТ (стр. 195—199)

Е. Шабанов, Ѓ. Симов: АКТУЕЛНОСТ НА ПРОБЛЕМОТ НА АДАПТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИТЕ НА ЗАБНО ПРОТЕТСКИТЕ ПОМАГАЛА (стр. 200—203)

М. Фиљански, И. Богдановски, Т. Бојациев: DENTATUS ARTICULATOR ТИПАРЛ (стр. 289—294)

И. Богдановски: ПРИЛОГ КОН ПОЕГЗАКТНО ОДРЕДУВАЊЕ НА ВИСИНАТА НА ЗАГРИЗОТ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ТОТАЛНА БЕЗЗАБОСТ (стр. 373—378)

Е. Мирчев: ОПРАВДАНОСТ ОД ИЗРАБОТКА НА ЗАШТИТНИ КОРОНКИ (стр. 379—384)

Год. III, 1979

Е. Мирчев: КОРИСТЕЊЕ НА УМНИЦИТЕ ВО ПРОТЕТСКАТА ТЕРАПИЈА (стр. 25—30)

Б. Соколовиќ: НЕКИ АСПЕКТИ ОКЛУЗАЛНИХ ОДНОСА (стр. 61—64)

М. Фиљански, И. Богдановски, К. Дејанов: ЕЛАСТОМЕРИ И НИВНАТА ПРИМЕНА ВО ПРОТЕТИКАТА — I дел (стр. 65—74)

Б. Бабиќ, Д. Мијалковиќ, Д. Стаменковиќ: МОГУБНОСТИ ПРОТЕТСКЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ МОБИЛНИМ НАДОКНАДАМА У ПАЦИЈЕНТИМА СА КЛИНИЧКИ ДИЈАГНОСТИКОВАНИМ ПРОМЕНА ИЗАЗВАНИХ АКРИЛАТИМА (стр. 93—98)

Е. Петкова, И. Богдановски, В. Сиљановски: КОРИСТЕЊЕ НА ПОМОШНИ РЕТЕНЦИОНИ ЖЛЕБОВИ ПРИ ИЗРАБОТКА НА БЛОК СИСТЕМ НА КОРОНКИ (стр. 111—116)

М. Фиљански, И. Богдановски, К. Дејанов, Д. Велевски: ЕЛАСТОМЕРИ И НИВНАТА ПРИМЕНА ВО ПРОТЕТИКАТА — II дел (стр. 139—146)

Ѓ. Симов: ЗАШТИТА НА ЗАБОТ ЗА ВРЕМЕ НА СТРУЖЕЊЕ И ПО СТРУЖЕЊЕТО ЗА ИЗРАБОТКА НА ВЕШТАЧКА ЗАБНА КОРОНКА (стр. 159—164)

Ѓ. Симов, Е. Шабанов: ПРОТЕТСКО ЗГРИЖУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ СО DYSGNATIA (стр. 235—238)

Д. Поп-Николов: ЦЕКЕТ—ПОРЦЕЛТНСКА КОРОНКА СО „АРМИРАНА“ ПЛАТИНСКА ФОЛИЈА (стр. 239—244)

М. Фиљански, Д. Велески, Љ. Гајдова: КОРИСТЕЊЕ НА ПОКРИВНИТЕ ПРОТЕЗИ ВО ПРОТЕТСКОТО ЛЕКУВАЊЕ НА СУПТОТАЛНА БЕЗЗАБОСТ (стр. 255—262)

Год. IV, 1980

Е. Мирчев: ПАРОДОНТАЛЕН НАОД КАЈ ФИКСНО-ПРОТЕТСКИТЕ ИЗРАБОТКИ (стр. 5—10)

Д. Поп-Николов, Д. Карапеев, И. Лотски: ФОРМИРАЊЕ НА ВЕНТИЛНИТЕ РАБОВИ И ЗЕМАЊЕ ФУНКЦИОНАЛЕН ОТПЕЧАТОК ПО МЕТОДОТ НА МАРКСКОРКС НИЗ НАШАТА КЛИНИЧКА ПРАКТИКА (стр. 39—46)

Д. Илиевски, П. Петров, С. Цифкаровски: ПРИМЕНА НА НЕКОИ ОД МЕТОДИТЕ НА ПОВРШИНСКАТА ПСИХОТЕРАПИЈА ВО КЛИНИЧКАТА ПРОТЕТИКА (стр. 133—138)

Е. Мирчев: ПРИЛОГ КОН СМАЛУВАЊЕ НА ПАРОДОНТАЛНИТЕ ПРОМЕНИ НА НОСАЧИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД ФИКСНО-ПРОТЕТСКИ ИЗРАБОТКИ (стр. 101—108)

Е. Петкова, И. Богдановски, М. Фиљански, Е. Јанкуловска, Ј. Чаловска, П. Шуков: АКРИЛАТЕН ЗАГРИЗЕН ШАБЛОН КАКО МЕЃУФАЗА ВО ЗЕМАЊЕ ДЕФИНИТИВЕН ОТПЕЧАТОК КАЈ СЛУЧАИ СО ПАРЦИЈАЛНА БЕЗЗАБОСТ (стр. 119—120)

M. Rode, A. Velkov, J. Vrbovšek, M. Sušec: REZULTATI ANKETE O OBOLEVENOSTI ZABOZDRAVSTVENIH DELAVCEV (стр. 97—99/II)

С. Цешка: РАД СТОМАТОЛОГА У ПРОЦЕСУ ИДЕНТИФИКАЦИЈЕ (стр. 206—212/II)

Р. Наумовски, П. Филдишевски: ОСНОВИ НА ЕЛЕКТРОМИОГРАФИЈАТА И НЕЈЗИНАТА КЛИНИЧКА АПЛИКАЦИЈА ВО СТОМАТОЛОШКАТА ПРАКТИКА (стр. 199—208/III)

Љ. Илиевска, Т. Илиевски: ВИРУСНИОТ ХЕПАТИТ И СТОМАТОЛОШКАТА ПРАКТИКА (стр. 21—26/IV)

ИНДЕКС НА АВТОРИ

- Антоновска Љ., 1978 (142—145), 1978 (195—199)
Арсов Т., 1978 (121—125)
Атанасовски З., 1978 (256—259)
Баба — Милкић Б., 1978 (26—29), 1978 (59—64)
Бабић Д., 1978 (182—187)
Бајрактарова Б., 1978 (23—25), 1980 (51—58)
Богдановски И., 1977 (59—66), 1977 (95—100), 1977 (129—134),
1978 (146—148), 1978 (373—378)
Бојациев Т., 1977 (101—112), 1979 (37—44), 1979 (123—126)
Велевски Д., 1977 (53—58), 1978 (191—194)
Видмар В., 1978 (174—177)
Видовић Ж., 1978 (55—58)
Васков И., 1978 (337—344), 1979 (223—228)
Василевски Б., 1979 (117—122), 1979 (99—104)
Георгиевска Б., 1979 (215—222)
Димитровски В., 1978 (86—91), 1980 (127—132)
Драгичевић Б., 1978 (48—50)
Горчулоска Н., 1977 (85—94), 1978 (359—366), 1979 (127—132)
1980 (33—38)
Букановић Д., 1978 (92—96)
Живковић М., 1978 (44—47)
Зелић О., 1978 (126—134)
Ивковић З., 1978 (204—205)
Илиевска Љ., 1980 (21—26)
Илиевски Д., 1980 (133—138)
Јанев Ј., 1978 (385—388), 1979 (153—158)
Јанев Б., 1980 (47—50)
Јеролимов В., 1978 (277—282)
Јовановски Ј., 1979 (45—48)
Карапеев Д., 1978 (170—173)
Кедеров П., 1978 (315—318)

- Кикл Ц., 1978 (155—159)
Крегер М., 1978 (34—37)
Лајчароски Ѓ., 1978 (113—116), 1980 (11—16)
Лотски И., 1978 (178—181)
Лазаревска Б., 1979 (183—198), 1980 (27—32)
Марион Л., 1978 (165—179)
Марић Д., 1978 (242—250)
Мешков М., 1979 (9—14)
Миладиновић Б., 1978 (234—237)
Мирчев Е., 1978 (379—384), 1979 (25—30), 1980 (5—10), 1980 (101—108)
Мирчева М., 1978 (30—33)
Муровска М., 1979 (87—92)
Накова М., 1977 (113—118), 1979 (5—8), 1979 (31—36)
Наумовски Р., 1979 (199—208)
Нечева Љ., 1977 (7—12), 1979 (245—250)
Николовска З., 1978 (77—82), 1978 (283—288)
Обрадовић В., 1978 (230—233)
Одаклиева С., 1977 (141—144), 1980 (91—100)
Павловић В., 1978 (69—76)
Папић С., 1978 (138—141)
Петкова Е., 1979 (11—116)
Петров П., 1978 (345—348)
Поп-Николов Д., 1977 (135—140), 1978 (160—169), 1979 (239—244)
Поповић С., 1978 (238—241)
Поповић Б., 1978 (65—68)
Протић М., 1978 (51—54)
Радоњић С., 1978 (246—250)
Риглер А., 1978 (149—154)
Роде М., 1978 (97—99)
Росић Љ., 1978 (15—18)
Серафимова С., 1977 (13—18), 1979 (21—24), 1979 (251—254), 1980 (109—114)
Симов Ѓ., 1977 (67—72), 1978 (159—164), 1979 (235—238)
Симовска Т., 1977 (43—48), 1979 (229—234), 1980 (17—20)
Симоновски М., 1977 (119—128), 1978 (104—112), 1978 (349—354), 1979 (133—138)
Сланкаменац С., 1978 (135—137)
Соколовић Б., 1979 (61—64)
Спасић А., 1978 (216—220)
Стефановски Ј., 1978 (271—276), 1978 (307—314), 1980 (115—118)
Стојановски Ј., 1977 (25—32)
Стојановски Љ., 1978 (221—225)

- Тавчиовски И., 1977 (19—24), 1978 (265—270), 1978 (355—358)
1978 (367—372), 1979 (105—110), 1979 (209—214)
- Тантуровски Ѓ., 1977 (145—150)
- Тодоровић Љ., 1978 (251—256)
- Томашевић В., 1978 (226—229)
- Томашевић Н., 1978 (19—22)
- Туџаров Т., 1977 (49—52)
- Ќофкарова Н., 1978 (295—300), 1979 (55—60)
- Урумова Е., 1977 (33—42)
- Филиповски С., 1979 (49—54)
- Фиљански М., 1978 (289—294), 1979 (65—74), 1979 (139—146)
1979 (255—262)
- Царчев М., 1980 (139—144)
- Чолаков Х., 1979 (15—20)
- Џајић Д., 1978 (83—87)
- Џешка С., 1978 (206—212)
- Шабанов Е., 1978 (188—190), 1978 (200—203)
- Шапчески Т., 1978 (117—120)

(825—871) 6200 1000

(815—81) 4000

(811—811)

ИСПРАВКИ

1. Во „Македонски стоматолошки преглед“, бр. 1—2 од 1980 г., во рубриката Прикази, на стр. 67, презимето на професорот д-р Боровоје треба да гласи Топић, а не Тапић.
2. Во истиот број, во рубриката Соопштенија на стр. 71, во поднасловот на Извештајот од Конгресот треба да стои (Задар, 1980 г.), а не (Мостар, 1980г.).