

6

МАКЕДОНСКИ
СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

MACEDONIAN
STOMATOLOGICAL
REVIEW

Скопје. 1987 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 XI Број 1–2 1987

Редакциски совет

Проф.д-р Иван Тавчиовски
Проф.д-р Благодна Лазаревска
Проф.д-р Горѓи Симов
Проф.д-р Илија Васков
Проф.д-р Симка Серафимова-Теодосиевска
Проф.д-р Томе Тузаров
Проф.д-р Игнат Богдановски
Проф.д-р Вангел Димитровски
Проф.д-р Мила Мирчева
Проф.д-р Марија Накова
Доц.д-р Марија Муровска
Виш унив.пред.д-р Јордан Стојановски
Доц.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
Прим.д-р Горѓи Лајчароски

**Уредува
Секретаријат на Редакцијата**

Главен и одговорен уредник
Проф.д-р Иван Тавчиовски
Заменик на главниот уредник
Проф.д-р Благодна Лазаревска
Виш унив.пред.д-р Јордан Стојановски
Доц.д-р Методија Симовски

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: 40100-607-1809

РЗ Стоматолошки факултет
за Македонски стоматолошки преглед

Годишна претплата на списанието: 3.000 динари за индивидуални претплатници, 1.000 динари за
студенти, 7.000 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 XI 1987 Број 1-2

СОДРЖИНА

Јанев Ј.

Гнатодинамометриски аспект
на испитувањата на реимплан-
тирани заби 5

Белоица Д., Вуловиќ М.

Најчешће индикации за при-
мену Хелио програма у децјој
стоматологији 10

Перовиќ Ј., Шћепан В.

Анаеробне бактерии у акутним
дентогеним инфекцијам 13

**Гајиќ М., Стевановиќ Р., Обра-
довиќ В., Оташевиќ Ј.**

Примена опште анестезије у
стоматолошком збрињавању
хендикепирани деца 16

**Лазаревска Б., Димитровски В.,
Поповска М.**

Корелација помеѓу антигените
на ХЛА-системот и аптозната
болест (прелиминарно соопште-
ние) 20

**Тасевски К., Тавчиовски И.,
Стевановиќ М.**

Рендгенолошка евалуација на
ендодонтската терапија во
зависност од височината на
дефинитивното канално полне-
ње 28

MACEDONIAN STOMATOLOGICAL
REVIEW

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

Year XI 1987 Number 1-2

CONTENTS

Janev J.

L'aspect gnatodynamométrique des rec-
herches sur les dents réimplantées 5

Beloica D., Vulović M.

Most often indications for Helio
programme application in chi-
ldhood 10

Perović J., Šćepan V.

Anaerobic bacteria in acute dento-
genic infections 13

**Gajić M., Stevanović R., Obradović
V., Otašević J.**

Dental treatment of handicapped
children under total anaesthesia 6

**Lazarevska B., Dimitrovski V.,
Popovska M.**

Correlation between HLA sistem
antigenes and aphtous disease
(preliminary report) 20

**Tasevski K., Tavčiovski I., Stevano-
vić M.**

Radiography evaluation of endo-
dontic therapy results related to
level of root canal filling 28

**Матовска Љ., Василевски Б.,
Неделковска М.**

Постравматски ефекти на забите
– можности за конзервативна
санација 34

Богданова Љ., Царчев М.

Тераписки можности при ган-
грена на млечни заби 39

Павлов Д.

Реставрирање на предни заби со
индивидуална матрица 42

Индекс по автори 45

Преглед на објавените трудови во
1986 47

**Matovska Lj., Vasilevski B., Nedel-
kovska M.**

Post traumatic effects onto teeth –
therapeutic possibilities 34

Bogdanova Lj., Carčev M.

Therapeutical possibilities in gan-
grena of deciduous teeth 39

Pavlov D.

Restoration of the front teeth by
individual matrix 42

Author index 45

Published papers in 1986 47

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за орална хирургија

ГНАТОДИНАМОМЕТРИСКИ АСПЕКТ НА ИСПИТУВАЊАТА НА РЕИМПЛАНТИРАНИТЕ ЗАБИ

Јанев Ј.

*Ефектуирани се гнатодинамометриски мерења кај 100 реим-
плантирани заби. Анализата на добиените резултати покажа
дека мастикаторната функција на овие заби наплно се обно-
вува по нивната цикатризација.*

Познато е дека при мастикацијата одделни заби покажуваат големи раз-
лики меѓу себе, па затоа и нивната отпорност и издржливост се различни.

Со овој проблем се занимавале повеќе автори. Големiot број мерења на
цвакопритисокот дадоа приближно еднакви средни вредности во поглед на
издржливоста на секој заб посебно (2). Така на пример, Курлјандски (1967) ја
дава следнава шема:

максила	16 1	12 2	32 3	30 4	32 5	70 6	60 7
мандибула	1 8	2 8	3 16	4 24	5 24	6 40	7 36

Набер, податоците не ги систематизира по максила и мандибула, туку по
жени и мажи:

заби	1	2	3	4	5	6	7	8	Вкупно
жени	18	15	22	26	26	46	45	36	936 кг.
мажи	25	23	36	40	40	72	68	48	1408 кг.

Рариќ (1977), врз основа на електрогнатодинамометриски мерења, ја добил
следнава средна вредност:

максила	22,5 1	22 2	32 3	35 4	40 5	45 6	45,5 7	35,5 8	kg.
мандибула	1 24	2 24,5	3 31	4 37,5	5 41	6 47	7 53	8 31	kg.

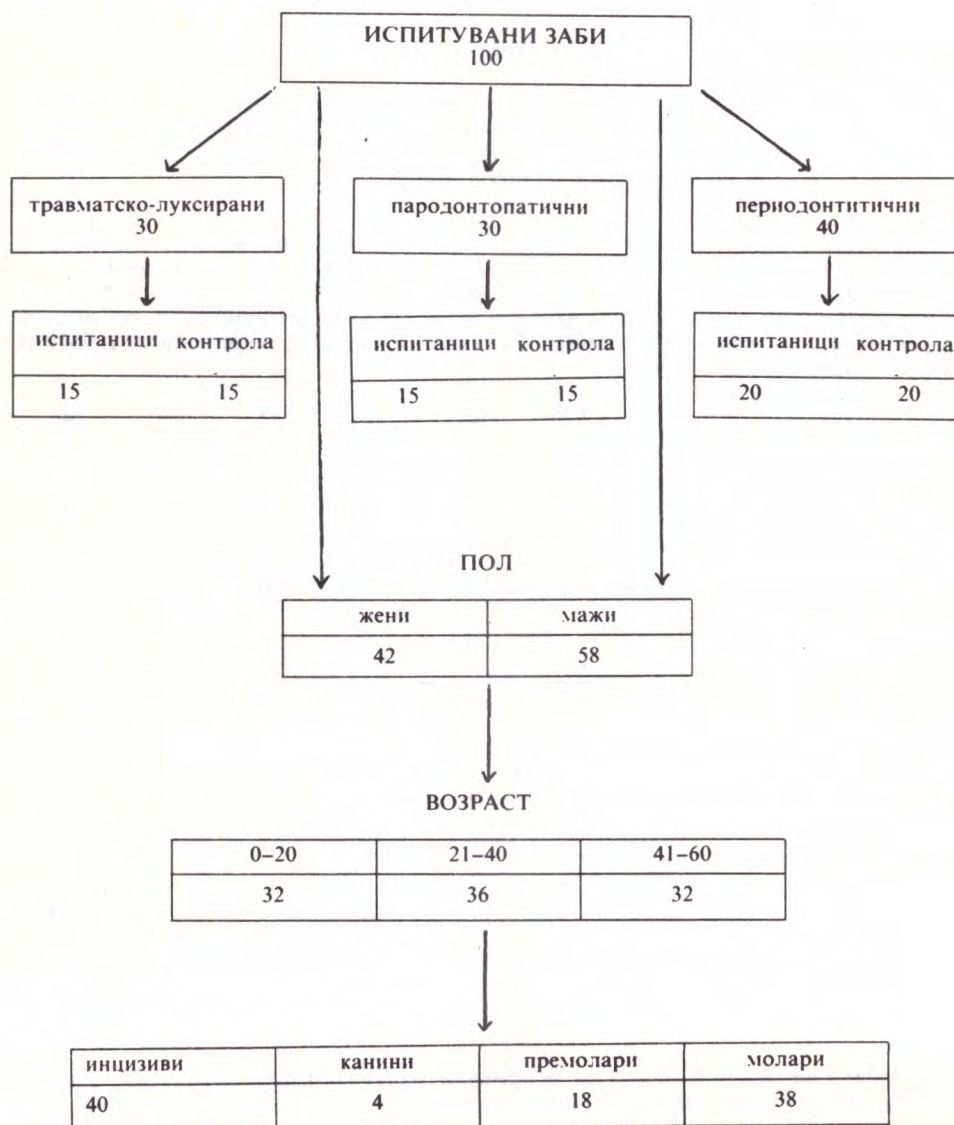
Целта на нашиот труд е да се прикаже мастикаторната функција на реим-
плантираните заби во различен временски период по интервенцијата.

Материјал и метод

Функционалната моќ на реимплантираните заби е следена и контролирана преку гнатодинамометриски испитувања на 100 случаи реимплантирани заби на Клиниката за орална хирургија при Стоматолошкиот факултет во Скопје.

ШЕМА I

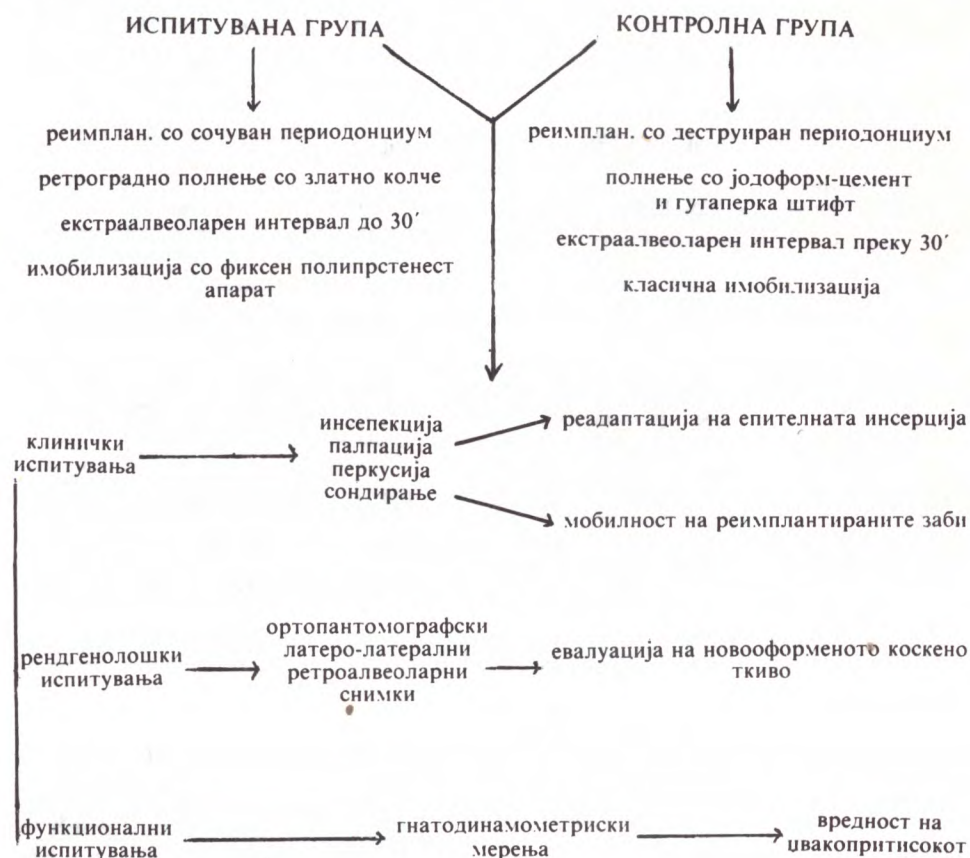
ПРЕГЛЕД НА ИСПИТУВАНИОТ КЛИНИЧКИ МАТЕРИЈАЛ ПО ДИЈАГНОЗА, ПОЛ, ВОЗРАСТ И ГРУПА ЗАБИ



Испитувањата беа изведени врз основа на следниве параметри, што шематски ги прикажуваме:

ШЕМА 2

МЕТОД И НАЧИН НА ИСПИТУВАЊЕ



За гнатодинамометриските мерења на реимплантираните заби е користен електрогнатодинамометар, конструиран во Сеизмолошкиот институт во Скопје.

По заздравувањето на реимплантираните заби, во различен временски период, т.е. по 45 дена и 2, 3, 6, 12, 36 и над 36 месеци, се вршени компаративни мастикаторни проби на оперираната и интактната страна, кај еднакво сочувано забало, и тоа кај групата испитаници и кај контролната група.

Резултати

Резултатите од гнатодинамометриските испитувања статистички, табеларно и графички се обработени и прикажани во њутн единици, означени со „N“

За споредба, направена е компарација до старата номенклатура во килограми. Исто така, резултатите се компарирани со добиените средни вредности за функционалното оптоварување на одделни заби, што ги нашол Папиќ (1977).

ТАБЕЛА 1

ГНАТОДИНАМОМЕТРИСКИ ИСПИТУВАЊА НА РЕИМПЛАНТИРАН ТРАУМАТСКО-ЛУКСИРАН 21, ЗАБ

Група \	Време	1,5 м		2 м		3 м		6 м		12 м		36 м		над 36 м	
		N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг
испитаника		15	1,5	30	3	120	12	210	21	210	21	210	21	200	20
контрола		10	1	15	1,5	90	9	170	17	190	19	190	19	160	16
средна вредност на контралат интактна страна		220	22	220	22	220	22	220	22	220	22	220	22	220	22
нормални вредности по Папић		225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5

ТАБЕЛА 2

ГНАТОДИНАМОМЕТРИСКИ ИСПИТУВАЊА НА РЕИМПЛАНТИРАН ПАРОДОНТОПАТИЧЕН 11, ЗАБ

Група \	Време	1,5 м		2 м		3 м		6 м		12 м		36 м		над 36 м	
		N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг
испитаници		5	0,5	10	1	80	8	170	17	170	17	170	17	170	17
контрола		5	0,5	5	0,5	55	5,5	100	10	145	14,5	145	14,5	145	14,5
средна вредност на контралат интактна страна		195	19,5	195	19,5	195	19,5	195	19,5	195	19,5	195	19,5	195	19,5
нормални вредности по Папи		225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5	225	22,5

ТАБЕЛА 3

ГНАТОДИНАМОМЕТРИСКИ ИСПИТУВАЊА НА РЕИМПЛАНТИРАН ПЕРИОДОНТИТИЧЕН 26, ЗАБ

Група \	Време	1,5 м		2 м		3 м		6 м		12 м		36 м		над 36 м	
		N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг	N	Кг
испитаници		85	8,5	90	9	275	27,5	370	37	370	37	370	37	370	37
контрола		80	8	80	8	165	16,5	230	23	360	36	350	35	300	30
средна вредност на контралат интактна страна		360	36	360	36	360	36	360	36	360	36	360	36	360	36
нормални вредности по Папић		450	45	450	45	450	45	450	45	450	45	450	45	450	45

Дискусија и заклучок

Анализата на добиените резултати со функционални испитувања на трауматски лускираните, пародонтопатичните реимплантирани заби покажа дека напоредно со нивното заздравување постепено доаѓа и до мастикаторна ефек-

тивност. На контролата, извршена по 6 месеци, мерењата покажаа дека нивната мастикаторна функција наполно се нормализира.

Трауматски луксирани реимплантирани заби најбргу ја воспоставуваат својата функција, во однос на другите реимплантации.

Постоперативниот, цикатризациски период на пародонтопатичните реимплантирани заби тече побавно и потешко од реимплантираните, трауматски луксирани и периодонтитични заби, па така и нивната функционална моќ се воспоставува побавно. Интересно е да се забележи, дека, на контролата по 6 месеци, кај 9 реимплантирани пародонтопатични заби, функционалната моќ била поголема од онаа на контралатаралната интактна страна. Овие податоци се совпаѓаат и со субјективната проценка на пациентите, кои изјавуваат дека реимплантираниот заб го чувствуваат поздрав и постабилен од другите заби.

Мастикаторната функција кај реимплантираните периодонтитични заби достигнува максимална вредност по 6 месеци од интервенцијата. Поради продолжен период на адаптација, некои од реимплантираните заби покажаа, не само идентични, туку и поголеми единици на оптоварување во однос на контралатаралната интактна страна.

Функционалните испитувања покажаа, исто така, дека со појавата на прогресијата на ресорптивниот процес започнува и опаѓањето на мастикаторната функција на реимплантираните заби.

Нашите клинички истражувања покажаа дека по операцијата ако реимплантираниот заб веднаш не се исклучи од артикулација, тогаш, цикатризацискиот процес не минува мирно. По заздравувањето, ако истиот заб пак не се вклучи повторно во функција, тогаш неговата трајност ќе биде помала.

Реимплантираните заби, по 2 до 3 месеца, можат да послужат и како носачи на мостови, исто како и другите девитализирани заби. Вклучените заби во функција имаат поголема трајност од невклучените. Сметаме дека причината лежи во функционалното оптоварување на забите, зашто мастикаторната функција, менувајќи ја морфологијата на органите, го забавува и самиот процес на коското реструктурирање и го зголемува векот на реимплантираниот заб.

L'ASPECT GNATODYNAMOMÉTRIQUE DES RECHERCHES SUR LES DENTS RÉIMPLANTÉES

Résumé

Les recherches fonctionnelles ont été faites d'après les mesurments gnatodynamométriques et ça à l'aide de l'électrognatodynamomètre. C'est pour ça 100 dents ont été réimplantées à des patients envoyés à La clinique de chirurgie buccale auprès de la Faculté Stomatologique à Skopje.

Литература

1. Haber B.: Beitrag zur replantation. Zahnar-ztl. Rdsch., 220, 1930.
2. Јанев Ј.: Клинички, рендгенолошки и гнатодинамометриски аспект испитувања реинплантираних зуба. Докторска дисертација, Сарајево, 1986.
3. Каднков Д.: Реплантирање на заби. Медицина и физкултура, Софија, 1976.
4. Курлјандскиј В. ЈУ.: Ортопедическаја стоматологија, Москва, 1967.
5. Рапиќ: Određivanje vrednosti zuba sidrenja metodom elektrognatodinometrije. Doktorska disertacija, Sarajevo, 1977.
6. Железаров Д.: Забна протетика и заботехника II, коронки, мостови и керамика. Просветно дело, Скопје, 1958.

Соматолошки факултет – Београд
Клиника за дечју и превентивну стоматологију

НАЈЧЕШЋЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ПРИМЕНУ ХЕЛИО ПРОГРАМА У ДЕЧЈОЈ СТОМАТОЛОГИЈИ

Белоица Д., М. Вуловић

Последњих десетак година се у реконструктивној и естетској стоматологији употребљавају различити композитни материјали. Последњих година се све више употребљавају монокомпонентни композити који полимеризују помоћу светла одређене таласне дужине коју омогућују одређени апарати. Један од таквих апарата је ХЕЛИОМАТ помоћу кога се, поред стандардне полимеризације, могу остварити и други програми, чији се начин примене разрађује у раду.

Композитни материјали се већ десетак година употребљавају у свакодневној стоматолошкој пракси. У дечјој стоматологији су композитни материјали нашли своју примену захваљујући систему микроретенције (нагризање киселинама), која је омогућила рестаурацију и оних дефеката крунице зуба који су иначе представљали велики проблем.

Клиничком применом композитних материјала потврђена су експериментална лабораторијска испитивања, јер су композити у односу на раније употребљаване материјале показали многоструко побољшање многих карактеристика (већу снагу и чврстину, незнатну промену димензија при везивању и термичким променама, слабију абразију, изванредну транспарентност и бољу постојаност боје). Поред тога, показало се да композитни материјали немају никакав негативан ефекат на пулпу, под условом да је предходно извршена коректна препарација кавитета са уклањањем свих кариозних маса, а дентин прекривен одговарајућим заштитним подлогама на бази калцијум хидроксида.

Последњих година се, поред двокомпонентних композита, који полимеризирају хемијски, све више употребљавају монокомпонентни композити који полимеризирају физички, помоћу светла одговарајућих таласних дужина (УВ, халогено).

Халогено светло се у циљу полимеризације све више употребљава у свакодневној стоматолошкој пракси, јер је за разлику од ултравиолетног светла потпуно безопасно по пацијента и по терапеута. Међу апаратима који производе халогено светло спада Хелиомат (Вивадент), помоћу кога се, поред стандардне полимеризације, могу урадити и други програми, што га издваја о других, сличних апарата.

- Тако се помоћу хелиомата може урадити:
- дијагностика просветљавањем различитим светлима
 - дијагностика плака
 - заливање фисура
 - пломбирање зуба у интерканином простору
 - пломбирање зуба у моларном простору
 - надоградња фрактурираних зуба

- збрињавање клинастих ерозија
- збрињавање хипоплазија и свих врста деминерализације глеђи
- естетско збрињавање пребојених зуба
- корекција атипичних облика зуба
- фиксирање сплинтова код трауматизираних зуба
- фиксирање металних бравица у фиксној ортодонцији

У дечјој стоматологији се све ови програми могу употребити изузев пломбирања у моларном простору, сем ако се не ради о депулпираним излеченим зубима.

Материјал и метод рада

Дијагностика просветљавања различитим светлима се користи код утврђивања апроксималних почетних кариозних лезија, нарочито у интерканином простору.

У случајевима када тестови виталитета не показују тачно стање пулпе, као помоћно дијагностично средство се користи светлост хелиомата, који просветљавањем са палатиналне стране даје мутну светлост, за разлику од здраве пулпе која интензивно пропушта светлост.

Уз помоћ хелиомата може се вршити детекција плака, плак тестом. Детекција се врши на тај начин што се зуби премажу индикатор liquid-om, а затим просветле светлошћу за плак тест. Ова метода се нарочито може користити у предшколске и школске деце у оквиру здравствено-васпитног просвећивања.

За превентивну стоматологију нарочито је значајан програм заливања фисура, који се примењује у циљу редукције каријеса на оклузалним површинама сталних зуба, које су предилекционо место за настанак зубног квара.

Заливање фисура се врши на потпуно здравим оклузалним површинама молара и премолара, најкасније 12 месеци после ницања. Након уклањања наслага, нагризања оклузалне површине киселином у трајању од 30 сек., испирања водом и сушења, на оклузалну површину се наноси хелиосил и полимеризује 20 сек.

На Клиници за дечју и превентивну стоматологију је од 150 заливених фисура, које се прате после 18 месеци, отпало 3,7% заливача, а на заливеним површинама се није појавио ниједан каријес.

У циљу збрињавања кариозних лезија на сталним зубима у интерканином простору, у оквиру хелио-програма употребљавају се испуне од хелиозит-а. Основни предуслови за употребу испуна код сталних зуба у деце су: потпуно уклањање кариозне лезије са максималним чувањем здраве глеђи и дентина и заштита дентина адекватном подлогом. Дентин мора бити у целости прекривен подлогом на бази калцијум-хидроксида, глеђ на рубу кавитета у промеру од 2 мм мора бити изложена дејству киселине. Након испирања и сушења, на нагрижене делове глеђи се наноси смола и врши полимеризација у трајању од 10 сек. После апликације целулоид траке у кавитет се аплицира испун од хелиозита и врши полимеризација орално и лабијално у трајању од 30-40 сек. Време полимеризације зависи од дебљине испуна, тако да за дебљину испуна од 3 мм полимеризација мора трајати 30-40 сек.

У дечјој стоматологији је примена хелио програма, поред збрињавања кариозних лезија, најчешћа код прелома круница зуба. Уколико је фрактурирани зуб виталан и без знакова луксације, надоградња се може радити одмах, уз услов да се фрактура површина прекрије подлогом на бази калцијум хидроксида (Reolit, Dusal, Sp Car и др.). Након избора и упасивања одговарајуће целулоид крунице, површина глађи од 3-4 мм се излаже 20 сек. дејству киселине и испира водним спрејом. После сушења на ретинирани део глађи се наноси хелиобонд и полимеризује у трајању од 10 сек. У припремљену целулоидну круницу се апликује хелиозит у одговарајућој боји, адаптира на фрактурирани зуб и полимеризује се на оралне и лабијалне стране у трајању од 30-40 сек. Вишак композита се

уклања дијамантским или челичним борерима у влажној средини. Код зуба где је приликом прелома отворена пулпа, надоградња се врши после завршеног ендодонтског третмана.

Хелиозит се са успехом може примењивати при изради сплинтова код луксираних зуба у деце. Лабијалне површине зуба које ће бити уклучење у сплонт се 30 сек. третирају киселином, испирају и суше. На нагрижени део лабијалних површина се наноси смола, адаптира припремљена шина, нанесе хелиозит и полимеризује у трајању од 30 сек. Овакве сплинтове је најбоље урадити у оним случајевима где би стављање било ког сплинта, који прелази на оклузалне површине, зубе довео у положај повишеног загрижаја.

Збрињавање хипопластичних промена на круницама сталних зуба, као и свих врста деминерализација глађи (милолиза), решавају се хелиосит-ом или хелиокolor-ом уз примену дентин-адхезита. Дефект се испере ахидроном, а на дентин нанесе дентин-адхесит. Затим се околна глађ нагризе киселином 30 сек, испере и осуши. На нагрижену глађ се нанесе смола, и онда апликује одговарајућа боја хелиосита и врши полимеризација.

Естетско збрињавање зуба који су променили боју, као и збрињавање клинастих ерозија се могу радити у деце, али се у овом узрасту ретко јављају, те се раде само у изузетним случајевима.

Израда испуна од хелиомолара у моларном и премоларном простору се у деце не препоручује, изузев код депулпираних зуба.

Груба обрада испуна и надоградња од хелиосита и хелиомолара се може радити обичним челичним или дијамантским борерима, а финална обрада гуменим дисковима различитих облика.

Закључак

Досадашња употреба хелио програма у дечјој и превентивној стоматолозији је показала одличне резултате, јер употребљени материјали нису на основу клиничког искуства штетно деловали на пулпу и околно ткиво, а показивали су се као изванредно првентивно средство (Heliouseal), а такође су показивали и отпорност на абразију, природност и постојаност боје (Heliosit).

MOST OFTEN INDICATIONS FOR HELIO PROGRAMME APPLICATION IN CHILDHOOD

Summary

In last decade in reconstructive and esthetic dentistry various composite materials have been used. Monocomponent materials have been used more often in last few years. This materials polymerise with the light of certain wave length, and one of them is Heliomat apparatus which beside standardised polymerisation provides other programmes discussed in this paper.

Литература

1. Beloica D.: Zbrinjavanje preloma II i III klase prednjih zuba u dece, magistarski rad, Beograd, 1973. g
2. Beloica D., Lukić V.: Nove mogućnosti zbrinjavanja fraktura III klase, Zbornik radova XI stom. nedelje SR Srbije, Negotin, 1975. g
3. Beloica D.: Savremene metode zbrinjavanja fraktura krunica zuba u dece, Zbornik radova IV simpozijuma stomatologa Slavonije i Baranje, Osijek, 1975 g
4. Beloica D., Vulović M. Polić D.: Ispitivanje rubnog zatvaranja materijala za plomiranje zuba, Zbornik radova IV simpozijuma o elektronskoj mikroskopiji, Krapinska Gora, 1983. g
5. Stošić P. i sar.: Dečja i preventivna stomatologija, Beograd, 1986. g.

Стоматолошки факултет – Београд
Клиника на оралну хирургију

АНАЕРОБНЕ БАКТЕРИЈЕ У АКУТНИМ ДЕНТОГЕНИМ ИНФЕКЦИЈАМА*

Перовић Ј., Зорица Милошевић, В. Шћепан, М. Јуришић

Истраживањем је било обухваћено 11 пацијената са акутним дентогеном инфекцијом.

Материјал је узиман пункцијом абсцеса, иглом и бризгалицом, пошто је предео узимања материјала претходно чишћен 0,5% аспесолом. Узорци су затим давани на култивисање или одлагани на транспортну подлогу. Потом су инкубирани аеробно (24 часа) и анаеробно (72 часа, у комори са 90% водоника и 10% CO₂)

Добијени резултати су следећи: у два случаја изоловане су чисте културе аеробних микроорганизама. Чисте културе анаероба у два случаја. Две мешовите културе анаероба и три аеробно-анаеробне мешовите културе. У два случаја подлоге су остале стерилне.

Најчешће изолована анаеробна бактерија био је Peptostreptococcus, док међу аеробима је то Streptococcus alfa-haemolyticus.

Дентогене инфекције настају и развијају се као комплексна интеракција између, првенствено, микроорганизама нормалне флоре усне дупље домаћина и организма домаћина односно његових одбрамбених снага. Ове инфекције и данас представљају озбиљан здравствени и социо-економски проблем.

Досадашња истраживања су показала да су дентогене инфекције, у највећем проценту случајева, ендеогеног порекла, узроковане условно патогеним микроорганизама, у првом реду бактеријама и да су редовно по типу полимикробне. Ово подразумева да су узрочници ових инфекција представљени врстама које, појединачно, сами за себе нису у стању да испољавају патогена својства, већ само у случају да се нађу удружене у различитим симбиотским асоцијацијама. Поред овога, значајно је истаћи да је већина врста бактерија у овим асоцијацијама заступљена анаеробним и факултативно анаеробним врстама.

Поједини региони усне дупље, као што су гингивални сулкус, пародонтални џепови, интердентални простори, инфицирани канал корена зуба, представљају места са идеалним анаеробним условима, односно ниским оксидо-редукционим потенцијалом (Еh) који омогућава размножавање и активност бројним врстама анаеробних бактерија, које под одговарајућим условима у разноврсним асоцијацијама, својим потенцијално агресивним својствима – агресивним ензимима и ендотоксинима учествују у настанку и развијању дентогених инфекција. Поред анаеробних и факултативно анаеробних врста бактерија, у овим асоцијацијама налазе се и аеробне бактерије које својом активношћу, доприносе анаеробиози.

*Трудот е презентиран на V-от стоматолошки собир на лекарите од СРМ, Дојран 1987

Из напред наведеног, циљ овог рада је да, се у клиничкој казуистици, у пацијената са акутним дентогеним инфекцијама, испита квалитативан састав најчешћих врста бактерија и њихових асоцијација, у материјалу узетом из њима изазваних акутних запаљенских процеса.

Материјал и метод

Истраживањем је обухваћено 11 пацијената са акутним дентогеним инфекцијама, који нису претходно хируршки лечени, нити су задњих осам дана узимали антибиотике. Узорци материјала за микробиолошку анализу узимани су после инцизије апсцеса или пункцијом, по свим каутелама асепсе, бризгалицом и иглом и то у количини од најмање 0,5 мл материјала. Одмах по узимању, материјал је стављан на подлогу за транспорт анаеробних бактерија и достављан микробиолошкој лабораторији на даљу обраду.

Материјал је засејаван на крвни агар, тиогликолат бујон и чврсту хранљиву подлогу по Шедлеру. Засејане хранљиве подлоге за анаеробе су инкубиране под анаеробним условима (90% водоника и 10% CO₂) током 72 сата, а на крвном агару под аеробним условима током 24 часа на 37°C. Идентификација бактерија добијених култивисањем вршена је на основу морфолошких, културелних и биохемијских својстава.

Резултати

Од 11 микробиолошких анализа култура култивисаних материјала у: 2 случаја културе су остале стерилне, у 2 случаја изоловани су само аеробни микроорганизми (*Klebsiella* и *Streptococcus-alfa haemoliticus*). У 4 случаја изоловане су само анаеробне бактерија (*Peptostreptococcus*) и у 3 случаја су добијене мешовите културе аеробних и анаеробних бактерија (*Streptococcus alfa-haemoliticus*, *Staphylococcus epidirmidis* и *Peptostreptococcus*, *Veillonella*, *Bifidobacterium adolescens*).

	САМО АЕРОБИ	САМО АНАЕРОБИ	МЕШОВИТА	СТЕРИЛНО
Број узорака	2	4	3	2

У погледу асоцијација појединих врста од појединих култура, под:

- аеробним условима добијене су две чисте културе аероба
- анаеробним условима израсле су две чисте културе анаероба и у два случаја мешовите културе анаероба
- асоцијације аеробних и анаеробних бактерија добијене су у три случаја где је као учесник увек изолован аеробно *streptococcus alfa-haemoliticus* уз анаеробне врсте *Veillonella*, *Peptostreptococcus*, *Bifidobacterium adolescens*.
- асоцијације анаероба добијене су у два случаја (*Peptostreptococcus*, *Bacteroides oralis*)

	ЧИСТЕ КУЛТУРЕ		МЕШАНЕ КУЛТУРЕ	
аеробне културе	2	<i>Streptococcus alfa-haemoliticus</i> <i>Klebsiella</i>	0	
анаеробне културе	2	<i>Peptostreptococcus</i>	2	<i>Peptostreptococcus</i> <i>Bacteroides oralis</i>
анаеробне и аеробне културе	0		3	<i>Streptococcus alfa-haemoliticus</i> , <i>Veillonella</i> , <i>Peptostreptococcus</i> <i>Bifidobacterium adolescens</i>

Дискусија

Обзиром на мали број узорака у овом прелиминарном истраживању резултати нису изражени у процентима, али су приближни онима који се срећу у доступној литератури. Чисте културе аеробних или анаеробних бактерија добијене су у око трећине узорака док су остале биле представљене мешовитом културом и то чешће асоцијацијама аеробних и анаеробних врста а ређе чисто анаеробних.

Бројне су тешкоће (биолошко-техничке природе) добијања позитивних култура микроорганизама изолованих из узорка. Из материјала узетих из запаљенских процеса у усној дупљи самим култивисањем не могу се добити, чак и под најповољнијим условима, све евентуално присутене врсте бактерија. Вероватно је да су асоцијације бактерија бројније и разноврсније него су добијене овим истраживањем али, и поред тога стиче се утисак да су у већини случајева узрочници запаљенских процеса деловали удружено.

Закључак

Дентогене инфекције су по правилу ендogene и полимикробне. Најчешћи узрочници ових инфекција су асоцијације анаеробних и аеробних врста, нешто ређе чисто анаеробних а, најређе чисто аеробних врста бактерија.

ANAEROBIC BACTERIA IN ACUTE DENTOGENIC INFECTIONS

Summary

This investigation comprised 11 patients with acute dentogenous infection.

Material was obtained puncturing the abscesses by needle and syringe after the sampling area was previously cleaned with 0,5% asepsol. The samples were then cultivated or stored on a transport medium. Thereafter incubated aerobly (24 hours) and anaerobly (72 hours) in a jar containing 90% hydrogen and 10% CO₂.

The following results were obtained: aerobic microorganisms pure culture in two cases. Clean culture anaerobes, in two cases. Two mixed cultures anaerobes, and mixed aerobic-anaerobic cultures, in three cases. Two cultures were sterile.

The most common anaerobic bacteria isolated was Peptostreptococcus, while among the aerobes it was Streptococcus alfa-haemoliticus.

Литература

1. Chow A W, Roser SM, Brady FA, Orofacial Odontogenic Inf. Annals of Internal Medicine 88: 392-402, 1978
2. Sabiston CB, Grisby WR, Segerstorm N, Bacterial study of pyogenic infections of dental origin Oral Surgery, Medicine, Pathology 41, 4:430-435, 1976
3. Gorbach SL, Anaerobes in Mixed Infections The Journal of Infectious Diseases 144, 2: 181-186 1981
4. Стошић Н, Грујић Д, Савремена бактериолошка дијагностика инфекција узрокованих анаеробним бактеријама, Зборник радова XXI научног састанка микробиолога и инфектолога Југославије 11 – 16 Пула
5. Шћепан В, Перовић Ј, Соколовић М, Микрофлора акутних дентогених инфекција

Стоматолошки факултет – Београд

Клиника за дечју и превентивну стоматологију
Клиника за максилофацијалну хирургију

ПРИМЕНА ОПШТЕ АНЕСТЕЗИЈЕ У СТОМАТОЛОШКОМ ЗБРИЊАВАЊУ ХЕНДИКЕПИРАНЕ ДЕЦЕ*

Гајић М., Р. Стевановић, Верица Обрадовић, Јасна Оташевић

На основу вишегодишњег клиничког искуства у овој области, опisuју се индикације, припрема пацијената, као и врсте и начин извођења опште анестезије, при санацији уста и зуба код хендикепиране деце.

И поред чињенице да у себи крије извесне опасности по здравље, општа анестезија понекад представља једини начин за ефикасно и комплетно стоматолошко збрињавање хендикепираних пацијената (Стошић, П., и сар., 1984). У дечјој стоматологији, примени опште анестезије треба приступити тек када се све предходне мере, које се иначе примењују у свакодневном амбулантном раду, покажу безуспешним (Roeters, J., 1985). Организовано коришћење опште анестезије у дечјој стоматологији везано је за низ финансијских, структуралних и кадровских проблема, те се за сада она примењује само у појединачним случајевима, тако да постоји стални раскорак између стварних потреба и реалних могућности (Стевановић, Р., 1985). Ово је нарочито неповољно, собзиром да потребе за стоматолошким третманом у општој анестезији имају искључиво хендикепирана деца, којој се још увек не поклања довољна пажња у стоматолошкој здравственој заштити (Стевановић, Р. 1985).

С обзиром да код нас овај проблем није довољно обрађен, циљ рада је да се на основу дугогодишњег клиничког искуства, дају индикације, опише припрема пацијената, врсте и начин извођења опште анестезије при стоматолошком збрињавању хендикепиране деце, као и постанестезиолошки третман.

Материјал и метод рада

У периоду 1983–1986 године, на Клиници за максилофацијалну хирургију Стоматолошког факултета у Београду, око тридесеторо хендикепиране деце подвргнуто је стоматолошком третману под општом анестезијом. У раду је учествовао тим лекара састављен од два педонтолога, једног анестезиолога и педијатра. По потреби су консултовани и специјалисти других профила, као нпр. кардиолог, кардиохирург, неуропсихијатар и др.

Индикације за рад у општој анестезији постављане су тимски на Клиници за дечју и превентивну стоматологију у Београду, и обухватале су:

1. Децу преосетљиву на локалне анестетике, код које је требало извршити екстракције једног или више сталних или млечних зуба са нересорбованим коронима;

2. Децу са тешким облицима менталне заосталости;

* Рад је презентирао на I симпозијуму за превенцију болести уста и зуба у деце СР Македоније, 26 и 27 мај 1986 Маврово

3. Непокретну децу, која нису била способна да седе у стоматолошкој столици, што је обично последица церебралне парализе;

4. Децу са јако израженим невољним покретима који онемогућавају нормалан рад стоматолога;

5. Децу са тешким облицима аутизма;

6. Децу са емоционалним поремећајима, где је постојао патолошки страх од стоматолошке интервенције;

7. Децу са честим ЕПИ нападима, најчешће ментално ретардирану;

8. Децу са тешким срчаним обољењима (нпр. Тетралогичка fallot), где би стоматолошка интервенција под нормалним условима могла да изазове нежељени исход;

9. Хендикепирану децу код које би се стрпљивим и дуготрајним радом и прилагођавањем могли постићи извесни резултати, али акутност и обимност патологије не дозвољавају одлагање стоматолошких интервенција.

Након правилно постављане индикације, неопходно је извршити одговарајућу припрему пацијента, како би се стоматолошки третман под општом анестезијом извео што безбедније. Поменута припрема је обавезна и обухвата следеће:

а) Преглед крви (крвна слика, број тромбоцита, време крвављења, време коагулације), собзиром да се код оваквих пацијената често екстрахира већи број зуба у једној сеанси;

б) Преглед мокраће, ради испитивања стања уринарног тракта, преко кога се излучује велика количина општих анестетика;

в) РДГ снимање срца и плућа, ЕКГ;

г) Педијатриски преглед, који се обавља дан уочи интервенције, и има за циљ откривање евентуалних акутних патолошких промена, које би могле негативно да утичу на ток и исход опште анестезије;

д) Отварање стоматолошког картона, узимање статуса уста и зуба, евентуално снимање сумњивих зуба, на основу чега се доноси груб план терапије.

После тога родитељи детета треба да дају писмену сагласност за извођење стоматолошког третмана под општом анестезијом, за шта се користе посебни обрасци. Том приликом им се саопштава дан и час интервенције, са напоменом да тога јутра дете не сме ништа да једе, пије или узима било какве лекове. Овима се избегава могућност повраћања и аспирације желудачног садржаја у току опште анестезије.

На основу прикупљених резултата (преглед крви, мокраће, Рдг срца и плућа, ЕКГ), и мишљења педијатра, анестезиолог на дан интервенције одлучује да ли хендикепирано дете може да се подвргне општој анестезији.

Врста опште анестезије зависи од планираних стоматолошких интервенција, тежине основног обољења, и може бити интравенозна и инхалациона.

Општа интравенозна анестезија (као средства се користе Nalgol, Epontol, Ketalar) се примењује код стоматолошких интервенција које не трају дуже од 10 минута (инцизија абсцеса, екстракције једног или више млечних или сталних зуба), после чега се дете у пратњи родитеља одпушта кући, а контролни преглед се заказује за следећи дан.

Општа инхалациона (ендотрахеална) анестезија се примењује код хендикепиране деце код које је потребно извршити комплетно стоматолошко збрињавање, тј. превентивни, конзервативни и радикални третман, и обухвата следеће фазе:

– премедикацију, која се изводи 45–30 минута пре увођења у општу анестезију. Као средства се користе Атропин, Фортран или Фенерган, који се аплицирају интрамускуларно, у дози прилагођеној телесној тежини детета;

– увођење у општу анестезију врши се интравенском апликацијом барбитурата са ултракратким дејством (Несдонал). Треба напоменути да је код хендикепиране деце извођење ове фазе понекад тешко, и могуће тек после чврстог фиксирања пацијента за хируршки сто помоћу кајишева.

Након тог следи ендотрахеална интубација, инхалација анестетика N₂O Halothan, и оксигенација.

Стоматолошки рад почиње када је постигнут одређен степен анестезије, а изводи га стоматолошки тим састављен од два дечја стоматолога и једне сестре. За све време извођења интервенције, анестезиолог мора да прати рад стоматолога, како би према потреби продужио или скратио време опште анестезије.

После завршене стоматолошке обраде, пацијент се постепено изводи из анестезије, а по појави рефлекса (корнеални, конјуктивални и ларингеални), екстубира се и преноси у шок собу, где остаје још најмање 2 часа под надзором анестезиолога.

Ако не постоји могућност хоспитализације, дете се отпушта кучи, уз детаљна упутства родитељима о начину исхране и одржавању оралне хигијене.

Контролни преглед се заказује за 7 дана, а по потреби и раније, при чему се утврђује ефекат извршених стоматолошких радова, евентуално ради полирање испуна (ако пацијент хоће да сарађује), флуорисање зуба, итд.

Следећа контрола се врши након 3 месеца, да би се у случају појаве нових каријесних лезија на време интервенисало, као и да би се видело да ли се родитељи придржавају датих упутстава о одржавању оралне хигијене.

Резултати

Од свих обрађених случајева, иако се радило о хендикепираној деци, ни код једног пацијента нису настале компликације у току извођења опште анестезије.

У постоперативном току, дошло је до појаве компликација код двоје деце: једно се жалило на болове у пределу грудне кости, што је било последица грубо изведене интубације, док је друго дете сутрадан после интервенције имало велики епилептични напад. Других компликација није било.

Дискусија и закључак

Санацију уста и зуба хендикепиране деце у општој анестезији треба предузети само у случајевима где се стоматолошке интервенције ни на који други начин не могу урадити, а распрострањеност оралне патологије и акутност симптома захтевају хитну интервенцију.

Такође, општу анестезију треба применити код пацијената, код којих услед специфичности основног обољења (нпр. преосетљивост на локалне анестетике, тешка обољења кардиоваскуларног система и сл.), постоји ризик ако се стоматолошки рад изводи у амбулантним условима.

Индикације за стоматолошки третман под општом анестезијом одређује тим лекара и то: дечји стоматолог, педијатар, анестезиолог, а по потреби и специјалисти других профила (кардиолог, кардиохирург, интерниста, неуропсихијатар и др.)

Неопходне анализе кје се врше пре извођења санације уста и зуба под општом анестезијом, обухватају преглед крви, урина, Рдг срца и плућа, ЕКГ, педијатриски и стоматолошки преглед. У случају да неки од налаза нису у реду, потребно је извршити одговарајућу медицинску припрему.

Избор и врста опште анестезије зависи од планираних стоматолошких интервенција, као и од тежине и врсте основног обољења, и може бити општа интравенозна или општа инхалациона анестезија.

Тим лекара који изводи санацију уста и зуба под општом анестезијом састоји се од два педонтолога, једног анестезиолога, а по потреби и лекара других специјалности.

На крају треба још једном напоменути да санацију уста и зуба под општом анестезијом треба предузети тек када пропадну сви покушаји да се ово уради под уобичајеним условима, или ако стоматолошко збрињавање у амбулатним околностима може угрозити здравље пацијента.

DENTAL TREATMENT OF HANDICAPPED CHILDREN UNDER TOTAL ANESTHÆSIA

Summary

Based on clinical experience lasting several years in this field, the authors describe indications, preparation of patients and a type and manner for use of total anaesthesia in dental treatment of handicapped children.

Литература

1. Roeters, J., R. Burgerdsdijk: The need for general anesthesia for the dental treatment of mentally handicapped patients: a follow up study, J. of Dent. for Child., 52, 5:344-346, 1985
2. Stošić, P. i sar.: Dečja i preventivna stomatologija, Dečje Novine – Gornji Milanovac, 1984, 70-71
3. Stevanović R., M. Gajić.: Problemi organizacije stomatološke zaštite hendikepirane dece u SRS, Rad referisan na sastanku Specijalističke sekcije za dečju i preventivnu stomatologiju SLD-a, Zaječar 1985. god.
4. Stevanović, R., M. Gajić, V. Lukić: Hendikepirano dete kao pacijent stomatologa SGS., 3:267-272, 1985.

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за болести на устата

КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕЃУ АНТИГЕНИТЕ НА HLA – СИСТЕМОТ И АФТОЗНАТА БОЛЕСТ (ПРЕЛИМИНАРНО СООПШТЕНИЕ)

Лазаревска Благородна, В. Димитровски, Мирјана Поповска

HLA – системот е главен комплекс на гени на хистокompatibilност. Во него се сместени гените кои ја одредуваат антигенската структура во мембраната на речиси сите соматски клетки, како и гените кои го регулираат квантитетот на имунолошкиот одговор инициран од различна кауза. Денес е веќе познато дека генетскиот код има определен придонес во создавањето на предиспозицијата кон определено заболување. Во таа смисла е и целта на нашето испитување, насочена кон можното влијание на антигените од HLA – системот врз појавата на stomatitis aphthosa chronica recidivans.

Кај 36 болни од афтозната болест одредувани се антигените на HLA системот од локусите A,B и C. За типизација е користен микроцитотоксичниот тест по методот на Terasaki, модифициран од Dausse повеќе со употреба на комерцијални серуми. Како контролна група е земена готовата табела на фреквентноста на алоантигените кај 1300 здрави лица, изработена од Републичкиот завод за трансфузиологија.

Добиените резултати укажаа најчесто на алоантигените од сублокусите A2 (55%), AX (56%), B5 (44,44%) BY (63,88%), потоа на A1 (16,66%) и B35 (16,66%).

Сигнификантноста на разликите помеѓу испитуваната и контролната група е присутна само за сублокусите AX и BY. За жал поради отсуство на потребните серуми не можеше да се изврши дополнителна типизација на алоантигените прикажани како AX и BY.

Сумарната анализа на нашите испитувања не дозволува да се извлече одреден заклучок за можната асоцијација помеѓу одредени антигени од HLA-системот и афтозната болест, па оттаму овој труд го презентираме само како прелиминарно соопштение.

Речиси сите клетки на човечкиот организам на својата мембрана имаат одредени антигенски структури кои се мошне важни за интегралното функционирање на одредени органи и системи. Благодарение на нив овозможена е асоцијација и заемна толеранција на одделните клетки, а нивната интеракција е значаен фактор во одржувањето на хомеостатичките механизми на организмот и одбележувањето на неговиот интегритет.

Антигенската структура е генетски одредена. Одговорните гени за ткивната идентичност се сместени во главниот комплекс на гени на хистокompatibilност.

билност, наречен уште HLA – систем, лоциран во кусиот крак на шестиот хромозом (Lechner и сор. 1979). Во него се наоѓаат и локусите на некои компоненти на комплементарниот систем (C₂, C₃, C₄, проактиваторот на C₃), а исто така и локусите на гени коишто го регулираат имунолошкиот одговор (таканаречени гени на имунолошка реакција – Ig – гени) инициран од антигените (Божов и сор. 1987).

Современата генетика дојде до сознание дека HLA – системот е изграден од повеќе локуси и многу сублокуси (Колевски, 1984), од кои повеќе или помалку досега се проучени локусите A, B, C, D и DR.

Според листата за алоантигени од IX Workshop од 1984 год. (цит. по Колевски, 1987 год.), досега се откриени вкупно 122 антигени, и тоа: од локусот A-23 антигени, од локусот B-47 антигени, од локусот C-8 антигени, од локусот D-19 антигени и од локусот DR-25 антигени.

Гените како основни наследни единки и фактори на конституционалните белези на организмот имаат суштествена улога во квантитетот и квалитетот на имунолошкиот одговор инициран од различната кауза на заболувањата. Оттаму и напорите да се стекнат што попречени сознанија за генетската шифра и влијанието на гените во создавањето на предиспозиција кон определено заболување (Svejgaard 1979).

Денес е веќе потврдена асоцијацијата помеѓу ткивните (лимфоцитните) антигени и некои заболувања од хуманата патологија. Констатирана е сигнификантна корелација помеѓу антигенот HLA-B8 и болеста на Адисон, јуvenilниот дијабет и хроничниот агресивен хепатит (Божов и сор. 1987) Позната е поврзаноста помеѓу мултиплната склероза и антигенот HLA-B7, Бехтеровата болест и антигенот HLA-DR4, Синдромот на Бехчет и антигенот HLA-B12 и B5, (Колевски 1984). Испитувањата во таа насока катадневно се прошируваат, а листата на антигенската структура која го зголемува релативниот ризик од некое заболување постојано се проширува.

Мотивирани од сознанијата за евидентната генетска предиспозиција кон некои заболувања, ние си поставивме за цел да ја проследиме можната корелација помеѓу рецидивниот афтозен стоматит и некои алоантигени на HLA-системот, како и влијанието на алоантигените врз рецидивноста и клиничкиот ток на заболувањето.

Материјал и метод на работа

На Клиниката за болести на устата издвоени се 36 болни со дијагноза Stomatitis aphthosa chronica recidivans и според интензитетот на рецидивноста и тежината на клиничкиот ток поделени се на 4 групи:

I група – болни кај кои афтозните морфи, малку на број, се јавуваат еднаш до два пати годишно;

II група – болни кај кои рекурентните афти се јавуваат неколку пати годишно и беа повеќе на број;

III група – болни кои се наоѓаа во состојба на Status aphthosus u

IV група – болни кои во повеќе наврати имале Sutton – ови афти.

Кај сите болни одредувани се HLA – антигените од локусите AB и C во Републичкиот завод за трансфузиологија. За типизација е користен микроцитотоксичен тест по методот Terasaki (1964), модифициран од Dausset 1977 год. За таа цел од секој пациент земено е 10 ml периферна хепаринизирана крв (10 единици хепарин на 1 ml крв), а определувањето на антигените вршено е со користење на повеќе комерцијални серуми и некои серуми од сопствено производство на Заводот за трансфузиологија. Типизација е вршена за 9 антигени од локусот A, 13 антигени од локусот B и 6 антигени од локусот C.

Бидејќи Заводот за трансфузиологија не располагаше со серуми за другите HLA антигени од локусите A, B и C, како и за антигените од локусите D и DR, тие не беа одредувани.

Како контролна група беше земена готовата табела на фреквентноста на алоантигените кај 1300 здрави лица, изработена од Републичкиот завод за трансфузиологија која претставува стандард за населението во СР Македонија.

Добиените резултати беа статистички обработени преку пресметувањето на антигенската фреквенција изразена во проценти, X^2 тестот за сигнификантност на разликите и факторот на релативен ризик Frr за можната асоцијација на одредени HLA-антигени со рецидивниот афтозен стоматит по формулата $Frr = \frac{Fb(1-Fz)}{Fz(1-Fb)}$. Исто така правена е корелација помеѓу одделните групи болни и типизираниите антигени.

Резултати

На табелата 1 е дадена категоризацијата на болните направена според објективната процена на клиничката манифестација на болеста.

ТАБЕЛА 1

ГРУПАЦИЈА НА БОЛНИТЕ ОД STOMATITIS APHTHOSA CHRONICA RECIDIVANS СПОРЕД РЕЦИДИВНОСТА И КЛИНИЧКИОТ ТОК

РЕЦИДИВНОСТ И КЛИНИЧКИ ТОК							
I ГРУПА		II ГРУПА		III ГРУПА		IV ГРУПА	
ОД 1-2 АФТН ГОДИШНО		ПОВЕКЕ ПАТН ГОДИШНО		STATUS APHTOSUS		PERIADEUITIS	
n	%	n	%	n	%	n	%
19	55,55	10	27,77	3	8,33	4	11,11

Од неа се гледа дека во I-та група се проследени 19 болни, во II-та група 10 болни, во III-та група 3 болни и во IV-та група 4 болни, што укажува дека најголем број од пациентите (55,55%) во моментот на испитувањата биле со лесен клинички ток и ретка рецидивност на афтозниот стоматит.

На табелата 2 се прикажани типизираниите HLA-антигени кај испитуваната група.

Од презентираниите резултати може да се види дека од локусот A најчесто се присутни алоантигените од сублокусот A2 (55%) и AX (56%) а потоа од сублокусот A9 (33,33%). Од локусот B доминираа алоантигените B5 и BУ, додека сублокусите B8, B12, B13, B17 и B30 се најдени кај по еден болен. Од локусот C, одредуван кај 11 пациенти, типизиран е сублокусот C_{W2} а тие од сублокусот C_{W3}, C_{W5} и C_{W6} кај два, односно кај еден болен.

На табелата 3 се дадени HLA антигените од испитуваната и контролната група.

Антигенската фреквенција на сублокусите A2, A9 и B5 е речиси еднаква и не постои сигнификантност на разликите, а факторот на релативен ризик е ирелевантен.

Евидентна е разликата во антигенската фреквенција на AX и BУ меѓу болните од афтозен стоматит и контролната група, која е статистички сигнификан-

ТАБЕЛА 2 HLA БОЛНИ n = 36

HLA АНТИГЕНИ	n	АНТИГЕНСКА СООРЕКВЕИЦА %
A LOKUS		
A 1	6	16,66
A 2	20	55,55
A 3	2	5,55
A 9	12	33,33
A 10	3	8,33
A 11	3	8,33
A 28	3	8,33
A 32	1	2,77
A 33	1	2,77
A X	20	55,55
B LOKUS		
B 4	2	5,55
B 5	16	44,44
B 7	2	5,55
B 8	1	2,77
B 12	1	2,77
B 13	1	2,77
B 16	2	5,55
B 17	1	2,77
B 18	4	11,11
B 21	2	5,55
B 27	2	5,55
B 35	6	16,66
B 38	1	2,77
B Y	23	63,88
C LOKUS		
CW 2	2	5,55
CW 3	1	2,77
CW 4	6	16,66
CW 5	1	2,77
CW 6	1	2,77

ТАБЕЛА 3 ТИПИЗАЦИЈА НА HLA - АНТИГЕНИ КАЈ БОЛНИ ОД STOMATITIS APHTOSA CHRONICA RECIDIVANS / ИСПИТУВАНА ГРУПА / И КАЈ ЗДРАВНИ ЛИЦА / КОНТРОЛНА ГРУПА /

ИСПИТУВАНА ГРУПА			КОНТРОЛНА ГРУПА			P	FRR
HLA АНТИГЕНИ	n	АНТИГЕНСКА СРЕК ВО %	HLA АНТИГЕНИ	n	АНТИГЕНСКА СРЕК ВО %		
A LOKUS			A LOKUS				
A 1	6	16,66	A 1	377	26,23	2,512	< 0,2
A 2	20	55,55	A 2	677	52,07	0,164	< 0,7
A 3	2	5,55	A 3	187	14,38	2,176	< 0,2
A 9	12	33,33	A 9	358	27,53	0,596	< 0,5
A 10	3	8,33	A 10	197	15,15	1,242	< 0,3
A 11	3	8,33	A 11	111	8,53	0,002	< 0,9
A 28	3	8,33	A 28	126	9,59	0,070	< 0,85
A 32	1	2,77	A 32	26	2,00	0,104	< 0,7
A 33	1	2,77	A 33	4	0,30	1,036	< 0,4
A X	20	55,55	A X	382	29,38	11,083	< 0,001
B LOKUS			B LOKUS				
B 4	2	5,55	B 4	0	0	—	—
B 5	16	44,44	B 5	443	34,07	1,623	< 0,2
B 7	2	5,55	B 7	163	12,53	1,525	< 0,2
B 8	1	2,77	B 8	170	13,07	2,199	< 0,05
B 12	1	2,77	B 12	227	17,46	5,170	< 0,02
B 13	1	2,77	B 13	83	6,38	0,739	< 0,5
B 16	2	5,55	B 16	34	2,61	1,101	< 0,3
B 17	1	2,77	B 17	95	7,30	1,639	< 0,4
B 18	4	11,11	B 18	91	7,00	0,866	< 0,4
B 21	2	5,55	B 21	73	5,61	0,0007	< 0,98
B 27	2	5,55	B 27	105	8,07	0,290	< 0,7
B 35	6	16,66	B 35	347	26,69	1,744	< 0,2
B 38	1	2,77	B 38	18	1,38	0,464	< 0,5
B Y	23	63,88	B Y	376	28,92	2,511	< 0,001
C LOKUS			C LOKUS				
C W 2	2	18,18					
C W 3	1	0,99					
C W 4	6	54,54					
C W 5	1	0,99					
C W 6	1	0,99					

ТАБЕЛА 4 КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕГУ ТИПИЗИРАНИТЕ АЛОАНТИГЕНИ И ГРУПИТЕ НА STOMATITIS APHTOSA CHRONICA RECIDIVANS

ГРУПИ	НАЈЧЕСТО ТИПИЗИРАНИ АЛОАНТИГЕНИ																			
	A 1		A 2		A 9		A 10		A X		B 5		B 18		B 35		B Y		B 12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I ГРУПА	4	21,05	9	47,36	5	26,31			11	57,89	10	52,63			3	15,78	15	78,94	1	
II ГРУПА			8	80	4	40			4	40	4	40	2	20	2	20	5	50		
III ГРУПА			3	100					2	66,66	2	66,66					2	66,66		
IV ГРУПА					2	50	2	50							2	50				

тна, а факторот на релативен ризик за антигените AX изнесува 3,00 и за BY 4,48. Меѓутоа, во лабораторијата на Заводот за трансфузиологија не беа во можност да извршат типизација на алоантигените ставени во AX и BY поради немање соодветни серуми.

Табелата 4 ја прикажува корелацијата меѓу фреквентноста и клиничкиот ток на заболувањето со присутност на определените HLA антигени.

Во I-та група болни најчесто се типизирани A2 (47,36%), AX (57,89%), B5 (52,63%) и BY (78,94%).
во II-та група A2 (47,36%), A9 (26,31%), AX (57,89%), B5 (52,63) и BY (78,94);
во III-та група A2(100%, AX (66,66%), B5 (66,66%) и BY (66,66%);
во IV-та група се забележува извесно отстапување бидејќи таму е типизиран A9 (50%), A10 (50%) и B35 (50%).

Дискусија

Имунологијата како мошне значајна дисциплина во последниве години излезе од тесните рамки на инфекциозната патологија и решително зачекори во речиси сите области на медицината.

Користејќи ги сознанијата на фундаменталната имунологија, клиничката имунологија дава непроценлива помош на широк спектар медицински подрачја и има решавачка улога при дијагнозата и прогнозата на алергичните, автоимуните и редица други заболувања, следени со имуни компоненти во нивната патогенеза.

Современите информации за главниот комплекс на гени на хистокompatibilност, наречен HLA систем, и од него зависните алоантигени, укажаа на присутна асоцијација на бројни заболувања со некои HLA-антигени, како последица на претходни алтерации на локусите во HLA системот. Оттаму е и разбирливо дека одредени индивидуи кај кои дошло до нарушување на генетскиот код во овој систем ќе бидат изложени на поголем ризик од некое заболување, заради придружна дисрегулација во биосинтезата на комплементарниот систем и адекватната имунолошка слабост на организмот.

Непознатата етиологија на рецидивниот афтозен стоматит и скромните сознанија за можната алергична, односно автоимуна генеза на неговата кауза беше предизвик за повеќе автори да ја испитаат корелацијата помеѓу одредени HLA антигени и ова заболување.

Арифхоџиќ и сор. (1983), испитувајќи ги HLA зависните антигени кај 30 болни од афтозен стоматит, нашле негова сигнификантна поврзаност со антигенот HLA-B12. Пресметаниот фактор на релативен ризик покажал дека лицата чија карактеристика е алоантигенот B12 се шест пати повеќе изложени на рецидивен афтозен стоматит. Слични се резултатите и на Challacombe и сор. (1977).

Џокогило и сор. (1987), проследувајќи го клиничкиот ток на заболувањето и степенот на објективните промени со типизираните антигени од локусите A и B, нашле евидентна корелација помеѓу антигенот HLA-B12 и афтозната болест, вклучувајќи го и Morbus Behçet, а Lehner (1979), како група со релативен ризик кон Бехчетовата болест ги наведува индивидуите со антиген HLA-B5 (окуларен тип), HLA-B27 (артритичен тип) и HLA-B12 (мукокутан тип).

Нашите наоди покажаа најчеста типизација на антигените HLA -A2 (55,55%), AX (55,55%), B5 (44,44%) и BY (63,88%). Меѓутоа, за HLA-A2 и HLA-B5 не постои сигнификатна разлика ($p < 0,7$ односно $p < 0,2$), а кај недифинираните антигени, ставени во HLA-AX, и HLA-AY, изразена е висока значајност на разликите ($p < 0,001$) со фактор на релативен ризик 3 помеѓу испитуваната и контролната група. Меѓутоа, во овој момент на нашите испитувања, HLA-AX и HLA-BY не можеме да ги сметаме како фактори на предиспозиција кон афтозната болест, од причина што немаме сознанија за кои антигени се работи и колку антигени се во прашање.

Спротивно на констатациите на Arifhodžić (1983), Challacombe (1977) и Џокогило (1987), кои одат во прилог на констатацијата дека антигенот HLA-B12 е фактор на релативен ризик за хроничен афтозен рецидивен стоматит, во нашите резултати антигенот HLA-B12 беше присутен само кај еден пациент, но разликата е сигнификантна ($p < 0,02$). Меѓутоа, Frr е 0,14.

Од друга страна, антигенот HLA-B5, типизиран во испитуваната група кај 16 болни (44,44%), е соодветен на наодите на Lechner (1979) при HLA типизацијата на Morbus Behçet (окуларен тип), но ние не утврдивме сигнификантност во разликите ($p < 0,2$), а факторот на релативен ризик изнесува 1,55. Антигените од локусот C не можеме да ги коментираме, бидејќи не се одредувани во контролната, ниту, пак, имаме литературни податоци за нивна партиципација во рецидивниот афтозен стоматит.

Сумарната анализа на нашите испитувања не дозволува да се извлече одреден заклучок за можната асоцијација помеѓу одредени антигени од HLA системот и афтозната болест, со нејзините клинички форми. Како можна причина за расчекорот помеѓу нашите наоди со резултатите на горесцитираните автори го сметаме малиот број испитаници и недостигот на одредени серуми со кои ќе се типизираат антигените кои засега ги ставивме во сублоксите AX и BY. Оттаму и овој труд го презентираме само како прелиминарно соопштение кое наедно ја наметнува потребата за понатамошни студии на овој проблем.

Заклучок

1. Кај 36 болни со дијагноза Stomatitis aphthosa chr. recidivans одредувани се HLA-антигените од локусите A, B и C и компарирани со контролната група – 1300 здрави лица, подготвена од Републичкиот завод за трансфузиологија.

2. Најчесто типизирани беа HLA-A2 (55,55%), HLA-B5 (44,40%) и неодредени антигени (поради немање серуми), прикажани како HLA-AX (55,55%) и HLA-BY (63,88%).

3. Статистичката анализа со примена на антигенската фреквенција, X тестот и факторот на релативен ризик не покажаа значајност во разликите.

4. Прикажаните резултати треба да се сфатат како прелиминарно соопштение кое ги обврзува авторите на понатамошни проучувања на оваа проблематика.

CORRELATION BETWEEN HLA SYSTEM ANTIGENES AND APHTOUS DISEASE (PRELIMINARY REPORT)

Summary

HLA system is the major gene complex of tissue compatibility. Genes that determine the antigenic structure of the membrane of almost all somatic cells, as well as, genes regulating the immune response quantity initiated by different causes, are located in it. It is well known today that the genetic code plays an important role in susceptibility to certain diseases. In respect to the above, the aim of our study was oriented to the possible influence of HLA antigens onto stomatitis aphthosa chronica recidivans.

In 36 patients with aphtous disease we determined HLA sistem antigens from loci A, B and C. For typisation we used microtoxicity test by Terasaki's method, modified by Dausse, using commercial sera. The tabelary values for aloantigenes frequency in 1300 healthy persons worked out at the Republic Institution for Transfusiology, served as control values.

Our results pointed out to aloantigenes from the subloci A2 (55%), AX (56%), B5 (44,44%), BY (63,88%), then to A1 (16,66%) and B35 (16,66%), most frequently.

Significant difference between the study and control group was found only for subloci AX and BY. We regret for lack of necessary sera, further typisation of aloantigenes shown as AX and BY, was not possible.

Our investigation summary analysis does not support any definit conclusion of the possible association between certain HLA system antigens and aphtous disease, therefore, this study is presented to be a preliminary report only.

Литература

1. Arifhodžić F., Čokorilo N., Topić B., Rezultati istraživanja sistema HLA kod Stomatitis aphthosa chronica recidivans. Apstrakti I kongresa specijalista za bolesti na usta, zuba i parodontu Jugoslavije Ohrid, 1983.
2. Божов Б., Кудумчиев Т и сор., Лабораторнаја дијагностика на имуните заболуванја. Медицина и физикултура, Софија 1987 г.
3. Challacombe S.J. et al.. HLA – antigens in current oral ulceration. Arch. Dermat 113 1717, 1977
4. Dausset J.. Za physiologie et la pathologie du complex HLA. Ann Immund. 1286, 363, 1977
5. Колевски П., ХЛА аламунигација монографија, Научни видици медицина Скопје 1984
6. Колевски П и сор., ХЛА и болести, Научен проект Републички завод за трансфузиологија, Скопје 1987
7. Lehner T. Bathcolor J.R. Classification and immunogenetic basis of Behçet's syndrome. In.. Behçet's sundrom. Zehner T., Barnes S. G eds. London, Academic press, 1979
8. Lehner T., Tathcelor I.R. Classificacion and immunogenetic basis of Bechcet's sindrome abs. London, academic press, 1979 p.p. 13
9. Svejgard A., HLA and autoimmune of Disease, Allergu, 34: 275281, 1979
10. Terasaki P.J., Mac Clelland J.D. Microdroplt assuof human serum cutotoxins. Nature 204, 998 1964.
11. Čokorilo N., Arifhodžić F., Malić M.. Sistemski poremećaji i HLA kod rekurentnih aftoznih ulceracija (usmen o saopštenje) 1987 g.

Клиника за дентална патологија и терапија
Стоматолошки факултет – Скопје

РЕНДГЕНОЛОШКА ЕВАЛУАЦИЈА НА УСПЕХОТ НА ЕНДОДОНТСКАТА ТЕРАПИЈА ВО ЗАВИСНОСТ ОД ВИСОЧИНАТА НА ДЕФИНИТИВНОТО КАНАЛНО ПОЛНЕЊЕ

Тасевски К., И. Тавчиовски, Мирослава Стевановиќ

Во трудот се изнесени рендгенографските проценки на резултатите од ендодонската терапија во зависност од височината на дефинитивното канално полнење. Методологијата на испитувањето базира врз статистичката обработка на резултатите добиени од рендгенолошката анализа, направена на дефинитивно канално полнење на 175 ендодонски третирани заби. Одредени се три степени на височина на дефинитивно канално полнење: непосредно до апексот, под апексот и преку апексот. Критериум за оценување на резултатите се наодите на контролните рендгенски слики во смисла на: неизменета состојба, подобрување и влошување. Случаите на дефинитивно канално полнење до најнепосредно соседство на апексот покажуваат најдобри резултати.

Современата ендодонска терапија му придава сè понагласено место на дефинитивното канално полнење. Овој важен ендодонски зафат мора да биде изведен егзактно за да се постигне херметичко затворање на коренскиот канал и физиолошко облитерирање на апикалниот отвор со остеоцемент, што е цел на лекувањето.

Теоретски е одредено идеалното место до кое треба да се врши дефинитивното канално полнење; тоа е нивото на дентинско-цементната граница која се наоѓа на 0,5 до 0,78 mm од врвот на забот. Клиничките и хистолошките испитувања ги поткрепуваат теоретските сознанија. Меѓутоа, во практичната постапка не секогаш е остварлива толкава прецизност, поради недоволната прегледност при обработката и полнењето, неможност за најточна проценка на должината на каналот и покрај најсовремените методи и средства на одонтометрија и анатомо-морфолошките карактеристики на коренскиот систем, посебно на неговата апикална третина. Тоа резултира со: нецелосно канално полнење, полнење до врвот, кое ние го нарекуваме како полнење до најнепосредно соседство (близина) на апексот и преполнување преку врвот. Секоја од овие височини на дефинитивно канално полнење има различно влијание врз успехот на ендодонската терапија.

Во клинички услови, утврдувањето и оценувањето на каналното полнење, како и евалуацијата на излеченоста по ендодонскиот третман ги донесуваме врз основа на рендгенографијата.

Во овој труд, сакаме преку рендгенографска анализа да ги процениме резултатите од ендодонската терапија во зависност од височината на дефинитивното канално полнење.

Материјал и метод на работа

Анализираме дефинитивни канални полнења на 175 ендодонтски третирани заби на Клиниката за дентална патологија и терапија во Скопје. Каналите беа исполнети со паста од јодоформ-цемент и тимол-цемент со користење на гутаперкан поен.

Методологијата се состоеше во земање податоци за: видот на забот (еднокорени или повеќекорени), првобитната дијагноза, методот на лекување, датумот на каналното полнење, височината на дефинитивното канално полнење, датумот и описот на рендгенската контрола.

Посебно направивме анализа на интраорални рендгенски снимки пред спроведувањето на ендодонтската терапија, односно дефинитивното канално полнење, со цел да ги добиеме потребните информации за анатомото-морфолошките услови на каналниот систем и постоење на периапикални промени во парадонциумот. Нив ги групиравме во зависност од првата дијагноза и од тоа дали постоеја промени пред лекувањето на: без присутни периапикални промени и со присутни периапикални промени.

На рендгенските слики, направени непосредно по дефинитивното канално полнење, ја утврдуваме височината на полнењето во зависност од рендгенолошкиот апекс. Рендгенски ја класифициравме во три типа: под апексот, во најнепосредна близина на апексот и преку апексот.

Добиените наоди ги прикажуваме табеларно.

Резултати

ТАБЕЛА I

РДГ АНАЛИЗА НА ЕНДОДОНТСКИ ТРЕТИРАНИ ЗАБИ. СПОРЕД ПРВАТА ДИЈАГНОЗА ПРЕД ДЕФИНИТИВНОТО КАНАЛНО ПОЛНЕЊЕ

Вкупно	Без присутни периапикални промени		Со присутни периапикални промени					
	број	%	број	%				
175	134	76,5	41	23,5				
	еднокорени повеќекорени		еднокорени повеќекорени					
	бр	%	бр	%	бр	%	бр	%
	71	40,5	63	36	36	20,65	5	2,85

ТАБЕЛА II

РДГ АНАЛИЗА НА ЕНДОДОНТСКИ ТРЕТИРАНИ ЗАБИ НЕПОСРЕДНО ПО ДЕФИНИТИВНОТО КАНАЛНО ПОЛНЕЊЕ, СПОРЕД ВИСОЧИНАТА НА КАНАЛНОТО ПОЛНЕЊЕ И ВИДОТ НА ЗАБОТ.

Вкупно	Под апексот		Во најнепосредна близина на апексот		преку апексот							
	број	%	број	%	број	%						
175	60	34,5	91	51,8	24	13,7						
	еднокорени повеќекорени		еднокорени повеќекорени		еднокорени повеќекорени							
	број	%	број	%	број	%	број	%				
	18	30	42	70	60	66	31	34	21	87,5	3	12,5

ТАБЕЛА III/1

РДГ АНАЛИЗА НА ЕНДОДОНТСКИ ТРЕТИРАНИ ЗАБИ, 12 МЕСЕЦИ ПО ДЕФИНИТИВНОТО КАНАЛНО ПОЛНЕЊЕ - ПОД АПЕКСОТ

	60		Без присутни периапикални промени		Со присутни периапикални промени	
	број	%	број	%	број	%
Вкупно	60		52		8	
непроменета состојба	16	26,7	14	27	2	28,5
влошување	43	71,6	38	73	5	57
подобрување	1	1,7	-	-	1	14,5

ТАБЕЛА III/2

РДГ АНАЛИЗА НА ЕНДОДОНТСКИ ТРЕТИРАНИ ЗАБИ, 12 МЕСЕЦИ ПО ДЕФИНИТИВНОТО КАНАЛНО ПОЛНЕЊЕ - ВО НАЈНЕПОСРЕДНА БЛИЗИНА НА АПЕКСОТ

	91		Без присутни периапикални промени		Со присутни периапикални промени	
	број	%	број	%	број	%
Вкупно	91		76		152	
непроменета состојба	81	89	70	93,3	11	65,8
влошување	7	7,6	6	6,7	1	7,4
подобрување	3	3,4	-	-	3	26,8

ТАБЕЛА III/3

РДГ АНАЛИЗА НА ЕНДОДОНТСКИ ТРЕТИРАНИ ЗАБИ, 12 МЕСЕЦИ ПО ДЕФИНИТИВНОТО КАНАЛНО ПОЛНЕЊЕ - ПРЕКУ АПЕКСОТ

	24		Без присутни периапикални промени		Со присутни периапикални промени	
	број	%	број	%	број	%
Вкупно	24		6		18	
непроменета состојба	6	25	1	16,7	5	27,7
влошување	16	66,7	5	83,3	11	61
подобрување	2	8,3	-	-	2	11,3

Од табеларниот приказ може да се види дека рендгенска анализа е спроведена кај 175 ендодонтски третирани заби, од кои, 134 заби или 76,5% немаат присутни периапикални промени пред лекувањето, додека 41 заб или 23,5% покажуваат присутни периапикални промени.

Од податоците дадени во табелата II може да се забележи дека најголем број од дефинитивните канални полнења се во височина во најнепосредна близина на апексот, 41 заб или 51,8%. Под апексот се 60 заби или 37,5% а најмалку се преполнувањата преку апексот, 24 заби или 12,5%. Во однос на видот на забите, најмногу недоволни канални полнења се среќаваат при повеќекорените заби, 70%, додека кај еднокорените заби е пак евидентно преполнувањето преку апексот 87,5%.

Во трите последни табели се прикажани рендгенските наоди 12 месеци по дефинитивното канално полнење, издвоени според височината на полнењето. Наодот непроменета состојба, во групата без присутни периапикални промени пред полнењето, се смета како излекување, додека во групата со присутни периапикални промени ги означуваме како неуспех, бидејќи во овие случаи секоја непроменета состојба во себе носи опасност од рецидив. Состојба на влошување ја сметаме појавата на нови рендгенолошки промени кај групата без периапикални промени, или промените во вид на влошување на веќе постојните промени кај втората група. Кај преполнувањата преку врвот забележуваме голем процент на состојба на влошување, 66,7%. Особено таа е нагласена во група без периапикални промени, 83,3%, веројатно поради последиците од иритирање на периапексот во текот на обработката и полнењето на каналот, додека во другата група, со присутни промени, овој процент е помал, 61%. Состојба на подобрување го сметаме наодот што одговара на исчезнување на претходно постојните промени.

Дискусија

Врз основа на изнесените податоци во табелите, може да се прецени успехот на ендодонтската терапија од различните височини на дефинитивното канално полнење. Анализираниите рендгенски слики (првобитни и контролни) покажуваат различни наоди во зависност од височината на дефинитивното канално полнење. Ваквата варијабилност во многу е условена и од почетната дијагноза, видот на забот, како и анатоомо-морфолошките карактеристики на коренскиот канал.

Според нашата анализа, дефинитивното канално полнење, кое достигнува до најнепосредно соседство (близина) на апексот, дава најдобри резултати. Рендгенолошкиот наод во контролните рендгенски слики и кај двете дијагностички групи (без и со присутни периапикални промени пред лекувањето) покажуваат непроменета состојба – 89%, што може да се прифати како излекување. Ваквиот рендгенолошки наод е во корелација со клиничките и хистолошките испитувања, што експериментално во многу трудови е проверено и одговара на таканареченото цементогено зараснување. Тоа укажува на предноста на техниката на полнењето без преоѓање на цементно-дентинската граница и сочувувањето на периодонталната мембрана и нејзината репараторна способност.

Недоволно канално полнење под апексот се забележува најмногу кај повеќекорените заби, каде на ист заб можат да се најдат и полнења со различна височина. Тие се должат, главно, на лошите анатоомо-морфолошки услови. Застапеноста со 34,5% нецелосно оптурирани канали загрижува, бидејќи, како што е познато, постои можност за ексудација од периапикалниот простор во кореновиот канал. Овој ексудат понатаму се разградува физички и хемиски, го иритира периапексот и предизвикува хронично воспаление. На контролните рендгенолошки слики во повеќето случаи има променета состојба, како и промени во периапикалните структури. Состојба на влошување среќаваме во 71,6%, и тоа во вид на нови рендгенски промени кај групата без периапикални промени или во вид на влошување на веќе постојните промени кај оние во групата со присутни промени пред лекувањето. За неуспехот во терапијата кај заби каде што е извршено нецелосно канално полнење или не е извршено полнење на каналот, и зборуваат други автори (11), Geubs 86%, Buge 65%, Hyat 42%, A. D. Black 63–64%, Trauner 58% итн. Спротивно на нив, Davies, Gölner, Rebel, Mayer, Fischer, Devis и други, истакнувајќи ги тешкотиите во обработка и полнењето, се залагаат за некомплетно полнење на коренот и во нивните студии ги наведуваат успехите од ваквиот начин на полнење.

Преполнувањето, односно дефинитивното канално полнење преку апексот, процентуално повеќе е кај еднокорените отколку повеќекорените заби. На некои рендгенски слики најдовме ресорпција на прекуапексното полнење кое понекогаш е проследено со помала или поголема ресорпција на пастата и во каналот,

со адекватни последици. Особено се уочливи промените на каналното полнење, каде од кои и да било причини настанало отстранување на меката паста од апикалниот дел на каналот, која на непосредната рендгенска слика кумулира дефинитивно полнење, додека на контролната слика, и тоа многу рано, се гледаат последиците во облик на празен апикален дел на каналот.

Постојат автори кои вршат канално полнење нешто над апексот и го покриваат апексот во вид на капа (2,5). Според нив форсираното полнење преку врвот дава сигурност дека целиот канал е исполнет. На мислење сме дека овој метод (височина) на полнење е преследен со не мал број неуспеси. Ние во нашата анализа најдовме состојба на влошување 66,7%. Овој процент е многу поголем во дијагностичката група, без претходните периапикални промени – 83,3%. Препоставуваме дека таквиот број произлегува од желбата да се достигне бараната цел, односно да се исполни до врв апикалниот инфундибулум. Во овие случаи на преполнување преку апексот со нересорбливи пасти, оваа паста ќе се однесува како туѓо тело, повеќе или помалку ќе биде толерирано и ќе причинува хронични воспаленија кои се изразуваат дискретно или поназначено.

Ние не сакаме да се рашируваме врз учењата на појавите на реакцијата на периапикалната област кога се преполнува, чие познавање е, меѓутоа, битно за да можат да се разберат процесите на оздравување. Надвор од секое сомневање е дека оздравување е физиолошкото затворање на апикалниот отвор со остеоцемент. Ова може да се објасни само ако областа на цементарниот инфундибулум е ослободен од пастата што не се ресорбира. Кога се употребува паста која се ресорбира, таа може да биде осудена, бидејќи нејзината ресорпција настанува и во внатрешноста на каналот, таму каде што се бара да се добие постојано херметичко полнење. Тогаш се поставува прашањето, дали можеме да зборуваме за вистинско лекување по една оперативна агресија ако настанало образување на остеоцементарно затворање.

Во една интересна студија на глушец, Muruzubal и Erauskvin,⁽¹⁾ а подоцна и наши автори⁽²⁾ (Немировски, Мадановиќ, Блажик докажаа дека со супстанции и за полнење, добро толерантни, како диакет, АН-12, постојат воспалителни бенигни реакции, кога полнењето е до апексот, без да го помине додека во случаите на преминување доаѓа до израз мортификацијата на апикалниот цемент и на коскестото ткиво, во деновите кои следат по полнењето.

Секундарно настанатата репарација остава цикатрикс или капсула диференцирана од фиброзно ткиво што го опкружува местото на пастата што го надминала. Во нивните студии тие никогаш не сретнале облитерација на каналот со тврди неформирани ткива.

По сè ова можеме да заклучиме дека апикално преминување не е во никој случај пожелно. Уште повеќе, дали може тоа да биде толерирано кога реакциите што ги повлекува едно нецелосно полнење се минимални во однос на едно минимално прекуапексно преминување.

Во студијата на Стоматолошката школа на Универзитетот во Вашингтон⁽¹⁾ 3,85% од неуспесите се во врска со апикалното преминување, додека 58,66% од неуспесите се должат на недоволната херметичност на полнењето. Техниката на полнењето што се употребува во САД, вообичаената примена на мерките на претпазливост во текот на лекувањето, како и можностите во одонтометријата за добивање реална должина на каналот, даваат пооптимистичко видување за влијанието на апикалното полнење врз прогнозата на лекувањето.

Заклучок

Иако методот е доста ограничен, сепак може врз основа на рендгенската анализа и изнесените податоци да се процени успехот на ендодонтската терапија од различните височини на дефинитивното канално полнење. Сигурната оценка за вредноста на методот на лекувањето може да го даде клиничкиот наод и хистолошката документација. Прогнозата е во репараторните механизми на организмот³.

На забите кои не покажуваат периапикални промени пред лекувањето, дефинитивното канално полнење треба да биде во најнепосредна близина на апексот, односно на нивото на дентинско-цементната граница. Потврда на ваквиот став наоѓаме во теориските, експерименталните и клиничките податоци.

За забите кои покажуваат апикални промени, Grosman (5) советува да се полнат до формен апикале или лесно преку него, бидејќи, според него, херметичкото полнење на форманот е важно во овие случаи. Во овие случаи, тешко е да се заземе јасен став, бидејќи една рендгенска слика, која покажува лесно поминување во форма на капа, не го спречува херметичкото оптурирање на апексот.

RADIOGRAPHY EVALUATION OF ENDODONTIC THERAPY RESULTS RELATED TO LEVEL OF ROOT CANNAL FILLING

Summary

We present radiography evaluation of endodontic therapy in relation to the level of root cannal filling. Our investigation is based upon statistical results achieved from radiography analysis of 175 endodontically treated teeth and root cannal fillings. We determined three levels of cannal filling: immediately to the apex, below the apex and over the apex. Evaluation criteria were control radiography examinations in respect to unchanged condition, improvement or made worse. Our cases with root cannal fillings immediately to the apex revieled best results.

Литература

1 Аксентиевиќ М., Мијушковиќ Д., Бркиќ Ј.: Радиолошка анализа адхерентности каналних имплатата. (Зборник радова I, VI Конгрес стоматолога Југославије, 1976)

2 Блажиќ Д. Немировски З., Ажиновиќ З.: Експериментална искуства са средствима за пуњење кориенских канала, Зборник радова I, VI Конгрес стоматолога Југославије, 1976

3 Brunel A. L., Leroux J.: Limite apikale de l'opturation radikulaire, Conference Salpêtrière, le 9 mars, 1967, Paris

4 Brunel A. L., Leroux J.: Technique schematique de l'opturation et des tritement radiculaires, Stomatologie, 1966

5. Chatila F., Katz P. Leroux J.: L'hérmeticité des opturations canalaires avec pâtes et conès, Bulletin du G. I. R. S. O, p. 189-196

6. Chatila F., Katz P., Leroux J.: Les opturations canalaires avec pâtes et conès. Liaison entre les deux materieu, AOS, 1982

7 Димкова Љ. Тавчиовски И. Рендгенска интерпретација на ефектите од ендодонтската терапија, МСП, 4, 1978

8 Grosman, L. I.: Endodontic Praticce, ed. 7. Philadelphia, 1970

9. Kuttler, Y.: Une techique précise et biologique pour opturer les canaux radiculaires, AOS, 1961

10 Д. Миљушковиќ, Карацов О., Бркич Ј.: Репараторних процеса после пулпектомије, СГС, ванредни број, 1970

11 Тавчиовски И. Љ. Димкова: Непотполно канално полнење во ендодонтската терапија. (Годишен зборник на Медицински факултет, 1973, 19:475-485

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за дентална патологија и терапија

ПОСТРАВМАТСКИ ЕФЕКТИ НА ЗАБИТЕ–МОЖНОСТИ ЗА КОНЗЕРВАТИВНА САНАЦИЈА

Матовска Љупка, Б. Василевски, Марија Неделковска

Кондицијата на периодонталните ткива, при инфективни и трауматски дејства, претставува интерес за сите дисциплини на стоматолошката наука.

Посебен акцент има акутниот стрес, не само на забните и околузабните структури, туку и врз биолошкиот одговор, што е од посебна важност за функционалната и естетската санација.

Со оглед на фактот дека се бројни можностите за ненамерна акутна траума врз забот, нејзините манифестации од субјективен и објективен карактер, како и терапевските проблеми што произлегуваат од тоа, се основниот мотив на овој труд. Материјалот што го обработивме, варијациите во нивната терапија, како и резултатите што ги добивме, покажуваат дека користејќи ја адаптивбилноста и репараторниот потенцијал во склоп со една правилна конзервативна обработка на забниот канал, може да се сочува интегритетот на забот во забната низа, како една функционална и естетска целина.

Акутната траума предизвикува силен стрес не само на забот туку и во пародонталното ткиво, оттаму и неговиот биолошки одговор ќе претставува посебен аспект во зависност од законите на чистата физика.

Бројни се можностите за ненамерна апликација на сила врз забните и околузабните структури, но ткивото со својот адаптационен потенцијал, физички и биохемиски интеракции ги неутрализира, односно моделира микро и макротресните дејства и се адаптира на новонастанатата ситуација.

Од една страна, пародонталните елементи вршат трансмисија на стрес-дејствувањата и нивна неутрализација, а од друга страна, пак, активирајќи значајни биохемиски збиднувања, доведуваат до ремоделација на атакираната регија (3).

Докажано е дека веќе по 20 минути од апликацијата на силата доаѓа до зголемување на пародонталната васкуларна пермеабилност(6).

Хистолошките реперкуси доказуваат дека оваа ојава ја следи различен степен на деструкција на ткивото, кое се карактеризира со оштетување на васкуларизацијата, инфилтрацијата на макрофаги и морфолошките алтерации на влакната(1).

Следејќи го клиничкото искуство од поединечни случаи и нивните терапевски дилеми, си поставивме за цел да ги изнесеме нашите согледувања и резултати што сме ги постигнале во третирањето на пострауматските ефекти на забите.

Приказ на случаи

Случај 1

Пациент В.С., на 32 год. Три недели по тешка екстракциона процедура на првиот долен моларен заб, се жали на неудобност, оклузален тип на болка, неможност за мастикација во таа регија и чувство на повисок заб. Објективно, присутен е голем коскен дефект, покрај авиталниот интактен заб и зголемената осетливост. Радиографски се забележува вертикален интерен ресорпциски дефект, почетен екстерен тип ресорпција и пространи оштетувања на околната коскена структура. Бидејќи се работеше за интактен заб, направена е оклузална трепанација, екстирпација на каналната некротична содржина, каналот го исполнивме со Calxyl-ова паста. И по два обида на опсежна биомеханичка обработка и медикаментозно делување не постигнавме позитивен резултат.



Слика 1

Случај 2

Пациентка М.В. на 42-годишна возраст. Доаѓа заради луксација на горниот централен инцизив кој е витален. Постојат податоци за акутна траума од пред 1 месец. Интактно околно меко ткиво, но изразита луксација на забот. Непосредно по траумата бил направен обид за имобилизација без друга терапија. На радиографскиот преглед се забележува косо поставена трауматска линија на ниво на втората третина на коренот и коронарно. Направен е обид за конзервативна терапија по пат на витална екстирпација, со опсежна биомеханичка обработка на каналниот систем, биолошко-медикаментозно дејство и дефинитивно полнење со класично апикално и канално полнење. Потоа во висина над фрактурната линија по претходна препарација и земање отпечаток беше изработено метални колче, кое беше цементирано а забот исполнет со композитно полнење (сл. 2,3,4). Субјективните и објективните ефекти по 1,5 год. од терапијата дозволуваат да бидеме задоволни од постигнатиот резултат.



Слика 2



Слика 3



Слика 4

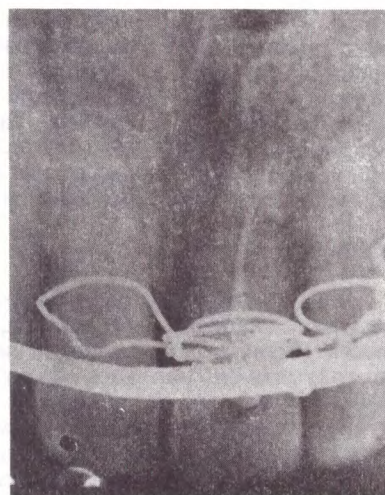
Случај 3

Пациент П.К. на 28-годишна возраст. Сообраќајна незгода била причина за акутна траума на горниот централен инцизив. Притоа, настанале повеќе фрактури на коренскиот дел на забот со повреди и на околното меко ткиво. Беше присутна и изразита луксација на забот. Нашата терапија се состоеше во комплетна канална терапија (биомеханичка обработка, медикаментозна и дефинитивно полнење на каналот, по што веднаш е направено шинирање на целата фронтална регија.

Резултатите покажуваат смирување на субјективните и објективните симптоми, санација на околните меки ткива, а радиографскиот наод покажува консолидација на фрактурата (сл. 5,6)



Слика 5



Слика 6

Дискусија

Трауматското дејство, чиј ефект може да биде и губење на забот, претставува потсетник пред сè за правилно и внимателно оценување на секој случај индициран за екстракција. Трауматскиот ефект во пулпалното ткиво, хеморагичните промени во него како и во периапикалниот простор, во својот развојен ток предизвикуваат пролиферација на гранулационо ткиво и прекин на предентинската формација, со сите понатамошни последици на забно-потпорниот апарат.

Следејќи ги фрактурните линии на корените, забележавме најразлична индивидуалност. Хеморагијата како феномен на секое трауматско дејство во голема мерка ја отежнуваше биомеханичката обработка. Тука употребата на калциум хидроксид пастата дава редуцирање на овие симптоми(4).

При одлучувањето за конзервативна терапија треба да се има предвид и фактот дека трауматскиот ефект во секој случај има реперкусии и на пародонталното ткиво. Механизмот на движење на забот во одреден процент врши редукција на траумата со репарација, но во ткивото остануваат и ирепарабилни промени.

Затоа, користејќи го феноменот на репаративност, со правилно одредена и применета терапија, можеме да го сочуваме забно-потпорниот интегритет на забот. Можности за тоа постојат. Во прилог на тоа зборуваат и прикажаните случаи, како и можните механизми на репарација, опишани во литературните прикази (2,3,4).

Рендгенграфските контроли на третираните случаи, направени по 1 и 1,5 год., покажаа позитивни резултати. Исклучувајќи го првиот случај, кај којшто конзервативната терапија не доведе до сочувување на забот, нашето клиничко искуство во другите случаи зборува за успешно конзервативно санирање на интерните ресорптивни процеси. Причината за губење на забот беше комплетната деструкција на околната коскена структура, а како резултат на тешката продолжена екстракциона процедура на првиот морален заб, заради постоење на хиперцементоза.

Логичен е заклучокот за потребата од дозирање на силата при луксационото движење на забот а со претходна Рдг контрола.

Спротивно на тоа, акутната непланирана трауматска сила на забот, придружена најчесто со фрактура, го носи во себе ризикот на уништување на забно-потпорниот апарат, делумно или целосно.

Токму заради претпоставката, надежта и фактот за постоење на адаптивност, репараторност и усогласеност на системот на сили, конзервативниот третман со сите свои варијанти треба да претставува обид за сочувување на забно-потпорниот интегритет и естетско-функционалната стабилизација на забот.

Процентот на досегашните резултати е позитивен, нивното следење е неопходно и понатаму, бидејќи од него треба да произлезе и понатамошниот мотив за конзервативно-тераписко дејство.

Заклучок

Комплексниот склоп на забно-потпорниот апарат во однос на дејството на акутната траума претставува осебен интерес за сочувување на забите и интегритетот на околузабните структури.

Ако се појде од соодност на надворешните сили и одговорот на биолошкиот механизам на забот, секогаш е оправдана потребата и од ендодонтско дејство.

Уште една поткрепа на биолошката „помош“ е и правилната, комплетна биомеханичка и медикаментозна обработка на каналниот систем на забот.

POST TRAUMATIC EFFECTS ONTO TEETH – THERAPEUTIC POSSIBILITIES

Summary

Periodontal tissue capability, in relation to infectuous and traumatic involvement is of interest for all dental disciplines.

Acute stress is particularly emphasized not only when tooth and periodontal structures are concerned and the biologic response is of special importance when intending functional and esthetic rehabilitation.

This report was intended to deal with accidental acute tooth trauma, its manifestation being subjective and objective in nature, as well as to discuss related problems. Our case material selected therapeutical approach and results achieved, point out that supported by adaptability and reparatory potential, together with exact conservative treatment of the root canal, the tooth, in the tooth raw can preserve its integrity in functional and esthetic sense.

Литература

1. Hardnt R. : Pulpitis chronica granulomatosa interna, Dtsch.zahnärztl. Z.37, 649-658, 1982
2. Mandor R.B.: A tooth with internal resorption treated with a hydrophilic plastic material: a case report, J. of Endodontics, vol. 7,9,1981, 430-432

3. Yehya A. M.: Orchestration of tooth movement, Am. J. Orthod. vol 83,3, 1983
4. Frank A.: External-internal progressive resorption and its nonsurgical correction, J.of Endodontics, 7, 10, 1981,473-476
5. Rains M.D.: Soft-tissue changes associated with maxillary incisor retraction, Am. J.Orthod., 81,,6,1982,481-488
6. Worth H.M.: Principles and Practice Oral Radiologic Interpretation, Year Book, Medical Publishers inc., 1969

Медицински центар – Титов Велес
Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за детска и превентивна стоматологија

ТЕРАПИСКИ МОЖНОСТИ ПРИ ГАНГРЕНА НА МЛЕЧНИ ЗАБИ

Богданова Љупка, М. Царчев

На 370 деца на возраст од 4 до 8 години извршено е лекување на гангрена на млечни моларни заби по методот на трио паста, геокортон паста и резорцин паста. Поради недоволен успех во терапијата на гангрениите по овие методи, во светот денес се користат некои ефикасни методи, како, на пример, методот со формалин-резорцин.

По проверката на споменатите методи, во нашата практика, врз основа на сопствените искуства го препорачуваме како најпогоден, формалин-резорцин методот.

Гангрениите на млечните заби претставуваат една чиста компликација, почнувајќи од кариесот, пулпитисот и гангрената, која кај децата се манифестира најчесто како хроничен дифузен пародонтитис. Во стручната литература се споменуваат повеќе методи за терапија на гангрената на млечните заби (2,3,4).

Со оглед на многу специфичности во работата со деца (мала уста, обилна плувачка, немирни пациенти, ресорпција на корените итн) терапијата на гангренозна пулпа кај млечните заби досега не дала задоволителни резултати. Целта на нашиот труд е да се испита клиничкиот успех на терапијата при гангрена на млечни молари по методот на формалин-резорцин паста.

Материјал и метод

Кај 370 деца со млечни молари на возраст од 4 до 8 години го следевме успехот во терапијата на гангрениите во опсервационен период од 2 години.

Децата се поделени на три групи: прва група деца третирани со трио паста, втора група деца третирани со геокортон паста, трета група деца третирани со формалин-резорцин паста по методот на професор д-р Атанасов и проф. д-р Инцова, 1979 г.

Во првата сеанса имаме тотална трепанација, хемиска обработка со промивање со хидроген, исушување и ставање влошка од една капка формалин 35% со два до три кристали резорцин подготвено ex tempore, и стои 2-3 дена.

Во втората сеанса дното на *savum pulpaе* и каналите се покриваат со паста на формалин 35%, резорцин и цинкоксид-олиумкариофилорум во тестовидна смеса. Потоа се става подлога и пломба.

Доколку постои фистула, таа се обработува, се промива и се полни забот со претходната паста.

ТАБЕЛАРЕН ПРИКАЗ НА УСПЕХОТ НА ТЕРАПИЈАТА НА ГАНГРЕНА КАЈ МЛЕЧНИ
МОЛАРИ КАЈ ОДДЕЛНИ МЕТОДИ НА ЛЕКУВАЊЕ

ТРЕТМАН	Број на лекувани заби	успех во терапијата		компликации	
		број	процент	број	процент
ТРИО ПАСТА	100	23	23%	77	77%
ГЕОКОРТОН ПАСТА	135	77	57%	58	43%
РЕЗОРЦИН-ФОРМАЛИН ПАСТА	135	98	72%	37	27%

Дискусија

Според современата литература сè уште не постои метод кој во лекувањето на гангрени на млечните заби би дал комплетно клиничко и хистолошко излекување во задоволителни проценти. Нашите резултати при користењето на формалин резорцин пастата се задоволителни и тие се во близок сооднос со резултатите презентирани од Атанасов и Индзова (1).

Во светот денес главно, се применува методот формалин-резорцин со успех, што се потврдува и од нашата табела.

Прегледани се 370 деца, од кои 100 се третирани со трио паста, 135 деца со геокортон паста, 7% со формалин и цинкоксид. Исто така 135 деца се третирани со паста на 35% формалин, резорцин и цинкоксид.

1. Успех во терапијата со трио паста има кај 23% деца, а компликации-рецидиви кај 77%, кои се јавуваат во време од 2 до 3 месеци.

2. Успех во терапијата со геокортон имавме кај 57% деца а рецидиви кај 43% кои се јавуваат најдоцна по 7,8,9 месеци.

3. Успех во терапијата со формалин-резорцин имавме кај 72% деца а рецидиви кај 27%. Успехот на терапијата со оваа паста можеме да го видиме во време на опсервација од 2 години. Додека рецидивите кај 27% деца што се појавија беа кај деца со дифузни пародонти или апсеси, каде по неколку месеци или една година моравме да ги екстрахираме забите да не се појави фокалоза. Атанасов и Индзова (1), ги следеле резултатите од 3 години, почнувајќи со лекувањето на гангрени и периодонтите кај млечните заби, и констатирале дека формалин-резорцин методот дава долготрајни резултати. Неговата висока ефикасност се одразува со силен бактерициден ефект, при што го задржува растежот на микроорганизмите, а како влошка и како паста ставани во кавумот не предизвикуваат дразнење на парадонциумот.

Заклучок

На крај треба да се каже дека сите проблеми што се јавуваат во врска со терапијата на гангрени на млечните заби, со цел да се сочува млечната дентиција, може единствено да се решат со ефикасно спроведување на превентивни мерки, рана дијагноза и благовремена санација.

Треба да се почне со користење на методи за лекување на гангрени кои се применуваат во другите земји и врз основа на сопствените искуства да се одбере оној метод кој покажува најдобри клинички резултати.

ТHERAPEUTICAL POSSIBILITIES IN GANGRENA OF DECIDUOUS TEEETH

Summary

Treatment of gangrena of deciduous molars after the method of trio-paste, geocorton and resorcin was performed in 370 children. Because of low efficiency in gangrena treatment after these methods, the method of Formalin-resorcin is widely used in the world.

After we have employed and checked the method in our praxis, on the basis of own experience we suggest it a most convenient one.

Литература

1. Атанасов, Н., К.Индзова: Експериментални и клинички проучувани върху лечението на хронични периодонтити, *Стоматология*, 1,6-9, 1979.
2. Евдокимова А.И..Т.Ф.Виноградова: *Руководство стоматологии детского возраста*. М,Медицина, 1976.
3. Kennedy, D.B. et al.: Antibacterial treatment and biological reparation in the therapy of apical periodontitis in children, *J. Dent. Child.*, 40,208-212, 1973
4. Stewart, G.G.: Stimulation of lymphocyte transformation by bacterial antigens in patients with periodontal disease, *J. Amer. Dent. Ass.* 4, 793-800, 1975.

Здравствен дом „Скопје“ – ООЗТ за ПЗЗ „Чаир“
Ортодонстско одд. Пол. „Чаир“ – Скопје

РЕСТАВРИРАЊЕ НА ПРЕДНИ ЗАБИ СО ИНДИВИДУАЛНА МАТРИЦА

Павлов Д.

Во трудот е прикажано реставрирање на предни заби со индивидуална матрица, која претставува модификација, а и новина од овој вид.

Секојдневно се среќаваме со проблем на поголеми оштетувања на забните коронки, како кај возрасни така и кај деца. Кариесот, чија фреквенција во Скопје изнесува од 89,8 до 99,8% (Нечева, 1984) и неговата неблагоприятна санација е еден од етиолошките фактори на овие оштетувања (Јовановиќ, 1982). Траумата, како втор етиолошки фактор е исто често застапена, па според податоците на Нечева (1984) инциденцијата на траумите на забите изнесува 31,6%, само на вилиците 42,7% а комбинирани трауми на заби и вилици 8,9-51,0%.

Големите оштетувања на забните коронки негативно се одразуваат на функцијата, фонетиката како и на естетскиот изглед на пациентот.

Сакаме преку овој труд да ја прикажеме една од можностите на реставрирање на деструираните предни заби со композитни материјали, а со примена на индивидуална матрица.

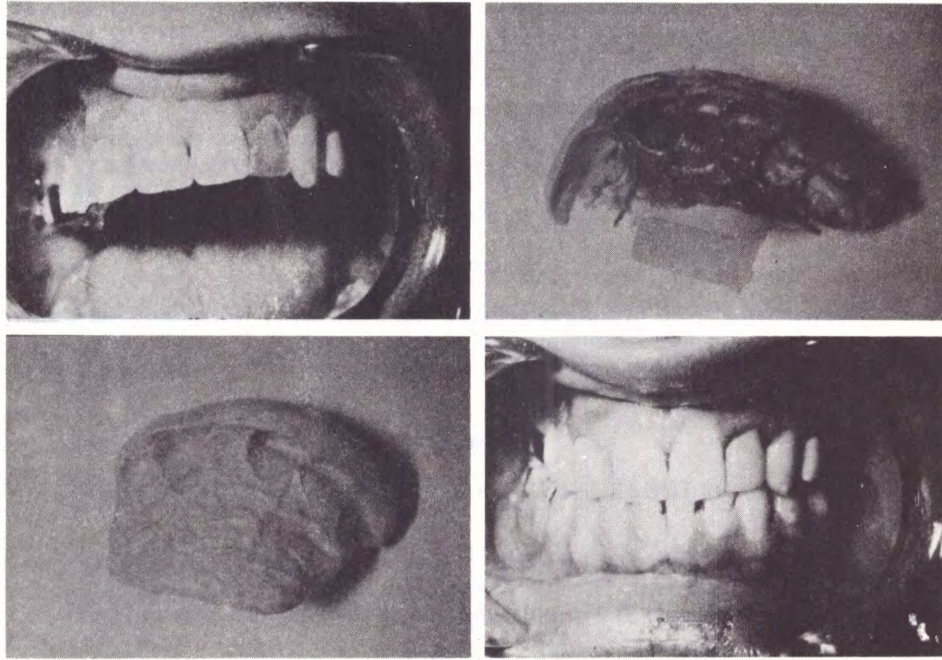
Материјал и метод

На Стоматолошко одделение во Пол. „Чаир“ во Скопје, се третирани околу 20 случаи со деструирани коронки. Пациентите бараа да им се надомести изгубениот коронарен дел од забот. Поради често немање на целулоидни коронки се дојде на идеја за изработка на индивидуална матрица.

Кај сите случаи прво се направени рутински прегледи и Рдг снимки. Забите се ендодотски лекувани, а по одреден временски период се преминува на нивното реставрирање.

Каналот се препарира како вообичаено. Колчето може да биде: индивидуално лиено, конфекциско лиено или колче со двојна челична жица од 0,9 мм која се моделира во минијатура на коронка. Втората фаза, која е и предмет на овој труд, е моделирањето на коронарниот дел од розов восок.

Нанесен загреан розов восок моделираме и притоа внимаваме на формата, дебелината, ширината и контактните точки. Најважно е преминот од радикуларниот дел кон коронарниот восочен дел да има континуитет. Не смее да има никаква стапка. Може по желба на пациентот да се изведе инклинација или ротација. Откако сме готови со моделирањето правиме контрола цервикално со сонда, потоа контролираме оклузија и артикулација. Отпечаток земаме со оптозил и ксантопрен. Пожелно е да опфаќа најмалку по еден заб од секоја страна мезијално и дистално од восочниот заб. Отпечатокот го вадиме од уста и добиваме отпечаток од восочниот заб и од соседните заби. Розовиот восок го отстрануваме од забот и сега имаме идеално прецизна индивидуална матрица. Таа ги обеле-



Слика 1

- А. коронарен дел измоделиран од восок
 Б. отпечаток со оптозил и ксантопрен
 В. подготовка на колчето со изолак, дентин премачкан со лентин атхезит
 Г. завршна фаза, дефинитивен изглед

жува сите контури на забот, формата на цервикалниот дел од радикасот, што е од битна важност да не дејствува иритативно. Металниот коронарен дел го премачкуваме со изолак од ивоклар за да го изгуби металниот сјај, кој подоцна може да даде отсјај. За подобро рабно затворање на радикуларниот дел и надоградениот заб се премачкува со дентин атхезит. Ако има преостанат дел од коронката емајлот се подјадува.

За полнење на индивидуалната матрица може да ни послужи кој и да било двокомпонентен композитен материјал. Овие случаи се третирани со двокомпонентен композит-изопаст. Се избира боја по клуч, се замешува во доволна количина и се полни индивидуалната матрица во отпечатокот при што се внимава да не се компримира воздух. Отпечатокот се враќа назад во устата и со благ притисок и масирање по неговата површина го истиснуваме вишокот на материјалот. По неколку минути се вади отпечатокот и добиваме индивидуална композитна надградба. Со дијамантски каменчиња го отстрануваме вишокот. Вршине евентуални дополнителни корекции на формата. Вршине контрола на оклузијата и артикулацијата. Со сонда го контролираме цервикалниот премин кој мора да биде континуиран. Откако сме уверени дека е сè во ред забот го гладиме, финираме и наредниот ден го полираме.

Дискусија

Реставрирањето на предните заби со индивидуална матрица како метод има доста предности.

По исполнување на главниот услов, а тоа е конзервативно или конзервативно-хируршко згрижување на забниот корен и запазување на одреден временски период по тоа згрижување, може во една сeанса да се надомести изгубениот коронарен дел од забот (Fröchlöh, 1969, Мирчев, 1981, Тантуровски, 1977).

Со овој метод се одбегнува работа во лабораторија, што претставува предност за амбулантите без забни лаборатории.

Покрај евтина изработка, битно е и тоа што пациентот со вака брзо реставриран дел од загубената забна коронка психички се растоварува, бидејќи се коригира естетскиот момент, се здобива со нормална функција и фонетика. Наведените предности ни даваат за право да го препорачаме овој метод.

Заклучок

Реставрирањето на предните заби со индивидуална матрица дава извонредна прецизност во цервикалниот дел. Имаме можност по желба да се моделира забот, а уште побитно е што во една сeанса пациентот е згрижен т.е. санитран.

Summary

RESTORATION OF THE FRONT TEETH BY MEANS OF INDIVIDUAL MATRIX

The restoration of the front teeth by means of individual matrix enables special precision in the cervical part. There is a possibility for us to model according to our wish. The next advantage is that in only one seance the patient is rehabilitated.

Литература

2. Јовановић Р. и сор.: Протетско збрињавање већих деструкција круне сталних зуба у деце-приказ случајева, МСП, IV 1982 Скопје (53-56)
4. Нечева Љ.: Пролиферација на гингивата како последица од траума, МСП, VIII 1984 (139-141)
3. Мирчев Е. и сор.: Авитални заби од протетски аспект и погодно време за протетски третман, МСП, V 1981. 38-41
1. Fröhlich E.: „Der markote Zahn als Brückenpfeiler“, DZZ 24,8 732 1969.
5. Тантуровски Г. и сор.: „Хируршко-конзервативен третман на забни корени во фронталната регија“, МСП, I 1977 (145-149).

ИНДЕКС ПО АВТОРИ

- Атанасова Е.:** види **Симоновски М.**
- Бајрактарова Б.:** Компјутерска обработка на податоците во современата научно-истражувачка работа, МСП, X(3-4):76-81, 1986
- Белазелкоска З.:** Активноста на ГОТ и ГПТ во плунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, МСП, X(1-2): 21-28, 1986
- Белазелкоска З.:** Фиксните протетички надоместоци како можен етиолошки фактор во настанувањето на прогресивната пародонтопатија, МСП, X(1-2):49-51, 1986
- Белазелкоска З.:** Активноста на ЛДХ кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, МСП, X(3-4):87-90, 1986
- Бојациев Т., Лазаревска Е.:** Проценување на обемот на денталните лакови кај неправилностите од II класа I одделение, МСП, X(3-4):82-86, 1986
- Бојациев Т.:** Организирана ортодонтска превентива на забновичните неправилности, МСП X(3-4): 91-94, 1986
- Василевска К.:** Епиремиолошки индикатори на денталниот морбидитет, МСП, X(3-4):72-75, 1986
- Гиговски Н.:** Види **Мирчев Е.**
- Дамески Б.:** Движењето на кариесот кај децата од предучилишна возраст, МСП, X(4-3):98-101, 1986
- Делчева Е.:** види **Симоновски М.**
- Донев С.:** види **Тасевски К.**
- Зафировска В.:** Клиничка проценка на пулпата при абрадирани заби, МСП, X(1-2):15-20, 1986
- Зафировска В.:** види **Стефановиќ М.**
- Капушевска Б.:** види **Мирчев Е.**
- Каранфиловска А.:** види **Петров П.**
- Корнети П.:** види **Белазелкоска З.**
- Лазаревска Е.:** види **Бојациев Т.**
- Матовска Јб.:** види **Василевска К.**
- Мирчев Е.:** Изработка на заштитни коронки во гарнитура на заби за тотални протези, МСП, X(1-2):27-30, 1986
- Митев А.:** види **Тасевски К.**
- Муровска М.:** види **Тасевски К.**
- Манова К.:** види **Бајрактарова Б.**
- Накова М.:** види **Белазелкоска З.**
- Начева Јб.:** види **Бајрактарова Б.**
- Оцаклиевска С.:** види **Стевановиќ М.**
- Паноска С.:** види **Стрезоски К.**
- Петров П.:** Бактериолошко тестирање на кореновите канали во текот на ендодонтска терапија, МСП, X(1-2):37-42, 1986
- Петреска Ж.:** види **Дамески Б.**
- Поповска М.:** види **Симоновски М.**
- Симоновски М.:** Гравидарно условени лезии на гингивата, МСП, X(3-4): 67-71, 1986
- Симоновски М.:** види **Царчев М.**
- Симоновски М.:** Улогата на механичката иритација во иницирањето и егзацербацијата на афтозниот стоматит, МСП, X(1-2):9-14, 1986

- Симоновски М.:** види Тодоров Ј.
Ставреска А.: види Симоновски М.
Стевановиќ М.: Имунолошки одговор на пулпата при кариес и хронични воспаленија на пулпата, МСП. X(1-2):5-8, 1986
Стевановиќ М.: види Петров П.
Стевановски Ј.: види Тасевски К.
Стрезовски К.: Флуоровите соли во превентивата на кариесот, МСП. X(3-4):95-97, 1986
Тавчиовска И.: види Бајрактарова Б.
Тодоров Ј.: Можното влијание на инсуфициентната мастикација врз гастродуоденалната патоза, МСП, X(1-2):43-45, 1986
Тасевски К.: Клинички аспекти на гермектомијата, МСП, X(3-4):102-104, 1986
Филевски П.: Докажување на слободната или лабаво врзаната жива во амалгамите, МСП, X(1-2):46-48, 1986
Царчев М.: Степен на алвеоларна коскена ресорпција кај деца од училишна возраст-рендгенграфска евалуација, МСП. X(1-2): 31-36, 1986

ПРЕГЛЕД НА ОБЈАВЕНИТЕ ТРУДОВИ ВО 1986 г.

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

- Царчев М., Симоновски М.** Степен на алвеоларната коскена ресорпција кај деца од училишна возраст, МСП, X (1-2):31-36, 1986
Дамески Б., Петреска Ж. Движењето на кариесот кај децата од предучилишна возраст, МСП, X (3-4):98-101, 1986
Стрезоски К., Паноска С. Флуоровите соли во превентивата на кариесот, МСП, X (3-4) 95-97, 1986

ОРТОДОНЦИЈА

- Бојаџиев Т., Лазаревска Е.** Проценување на обемот на денталните лакови кај неправилностите од II класа I одделение, МСП, X(3-4):82-86, 1986
Бојаџиев Т. Организирана ортодонтска превентива на забновичните неправилности МСП, X(3-4):91-94, 1986

ДЕНТАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

- Стевановиќ М., Зафировска В., Оџаклиевска С.** Имунолошки одговор на пулпата при кариес и хронични воспаленија на пулпата, МСП, X(1-2):5-8, 1986
Зафировска В. Клиничка проценка на пулпата при абрадирани заби, МСП, X(1-2):15-20, 1986
Петров П., Стевановиќ М., Каранфиловска А. Бактериолошко тестирање на кореновите канали во текот на ендодонтската терапија, МСП, X(1-2):37-42, 1986
Василевска К., Матовска Јб. Епидемиолошки индикатори на денталниот морбидитет, МСП, X (3-4):72-75, 1986
Филевски П. Докажување на слободната или лабаво врзаната жива во амалгамите, МСП, X(1-2):46-48, 1986

БОЛЕСТИ НА УСТАТА

- Симоновски М., Ставревска А., Атаносова Е., Поповска М.** Улогата на механичката иритација во иницирањето на егзацербацијата на афтозниот стоматит, МСП, X(1-2):9-14, 1986
Белазелкоска З., Корнети П., Накова М. Активноста на ГОТ И ГПТ во плунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, МСП, X(1-2):21-26, 1986
Белазелкоска З., Накова М. Фиксните протетички надоместоци како можен етиолошки фактор во настанувањето на прогресивната пародонтопатија, МСП, X (1-2):49-51, 1986
Симоновски М., Ставревска А., Поповска М. Делчева Р. Гравидарно условени лезии на гингивата, МСП, X(3-4):67-71, 1986
Белазелкоска З., Корнети П., Накова М. Активноста на ЛДХ кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, МСП, X (3-4):87-90, 1986

ОРАЛНА ХИРУРГИЈА

Тасевски К., Стефановски Ј., Муровска М., Донев С., Митев А., Клинички аспекти на гермектомијата, МСП, X(3-4):102-104, 1986

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

Мирчев М., Капушевска Б., Гиговски Н.: Изработка на заштитни коринки од гарнитура на заби за тотални протези, МСП, X(1-2):27-30, 1986

ОПШТИ ОБЛАСТИ

Тодоров Ј., Симоновски М.: Можното влијание на инсуфициентната мастикација врз гастродуоденалната патоза, МСП, X(1-2):43-45, 1986

Бајрактарова Б., Нечева Љ., Манова К., Тавчиовска И. Компјутерска обработка на податоци во современата научноистражувачка работа, МСП, X(3-4): 76-81, 1986