

МАКЕДОНСКИ
СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

MACEDONIAN
STOMATOLOGICAL
REVIEW

Скопје, 1981 година

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД
СПИСАНИЕ НА СТОМАТОЛОШКАТА СЕКЦИЈА ПРИ СОЈУЗОТ НА
ЗДРУЖЕНИЈАТА НА ЛЕКАРИТЕ ОД СР МАКЕДОНИЈА И
СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ — СКОПЈЕ

Списанието излегува четири пати годишно
Во финансирањето учествува Заедницата за научни дејности и
Републичката конференција на ССРМ

Година V

Број 3—4

1981 г.

Редакциски совет

Проф. д-р Иван Тавчиовски
Проф. д-р Благородна Лазаревска
Проф. д-р Ѓорѓи Симов
Проф. д-р Илија Васков
Доц. д-р Томе Туцаров
Доц. д-р Вангел Димитровски
Доц. д-р Мила Мирчева
Доц. д-р Марија Накова
Доц. д-р Игнат Богдановски
Прим. д-р Јордан Стојановски
Прим. д-р Димитар Поп-Николов
Прим. д-р Павле Кедеров
Асист. д-р Марија Муровска
Прим. д-р Зоран Атанасовски
Прим. д-р Наум Кузмановски
√ Прим. д-р Владо Силјановски
Д-р Ѓорѓи Лајчароски

У р е д у в а
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:

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ

Водњанска, бр. 17, 91000 Скопје

Тел.: (091) 223-704

Жиро сметка: 40100-678-635

Сојуз на здруженијата на лекарите од СР Македонија —
за Македонски стоматолошки преглед

Годишна претплата на списанието: 200 динари за индивидуални претплатници, 100 динари за студенти, 400 динари за установи, 40 САД долари за странство.

Тираж: 1000 примероци

Печатено во Центарот за професионална рехабилитација — Скопје, (416/81)

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

Списание на Стоматолошката
секција и Стоматолошкиот
факултет, Скопје

Година V 1981 г. Број 3—4

СОДРЖИНА

- Т. Тударов, И. Васков,
С. Лазаревски**
Фоликуларни цисти во гор-
ната вилица — — — — 69
- Б. Лазаревска, В. Димитровски,
М. Накова, З. Белазелкова,
М. Симоновски, К. Тасевска**
Улогата на конзервативно-
јатрогените фактори во етио-
патогенезата на пародонтал-
ната болест — — — — 73
- Р. Рафајловски**
Канална варијабилност кај
горните шести заби и нив-
ната проодност — — — — 79
- М. Симоновски, Б. Лазаревска,
В. Димитровски, М. Николовски**
STATUS FORDYCE — наши
согледувања — — — — 85
- Б. Василевски, Ј. Јанев,
Т. Илиев**
Конзервативно хируршки
третман на oro-антралните
фистули — — — — 91

MACEDONIAN STOMATOLOGICAL
REVIEW

Publication of the Macedonian
stomatological Association and the
Faculty of Stomatology, Skopje

Year V Number 3—4 1981 g.

CONTENTS

- T. Tudžtrov, I. Vaskov,
S. Lazarevski**
Follicular cysts in the upper
jaw — — — — 69
- B. Lazarevska, V. Dimitrovski,
M. Nakova, Z. Belazelkova,
M. Simonovski, K. Tasevska**
The role of conservative iat-
rogenic factors in the ethio-
pathogenesis of periodontal
disease — — — — 73
- R. Rafajlovski**
Upper first molar channel
variability and passability — 79
- M. Simonovski, B. Lazarevska,
V. Dimitrovski, M. Nikolovski**
Status fordyce — our consi-
derations — — — — 85
- B. Vasilevski, J. Janev, T. Piev**
Conservative surgical treat-
ment of oro-antral fistulae — 91

Љ. Нечева, Б. Бајрактарова	
Електродијагностика на на- доградените заби — — —	95
П. Кедеров, Ѓ. Тантуровски, Ј. Атанасовски	
Важност на насоката на цен- тралниот зрак за добивање прецизни РТГ снимки — —	99
М. Муровска	
Фатален медијастинитис ка- ко компликација на акутна одонтогена инфекција — —	103
С. Иљоска, Љ. Нечева, А. Поп—Стефанова	
Вредност на рН на плунка кај деца болни од шеќерна болест — — — — —	107
ПРИЛОЗИ ОД СТРАНСКИ СПИСАНИЈА — — — —	111
ПРИКАЗ — — — — —	115
МАКЕДОНСКА СТОМАТО- ЛОШКА ТЕРМИНОЛОГИЈА	119
СООШПТЕНИЈА — — —	123

Lj. Nečeva, B. Bajraktarova	
Electrodiagnostics of restored teeth — — — — —	95
P. Kederov, Ѓ. Tanturovski, J. Atanasovski	
Importance of central ray di- rection for precision in ra- diography — — — — —	99
M. Murovska	
Fatal mediastinitis — Acute odontogenic infection compli- cation — — — — —	103
S. Iljoska, Lj. Nečeva, A. Pop—Stefanova	
Saliva pH values in children suffering from diabetes meli- tus — — — — —	107
SELECTION FROM DENTAL LITERATURE — — — —	111
REVIEW — — — — —	115
MACEDONIAN STOMATOLO- GICAL TERMINOLOGY —	119
ANNOUNCEMENTS — —	123

Стоматолошки факултет — Скопје
ООЗТ Клиника за максилофацијална
хирургија

ФОЛИКУЛАРНИ ЦИСТИ ВО ГОРНАТА ВИЛИЦА

Т. Туцаров, Васков И., Лазаревски С, Кронеvски П.

Врз база на досегашниот третиран клинички материјал, сме констатирале дека се тоа ретки заболувања во максилофацијалната регија. За 50% помалку се застапени кај максилата, отколку кај мандибулата, Инаку по однос на возраста, најповеќе се застапени во втората декада од животот. Нивната терапија е исклучиво хируршка.

Увод

Фоликуларните цисти спаѓаат во ретките заболувања во максилофацијалната регија. Тие се од одонтогено потекло. Се формираат во текот на ембрионалниот развoтoк на забниот зачеток, а како резултат на дегенеративен процес. Ако тој процес се јави пред да настане хистолошка дегенерација на забното ткиво тврдо, тогаш ќе се формира беззабна фоликуларна циста, клинички позната под името п р и м о р д и ј а л н а циста. Доколку пак, развoтoкoт на забниот зачеток биде нарушен во одонтопластичниот период, кога е веќе настаната хистолошката диференцијација на забот, формираната циста содржи заб или дел од него. Овој труд има заправо за цел да го истакне проблемот во врска со фоликуларните цисти, локализирани во горната вилица и резултатите од нивното хируршко лекување.

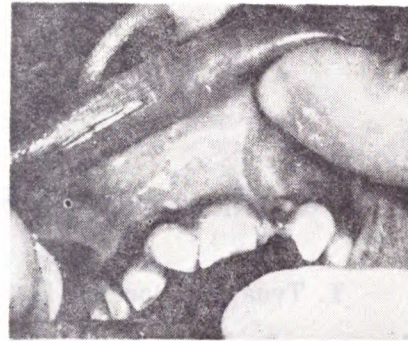
Клиничка симптоматологија

Фоликуларните цисти, како и останатите одонтогени цисти, се карактеризираат со долготраен и бессимптомен развoтoк. Случајно биваат откриени со помош на радиографијата Меџутоа, доцна овој латентен период бива заменет со манифестен. Поради експанзивното растење, со што тие се карактеризираат, доаѓа до деформитет во тој предел на лицето што условува упад-

лива асиметричност, поради што пациентот побарува лекарска помош (сл. 1). Инаку до моментот на оваа асиметричност, поради непостоење на видлива симптоматологија, цистите можат случајно да бидат откриени (сл. 2). Кога цистата се зголемува,



Сл. 1 Асиметрија на лицето поради експанзивен раст на фоликуларна циста во горната вилица



Сл. 2 Затворен хируршки метод при тотално отстранување на фоликуларна циста во горната вилица

поради постојаниот притисок, што нејзината содржина го дава на коската, таа толку многу се истанчува, а на некои места и снемјува што условува појавување на таканаречениот ДИПИ-ТРЕН-ов феномен. Исто така доаѓа и до промена на колоритетот на мукозата што ја покрива цистата, добивајќи ливидна боја. Цистите можат да се инфицираат, манифестирајќи се клинички како апсцес или осетомиелитис.

Дијагнозата секогаш се поставуваше врз база на извршениот клинички преглед и направената рентгенграфија, најчесто со убризгување на контрастно средство во цистичната шуплина по претходно направената пункција и аспирација на нејзината бистра холестеринска жолтеникава опалесцентна течност. Во поголем број беше воочлива деформацијата на лицето, поради присуство на цистичниот тумефакт, за што пациентите имаа побарано лекарска помош.

Терапија

Лечењето на фоликуларните цисти е исклучиво хируршко (цистомија и цистекомија). Постојат два методи: еден од нив се состои во потполно отстранување на цистичниот сакус (Парч 2) или затворен метод), а другата во делимично отстранување на сакусот (Парч 1 или марсупелизација). За кој метод ќе се одредиме зависи од: големината на цистата, соодносот помеѓу

неа и максиларната шуплина, од опасноста од патолошка фрактура, дали треба и кој заб да се екстрахира, од тоа дали е инфицирана или не самата циста и од возраста на пациентот^{2,3,4}. Секој од овие методи си има свои позитивни и негативни страни. Во повеќето случаи го користиме затворениот метод (сл. 2). Енулеацијата е многу важна, од причина што цистичната мембрана содржи епителни елементи кои можат малигно да алтерираат^{5,6}. Во последно време го користиме хируршкиот метод по Калсдвел Лук, па и кај поголемите цисти. Сосема слабо се служиме со отворениот метод, при што оставаме дел од цистичниот сакус по неговото отворање и уфрлување дел од слузокожата која ја фиксираме за остатокот од сакусот или пак ја тампонираме со јодоформ газа. Понатамошното затворање, згрижување го вршиме со акрилатен оптуратор. Исполнувањето на новосоздадената акцесорна усна шуплина со епител оди многу бавно и бара строго хигиенски услови⁷. Резултатите од спроведеното лекување се добри. По подолго време врз база на спроведените контроли и прегледи, констатиравме дека немаме ниту еден рецидив или пак малигна алтерација која како таква е веќе опишана во литературата⁸.

Клинички материјал

Во текот на изминатите 10 години на нашата клиника третирали се вкупно 397 одонтогени цисти. Од овој број на фоликуларни цисти во обете вилицы им припаѓаат 31 случај или 128⁰%. Соодносот помеѓу застапеноста на овие цисти во горната и долната вилица изнесува 1:2 во корист на долната вилица⁸. Тоа значи дека тие се два пати помалку застапени во горната, отколку во долната вилица.⁸ Тоа значи дека тие се два пати помалку застапени во горната, отколку во долната вилица. Што се однесува до возраста, најповеќето беа застапени кај пациентите стари помеѓу 12 и 19 години. Кај двајца староста изнесување помеѓу 6 и 8 години, а кај 1 — 64 години. Со други зборови најповеќето застапени беа во втората декада од животот. Кај 17 случаи беа застапени кај машкиот, а кај 14 кај женскиот пол.

Дискусија

Застапеноста на фоликуларните цисти во вилиците изнесува околу 6⁰%. Овој процент е малку повеќе од светскиот просек (4—5%)⁷. Веројатно тоа нешто се должи на добрата здравствена организација, современите научно медицински сознанија, користењето на најновите технички достигнувања во стоматологијата и т.н. Радиографскиот преглед е од големо значење поради блискоста на максиларната, односно носната шуплина. Често пати поголемите фоликуларни цисти го имаат потполно потиснат максиларниот синус. Многу ретко среќаваме дека е перфорирана максиларната шуплина⁵. Како и останатите одонтогени цисти и фоликуларните можат да бидат инфицирани и да

ја дадат целосната клиничка симптоматологија за една акутна инфламација. Од целокупниот број на третирани пациенти, кај двајца се сретнавме со инфламираност. Притоа кај едниот освен конзервативната терапија (антибиотици, антифлогистика и антипиретика) направивме инцизија со дренажа. По санирањето на инфекцијата се помина на тотална екстирпација на цистичниот скус^{1, 2, 3}.

Диференцијално дијагностички фоликуларните цисти треба секогаш да ги разликуваме од: гранулом со поголеми размери, адамантиноми, бенигни и малигни тумори и хроничен остеомиелитис. Потешко ги разликуваме примордијалните цисти од моноцистичните адамантиноми, особено кога е оскудна цистичната оперваженост, која потекнува од перицистичната коскена апозиција. Тогаш најегзатна е биопсијата.

Заклучок

1. Фоликуларните цисти се послабо застапени во горната, отколку во долната вилица.
2. Често пати тие случајно се откриваат или пак пациентите доаѓаат поради асиметријата на лицето, што тие ја условуваат без да се знае за нивното постоење.
3. Терапијата им е исклучиво хируршка, при што ние на нашата клиника повеќето го употребуваме затворениот метод.

FOLLICULAR CYSTS IN THE UPPER JAW

Summary

In the course of the last ten years 397 patients with odontogenic cysts were treated at the Clinic for Maxillofacial Surgery in Skopje. Out of the total, 31 cases had follicular cysts. The upper jaw is less involved compared to the lower. Their therapeutic approach is exclusively surgical. In most of the cases we used closed method.

Л и т е р а т у р а

1. GRČIĆ A.: Zubne ciste, Zubno lekarski priručnik, Medicinska knjiga, Beograd, 1964 god.
2. ДАВИДОВ СЛ.: Стоматологическа хирурџија, Софија, 1968 год.
3. ЕВДОКИМОВ А., ВАСИЛЕВ Р.: Хирургическая стоматология, „Медицина“, Москва, 1964 год.
4. PICHLER H., TRAUNER R.: Mund u. Kieferchirurgie, Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1948 god.
5. THOMA K.: Oral Surgery, Mosby, 1950, 1. 55, 54
6. Thoma K.: Oral pathology, ved. Mosby, St. Louis, 1960, 784
7. Тударов Т: Медицински македонски преглед Скопје, 1971 год.
8. ШкоќљевА.: Српски Архив, Београд, 12, 1962 год.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за болести на устата

УЛОГАТА НА КОНЗЕРВАТИВНО-ЈАТРОГЕНИТЕ ФАКТОРИ ВО ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

Лазаревска Благородна, В. Димитровски, Марија Накова,
Златка Белазелкоска, М. Симоновски, К. Тасевска

Во репрезентативна група од 15030 луѓе избрани по пат на случаен избор од повеќе региони во СР Македонија извршени се систематски прегледи на усната празнина. Посебно е проследена иницијативата помеѓу несоодветно изработените конзервативни полнења и клиничката објективизација на пародонтопатијата.

Испитувањата покажаа дека 3167 особи имале неадекватни полнења. Основни грешки во конзервативната реставрација се: отсуство на контактна точка (кај 2053 лица), потоа изразенагингивална стапалка (848), а најмалку полнење во супраоклузија. Кај овие особи во регијата на полнењето пародонтопатија била присутна или клинички понагласена од 90,11% до 94,93 . Ваквиот наод дозволува да се заклучи дека неадекватните конзервативни полнења имаат непосредно влијание врз појавата на пародонталната болест и како јатрогени фактори можат да се приклучат во нејзината етиологија.

Прогресивната пародонтопатија е болест на современата цивилизација. Покажувајќи перманентен подем таа инвазивно се прошири и во детската возраст наговестувајќи го своето деструктивно дејство врз забнопотпорниот комплекс на мастикатворниот орган.

Разновидноста на патогенетските процеси, како и мултикаузалноста на нејзината етиологија и денес побудува жив интерес кај пародонтолозите и истражувачите. Бројните теории за доминантната улога на овој или оној агенс сепаратно го разрешуваат етиопатогенетскиот механизам на пародонталната болест, па затоа во сручните кругови сè уште се дискутира за есенцијалната природа на иницијалните метаболични процеси во ткивата на пародонтот како и за водечкото место на општите Nikolić, Petrović, Berš, или локалните етиолошки фактори Lazareva, Jovanović. Прифаќајќи го мислењето за видниот каузален придо-

нес на локалните иританси, ние си поставивме за цел да го проследиме учеството на конзервативните полнења, изработени без зачувување на основните постулати во реставрацијата на денталниот дефект, како можни директни или акцесорни фактори на прогресивната пародонтопатија.

Метод на работа

Кај репрезентативната група од 15030 испитуваници (7687 мажи и 7318 жени на возраст од 10 до 60 години), одбрани по пат на случаен избор од 17 региони на нашата република извршен е систематски преглед на усната празнина. Денталниот и пародонталниот наод внесуван е во анкетен лист. Посебно е проследена изработката на денталните полнења. Како грешки во конзервативната реставрација на забниот дефект земени се: изразена гингивална стапалка, отсуство на контактна точка и полнења во супраоклузија. Причините за ваквиот критериум се следните: Ако во гингивалниот дел на апроксималното или цервикалното полнење се формира стапката од вишок на употребениот материјал, таа ја компримира гингивата, го менува прагот на подразливост на пародонтот и овозможува ретенциони места за кумулирање на остатоци од храна кои претставуваат мошне поволно хранилишти за микроорганизмите од оралната флора.

Отсуството на контактната точка го нарушува интегритетот на денталниот лак, дозволува странично делување на мастикаторните сили и создава услови за импакција на храна во интерденталниот простор со што гингивалната папила е изложена на перманентни механички иритации.

Полнењето во супраоклузија го доведува зборот во предвремен контакт за време на мастикаторниот акт, максимално ги ангажира колагените влакна и коскените структури и брзо го исцрпува адаптираниот капацитет на пародонтот.

Клинички објективизираната пародонтопатија е евидентирана по форма и клинички стадиум, а како параметри во степенувањето користени се: индекс на гингивалното крварење, плак индекс, калкулус индекс и пародонтален индекс.

Направени се обиди да се забележи евентуална инциденца помеѓу лошо изработените дентални полнења и регионалните патолошки измени на пародонталниот комплекс.

Наодите се компјутерски обработени и статистички анализирани.

Резултати

Резултатите од извршените прегледи како и поврзаноста на несоодветните конзервативни полнења и застапеноста на прогресивната пародонтопатија дадени се на табела бр. 1 и табела бр. 2.

Табела број 1

ИСТОТОВНИ КОНЗЕРВАТИВНИ ПОЛНЕЊА И ЗАСТАПНОСТ НА ПРОФЕСИОНАЛА ПАРОДОНТОПАТИЈА				
ГРЕШКА ВО КОН- ЗЕРВАТИВНИТЕ ПОЛНЕЊА	БРОЈ НА ИСПИТУВАНИ	БРОЈ НА ЗАБОЛЕНИ	%	σ
ГИНГИВАЛНА СТАПАЛКА	848	808	94,93	±0,75
ОТСУСТВО НА КОН- ТАКТНА ТОЧКА	2053	1850	90,11	±0,55
ПОЛНЕЊА ВО СУПРОАКЛУЗИЈА	266	251	94,36	±1,11

Табела број 2

ТАБЕЛА 108 ИСТОТОВНИ КОНЗЕРВАТИВНИ ПОЛНЕЊА И ЗАСТАПНОСТ НА ПРОФЕСИОНАЛА ПАРОДОНТОПАТИЈА ПО ПОЛИ И ВЕЛИЧИНЕ ОБЛАСТ									
ВРСТА НА ПАРОДОНТОПАТИЈА	ИСТОТОВНИ КОНЗЕР- ВАТИВНИ ПОЛНЕЊА	С Т А Д И Ј М						ПОТНО	
		1	2	3	4	5	6	7	8
ПРОФЕСИОНАЛНИ ПАРОДОНТИ	ГИНГИВАЛНА СТАПАЛКА	29	67,44	12	30,23	1	2,32	43	39,81
	ОТСУСТВО НА КОНТАКТНА Т. ПОЛНЕЊА ВО СУПРОАКЛУЗИЈА	75	95,39	12	19,48	1	1,42	89	59,40
		4	40,00	6	66,00	0	0,00	10	3,25
ВОДАТ. АТРОФ. ПРОФЕСИОНАЛНА	ГИНГИВАЛНА СТАПАЛКА	159	49,31	306	42,03	63	6,45	726	37,93
	ОТСУСТВО НА КОНТАКТНА Т. ПОЛНЕЊА ВО СУПРОАКЛУЗИЈА	972	58,27	649	38,90	47	2,81	1660	86,90
		118	51,52	93	51,52	18	7,86	229	11,93
ПАРОДОНТОПАТИЈА	ГИНГИВАЛНА СТАПАЛКА	27	79,41	7	20,58	0	0,00	42	30,88
	ОТСУСТВО НА КОНТАКТНА Т. ПОЛНЕЊА ВО СУПРОАКЛУЗИЈА	60	71,11	26	26,68	0	0,00	93	62,90
		10	85,23	2	16,66	0	0,00	12	10,61
ОСОБАНИ ПАРОДОНТИ	ГИНГИВАЛНА СТАПАЛКА	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	ОТСУСТВО НА КОНТАКТНА Т. ПОЛНЕЊА ВО СУПРОАКЛУЗИЈА	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ВКУПНО ПАРОДОНТОПАТИЈА	ГИНГИВАЛНА СТАПАЛКА							81	75,72
	ОТСУСТВО НА КОНТАКТНА Т. ПОЛНЕЊА ВО СУПРОАКЛУЗИЈА							705	84,71
								15	1,88

Од табела бр. 1 се гледа дека 94,93% од прегледаните коишто имале апроксимални полнења со гингивална стапалка, истовремено покажуваат симптоми на инфламаторно-деструктивна или инфламаторно-атрофилна форма на пародонтопатија. Пародонтопатијата е присутна и кај 90,11% од испитуваните на кои конзервативните полнења не се направени со контактна точка, како и кај 94,36% кај кои полнењата се во супроаклузија.

Најчеста грешка во конзервативната реставрација е отсуство на контактната точка (2053), потоа изразена гингивална стапка (848), а најмалку — полнења во супроаклузија (266).

Од табела бр. 2 маже да се забележи дека од вкупно 848 испитувани коишто имале гингивална стапалка на полнењето,

само 43 биле со здрав пародонт. Од 2053 со отсуство на контактна точка — само 203 биле со здрав пародонт и од 266 прегледани со полнење во супраоклузија — 15.

Најмногу од заболените биле со дијагноза воспалително-атрофична пародонтопатија (2675), потоа со прогресивен пародонтит (142) и со пародонтоза (139).

Според еволуцијата на пародонталната болест, на прво место е иницијалниот стадиум и тоа во сите три форми, потоа следи клинички манифестниот, а најмал е бројот на испитуваните со терминален стадиум на болеста.

Дискусија

Анализирајќи ги конзервативните полнења во нашиот материјал (табела бр 1), ние најдовме несоодветни полнења кај 3167 лица, од кои 2996 имаа пародонтопатија, посебно акцентирани во региите на тие полнења. Најчести грешки беа отсуство на контактна точка и назначена гингивална стапалка, а кај тие особи пародонталната болест беше присутна од 90,11% до 94,93%.

Овие наоди не принудуваат критички да ја оцениме работата на забните терапевти во областа на конзервативната санација.

Наш впечаток е дека конзервативните реконструкции на деструираната забна коронка се вршат пасивно, како нужна потреба која го коригира дефектот. Притоа не се води сметка да се воспостави целосна функционално-морфолошка реставрација која воедно ќе биде и превенција на пародонтот. Отсуството на допирната точка ги експонира забнопотпорните ткива на надворешни влијанија, а широката гингивална стапалка на полнењето перманентно ја иритира интерденталната папила и маргиналниот раб на гингивата. Импакцијата на храна и стимулираната микробна инвазија се надоврзуваат како секундарни компликации коишто понатаму ги детерминираат потолошките измени во забнопотпорниот комплекс. Овие навидум ситни отстапувања во реконструкцијата на кариозно ледираниот заб стануваат мошне значајни, ако се земе предвид дека кариес фреквенцијата на нашето подрачје, според испитувањата на Тавчиовски и сор.⁵ се движи од 62 до 99,3%. Од таму и можноста за непосредното влијание на неадекватните конзервативни полнења врз појавата на прогресивната пародонтопатија станува сосема реална. Ваквата констатација бара поголема ангажираност на забниот терапевт. Ако тој во својата дејност ги зачува зацртаните принципи на стоматолошката доктрина, тогаш превенцијата на забнопотпорните ткива во целост ќе биде спроведена, а процентот на клиничката манифестација на пародонталната болест — намален. Ваквиот приод на стоматологот треба да биде не само професионална обврска, туку и израз на општествена одговорност.

Заклучок

1. Кај 15030 лица, избрани по случаен избор, во повеќе региони на СР Македонија беа регистрирани несоодветни конзервативни полнења кај 3167 особи.

2. Несоодветните конзервативни полнења, како локални причинители на прогресивната пародонтопатија, беа забележани кај 2996 лица (93,33%).

3. Основни грешки во конзервативната реставрација на денталниот дефект беа: отсуство на контактна точка (90,11%), широка гингивална стапалка (94,93) и полнења во супроклузија (94,36%).

THE ROLE OF CONSERVATIVE IATROGENIC FACTORS IN THE ETHIOPATHOGENESIS OF PERIODONTAL DISEASE

Summary

A representative sample of 15030 subjects, being a random choice out of several areas in SR Macedonia was sistemically examined for oral cavity investigation. Unproper conservative fillings incidence and clinical objectivisation of parodontopathia was especially followed.

Our investigation show that 3167 subjects suffered from unproper fillings. Main errors in conservative restoration are: missing of contact points (2053 slbjects), then, stressed gingival step (848), while fillings in supraocclusion were at the lowest level. In the filling regions of these subjects parodontopathia was present or clinically ranged between 90,11% to 94,93%. Such a finding suggests that unproper conservative fillings have direct influence onto parodontopathia involvement, which, being iatrogenic factors, contribute to its ethiology.

Л и т е р а т у р а

1. Berš M. J. (1967): Medicinski voprosi parodontoza, Min. zdrav. SSSR, Moskva str. 39.

2. Лазарева Б. (1972): Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија, лаб. труд.

3. Nikolić V. (1971): Savremena shvatanja globulinskog sistema tjelesnih tekučina. Bilten transfuzije, 34:25.

4. Petrovič J.A. (1967): Nekatorie itogi desetoljatija izučeniya biohemii paradomta i patogeneze parodontoza, Parodontoz, Min. Zdrav. SSSR, Moskva str. 88.

5. Тавчиоски И., Смилев Д., Нечева Л., Лазарева Б., Серафимова С. (1973): Проблемот на превентивата во стоматологијата и состојбата на стоматолошката служба во СФРЈ, Зборник на трудови на V Конгрес на Стоматолозите на Југославија, стр. 4, Охрид.



Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за дентална патологија и терапија

КАНАЛНА ВАРИЈАБИЛНОСТ КАЈ ГОРНИТЕ ШЕСТИ ЗАБИ И НИВНАТА ПРООДНОСТ

Рафајловски Р.

Испитувањата се вршени врз 140 извадени горни шести заби од пациенти на 20—30-годишна возраст. Направен е табеларен преглед за бројот на забите спрема бројот на каналите и нивната проодност. Табеларно е дадена структурата на забите и проодноста на каналите во проценти. Извршено е пресметување на просечната вредност и стандардната девијација, што е потврдено со тестирање на средната вредност со X. Извршено е и тестирање на проодноста помеѓу Б. Д. и Б. М. коренски канал, кај заби со два корена и три канала.

Сите досега објавени студии укажуваат за сложеноста на каналниот систем, пред сè, за постоење на четири канала, односно два во буко-мезијалниот корен. Посебни лабораториски испитувања се вршени од страна на Seidberg. B., Guttuso. J., Susan M⁴. Истите автори вршат и клинички испитувања за бројот на коренските канали. Pomeranz. D. i Eischelberg. G.³ вршат in vitro испитувања за постоење на четири канала, односно два во буко-мезијалниот корен, и колку се во состојба истите да бидат обработувани од страна на стоматолозите. Со истиот проблем се бави и Green. D¹, Nosonowitz. D. i Brender. M². и испитуваат in vivo колку канала ендодонтски биле обработувани кај горните шести заби.

Метод на работа

Испитувањата се вршени in vitro. Како материјал за испитување се земено 140 извадени заби од пациенти на 20—30 годишна возраст. Анатомската коронка се сечеше на местото каде што се соединува Substantia adamantina со substantia ossea.

Влезовите во коренските канали се бараа со ендодонтска игла \varnothing 0,1. Со истата игла се одредуваше и проодноста во третини. Четвртиот канал се бараше во кракот од Loss-овиот триаголник што ги поврзува отворите во коренските канали помеѓу Б.М. и палатиналниот коренски канал.

Резултати

Од 140 испитувани заби 135 беа со 3 корени, од овие пак 104 беа со 3 канали или 77%, а 31 со 4 канали или 23%.

Кај забите со 3 корени и 3 канали, 97 Б.М. канали беа целосно проодни, а само 7 беа со двотретинска проодност.

Б.Д. канал целосно беше прооден кај 85, со двотретинска проодност беа 16, а три беа проодни само во првата третина. Палатиналниот канал кај сите 104 беше целосно прооден.

Кај забите со 3 корени и 4 канали, Б.М. каналот беше целосно прооден кај 30 случаи, а само еден беше прооден во првата третина. Проодноста кај Б.Д. коренски канали е како и кај Б.М. канали. Палатиналниот беше прооден кај сите 31 случаи. Еден мезијален (мезиобукален-палатинален) канал беше целосно прооден, со двотретинска проодност беа 5 канали, а 25 беа проодни само во првата третина (таб. 1). Проодноста е прикажана и во % на табела 2.

ТАБЕЛА 1

ТАБЕЛАРЕН ПРЕГЛЕД НА БРОЈОТ НА ЗАБИТЕ
СПРЕМА БРОЈОТ НА КАНАЛИ И ПРООДНОСТ КАЈ ГОРНИ 6/6 ЗАБИ

ЗАБИ f	КОРЕНИ	КАНАЛИ				КАНАЛИ С	ПРООДНОСТ												ВКУПНО		
		2	3	4	КАНАЛИ С		Б.Д.						Б.М.						1/3	2/3	3/3
							Б.Д.		Б.М.		М		1/3		2/3		3/3				
							%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
2	1		2		6	6	1	1	1	1	1							2	2	4	
3	2	1	2		8	2		1	1									2	1	1	
						6	1	1	1	1								2	2	4	
135	3		104	31	436	30	8	16	25	7	97							104	3	23	286
140		1	108	31	450	4	12	16	3	8	25	5	1					31	26	6	92

ТАБЕЛА 2

СТРУКТУРА НА БРОЈОТ НА ЗАБИТЕ И
НИЗНАТА ПРООДНОСТ КАЈ ГОРНИ 6/6 ЗАБИ

ЗАБИ %	КОРЕНИ %	КАНАЛИ				КАНАЛИ %	ПРООДНОСТ %		
		2	3	4	СЕ		1/3	2/3	3/3
1,4	1		2		6	1,3	33,3		66,7
2,1	2	1	2		8	0,4	50		50
						1,3		33,3	66,7
76,5	3		104	31	436	69,4	1,0	7,4	91,6
						27,6	21,0	4,8	74,2
100		1	108	31	450	100	7,1	6,9	86,0

Просечната вредност изнесува 3,2 канали со стандардна девијација од 0,49 табела 3.

Tаб 3
ПРЕСМЕТУВАЊЕ НА ПРОСЕЧНА ВРЕДНОСТ И СТАНДАРДНА ДЕВИЈАЦИЈА КАД 616 ЗАБИ-РЕНИ И 3 КАНАЛИ.

КОРЕНИ	ЗАБИ f	X · f	X - M	X - M ²	(X - M) ²	
2	1	2	-1,2	1,44	1,44	
3	108	324	-0,2	0,04	18,96	
4	31	124	1,8	3,24	19,84	
9	140	490			34,84	
		M = 450 : 140 = 3,2	σ = 34,84 : 140 = 0,249			σ = √0,249 = 0,49

ТЕСТИРАЊЕ

КОРЕНИ	ЗАБИ f	ПОСРЕЧНА ВРЕДНОСТ	O - E	(O - E) ²	(O - E) ² E
2	1	2,8	1,8	3,24	1,16
3	108	104,8	3,7	13,69	0,13
4	31	32,7	1,7	2,89	0,11
Σ E	140	140,0		Σ = 14,0	

3,5 1 СТЕПЕН НА СЛОБО-
ДА X² 2,77% ЗА P = 0,10

Резултатите од тестирањата за проодноста се прикажани на табела 4 и 5.

Tаб 4
ТЕСТИРАЊЕ НА ПРОДНОСТА ПОМЕГУ
Б.Д. И Б.М. НА 616 ЗАБИ ВО 3 КО-
РЕНИ И 3 КАНАЛИ.

X	НЕ ПРОДНОСТНИ РЕЗУЛТАТИ	
Б.Д.	12	102
Б.М.	7	104
	26	208
	13	91
	13	91

НЕПРОДНОСТНИ РЕЗУЛТАТИ	O - E	(O - E) ²	(O - E) ² E
7	-6	36	2,75
19	6	36	2,75
85	-6	36	0,40
97	6	36	0,40
		Σ = 144	Σ = 6,32

КАКО ПРЕСМЕТАНИОТ, X² Е ПОД-
ЛЕМ ОД СМИСЛАНИОТ ВО ТАБЕЛА
VII ЗА 3 СТЕПЕНИ СЛОБОДА
(0,29 P. 0,1) МОЖЕМЕ ДА ЗАК-
-ЛУЧАМЕ ДЕКА ПОСТОИ ПОВЕРА-
-НОСТ ПОМЕГУ ПРОДНОСТА НА
-КАНАЛИТЕ ВО 3 КОРЕНИ ТЕ ДЕ-
-КА ЗАБИТЕ ВО ПОЛОЖБА НА КО-
-РЕНИТЕ Б.М. СЕ ПО ПРОДНИ ОД
-ЗАБИТЕ ВО ПОЛОЖБА НА КОРЕ-
-НИТЕ ВО Б.Д.

ТЕСТИРАЊЕ НА ПРОДНОСТА НА 66 ЗАБИ
СО 1,2 И 3 КОРЕНА, А 3 И 4 КАНАЛИ

ТАБ. 5.

X	НЕ ПРОДАНИ	ПРОДАНИ	ВКУПНО
3 КАНАЛИ	30	294	124
4 КАНАЛИ	32	92	124
	62	386	448
	44,84	279,16	
	17,16	106,84	
	62,00	386,00	

НЕДЕЛНИ СРЕДНИ	ОБРАЗЛОЖИ	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² E
30	44,8	-14,8	219,04	4,88
32	17,2	14,8		12,73
92	106,8	-14,8		2,09
294	279,2	14,8		0,78
			$\chi^2 =$	21,44

ЗА 1 СТЕПЕН СЛОБОДА P=0,10 2,78
 $\chi^2 = P = 0,05$ 3,84

КАКО ПРЕСМЕТАНИОТ χ^2 Е ПОМЛЕМ
ОС ОЧИТАНИОТ ВО ТАБЛИЦА VII ЗА
3° СЛОБОДА (4,20 P=0,1) МОЖЕМЕ
ДА ЗАКЛУЧИМЕ ДЕКА ПОРТОА ПО-
ВРБАНОСТ ПОМЕГУ ПРОДНОСТА НА
КАНАЛИТЕ СО 3 И 4 КАНАЛИ, ТЕ
ДЕКА ЗАБИТЕ КОИ ИМААТ 3 КОРЕ-
НИ И 3 КАНАЛИ СЕ ПРОДДАНИ ОД
КАНАЛИТЕ СО 3 КОРЕНИ И 4 КАНАЛИ.

Дискусија

Согледувајќи ги тешкотиите на кои се наидува при отстранување на пулпиното ткаење, обработката на коренските канали и нивното полнење кај горните шести заби, потребна е добра хармонична координација на теоријата со практиката Seidberg В. со соработниците in vitro наоѓаат 38% еден канал во букомезијалниот корен, а 62% два, односно четири канала. Меѓутоа, резултатите добиени од клиничките испитувања не им се совпаѓаат со лабораториските резултати. Добиените клинички резултати изнесуваат: со еден канал 66,7%, а 33,3% со два канала, односно со 4. Испитувањата во овој труд не се вршени лабораториски туку врз извадени заби и притоа е најдено 22,96% со два канала во букомезијалниот корен. Од овие резултати се гледа дека можностите се големи за обработување на два канала со буко-мезијалниот корен. Nosonwitz, D. и Brener M., испитале 497 горни моларни заби кои претходно биле ендодонстко третирали, а 8,2% биле обработувани со 4 канали. Sprema наодите во овој труд што се добиени инвитро за постоење на четири канали од 22,96% и проодност од 74,2%, произлегува и се доаѓа до сознание дека можностите за обработување на 4 канали се

поголеми од оние на Nosonowitz, D. и Brener, M.,² кои изнесуваат 8,2%. Што се однесува за проодноста кај оние заби со три корени и 3 канали, проодноста е поголема и изнесува 91,6%. Помалата процентуална проодност кај заби со три корени а 4 канали, произлегува од послабата проодност на 4 коренски канал, меѓутоа, тешкотиите не смеат да бидат и единствена причина за обработување само на 3 канала, туку тие треба да се совладаат со целосно ангажирање, упорност и педантност во работата.

При ендодонтските зафати се наидува на тешкотии за целосна обработка на 4 коренски канал и затоа постои сомневање во крајниот износ при лекувањето на пулпините заболувања. Во овој труд се добиени вредности кои ќе нè ориентираат за бројот на корените, каналите и колку сме ние во состојба поодделно секој канал да го обработиме и оптурираме, а од тоа ќе зависи и прогнозата на лекуваниот заб.

Заклучок

1. Без разлика за бројот на корените и каналите, каналите се целосно проодни во 86%.
2. Заби со три корена и 3 канала се проодни во 91,6%.
3. Б.М. канали се проодни од Б.Д. канали.
4. Можностите за обработка и полнење на коренски канали се поголеми отколку што клинички претставуваме.

UPPER FIRST MOLARS CHANNEL VARIABILITY AND THEIR PASSABILITY

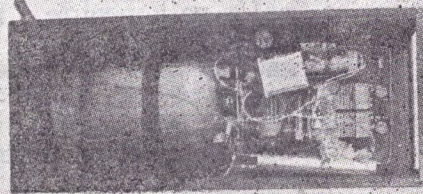
Summary

The investigation was performed over 140 extracted upper first molars from patients between 20—30 years old. Total number of teeth and number of channels divided by the means of channels passability were tabularily shown. Mean values and standard deviation was assessed and confirmed by testing of the mean values by χ^2 .

Passability in two rooted and three rooted teeth was tested comparatively between B.D. and B.M.

Л и т е р а т у р а

1. Green, D.: Double canals in single roots; Oral Surg, 35:689, 1973.
2. Nosonowitz, D., Brener, M.: The major canals of the mesiobuccal root of the maxillary first and second molars) N Y, J. Dent., 49:12, 1973.
3. Pomeranz, H., Fischelberg, G.: The secondary mesiobuccal canal of maxillary molars; oADA, 88:119, 1973.
4. Seidberg, B., Altman, M., Guttuso, J., Suson, M.: Frequency of two mesiobuccal root canals in maxillary permanent first molars; JADA, 87:852, 1973.



Bežični zubarski kompresor smješten u svojoj kutiji čini poseban dogradni element aparata. Njegov radni pritisak vazduha je 6,5 atn. Kapacitet kompresora pri pritisku od 4 atn je 30 lit/min. Rezervoar zapremine 24,7 l.

OOUB "ROBNI PROMET", ORGANIZACIJA UNUTRAŠ- NJEI I SPOLJNOTRGOVINSKOG PROMETA

- Predmet poslovanja OOUB "ROBNI PROMET" je:
- prodaja zubarskih, zubotehničkih, medicinskih, laboratorijskih aparata, instrumenata, pribora i opreme, servisiranje svih proizvoda radne organizacije "Ut-godent";
 - izvoz-uvoz za potrebe radne organizacije;
 - zastupanje firme "Siemens" SR Nemačka iz oblasti dentalne opreme;
 - prodaja instrumentata i potrošnog materijala iz oblasti dentala.

PIEDSTAVNIŠTVA I SERVISI

- Ljubljana, Dalmatinova 10, tel. 061/312-953
- Zagreb, Partizanska 3, tel. 041/449-963
- Skopje, Partizanski otkreda, kuća 9, lokal. 3, tel. 091/59-231
- Sarajevo, Nemanjina 90, tel. 071/512-066
- Split, Rade Končara 57, tel. 056/43-572
- Novi Sad, Partizanska 96, tel. 021/25-281

INDUSTRIJA ELEKTROMETALNIH UREĐAJA PRO- IZVODA I OPREME OOUB ROBINI PROMET

MUNIŠAO, PUTOŠKI PUT, 61, TELEFON: 394-5661, 393-893
Telef. faksa, tele radni: 9370-607-14882

Стоматолошки факултет — Скопје
 Клиника за болести на устата
 Медицински факултет — Скопје
 Институт за патолошка анатомија

STATUS FORDYCE — НАШИ СОГЛЕДУВАЊА

Симоновски М., Б. Лазаревска, В. Димитровски, М. Николовски

Извршен е стоматолошки преглед кај 890 лица од аспект на клиничка објективизација на STATUS FORDYCE. Кај 7 лица земена и биопсија. Анализата на добиените резултати покажа дека STATUS FORDYCE е присутен кај 399 лица (45%). Најмала застапеност е во детска возраст (15%), а најголема во групацијата од 50—60-годишна возраст (71%), со слаба преваленца кај машкиот пол.

Предилекцијоно место на локализација е вермилионот на горната усна (70%), потоа букалната мукоза (11%), а најретка на вермилионот на долната усна (4%).

Патохистолошкиот наод покажа присуство на себацеални жлезди во чии ацинуси има местни гранули, а изводните канали слепо завршуваат под мукозниот епител.

Епидермалните аднекси од типот на себацеалните жлездени формации дифузно се дистрибуирани во хуманата кожа, со исклучок на дланките и табаните. По правило, тие се присутни и во одредени регии на таканаречената модифицирана кожа, во која отсутнуваат влакнестите елементи (брадавиците на дојките, препуциумот, а поретко Glans penis и Labia majora et minora vulvae).

Во случај кога себацеалните жлезди се локализираны во вермилионот или на букалната и лабијалната мукоза, тогаш појавата се дефинира како status fordyce и како таква во одредени случаи, и покрај својата бенигна природа, е причина за потенцирана карцинофобија или мотив за дополнителна естетска корекција.

Мотивирани од желбата да добиеме сопствени сознанија за хистолошката структура на оваа појава, како и за динамиката на нејзината дистрибуција, ние ја формиравме и целта на трудот — преку сопствен материјал да ја проследиме клиничката објективизација на STATUS FORDYCE според топографијата на морфите, а во корелација со возраста и полот на испитуваните, како и да ги согледаме хистолошките белези коишто ја карактеризираат таа состојба.

Материјал и метод на работа

Кај 890 лица издвоени по пат на случаен избор извршен е стоматолошки преглед, при кој, со особено внимание следени се клиничките обележја на STATUS FORDYCE и класифицирани се според нивната локализација, како и според возраста и полот на испитуваните.

Од 7 особи со верифициран STATUS FORDYCE, земен е исечок од промената, а биоптичкиот материјал е фиксиран во 10% формалин во траење од 24 часа. Потоа е вклучен во парафин и сечен сериски со дебелина на резовите од 6 микрони. Исечоците се боени по класичниот метод со хематоксилин-еозин и читани под светлостен микроскоп LEITZ. Со цел да се маркира евентуалното присуство на метахроматски гранули во мастоцитите, на одделни резови применето е и боенето со TOLUIDINE BLUE.

Резултати

Резултатите од извршените прегледи и аналитичката обработка на податоците ги изнесовме табеларно.

ТАБЕЛА 1:
ПРИКАЗ НА ПРЕГЛЕДАНИ ЛИЦА

Возраст	ПОЛ		Вкупно
	МАЖИ	ЖЕНИ	
До 9	55	45	100
10-19	75	28	103
20-29	140	79	219
30-39	150	89	239
40-49	130	54	184
50-59	34	11	45
ВКУПНО:	584	306	890

Од табела 1 може да се види дека вкупно се прегледани 890 лица меѓу кои има претставници од различни старосни групации од обата пола.

ТАБЕЛА 2.
STATUS FORDYCE - ЗАСТАПЕНОСТ ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ

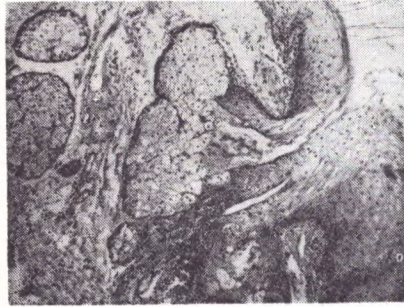
Возраст	ПОЛ				вкупно	
	МАЖИ	%	ЖЕНИ	%		%
До 9	12	22	3	7	15	15
10-19	25	33	9	32	34	33
20-29	53	38	32	40	85	39
30-39	63	42	44	49	107	45
40-49	96	74	30	56	126	68
50-59	25	74	7	64	32	71
ВКУПНО:	274	47	125	41	399	45

На табла 2 прикажана е застапеноста на STATUS FORDYCE по возраст и пол. Може да се констатира дека STATUS FORDYCE е евидентентиран кај 399 лица, односно кај 45% од прегледаните. Неговата инцидентија прогресивно расте со возраста на испитуваните особи. Во групацијата од 10 години присутен е во 15%, а во групацијата од 50 до 60-годишна возраст — во 71%. Гледано од аспект на полот како да постои слаба преваленца на STATUS FORDYCE кај мажите.

ТАБЕЛА 3.
STATUS FORDYCE
ЗАСТАПЕНОСТ ВО ОДНОС НА ЛОКАЛИЗАЦИЈА

ЛОК.	LAB-SUP	LAB. INF.	LAB. SUP. LAB. INF.	BUKALNA MUCOSA	LAB-BUK SLUZ.
БР	278	15	24	45	37
%	70	4	6	11	9

На табела 3 прикажана е локализацијата на себацеалните жлездени формации во оралната регија. Од презентираниите наоди може да се забележи дека предилекционо место на топографската распределба на STATUS FORDYCE е вермилионот на горната усна (70%), потоа букалната мукоза (11%) а најретка застапеност е забележана на вермилионот на долната усна (4%).



Слика бр. 1



Слика бр. 2

Патохистолошката анализа на биоптичкиот материјал (сл. 1 и 2) покажа присуство на себацеални жлезди градени обично од по 3 лобулуса, сместени под епителот. Ацинусите се градени од големи полигонални клетки во коишто се забележуваат масни глобули односно цитоплазматски вакуоли. Во почетокот на изводниот канал, клетките се дегенерирани, во нивната протоплазма присутни се масни гранули. Помал број од епителните клетки се кератинизирани. Самиот ѕид на изводниот канал е покриен со многуслоен плочест епител. Гледано под мало зголемување се добива впечаток дека тој слободно завршува на површината на мукозата (сл. 1), но при појако зголемување јасно се гледа дека изводниот канал завршува слепо (сл. 2). Боењето со толудиинско сино покажа релативно присуство на мастоцити со црвено обоени гранули во нивната протоплазма.

Дискусија

Парадоксалното присуство на себацеалните жлездени творби во регијата на оралната мукозна мембрана, не е посебно експлоатирана тема, па во стручната литература од областа на оралната патологија има релативно оскудни податоци во однос на STATUS FORDYCE.

Според MILES³ себацеалните жлезди во лигавицата на усната и вермилионот, всушност претставуваат ектопични лојни формации коишто објективно се претставени како топчести жолтеникави творби, а нивната инциденција е асоцирана со возраста.

Пошристов⁶ смета дека STATUS FORDYCE е често присутна состојба која се објективизира по пубертетот, најмногу на вермилионот на усните, а поретко на букалната мукоза. Се манифестира со дисеминирани или групирани жолтеникави гранули со округла, овална или полигонална форма во големина на зрно од афион.

SPONGE⁸ следејќи ја процентуалната застапеност на STATUS FORDYCE во популацијата доаѓа до констатација дека истата најчесто е среќавана кај возрасни лица околу 80⁰/о, што се совпаѓа со наодите на HALPERIN¹ којшто при прегледани 2478 возрасни особи нашол присуство на ваква состојба во 82 до 88⁰/о со малапреваленца кај машкиот пол.

Аналитичката обработка на податоците од нашите прегледи даде резултати кои се блиски до тие на претходно споменатите автори. И кај нашите испитуваници изразена е корелацијата помеѓу инциденцијата на STATUS FORDYCE и возраста на прегледаните лица, која е во полн израз во старосната група од 50 до 60 години, каде е присутна во 71⁰/о.

Во однос на полот, нашите наоди покажуваат блага преваленција на STATUS FORDYCE кај лица од машки пол (47⁰/о) наспроти женскиот пол каде оваа состојба е забележана кај 41⁰/о.

Во нашите испитувања јасно е изразена доминацијата на локализацијата на себацеалните жлездени формации на вермилиниот на горната усна (70⁰/о), а потоа на букалната мукроза (11⁰/о) што е во спротивност со наодите на HALPERIN¹ и MCGOODWIN⁵ коишто STATUS FORDYCE најчесто го наоѓале локализиран на букалната лигавица (71⁰/о), односно 41⁰/о од прегледаните лица.

Ние го делиме мислењето на PINCUS⁷ дека за предилекцијата на локализацијата на STATUS FORDYCE во регијата на вермилионот, одговорна е примарната епителијална основа од која се развиваат себацијалните жлезди. Истата е присутна уште во третиот месец на феталниот развој во пределот на веѓите и горната усна.

Клинички поизразената објективизација и прогресија на STATUS FORDYCE во постпубертетниот период ја мотивира нашата претпоставка за можната улога на ендокриниот систем, поточно на полните жлезди, во клиничката манифестација на себацеалните жлездени формации од овој тип во оралната регија.

Патохистолошкиот наод покажа присуство на лојни жлезди од лобуларен тип, но истите се ектопични со слеп завршеток на изводните канали и без можности на жлездениот паренхим кон нормална лојна екскреција. Самите жлезди повеќе наликуваат на цистични формации коишто не треба да се сметаат за патолошки структури, но како израз на развојна аномалија на дермалниот екскреторен апарат. Од тие причини и називот MORBUS FORDYCE користен од некои автори, треба да се замени со терминот STATUS FORDYCE.

Заклучок

1. Извршен е стоматолошки преглед кај 890 лица на возраст од 10 до 60 години. Кај 399 од нив (45⁰/о) најдено е присуство на STATUS FORDYCE.

2. Застапеноста на STATUS FORDYCE во корелација со возраста покажа перманентна прогресија поврзана со староста на испитуваните. Во старосната група од 10 год. таа е присутна кај 15%, а во групата од 50—60 год. — 71%.

* 3. Забележана е слабо изразена преваленца во објективизацијата на STATUS FORDYCE кај машкиот пол (47%) во споредба со женскиот пол (41%).

4. Најчеста локализација на себацеалните жлездени формации е на вермилионот на горната усна (70%), потоа на букалната мукоза (11%), а најретко на долната усна (4%).

5. Патохистолошкиот наод покажа присуство на себацеални жлезди со лобуларен тип на градба и инкиорпорација на масни глобули. Изводните канали се покриени со многуслоен плочест епител и завршуваат слепо под површниот епител на оралната мембрана.

STATUS FORDYCE — OUR CONSIDERATION

Summary

Stomatological examination, in terms of clinical objectivisation of Status Fordyce was performed at 890 persons. Biopsy material was taken from 7 persons. Analysis of results showed to Status Fordyce in 399 out of the total (45%). Lowest involvement was found in childhood (15%) while highest in the group between 50—60 years of age (71%) with slight prevalence in males.

Predilection localisation is the vermillion of the upper lip (70%) followed by the buccal mucosa (11%) and rarest is at the vermillion of the lower lip (4%).

Histopathological findings suggest to presence of sebaceous glands in the acynosi of which granules can be found, and exition channels end blind under the mucous epithelium.

Л и т е р а т у р а

1. Halperin V.: Occurrence of Fordyce spots in 2478 Deital Patiens Oral Surg, 6, 1072, 1953.
2. Lever W.: Histopatologija, Sarajevo, 21, 1974.
3. Miles A.E.W.: Sebaceous glands in the lip and cheek mucosa of Man, Brit. Dent. J., 105:235, 7, 1958.
4. Montagna W.: The structure and Fonction of Skin. ed. 2 New York, Academic Press, 1962.
5. Mc Godwin R.C.: Fordyces Granules in Pigmented Oral Mucos J of Dental Research, 43, 1964.
6. Попхристов П.: Болести на лигавицата на устата, София, Медицина и физкултура, 1958 г. стр. 109.
7. Pincus H.: Embriology of hair in Montagna W. (ed); The Biology of Hair Growth, p. 1 New York, Academic Press, 1959.
8. Sponge J.D.: Sebaceous Metaplasia in the Oral Cavity Occuring in Association with Dentogenous Cyst Epithelium Oral Surg. Patk., 21, 1966.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за максило-фацијална хирургија
Клиника за орална хирургија
Воена болница — Скопје
Стоматолошки кабинет

КОНЗЕРВАТИВНО-ХИРУРШКИ ТРЕТМАН НА ОРО-АНТРАЛНИТЕ ФИСТУЛИ

Васевски Б., Ј. Јанев, Т. Илиев

Обработени се 163 болни со оро-антрална комуникација. Авторите се осврнуваат на локализацијата и причините што доведуваат до оваа појава, потоа на конзервативната терапија, а посебно е опишан хируршкиот метод — пластика на синус максиларис со модификација на класичниот букален, односно палатинален резен.

Увод

Во нашата секојдневна практика релативно честа компликација е отворањето на максиларниот синус. Оро-антралната комуникација е условена заради анатомотопографските односи помеѓу корените на забите од ретроканинскиот простор и максиларниот синус. Спрема Killeу и Кау² оваа компликација најчесто настанува по екстракција на првиот, потоа вториот, а поретко третиот моларен заб. Најчести причинители за оваа состојба се: хроничните периапликални промени, денто-алвеоларните апсеси, пострекстракционите остеомиелити и за жал ретко заради груба и нестручна интервенција. Ако не се забележи оваа компликација може да дојде до формирање на еден незабележан отвор кој перзистира во алвеоларната мукоза^{1, 4}.

Метод на работа и резултати

Анализирајќи сопствен амбулантно-клинички материјал од 163 болни за последните три години, имено од 1. I. 1977 г. до 31. XII. 1979 год., дојдовме до следните констатации: оро-антралната комуникација најчеста е по екстракцијата на првиот и вториот моларен, потоа на вториот предмоларен и третиот моларен заб. Во исклучително мал процент имавме по екстракцијата на првиот предмоларен заб и канинот.

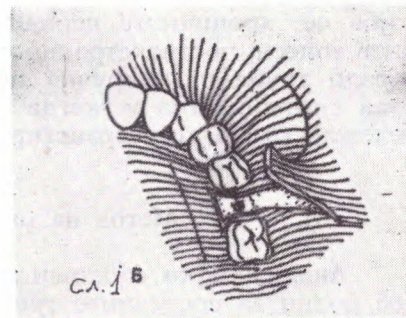
Во 87% од случаите синусот беше без воспалителни промени, дури и кај случаи кога од него требаше да се извадат заостанати радикали, вата, јодоформ штрајфна, тврдо периапикално полнење, или делови од инструменти. Во преостанатите 13% случаи постоеше синуситис, цистични формации, а само во еден случај остеомиелитичен процес во пределот за тубер максиле.

При дијагностицирањето на синус аперта покрај деталниот амбулантно-клинички преглед, секогаш применуваме интераорална рентгенографија и рентгенографија на параназалните синуси по Hürtz.

Случаите со мала фистула, неинфициран синус и длабока алвеола, ги третиравме конзервативно, по пат на обработка на алвеолата (киретажа, испирање со физиолошки раствор и антибиотик) со цел да предизвикаме создавање на коагулум. Овие пациенти беа заштитени со антибитоци и беа под наша контрола. На овој начин постигнавме добар успех кај голем број од третираните случаи, заради што и го препорачуваме. Останатите случаи, со поголема оро-антрална комуникација, корпус allipium во синусот, синус proccidens ги третиравме хируршки по пат на пластицирање. Од проучуваниот материјал можевме да констатираме дека во досегашната работа најмногу е применуван вестибуларниот резен, а во помал број палантиналниот.

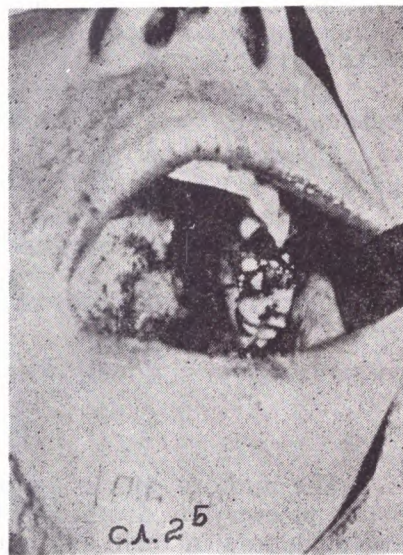
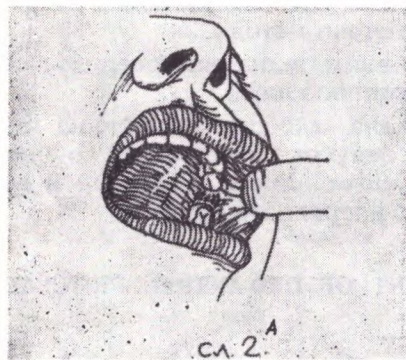
Знаејќи ги предностите и недостатоците на споменатите методи, во последно време вршиме модификација на постоечките методи со цел да постигнеме посигурни резултати со помала траума.

Букалниот резен го применуваме при постоење на комуникација во букалната алвеола, со претходно вметнување на оралната мукоза спрема антриумот (сл. 1-а). За да се избегне дехисценција, правиме рез и на палатиналниот дел на гингивата и тоа на неколку милиметра од работ на освежената рана (сл. 1-б), а потоа сүтурираме.



Фистулите во пределот на палатиналната алвеола ги затвораме со палатинален резен, со таа модификација што истиот го вметнуваме под претходно подготвен муко-периостален мост.

И во овие случаи, букално правиме рез врз муко-периостот и тоа на неколку милиметра од работ на алвеолата, за да се избегне дехисценција на ламбото (сл. 2-а, б).



Големите, пак, оро-антрални комуникации при воспален синус, ги згрижуваме во оперативен акт по методот на Caldwell-Luc, или Denker.

Дискусија

На мислење сме дека користењето на класичните букални, односно палатинални резови можат да бидат несигурни и да доведат до рецидив. Sprema Спаик⁷ се препорачува употребата на букалниот рез, кој мора да биде доволно мобилен, за шавовите да бидат без тензија. Соочени со фактот за неуспех во еден не така мал процент на случаи оперирани со букален резен, се одлучивме за модификација на обата пристапа. На тој начин траумата ја сведовме на минимум, а успехот посигурен. Само во еден случај имавме неуспех заради локален остеомиелитичен процес во пределот на тубер — *maxil lae*, кој перзистирал 5 години пред извршената хируршка интервенција. При истиот болен брисот покажа постоење на инфекција со *Протеус*, што бараше претходно упорно лекување, а потоа ревизија на антрумот и пластика на фистулата.

Заклучок

Не секогаш е неопходна хируршка интервенција. Свежите оро-антрални комуникации, без радикално или странско тело во максиларниот синус, или пак знаци за инфекција во него, и од друга страна со длабока алвеола, можат конзервативно да се третираат со успех!

Хируршката интервенција е посигурна ако се примени модификација на веќе постоечките класични методи.

Претходна рентгенографија и внимателна интервенција се предуслов за избегнување на оваа компликација.

Случаите со рентгенски докажана задебелена антрална мукоза, синуситис, или пак циста во синусот се решаваат со операција на синусот по методот на Caldwell-Luc или Денкер и во истиот акт се врши пластика на оро-антралната фистула.

CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF ORO-ANTRAL FISTULAE 5

Summary

The authors' aim is to point out the problem of oro-antral fistule in everyday dental practice. They review the possible ethiological factors in their own out patient-clinical material and through discussion enlighten the surgical problem. The authors recommend modification of a pedicled flap from buccal and palatal side, only if the sinus is not infected.

Л и т е р а т у р а

1. Eneroth, C.M., Martensson, G.: CLOSURE OF ANTRO-ALVEOLAR FISTULAE, Acta Otolaryng., 53:477-485, 1961.
2. Killely, H.C., Kay, L.W.: AN ANALYSIS OF 250 CASES OF ORO-ANTRAL FISTULAE TREATED BY THE BUCCAL FLAP OPERATION, Oral Surg., 24:726, 1967.
3. Lainović, M.: NAJČEŠĆI UZROCI POVREDE MAKSIKARNOG SINUSA PRI EKSRACIJI ZUBA, Stom. Glasnik Srbije, Vanredan broj, str. 317, 1975.
4. Norman, W.B.: ORO-ANTRAL FISTULAE, Eye Ear Nose Throat Monthley, 43:54-57, 1964.
5. Obradović, O., Todorović, Lj., Pešić, V.: ZATVARANJE SVEŽIH OROANTRALNIH KOMUNIKACIJA ŽLATNIM FOLIJOM, Zbornik radova tom II, VI Kongres stomatologa Jugoslavije, s. 197, 1975.
6. Rončević, R., Škokljev, A., Milojković, M.: PRIMENA SURGICELA U MAKSILO-FACIJALNOJ I ORALNOJ HIRURGIJI, Stom. Glasnik Srbije, Vanredan broj, str. 273, 1975.
7. Spaić, R., Škokljev, A., Cvetinović, M., i Milojković, M.: HIRURŠKO LEČENJE ANTRO-ORALNIH KOMUNIKACIJA NASTALIH POSLE VAĐENJA ZUBA, Stom. Glasnik Srbije, Vanredan broj, str. 20—23, 1970.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за детска и превентивна стоматологија

ЕЛЕКТРОДИЈАГНОСТИКА НА НАДОГРАДЕНИТЕ ЗАБИ*

Нечева Љубинка, Бона Бајрактарова

Композитните материјали имаат голема примена во клиничката практика. Иако во почетокот покажаа извесни недостатоци и по нивното отклонување во детската стоматологија се употребуваат како времено — трајни надополнувања по претходно спроведена биолошка постапка. Контролата на виталноста на забите вршена со два различни апарати, покажува разлика од 1.5 mA, кое наметнува при вакви испитувања однапред да се утврдат вредностите и разликата во mA.

Со појавата на композитните материјали се мислеше дека скоро сите проблеми се решени и дека тие се адекватна замена на силикатните полнења, компензирајќи ги нивните недостатоци. Но набрзо се појавија резултати од клиничката примена на композитите и спротивни мислења во однос на штетното дејство врз пулпата. На композитите не им е оспорувана позитивната оценка во однос на силикатите, но не со таков ентузијазам со каков во почетокот се работело. Се сменуваше палета на композитните материјали од различни фирми со суперлативи во проспектот, а некои од нив се задржале неколку години во устата на пациентот без реперкусија на забната пулпа, додека одреден број (особено кај помладите пациенти и композитни полнења на млечни азби) го покажале своето штетно дејство на забната пулпа со создавање на пародонтални апсцеси.

Квалитетно дополнување донесе нагрзувањето на забот со киселина пред апликацијата на композитниот материјал, што придонесе тие да станат избран материјал во стоматолошката практика, особено во детската стоматологија, кај времено-трајните реставрации на фрактурираните заби.

На нашата клиника композитните материјали се применуваат кај фрактурираните заби за надоградба, кај хипопластичните заби и заби на кои им е потребна естетска корекција. (Нечева и сораб. 1976). Според Белоица (1977) овие материјали имаат

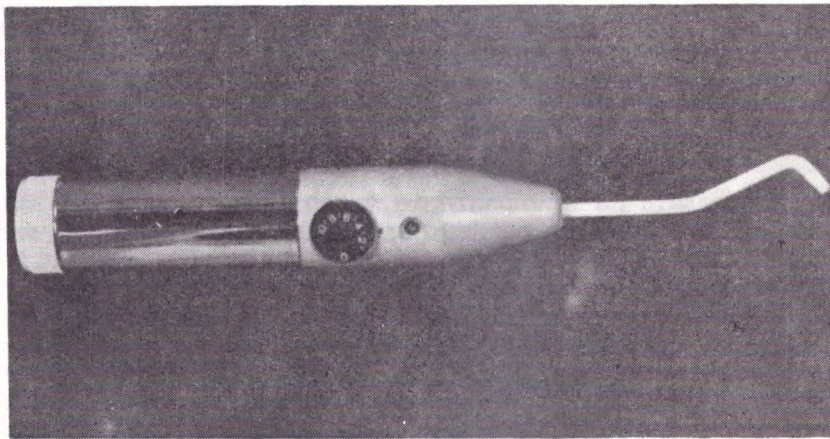
* Реферат поднесе на XIV Стоматолошка недела на СР Србија, :Нови Сад 1979 година.

голема предност кај реставрации на забната супстанца со занемарливо мал број некрози. Старчевиќ и сораб. (1976) укажуваат на тоа дека на забите каде е употребен композитен материјал со нагризување, остануваат витални и по шест недели. Бајрактарова и Нечева (1978) установиле дека електроосетливоста на забите надоградени со композитни материјали е еднаква на електроосетливоста на истоимените интактни контролни заби.

Цел на трудот е, со следење на виталитетот на забите надоградени со композити, пред и по изработката на реставрациите, да се види електроосетливоста на забите, испитана со два различни апарати.

Материјал и метод

Електродијагностиката како клинички метод, употребен е кај надоградени фрактурирани заби со композитни материјали, и тоа: кај 32 заба со апаратот „ВИТАЛИОН“ и кај 33 заба со апаратот „ДЕНТОТЕСТ“ (Сл. 1). Испитуваните фрактурирани за-



би претходно беа третирали со методот на индиректно прекривање. Испитувањето е вршено непосредно пред реставрацијата и во наредните контроли. Последните испитувања се прикажани на Тбл. I и II.

Резултати

Табела I: Вид на испитуваните заби

	Вита- лион	Денто- тест	Вита- лион	Денто- тест	Вита- лион	Денто- тест
Максила	27	29	—	—	1	1
Заби	1		2		3	
Мандибула	2	2	2	2	—	—

Табела II: Електроосетливост на испитуваните заби

Максила	Дентотест	—	—	—	15	8	4	—	1	—	1
	Виталион	14	8	4	—	—	1	—	—	—	1
		0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	0
Мандибула	Виталион	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
	Дентотест	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—

Дискусија

Бидејќи во клиничката практика постојат разни видови на апарати за испитување на виталитетот и нивната практична примена во однос на електроосетливоста на забите е присутна во документацијата на пациентот, секое испитување и различна реакција кај поедини апарати може во даден момент да предизвика забуна во одредувањето на дијагнозата на заболениот заб. Бидејќи пулпата покажува висока осветленост на електрични дразби, а степенот на губењето на виталитетот на пулпата е право пропорционален на снижувањето на електроосетливоста на композитните реставрации во еден од низата можности за компарација на електроосетливоста.

Проспектите од композитните материјали кажуваат дека, доколку при клиничката употреба терапевтот се придржува кон упатствата на производителот, не може да дојде до нивните негативни својства на забната пулпа. Ова го потврдиле и некои автори. На клиниката за детска и превентивна стоматологија, надоградби со композитни материјали се врши на трајни заби кај деца. Сметаме дека биолошкото средство кое е аплицирано по траумата треба да остане нешто подолго отколку ако тоа се употреби кај длабок кариес. Кај хипопластичните заби полесно е да се добие естетска корекција, без претходен биолошки третман. земајќи го во обзир создадениот секундарен дентин за време на долготрајна експонираност на забот и употребата на средство за импрегнација.

Нашите анализи покажаа дека вршените испитувања на исти заби (со соодветна контрола) а со различни апарати, покажуваат знатни разлики во електроосетливоста на забите. Со компарација на апаратите за виталитет „ВИТАЛИОН“ и „ДЕНТОТЕСТ“, а применети на исти заби, добиена е разлика од 1,5 mA што претставува значајна цифра, ако не се знае точната вредност, заправо разлика во mA на двата апарата. Во клиничката практика, при дијагностика на пулпините заболувања оваа разлика уште како може да го доведе терапевтот во заблуда во поглед на диференцијалната дијагноза.

Заклучок

1. Електроосетливоста на забите надоградени со композитни материјали, а испитувани со различни апарати („Виталион“ и „Дентотест“) покажа разлика од 1.5 mA.

2. При употреба на повеќе видови вакви апарати во клиничката практика се налага одредување на нивната разлика.

3. Превентивните мерки преземени за заштита на забната пулпа и адекватната употреба на композитните материјали, овозможува естетска корекција на забите и позитивен одговор на забната пулпа.

ELECTRODIAGNOSTICS OF RESTORED TEETH

Summary

The authors describe composite teeth restorations. Composite resins were used for II Class fractured teeth restorations and for restoration of enamel hypoplasia.

The authors investigated electrosensitivity of the restored teeth by means of the aparati Vitalion and Dentotest. They found out that the difference in measurements obtained by the two apparati ranges 1,5 mA, and suggest that when more apparati are used, to assess their sensitivity in advance.

Л и т е р а т у р а

1. Бајрактарова, Б., Нечева, Љ.: Осетливост на пулпата при композитни реставрации, Макед. стом. преглед, 1—2, 23, 1978.

2. Белоица, Д.: Наша искуства у примени композита у дечјој и превентивној стоматологији, СГС, ванр. бр. 61. 1977.

3. Нечева, Љ. и сораб.: Примена композитних материјала у дечјој стоматологији, Зборник радова о композитним материјалима и техници јеткања, вол. V, 68, 1976.

4. Старчевић, М. и сорад.: Зборник радова о композитима и композитним материјалима и техници јеткања, вол. V, 1976.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за дентална патологија и терапија

ВАЖНОСТ НА НАСОКАТА НА ЦЕНТРАЛНИОТ ЗРАК ЗА ДОБИВАЊЕ ПРЕЦИЗНИ РТГ СНИМКИ

Кедеров П., Ѓ. Тантуровски, Ј. Атанасовски

Рентген дијагностиката секојдневно се применува. Често рентгенската снимка помогнува во дијагностиката и овозможува да се следи еволуцијата на извесни заболувања или, текот на преземената терапија. Правилното толкување на Рт-графијата е даден камен темелник во стоматолошката дијагностика.

Даден е приказ за ретрокоронарни, ретроалвеоларни и оклузивни (нагрини) снимки. Иако тие методи се обработени од повеќе автори, во секојдневната практика не се применуваат. И во стоматолошката рентгенографија треба правилно да се применат X зраците кои даваат драгоцен податоци за состојба на поедини регии од орофацијалната регија. Во секојдневното упатување на пациентите за Рт-графии ретко прецизно се назначува каква снимка се бара.

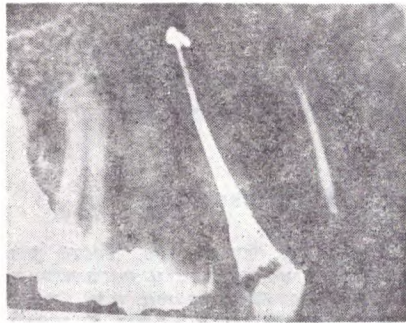
Наш маеријал

Направивме повеќе ртг снимки и тоа ретрокоронарни, ретроалвеоларни и оклузивни (нагрини). При обработката на материјалот дојдовме до сознание дека, ако сакаме од една снимка да извлечеме максимум податоци, покрај тоа што е неопходно материјалот од кој е изработен филмот, квалитетен ртг апарат и добар третман од техничарот, потребно е на упатницата да назначиме каква ртг снимка бараме.

а) Од една добра ретрокоронарна графика може да се проценени состојбата на коронката во смисла на постоење на каринозни лезии, каде визуелно и палпаторно е недостапен увид во состојбата на дентикли, на апроксималните полнења секундарен каринес и состојбата на септум интерденталис.

б) Ретро алвеоларната снимка, којашто најчесто се изработува во секојдневната практика, дава најпрецизна слика за состојбата на средниот дел на забот и околотото ткаење, за анатомоморфолошките прилики на истиот и често оскудни податоци за коронката, апексот со периапикалната регија, особено кај заби од горната вилица.

в) Од оклузивна снимка се ориентираме на најинтересното подрачје во ендодонската терапија и периапексот. Не може да се замисли точна дијагноза на хроничен пародонтит, ниту добро спроведување на било кој терапевтски метод и прогноза без прецизна оклузивна снимка, се разбира дека не станува збор за сè друго што може да придонесе за успех при примената на ендодонтската терапија.



Сл. 1
Ретроконорарна



Сл. 2
Ретроалвеоларна



Сл. 3
Оклузивна

Дискусија

Од изработката на првата ртг-графија 1896 г., од страна германскиот заболечар д-р Otto Wolkoff помина доста време и се произведоа такви апарати и филмови што овозможуваат добивање најпрецизни снимки со минално озрачување на пациентот. Денес наоѓаат се поголема примена панорамикс за орофацијалната регија и состојбата на пародонталниот и денталниот статус на пациентот.

За добивање прецизна снимка неопходно е да се придржуваме на општоприфатената шема за наклонот на тубусот, односно на централниот зрак спрема оската на забот допирајќи го лицето на класичните точки. Секако примената на ртг-филмови со крилца или филмодржач по worts, гарантира квалитетна ретрокоронарна снимка. Кај ретрокоронарните ртг снимки во пределот каде што треба филмот повеќе да се свитка, вешти техничари со подметнување на ватеролни или слично, постигнуваат добри резултати. Ретроалвеоларната снимка неретко може да не заведе кај двокоренските и повеќекоренските заби, па затоа не е мал бројот на автори кои препорачуваат повторување на снимки, но со различна насока на зракот во дистален и мезијален правец.

За добра оклузивна снимка, покрај признатите услови централниот зрак треба да биде насочен кон апикалната регија на еднокоренските заби, а кај двокоренските и повеќекоренските ексцентрично за да се добијат на снимка сите апекси и да се избегне суперпозиција.

Заклучок

Современата стоматологија, особено ендодонцијата, бараат што попрецизни ртг снимки, а бидејќи тоа не може да се добие од ретроалвеоларна снимка секогаш, препорачуваме терапевтите во упатницата да назначат какви снимки бараат:

- а) ретрокоронарни
- б) ретроалвеоларни
- в) оклузивни (нагризни)

Второ, можеме да препорачаме примена на филмодржачи што гарантираат добивање на прецизни снимки.

IMPORTANCE OF CENTRAL RAY DIRECTION FOR PRECISION IN ROENTGENOGRAPHY

Summary

Röntgenography is used in setting diagnosis and assessing prognosis in endodontic therapy.

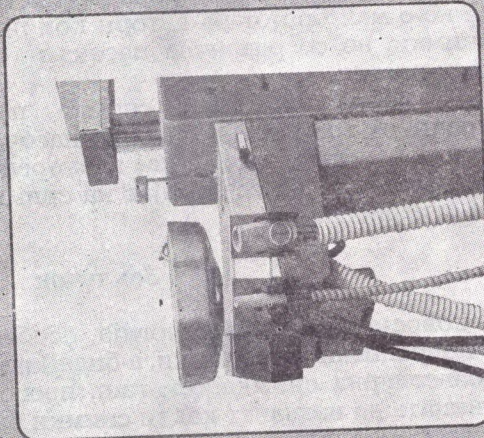
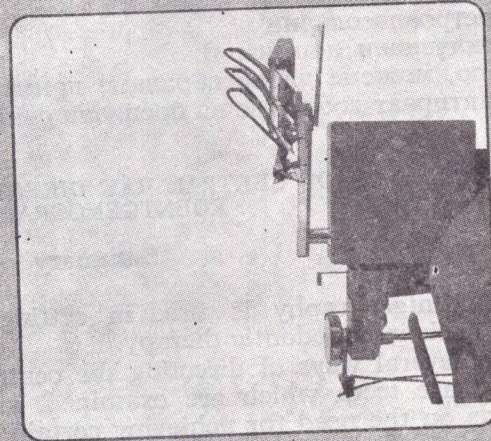
Several ways of directing the central ray toward the object, those are teeth which are examined, are presented and this depends on the need for achieving certain parts in the center of the graphia.

Л и т е р а т у р а

1. Njemirovskij Z.: Rentgenogram kod endodontskog zahvata, Zbornik radova XI stom. nedelje SRŠ 1975, Negotin Krajina.
2. Цветковиќ Н., Тавчиовски И., Стевановиќ М.: Нашите ставови при претходно ендодонтски лекувани заби, Зборник на трудови од V конгрес на стоматолозите на Југославија 1975.
3. Endodontic Perforations: Their Prognosis and Treatment J.A.D.A. vol. 95 July 1977.

Savremeno opremljena ordinacija omogućuje najracionalniji rad terapeuta (stomatologa) u sedećem dok je pacijent u ležećem položaju. Visoko izražni instrumenti zadržavaju oblik hladnije pa je u toj kombinaciji neophodan uređaj koji će obezbediti vidljivo polje rada terapeuta (stomatologa) i odstraniti nastali vodeni aerosol. Taj zadatak uspešno obavlja usisni sistem koji je ugrađen na našem aparatu.

Broj i vrsta nasadnih instrumenata za obradu po izboru kupca u više varijanti.



Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за орална хирургија

ФАТАЛЕН МЕДИЈАСТИНИТИС КАКО КОМПЛИКАЦИЈА НА АКУТНА ОДОНТОГЕНА ИНФЕКЦИЈА

Муровска Марија

Авторот презентира случај на фатален супуративен медијастинитис кај 43-годишен маж, настанат како компликација на десцендирана акутна одонтогена инфекција од субмандибуларниот фасцијален простор.

Акутната одонтогена инфекција сè уште претставува значаен дел од секидневната стоматолошка каузистика. Модерната антибиотска терапија овозможи во најголем број случаи таа да биде санирана пред да се прошири во соседните фасцијални простори, со што се спречува развојот на животнио загрозувачките компликации (сепса, тромбоза на кавернозниот синус, интракранијални апсцеси, медијастинит и сл.). Ние сите добро ја познаваме можноста за нивно настанување, меѓутоа реткоста на појавувањето на овие компликации во современата практика, како да го намали вниманието на лекарите практичари во однос на акутната одонтогена инфекција. Се има впечаток дека честопати изостанува грижата на лекарот за потенцијалната тежина на гнојните инфекции во максилофацијалното подрачје и за животните опасности кои може да резултираат од нив.

Во литературата и денес сретнуваме соопштенија за тешки компликации, често со фатален крај, како последица на инфекција од одонтогено потекло. Така Mc Curdy⁴ и Hendler² сооптуваат за два случаја на фатален медијастинитис, Cogan¹ опишува случај на дифузен цервикален целулитис, а Roser⁵ публикува случај на некротизирачки фасцитис.

Сакајќи да го насочиме кон сериозноста и тежината на гнојните одонтогени инфламации во лицевовратното подрачје, презентиравме еден случај на одонтогена инфекција, придружена со медијаститис и фатален крај.

Пациентот Н.В. роден 1937 год., на 25 април 1980 г. се јавил кај стоматолог во своето место заради болка и оток во пределот на виличниот агол од десната страна и неможност за от-

ворање на устата. Ординирано е Penicillini 800 000 ЈЕ, Crystacillini а 500 000 ЈЕ и Novalgetol а 2ссм. Контрола е закажана за наредниот ден. Консултиран е орален хирург кој се сложил со терапија. Не е нотирано кој заб е причинител на отокот и нема рентгенска документација. Наредниот ден состојбата знатно се влошила и со слика на една тешка флегмона, болниот е упатен на одделението за уво, грло и нос, во матичниот медицински центар. (Овие податоци се земени од стоматолошката служба во местото на живеење на пациентот Н. В.).

Во преписот на историјата од ова одделение забележан стои: Во историјата бр. 2498 на кл. за хируршки болести, пациентот е примен поради висока фебрилност и јак оток на лицето и вратот од десната страна. Претходно пациентот барал на два пати помош од стоматолог заради јака забоболка. Направени се две инцизии на вратот со обилна дренажа, но поради ширење на флегмоната и на левата страна од вратот и градниот кош, како и поради попуштање на кардиоваскуларниот систем, болниот се испраќа на клиниката за хируршки болести во Скопје.

Во историјата бр. 2498 на хируршката клиника во Скопје, нотиран е следниот status praesens: При приемот поциентот оддава впечаток на тежок болен. Сомнолентен е, силно интоксциран, фебрилен, со филиформен, одвај пиплив пулс (114/мин.), ТА 110/60. Видливи лигавици бледи, кожа ладна, облеана со студена пот.

Врат: на вратот преврска. По симнување на истата се гледаат две попречни инцизии во должина од 2 см, на предна и десна страна од вратот. Од инцизијата се цеди обилна количина на смрдлив, зеленкаст и густ гној.

Граден кош: дишење со напор, забрзано, со смрдлив здив. Аускултаторно силно забрзана и одвај чујна работа на срцето. На белите дробови базално се слушаат влажни кркори. Меките ткива на горниот дел од градниот кош се отечени.

Пациентот сместен во шок соба, направена нативна графија на врат и граден кош. Во операциона сала извршена тоалета на инцизионите рани, поставени се два латекс дрена, направена е mediastinotomia дренажа на медијастинум, преку која се добива обилен, густ, зеленкаст смрдлив гној.

Лабораториски испитувања: Hb 13 гр⁰/₀, Hg 3.800.000, Le 17 200, хематокрит 38 Vm⁰/₀, протеини 7,5 гр⁰/₀, glycemia 120 мг⁰/₀, urea 100 мг⁰/₀, електролити во граница на нормала.

Ординирана терапија: Mefoxin 3x4 амп. (1 гр.), Naemacel 500 ссм, Hartman 1000 ссм, Dextrosa 1000 ссм, Sanqus 350 ссм, Lanicor 1 амп., Streptomycin 2x0,5 гр., Cedilanid 1 мс., Glucosa 37⁰/₀ 20 ссм.

И покрај интензивната и соодветна терапија, состојбата и натаму се влошува.

Exitus настапи по 3 дена од приемот на клиника (на 9.V.1980 г.), под дијагноза: Phlegmona faciei et colli, mediastinitis suppurativa, insuffitientio cardio-vasculatoria.

Mediastinotomia et drainage.



Сл. 1



Сл. 2

Дискусија

Екстензијата на гнојните инфекции од фасцијалните простори на максило фацијалното подрачје во медијастинумот е со многу ниска инциденција, но тоа не значи дека сме ослободени од најсериозен приод и грижа во третманот на овие инфекции, независно од тежината на клиничката слика.

Инфекциите кои се развиваат во субмандибуларниот, масетеричниот, птеригомандибуларниот и перитонзиларниот простор, десцендираат во медијастинумот по најчестата анатомска патека — парафарингеалниот и ретрофрингеалниот простор.

Имајќи на располагање стотици моќни антибиотски средства, паѓаме во искушение премногу да се потпреме на нив, да им дадеме водечко место во терапијата, а да го запоставиме хируршкиот третман. Уште од времето на Хипократ, инцизијата и дренажата се основниот принцип на лекување на гнојните инфекции; натаму екстракцијата на забот причинител и трепанацијата потпомогнати со избор на антибиотик, според веројатноста на етиолошкиот микроорганизам, во услови на неможност да направиме био и антибиограм.

Познато ни е дека од повторното користење на антибиотици, во голем број случаи резултира промена на микробната флора. Денеска вообичаени се мешовити бактериски култури, со преваленција на стрептококи, стафилококи и грам негативни бактерии. Во поновата литература, при длабоките одонтогени гнојни инфекции, значителна етиолошка улога им се припишува на анаеробните микроорганизми. Затоа во случаите

каде културата од пурулентниот материјал останува негативна, треба да побуди сомнение за анаеробна инфекција и во таа смисла да се насочи и терапијата.

Кај супуративниот медијастинит, како компликација на акутна одонтогена инфекција, битен е брзиот хируршки третман, високи дози на антибиотици и битка за зачувување на виталните функции. Меѓутоа, и покрај навремениот и соодветен пристап и лекување, морталитетот од оваа компликација и на тоа му останува висок.

Заклучок

Гнојните инфекции од одонтогено потекло што се развиваат во субмандибуларната, масетеричната и птеригомандибуларната регија преку парафарингеалниот и ретрофарингеалниот простор, можат да се прошират во медијастинумот. Супуративниот медијастинит е поретка компликација на одонтогената инфламација, која и покрај современиот третман, во голем процент завршува смртно. Иако животна загрозувачките компликации во денешната стоматолошка практика се ретки, лекарот мора да е свесен за можноста за нивно настанување и затоа на секоја гнојна инфекција од максилофацијалното подрачје треба да ѝ пријде со најголема професионална сериозност и грижа.

FATAL MEDIASTINITIS — ACUTE ODONTOGENIC INFECTION COMPLICATION

Summary

Purulent infections of odontogenic origin that develop in the submandibular, masseteric and pterygomandibular area can invade mediastinum through the parapharyngeal and retropharyngeal space. Suppurative mediastinitis is a rare complication due to odontogenic inflammation, which, beside the contemporary achievements in treatment is lethal in the greatest majority of cases. Although life threatening complications in to days' stomatologic practice are rare, physicians must be aware of their possibility and for that reason each purulent infection in the maxillofacial area should be faced with the greatest professional seriosity and care.

Л и т е р а т у р а

1. Cogan, J.C.: Necrotising Mediastinitis Secondary to Descending Cervical Cellulitis, J. Oral Surg. 36:307 Sept. 1973
2. Hendler H. B.: Fatal Mediastinitis Secondary to Odontogenic Infection, J. Oral Surg. 36:308 April 1978
3. Kruger, G.O.: Textbook of Oral Surgery, Ed. 4. St. Louis, C.V. Mosby Comp. 1974
4. Mc Curdy, A.J.: Fatal Mediastinitis after a Dental Infection J. Oral Surg. 35:726 Sept. 1977
5. Roser, M.S.: Necrotizing Fescitis, J. Oral Surg 35:730 Sept. 1977
6. Spilka, C.J.: Pathways of Dental Infections, J. Oral Surg. 24:111 March 1966
7. Thoma, K.H.: Oral Pathology, Ed. 6, St. Lous, C.V. Mosby Comp.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за детска и превентивна стоматологија
Медицински факултет — Скопје
Институт за биохемија

ВРЕДНОСТИ НА pH ВО ПЛУНКА КАЈ ДЕЦА БОЛНИ ОД ШЕКЕРНА БОЛЕСТ

Иљовска С., Љ. Нечева, А. Поп-Стефанова

Вредноста на pH во плунка беше испитувана кај 31 дете болно од шеќерна болест, а како контролна група се користени наодите од 30 здрави деца. Резултатите на испитувањето упатуваат на заклучок дека реакцијата на плунката кај децата болни од шеќерна болест е евидентно кисела, наспроти контролната група, кај чии испитаници е најдена базична плунка.

Многубројните статистички податоци за распространетоста на шеќерната болест во светот и кај нас укажуваат на постојан пораст на ова заболување, особено кај популација со висок животен стандард, висок степен на урбанизација и индустријализација, недоволна физичка активност, постојана психичка напрегнатост, кај лица со преобилна исхрана и висок степен на гојазност.

Иако од таа болест боледуваат воглавно возрасни луѓе, во последно време загрижува фактот што болеста се повеќе ги напаѓа децата, и тоа не штедејќи ги дури и најмалите. Шеќерната болест како хронично заболување доведува до бројни компликации кои имаат одраз врз целиот организам, а поради специфичноста често пати и најбаналните појави попримаат сериозен карактер. Распространетоста на шеќерната болест и нејзиното социјално-медицинско значење секако условиле да се развие богата истражувачка дејност што навлегува во сите сфери на проблемот. Иако во последната деценија е остварен виден напредок, сепак, секое ново сознание е прилог кон разрешувањето на проблемите од дијабетологијата.

Познато е дека улогата на плунката е многуструка. Таа учествува во почетокот на дигестијата со своите ферменти. Нејзината pH и конзистенција, во зависност од количината на мучин може да биде причина за поголем или помал процент на кариес фреквенцата. Од друга страна, многу патолошки состој-

би на организмот го менуваат квалитетот и квантитетот на плунката, што според некои автори е појава и кај шеќерната болест. Во таа смисла, вршени се испитувањата на реакцијата на плунката.

Во литературата се опишани испитувањата на повеќе автори, чии истражувања се насочени кон осветлување на влијанието на шеќерната болест врз рН на плунката (Попов, К., 1978). Тој смета дека реакцијата на плунката се менува при патолошки состојби на плункините жлезди и меките ткива во усната празнина, при голем број на општи заболувања, меѓу кои, особено предимство ѝ дава на шеќерната болест, при која се среќава плунка со тенденција кон кисела. Индзов² ја испитувал рН на плунката кај 158 болни од шеќерна болест и кај 85 од нив нашол кисела реакција на плунката. Gertner (цит. по Индзов, 1974) дава податоци за кисела реакција на плунката. Valentine³ испитувал поголема група на болни и нашол дека поголем дел од нив биле со реакција на плунката под 6,5. Савиќ и сор.⁴ испитувале деца болни од дијабет, кај кои вредноста на рН на плунката била 6,6, а на контролната група 7,24. Faulcanbridge¹ испитувал 97 деца болни од шеќерна болест и нашол разлика во смисла на кисела реакција од 0,05, споредено со контролната група.

Без намера да ги проверуваме наодите на горните автори, целта на трудот е врз основа на наш материјал да се здобиеме со сознанија за вредноста на рН на плунката кај деца болни од шеќерна болест, споредени со здрави деца.

Материјал и метод

Испитувањата се изведени на 61 пациент, од кои 31 дете болно од шеќерна болест и 30 клинички здрави деца. Како материјал е користена плунка добиена наутро, по пат на просто прелевање без употреба на стимулатори. РН вредноста беше одредувана со колориметриски метод со помош на Аструпапаратот.

Резултати и дискусија

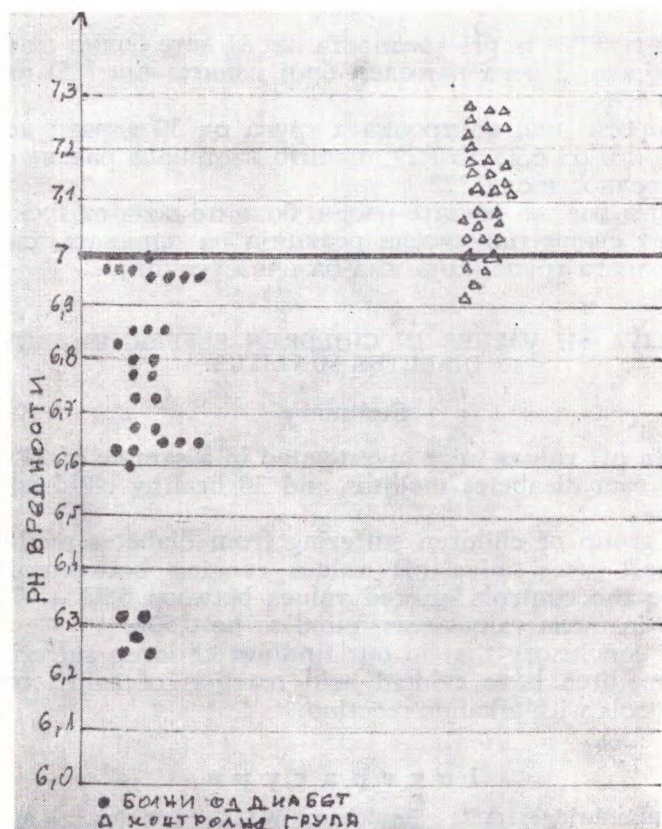
Графички се прикажани поединечно вредностите на рН за секој болен, како и вредностите на децата од контролната група (графикон).

Табеларно се прикажани средните вредности на рН на плунката кај децата болни од шеќерна болест и контролната група.

	Контролна група	Болни од шеќерна болест
Број на испитаници	30	231
Средна вредност	7,240	6,718

Нормалната вредност на рН на плунката се движи околу 7,0. Повеќе автори сметаат дека нормално плунката е слабо алкална, меѓутоа нејзините вредности варираат во текот на денот во зависност од исхраната, или ако е добиена со провокација. Наодите на авторите^{1, 2, 3, 4, 5} кои ни беа достапни, укажуваат на тоа дека некаде нема, или има незначителни разлики погрупата на дијабетични деца и контролната група.

Анализирајќи ги нашите резултати, каде плунката и на двете групи беше испитувана под еднакви услови, најдовме дека разликата на рН во просек меѓу испитуваните од двете групи изнесува 0,522.



Поединечните вредности на рН за секој пациент, дадени на графиконот покажуваат дека најголем број на пациенти имаат рН што се движи од 6,60 до 6,96 (25 пациенти), 7 пациенти имаат рН помеѓу 6,90 и 6,96, а само еден има рН 7,00. Во контролната група само еден има рН 6,74, 6 испитаници од 6,90 до 7,00, а рН вредноста на останатите е од 7,00 до 7,29.

Двете групи, споредени во зоната на рН 6,90 до 7,00, ги сочинуваат 8 болни испитаници и 6 здрави деца.

Во нашите резултати е евидентна разликата на рН на плунката помеѓу групата на болни и групата здрави деца и таа изнесува 0,522. Со тоа нашите наоди се совпаѓаат со наодите на Савиќ, 1977; Попов, 1978; Индзов 1974 и Попов 1978; и Valentine 1978. Рн на плунката кај нашите испитаници покажува кисела реакција, додека кај контролната група таа е базична. Ваквата реакција Индзов² ја толкува со поврзување на метаболизмот, што при шеќерната болест е нарушен, пришто доаѓа до ацидоза на целиот организам и кисела реакција на плунката; ваквото толкување и ние го праќаваме.

Заклучок

Испитувајќи ја рН вредноста кај 31 дете болно од шеќерна болест најдено е дека најголем број испитаници (25) имаат рН од 6,60 до 6,96.

Наспроти нив, контролната група од 30 здрави деца е со рН вредности од 6,92 до 7,29, пришто настанала разлика во просечните вредности од 0,522.

Според тоа, во нашите наоди, болните деца од шеќерна болест имаат евидентно кисела реакција на плунката, споредено со контролната група, која има базична реакција.

SALIVA pH VALUES IN CHILDREN SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS

Summary

Saliva pH values were investigated in a sample of 31 children suffering from diabetes mellitus and 30 healthy children serving as controls.

The group of children suffering from diabetes mellitus showed in most cases saliva pH values ranging between 6,60 and 6,96, while the controls offered values between 6,92 — 7,29. The difference in mean values was found to be 0,522.

It is conclusory that in our findings children suffering from diabetes mellitus have evident acid reaction of saliva compared to the controls with alkaline reaction.

Л и т е р а т у р а

1. Faulcanbridge, A.R., Bradchau, W.C.L., Lenkins, A.A., Baun, J.D.: The Dental Status of a Group of Diabetic children; BB Journal 151:8, 235, 1981
2. Индзов Б.: Електролити, рН и захари в слунката на болни од захарна болест, Стоматологија, 6:413 — 418, 1974
3. Попов, К.: Лабораторни иследования в стоматологија Медицина и физкултура, София, 1978
4. Савиќ, М. и сар.: Животна средина, бактеријска флора и стање пародонцијума код деца дијабетичара, IX дани превентивне медицине, Збор, рад., 35, 1977, Ниш.
5. Valentine, A.D., Anderson, R.J., Bradnoch, G.: Salivary pH and Dental Dental Caries, Brit. Dent. Journal, 144:105-107, 1978

CRYOSURGERY IN STOMATO-ONCOLOGY
A Report of Experiences Gained over Three Years

Криохирургија во стомато-онкологијата
Извештај за тригодишно искуство

I. Sonkodi
Int. J. Oral Surg. 1979:8:95-101

Дадено е објаснување за примената и резултатите на криохирургијата во стомато-онкологијата врз база на резултатите од тригодишно искуство. Со оваа терапија се третирани 227 пациенти со хемангиоми и орални неоплазми. Нагласено е дека криохирургијата е посебно применлива при третирањето на бенигни и малигни лезии во предниот дел на оралната празнина, каде прегледот и приодот е лесен, а резултатите се добри, со исклучок на неколку компликации. Кусиот период од користењето на оваа техника не ни дава адекватни основи за правење на директно спроведување на овој метод со други, повеќе конвенционални техники во комплексната тумор-терапија.

Криотерапијата беше одредена како најсоодветен начин во третманот на хемангиомите каде лечењето зависи повеќе од типот, отколку од големината на лезијата. Кај доенчињата и децата криотерапијата може да биде особено вредна посебно што хируршкиот третман на поголемите хемангиоми може да доведе до интензивни крварења, а неизбежните цикатрикси до функционални нарушувања. Радиотерапијата исто така претставува опасност како за возрасните така и за децата. Криотерапијата е погодна исто така и во третманот на мукозните цисти што често се јавуваат при млади индивидуи. Во повеќето случаи леукоплакиите заздравуваат по еден третман, но наидовме на разлики меѓу различните видови. Симплекс формата се лечи најуспешно, дури и со една единствена апликација, 24 од 27 случаи. Кај ерозивниот и верукозниот тип заздравувањето е побавно. Во тригодишниот период имавме и неколку рецидиви, а кај еден случај ерозивната лезија малигнизираше, со метастаза забележана по една година. Дел од пациентите беа третирани со криотерапија поради хеилоза на долната усна. Кај нив заздра-

вувањето беше со успех, без рецидиви, по отстранувањето на причинителите (инсолација, агрохемикалии и др.). Кај лихен планусот, каде ерозивната лезија беше локализирана резултатите беа поволни, за разлика од случаите каде таа имаше тенденција кон мигрирање каде одговорот кон терапијата беше послаб, со чести рецидиви.

Во однос на малигномите, 49 (18%) беа сквамозни карциноми, а од нив 22 беа заздрави по еден единствен третман, а кај 14 беше неопходна повторна апликација. По тригодишно опсервирање дојде до само еден рецидив на преканцерозна лезија на јазикот, со подоцнешна метастаза. Кај 4 случаи, во соработка со оралните хирурзи, криотерапијата беше дополнета со конвенционален хируршки третман или хемиотерапија. Да сумираме, само 5 случаи на базални цел карциноми се третираа со овој метод; меѓутоа и покрај малубројноста, резултатите се ветувачки. Независно од примарната криохирургија за базалиомите, предностите со овој третман беа очигледни во случаите каде претходеше конвенционален хируршки приод бидејќи повторената алтернација би резултирала во поголеми функционални промени.

Во однос на болност на интервенцијата криохирургијата е скоро безболна и никогаш не е проследена со крварење и секундарна инфекција.

Меѓу недостатоците се вбројува пролонгирано време на заздравување, фетор од устата, што може да се намали со употреба на антисептици и парцијална некротомија.

Додека при третираните карциноми локалните рецидиви и метастази беа малубројни, не би било фер оваа група, што беше високо селектирана, да се споредува со нормално презентирани хируршка група, или друга. Сем тоа, тригодишниот опсервациски период е недоволен за да се оформи прецизно гледање на постоперативното преживување и можните потенцијали на криохирургијата споредена со другите методи.

Собрани заедно, овие ветувачки резултати индицираат дека во третманот на бенигните тумори, преканцерозните лезии и рано откриени карциноми лоцирани на усните и антериорната третина на оралниот кавитет, криотерапијата може да е од голема полза за стоматологот.

М. Муровска

TRAUMA IN THE PRIMARY DENTITION: A Clinical Presentation

Траума во примарната дентиција: Клинички приказ

Joho, P.J., Marechaux, S.C.
ASDC 47(3) : 167, 1980

Според многу автори траумата на млечните инцизиви има најмногу можност да се јави кај деца помеѓу 1,5 и две години.

Во тој период детето учи да оди, ја испитува околината и е најизложено на чести паѓања и повреди со различни предмети. Максиларните млечни инцизиви, веројатно затоа што се помалку заштитени од другите заби, се посебно изложени на повреди. А, како овие заби се основа за естетика, мастикација и говор, избегнувањето на лошите навики, од практичарот императивно се бара да ги препознава и разликува разните видови трауми што се јавуваат кај децата од претшколска возраст.

Во трудот се презентирани разните видови повреди до кои може да дојде во детството и што често општиот практичар ги занемарува:

1. Фрактура на коронката
2. Дисколорација
3. Фрактура на коренот
4. Апсцеси
5. Интрузија
6. Сублуксација
7. Тотална луксација

С. Иљовска

СРАВНИТЕЛНА ОЦЕНКА ЕФЕКТИВНОСТИ ЕЛЕКТРОФОРЕЗА ИОНОВ КАЛЦИЈА, МЕДИ, ЦИНКА И ЈОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Компаративна оценка за ефикасноста на електрофорезата со јоните на калциум, бакар, цинк и јод при лечењето на апикалните пародонтити

С.Х. Азов, Н.Н. Гаража, С.А. Глазкова, О.М. Пендър

Стоматологија (СССР) 3:33—24, 1981

Тераписката електрофореза во областа на кореновиот канал дава можност за непосредно влијание на парадонталното ткаење, а депонирањето во него на неопходните медикаментозни средства, како една од поефикасните методи при терапијата на апикалните пародонтити.

Во третман се земени 192 пациенти на возраст од 18—64 г. со апикални хронични пародонтити од разни форми, од кои биле 89 еднокорени и 103 повеќе корени заби. Пациентите биле разделени во четири групи: во првата група спроведувана е електрофореза со калциум, во втората со бакар, третата со цинк и четвртата со јодови јони. Третманот е спроведуван во траење од 20 минути, секојдневно во 2—6 сеанси. По завршувањето на електротерапијата се продолжувало со терапија со хидроген и алкохол; проодните канали се исполнувани со еугенол бакелит-на паста.

Добиените резултати покажаа кај првата група со акутен и хроничен егзацериран пародонтит болката и знаците на воспаление се смирувале по 2—3 посети. Кај еден болен со хроничен грануломатозен пародонтит по втората сеанса дошло до провокација на болка.

Кај втората група каде е аплицирана бакар електрофореза кај пациентите со акутен и хроничен пародонтит смирувањето на болката и воспалителните знаци се повлекувале по 4—6 сесии на терапија. Кај извесен број на болни добри резултати се покажале дури по завршувањето на терапијата.

Третата група на болни третирана со цинк електрофореза покажала слабо обезбедување при акутниот и егзацерибраниот хроничен пародонтит. Терапијата помогнувала на ексудативните метаболични процеси во околотото ткаење во овие процеси по 3—5 дена по завршувањето на терапијата. При анализата на резултатите се покажува и подобрување на околузабното ткаење наблудувано рентгенографски како и состојбата на колоритот на гингивата.

Четвртата група се карактеризира со тоа што по 1—3 сесии со јод електрофореза исчезнувале субјективните тегобни симптоми и воспалителните промени кај болните со акутен и хроничен егзацерибиран пародонтит. Анализата на одделни резултати при оваа терапија покажа дека потполни рентгенолошки напредоци се видливи кај хроничниот грануломатозен пародонтит, а незначително подобрување се јавува кај егзацерибираните хронични пародонтити.

Примената на гореспоменатите електрофорези овозможуваат субјективно исчезнување на симптомите, намалување на воспалителниот процес, подобрување на регенеративниот процес во ткаењата во областа на пародонтот, па поради тие аналгетични антифлогистични регенеративни дејства овие методи ги препорачуваат авторите.

Коментирајќи и анализирајќи ја табелата на добиените резултати авторите препорачуваат примена на калциум јонофореза при акутни, хронични егзацерибрани пародонтити. Бакарната јонофореза треба да се претпочита кај хроничните форми, цинк јонофорезата при хронично грануломатозни форми, а јодните јони да се аплицират кај хроничните грануломатозни и гранулирани пародонтити.

П. Кедров

OBOLJENJA MEKIH TKIVA USNE DUPLJE

(D Đajić, S. Orlov i B. Mirković)

Decembra 1981. godine izašla je iz štampe knjiga „Oboljenja mekih tkiva usne duplje” u izdanju Instituta za dokumentaciju zaštite na radu „Edvard Kardelj” — Niš. Autori ovog značajnog dela su prof. dr Dragoljub Đajić, docent dr Svetlana Orlov i docent dr Branislava Mirković.

Knjiga ima 488 strana i registar pojmova štampan na 4 strane. Tekst je bogato ilustrovan sa 319 znalački odabranih originalnih fotografija, crteža, šema i tabela.

Celokupna materija u knjizi podeljena je na 18 poglavlja. Svako od njih za sebe čini logičnu celinu i izuzetno iscrpno i precizno obrađuje pojedine probleme ili oboljenja usne duplje. Istovremeno, sva poglavlja se veoma dobro uklapaju međusobno i obrazuju skladnu celinu celokupnog teksta. Ispred svakog poglavlja se nalazi sadržaj, što pored opšteg sadržaja omogućava izvanrednu preglednost i lako snalaženje u iznetoj materiji.

Pored toga, svako poglavlje ima i popis literature korišćene pri njegovoj izradi, što omogućuje čitaocu dalje produblјivanje znanja iz ove oblasti.

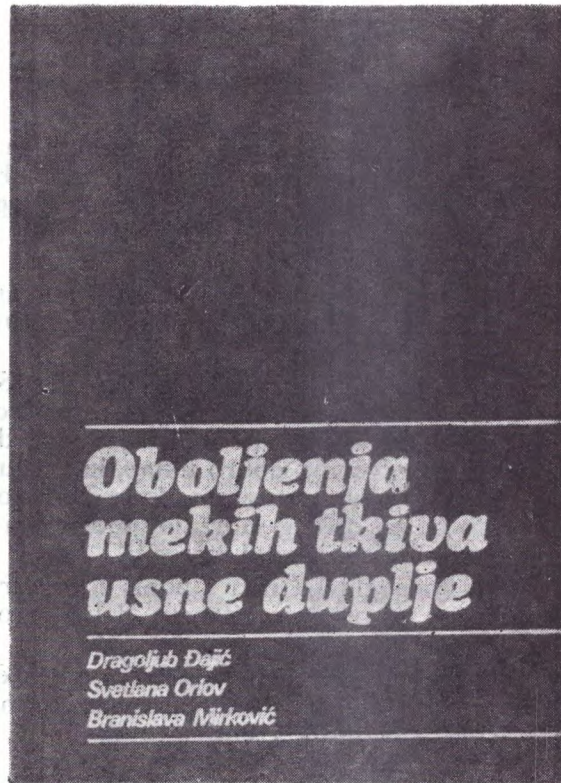
Značaj ovog izuzetnog naučnog dela leži i u tome što su autori izneli savremena shvatanja o etiopatogenezi oboljenja usne duplje. Izneti stavovi, shvatanja i činjenice dati su na osnovu veoma bogatog i dugogodišnjeg sopstvenog iskustva i brojnih rezultata iz ličnog kliničkog i naučno-istraživačkog rada, kao i na osnovu podataka iz skoro hiljadu naučnih i stručnih radova i knjiga.

Delo „Oboljenja mekih tkiva usne duplje” ima veliki naučni ali i praktični i klinički značaj. Ovo iz razloga što su oralne bolesti veoma rasprostranjene, tako da skoro nema čoveka koji nije imao neko od ovih oboljenja u toku svog života. Ako se tome doda činjenica da se na tkivima usne duplje održava i manifestuje veliki broj opštih i sistemskih oboljenja i poremećaja, onda se još potpunije može sagledati važnost detaljne i sveobuhvatne obrade tih oboljenja i stanja kako je ona izvršena u ovoj knjizi.

Prilikom opisa svakog oboljenja sistematski je obrađena dijagnostika, terapija kao i preventiva oboljenja, čime se čitaocu omogućuje sveobuhvatno upoznavanje sa ovom veoma raznovrsnom i složenom patologijom.

Autori ovog dela, poznati naučni radnici, pristupili su obradi svih obuhvaćenih problema sa biološkog aspekta, sa posebnim akcentom na preventivu oboljenja.

Znalačko povezivanje naučnih saznanja i njihove primene u praksi daju ovom delu još veću vrednost i svrstavaju ga među vrhunska ostvarenja u ovoj oblasti.



Posle pregleda anatomije, histologije i funkcije oralnih tkiva sistematski su obrađena pojedina oboljenja (bolesti gingive, usana, jezika i ostalih regiona usne duplje). Svestrano su osvetljenje i razjašnjene alergijske reakcije u ustima, infektiva, bakterijska, virusna, mikozna i specifična oboljenja, gangrenozni procesi kao i oštećenja oralnih tkiva različite etiologije. Pored toga, veoma detaljno je opisan i uticaj i odraz endokrinih poremećaja, disbalansa vitamina, dermatoloških i krvnih oboljenja na usnu duplju. Od posebne važnosti je što su izneti i dijagnostički aspekti prekancerovnih stanja i benignih i malignih tumora u usnoj duplji.

Ovako sveobuhvatno koncipirano i zalački realizovano delo veoma će olakšati rad ne samo stomatolozima i specijalistima za bolesti usta i zuba, već i lekarima opšte prakse kao i specijalistima iz mnogih graničnih područja.

Zahvaljujući velikom i dugogodišnjem pedagoškom iskustvu autora, knjiga je pisana lakim stilom i razumljivo. Autori postupno i sistematski uvode čitaoca u ovu materiju i omogućavaju mu njeno potpuno razumevanje i prihvatanje. Zato ovu knjgu mogu uspešno koristiti ne samo studenti poslediplomskih studija već i studenti redovnih studija. Posebno treba istaći da je u ovom delu iznet i opisan i niz savremenih dijagnostičkih postupaka i praktičnih uputstava za rad, pa je otuda ovo delo neprocenjive vrednosti i kao priručnik za svakodnevni praktični rad.

Na osnovu svega iznetog može se zaključiti da delo „Oboljenja mekih tkiva usne duplje” svojom pojavom predstavlja veliki doprinos stomatološkoj pa i šire medicinskoj nauci i struci, zbog čega ono treba da nađe svoje mesto i biblioteci svakog stomatologa pa i lekara.

Dr. Dragoslav Đukanović,
redovni profesor
Stomatološkog fakulteta
Univerznteta u Beogradu

цементобласт

lat. — caementoblastus, i	матична клетка на забното ткаење што се вика цемент
Cx — матична ћелија	(забна коска што го обвиткува коренот на забот) зборот е комбинација од лат. збор цементум и грчкиот бластос
Sl. —	
E — cementoblast	
D — Zementoblast	
P — цементобласт	

цемент

lat. — caementum, i	цемент, забна коска што го обвиткува коренот на забот
Cx — цемент, зубна кост	
Sl. —	
E — cement	
D — Zement	
P — цемент	

цементоклазија

lat. — caementoclasia, ae	стопување на ткаењето што се вика цемент
Cx — разграѓивање цемента	
Sl. —	
E — cementoclasie	
D — Cementoklasis	
P — цементоклазија	

цекум

lat. — caecum, i	нешто што завршува слепо (како слепо црево) или во стоматологијата форамен цекум — слеп отвор кај предните горни заби од страната на нештето
Cx — слепо	
Sl. —	
E — caecum	
D — Blinddarm	
P — слемаја кимка	

канин

lat. — caninuls (sc. dens)
Cх — секутић, очњак
Sl. —
E — canine
D — Eckzahn
P — клѝк, собачиѝ

кучешки заб, песјак, очни заб
(најјак заб во предната низа
заби)

канал

lat. — canal, is
Cх — канал
Sl. —
E — canal
D — Kanal
P — канал, трубка

канал, во стоматологијата
најчесто се однесува на ка-
налот што е сместен во коре-
нот на забот, исполнет со
забната срцевина (забен жи-
вец)

каналче

lat. — canaliculus, i
Cх — каналић
Sl. —
E — small canal
D — Kanälchen
P — каналец

каналче (помошно каналче на
главниот канал во коренот)
такви има повеќе, посебно во
третината на врвот на коре-
нот

калкс

lat. — calax, calacis
Cх — креч
Sl. —
E — chalk
D — Kalk
P — извест

вар

калцификација

lat. — calcificatio, onis
Cх — закрепчување, скречува-
вање
Sl. —
E — calcification
D — Kalzifikation
P — калѝцификациѝ

калцификација, бигоросува-
ње, во стоматологијата —
скоскенување на забните твр-
ди матери, како што се: глеѝ-
та (емајлот), дентинот и це-
ментот

камера

lat. — camera, ae

Cx — комора

Sl. —

E — chamber

D — Kammer

P — камера

комора, заграден простор, во стоматологијата се мисли на просторот во кој е сместена забната срцевина (пулпина комора)

Прим. д-р Ј. Стојановски

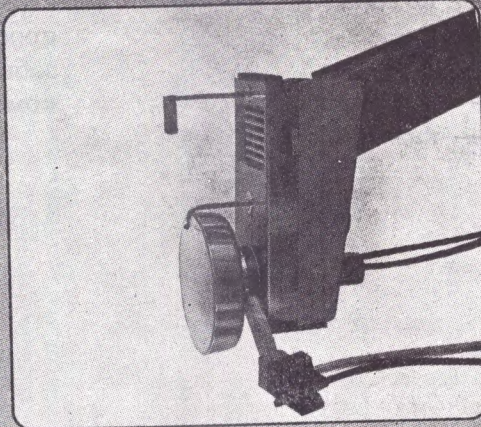
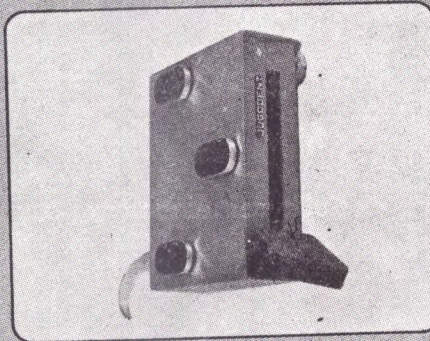
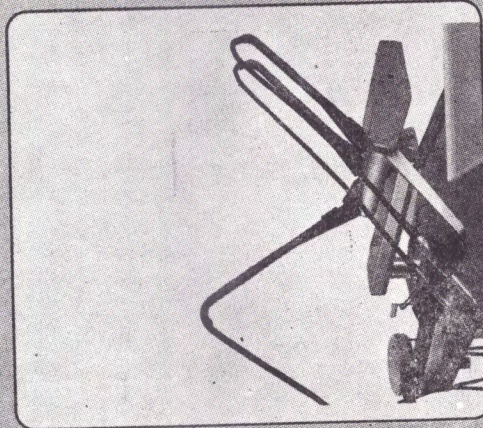
Optimalni komfor pri najsavremenijim obradama pacijenta.
Primenom odgovarajućih adaptera moguća kombinacija sa svakom od motornih stolica iz proizvodnje »JUGODENT« – SIEMENS.

Novi dentalni aparat ELEKTRA 2000 G ističe se najsavremenijom opremom i agregatima:
Kombinovana preskalica izvanredno lagana, veoma funkcionalna višestruka stricaljka sa funkcijama vode, vazduha i spreja po želji toplo ili hladno.
Turbinska bušilica sa vazdušnim lezajima, tiha i pri 400.000 o/min.
SIRONA – motor, širokog izbora broja obrtaja od 600 do 120.000 o/min., koga posebna elektronika čini neosetljivim na veća opterećenja, promenu broja obrtaja i smer obrtaja.

Slobodno vodjenje, funkcionalno hvatanje i odlaganje nasednih instrumenata u svakom položaju pacijenta i lekara.

Višestruko pokretna vodena jedinica dostupna pacijentu u bilo kom položaju.

Nožni prekidač obezbeđuje bezstepenu regulaciju broja obrtaja SIRONA motora a služi i za aktiviranje turbine i spreja po želji.



I КОНГРЕС НА СПЕЦИЈАЛИСТИТЕ ЗА БОЛЕСТИ НА УСТАТА, ЗАБИТЕ И ПАРАДОНТОТ ОД ЈУГОСЛАВИЈА

Првиот конгрес на специјалистите за болести на устата, забите и парадонтот од Југославија ќе се одржи од 1 до 3 јуни 1983 г. во Охрид. Конгресот го организираат Здружението на специјалистите за болести на устата, забите и парадонтот од Југославија и Секцијата за болести на устата и забите при Сојузот на здруженијата на лекарите од СР Македонија.

Конгресни теми:

1. Научните достигнувања и прогресот во истражувачката област на устата, забите и парадонтот;
2. Проблеми во практиката кај болестите на устата, забите и парадонтот;
3. Евалуација на организацијата на службата за болести на устата, забите и парадонтот.

Сите информации во врска со Конгресот можете да ги добиете на адреса:

Секретаријат на Конгресниот одбор, 91 000 Скопје,
ул. Водњанска бр. 17 или на телефон (091) 223-704 и 238-020

IV СТОМАТОЛОШКА НЕДЕЛА НА СР МАКЕДОНИЈА

Четвртата стоматолошка недела на СР Македонија ќе се одржи во Струга, во хотелот „Дрим“, од 26 до 28. V. 1982 год.

Пријавувањето и изготвувањето на рефератите се врши на еден од јазиците на народите на Југославија. Рефератите треба да се максимум до 4 страни, отчукани со двоен проред, до три слики, со апстракт, вовед, материјал и метод на работа, резултати и дискусија, заклучок и резиме на еден од странските јазици и литература.

Рок за доставување на рефератите подготвени за печатење е до 1 март 1982 година.

Информации на адреса:

Организационен одбор на IV Стоматолошка недела на СР Македонија

Доц. д-р Е. Мирчев, претседател
Стоматолошки факултет — 91000 — Скопје, Водњанска 17

III СТОМАТОЛОШКА НЕДЕЛА НА СР ЦРНА ГОРА

Од 28 до 30 април 1981 год. во Петровец на море се одржа III Стоматолошка недела на СР Црна Гора.

Во прекрасното приморско гратче, со сè уште незалечени рани, траги од последниот земјотрес, се собраа преку 300 стоматолози и гости од сите краеве на нашата земја. Свеченото отворање и презентирањето на главната тема „Повреди на максило-фацијалната регија во Црна Гора“, како и културната програма, се одржа во салата на Домот на културата, под покровителство на претседателот на Собранието на општина Будва. Наредните денови во повеќе сали се одржаваа предавањата поделени во тематика спрема стоматолошките специјалности.

На собирот беа презентирани преку 150 стручни и научни реферата од превентивата, оралната патологија и терапија на орофацијалниот систем.

Е. Мирчев

III СТОМАТОЛОШКИ ДЕНОВИ НА СР СЛОВЕНИЈА

Од 22 до 24. X. 1981 година во Порторож беа одржани III Стоматолошки денови на СР Словенија.

Главна тема на Собирот беше „Теорија и практика на превентивата во Стоматологијата“ со поттеми:

— Принципи и развојни можности на превентивата со осврт на епидемиолошки промени на здравствената состојба на забите и усната празнина на населението во СР Словенија.

— Забоздравственото воспитување како темел на превентивата.

— Слободни теми.

Вкупно беа презентирани преку 170 реферати од оваа тематика.

Во склоп на Стоматолошките денови беше одржана изложба на денгални материјали и апарати.

На Собирот учествуваа 500 учесници.

Организацијата беше на завидна висина.

И. Богдановски

ОДБРАНЕТИ ХАБИЛИТАЦИОНИ ТРУДОВИ

Ас. д-р Слободан Лазаревски:

Согледувања на функционалните параметри при хируршки третман на мандибуларниот прогнатизам

Ас. д-р Марија Муровска:

Проблемот на акутната одонтогена инфекција во орално хируршката практика

ОДБРАНЕТ МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Ас. д-р Јулијана Ѓоргова:

Положбата на инцизивите и нивното влијание на денто-скелетните структури и промените во профилот на лицето

Скопје, 24 ноември, 1981 година

ОДБРАНЕТИ ДОКТОРСКИ ДИСЕРТАЦИИ

Проф. д-р Илија Васков:

Вредности компресивне остеосинтезе у терапији доње виличних прелома

Београд, февруари, 1981

Ас. д-р Надежда Ќофкарова:

Морфолошке особине и промене скелета оро-фацијалног система код оболелих од јувенилне и адолесцентне идиопатске сколиозе

Сарајево, 25 мај 1981

Ас. д-р Нада Цветковиќ:

Функционална процена зубне пупле код неких патолошких стања сагледана кроз ензимску активност њених ензима

Београд, 25 јуни 1981

ДИПЛОМИРАНИ СТУДЕНТИ ПО СТОМАТОЛОГИЈА ВО 1981 ГОДИНА

1. Атанасовски Александар Мирко, Битола — 26. 01. 1981
2. Гајтановска Васил Верка, Прилеп — 26. 01. 1981
3. Каламаткоска Митре Менка, Прилеп — 30. 01. 1981
4. Хазир Реџеп Насир, Гостивар — 30. 01. 1981
5. Србиновски Глигор Ѓорѓи, Скопје — 07. 02. 1981
6. Велковски Миле Благој, Битола — 09. 02. 1981
7. Софрониоски Стојан Благоја, Скопје — 17. 02. 1981
8. Агим Мустафа Бахтри, Липлјан — 17. 02. 1981
9. Јовчевска Најдо Менка, Битола — 19. 02. 1981
10. Телеграфчиски Киро Вања, Скопје — 02. 03. 1981
11. Бехлјулји Исуф Џемаилј, Прешево — 03. 03. 1981
12. Тортески Миле Љупчо, Скопје — 04. 03. 1981
13. Елзоуби Мухамед Фоузан, Сирија — 05. 03. 1981
14. Баткоски Наум Јован, Скопје — 09. 03. 1981
15. Василевски Димче Васко, Скопје — 19. 03. 1981

16. Гогушев Коста Петар, Скопје — 31. 03. 1981
17. Ал Мијали Салем Али, Јордан — 01. 04. 1981
18. Факов Никола Петар, Прилеп — 02. 04. 1981
19. Златановски Живко Мирко, Скопје — 07. 04. 1981
20. Бобевски Ристо Атанас, Титов Велес — 13. 04. 1981
21. Лозановски Спасе Милорад, Скопје — 16. 04. 1981
22. Србиноска Живко Геночева, Скопје — 16. 04. 1981
23. Стефановска Владимир Маре, Скопје — 21. 04. 1981
24. Христов Љубомир Божидар, Скопје — 27. 04. 1981
25. Мановска Ђоро Снежана, Скопје — 28. 04. 1981
26. Мурдева Панде Виолета, Битола — 30. 04. 1981
27. Малеvsка Атанас Виолета, Битола — 11. 05. 1981
28. Павловска Ратко Висерка, Крива Паланка — 11. 05. 1981
29. Михајловски Доксим Љубомиша, Битола — 15. 05. 1981
30. Николоска Михајло Цветанка, Прилеп — 20. 05. 1981
31. Лаџихасани Зираш Агим, Скопје — 27. 05. 1981
32. Симеонов Ристо Николчо, Скопје — 28. 05. 1981
33. Николовски Атанас Раско, Скопје — 01. 06. 1981
34. Крстиновски Илија Љубомир, Ресен — 08. 06. 1981
35. Трифуновски Петар Митко, Битола — 23. 06. 1981
36. Дамјановски Јаким Живко, Битола — 23. 06. 1981
37. Арсоски Јордан Ратко, Куманово — 25. 06. 1981
38. Христовска Андон Јилјана, Скопје — 04. 08. 1981
39. Булева Петар Марија, Крива Паланка — 17. 09. 1981
40. Николиќ Чедомир Зоран, Сплит — 18. 09. 1981
41. Стојановски Атанас Томе, Битола — 30. 09. 1981
42. Начевска Драголјуб Ленче, Скопје — 24. 09. 1981
43. Галевска Горѓи Виолета, Битола — 25. 09. 1981
44. Јовановиќ Јован Владимир, Никшиќ — 14. 10. 1981
45. Горѓиовска Трајче Цветанка, Скопје — 27. 10. 1981
46. Чаловска Вангел Спасија, Битола — 28. 10. 1981
47. Гошевска Александар Душанка, Скопје — 29. 10. 1981
48. Момировски Петре Александар, Тетово — 30. 11. 1981
49. Бидикова Владислав Благородна, Скопје — 16. 11. 1981
50. Ковачевска Андре Гордана, Скопје — 18. 11. 1981
51. Таневски Никола Методија, Скопје — 24. 11. 1981
52. Комарова Горѓи Марика, Струмица — 27. 11. 1981
53. Меноска Горѓе Спасија, Македонски Брод — 27. 11. 1981
54. Нинковиќ Милан Виолета, Скопје — 02. 12. 1981
55. Поповски Славе Владе, Ресен — 12. 12. 1981
56. Чадовска Бошко Јелена, Охрид — 21. 12. 1981
57. Димоска Сисоја Гулаба, Струга — 28. 12. 1981
58. Тодорова Стојан Горјана, Битола — 28. 12. 1981
59. Дебарлиев Милан Никола, Титов Велес — 29. 12. 1981
60. Пешевска Атанас Илинка, Куманово — 29. 12. 1981

УПАТСТВО ДО СОРАБОТНИЦИТЕ

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ ПРЕГЛЕД е стручно списание на Стоматолошката секција при Сојузот на здруженијата на лекарите од СР Македонија и Стоматолошкиот факултет во Скопје кое објавува оригинални и експериментални трудови, како и прикази од казуистика и соопштенија што значат придонес во стоматологијата, медицината и сродните науки. Во списанието се објавуваат и реферати од конгреси, симпозиуми и други научни и стручни состаноци што не ќе се печатат во зборници од тие стручни манифестации. Тогаш треба на крајот од првата страна во фуснота да се наведе кога и каде е поднесен рефератот.

Ракописите се доставуваат до Редакцијата на списанието во два примероци, отчукани на непровидна хартија од канцелариски формат А4, со рабен простор 4 см од левата страна и 2 см од десната страна. Вкупниот обем на трудот не смее да надминува 10 страници машинопис, со новинарски (двоен) проред — 28 реда на страница. Трудовите треба да се напишани на литературен јазик и со претходна корекција на дактилографските грешки.

Трудот треба да ги содржи следните елементи:

— На првата страница, во горниот лев агол треба да биде означен називот на институцијата каде работи авторот, местото и републиката.

— Насловот на трудот не треба да биде подолг од 10 збора.

— Авторите на трудот треба да се наведат со целосно презиме и првата почетна буква од името (целосно име на авторките), а доколку се наведуваат повеќе коавтори, тогаш кај нив почетната буква на името треба да стои пред презимето.

— Апстрактот треба да биде до 100 збора и најконкретно да го истакнува предметот на трудот, главното, она што е најбитно во него.

— Текстот на трудот треба да содржи: увод, материјал и метод на работа, резултати, дискусија, заклучок, резиме на еден од свеските јазици и литература.

— Цитатите од приложената литература во текстот треба да се означат во загради и да се наведат презимето на првиот автор и годината на објавувањето на трудот, пример: Ferguson, M.P. 1980).

— Сликите, цртежите и графиконите треба да се приложат посебно, а во текстот треба да се означи местото каде што тие треба да стојат. Текстот (легендите) што се однесува на сликите, графиконите и сл. треба да се напише на посебен лист. На грбот на фотографијата (без да се оштети) треба да се напише редниот број на сликата, презимето и името на првиот автор и првите два збора од насловот на трудот, а со стреличка да се назначи како треба да стои сликата. Сликите треба да се квалитетни, доволно големи и да не се оштетени или претходно употребувани за печатење. Бројот на сликите се ограничува на три.

— Литературата треба да биде цитирана изворно, по азбучен ред на презимето на првиот автор и според интернационалните скратеници на насловите на списанијата што се објавени во INDEX MEDICUS, волумен 1, јануари 1974 г.

На пример:

Brudewold, F., Steadman, L.T., Gardner, D.E.: Uptake of Fluoride by Intact Enamel, J. Am. Dent. Assoc. 53: 159—164, 1959.

Трудовите што не ги исполнуваат наведените услови ќе им бидат вратени на авторите.

За трудовите објавени во списанието Редакцијата го задржува авторското право.

Трудовите не се хонорираат, авторите добиваат бесплатни примероци од списанието.

Македонски стоматолошки преглед ќе ги задржи досегашните рубрики.

Трудовите се испраќаат на адреса:

За Редакцијата на списанието „Македонски стоматолошки преглед“ (Стоматолошки факултет)

ул. „Водњанска“, бр. 17,

91000 Скопје

**Од Редакцијата на списанието
Македонски стоматолошки преглед**