

МАКЕДОНСКИ  
СТОМАТОЛОШКИ  
ПРЕГЛЕД

MACEDONIAN  
STOMATOLOGICAL  
REVIEW

Скопје, 1982 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 ССРНМ

Година VI

Број 3

1982 г.

**Редакциски совет**

Проф. д-р Иван Тавчиовски  
Проф. д-р Благородна Лазаревска  
Проф. д-р Горѓи Симов  
Проф. д-р Илија Васков  
Проф. д-р Симка Серафимова-Теодосиевска  
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  
Доц. д-р Марија Муровска  
Прим. д-р Јордан Стојановски  
Прим. д-р Димитар Поп-Николов  
Прим. д-р Павле Кедеров  
Прим. д-р Зоран Атанасовски  
Прим. д-р Наум Кузмановски  
Прим. д-р Владо Силјановски  
Д-р Горѓи Лајчаровски

**Уредува  
Секретаријат на Редакција**

**Главен и одговорен уредник**  
Проф. д-р Иван Тавчиовски

**Заменик на главниот уредник**  
Проф. д-р Благородна Лазаревска

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

**Јазична редакција**  
Оливера Павловска

**Технички уредник**  
Лидија Трајковска

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 НИП „Нова Македонија“ – ООЗТ Печатница – Скопје

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ  
ПРЕГЛЕД

Списание на Стоматолошката  
секција и Стоматолошкиот  
факултет, Скопје

Година VI 1982 г. Број 3

СОДРЖИНА

**Тавчиовски И., Љубинка Нечева,  
Е. Мирчев, П. Кедеров, Н. Атанасов**

Општествено економскиот статус  
на стоматолошката служба во СР  
Македонија ..... 325

**Баба-Милкиќ Ђ., С. Митиќ, Д.  
Младеновиќ**

Рана дијагностика и терапија  
почетних прогресивних пародон-  
топатија ..... 331

**Илјовска Снежана, Мила Мирче-  
ва, Љубинка Нечева, М. Царчев**

Влијание на премоларите врз  
ресорпцијата на корените на  
млечните заби ..... 335

**Лазаревска Благородна, Марија  
Накова, М. Симоновски, В.  
Димитровски, Златка Белазел-  
коска**

Корелација помеѓу гликозијали-  
јата и промените на dorsum lingue  
кај болни од diabetes mellitus .... 339

**Ђерговиќ Н., Д. Перовиќ-Којовиќ**

Патохистолошки налаз улцероз-  
них форми lichen planusa на орал-  
ној слузокожи ..... 345

**Лазаревски С., И. Васков, Т.  
Туџаров, Б. Василевски, П. Кроне-  
вски**

Доцни постоперативни резултати  
при мандибуларен прогнатизам .. 349

MACEDONIAN STOMATOLOGICAL  
REVIEW

Publication of the Macedonian Stomato-  
logical Association and the Faculty of  
Stomatology, Skopje

Year VI 1982 Number 3

CONTENTS

**Tavčiovski I., Ljubinka Nečeva, E.  
Mirčev, P. Kederov, N. Atanasov**

The Socio-Economic Status of Sto-  
matologic Service in SR Macedonia 325

**Baba-Milkić Đ., S. Mitić, D. Mlade-  
nović**

Early Diagnostics and Preventive  
Measures in Initial Progressive Peri-  
odontal Diseases ..... 331

**Iļjovska Snežana, Mila Mirčeva, Lju-  
binka Nečeva, M. Carčev**

Influence of Premolars on Resor-  
ption of Deciduous Teeth ..... 335

**Lazarevska Blagorodna, Marija  
Nakova, M. Simonovski, V. Dimit-  
rovski, Zlatka Belazelkoska**

Correlation Between Glucosialia  
and the Changes of Dorsum Lin-  
guae in Patients Suffering from Dia-  
betes Mellitus ..... 339

**Đergović N., D. Perović-Kojović**

Pathohistologic Findings in Ulce-  
rous Forms of Lichen Planus of the  
Oral Mucose ..... 345

**Lazarevski S., I. Vaskov, T. Tudža-  
rov, B. Vasilevski, P. Kronevski**

Delayed Post Operative Results in  
Mandibular Prognatism ..... 349



**Рафајловски Р., Ј. Јанев**

Предоперативно полнење на  
коренскиот канал со златно колче  
при апикотомија ..... 355

**Јовић Д.**

О номенклатури и класификацији  
оболења зуба ..... 359

**Даштевски Б., К. Поп-Стефанија,  
Г. Симов**

Акупунктурна аналгезија во сто-  
матолошката протетика (I дел)... 363

ПРИЛОЗИ ОД СТРАНСКИ СПИСА-  
НИЈА ..... 369

СООПШТЕНИЈА ..... 371

**Rafajlovski R., J. Janev**

Preoperative Filling of Root Chan-  
nels with Gold Pins in Apicotomies . 355

**Jović D.**

On Nomenclature and Classifica-  
tion of Diseases of the Teeth ..... 359

**Daštevski B., K. Pop-Stefanija, G.  
Simov**

Accupunture in Stomatological Pro-  
sthodontics (Part I) ..... 363

SELECTION FROM DENTAL  
LITERATURE ..... 369

REPORTS ..... 371



Стоматолошки факултет – Скопје  
 Клиника за дентална патологија и терапија  
 Клиника за детска и превентивна стоматологија  
 Клиника за стоматолошка протетика  
 Диспансер за медицина на трудот при ф-ка ОХИС – Скопје

## ОПШТЕСТВЕНО-ЕКОНОМСКИОТ СТАТУС НА СТОМАТОЛОШКАТА СЛУЖБА ВО СР МАКЕДОНИЈА

Тавчиовски И., Љубинка Нечева, Е. Мирчев, П. Кедеров, Н. Атанасов.

Постоенето самостојни стоматолошки факултети и оддели при медицинските факултети во нашата земја и бројните кадри што веќе ги имаме се солидна база за современа стоматолошка служба. Со соодветната кадровска основа и едукацијата на специјалистичките кадри е направен виден чекор во унапредувањето на стоматолошката служба, но сепак секојдневно се среќаваме со бројни проблеми од областа на стоматолошката патологија.

Урбаната средина во која живееме, динамиката, современиот начин на исхрана и психичките стресови, придонесуваат заболувањата на устата не само да не се намалуваат туку и да се зголемуваат. Тие се одразуваат врз општата здравствена состојба на веќе оформениот организам, а во времето на растењето и развитокот на детето доведуваат и до посериозни последици. Нарушената работна способност, од една страна, директно влијае на продуктивноста и психичкиот развиток на личноста, а санирањето на заболувањата доведува до зголемување на материјалните трошоци кои стануваат се понедоволни за пружање современа стоматолошка заштита.

Сè уште останува фактот дека застапеноста на општата кариес фреквенција во светот и во нашата земја се движи од 70 до 95,0%, што претставува тежок медицински и социјален проблем.

Објавените публикации од таа област зборуваат дека постои тенденција на пораст на кариесот, што укажува на тоа дека сегашната и на ваков начин организирана стоматолошка служба не е во состојба да го спречи и санира неговото ширење.

Превентивата на самиот кариес, како и систематската санација, главно не се спроведуваат. Акцијата за превентива на кариесот со солите на флуор за целата Република, што ја покренала Секцијата за детска и превентивна стоматологија, чија програма ја прифатила делегатите на Републичката СИЗ за здравство и здравствено осигурување во декември 1981 година, сè уште не може да се спроведе. И покрај тоа што на таа акција ѝ е дадена безрезервна поддршка, сè уште голем број од самоуправните интересни заедници на општините за здравство и здравствено осигурување не издвоиле финансиски средства за нејзино почнување, и ако сме свесни дека само долгогодишно спроведување на превентивни мерки може да го намали процентот на кариес.

Пародонтопатијата, со својата проблематика, не заостанува во однос на кариесот. Нејзиниот прогресивен тек и воспалително-деструктивната алтерација на забнопотпорните ткива неминовно доведуваат до губење на забите. Функцио-

\* Трудот е читан на IV-та стоматолошка недела на СР Македонија



налниот ефект на мастикаторниот апарат е максимално редуциран, естетскиот изглед нарушен, а потребата од протетичка рехабилитација бара значително материјални издатоци. Фокалното влијание на заболениите заби и потпорниот апарат, како и секундарните гастроинтестинални последици бараат општествена одговорност во приодот кон нејзината санација. Мерките за навремено откривање на заболениот пародонциум не се користат доволно, а првите клинички симптоми често се превидуваат. Со преземање мерки за превентивно диспанзерско следење, навремено откривање и санација, последиците ќе се намалат.

Ортодонтските аномалии, кои во почетокот даваат многу мали отстапувања од нормалниот развиток, подоцна даваат реперкусии врз целата личност, оптоварувајќи ја со адекватни психолошки и социјални прилагодувања. Овие деформитети се јавуваат кај повеќе од половина од деца, па притоа се наметнува мислата дека и тука треба да постои систематско планирање и санација, и тоа така и развитокот на овој орган да се вклопи во целокупниот развиток на организмот. Доброто познавање на нивната патологија, доминацијата на одреден вид аномалии во однос на возраста, навреме применетата адекватна класификација и терапија ќе придонесат за успешно решавање на овој проблем.

Што се однесува до неоплазмите, со напредокот на медицинската наука, подобрената економска и социјална положба и поорганизираната здравствена служба, границата на морталитетот е поместена а се зголемени хронично-дегенеративните процеси. Меѓутоа, сепак, останува фактот дека зголемувањето бројот на канцерогените супстанции во животната средина и храната го зголемува и процентот на малигните заболувања. При овој вид заболувања битно е да се нагласи дека изгубеното време од 6-12 месеци е погубно, така што 80,0% од болните завршуваат летално за многу кусо време. Со оглед на локализацијата на малигните наоплазми во лицево-вличната област, патолошките промени можат да бидат навреме забележани и дијагностицирани. И тука важи правилото дека навременото откривање и адекватната терапија даваат поголема гаранција за позитивен исход на болеста. Денес, стоматолошката наобразба е таква што секој стоматолог е во состојба да ги препознае, открие и следи малигните заболувања. Меѓутоа, оптовареноста со секојдневната патологија, санацијата и рехабилитацијата на орофацијалниот систем често пати доведуваат до превидување на иницијалните малигни промени.

Проблемите што се среќаваат во секојдневната работа на стоматологот, главно, се стандардни. Но, и покрај тоа за овој собир се обидовме да ги сумираме мислењата на нашите колеги од целата Република. За таа цел испративме 100 анкетни листови во кои, покрај времето што анкетираниот колега го поминал во стоматолошката служба, требаше да се одговори: како е службата просторно сместена, како е таа опремена, како е одржувањето на опремата, снабдувањето со материјали, организацијата, вработеноста на високостручен и среден кадар, како се остварува слободната размена на трудот, дали се предвидуваат инвестициони вложувања, како е организирана превентивната служба и какви се предлозите за унапредување на стоматолошката служба.

Врз основа на добиените одговори ќе се обидеме да ја согледаме сегашната состојба во нашата Република. Тоа што поголем број од анкетираниите имаат над 10 години работно искуство зборува дека во тој релативно долг период се здобиле со можноста да учествуваат во работата на службата и дека нивните одговори даваат реална слика на организацијата на нашата служба. Од повеќето одговори се констатира дека стоматолошката служба работи во простори кои не се наменски градени. Што се однесува до опремата, поголемиот дел од нашите амбуланти се опремени со апаратура за која може да се рече дека во овој момент ги задоволува потребите. Останува и понатаму фактот дека службата има проблеми со снабдувањето на материјали, што директно се одразува врз работата на стоматологот, така што за реставрација на цвакалниот апарат пациентите не можат да добијат навремена адекватна терапија. Сознанијето дека бројот на ординациите кои немаат проблем со одржувањето на опремата е мал зборува



дека треба да се размисли за поефикасна организација на сервисната служба, која во моментот комплетно не задоволува. Фактот дека и Организацијата на службата сосема не задоволува ги поттикнал анкетираниите стоматолози да дадат предлози за нејзиното подобрување. Предлозите што се дадени главно се однесуваат на тоа да се постави единствена организација на ниво на Републиката, стоматолошката служба во рамките на поголемите медицински центри да биде ООЗТ, да се решат просторните и кадровските проблеми, да се почитува слободната размена на трудот и да се зајакне превентивната служба. Се забележува дека во повеќе општини има невработен висок и среден стоматолошки кадар, а нема поголеми иницијативи за подобрување или осовременување на службата.

Согледувањето на анкетираниите стоматолози дека за подобра организација на стоматолошката служба не е многу направено делумно е условено и од начинот на финансирање. Стоматолошката служба, како дел од општата здравствена заштита, главно има амбулантно-поликлинички карактер. И покрај сознанието дека повеќе од 10 години е прокламиран принципот за слободна размена на трудот помеѓу стоматолозите како даватели на услуги и пациентите како корисници, може да се каже дека сè уште не сме ги оживотвориле тие начела, што можеше да се чуе и на последниот конгрес на СКМ. Здравствените ООЗТ секоја година изготвуваат програма за работа врз основа на која треба да се склучи договор помеѓу организацијата и СИЗ за здравство. Респектирајќи ги можностите на нашето стопанство и средствата што се издвојуваат за здравствена заштита, со подобра организација, поголемо залагање и одговорност на секој вработен во стоматолошката служба и со сознанието дека здравствените работници и СИЗ за здравство се рамноправни партнери кои имаат за цел да ја унапредат здравствената состојба на населението, а почитувајќи ги принципите на слободната размена на трудот, ќе може да се постигнат подобри резултати. За тоа ќе придонесат и нормативите и стандардите изработени од комисијата при Републиката СИЗ за здравство, кои во најскоро време треба да се применуваат.

Спроведената анкета ги потврди сознанијата што ги имавме во однос на опремата на стоматолошката служба и нејзиното одржување. Многу позитивен е фактот што поголем дел од опремата во нашата Република е унфициран, што би требало да претставува големо олеснување за нејзиното одржување. Објективните тешкотии околу набавката на резервните делови што е поврзано со набавката на девизни средства, не можеме да ги прифатиме како оправдување што сервисирањето на опремата сосема не задоволува. Најголемиот дел од опремата е производ на домашната индустрија („Југодент“) што наметнува многу сериозна обврска таа перманентно да се одржува. Постоеното сервис на „Југодент“ на територијата на нашата Република е сведено само на физичка присутност, па сметаме дека формирањето единствен сервис кој ќе ја евидентира и сервисира целокупната опрема може да го реши овој сложен проблем.

Тоа може да се рече и за снабдееноста со стоматолошки материјали. Како по правило, имаме постојани периоди кога ги нема потребните материјали без кои не може да се изведува стоматолошката практика. Нередовното снабдување секако е условено и од објективни причини поврзани со доделувањето девизни средства, но има и такви ситуации, во некои ООЗТ со поголеми финансиски можности да се создаваат магацини со материјали со поминат рок на траење. Вклопувајќи се во напорите на нашето општество за стабилизација и штедење, а со изготвување план за годишно снабдување на ОО, полесно ќе се пребродат постојните тешкотии.

Во секојдневната стоматолошка практика документацијата и помошниот стоматолошки кадар имаат видно место.

Преку документацијата го следиме движењето на патологијата, ги програмираме задачите на службата, ги насочуваме кадрите и инвестиционите вложувања, а преку поставената дијагноза и спроведената терапија ги следиме резултатите. Оттука може да се види и обемот на нашата работа, односно вложениот труд. Од сегашната состојба на евиденција не можеме да бидеме задоволни,



бидејќи мал број организации ги исполнуваат овие услови. Постоенето единствена документација на територијата на нашата Република, изработувањето картони со одбележување на патологијата и движењето на кадрите, обезбедувањето единствен приод и интерпретација – сето тоа може да придонесе за перманентно следење и согледување на резултатите од нашата работа.

Проблемот на помошниот стоматолошки кадар секоја основна организација го решава во согласност со моменталните услови. Стоматолошките помошници што сега работат се лица со средно медицинско образование кои се преквалификувани за работа во ординација, а има и мал број приучен кадар. Желбата и потребите, при Училиштниот центар за среден медицински кадар во Скопје, да се формира насока за стоматолошки сестри, во повеќе наврати не наиде на разбирање по затоа тоа иницијатива треба повторно да се покрене.

Во нашата Република, иако срамежливо и подоцна, сепак почна да се развива и јакне специјалистичката служба. Бројните специјалисти, кои покрај стеченото искуство се здобиваат со пошироки знаења од соодветната област на специјализацијата, придонесуваат на територијата на нашата Република побрзо, поефикасно и со помали материјални трошоци населението да се здобие со специјалистичка услуга. Позитивната тенденција во секоја општина да има специјалисти е нарушена со фактот што не секогаш се согледувале реалните потреби од одделни специјалистички гранки. Од друга страна, завршениот специјалист некаде претендира да преземе дел од основната стоматолошка заштита, а во други случаи скоро и не ја практикува здобиената специјалност. Со подобра координација помеѓу Комитетот за здравство и социјална политика и здружениот труд, може да се подобри и структурата на специјалистичката служба.

Тука треба да споменеме дека усовршувањето и опреснувањето на знаењата на стоматолошките кадри главно се одвива стихийно и спорадично, преку стручните собири или активност на секциите. Факултетот и здружениот труд сè уште не нашле форма за потесна соработка која ќе биде перманентна, програмирана и финансиски оправдана. Збогатувањето на библиотеките при медицинските центри со поголем број стоматолошки книги и списанија, секако, ќе придонесе за подобра стручна наобразба на стоматолошкиот кадар.

Секоја наредна година сè поактуелен станува проблемот на вработувањето на стоматолозите, кои не можеме да ги прифатиме, бидејќи сметаме дека бројот на вработените стоматолози сè уште не задоволува во однос на бројот на населението. Гледано во целост, во нашата Република на еден стоматолог доаѓаат преку 3000 жители. Повеќе од една третина од населението се деца и младици, па на еден стоматолог доаѓаат околу 6000 деца. Само за потребите на детската и превентивната стоматологија е потребно да се вработат околу 200 стоматолози, сметајќи дека еден терапевт треба да санира 1000-1500 деца.

Работата на стоматологот има свои специфичности. Така, стоматологот треба да е во добра здравствена кондиција, да нема системни заболувања кои биму ја отежнувале секојдневната работа, и, на крајот, да има смисла за естетика и креативност. Меѓутоа, во сегашни услови, во текот на работното време, стоматологот, извршувајќи ги работните задачи, има и физичка оптовареност. Скоро и да нема ординација опремена со физиолошки стол, каде што за време на работата пациентот е во хоризонтална положба, лекарот седи, а медицинската сестра му помага. Стоматологот работното време го поминува стоејќи покрај работниот стол заемајќи положба која го оптоварува рбетниот столб. Во уште потешка состојба се стоматолозите кои работат со деца од училишна или предучилишна возраст. На работен стол наменет за возрасни се сместени децата, а лекарот за време на работата секогаш заема принудна нефизиолошка положба, во текот на седумчасовното работно време, стоматологот е изложен на инфекција која може да е локализирана во устата или по хематоген пат да се пренесе од некое општо заболување.

Анализата направена за професионалните заболувања на стоматолозите укажува на тоа дека почесто се присутни: деформитетите на рбетниот столб,

инфекциите на очите, проширувањето на вените на нозете, инфективните заболувања и др. Сметаме дека стоматологот, вршејќи ја секојдневната работа, физички е неадекватно оптоварен и не е во состојба перманентно да работи седум часа дневно па треба да се обнови порано покренатата постапка за скратување на работното време од седум на шест часа.

Со ова излагање се обидовме да ги согледаме проблемите со кои се среќава стоматолошката служба, свесни дека и вработените сносат дел од одговорноста за ваквата состојба.

Со поголема критичност во работата, со почитување на мерките за стабилизација, со подобра организираност и примена на начелата за слободната размена на трудот можеме да очекуваме и подобри резултати.



---

---

---

---

---

**ALMETEX<sup>®</sup>** (адренохром семикарбазон натријум сулфонат)

30 ампули × 5ml (25 mg)

30 ампули × 2ml (10 mg)

20 табл × 25mg

20 ml капки

– хемостиптик –

**ALMETEX** е дериват на оксидацијата на адреналинот. Овозможува добра хемостаза а не интерферира со времето на коагулација; ја намалува капиларната фрагилност и прекумерната васкуларна пермеабилност. Не покажува симпатомиметичко дејство, карактеристично за адреналинот и неговите деривати.

**ALMETEX** има брзо и долготрајно делување.

**ALMETEX** го помага репарирањето на анатомскиот и функционалниот интегритет на крвните садови активирајќи ги системите кои ги регулираат биохемиските процеси.

**ALMETEX** за превенција и третман на спонтаните хеморагии (пулмонални, гастроинтестинални, церебрални, очуларни, хемороидални, метро-рагии, епистакса) и хеморагичните пурпури.

**ALMETEX** за третман на изгоретини од I, II и III степен.

R – заштитено име на ALKALOID

Во соработка со  
Dow Pharmaceuticals

Произведува  
ALKALOID  
Скопје



Медицински факултет – Ниш  
 Стоматолошки одсек  
 Дечја и превентивна стоматологија

## РАНА ДИЈАГНОСТИКА И ТЕРАПИЈА ПОЧЕТНИХ ПРОГРЕСИВНИХ ПАРОДОНТОПАТИЈА У ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Баба-Милкић Ђ., С. Митић, Д. Младеновић

*На узорку од 171, сва школска деца на подручју Нишког региона, изведена су радиографска испитивања у циљу утврђивања стања пародонталног ткива.*

*Инциденција почетне прогресивне пародонтопатије у школске деце износи 70,8%, а код адолесцената 78%.*

*У раду се указује на рану превенцију у циљу спречавања прогресивних пародонтопатија.*

Најраспрострањеније обољење, после каријеса зуба, без сумње је обољење потпуног апарата зуба, које увек води ка постепеном али прогресивном лабављењу и испадању зуба. Доскора се сматрало да су пародонтопатије искључиво обољења одраслих, али бројна епидемиолошка испитивања дематнују таква тврђења, јер се ова болест открива и код деце с мешовитом, па чак и млечном дентицијом. Обзиром да су ова обољења хроничног тока, промене на пародонту започињу много раније, још у детињству, да би се права клиничка слика манифестовала после осамнаесте године живота.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup>

Питање дијагностике и терапије прогресивних пародонтопатија у школске деце још није довољно проучено. Међутим, да би се успешно лечила пародонтална обољења неопходно је и њихово рано откривање. Поред клиничке слике потврда дијагностике почетних стадијума ових обољења, у смислу алвеолиза, обавља се ИСКЉУЧИВО ренгенографијом алвеоларне кости. Важан критеријум за оцене стања на алвеоларним преградама је њихов облик и висина, контуре лимбуса алвеолариса, величина, форма и распоред коштаних ћелија и гредица, као и стање периодонцијума.

Нормално, интрадентални септум може имати пет морфолошких варијанти: раван, конвексан, конкаван, кос у оралновестибуларном и кос у вестибулооралном смеру (сл. 1). У пределу предњих зуба је најчешће троугластог облика (94%); висина интерденталног септума је у нивоу глеђно-цементног споја, али када се ради о деци некада може бити и ниже.

### Метод рада

У циљу утврђивања ране дијагнозе почетних прогресивних пародонтопатија у школске деце, методом случајног избора испитивања су обављена на школској деци узраста 13-14 година, која похађају основно образовање у Нишу, Пироту и Прокупљу.

\* Трудот е читан на IV-та стоматолошка недела на СРМ, Струга 1982 г.

Ради упоређивања стања на алвеоларној кости рендгенолошка испитивања су обављена и у репрезентативној групи адолесцената узраста 17-18 година. Оба узраста су узета, јер су бројна епидемиолошка истраживања показала да је то период најчешће појаве и највеће преваленције гингиво-пародонталних обољења. Код оба узраста деце обављена је рендгенографија алвеоларне кости доње фронталне регије.

#### Резултати

Табела 1

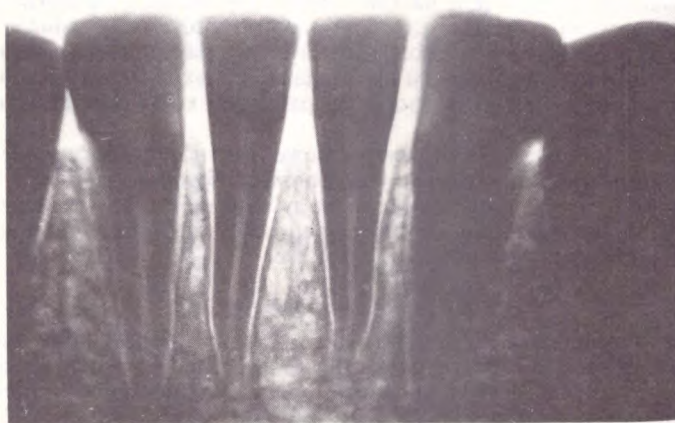
ИСПИТИВАНА ПОДРУЧЈА	БРОЈ ПРЕГЛЕДАНЕ ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ	БРОЈ ДЕЦЕ СА НОРМАЛНИМ ПАРОДОНТОМ	БРОЈ ДЕЦЕ СА ДЕГЕНЕРАТИВНИМ ПРОМЕНАМА
НИШ	56	17 (30,4%)	39 (69,6%)
ПИРОТ	55	16 (29,1%)	39 (70,9%)
ПРОКУПЉЕ	60	17 (28,3%)	43 (71,7%)
УКУПНО	171	50 (29,2%)	121 (70,8%)

Табела 2 (АДОЛЕСЦЕНТИ)

НИШ	50	11 (22%)	39 (78%)
-----	----	----------	----------

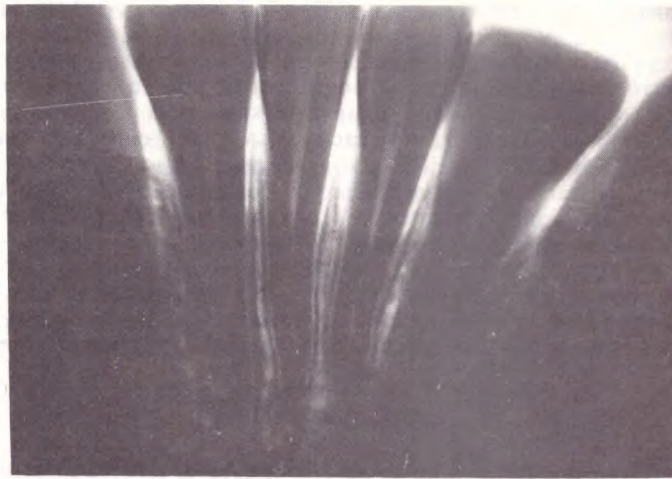
#### Дискусија

Анализом рендген-филмова алвеоларне кости, а на бази рендгенолошки утврђених мерила нашли смо да од 171 ученика оба пола и узраста од 13 до 14 година, њих 121 (70,8%) имају почетну АЛВЕОЛИЗУ различитог степена, форме и величине, што значи ПОЧЕТНИ ВИД ПРОГРЕСИВНИХ ПАРОДОНТОПАТИЈА. Промене су биле у смислу благе почетне остеопорозе или остеоресорпције интерденталног септума (сл. 1), односно *limbus alveolaris* је неправилно оцртан са хоризонталном и вертикалном атрофијом (сл. 2). Контуре алвеоларних преграда су неправилне, таласасте, на местима прекинуте. Периодонцијум је у пре-



Сл. 1





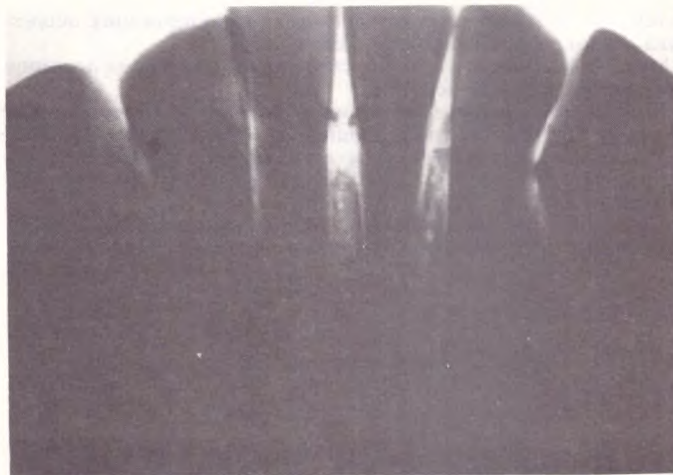
Сл. 2

делу врата зуба проширен, што је и један од **НАЈРАНИЈИХ** знакова почетка **ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ПРОМЕНА** у пародонту.

Морамо нагласити да, ако упоредимо добијене резултате код школске деце узраста 13-14 година са резултатима добијених при прегледу деце-адолесцената узраста 17-18 година, код којих су дегенеративне промене на пародонту износиле 78%, види се да је за 7,2% преваленца већа, што значи да промене на пародониту расту са узрастом.

Из свега до сада изложеног може се закључити да се ради о почетним знацима прогресивних пародонтопатија у школске деце, и да се почетне промене јављају и пре пубертета. Ако се ови почетни знаци не отклоне, дегенеративно пародонтално обољење је **НЕИЗБЕЖНО** у каснијем добу, односно узрасту.

Терапија почетних прогресивних пародонтопатија у школске деце и адолесцената, што представља и **РАНУ ПРОФИЛАКСУ** пародонталних обољења,



Сл. 3



може бити двојака: ЛИЧНА (индивидуална) и АМБУЛАНТНО-ПОЛИКЛИНИЧКА, коју спроводи дечји стоматолог. ИНДИВИДУАЛНИ вид терапије спроводи се од стране самих ученика и састоји се у одржавању коректне хигијене уста и зуба, што значи уредно прање после сваког јела (а најмање три пута на дан), и примени одређене правилне технике четкања зуба. Сигурно да је овај вид терапије и саставни део здравственог васпитања, како самог школског система, такође и ШКОЛСКЕ ЗУБНЕ НЕГЕ, а који би се огледао у следећем: уклањање меких и чврстих наслага са зуба, денталног и бактеријског ПЛАКА, санирање и најмањих кариозних лезија, кориговање и отклањање јатрогених фактора, као и указивање на значај правилне исхране, а нарочито на структуру саме хране (свеже воће и поврће). Неопходно је указивати на значај присуства САХАРОЗЕ у оним врстама хране богате угљеним хидратима и рафинираним шећерима.

Поред неопходне контроле, која мора бити код дечјег стоматолога најмање два пута годишње, неопходан је и благовремени третман свих ортодонских аномалија.

### Закључак

Огромна преваленца и инциденца ПОЧЕТНИХ ПРОГРЕСИВНИХ пародонтпатија у школске деце (70,8%) и адолесцената (78%) представља сигуран АЛАРМ, у првом реду, за ДЕЧЈУ СТОМАТОЛОШКУ СЛУЖБУ и стоматолошку службу уопште код нас. Само раним откривањем, терапијом-профилактиком може се спасити и заштитити ПАРОДОНТ и на тај начин спречити испадање зуба код одраслих људи.

### EARLY DIAGNOSTICS AND PREVENTIVE MEASURES IN INITIAL PROGRESSIVE PERIODONTAL DISEASES

#### Summary

A sample of 171 school children from the Niš region was used to investigate the periodontal tissue condition by means of radiographic examination.

Initial progressive periodontal disease incidence in school children ranges to 70,8%, while in adolescents to 78%.

This paper points out to early measures in prevention of progressive periodontal diseases.

#### Литература

1. Баба-Милкић Ђ.: Епидемиологија гингово-пародонталних обољења у школске деце нишког краја", докторска дисертација, Ниш, 1975
2. Баба-Милкић Ђ.: „Значај локалних етиолошких фактора за превенцију гингиво-пародонталних обољења у школске деце“,
3. Баба-Милкић Ђ.: „Локалне иритације пародонта код школске деце у односу на њихов пол и средину живљења“, Стоматолошки дани СР Хрватске, 1977, зборник.
4. Баба-Милкић Ђ.: „Преваленција дегенеративних промена на алвеоларној кости (почетне алвеолитисе) у школске деце“, Стоматолошка недеља СР Македоније, Охрид, Македонски стоматолошки преглед, бр. 1-2, 1978.
5. Ђајић Д., и сар.: „Пародонтпатије“, Научна књига, Београд, 1980
6. Ђајић Д. и сар.: „Обољења меких ткива усне дупље“, Ниш, 1981

Стоматолошки факултет – Скопје  
Клиника за детска и превентивна стоматологија

## ВЛИЈАНИЕ НА ПРЕМОЛАРИТЕ ВРЗ РЕСОРПЦИЈАТА НА КОРЕНИТЕ НА МЛЕЧНИТЕ ЗАБИ

Илјовска Снежана, Мила Мирчева, Љубинка Нечева, М. Царчев

*Во трудот се опфатени 539 млечни моларни заби од долната и горната вилица, каде што е започнат ресорптивниот процес. Видот на ресорпцијата е одредуван преку RTG снимки, а по класификацијата на Виноградова.*

Ресорпцијата на корените е физиолошка појава и ѝ претходи на смената на млечните заби со постојани. Мислења за тоа кога и каде започнува ресорпцијата ретко се среќаваат во литературата. Виноградова (1967) со своите рендгенолошки, хистолошки и клинички испитувања укажува на тоа дека таа се одвива нерамномерно и зависи од соодносот на корените на млечните заби и зачетоците на трајните. Тој сооднос првенствено зависи од поставеноста на зачетокот на постојаниот заб, понатамошната интензивност на растот на скелетот на лицето, типот на лицевиот скелет, расата и други фактори.

Пеева – Гюлева (1966) ресорпцијата најчесто ја среќава на места што се најблиски до зачетоците на постојаните заби. Новик (1964), при сложени кариозни процеси на млечните заби наоѓа забавен пробив на постојаните заби. Azegosi и Waggener (1960) велат дека процесот на ресорпцијата кај девитализираните заби не само што не е забавен, туку е и забрзан. Виноградова (1967) ресорптивниот процес го категоризира во три групи, во зависност од местото каде што забот започнува:

I група – рамномерна ресорпција на корените

II група – ресорпција на еден корен кој е ориентиран кон зачетокот на постојаниот заб.

III група – ресорпција што преовладува во бифуркацијата

Ценејќи ги наодите на авторите што го испитувале процесот на ресорпцијата, целта на овој труд е, врз основа на сопствен материјал, да се одреди типот на ресорпцијата кај виталните и девитализираните заби.

### Материјал и метод

За анализа беа земени 539 млечни заби, од кои 299 во горната и 300 во долната вилица. Анализата беше вршена врз рендгенлошки материјал, каде што среќававме како физиолошка така и патолошка ресорпција. За обработка беа

\* Трудот е читан на IV-та стоматолошка недела на СР Македонија, Струга 1982



земени заби кај кои беше започнат ресорптивниот процес и тие беа поделени на три групи, според класификацијата на Виноградова.

### Резултати

Нашите резултати ги прикажуваме табеларно.

Хоризонталната ресорпција е застапена кај 198 заба со физиолошка и 93 со патолошка ресорпција (табела I).

**ТАБЕЛА I**

### I ГРУПА ХОРИЗОНТАЛНА РЕСОРПЦИЈА

	ФИЗИОЛОШКА		ПАТОЛОШКА	
	БРОЈ НА ЗАБИ		БРОЈ НА ЗАБИ	
ГОРНА ВИЛИЦА	82	68	32	31
ЗАБИ	V	IV	IV	V
ДОЛНА ВИЛИЦА	25	23	14	16

**ТАБЕЛА II**

### II ГРУПА МЕЗИОДИСТАЛНА РЕСОРПЦИЈА

	ФИЗИОЛОШКА						ПАТОЛОШКА					
	БРОЈ НА ЗАБИ		ВКУПНО	БРОЈ НА ЗАБИ		ВКУПНО	БРОЈ НА ЗАБИ		ВКУПНО	БРОЈ НА ЗАБИ		ВКУПНО
ГОРНА ВИЛИЦА	4	6	10	2	9	11	1	6	7	1	3	4
	М	Д		М	Д		М	Д		М	Д	
	V			IV			V			IV		
ДОЛНА ВИЛИЦА	8	4	12	5	14	19	15	13	28	8	17	25
	М	Д		М	Д		М	Д		М	Д	

**ТАБЕЛА III**

### III ГРУПА РЕСОРПЦИЈА ВО БИФУРКАЦИЈА

	ФИЗИОЛОШКА		ПАТОЛОШКА	
	БРОЈ НА ЗАБИ		БРОЈ НА ЗАБИ	
ГОРНА ВИЛИЦА	9	3	1	1
ЗАБИ	V	IV	V	IV
ДОЛНА ВИЛИЦА	46	43	17	12



Мезиодисталната ресорпција опфаќа 116 забa, од кои 52 со физиолошка и 64 со патолошка ресорпција (табела II).

Ресорпцијата во бифуркацијата опфаќа 132 забa, од кои 101 со физиолошка и 31 со патолошка (табела III).

### Дискусија

Според резултатите на авторите кои вршеле хистолошки испитувања, ресорпцијата на корените на млечните заби со интактен периодонт се остварува со учество на остеокласти. Паралелно со овој процес оди и процесот на создавање коска. Ваков вид ресорпција се одвива и при лекуваните заби, под услов нивниот периодонт да е интактен.

Под влијание на низа причини се одвива и патолошка ресорпција на корените на забите, најчесто како резултат на хронично воспаление на млечните заби. Овде процесот на ресорпција се одвива преку многубројните гигантски клетки и клетките на воспалителниот инфилтрат со мали и длабоки лакуни.

Според податоците добиени од нашата анализа, најголем број заби (291) се со хоризонтална ресорпција. Во групата со физиолошка хоризонтална ресорпција, од 198 забa 75% (150) се во горната вилица, додека кај забите со патолошка ресорпција 66,6% (93) се во горната вилица. Што се однесува до видот на моларите, во оваа група ресорптивниот процес кај првите и вторите молари со физиолошка или патолошка ресорпција не покажува позначајно остварување.

Групата со мезиодистална ресорпција опфаќа 116 забa, и тоа 52 со физиолошка и 64 со патолошка ресорпција. За разлика од првата група, во која поголем број од испитуваните заби се наоѓа во горната вилица, во оваа група беа вклучени повеќе заби од долната вилица (84). Ако се споредат бројот на забите со физиолошка (52) и бројот на забите со патолошка ресорпција (64), може да се види дека поголем број заби се со патолошка ресорпција. Бидејќи поголемо внимание обрнавме на тоа кои корени, кај кои заби и од која група побрзо се ресорбираат, наодите покажаа идентичност на забите со физиолошка и на забите со патолошка ресорпција. Кај вторите моларни заби скоро подеднакво беше најдена ресорпција и на мезијалниот и на дисталниот корен (12 и 10 кај забите со физиолошка ресорпција и 16 и 19 кај забите со патолошка ресорпција). Меѓутоа, кај првите млечни молари постоеше евидентна ресорпција на дисталниот корен (7 и 23 кај забите со физиолошка и 9 и 20 кај забите со патолошка ресорпција).

Во групата заби со ресорпција во бифуркацијата, од 132 забa, физиолошка ресорпција сретнавме на 101 заб, а патолошка на 31. И оваа група нема битни разлики во бројот на анализираниите моларни заби со физиолошка и патолошка ресорпција, со што и тука останува фактот дека во долната вилица е поголем бројот на испитуваните заби (118).

### Заклучок

Најмногу е застапена физиолошката хоризонтална ресорпција (76,5%), потоа физиолошката ресорпција во бифуркацијата (7,1%), додека во групата со мезиодистална ресорпција подеднакво е застапена и физиолошката и патолошката ресорпција. Хоризонталната ресорпција се одвива повеќе во горната вилица, а мезиодисталната и ресорпцијата во бифуркацијата, во долната вилица. Ресорпцијата се одвива, скоро подеднакво на првиот и вториот млечен молар.

Во групата со мезиодистална ресорпција, и тоа само на првите моларни заби, ресорпциониот процес е евидентно застапен на дисталниот корен.

### INFLUENCE OF PREMOLARS ON RESORPTION OF DECIDUOUS TEETH

#### Summary

The paper deals with a case material consisting of 539 deciduous molars in the upper and lower jaw and with evidenced resorption. The kind of resorption was determined by radiographies using the classification after Vinogradova.

### Л и т е р а т у р а

1. Виноградова Т.Ф.: Клинички предпосылки к созданию классификации заболеваний пародонта у детей, Труды VI съезда стоматологов СССР, 1967, 6-9
2. Голева Пеева Д.: Ресорптивни процеси при времените зъби: Особенности на стоматолошки заболявания у деца и юноши, Медицина и физкултура, София, 1966
3. Новик, Д.: Пародонтоз, Здаровя, Киев, 1964, 326
4. Waggner D.T.: Roentgenographic Localisation of Unerrupted Teeth, Oral Surg. 13, 4, 1960.
5. Zeroli C.: The Linear Resorbtion Process of the Roots of Decidious Teeth: reprinted from Arch Holiono di biologia orale 2,1961, 33-45.



Стоматолошки факултет  
Клиника за болести на устата – СКОПЈЕ

### КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕЃУ ГЛИКОСИЈАЛИЈАТА И ПРОМЕНИТЕ НА DORSUM LINGUAE КАЈ БОЛНИ ОД DIABETES MELLITUS

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

*Извршена е клиничка анализа на јазичниот покривач и одредувана е гликозијалијата од 125 пациенти со шеќерна болест и 35 здрави лица, без анамнестички податоци за присуството на некое органско или системско заболување и без макроморфолошки промени на оралната мукоза и пародонтот. Клиничкиот преглед покажа дека кај 39 болни од шеќерна болест не постојат отстапувања во релјефот на јазичниот покривач, додека кај 25 од испитуваните беа забележани атрофични промени на дорзумот на јазикот. Гликозијалијата покажа сигнификантно зголемување на својата концентрација кај пациентите со промени на јазичниот покривач во однос на пациентите кај кои не беа забележани отстапувања во нормалниот релјеф на јазикот во однос на контролната група.*

Стручната литература од областа на оралната патологија обилува со податоци што ја третираат етиопатогенетската партиципација на шеќерната болест во алтерацијата на оралноткивната метаболична динамика и клиничката презентација на морфолошките промени во оралната регија.

Многубројните експериментални, лабораториски и клинички истражувања, во таа смисла, укажуваат на патолошки изменет целуларен хемизам и ацидобазен статут, како и на изменета имунолошка реактивност во заболениот организам (10). Cohen (4), испитувајќи го наследниот дијабет, експериментално предизвикан на кинески ставорци, забележал честа појава на пародонтални лезии со изразена гингивална инфламација и алвеоларна ресорпција.

Parma (8), следејќи го клиничкиот развој на 306 дијабетичари во тек на повеќе години, забележал рана афекција на забно-потпорниот систем, придружен со миграција, луксација и екструзија на забите. Сметајќи ја шеќерната болест како етиолошки фактор на инфламаторно-деструктивните промени на пародонталниот комплекс, заболувањето го нарекол *Paradontosis simpptomatica diabetica*.

Посветувајќи внимание на очигледната поврзаност помеѓу нарушениот јагленохидратен метаболизам и афекцијата во ткивата на оралната празнина во нашите поранешни испитувања, ние најдовме латентна или рана форма на *Diabetes mellitus* кај 12,9% од испитуваните со клинички и рендгенолошки верифицирана пародонтопатија, кај (11), 93% застапеност на прогресивна пародонтопатија кај болни од шеќерна болест (12), гликозијалија речиси за 4 пати повисока кај



заболение од пародонтопатија во споредба со тие од контролната група (14), и зголемено излучување на инсулин во саливата повеќе од два пати (12).

Следејќи ги атрофичните промени на дорзумот на јазикот кај болни од шеќерна болест, констатиравме нивна присутност во 60.97% од испитуваните. Динамиката на овие промени беше во директна зависност од формата на дијабетот и од начинот на неговата терапија (18).

Овие наоди наметнаа и потреба да се одговори на прашањето дали атрофичните промени на функционалната орална мукоза се во корелација со степено-от на гликозијалијата. Оттаму се формира и целта на овој труд: да се испита евентуалната поврзаност на клинички манифестните алтерации на дорзумот на јазикот со саливарната присутност на гликозата кај заболение од шеќерна болест.

### Материјал и метод на работа

Извршени се орални прегледи кај 125 болни од Diabetes mellitus, селективани по пат на случаен избор од Центарот за Diabetes mellitus – Клиника за ендокринологија на Медицинскиот факултет во Скопје. Од нив се издвоени 39 болни кај кои не се забележани промени на јазичниот покривач и 25 болни кај кои се присутни атрофични промени на јазикот. Како контролна група се земено 35 здрави лица, без анамнестички податоци за присуството на некое органско или системско заболување и без макроморфолошки промени на оралната мукоза и пародонтот.

Кај сите испитувани беше земена по 0.1 мл плунка по пат на просто прелевање, без употреба на стимулатори. Во неа беше одредувана концентрацијата на глукозата по 0-толуидинскиот метод (8), а вредностите беа пресметувани во mmol/l и статистички обработувани.

### Резултати

Резултатите од добиените клинички прегледи на трите испитувани групи, како и вредностите на гликозијалијата се прикажани на следната табела:

Табела

GLUKOZA mmol/l	ПЛУНКА		
	КОНТРОЛА	DIAB. MELIT. БЕЗ ОРАЛНИ ПРОМЕНИ	DIAB. MELIT. СО ОРАЛНИ ПРОМЕНИ
n	35	39	25
CP.BP.	0.041	0.32	0.49
CT.ΔEB.	0.03	0.06	0.08
CT.ΓP.	0.006	0.009	0.009
p	0,001	0,001	

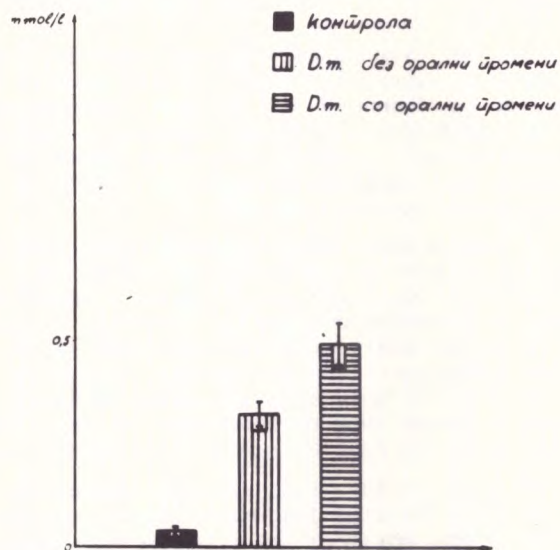
Од изнесените податоци се гледа дека средната вредност на гликозата во мешаната плунка во контролната група изнесува 0.041 mmol/l, групата болни со атрофични промени на јазичниот покривач 0,45 mmol/l.

Ваквите наоди укажуваат на зголеменото ниво на излучување на гликозата во саливата кај болните со атрофични промени на јазичниот покривач во споредба со онаа кај болните без промени на дорзумот на јазикот. Разликата во средните вредности на концентрацијата на саливарната гликоза помеѓу обете групи е статистички високо сигнификантна ( $p < 0.001$ ).

Средната вредност на концентрацијата на гликозата во мешаната плунка од контролната група изнесува 0.041 mmol/l и во споредба со онаа кај заболелите е за 8, односно 10 пати пониска.

Најдените средни вредности на гликозата во плунката на испитуваните групи се и графички прикажани на графиконот.

Графикон



### Дискусија

Оралните промени се чест и ран симптом во клиничката објективизација на шеќерната болест. Понекогаш нивното присуство е единствена клиничка манифестација на латентната форма. Во таков случај дополнителните испитувања насочени кон функционалната процена на јагленохидратниот баланс овозможуваат рано дијагностицирање на Diabetes mellitus, а навреме спроведената терапија, односно диета, ја блокира нејзината манифестна експозиција.

Повеќе автори, на еден или на друг начин, ја подвлекуваат меѓусебната поврзаност на полисахаридниот дисбаланс и оралната афекција.

Пампулов и сораб. (17), преку хистоморфолошки и хистохемиски испитувања, констатирале лезии во гингивалните капилари од типот на микроангиопати кај испитуваните дијабетичари во 96,8% од случаите, додека процентот на таквите промени на кожата изнесувал 84,2%, а на ретината 67,2%. Авторите заклучуваат дека гингивалната мукоза е најосетлива и највулнерабилна ткивна структура во организмот на заболелите, како и тоа дека капиларните лезии во



оралните ткива се јавуваат во исто време или порано од оние на кожата и ретината, па затоа можат да се користат како ран дијагностички параметар.

Levin (9), на сопствен клинички материјал, преку опсервација на болни од Diabetes mellitus, кај голем број од набљудуваните нашол промени на јазикот од типот на хиперемија и едем, а Lin (10) во оралниот статус на 175 болни од дијабет, кај 26.9% нашол атрофични промени на дорзумот на јазикот.

Во тек на повеќе години прашањето за присуството на гликозата во саливата било доста актуелно, а добиените податоци од литературата се контрадикторни.

Bernard (12) не нашол саливарно присуство на гликоза, Binet (3) докажал шеќер во плунката, а Englander (4) дошол до заклучок дека постои пропорционален сооднос помеѓу концентрацијата на гликоза во плазмата и саливата.

Наодите од нашите испитувања ја потврдуваат констатацијата дека гликозата е присутна во плунката на здрави луѓе (0.041 mmol/l) иако во многу помала количина од таа во плазмата. Со споредување на вредностите на саливарната гликоза кај болните од Diabetes mellitus може да се види дека тие се за 8–10 пати поголеми во споредба со концентрацијата на гликоза во плунката од испитуваните на контролната група.

Во групата болни без промени на јазичниот покривач, средната вредност на саливарната гликоза изнесува 0.32 mmol/l, а кај болните со атрофични промени на dorsum linguae – 0.45 mmol/l. Меѓусебната компарација, како и аналитичката обработка на овие вредности покажаа висока сигнификантност ( $p < 0.001$ ). Ваквиот наод ни дозволува да го прошириме нашите досегашни констатации за етиопатогенетскиот придонес на Diabetes mellitus во клиничката објективизација на атрофичните промени на дорзумот на јазикот.

Репетирајќи ги нашите поранешни сознанија (12) за иницијалните васкуларни оштетувања придружени со ендотелна пролиферација и мукопротеинско таложење во сидовите на артериолите, проширување и тромбозирање на венулите и задебелување на базалната мембрана на капиларите видена во биоптичниот материјал земен од гингивата на болни од шеќерна болест, како и присутното ПАС позитивно фибриларно или гранулирано таложење во ретикуларната маса, заклучивме дека ваквите промени се последица на нарушен метаболизам на мукополисахаридите, бидејќи нивната биосинтеза, покрај влијанието на некои други фактори, е контролирана од инсулиниот и стероидните хормони.

Високо изразената инциденца на атрофичните промени на јазикот забележани кај болни од шеќерна болест (18) ја протолкувавме како израз на реперкуторниот ремоделирачки феномен на епителот, кој ја следи дијабетогено индуцираната колагеназа во врзивните структури на јазикот, доведувајќи до измени на суперфицијалната архитектоника на неговиот дорзум.

Земајќи ја предвид сигнификантноста во разликата на средните вредности на концентрацијата на гликоза во мешаната плунка помеѓу групата болни без промени на епителниот покривач на јазикот и групата болни со атрофични промени, можеме да заклучиме дека и зголемената концентрација на саливарна гликоза, односно зголемениот квантум на нејзините метаболни продукти што доведуваат до промени на ацидо-базната рамнотежа во оралниот медиум, имаат определен придонес во клиничката презентација на атрофичните промени на јазичниот покривач кај болни од шеќерна болест.

Во услови на инхибирана резистентност на организмот (5) (Drachman) и редуцирани реактивни можности на мукозната мембрана, гликозијалијата го забрзува развојот и патолошката активност на dorsum linguae, која преку свои специфични алтеративни ефекти имплицира мултипли атрофични промени на дорзумот на јазикот. Во прилог на ова наше размислување го изнесуваме и наодот на Банченко (1) за честата застапеност на атрофичниот глосит од микотично потекло.



## CORRELATION BETWEEN GLUCOSIALIA AND THE CHANGES OF DORSUM LINGUAE IN PATIENTS SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS

### Summary

Clinical examination of dorsum linguae was performed and glucosialisis assessed in 125 patients suffering from diabetes mellitus and compared to 35 healthy persons, of random selection without anaemnesitic evidence of systemic or organic disorder presence and without macro-morphological changes of oral mucosa and periodontium. Our clinical examination revealed no changes in dorsum linguae relief, while in 25 of the examined atrophic changes were found. Glucosialisis demonstrated significantly increased concentration in the patients with changes of the tongue dorsum compared to those without, and to the controls.

### Литература

1. Банченко Г.Б. (1979), „Сочетание заболеваний слизистой оболочки полости рта и внутренних органов., Медицина, Москва стр. 11
2. Bernard C. (1977): „Curs of medicine du College de Franse sur la diabete et la glucosialisis animale. Librarie J.B. Baicillera et Fille, Vol XV p 72.
3. Binet L., (1967); „Studies of eliminating power of the salivay gland. Pr. Mee 34, 229.
4. Cohen M.M. (1963): Pulpal and periodontal disease in a strain of chines hamsters with hereditary diabetes mellitus., Oral Surg Med Oral Path 16:104.
5. Drachman R., Root R and Wood W.B. (1966): Studies on the effect of experimental diabetes mellitus on antimicrobial defense. Demonstration of deffect on phagocitoss., J. Exp Med 124:227
6. Englander H.R. (1969): Glucose concentration in blood plasma and parotid saliva of individuals with and without diabetes melitus diabetes mellitus. J. Dent Res, 1246.
7. Farman A.G.: (1976):, Atrophic lesions of the tongue. A prevalence study among 175 diabetic patients. Journal of Oral Pathology 5:255
8. Hyvarinen A and Nikilla E.A. (1962): Specific determination of blood glucose with o=toluidin., Clin Chim Acta 7,140=143.
9. Levin H., (1965): Some dental aspets of endokrine disease., Oral Surg 19, 466.
10. Lin J.H. Ruginsky M.S. (1975): Microcirculation in Diabetes mellitus J. Dent Res 6,77.
11. Лазаревска Б., Милошевска Љ., Плашевски А (1970): Шекерниот дијабет и прогресивната пародонтопатија., Зб. на трудови од II-от собир на стоматолозите на СРМ, стр. 142.
12. Лазаревска Б., Накова М., Чевреска С., Ковачев В., (1974): Ниво инсулина у паротидној и мешовитој саливи дијабетичара, СГС, ван. број, стр. 407.
13. Лазаревска Б., Арсов Д., Урумова Е., А. Плашески, Т. Чесмечиска (1975): Шекерната болест и промените во пародонциумот., Зборник на трудови на стоматолозите на Југославија, стр. 507.
14. Накова М., Лазаревска Б., В. Ковачев., А. Плашески (1978): Напоредни испитувања на концентрацијата на глюкозата во плазмата и плунката кај болни со diјabetes mellitus..., Зб. на трудови од X-от конгрес на лекарите на СРМ, стр. 868.
15. Накова М., Лазаревска Б., Ковачев В. (1977): Сооднос помеѓу концентрацијата на глюкозата во плунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, МСП 3,4.
16. Parma C., (1947)., Parodontosis diabetica, Parodontologie, 1,86
17. Пампулов А, Платонов Е., Dachei G (1975), Diabetes mellitus et microangiopatie gingive, Зб. рад. И-ог Балканског конгреса о диabetу стр 406, Београд.
17. Симоновски М., Лазарева Б., Димитровски В., Накова М., Белазелкоска З., (1981), Атрофичните измени на dorsum linguae кај болни од diabetes mellitus, Зборник на трудови на II-от конгрес на ендокринолозите на Југославија.





**PHOLCODIN**

Антитусик со посилно дејство од кодеинот

- Капсули
- Сируп за возрасни
- Сируп за деца
  
- ДЕЈСТВУВА БРЗО И ПРОДОЛЖЕНО
- НЕ ВЛИЈАЕ НА РЕСПИРАЦИЈАТА
- НЕ Е ТОКСИЧЕН И НЕ ДОВЕДУВА ДО ЗАВИСНОСТ ОД ЛЕКОТ
- ОДЛИЧНО СЕ ПОДНЕСУВА
- ПРИЈАТЕН ВКУС
- ПОГОДЕН ЗА ПРИМЕНА КАЈ СИТЕ ВОЗРАСТИ
- ПОСЕДУВА АНТИКОНВУЛЗИВЕН ЕФЕКТ
- ЛЕК ОД ИЗБОР КАЈ ЗАБОЛУВАЊА НА РЕСПИРАТОРНИТЕ ПАТИШТА, ПРОПРАТЕН СО КАШЛИЦА.

Произведува  
**ALKALOID**  
Скопје

Медицински факултет – Ниш  
 Стоматолошки одсек  
 Одељење за болести уста

Медицински центар – Зајечар  
 Стоматолошка служба

## ПАТОХИСТОЛОШКИ НАЛАЗ УЛЦЕРОЗНИХ ФОРМИ LICHEN PLANUS-A НА ОРАЛНОЈ СЛУЗОКОЖИ

Ђерговић Н., Д. Перовић-Којовић

*На основу патохистолошких налаза улцерозних форми lichen ruber planus-a на оралној слузокожи може се закључити следеће: да се ране измене код оралних лезија lichen planus-a дешавају у облику акантолизе базалних ћелија, губитка хемидесмосома. Базална мембрана се одваја од епитела, те инфламаторне ћелије мигрирају у измењени епител. Везикуло-булозне лезије показују дегенеративне промене и одвајање епитела од везивног ткива са појавом субепителијалних везикула и була. Хиперкератоза и паракератоза, хидропсна дегенерација базалног слоја праћена је густом инфилтрацијом лимфоцита у облику широке траке у горњем делу субепителијалног ткива. Постоји и секундарна бактеријска инвазија у пределима ерозија и улцерација.*

Данас је опште познато и прихваћено да је lichen planus релативно честа болест оралне слузокоже, која се ту манифестује као ретикуларна, бела и кератотична лезија, али исто тако и као улцеративна, везикуло-булозна и атрофично-ерозивна ефлоресценција.

Најчешће су променама захваћени симетрично букална слузокожа, затим језик, усне, па ређе тврдо непце и гингива. Ерозивне и улцерозне површине могу да се појаве између белих мрежасто распоређених папула, захватајући широке површине и стварајући дијагностичке тешкоће сугеришући могућност пемфигуса, еритеме мултиформе и других булозних дерматоза, које се такође јављају на оралној слузокожи. Према неким испитивањима ове форме лихена су много чешће у свом појављивању, него класична ретикуларна форма (4, 5).

Основна карактеристика ерозивно-улцерозних и везикуло-булозних форми лихена је деструкција епитела са стварањем ерозивно-улцерозних површина различите величине и неправилног облика. Ове површине су покривене беличастом жућкастим фибринозним ексудатом. Около је зона инфламиране слузокоже, где се могу срести дискретне папуле у виду трака, поликругова, кругова или мреже. Ове ерозивно-улцерозне површине настају прскањем була и везикула, али могу настати и без њих (1, 4, 7).

Булозни облик лихена је ређи. Основна промена је була, која у функцији исхране и говора брзо прска остављајући еродовану површину покривену остатком крова буле, у облику епителних крпица и фибринозним ексудатом. Около су

\* Трудот е читан на IV-та стоматолошка недела на СРМ, Струга 1982



обично дискретне лихенске папуле у облику беличастих мрежастих површина. (2, 3, 4, 5).

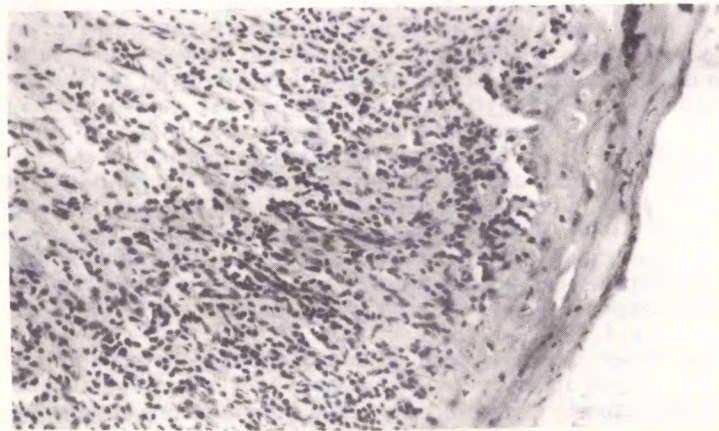
Симптоматологија је различита. Пацијенти могу да осећају беле кератотичне лезије на букалној слузокожи додирујући их језиком, али су оне обично безболне. Међутим, ерозивне и улцерозне површине могу да буду јако болне, нарочито при исхрани и говору.

#### Материјал и методе

Као материјал за наше патохистолошко испитивање послужили су исечци са букалне слузокоже пацијената са ерозивно-улцерозним формама лихена. Исечци су узети са букалне слузокоже пет болесника и то два мушкарца и три жене, узраста између 40 и 55 година живота, који су боловали дуго година од лихена. Имали су само промена на оралној слузокожи, без кожних манифестација. Једна пацијенткиња је имала повишени крвни притисак и боловала је од лакшег облика шећерне болести, коју је регулисала оралним антидијабетичним средствима и дијетом. Остали пацијенти су били анамнестички здрави и нису узимали никакве лекове. Исечци су слати на патохистолошку потврду и бојени методом хематоксилинеозин на Институту за патологију Медицинског факултета у Нишу.

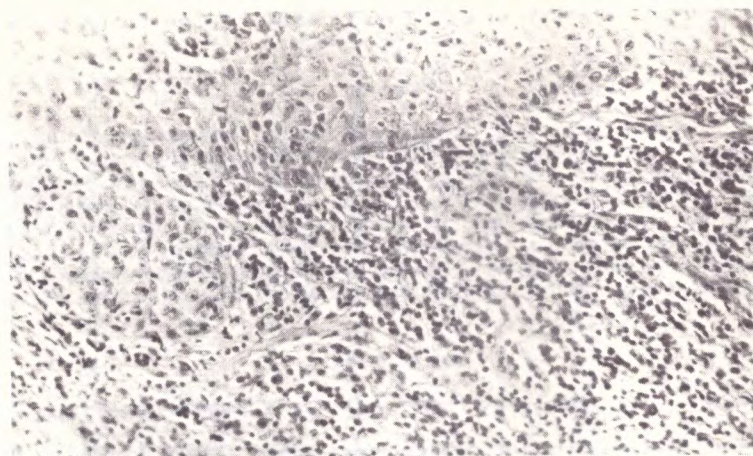
Патохистолошки налаз ерозивно-улцерозних промена показује акантолизу базалних ћелија и сепарацију базалне мембране од доњег дела ст. спинозума. Ово олакшава миграцију запаљивих ћелија у епител. Инфламаторни инфилтрат у горњим слојевима крзна састављен је претежно од лимфоцита уз мали број хистиоцита и плазмоцита, што је један од битних диференцијално-дијагностичких знакова разлике од леукоплакије. Код леукоплакије је налаз плазмоцита у преминацији. У близини и око улцерозних промена виде се и агрегати полиморфонуклеарних и око улцерозних промена виде се и агрегати полиморфонуклеарних леукоцита. Деструкција базалног слоја епитела са инфилтрацијом лимфоцита формирају патохистолошки аспект уједа мољца.

Хидропсна дегенерација базалног слоја епитела може да буде довољно изражена (сл. 1) тако да епител постаје танак и атрофичан, а да на појединим местима буде отргнут и одигнут од коријума са појавом епителијалне сепарације и појавом субепителијалне буле или везикуле. Тежина ових промена је у директној зависности од степена дегенерације у базалном слоју епитела.



Сл. 1





Сл. 2

На местима клинички ретикуларног изгледа патохистолошки се види хиперкератоза или паракератоза уз инфилтрацију горњег слоја крзна лимфоцитима. Постоји одсуство папиломатозе, јер је папиломатоза фокална са израженим хиперкератозом (сл. 2).

### Дискусија

Бројни аутори се слажу да постоји око шест форми клиничког изгледа оралног лихен плануса, који се описују као папулозна форма, ретикуларна форма, атрофична форма, лихен у облику плака, улцери-ерозивна и булозно-везикулозна форма (1, 4, 6). Прве три форме су обично без симптома, док су последње три праћене израженим субјективним тегобама. Детаљни описи хистолошке слике лихена описани су од Cook-а (2) и Shklar-а и McCarthy-а (2, 7), а били су студирани на великом броју случајева. Сви они истичу појаву паракератозе или хиперкератозе у епителу, хидропсну дегенерацију стратума герминативума у епителу и густу инфилтрацију хроничних инфламаторних ћелија, првенствено лимфоцита, у субепителијалним деловима. Код ерозивно-улцерозних и булозно-везикулозних форми налази се субепителијална везикулизација, појава улцерација и епителијална атрофија.

### Закључак

У току нашег рада, иако су испитивања извршена на малом броју узорака, могли смо да донесемо следећи закључак:

1. да се ране измене код оралних лезија лихена плануса дешавају у облику акантолизе базалних ћелија и у губитку хемидесмозома;
2. базална мембрана се одваја од епитела, те инфламаторне ћелије мигрирају у измењени епител;
3. везикуло-булозне лезије показују дегенеративне промене и одвајање епитела од везивног ткива са појавом субепителијалних везикула и була;
4. хиперкератоза и паракератоза, хидропсна дегенерација базалног слоја праћена је густом инфилтрацијом лимфоцита у облику широке траке у горњем делу субепителијалног ткива;
5. постоји и секундарна бактеријска инвазија у пределима ерозија и улцерација.



## PATHOHISTOLOGIC FINDING IN ULCEROUS FORMS OF LYCHEN PLANUS OF THE ORAL MUCOSA

### Summary

On the basis of pathohistologic findings from ulcerous forms of Lichen ruber planus on the oral mucosa we conclude the following: early changes in the oral lesions of the lichen planus type show accantolysis of the basal cells, loss of hemidesmosomes. The basal membrane is being devided from the epithelium, inflammatory cells migrate into the altered epithelium. Vesicobulous lesions present degenerative changes and separation of the epithelium from connective tissue and subepithelial vesiculae and blisters. Hyperkeratosis and parakeratosis, hydropic degeneration of the basal layer is accompanied by thick lymphocyte infiltration, wide band shaped in the upper part of subepithelial tissue. In the area of erosion and ulceration, there is a secondary bacterial invasion.

### Литература

1. Andreasen J. O.: Oral Lichen Planus. A Clinical Evaluation of 115 Cases. Oral Surg. 25:36, 1968.
2. Cooke Bed: The oral manifestations of lichen planus: 50 cases. Brit. Dent. J. 96:1, 1954.
3. Добрић М.: Оралне болести. Југославенска медицинска наклада, 1979.
5. Перовић Д., Орлов С., Катић В., Мирковић Б., Ђерговић Н.: Имунофлуоресцентна испитивања Lichen Planusa на оралној слузокожи. Зборник радова Нови Сад 1979.
4. Ђајић Д., Орлов С., Мирковић Б. Обољења меких ткива усне дупље, Ниш, 1981.
6. Сеизова К., Милојевић Ђ. Лазић В., Белошевић Б.: Клинички и морфолошки аспекти оралног лихена плануса. Зборник радова, Будва, 1976.
7. Shklar G., McCarthy Ph. L.: The oral lesions of lichen planus. Oral Surg. 14:164, 1961.

Стоматолошки факултет – Скопје  
ООЗТ Клиника за максилофацијална хирургија

## ДОЦНИ ПОСТ ОПЕРАТИВНИ РЕЗУЛТАТИ ПРИ МАНДИБУЛАРНИОТ ПРОГНАТИЗАМ

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

*Врз база на досегашниот клинички материјал оперирани се случаи со мандибуларен прогнатизам (МП) од 2–10 години за периодот 1969–1979 година. Извршено е споредување на доцните резултати врз клиничката анализа фото, ртг документација, како и на функционалните параметри. Резултатите беа добри, поцелисходни од раните. Наведени се бројните ефекти што ги оправдува и пружа хирушкото лекување, посебно врз функционално-морфолошките промени во орофацијалниот систем.*

Знаејќи дека вистината за настанувањето на лицевите аномалии е доста комплексна особено за формите со етиолошки момент, не сме во состојба да го уочиме почитувајќи го особено влијанието на ендогените, наследните и егзогените фактори (2). Според тоа пост оперативните резултати рани, посебно касните, се императив за понатамошниот клиничко-хируршки пристап во третманот на мандибуларниот прогнатизам (МП).

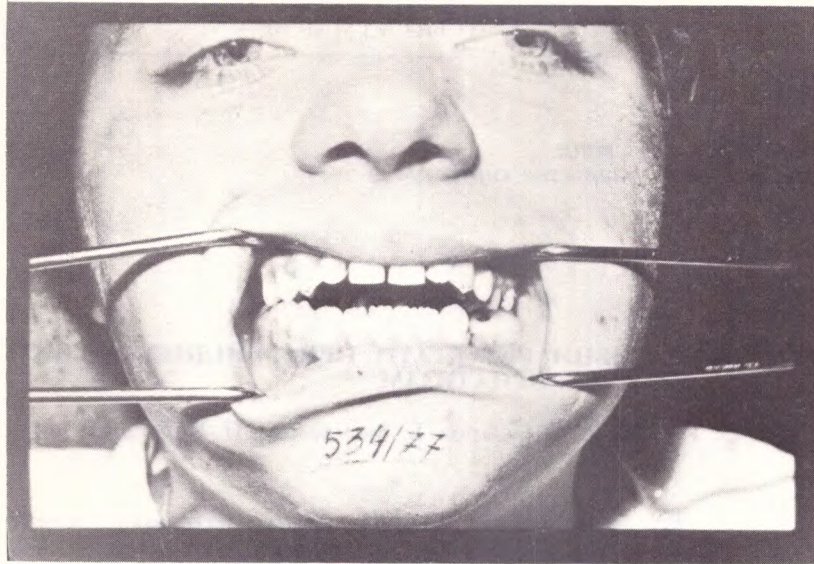
Поведени од резултатите и сè почестите потреби од разрешување на лицевите аномалии сакаме да укажеме и делумно да ги сумираме ефектите од хирушкото лекување во максилофацијалната регија, пред се мандибуларниот прогнатизам, една од најчестите деформации (1,4,5,7). Заради подобра анализа резултатите ги поделивме на рани и касни. Раните се во најголем број лекувани добри. За подобра процена и увид во хирушкото лекување на (МП), касните резултати имаат големо значење.

### Клинички материјал

Контрола беше вршена на оперираните од 2 до 10 години, третирани во периодот 1969–1979 година избрани по случаен избор со мандибуларен (МП) прогнатизам (3). Рецидив утврдивме кај еден пациент.

Резултатите се базираат врз бараните параметри пред оперативниот зафат споредени касно по зафатот. Оперираниите претежно беа на возраст од 17 до 32 год. со просечна старост од 23,5 доб. При тоа беше извршена би латерална остеотомија на Ramus ascendens или Corpus mandibulae. Просечната забна интеркуспидација пред остеотомија беше 9,2 а по хирушкото лекување тој однос на забите во интеркуспидацијата беше 16,1. Резултатите беа проследени со задолжи-

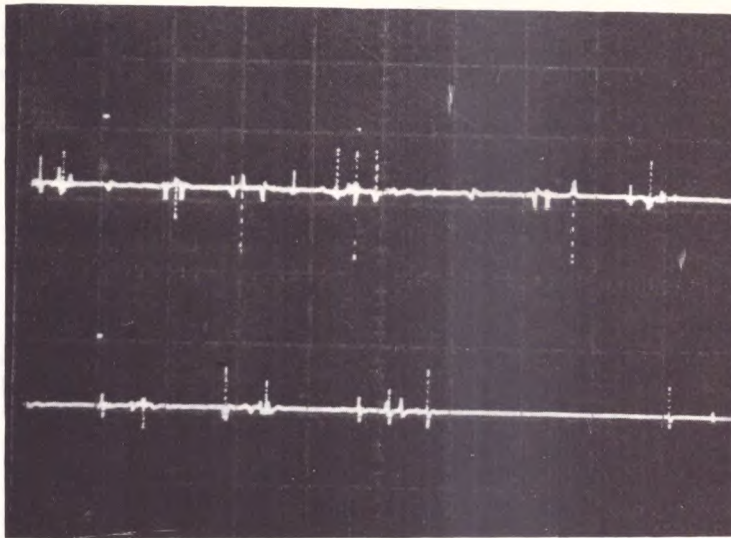




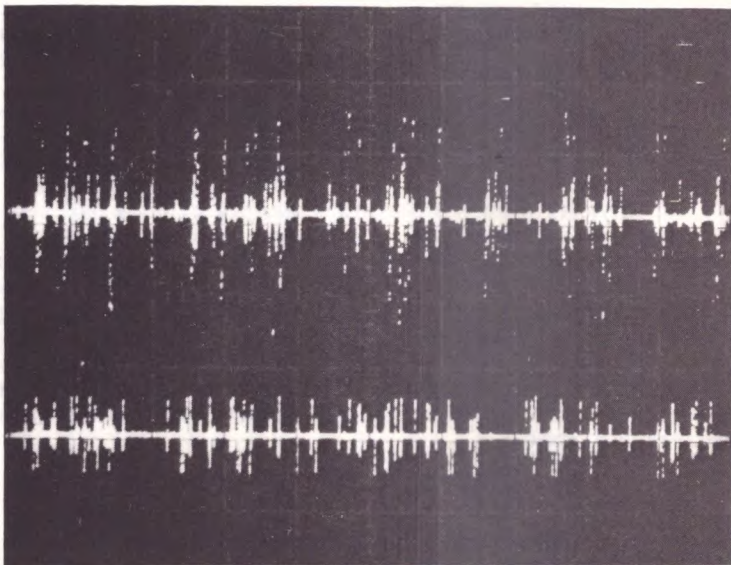
Cr. 1



Cr. 2



С.п. 1а



С.п. 2а

телни анамнестички податоци, преглед, клиничко испитување, анализа на моделите, ртг, фотодокументација а од функционалите испитувања беа вршени ЕМГ и гнатодинамометрија.

Предмет и цел на овој труд е преку аксиларно радиографските испитувања на главата, ЕМГ испитувањата на масикаторната мускулатура и по хируршката интервенција, а споредувајќи ги зафатите, да укажеме на некои карактеристични функционално-морфолошки и други промени во орофацијалниот систем (3,5,6)



Гнатодинамометриските резултати се важни за да можеме да се увериме во функционалниот ефект на хируршката интервенција. Секако дека пациентот ќе биде задоволен од естетскиот успех и во прво време ќе биде среќен. Бидејќи аномалијата всушност е функционална нејзината касна корекција успехот го прави целосен. Кај нашите пациенти коригираната цвакална функција беше следна: во просек, моќта на мастикацијата во моларната регија беше околу 60 кг, додека во пределот на инцизивите беше особено зголемена и во инцизивниот дел од десетина беше над 25 кг.

Касните резултати, сумирани од ЕМГ при (МП), на обата масетерични мускули при централна оклузија укажуваат на некои карактеристични функционално-морфолошки промени во орофацијалниот комплекс. Сигнификантноста на овие резултати ја согледуваме во тоа што сите третирани имаа смален акционен мускулен потенцијал, а задржаа исто време на ширење на потенцијалот, со иста морфологија. Потенцијалот се движеше од 600 до 1200 мв. ЕМГ контролните испитувања по 18 месеци и повеќе покажаа значително зголемување на потенцијалот чија просечна вредност беше 1800 до 2400 мв. Се разбира, испитувањата беа вршени со исти вредности на амплификација и со време на ширење на потенцијалот како претходните.

### Дискусија

Постоенето бројни хируршки методи во лекувањето на МП наведува на дискусија дека оние изборни методи кои овозможуваат пошироки остеотомски коскени површини и оние со сагитална остеотомија на *ramus mandibulae* даваат значително подобри резултати, посебно во корекцијата на *angulus mandibulae*, подобар меѓувилчен однос, макар што хируршкото лекување на МП е сложен зафат.

Знаејќи дека формата и структурата се создаваат од функцијата, тоа значи дека лошата функција доведува до лоша форма и структура. Според тоа лицевите аномалии, МП на коскениот дел најмалку се само со естетска содржина. Засегнати се сите витални функции. Може слободно да се каже дека касните резултати се согледуваат и во изменетата клиничка слика и во соодносот на лицевите третини. Поради зголеменото влијание на мускулатурата одложени или избегнати се долните интервенции: редукција на брадата, ринопластика и слично. Може да се каже дека пост оперативните ефекти се бројни. Имаме пред се, функционално-мастикаторна корекција, естетски обликуван фациес и изменет, рехабилитирана говорна функција, смалена фреквенција на кариесот и други дентогингивални процеси, а подобрена е и респираторната функција, како и гастричната функција. Најдена е и смирена симптоматологија на темпоро-мандибуларниот зглоб, а решен е и психолошкиот проблем за личниот изглед и местото во секојдневниот живот.

### Заклучок

МП, како најчеста аномалија на лицевниот скелет, изолирана, аи често здружена со други деформитети, најмалку претставува естетски проблем, меѓутоа, во себе содржи тешки функционални промени од кои страда организмот. Само со целосен приод кон проблемот успешно може да се отстрани овој деформитет, па резултатот да биде целосен.

### DELAYED POST OPERATIVE RESULTS IN MANDIBULAR PROGNATISM

#### Summary

Our clinical material consisted of subjects with mandibular prognatism at the age between 2 and 10 years, observed in the period from 1969-1979. Follow up was performed upon delayed results and analysis of photo documentation, radiographies and functional parameters. Compa-

red to immediate results the delayed are satisfactory and numerous favourable effects justify surgical approach, especially when functional and morphological changes in oro-facial system are concerned.

#### Литература

1. Aronson A. – Cephalometrical investigation of the surgical correction of mandibular prognathismus, Angle orthodont, 1967.
2. Коев Ж. – Збно чeљусни деформации, Софија, 1973 год.
3. Лазаревски С. – Хабилитационен труд, 1980. Скопје
4. Obwegezer H. – Operation bechandlung der zahnlosen progenie 1963 god.
5. Шкоклeв А., Туцаров Т. – Неки проблеми код лечења мандибуларног прогнатизма.
6. Туцаров Т. – Стандардне позиције мандибуле код електромиографских испитивања мастикаторних мишића.
7. Васков И., Туцаров Т., Лазаревски С., Василевски Б., Кроневски П.: Критична процена врз оперативните зафати на долната вилица при прогении. Македонски стоматолошки преглед, 1979, Скопје.



**VASOFLEX<sup>®</sup>** (празосин хидрохлорид)

30 таблети à 1 mg

60 таблети à 2 mg

60 таблети à 5 mg

**VASOFLEX** е сосема нова супстанца за лечење на хипертензијата од различен степен и етиологија, сам или во комбинација со други антихипертензивни средства.

**VASOFLEX** е постсинаптички алфа<sub>1</sub> адренергичен блокатор, чие дејство доведува до периферна вазорелаксација и паѓање на периферниот отпор.

**VASOFLEX** го намалува ризикот врзан за терапијата на хипертензивните болни со коронарно заболување и/или конгестивна срцева инсуфициенција. Не го менува срцевиот капацитет ни при напор бидејќи го редуцира периферниот отпор без да го менува минутниот волумен и срцевата фреквенција.

**VASOFLEX** не влијае на крвниот проток и гломеруларната филтрација на бубрезите и не ја зголемува плазма-ренинската активност.

**VASOFLEX** не доведува до зголемување на гликемијата и не ги маскира симптомите на хипогликемијата, па може да се дава и на дијабетичари со хипертензија.

**VASOFLEX** сигнификантно го подобрува холестеролскиот однос, ги намалува атерогените ЛДЛ и ВЛДЛ фракции, а ја одржува заштитната ХДЛ фракција.

**VASOFLEX** погоден за долготрајно лечење на хипертензијата.

R заштитено име на АЛКАЛОИД

Во кооперација со  
Pfizer inc  
New York

Произведува  
ALKALOID  
Скопје

Стоматолошки факултет – Скопје  
 Клиника за дентална патологија и терапија  
 Клиника за орална хирургија

## ПРЕДОПЕРАТИВНО ПОЛНЕЊЕ НА КОРЕНСКИОТ КАНАЛ СО ЗЛАТНО КОЛЧЕ ПРИ АПИКОТОМИЈА

Рафајловски Р., Ј. Јанев

*Прикажан е комбинираниот метод за дефинитивно предоперативно полнење на апикалниот дел од коренскиот канал со златно колче, а преостанатиот со тимол цемент и гутаперка штифт при апикотомијата. Овој метод дава подобри резултати во споредба со досега применуваните класични, и тоа благодарјќи пред сè на златното колче кое не само што постигнува трајно, атхерентно и целосно облитерирање, туку дејствува и благопријатно врз живото ткиво.*

Успехот на апикотомијата на забите бездруго зависи и од материјалот со кој се полни каналот на коренот. Познато е дека постојат различни средства за полнење на каналите, но се знае и тоа дека сите тие не одговараат на основните услови што мора да ги исполнува еден таков материјал.<sup>1, 4, 7</sup>

Во Западна Европа и Америка, во секојдневната практика, најмногу се употребуваат две комбинации, и тоа: цемент за полнење и гутаперка штифт и полнење со сребрени колчиња. Во Скандинавија почесто се употребува хлороперча и гутаперка штифт.

Во нашата стоматолошка служба преовладува едноличност како последица на скромната понуда на пазарот. Затоа, скоро исклучително, полниме со фосфат цемент со додаток на јодоформ и со гутаперка штифт.<sup>3, 12</sup>

Се разбира дека врз изборот на средството за полнење влијае индикацијата, всушност самиот коренски канал, потоа терапевтската умешност и склоноста кон овој или оној метод на полнење.<sup>5, 6, 8</sup>

Полнењето со метални колчиња има одредени предности во споредба со другите средства. Покрај познатите особини што мораат да ги поседуваат средствата за полнење, при секое полнење настојуваме да постигнеме што подобро затворање на апикалниот отвор (идеално е херметички, што не е возможно). Периапикалните процеси настануваат поради тоа што бактериските токсини и распаднатите продукти на коренскиот канал продираат во периапексот. Според тоа, колку што е подобро апикалното затворање, толку помалку апикални процеси ќе очекуваме.<sup>2, 9, 10</sup> Најдобро затворање се постигнува со метални колчиња. Со овој метод, покрај главниот канал, често може да се наполнат и страничните канали, апикалните рамификации, пулпопериодонталните комуникации или пак

\*Трудот е читан на XVI-та стоматолошка недела на СР Србија



проширените подрачја на коренскиот канал што настанале поради внатрешни грануломи.<sup>11, 12</sup>

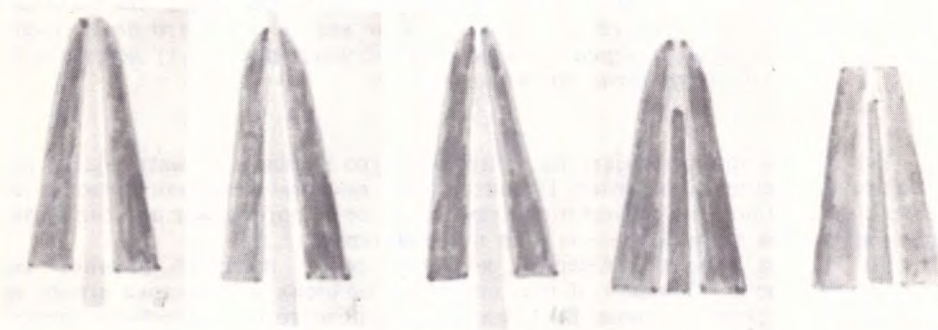
Имајќи ги предвид предностите од употребата на металните колчиња, ние се одлучивме за нивна примена и во оралната хирургија, како предоперативно полнење на коренскиот канал, а методот на полнење и резултатите добиени, без друго, се и цел на трудов што го опишуваме.

#### Материјал и метод на работа

Откако ќе се постави индикација за апикотомија, пред да се изврши самата хируршка интервенција се пристапува кон ендодонтски третман на забот, и тоа преку егзактна механичка обработка, дезинфекција и полнење на радикуларниот канал. Како средство за дефинитивно канално полнење користиме златно колче. Според волуменот на коренскиот канал се избира соодветно златно колче, засечено во апикалната третина (сл. 1-а). Откако ќе се постави, колчето се налепува со тимол-цемент и се внесува под притисок, се набива добро, за да го затвори херметички апикалниот отвор на радикуларниот канал. Колчето може да промирира (сл. 1-б) или да е пократко (сл. 1-ц) од самиот апекс.

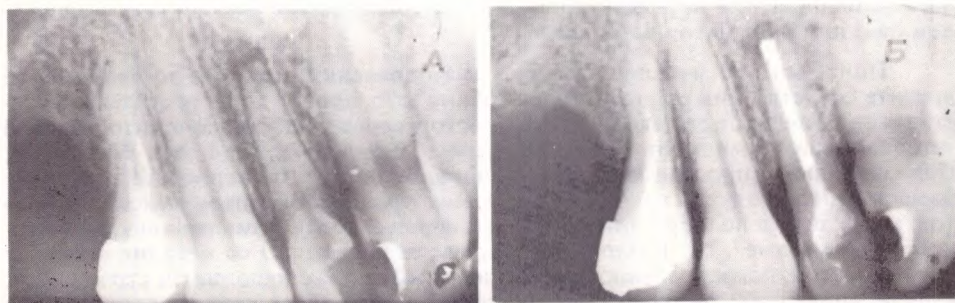
По стврднувањето на цементот, колчето се ротира, со пеан за да се скрши на претходно засеченото место.

Преостанатиот дел од коренскиот канал дефинитивно се полни со тимол-цемент и гутаперка штифт (сл. 1-д). Во истата сеанса се полни и кавитетот со трајна пломба, а веднаш потоа се прави контролна рендгенографија и апикотомија на истиот заб (сл. 1-е).



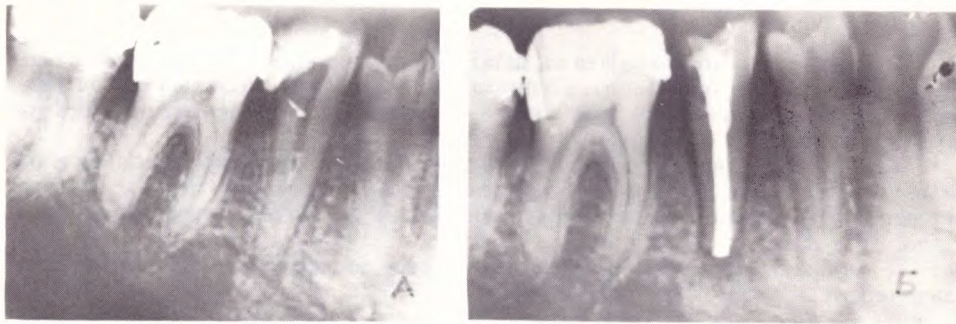
Сл. 1а, б, в, д, е.

#### НАШИ СЛУЧАИ

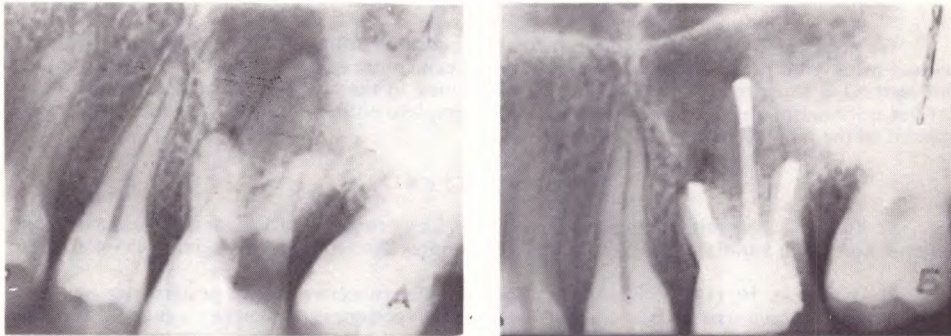


Од нашата казуистика илустрираме три случаи  
Сл. 2. А. пред интервенцијата; Б. 3 месеци по апикотомијата





Сл. 3. А. пред третманот; Б. 3 месеци по третманот



Сл. 4. А. состојба пред третманот; Б. 3 месеци по третманот

### Резултати и дискусија

Опишаниот метод е применет во последниве две години кај 30 пациенти. Контрола на резултатите по извршената интервенција беше вршена првиот, третиот и шестиот месец. Таа го опфаќаше субјективниот, објективниот и рендгенскиот наод.

Сите обработени пациенти наредните денови по третманот се чувствуваа добро, без општа реакција, а кај некои постоеше незначителен едем, иако не беа ординирани антибиотици.

Рендгенските контроли направени по првиот месец од интервенцијата веќе покажуваа формирање на нови коскени трабекули што оди во прилог на една успешна интервенција, бидејќи појавата на коскени трабекули е и прв знак за регенерација на коската. При ниенден болен по операцијата не беше забележен рецидив, благодарейќи пред сè на херметичкото затворање на апексот со златното колче. Како комбиниран метод, постои можност и за затворање на акцесорните каналчиња. Појавата на само мала локална реакција кај болните чиниме дека се должи на фактот што каналот предоперативно беше наполнет, со што беше скратено времетраењето на самата хируршка интервенција. Доброто поднесување од страна на пациентите, како и брзата репарација на коската, меѓу другото, се должи и на самото злато како благороден метал, со неговата олигодинамичка моќ и индиферентност кон живото ткиво.



## Заклучок

– Успехот од апикотомијата на забите бездруго зависи и од материјалот со кој се полни каналот на коренот. Со примената на златните колчиња кои одговараат на волуменот на коренските канали се зголемува и процентот на успех на самата интервенција.

– Примената на златните колчиња при предоперативното полнење на радикуларните канали го сметаме за идеално решение, бидејќи покрај трајното атхерентно и целосно облитерирање, дејствуваат и благопријатно врз живото ткиво.

– Добрата херметизација оневозможува реинфекција од дентинските каналчиња.

## PREOPERATIVE FILLING OF ROOT CHANNELS WITH GOLD PINS IN APICOTOMIES

### Summary

We present the complex method for final preoperative filling of the apical third of the root channel using gold pins, and the others with tymol cementum and gutta-percha, in apicotomies. This method is superior compared to the classical ones, in the first line because of the gold pin that not only maintains long-term, adherent and complete obliteration, but acts as a favourable material to the living tissue.

### Литература

- 1) Blažič D., Njemirowskij Z., Azinović Z.: Eksperimentalna iskustva sa sredstvima za punjenje korenskih kanala. Zbornik radova I, VI kongres stomatologa Jugoslavije, 455-456, 1976 god.
- 2) Извекова, Н. (1971): Клиническо рентгенологическа оцена резултатов леченија хронических периодонтитов методом трипсин електрофереза коренских каналов. Стоматологија, 50 (3), 7-9.
- 3) Јанев Ј., Рафајловски Р.: Полнење на коренските канали со златни колчиња при реинплантација на заби. Македонски стоматолошки преглед I, 103-107, 1982 г.
- 4) Njemirowskij Z., Vambirs.: Eksperimentalno-komparativna ispitivanja nekih sredstava za punjenje korenskog kanala. Zbornik radova I, VI Kongres stomatologa Jugoslavije, 449-452, 1976 god.
- 5) Павловиќ В., Ѓорѓевиќ М., Маџановиќ Н., Илиќ П., Митиќ С., Џукниќ М.: Резултати лечења хроничних парадонтита 1964-1972. Зборник на трудовите од V-от конгрес на стоматолозите на Југославија: 403-410, 1975 год.
- 6) Вукосава Кљало-Сремчевиќ, Бранка Миљковиќ-Павловиќ: Наша искуства у каналном пуњењу појединим врстама кочиња, Зборник радова I, VI конгрес стоматолога Југославије, 456, 460, 1976 год.
- 7) Тавчиовски И., Стојановски Ј., Рафајловски Р.: Наше искуство са Calxyl-ом у лечењу периапикалног процеса. Стом. гласник Србије 2, 85. (1971).
- 8) Тавчиовски И., Оцаклиева С., Кедров П.: Конзервативна терапија периапикалних процеса. Зборник радова I, VI конгрес стоматолога Југославије, 410-412, 1976 год.
- 9) Школар Т. (1962): Односеансни метод леченија верхушечних периодонтитов. Стоматологија, 41 (3), 3-5.
- 10) Vincent et Merle – Beral. – „Conditions des Réimplantations Dentaires“. C. R. XIII Cong. Franc. Stom. Rev. Stomat. Paris, 54, 675.
- 11) Шолохова А (1970): Глюкопротеиди в сиворотке крвиболезних хроническим периодонтитом, Стоматологија 49 (4), 24-26
- 12) Врбиќ В. Полнење коренинскега канала с сребрними затички. Забоздравствени вестни 5, 135-140, 1968 г.

Медицински факултет – Нови Сад  
 Стоматолошки отсек

## О НОМЕНКЛАТУРИ И КЛАСИФИКАЦИЈИ ОБОЉЕЊА ЗУБА

Јовић Д.

У последње три деценије сведоци смо брзог и успешног развоја стоматолошке науке и праксе у нашој земљи. Број зубних амбуланата и лекара стоматолога у њима нагло је растао, а упоредо са тим и одговарајућа опрема и стручни ниво рада. Са задовољством се може констатовати да се из године у годину на стручним састанцима презентују саопштења и реферати, који по својој тематици и вредности не заостају за највишим светским достигнућима.

Разлог за овакво стање свакако треба тражити у отварању нових факултета и отсека, у едуковању већег броја стручних кадрова, јер сигурно је да квантитет омогућује и квалитативни скок. При томе, међутим, не сме се губити из вида да се неке недоречености и непрецизности и даље провлаче кроз нашу струку. То нарочито долази до изражаја на стручним састанцима, када у појединим приликама скоро да нисмо у стању да се правилно споразумемо, поготово у односу на називе појмова и класификацију обољења.

Данас се код нас много говори о јединственој терапеутској доктрини, о уједначавању планова и програма по школама. То је доказ присуства осећаја да нешто и поред свеукупног великог напретка омета даљи развој узајамног успешног стручног комуницирања. Због тога, крајње је време да се истакну ти непожељни пунктови и да се кроз расправе на широким стручним скуповима, а особито састанцима специјалистичких секција, свеобухватним тумачењем постојећих разлика дође до заједничког става.

Каријес као деструктивни процес највећу пажњу привлачи по дубини разарања и распадања чврстих зубних ткива. И док су схватања код дијагноза *caries superficialis* и *media identična* и по називу и по питању њихове санације, код дубоког каријеса већ се по јављују прве неслагласности. Та неслагања базирају на различитој класификацији, која је пак последица неразјашњеног питања да ли је дубоки каријес јединствен појам као *caries profunda* или је двојак као *caries profunda simplex* и *complicata*.

Ако додатак *simplex* треба да значи да је каријес обичан, прост, онда њега треба придодати и уз *superficialis* и *media*. С друге стране, ако додатак *complicata* треба да значи да је тај каријес нечим искомпликован, онда уз овај назив недостаје ознака са чим, односно недостаје једно *cum*, после чега би морало да се наведе која је врста компликације (хиперемија, инфламација, гангрена пулпа итд.).

Уобичајено схватање у пракси ових термина је упрошћено и лежи у томе, да је ко *caries profunda simplex* могуће одстранити сав распаднути дентин, а код *caries profunda complicata* то није могуће. Према томе значило би да је *caries profunda complicata* један дубок каријес искомпликован неуклоњеним кариозним масама.

\* Трудот е читан на IV-та стоматолошка недела на СР Македонија, Струга, 1982.



Овај момент сада поставља нов проблем о прилазу принципу хируршке обраде ране, јер је препарација кавитета по својој суштини то. Од различитог гледања на овај принцип потиче и основни неспоразум о јединственом или двојном постојању и класификовању дубоког каријеса.

Код обољења пулпе појављује се у номенклатури хроничних отворених пулпита термин „последница запаљења“. Поставља се оправдано питање да ли ова појава сама по себи представља хронично запаљење или је само последница запаљења. У другом случају би онда морало да се прецизира каквог је запаљења та последница, односно акутног.

Затворени хронични пулпити се у класификацији негде јављају у два вида, као алтернативни и као интерни гранулом, док се негде алтернативни третира као једини тип ове врсте запаљења. Интерни гранулом се у овом другом случају уводи у групу ресорпција под називом интерна ресорпција, за разлику од акстерних ресорпција, које се такође уврштају у ову групу.

Када су у питању трауматске повреде пулпе, шаренило у називима и појмовима је поготово изражено. Ту се срећу и праве дијагнозе, као што су *pulpitis traumatica aperta* и *clauza*, а срећу се и појмови фрактура зуба или корена, перфорација пулпе, *colisio pulpaе*, акцидентално отварање пулпе итд. Поставља се питање да ли треба у једној класификацији обољења баратати само са правим дијагнозама или само са појмовима или и овако и онако?

Често се срећемо и са појмом „ревизија пуњења“. Ако се овај термин прихвати и као дијагноза на основу које је спроведен изванредан терапеутски третман, онда се и званично признаје да погрешно пуњење канала корена не претставља грешку. Свака лекарска интервенција треба да следи претходно постављену дијагнозу. Очигледно је да овде то није случај, јер се овај термин никако не може прихватити као дијагноза иако се упорно провлачи кроз наше радне картоне.

Не тако често, али у прилици смо да наставимо лечење започето код другог лекара или у другом месту. Пошто обично болесник не зна о каквој се обољењу радило, овакви се случајеви воде под најразличитим дијагнозама, стањима и појмовима. Потребно је и за овакве случајеве пронаћи и прихватити адекватну дијагнозу и по њој се равнати.

Дијагноза *gangraena pulpaе* представља по својој суштини некротично распаднуто ткиво овог органа, инфицирано путридним бактеријама. У зависности од фазе у којој се процес распадања налази, пулпа може да буде захваћена у целости или делимично. Отуда се појављују термини *gangraena totalis* и *gangraena partialis*. При томе се по правилу испушта из назива име органа, а инсистира се на степену развоја процеса. На тај начин додаток *partialis* жели да истакне и укаже на постојање извесног виталног дела пулпе.

Појаву са истим патохистолошким налазом неке школе сврставају под дијагнозу *pulpitis chronica aperta ulcerosa*, а неке као *pulpitis gangrenosa*. Очигледно је да различити називи за исту појаву долазе од полазне тачке посматрања важности и давања предности одређеном стању ткива истог органа. Боље речено, овде се као дилема поставља питање, да ли је за примену и исход одговарајуће методе терапије битније преостало витално ткиво са очуваним каквим таквим биолошким потенцијалом или његов некротично распаднути инфицирани део.

Следећи неспоразум који настаје код дијагнозе *gangraena pulpaе* је њена подела на *simplex* и *complicata*. Они, који је овако деле, наравно опет без употребе назива органа, односно пулпе, под *simplex* подразумевају стање ткива које се крије иза назива *partialis* и *totalis*. Под непрецизним и непотпуним појмом *complicata*, коме опет не одстаје додаток *cum*, не може се схватити шта се све подразумева. Да ли је тај појам заједнички термин за све врсте пародонтита или само за поједине, на пр. само за хроничне из назива није јасно.

Када је већ реч о пародонтитима, треба истаћи да су ова обољења до пре двадесет година била класифицирана под називом „периодонтити“. После тога је прихваћен израз „пародонтити“. Ова промена нашла је основа у схватању, да је

тешко разграничити када се ради о обољењу пародонцијума, а када о обољењу пародонцијума.

Сви међутим то нису прихватили, тако да се и код нас у дечијој стоматологији ова обољења и даље класифицирају као пародонититис. Из овога оправдано се намећу неколико питања. Прво, значи ли то да се код дечјих зуба ова обољења јављају само у виду пародонтита а код одраслих само у виду пародонитита? Друго, да ли стварно нисмо у стању да клинички, параклинички и у крајњој линији терапијски диференцирамо једно од другог. Треће, где сврстати трауматску оклузију и друге сличне појаве реверзибилне природе?

Изнета запажања, на први поглед безначајна, представљају приличну сметњу у широј комуникацији између стручних кадрова са различитих школа. Овако неуједначена, недоречена и непрецизирана номенклатура и класификација обољења доводи у крајњем степену и до примене различитих метода у терапијском третману.

Такво стање не даје нам много за право да се поносимо постигнутим стварним напретком у другим правцима. Изнете чињенице не дају нам такође за право да олако гледамо на постављана питања, нити да их оставимо без одговора.

Нормално је и логично, да пре него се упустимо у тумачења фундаменталних проблема на нивоу ћелије или у њој, претходно по устаљеном редоследу вредности разрешимо мање тешка, нама доступнија и битнија питања, да бисмо могли правилно пратити и схватити оно што иза тога следи.





Медицински центар-Куманово  
Одел за дентална протетика при  
ООЗТ Стоматолошка здравствена заштита

## АКУПУНКТУРНА АНАЛГЕЗИЈА ВО СТОМАТОЛОШКАТА ПРОТЕТИКА I ДЕЛ

Даштевски Б., К. Поп Стефанија, Г. Симов

*Акупунктурната аналгезија ја имаме применето во забнопротетички цели на одделот за дентална протетика кај 38 пациенти, чија средна возраст изнесуваше 49 години.*

*По спроведената акупунктурна аналгезија при препарацијата на столбовните заби кај пациентите болката значително беше намалена. Електроакупунктурна аналгезија ја добиваме при дејствување во целни точки со јачина на потенцијалот од 8mA, при фреквентност од 60 цокли во секунда, во тек на 20 минути.*

Примената на акупунктурната аналгезија во стоматолошката протетика претставува метод за намалување на болката при препарација на забите(2).

Покрај досегашните познати методи и технички можности за намалување на болката при препарација на забите, како што се гледа од нашиот труд, и акупунктурната аналгезија ја нашла својата примена.

Авторите на трудот за акупунктурна аналгезија во стоматолошката протетика немаат амбиција да предлагаат нови методи туку само ја изразуваат желбата за нејзина примена во секојдневното работење, во интерес на пациентите.

Со овој материјал авторите даваат осврт на примената на акупунктурната аналгезија во секојдневната амбулантна работа и го презентираат своето скромно искуство.

На сите ни е познато дека препарацијата на забите спаѓа во редот на најнепријатните интервенции во стоматолошката протетика, како за терапевтот така и за пациентот, вклучувајќи го на прво место стравот од болката што треба да се претрпи, и покрај денешната усовершена техника.

Сакајќи да дадеме придонес во разрешувањето на најчувствителниот елемент во препарацијата на столбните заби, болката, се зафативме со овој проблем, за да решиме некои нерешливи случаи и да дадеме свој придонес во протетиката препарација со намалена болка.

Теоријата на акупунктурата и теорија на традиционалната кинеска медицина, а нејзините два основни принципа се ЈИН и ЈАНГ. Тоа се два спротивни принципа кои секогаш се во меѓусебна борба за превласт (3).

Нивната рамнотежа означува здравје и благосостојба. ЈИН и ЈАНГ, всушност, претставуваат изрази на таканаречената ВИТАЛНА ЕНЕРГИЈА на човекот која Кинезите ја наречуваат ЧИ.

\*Трудот е читан на 24. V 1980 година во МЛД - Скопје, на Секцијата за стоматолошка протетика



– Според ТСААНГФУ, во текот на својата работа, односно при вршењето на физиолошките функции, органите создаваат енергија ЈИН и ЈАНГ. Таа енергија циркулира во органите и акупунктурните канали без прекин, според извесни законитости, во различни ритми на максимумот и минимумот од деноноќието. Според традиционалната кинеска медицина, внатрешните органи кај човекиот организам се поврзани со канали (меридијани), кои всушност претставуваат одредени замислени линии, а се проектираат на површината на телото и се смета дека низ нив струи виталната енергија(5).

Вакви меридијани има 12 и 2 помошни и тие содржат над 800 точки каде што се пунктираат иглите, кои се направени од челик, со должини од 3,5 до 9 сантиметри, во зависност од тоа за кој дел од телото се употребуваат, односно кој канал и која точка се бара. Покрај овие точки на меридијаните, постојат и таканаречени специјални, екстраточки кои се надвор од нив(6).

Како и во сите други науки, и во акупунктурата, со време и низ работа, се наметнала една нова дисциплина-акупунктурна аналгезија, под кој поим се подразбира губење на болниот феномен, но не и на полно исчезнување на болката. За време на аналгезијата пациентот останува на полно свесен, подвижен, ориентиран во времето и просторот, релаксиран и опуштен. За воведување во акупунктурна аналгезија се употребуваат специјални апарати (електростимулација), кои засега се произведуваат во Кина и некои други земји во светот, а се засновани врз принципот на еднонасочна наизменична струја, со напојување од батерија или електрична струја од 220 волти (2).

### Метод на работа

За препарација на забите ние ги употребивме следниве точки за акупунктурна аналгезија:



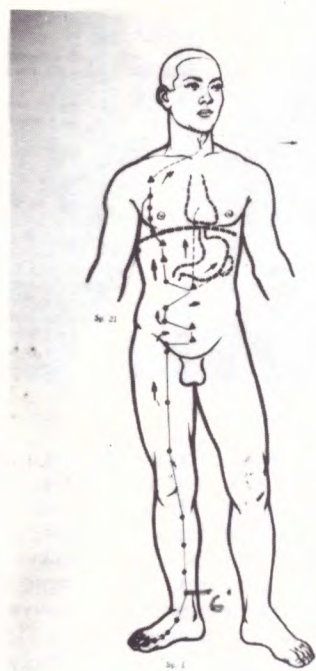
Слика 1

1. Точка 6-САНЈИНЦИЈАО–Оваа точка му припаѓа на меридијанот на слезината кој поседува 21 точка и припаѓа на групата ЈИН. Тој поаѓа од ножниот палец а завршува на седмото ребро во пазувата (4).

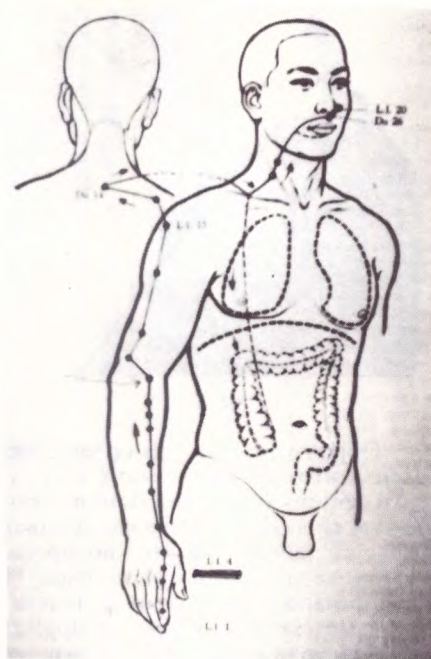
2. Точка 4-ХГУ–Оваа точка му припаѓа на меридијанот на дебелото црево кој поседува 20 точки, а припаѓа на групата ЈИНГ. Меридијанот поаѓа од врвот на показалецот и завршува во носното крилце. Овој меридијан, покрај точката 4, поседува уште две точки: 2 и 3, кои се одговорни за смирување на болката во забалото (4).

3. Точка екстра-2-ТАЈ–ЈАН.Оваа точка спаѓа во таканаречените екстраточки не влегува во составите на меридијаните како претходните две туку перзистира сама за себе, со посебни задачи (4).

Само да напоменеме дека, покрај овие точки, постојат уште 18 кои се одговорни за стоматолошката регија и се строго издиференцирани дури и за секој заб одделно.

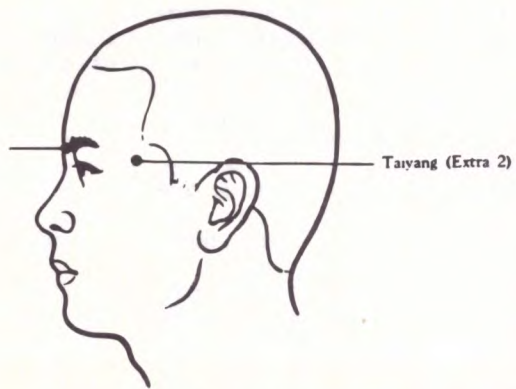


Слика 2



Слика 3

Најнапред накусо ги информираме пациентите за методот, потоа ги вклучуваме на апаратот, откако претходно сме ги аплицирале иглите во гореспомнатите точки (сл.5, 6 и 7). Постепено ја зголемуваме силата на протокот на електричната енергија во апаратот, сè додека пациентот не ни сигнализира дека чувствува мала вознемиреност или незначителна болка.



Слика 4



Слика 5





Слика 6



Слика 7

Објективно може да се забележи дека иглата започнува да трепери. Тогаш интензитетот го намалуваме и го оставаме копчето во таа положба. Никакви други сензации при оваа манипулација пациентот не чувствува. По истекот на 20 минути, со вака подготвениот пациент веќе може да се работи. На местата околу иглите се забележува кружно црвенило, големо колку 1 динар, што покажува дека процесот тече и е позитивен. Иглите се забодуваат отсечно, а дозволено е таканаречено дотерување сè додека во тој дел од раката пациентот не чувствува моментно струење во правец на периферниот дел на екстремитетот (1).

Местото на убодот и иглите, кои претходно се стерилизирани, се забришуваат со алкохол. При вадењето на иглите треба да се притисне на местото на убодот бидејќи може да дојде до капиларни крварења. По ваквата подготовка на пациентот се започнува со препаратацијата, по веќе познатите протетички принципи. Пациентите беа избирани по случаен избор, без оглед на возраста, полот, обемот на работата (бројот на забите за препаратација).

#### Дискусија

За да можеме да добиеме што поточни податоци и колку што е можно да го исклучиме субјективниот момент, кај некои пациенти препаратацијата ја започнуваме пред вклучувањето на апаратот и апликацијата на иглите. Следејќи ги емоциите, мимиката и гестикациите на пациентот, при што најчесто добиваме израз на таканаречено измачено лице од силната болка при струењето на забите, донесувавме заклучок за ефектот на акупунктурната аналгезија за време на препаратацијата. Кај некои пациенти користењето на девитализираните заби ни служеше за контрола. Во текот на работата водевме сметка да ги опфатиме сите претставници на одделни регии на забите од фронталната и бочната регија, горната и долната вилица. Што се однесува до бројот, препариравме еден до најмногу 10 заба во една сеанса. Не е исклучена можноста нашите избраници и природно добро да ја поднесувале препаратацијата, односно да биле толерантни спрема болката, но сепак повеќето од нив, по вклучувањето на апаратот, објективно добиваа таканаречено мирно лице, исчезнуваше силниот мускуларен грч, мускулатурата се разлабавуваше што за нас е особено важно, бидејќи при работењето немаме отпор од страна на мимичната мускулатура.

Времетраењето на аналгезијата по исклучувањето на апаратот беше продолжено околу 2 часа. Притоа ги контролиравме пулсот и тензијата, при што забележавме дека нивните вредности беа незначително намалени во текот на електростимулацијата.

При повторното доаѓање, за проба на коронките, без да ги вклучиме, во апаратот, пациентите чувствуваа силна болка при дополнителните струења.

Според слободните исказување на одделни пациенти направивме градација во степенот на болката. Според нив, таа беше осетно намалена во однос на обичната препарација што сметаме дека е чисто субјективно чувство. Според нас, на овој начин овој феномен е немерлив.

#### **Заклучок**

Примената на акупунктурната аналгезија во денталната протетика претставува метод на намалување на болката при препарацијата на забите.

Меѓутоа, истакнуваме дека ова е наш почеток и дека засега располагаме само со овој материјал. Нашиот интерес за оваа проблематика нема да запре. Ќе продолжиме да работиме на продлабочувањето на ова поле на науката, а одвреме навреме ќе информираме за нашите резултати, без оглед дали се тие позитивни или негативни.

#### **L'ANALGESIE DE L'ACCOUPUNCTURE DANS LA PROTETIQUE DENTALE**

##### **Résumé**

L'apliguation de l'analgesie de l'accouppuncture dans la protetique dentale proestante une methode de diminuer les douleurs pendant la préparation des dents.

A part, des methodes connues jusqu'a'present et les possibilités techniques de diminuer des douleurs pendant la preparation des dents, comme on peut voir de notre ourage et l'anagesie de l'accouppuncture a trouve son application.

Les competants de cet ouvrage avec l'analgesie de l'accouppuncture dans la protetique dentale, n'ont pas d'ambitions d'imposer une son opinion, mais ils ont le souhait de commencer la discussion et provoquer l'inèrèt e propos de ces problemes, que nous voudrions l'apliquer dans le travail quotidien.

Avec cet ouvrage nous n'avons pas i'intentie d'expliquer la discipline – analgesie de l'acouppuncture, mais de transmetre seulement notre experiance.

##### **Литература**

1. J. Bozsazello-Acupuncture et Art deutaire Maisonneuve
2. M. Bresset-Analgesie paracupuncture en dentisterie operatiore et shirurgicale, Maloine S. A. editeur Paris 1979 god.
3. I. Georges Beauh-La medicine Chinoise 1963 by Edition du Seuil, Paris.
4. Ž. E. H. Niboyet-Lauestheisie par lacupuncture Maisonneuve, Paris 1973 godina
5. A. Škokljev-Akupunkturolagija, Bgd., 1976 god.
6. A. Outline of Chinese Acupuncture The Academ of Traditional Chinese Medicine.





**БАКТЕРИСКА ИНВАЗИЈА НА ПУЛПИНИОТ ДЕНТИНСКИ СИД IN VITRO**

Bacterial Invasion of Pulpal Dentin Wall in vitro  
E. S. Akpata and H. Blechman  
Journal of Dental Research: 61, 2, 435-38, 1982

Во овој труд, авторите in vitro ја испитувале пенетрацијата на бактериите во дентинските каналчиња на кореновиот систем.

За испитувањето биле користени 14 свежо екстрахирани еднокорени човечки заби со интактна забна пулпа.

По стандардната обработка на каналите (ширење и сушење) забите биле стерилизирани со етиленоксид гас, а потоа инокулирани со познати бактериски изолати добиени од инфицирани канали и периапикални жаришта.

Инокулацијата на коренските канали била направена со две облигатни анаеробни бактерии, *Bacteroides melaninogenicus* и *Peptococcus asaccharolyticus*, и две факултативни анаеробни бактерии, *Streptococcus faecalis* и *Streptococcus sanguis*. Потоа, инокулираните заби биле потопувани во соодветна култура во Петриеви шолји и инкубирани на 37°C, една, две, или три недели.

Од забите биле направени хистолошки препарати на кои била набљудувана пенетрацијата на бактериите во дентинските каналчиња.

По една недела, забележана била инвазија во многу малку дентински тубули од *Streptococcus sanguis*, и тоа во цервикалната третина на кореновиот канал, кои пенетрирале од 1/4 од дебелината на дентинскиот сид.

По втората недела дошло до инвазија на цервикалната и средната третина со *Streptococcus sanguis* и *Streptococcus faecalis*, продрени до половината од периметарот на дентинскиот сид, а по третата недела по должината на целиот канал по целата дебелина на дентинскиот сид.

Облигатните анаероби употребени во овој експеримент, за разлика од факултативните, имале бавен раст, поради што разликите во инвазивноста на бактериите делумно може да се припишат на различниот ритам на растење.

Овој експериментален систем може да се користи за испитување ефектот на медикаментите и иригаторите што се аплицираат во кореновите канали врз микроорганизмите сместени во пулпиниот дентински сид.

С. Оуаклиевска

**САЛИВАРНИ ВРЕДНОСТИ НА КИНИНОГЕНОТ И КАЛИКРЕИНОТ КАЈ ПАРОДОНТАЛНИ БОЛНИ**

Kininogen and kallikrein in saliva of periodontally diseased subjects  
Sakamoto W., Fukuda H., and Hishikaze O.

J Dent Res 60 (1):6-9, 1980

Хуманата слива и саливарните жлезди содржат каликреин, под чие хидролитично влијание кининогенот ослободува кинин пептиди. Два такви пептида се



брадиканинот и калидинот, хемиски медијатори на инфламацијата. Со желба да го разјаснат физиолошкото значење на каликреин-кинин системот за пародонталната болест, авторите ги проучиле нивоата на кининген, користејќи ги radio-immunoassay методот, ензиматскиот метод при истражувањето на активноста на каликреинот.

Плунка била земена од 14 лица без знаци на гингивална инфламација, а со длабочина на физиолошкиот гингивален сулкус помала од 1 мм, и од 7 пациенти со нагласена гингивална инфламација и со пародонтални џебови, чија длабочина изнесувала над 5 мм. По плакнењето на устата со вода била собирана нестимулирана плунка за време од 30 минути. Паротидната и субмаксиларната салива биле собирани директно од дуктусите на соодветните жлезди во текот на 10 минути, користејќи туби, и тоа по додавањето една капка 0,5% оцетна киселина на јазикот од здравите лица, без променет пародонциум.

Резултатите од тест методите покажале дека нивото на кининогенот кај пародонталните болни било значително повисоко во споредба со контролната група ( $P < 0.005$ ). Вредноста на кинингогенот кај пародонталните болни изнесувала  $357.9 \pm 266.37$  ( $136.14-907.90$ ) ng protein / mg protein. Кај здравите лица вредноста изнесувала  $31.1 \pm 29.08$  ( $6.25-105.00$ ).

Меѓутоа, активноста на каликреинот во двете групи била речиси иста. Кај пародонталните болни:  $19.9 \pm 11.02$  ( $8.4-36.3$ ), а кај здравите лица:  $23.1 \pm 7.66$  ( $9.0-33.81$ ) mU/mg protein.

М. Симоновски

## XI КОНГРЕС НА ЛЕКАРИТЕ НА СР МАКЕДОНИЈА

Во Струга, од 23 до 25 септември 1982 г., се одржа традиционалниот национален XI конгрес на лекарите од СРМ. Распоредени во пет секции, за Конгресот беа пријавени 664 реферати. За прв пат на овој Конгрес се направи обид 19 теми да се изнесат на постери, начин кој веќе подолго се применува на конгресите и слични манифестации.

Како конгресни теми беа прифатени: малигните заболувања во нашата практика; актуелните прашања од перинаталната заштита; здравствената заштита на учениците; општонародната одбрана и слободни теми.

Дека малигните заболувања се мошне актуелни во секојдневната практика на лекарот зборуваат и 174-те теми од областа на епидемиологијата, детекцијата, дијагностиката, лекувањето и организацијата на дејноста. Изнесени беа современи методи на дијагностика од сите области на медицината, забележителен број теми ја презентираа локализацијата на малигните заболувања на сите органи, хируршкиот третман, рехабилитацијата, а беа дадени и прикази на анализи на овие заболувања во тек на повеќегодишен период.

Перинаталната заштита, преку 106 стручни прилози, и на овој собир беше застапена со повеќе прикази на проблемот на морбидитетот и смртноста на новороденчињата и доенчињата, проблемите на прематуритетот, раната дијагностика и терапијата на различни видови аномалии, а беа презентирани и актуелни проблеми од секојдневната практика.

Во не мал број прилози (97) беше прикажана здравствената заштита на учениците во диспанзерите, училиштата и на пошироко подрачје. Голем број автори ги изнесоа своите искуства во врска со менталниот и физичкиот развиток на учениците, разните видови заболувања, психотичните манифестации, употребата на алкохол, дрога и никотин, како и деформитетите на локомоторниот апарат.

Како и секогаш, најбројни беа слободните теми 272. Во нив беа изнесени клиничките испитувања и искуства од областите на: уринарниот и респираторниот систем, дигестивниот тракт, офталмологијата, кардиоваскуларните заболувања и психопатските иследувања.

Составен дел на оваа манифестација беше и презентацијата од областа на општонародната одбрана. Во 29 теми беа прикажани: улогата на здравствениот регион, современите оружја, хируршкиот третман, како и анестезијата, реанимацијата, исхраната и заштитата во посебни услови.

Љубинка Нечева

## IV СТОМАТОЛОШКА НЕДЕЛА НА СР МАКЕДОНИЈА

Од 26 до 28 мај 1982 год. во Струга се одржа IV-та стоматолошка недела на СР Македонија во организација на Стоматолошката секција при Сојузот на здруженијата на лекарите на Македонија.



Оваа средба претставуваше најголема републичка стручно-научна и организациона манифестација од доменот на стоматолошката наука одржана кај нас. Тоа го потврдува и големиот број пријавени и одржани реферати (145) од сите специјалности на стоматологијата, како и големиот број посетители (преку 200).

Свеченото отворање на IV-та стоматолошка недела беше во салата на Домот на културата во Струга, во присуство на голем број стоматолози од нашата и другите братски републики, и тоа како од стоматолошките факултети така и од разни места од внатрешноста. Најмногубројни беа гостите од нашата Република, што е и оправдано.

На отворањето присуствуваа и голем број општествено-политички и јавни работници од Републиката и градот домаќин. Посебно место заземаше делегацијата на покровителот на собирот РК ССРМ.

IV-та стоматолошка недела беше отворена од претседателот на организациониот одбор доц. д-р Ефтим Мирчев. Во името на покровителот собирот го поздрави другарот Зоге Груевски. Собирот беше поздравен и му беше посакана успешна и плодна работа од делегатите на републичките стоматолошки секции, од стоматолошките факултети и од политичките и општествените структури на градот домаќин.

На отворањето беше изведена културно-уметничка програма, а изнесена беше главната тема на собирот: „Општествено-економскиот статус на стоматолошката служба во СРМ“. Во име на група автори, рефератот го презентираше проф. д-р Љубинка Нечева.

Другиот дел од стручно-научната манифестација се одвиваше по специјалности, во четири сали на хотелот „Дрим“, каде што беа сместени и гостите на собирот.

Во текот на одржувањето, покрај тоа што беа изнесени сознанијата за новите достигнувања во службата кај нас и во светот беа обновени доста стари и се склопија многу нови познанства, беше извршена размена на искуствата, беше даден и придонес во јакнењето на братството и единството на народите и народностите на Југославија.

За првпат од одржувањето на оваа традиционална манифестација кај нас и слични во земјата, со другиот пропаганден материјал беше поделено и списанието на Стоматолошката секција, Македонски стоматолошки преглед 1 и 2 од 1982 год. Во овие два броја се отпечатени повеќето од трудовите што беа презентирани на собирот.

Во деновите на одржувањето на стручната манифестација, а надвор од редовната програма, се одржаа и состаноци од југословенско значење кои ја збогатија оваа манифестација. Состанок одржаа

- Председателството на Друштвото на стоматолозите на Југославија
- Конгресниот одбор на СБУЗП– 83
- Специјалистичката секција по детска и превентивна стоматологија
- Специјалистичката секција по ортодонција

За цело време на одржувањето на собирот провејуваше убаво расположение, радост поради присуството на оваа манифестација и задоволство кај членовите на организациониот одбор за пофалбите што ги добиваа од сите страни за успешната организација. Уште еднаш дојде до израз традиционалната љубезност и гостопримство на народите на Македонија. Единствено на што организаторите не можеа да влијаат беше времето кое не одговараше на вообичаеното за тој период на охридското крајбрежје што организаторите го имаа предвид кога го одредуваа терминот на одржувањето. Од овие причини убаво замислените и испланирани излети и разгледувања на Охрид и Срруга во организација на Паластурист не можеа да се остварат.

**Ефтим Мирчев**

**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 областа 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, 91000 Скопје, ул. Водњанска бр. 17 или на телефон (091) 223-704 и 238-020







## 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, симпозиум 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 см 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 означат 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**