

7

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 ССРМ

Година XI Број 3-4 1987

Редакциски совет

Проф.д-р Иван Тавчиовски
Проф.д-р Благородна Лазаревска
Проф.д-р Горѓи Симов
Проф.д-р Илија Васков
Проф.д-р Симка Серафимова-Теодосиевска
Проф.д-р Томе Тушаров
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 Благородна 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: 1.000 примероци

Печатено во НИП „Нова Македонија“ – ООЗТ Печатница – Скопје

МАКЕДОНСКИ СТОМАТОЛОШКИ
ПРЕГЛЕД

Списание на Стоматолошката
секција и Стоматолошкиот
факултет – Скопје

Година XI 1987 Број 3-4

СОДРЖИНА

Белоца Д., Поповић В., Сто- шић П., Вуловић М.	
Системска стоматолошка нега у СР Србији	53
Стевановић Р., Гајић М., Обра- довић В., Оташевић Ј.	
Клинички резултати стомато- лошке обраде хендикепиране деце у општој анестезији	60
Оџаклиевска С., Цветковиќ Н., Кипровски М.	
Посттерапевтска контрола на ендодонтски лекуваните заби ...	63
Кртолица Ј.	
Протезирање во детска возраст .	67
Бојадџиев Т., Лазаревска Е.	
Аденоидни вегетации и морфо- логија на максиларен дентален лак	72
Симоновски М., Димитровски В., Ставревска А.	
Клиничко биометриска студија на ефектите од примената на модифицираната Widman Пар операција во третманот на пародонталните плитки инфра- косткени цевови	80

MACEODNIAN STOMATOLOGICAL
REVIEW

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

Year XI 1987 Number 3-4

CONTENTS

Beloica D., Popović V., Stošić P., Vulović M.	
Systematic dental care in SR Serbia – Present conditions and problems	53
Stevanović R., Gajić M., Obradović V., Otašević J.	
Clinical results in dental treatment of handicapped children under total anaesthesia	60
Odžaklievska S., Cvetković N., Kiprovski M.	
Post therapy control of endodonti- cally treated teeth	63
Krtolica J.	
Dental prosthodontics in child- hood	67
Bojadžiev T., Lazarevska E.	
Adenoidal vegetations and mor- phology of dental maxillary arch..	72
Simonovski M., Dimitrovski V., Stavrevska A.	
Clinical and biometric evaluation of the effects of modified Widman flap operation in the treatment of shallow infraosseous periodontal pockets	80

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

Рендген грешки – корелација
меѓу анатомските структури и
апикалните периапикози 84

Јанев Ј.

Можност за цикатризација на
периодонциумот при реимплан-
тираните заби 89

Неделковска М., Матовска Љ.

Превентивни аспекти на пародон-
тити 97

Павлов Д.

Третирање со естетски ортодон-
тски апарат кај предвремените
екстракции од траума 103

ДРУШТВЕНА ХРОНИКА 109

**Matovska Lj., Nedelkovska M.,
Vasilevski B.**

Radiography errors – Correlation
between anatomic structures and
apical periapicoses 84

Janev J.

Possibilités de cicatrisation du
periodontium chez les dents réim-
plantées 85

Nedelkovska M., Matovska Lj.

Preventive aspects of periodontal
diseases 97

Pavlov D.

Esthetic orthodontic appliance in
the treatment of early extractions
following trauma 103

SOCIAL CHRONICLE 109

Стоматолошки факултет – Београд
 Клиника за деčју и првензивну стоматологију
 Завод за стоматолошку здравствену заштиту СРС

СИСТЕМСКА СТОМАТОЛОШКА НЕГА У СР СРБИЈИ – СТАЊЕ И ПРОБЛЕМИ –

Белоица Д., Поповић, В. Стошић П., Вуловић М.

Стоматолошкој служби у СР Србији су у протеклом средњорочном периоду, много прецизније него раније, постављени циљеви, мере и задаци које је требало остварити у периоду од 1981 до 1985 године.

Због тога је од изузетног значаја да се сагледа и анализира реализација свега што је планирано и извршено у протеклом периоду.

У раду се анализира систематска стоматолошка здравствена заштита деце и омладине у СР Србији ван САП-а за протекли средњорочни период од 1981 до 1985 године, и то: кадровска обезбеђеност, број стоматолошких амбуланти у школама и обдаништима, обухват деце и трудница санацијом и профилаксом таблетама флуора, као и анализа извршених стоматолошких услуга.

Средњорочним планом развоја стоматолошке здравствене делатности у СР Србији за период од 1981-1985 године, стоматолошкој служби су постављени крупни и деликатни задаци у смислу очувања и побољшања здравља уста и зуба становништва. Велики део обавеза и задатака, нарочито на плану реализације обавезних видова здравствене заштите, стоматолошка служба је успешно реализовала, мада се мора рећи да због неразвијених друштвено-економских односа, а нарочито због недовољно усавршеног система слободне размене рада, извршен део планираних задатка није могао бити успешно извршен.

С обзиром на велики распрострањеност обољења уста и зуба и све већи активитет ових болести, нарочито у деце и омладине, једина алтернатива у циљу спречавања даљег експанзивног раста ових обољења био је задатак да се стоматолошка служба што пре преоријентише у правцу систематске, свеобухватне превентивне здравствене заштите целокупног становништва са приоритетом заштите виталних структура становништва (деца, омладина, труднице и радници у непосредној производњи).

У циљу испуњења ових задатака у Закону о здравственој заштити од 1979 године, Одлуци о обавезним видовима здравствене заштите и Стручно-методолошким упутствима о спровођењу обавезних видова здравствене заштите су стоматолошкој служби у СР Србији ван САП-а много прецизније него раније постављени циљеви, мере и задаци које је требало остварити у периоду од 1981--1985 године.

Како је праћење остваривања планираних циљева и задатака интегрални део планирања, а пошто се планирани средњорочни период завршио, од изузетног је значаја да се сагледа реализација свега онога што је било планирано и извршено за протеклих пет година средњорочног периода од 1981-1985 године,

нарочито у области стоматолошке здравствене заштите виталних структура становништва.

Систематска стоматолошка нега деце и омладине за период од 1981-1985 године

Једна од битних претпоставки за успешну реализацију планских циљева и задатака представља обезбеђеност делатности потребним кадром здравствених радника.

У протеклом средњорочном периоду учинило се доста у обезбеђивању кадра који ради у стоматолошкој заштити деце и омладине, али не и довољно, нарочито у појединим регионима и општинама.

Из табеле I се уочава да се број стоматолога који су радили у децјој стоматологији непрестано увећавао из године у годину, што је несумњиво утицало и на побољшање односа броја стоматолога на број деце, тако да је у 1985 години у децјој стоматолошкој заштити радило укупно 729 терапеута, што чини однос 1:2145.

ТАБЕЛА I

БРОЈ ТЕРАПЕУТА И ОДНОСИ У СТОМАТОЛОШКОЈ ЗАШТИТИ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ (0-19)
СР СРБИЈА ВАН САП-а

Година	Терапеути	Однос
1981	484	3230
1982	581	2690
1983	656	2383
1984	692	2259
1985	729	2145

Истовремено са повећањем кадра повећавао се и број специјалиста из децје и превентивне стоматологије, а опадао број зубара, тако да се може рећи да је од укупног броја стоматолога који раде са децом у 1985 години скоро 50 % било специјалист (Таб. II).

ТАБЕЛА II

СТРУКТУРА КАДРОВА У СТОМАТОЛОШКОЈ ЗАШТИТИ ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ
СР СРБИЈА ВАН САП-а

Година	Терапеути			
	Специјалисти	Зубни лекари		Укупно
		Без специјалности	Зубари	
1981	197	279	8	484
1982	232	344	5	581
1983	285	366	5	656
1984	304	384	4	692
1985	351	375	3	729

Из табеле III се уочава да се из године у годину повећавао број општина које су имале посебно организован кадар и службу за децју и превентивну стоматологију; тако да у 1985 години само 16 општина у СР Србији није имало посебно организовану службу за стоматолошку заштиту деце и омладине.

ТАБЕЛА III

ОПШТИНЕ СА ПОСЕБНО ОРГАНИЗОВАНОМ СТОМАТОЛОШКОМ СЛУЖБОМ ЗА ДЕЦУ И ОМЛАДИНУ

СР СРБИЈА ВАН САП-а

Године	Број општина (114)
1981	84
1982	83
1983	93
1984	98
1985	98

Истовремено са повећањем кадра увећавао се и број стоматолошких амбуланти у школама и установама за предшколски боравак деце што се види из података на табели IV. У односу на 1981 годину број стоматолошких амбуланти у школама и обдаништима се повећао за више од два пута, али још није постигао оптималан број, нарочито у установама за боравак предшколске деце.

ТАБЕЛА IV

СТОМАТОЛОШКЕ АМБУЛАНТЕ У ШКОЛАМА И УСТАНОВАМА ЗА БОРАВАК ДЕЦЕ

СР СРБИЈА ВАН САП-а

Година	Школе	Обданишта
1981	122	9
1982	165	9
1983	203	10
1984	234	14
1985	254	20

Систематска стоматолошка заштита предшколске деце у колективном боравку се повећавала од 1981 до 1985 године.

Истовремено са порастом процента деце обухваћене систематским прегледом, повећавао се и проценат обухваћене санацијом (Табела V). У 1985 години у 9 општина нису вршени систематски прегледи предшколске деце.

ТАБЕЛА V

СИСТЕМАТСКА СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА - ОБУХВАТ САНАЦИЈОМ -

СР СРБИЈА ВАН САП-а

Година	% прегл. деце	Од тога обухваћено санацијом	Број општина у којима су извршени прегледи
1981	51,3	37,1	75
1982	62,1	53,0	94
1983	64,3	58,5	98
1984	72,3	63,4	100
1985	84,4	70,4	95

У протеклом петогодишњем периоду далеко је била боља систематска санација школске деце. Обухват школске деце систематским прегледима је значајно растао из године у годину, да би 1985 године достигао 78,5 % од укупног броја школске деце I, III, V и VII разреда. Истовремено се увећавао и проценат санираних ученица, мада се уочава да у 23 општине није испуњен ни минимум обухвата санацијом који је за СР Србију ван САП-а износио 60 % (Табела VI).

ТАБЕЛА VI

СИСТЕМАТСКА СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ:
- СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕДИ -
- СИСТЕМАТСКА САНАЦИЈА -

/- СР СРБИЈА ВАН САП-а -/

Година	Систем.прегл. ученика I, III, V и VII разр.	Од тога обухваћено санацијом
1981	67,8	56,2
1982	67,4	64,7
1983	75,4	70,0
1984	78,3	74,4
1985	78,5 / 244180 уч. 80 %/	74,8 / 60 % није испуњен у 23 општ./

Истовремено са повећањем процента систематске прегледане и саниране деце, повећавао се и број општина у којима су се систематски ординирале таблете са флуором. У 1985 години од 114 општина у 108 се вршила дистрибуција таблета (табела VII).

ТАБЕЛА VII

ФЛУОР ПРОФИЛАКСА ТАБЛЕТАМА

СР СРБИЈА ВАН САП-а

Година	Број општина (114 укупно)
1981	89
1982	93
1983	99
1984	104
1985	108

Стоматолошка заштита трудница још увек не задовољава. Без обзира што се од 1981 до 1985 године проценат обухваћених трудница стоматолошким прегледом и санацијом удвостручио, ипак број од 22,7 % обухвата у 1985 години не задовољава (табела VIII).

ТАБЕЛА VIII

СТОМАТОЛОШКА ЗАШТИТА ТРУДНИЦА

Година	Број општина	% обухвата
1981	72	11,7
1982	89	16,7
1983	100	20,5
1984	106	21,9
1985	109	22,7

Упоредњујући индексе увећања броја кадрова који раде у стоматолошкој делатности у СР Србији са индексима извршених услуга у предшколске деце, школске деце и одраслих, уочава се да индекси увећања углавном подједнако расту, а да је најбољи раст забележен у школске деце (табела IX).

ТАБЕЛА IX

ОДНОСИ ИНДЕКСА ПОВЕЋАЊА БРОЈА ТЕРАПЕУТА СА ИНДЕКСИМА БРОЈА ПОСЕТА И ИЗВРШЕНИХ РАДОВА ЗА ПЕРИОД 1981-1985 ГОДИНЕ

	Терапеута	Укупно	Посета
<i>Завршених радова</i>			
Предшколска деца	112,75	126,07	120,84
Школска деца	160,73	150,34	147,50
Одрасли	114,37	103,06	112,25

Анализа односа пломбираних и екстрахираних зуба, као један од квалитетнијих показатеља рада стоматолошке службе показује непрекидно побољшање код свих структура становништва и показује највеће побољшање у школске деце. У 1981 години се код школске деце на један извађени зуб пломбирало 1,99 а у 1985 години 2,44. (Табела X).

ТАБЕЛА X

ОДНОС ПЛОМБА ЕКСТРАКЦИЈА
(СР СРБИЈА ВАН САП-а)

	Предшколска деца		Школска деца		Одрасли	
	1981	1985	1981	1985	1981	1985
Пломба	157987	170089	587046	884261	1738101	1806061
Екстракција	84158	81870	295546	362300	1219513	1160687
	1,88	2,08	1,99	2,44	1,43	1,56

Најадекватнији показатељ стварања моћи стоматолошке службе у санацији каријеса зуба представља анализа броја пломбираних и екстрахираних зуба просечно по једном становнику СР Србије ван САП-а. Тако се и из табеле XI може уочити стални пораст индекса пломбираних зуба који је највећи у деце школског узраста.

ТАБЕЛА XI

ПРОСЕЧАН БРОЈ ПЛОМБИРАНИХ ПО ЈЕДНОМ СТАНОВНИКУ
(СР СРБИЈА ВАН САП-а)

Предшколска деца		Школска деца		Одрасли	
1981	1985	1981	1985	1981	1985
157987	170089	587046	884261	1738101	1806061
0,28	0,30	0,59	0,88	0,42	0,44

За разлику од пломбираних, индекс извађених зуба је у непрекидној стагнацији или опадању (табела XII).

ТАБЕЛА XII

ПРОСЕЧАН БРОЈ ИЗВАЂЕНИХ ЗУБА ПО ЈЕДНОМ СТАНОВНИКУ

Предшколска деца		Школска деца		Одрасли	
1981	1985	1981	1985	1981	1985
84158	81870	295546	362300	1219513	1160687
0,15	0,15	0,30	0,36	0,30	0,28

Међутим, иако су индекси пораста пломбираних и екстрахираних зуба значајни, могућности службе за санацију каријеса су веома ограничене, јер је стоматолошка служба могла у 1985 години да санира просечно у школског детета 1,24 зуба (0,88 пломбира и 0,36 екстрахира), док око 4 зуба остане несанирано.

Све ово указује и упозорава да се мерама класичне амбуланте терапије не може битније утицати на промену епидемиолошке ситуације обољења уста и зуба у деце СР Србије, већ да је неопходно предузимање мера у смислу масовне превенције каријеса уз примену савремених и научно доказаних профилактичних метода и средстава онако како су примењиване у оним земљама где је каријес стављен под контролу, а на основу мера које препоручује Светска здравствена организација.

Анализирајући податке који се односе на протекли петогодишњи период од 1981-1985 године, може се закључити да и поред повећања броја кадрова и других предуслова за бољи рад, стоматолошка служба за децу и омладину није достигла жељени ниво у превенцији и стоматолошкој санацији обољења зуба и уста. Очигледно је да у овој области здравствене заштите постоје значајни проблеми како објективни, тако и субјективни.

Служба дечје и превентивне стоматолошке заштите у СР Србији ван САП-а је имала убрзани период развоја, те се уз знатно повећање кадра у овој области повећао и проценат обима коришћења здравствене заштите са повећањем индекса свих услуга.

Мада се проценат систематски прегледане и систематски саниране деце увећавао из године у годину, непрекидно се приближавајући планираном проценту, ипак не постоји разлог за самозадовољство јер се санација не спроводи доследно, тако да је мали проценат деце са потпуно санираним устима и зубима.

Најзначајнији недостатак у спровођењу превентивних активности је веома слаб рад на организованом васпитању свих структура становништва на свим нивоима.

Нарочито је запостављено обучавање предшколске и школске деце о спровођењу оралне хигијене.

У протеклом периоду су се и даље испољили пропусти у масовној превенцији каријеса и пародонтопатија, јер још увек није реализован Закон о флуорисању пијаћих вода, сем у Титовом Ужицу и Крушевцу. Дистрибуција таблета са флуором није организована у свим општинама и још увек зависи од воље појединаца, још увек је недовољан обухват трудница систематским васпитањем, превенцијом и санацијом.

И даље су испољени недостаци и пропусти у повезивању и сарадњи стоматолошке службе са осталим службама здравствене заштите у првом реду гинеколошком, педијатријском, службом патронаже, медицине рада и социјалне медицине без којих се не могу реализовати планирани превентивни програми и задаци.

Такође је изостало конкретније повезивање и сарадња између стоматолошке службе и СИЗ-ова здравствене заштите, дечје заштите и СИЗ-а основног и усмереног образовања што је довело до нереализације планова заједничког васпитно-образовног програма.

Још увек је недовољна оријентација појединих стоматолога који раде са децом према превентиви, а изненађује број стоматолога који нису упознати са основним одредбама Одлуке о обавезним видовима и стручно-методолошког упутства за спровођење обавезних видова здравствене заштите.

Закључак

На основу свега изложеног, стоматолошка служба деце и омладине у СР Србији ван САП-а за релативно кратак временски период, и поред постигнутих значајних резултата у свом раду није могла битије да измени веома тешку здравствену ситуацију уста и зуба у деце СР Србије, те јој у наредном петогодишњем периоду предстоје веома амбициозни задаци, који захтевају много организованији и систематичнији рад у реализацији циљева који ће бити постављени за период од 1986-1990 године.

SISTEMATIC DENTAL CARE IN SR SERBIA - PRESENT CONDITIONS AND PROBLEMS -

Summary

In the last planning period dental services of SR Serbia have more precisely than before set the aims, measures and tasks which were to be realized in the period from 1981. to 1985.

For this reason it's of great importance estimate and analyse the realization of what was planned and accomplished in the last period.

In this paper sistematic dental health care has been analysed for children and teenagers of SR Serbia, excluding SAP, for the period 1981-1985. Following has been analysed: personnel provideness, number of dental offices in schools and kindergardens, procentage of children and pregnant women receiving sistematic treatment and fluoride profilaxy with tablets as well as the analyses of dental treatments.

Литература

1. Закон о здравственој заштити СР Србије, Београд, 1979.
2. Обавезни видови здравствене заштите становништва, Београд, 1986
3. Поповић В., Стошић П., Белоица Д.: Улога примарне здравствене заштите у дугорочном развоју здравствене делатности до 2000. години VI Конгрес лекара Југославије, Цетиње, 1986.
4. Поновић В., Перовић Ј., Лукић В.: Примарна, секундарна и терцијална медицинска здравствена заштита у стоматолошкој делатности VI Конгрес лекара Југославије, Цетиње, 1986.

Стоматолошки факултет – Београд

Клиника за дечју и превентивну стоматологију
Клиника за максиларнофацијалну хирургију

КЛИНИЧКИ РЕЗУЛТАТИ СТОМАТОЛОШКЕ ОБРАДЕ ХЕНДИКЕПИРАНЕ ДЕЦЕ У ОПШТОЈ АНЕСТЕЗИЈИ*

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

У раду су презентирани клинички резултати стоматолошке обраде 32 пацијента од 5-19 година, под општом анестезијом. Описани су број и врста извршених интервенција, просечно време трајања опште анестезије, као и стање и нега пацијената у постанестезиолошком периоду.

За разлику од неких других грана медицине (педијатрија, дечја хирургија), где општа анестезија има широку примену, у дечјој стоматологији су индикације за њено извођење доста сужене. (Стошић, П. и сар., 1984.) Према неким ауторима потреба за општом анестезијом у педодонцији постоји код 2-5% пацијената (Тготман, К., 1982). Према другим подацима око 4% хендикепиране деце која леже по институцијама није могуће обрадити у стоматолошкој столици, већ се мора прибећи раду у општој анестезији (Roeters, J., 1985). За сада у нас не постоји организована стоматолошка здравствена заштита деце ометене у психофизичком развоју, те се све своди на пружање прве помоћи и лечење последица зубнога квара, што се коси са основним принципима превентивне стоматологије (Стевановић, Р., 1985).

На основу вишегодишњег клиничког искуства у овој области, циљ рада је да се изнесу запажања о примењеној методологији, врсти и успеху стоматолошких интервенција код хендикепиране деце, извршених под општом анестезијом.

Материјал и метод

У периоду 1983-1986 године, санација уста и зуба под општом анестезијом, извршена је код 32 хендикепирана пацијента Клинике за дечју и превентивну стоматологију, Стоматолошког факултета у Београду. Старост пацијената кретала се од 5-19 година. У три случаја, где је постојала преосетљивост на локалне анестетике а требало је екстрахирати један или више зуба, примењена је општа интравенска анестезија, док је у осталих 29 случајева комплетно стоматолошко збрињавање извршено у општој инхалационој анестезији.

Дијагнозе са којима су деца упућена на Клинику за дечју и превентивну стоматологију, биле су следеће: преосетљивост на локалне анестетике, церебрална парализа, хореоатетоза удружена са атаксијом, Даунов синдром, аутизам, емоционални поремећаји код којих постоји патолошки страх од стоматолошке интервенције, као и комбиновани облици наведених стања.

Стоматолошка санација под општом анестезијом извршена је после одговарајуће медицинске и стоматолошке припреме, а према унапред строго

*Рад је презентиран на I Симпозијуму за превенцију болести уста и зуба у деце СР Македоније, 26 и 27 маја 1986, Маврово.

постављеним индикацијама. Тим лекара који је у овоме учествовао, састојао се од 2 педонтолога и једног анестезиолога, а по потреби је допуњаван и специјалистима других профила (кардиолог, кардиохирург, педијатар, неуропсихијатар, и др.). Од срећег медицинског особља, у раду су учествовали медицинска и стоматолошка сестра, као и један медицински техничар.

Резултати

Код три пацијента где је примењена општа интравенска анестезија, екстрахирано је 22 зуба, од тога 13 млечних и 9 сталних. Трајање захвата износило је у просеку по 8 минута.

Код осталих 29 пацијената где је спроведен комплетан стоматолошки третман (табела I), примењена је општа инхалациона-ендотрахеална анестезија.

ТАБЕЛА I

ВРСТА И БРОЈ СТОМАТОЛОШКИХ РАДОВА ИЗВРШЕНИХ КОД ХЕНДИКЕПИРАНИХ ПАЦИЈЕНАТА, ПОД ОПШТОМ ИНХАЛАЦИОНОМ-ЕНДОТРАХЕАЛНОМ АНЕСТЕЗИЈОМ

Уклањање меких наслага, зубног каменца, и конкремената	29
Флуорисање зуба аминфлуоридом	29
Превентивно пломбирање	17
Пломбирање сталних зуба	144
Надоградње сталних зуба Хелиозитом	10
Пломбирање млечних зуба	23
Екстракције сталних зуба	80
Екстракције млечних зуба	39
Виталне екстирпације на сталним зубима	3
Морталне екстирпације на сталним зубима	1
Директно прекривање пулпе на сталним зубима	1
Укупан број радова	376

Дискусија

Од укупно 184 постављене амалгамске пломбе, било је 149 једноповршинских, 29 двоповршинских, и 6 троповршински испуна.

Однос пломбираних и екстрахираних сталних зуба износио је 2,1 : 1, што је веома неповољно, али разумљиво, собзиром да су код хендикепираних пацијената знатно проширене индикације за екстракцију зуба. Однос пломбираних према екстрахираним млечним зубима, био је 0,5 : 1, што је бројчано знатно неповољније, али и мање важно, собзиром да се ради од привременој дентицији.

Интересантно је запазити, да је у једном случају извршен mortalни третман на сталном зубу, са дефинитивним пуњењем канала корена и постављањем пломбе. На овај зуб постављена је токсавит паста у амбуланти, међутим, пацијент није дозвољавао да се лечење настави, па је ово било могуће тек у општој анестезији, при чему су санирани и сви остали зуби.

Просечно време трајања анестезије износило је 90 минута, а просечан број стоматолошких интервенција по једном пацијенту био је 11,7.

Најкраће време интервенције, када је стављено само 5 једноповршинских пломби, износило је 40 минута, а најдуже, где су поред осталих радова извршене и 3 виталне екстирпације са дефинитивним пуњењем канала на горњим фронталним зубима, 180 минута.

Сутрадан после извршеног стоматолошког третмана под општом анестезијом, успостављан је контакт са родитељима, да би се добиле информације о

стању пацијената. У случају да је све било у реду, контролни преглед је заказиван за 7 дана.

Постоперативних компликација у смислу болова, што би захтевало поновни третман, није било, чак ни у случају где су урађене 3 виталне екстирпације. Такође није било ни накнадних крвављења, која су се могла очекивати код деце где је екстрахирано више сталних или млечних зуба.

По изјави родитеља, деца су неколико дана након извршене интервенције била веселија, боље су јела, и дозвољавала да им се четкицом перу зуби, јер више није било болова. Интересантан је податак, да је код извесног броја на овај начин саниране деце, приликом каснијих посета било могуће урадити неке амбулантне интервенције, па чак и пломбирање и лакше екстракције зуба, што раније није било изводљиво.

Закључак

1. Стоматолошка санација уста и зуба у општој анестезији, понекад представља једино решење за ефикасно решавање тешке оралне патологије хендикепиране деце. Добре стране овог начина санације су велика уштеда време на за родитеље, дете и стоматолога, као и избегавање психичке трауме, која кадкад може погоршати основно обољење пацијента.

2. У општој анестезији могуће је извршити све врсте стоматолошких интервенција, при чему треба имати у виду да су код хендикепиране деце индикације за ендодонтски третман јако сужене, а за радикални третман проширене.

3. Да би се извршен стоматолошки рад под општом анестезијом имао ефекта, неопходна је ригорозна примена превентивних мера од стране родитеља хендикепираних пацијената, као и честе посете стоматологу, ради контроле и благовремене интервенције.

CLINICAL RESULTS IN DENTAL TREATMENT OF HANDICAPPED CHILDREN UNDER TOTAL ANESTHESIA

Summary

The article demonstrates clinical results in dental treatment of handicapped children (age 5-19 years) under total anaesthesia. The authors describe type, number of treatment, and patients general health after dental treatment under total anaesthesia.

Литература

1. Roeters, J., Burgersdijk, R.: 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, 70-71, 1984

3. Stevanović, R., Gajić, M.: Problemi u organizaciji stomatološke zdravstvene zaštite hendikepirane dece. Rad referisan na sastanku Specijalističke sekcije za dečju i preventivnu stomatologiju SLD-a, Zajačar – 1985

4. Troutman, K., Ful, C., Bystrom, E.: Developmental Disabilities; Considerations in dental management. in Stewart, R., et al.: Pediatric dentistry-scientific found and clinical practice. The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, London 1982., 833-854

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за дентална патологија и терапија

ПОСТТЕРАПЕВТСКА КОНТРОЛА НА ЕНДОДОНТСКИ ЛЕКУВАНИТЕ ЗАБИ

Оваклиевска Славјанка, Нада Цветковиќ, М. Кипровски

Со цел да се согледаат резултатите од ендодонтската терапија кај сите видови заболувања на пулпиното ткиво, по случаен избор, направена е клиничка и рендгенолошка контрола на 107 ендодонтски лекувани заби на клинички студентски вежби во периодот од 1983 до 1986 г. Лекуваните заби се класифицирани според дијагнозата, бројот на коренските канали и според исполнетоста на каналите. Од анализата на добиените резултати, кои се табеларно прикажани и статистички обработени, утврдено е дека најчесто ендодонтски се лекувани повеќекоренските заби со пулпини воспаленија, а со гангренозно распадната пулпа, еднокоренските заби. Заклучивме дека успехот на ендодонтската терапија е најголем кај добро исполнетите канали, без оглед на квалитетот на патолошкиот процес во пулпата и применетиот метод, додека бројот на неуспесите е најголем кај преполнетите канали.

Лекувањето на коренските канали на забите е сè уште актуелна тема во конзервативната стоматологија. Успехот на терапијата зависи во прв ред од видот на патолошкиот процес во пулпата, а потоа, од низа локални и општи фактори, како што се: анатомската конфигурација на каналниот систем, можноста за елиминација на патолошката содржина и механичка обработка на каналите во коишто ќе се внесе материјал за оптурација, потоа, од здравствената состојба на пациентот итн. Целта на нашиот труд е да се процени успехот на ендодонтската терапија што се применува на клиничките студентски вежби на Клиниката за дентална патологија и терапија.

Материјал и метод

Извршени се клинички и рендгенолошки испитувања на 107 ендодонтски лекувани заби на нашата Клиника во периодот од 1983 до 1986 г. Од клиничката опсервација добивме податоци за евентуалните субјективни тешкотии на контролираните пациенти, а објективниот наод ни даде увид во состојбата на лекуваните заби во оралната празнина. На рендген снимките ги оценивме каналните оптурирации и состојбата на околузабното ткиво на контролираните заби.

Резултати

Од анализираните 107 заби, 65 беа со пулпини воспаленија, од кои, 32 лекувани по методот некропулпектомија, а 33, по методот биопулпектомија. Со гангренозно распадната пулпа беа лекувани 42 забави по класичниот повеќесеансен механичко-медикаментозен метод (табела 1).

ТАБЕЛА I

БРОЈ НА КОНТРОЛИРАНИ ЗАБИ ГРУПИРАНИ
СПОРЕД ВИДОТ НА ТЕРАПИЈАТА

Пулпини воспалениа	Вкупно	MEXP	VEXP
	65	32	33
Гангрена на пулпата	42	Механичко медика- ментозна	

На табелата II се прикажани заби според бројот на коренските канали. Од 65 заби со пулпини воспаленија, еднокоренски беа 27 (41,5%), двокоренски 21 (32,3%) и трикоренски 17 (26,2%).

ТАБЕЛА II

ГРУПИРАЊЕ НА КОНТРОЛИРАНИТЕ ЗАБИ СПОРЕД БРОЈОТ НА КАНАЛИТЕ

	бр. на заби	еднокорени	двокорени	трикорени
пулпини воспаленија	65	27(41,5%)	21(32,3%)	17(26,2%)
ганг.распадната пулпа	42	30(71,4%)	9(21,4%)	3 (7,1%)
вкупно	105			

Со гангренозно распадната пулпа беа лекувани 42 заба, од кои, 30 беа еднокоренски (71,4%), 9 (21,4%) двокоренски и 3 заба или 7,1% беа трикоренски.

Во однос на исполнетоста на каналите, направена е класификација на: добро исполнети, недоволно исполнети и преполнети канали (табела III).

ТАБЕЛА III

ГРУПИРАЊЕ НА КОНТРОЛИРАНИТЕ ЗАБИ СПОРЕД ИСПОЛНЕТОСТА НА КОРЕНОВИТЕ
КАНАЛИ

	леге артис	недополнети	преполнети	ПАП и ЕКС
Пулпини воспаленија	49 (75,3%)	13 (20%)	3 (4,6%)	13 (20%)
Гангрена на пулпата	31 (73,8%)	7 (16,6%)	4 (9,5%)	12 (28,5%)

Од групата заби со пулпини воспаленија, добро канално исполнети беа 49 заба или 75,2%, 13 (20%) беа недоволно исполнети а преполнети беа 3 или 4,6%. Од оваа група, контролата покажа дека кај 13 заби терапијата е неуспешна поради манифестирање на извесни субјективни тешкотии, или поради појава на патолошки промени во пределот на периапексот на лекуваниот заб, што е и рендгенолошки верифицирано.

Од 42 заба со гангренозно распадната пулпа, добро канално исполнети беа 31 (73,8%), недоволно исполнети 7(16,6%) и 4 заби или 9,5% беа преполнети. Неуспех на терапијата беше контролиран кај 12 заби за кои е потребна ресанација – конзервативна или конзервативно-хирушка.

Дискусија и заклучок

Ставовите на разни автори за критериумите за проценка на успехот на ендодонтската терапија не се единствени. Повеќето се согласуваат дека единствено сигурен критериум е хистолошката верификација на репараторните процеси по ендодонтски третман. Но, единствено можни и пристапни на практичарот во неговата работа се клиничките и рендгенолошките контроли врз база на кои може да се донесе оптимална проценка за успехот или неуспехот на ендодонтската терапија, бидејќи се оценува анатомото-функционално-естетската функција на забот и отсуство на нови патолошки состојби. Кај нашите испитувања, каналите што беа добро исполнети покажаа добар процент на успех од 96%, што се совпаѓа со наодите и на други автори (Grossman и Seltzer, 1971), додека Гуриќ и сор. (1979) нашле 99,19%. Разликите во наодите можеби се должат на некои пропусти во терапијата, и тоа при каналаната инструментација, при што е можно да се трауматизира периапикалното ткиво или да се внесе инфекција, додека кај гангренозно распаднатата пулпа, перзистирање на инфективен материјал, во за нас недостапната апикална канална система.

Споредувајќи ги недоволно исполнетите и преполнетите канали, бројот на неуспесите е поголем кај преполнетите канали. Не забележавме некоја предност на биопулпектомијата над некропулпектомијата при ваква анализа, но нагласуваме дека биопулпектомијата, како метод, има низа предности.

Општо е прифатено дека точната дијагноза, правилната обработка на коренските канали и нивното целосно оптурирање е тријас што е неопходен за успехот на ендодонтската терапија (Szajkis, Tagger, 1983). Искуството, меѓутоа, покажува дека и бројни објективни причини, во поголема, или помала мерка, го доведуваат во прашање исполнувањето на тие услови. Така, на пример, позицијата на забот во забната низа, како и околните меки ткива, може да го оневозможат терапевтскиот третман, или пак неточната проценка на општата и локалната одбрана на организмот.

Во практиката, не толку ретко се среќаваме со случаи што не ставаат во недоумица. Тоа се заболувања на пулпиното ткиво кое веќе од почетокот на лекувањето, поради било кој нецелосно исполнет услов за коректна ендодонтска терапија, не ни гарантираат целосен успех. Контролните прегледи, токму кај ваквите случаи покажаа задоволителен успех, што ни укажува дека не треба да сме толку ригорозни при селекцијата на случаите што треба да ги лекуваме.

И, да заклучиме. Нашето повеќегодишно искуство покажува дека добра и точна клиничка дијагноза, доследно применет и изведен метод на лекување, како и стерилна работа, во голем процент даваат добри и успешни резултати.

POST THERAPY CONTROL OF ENDODONTICALLY TREATED TEETH

Summary

Treatment of root canals is still being an actual and problematic subject in conservative dental therapy.

Successful endodontic therapy depends on many a factors, general and local: anatomic configuration of root canal system, canal manipulations, method of choice, age and general and local defence.

The aim of our study was to evaluate the standard teaching endodontic therapy we use at our clinical training lessons. 100 endodontically treated teeth during the last 5 years, chosen by random selection were clinically and radiographically controlled. They were divided by diagnosis, therapeutical method, number of canals and age of patients.

Our results were statistically processed and tabularily shown.

Литература

1. Đurić D., Kolak Ž., Jovanović M.: Neka zapažanja u vezi sa lečenjem zuba pri zapaljenju i gangrenoznom raspadanju pulpe, Zbor rad XIV stomat. nedelje SR Srbije, Novi Sad, 1979, 387-391
2. Sedlecki S., Arandželović B.: Neke od komplikacija kod endodontskih zahvata, Zbor rad XIV stomat nedelje SR Srbije, Novi Sad 1979, 366-369.
3. Sremčević M. Miljković V.: Analiza endodontskog tretiranog zuba, VII kongres stomat Jug, Zadar, 1980, 53-54
4. Szajkis S., Tagger M.: Periapical healing in spite of incomplete root canal debridement and filling, J of Endodont, 9, 5:203-210, 1983
5. Seltzer S.: Endodontology. Biologic considerations in endodontic procedures, 1971, Mc Graw Hill, New York, 208

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за стоматолошка протетика

ПРОТЕЗИРАЊЕ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

Кртолица Јелица

Детството и младоста се синоними кои недвојбено се поврзани со растот и развитокот на организмот. Забалото е дел од максиларнофацијалниот комплекс кое се движи, со растот и развитокот. Специфичностите, кои се условени од динамиката на развитокот на орофацијалниот систем, детерминираат издвојување на пет периоди и тоа: од 0 до 3 год., од 3 до 6, од 6 до 12, од 12 до 18 и над 18-годишна возраст. Третиот и четвртиот период, според нашите согледувања, се периоди на најбрз развиток на организмот воопшто, но наедно и периоди кога се зголемува потребата од протетичка интервенција.

Секоја одделна коска расте и ја менува својата положба. Но, до измена на положбата доаѓа и поради растот и развитокот на соседните коски, како и под дејство на функцијата на меките ткива. Тоа се кумулативни промени. Максилата расте наназад и нагоре, што резултира на нејзино поместување нанапред и надолу. Растот на мандибулата е посложен и голем придонес во нивното толкување дал Enlow, 1975.

Специфичностите на детската возраст од стоматолошки аспект, Рајиќ (1985), ги карактеризира, освен растот и развитокот на вилиците и лицето и развојот на забите и тврдите ткива на забите, никнувањето и смената на забите, карактеристиката на детската забна пулпа, поместувањето на припојниот епител, психичките особини на детето и др.

Големата разиграност во детската возраст, присуството на кариозниот процес, спроведувањето на стоматолошките интервенции, доведуваат до поголеми или помали дефекти на забната низа уште во детската возраст. Загубата на забите во овој период од било кои причини (траума, кариес, хередитерни и стечени аномалии на тврдите забни ткива) доведуваат до потреба од протетички третман. Дефектите на забите се придружени со промени во развојот, и тоа како функционални така и психички.

За да можеме да оствариме една успешна протетичка терапија, мораме да постигнеме целосна компатибилност помеѓу динамичниот развиток и раст и дејството на протетичко – ортодонтското помагало.

Целта на протетичката терапија е раставирање или надополнување на одделни заби за да се подобри функцијата на цвакање, фонацијата, естетиката, спречување на настанување ортодонтски аномалии или спречување на одредени психички оптоварувања кај децата.

Материјал и метод на работа

Врз основа на нашите досегашни клинички, искуства, како и согласно со искуствата сретнати во домашната (Živković, M. 1975; Milačić, N. 1984) (Марко-

виќ, М. 1982) и странската литература, Бојанов Б. 1973, I. V. Markosijan 1956) детството и младоста, гледани од аспект на потребата за протетички третман, ги поделивме во пет периоди, и тоа:

- I ПЕРИОД* од 0 до 3 год. Сите млечни заби се поставени на своите места.
- II ПЕРИОД* од 3 до 6 год. Вилиците растат и покрај тоа што сите млечни заби се изникнати, што се манифестира со појава на дијастеми меѓу нив;
- III ПЕРИОД* од 6 до 12 год. Млечните заби постепено се заменуваат со трајни. Тоа е период кога детето забрзано се социјализира, кога се вклучува во несопириливата динамика на животот изложувајќи се на можни физички нарушувања на интегритетот на забната низа. Наедно тоа е период на забрзан раст и развој на вилиците;
- IV ПЕРИОД* од 12 до 18 год. интензитетот на развојот незначително се намалува и забната низа се надополнува со преостанатите заби. Но, и во овој период, како и во претходниот, чести се алтерациите на поединечни или група заби, од физички агенси или како резултат на прогресија на кариесот;
- V ПЕРИОД* над 18 год. Возраст која со својата патологија е предмет на интересирање на протетиката за возрасни.

Други автори динамиката на растот и развојот ја означуваат како најголема во периодот од првата и втората година, потоа од 5 до 7 и од 10 до 12-годишна возраст.

Дискусија

Во првиот период до 3-годишна возраст, децата ретко доаѓаат во контакт со стоматологот, со исклучок ако постои некоја од вродените аномалии или ако настанат фрактури на поединечни заби или во склоп на покомплексни фрактури на лицевата регија.

Вториот период од 3 до 6 години не ретко има потреба од интервенција на стоматологот протетичар, но поради специфичностите на споменатите години таа често не наоѓа своја практична примена. Масовниот циркуларен кариес, кој не може успешно конзервативно да се санира, е индикација за изработка на поединечни вештачки забни коронки. Со тоа се продолжува векот на млечните заби неопходни како обезбедувачи на просторот за нивните трајни заменици и спречување на настанување на ортодонтски аномалии. Ако дојде до екстракција на повеќе млечни заби, потребно е да се изработи парцијална протеза со која ќе се надоместат изгубените заби. Специфичноста на парцијалната протеза се состои во тоа што поради промената на фундаментот со растот и развојот, потребни се почести контроли на 1-3 месеци, коректури, ослободување на протезата, додавање на нови заби или изработка на нова протетичка конструкција. Kostić, M. (1975), наведува дека е потребно менување на протетичката конструкција на секои 8-12 месеци. Во овој период многу често се сретнуваме со проблемот на неприфаќање на протетичката изработка. Фиксни забни конструкции, освен поединечни вештачки забни коронки, во овој период не се препорачуваат, затоа што тие го блокираат растот и развојот.

Третиот период е период на постојаните заби. Тие ја преземаат мастикаторната функција. Трауматските оштетувања на фронталните заби најчести се токму во овој период. Од протетичките помагала можна е изработка на парцијални протези кои нема да дозволат инклинирање на забите кои го ограничуваат дефектот на забната низа, како и изработка на метални надградби на заби со завршен раст на коренот и поединечни вештачки забни коронки.

Во четвртиот период фрактурите на забите се доста чести или како последица на дејство на акутна траума или се производ на разурнувачкото дејство на

кариесот. Гледано од аспект на растот и развитокот, првата половина на овој период до 16-та година ги носи истите карактеристики и потреби како и претходната група. Но, потоа растот се позабава (Марковиќ, М. 1982) па во изборот на протетичката терапија ги вклучуваме дефинитивните коронки и мостовата конструкција. Според Маркосијан до 16-тата година ширината на вилицата во пределот на фронтот се зголемува за 7-10 мм, во пределот на премоларите за 8-10мм, а во пределот на моларите од 17 до 22 мм. Тргувајќи од констатацијата дека протетичката конструкција треба да ја вклопиме во една динамична состојба, императивно се наложува таа да не го блокира, забава или погрешно насочува растот и развитокот на виличниот тегмент, преку врската со забите како нејзини носители или придржувачи.

Парцијалните протези се индицирани во кој и да било од споменатите временски интервали. Нивното ретинирање е донекаде проблем во млечната дентиција, поради конфигурацијата на забите. Вклопувањето во постојаната дентиција најчесто е времено решение, сè додека се заврши растот и развитокот на виличните коски кога дефектот на забната низа ќе го санираме со фиксна мостова конструкција. Фиксните конструкции бараат претходна подготовка на забите која се состои во претходно нивно стружење. Во литературата среќаваме најразлични ставови во однос на стружењето на забите, тргнувајќи од Маркосијан, која е против тоа, до Kristen von H. 1963, Krauze, A. 1962, Нечева Љ., 1975, кои се за претходна подготовка на забот. Но стружењето на забите кај младите пациенти носи поголем ризик на нивната виталност. Имено, отстранувањето на глеѓта од површината го експонира дентинот на влијание на оралната средина богата со биолошки агенси како и на физички и хемиски дразби. Широчината на дентинските каналчиња е за околу 2 мм поголема отколку кај возрасните, што само за себе зборува дека и влезната врата за можна агресија на пулпата е поголема. Забната пулпа за сметка на другите забни супстанции е доста пространа. Затоа стружењето треба да е со чести прекини без притисок и со солидно ладење. Со тоа ќе го избегнеме термичкото оштетување на забите. Од друга страна гледано, вкупната забна супстанција која можеме да ја отстраниме, а да не ја компромитираме пулпата, е помала отколку кај возрасните. По стружењето на забите се наметнува потреба од заштита со привремени акрилатни коронки до гингивата (Мирчев, Е. 1978, 1984). Флуоровите препарати се препорачуваат само како дополна на овој метод. Сребрениот нитрат може да се користи само во концентрација од 0,5 %, со што би се избегнала можната некроза на пулпата.

Трајните заби по никнењето и во следните 3-4 години се со широк апикален отвор. Тоа опоменува дека секаков атак на пулпата од каков и да било агенс (инфективен, хемиски или термички) брзо дава реперкусии врз околниот пародонт, па и пошироко.

Гингивитот не е ретка појава во младите години. Неговото постоење во устата на пациентот кој протетички го згрижуваме во многу ни ја отежнува работата. Поновите епидемиолошки испитувања во светот и кај нас покажаа дека 90% од школските деца имаат послаб или поизразен катарален гингивит, којшто е реверзибилен доколку навреме се лекува. Но, поради честотиот рецидивирачки карактер не ретко зазема хроничен ток. Испитувањата на Симоновски и сор., (1978) над школската популација укажаа на тоа дека хроничните гингивални инфламации во детската возраст ја претставуваат иницијалната фаза на прогресивната пародонтопатија.

Етиолошки гингивитот во детската возраст најчесто е производ на дејството на локалните иритирачки фактори, на кариесот кој е најчесто присутен токму во овој период од животот, потоа на присуството на ортодонтските аномалии и лошото одржување на хигиената на устата. Плак формацијата е скоро редовен придружник на оваа состојба со сите предиспозиции кон прогресија на инфламацијата кон подлабоките партии на потпорниот апарат на забите. (Jovanović, D. 1983; Лазаревска, Б. 1972). Секако дека и општите измени што ги носи пубертетот одат во полза на една поосетлива гингива. Присуството на инфлама-

торните промени на меките ткива во многу ја отежнува работата на протетичарот. Затоа е неопходна соработка на релацијата протетичар – пародонтолог.

Сето гореизнесено треба да се постави како услов за започнување на протезирање. Но, кога се работи за млад пациент критериумите треба да се поригорозни, поради поизразената реактибилност на младиот организам на надворешни иританси во кои се вбројува и протетичкото помагало, како потенцијална дразба.

Посебно внимание протетичарот мора да ѝ посвети на психолошката состојба во која се наоѓа пациентот поради нарушениот естетски изглед. Ова е посебно изразено во пубертетот и кај женските деца. Успешната реконструкција на дефектното забало и инкоропорацијата на помагалото во едно функционално и естетско единство со преостанатите заби, секако го изведува пациентски рехабилитиран и од функционален и од психолошки аспект од ординацијата на протетичарот.

Заклучок

Протетиката за жал сè повеќе во својот делокруг на работење ги вклучува и младите, почнувајќи од најраната возраст. Водено од специфичностите на возраста, а во согласност со динамиката на растот и равитокот, издвоивме пет периоди, и тоа од 0 до 3, од 3 до 6, од 6 до 12, од 12 до 18 и на 18-годишна возраст. Третиот и четвртиот период бараат комплексна и одговорна протетичка терапија, која ќе надолжни сè што недостасува, но притоа нема да го блокира растот и развитокот на вилчните коски. Токму поради тоа младиот пациент не може да се вклопи во едно сериско рутинирано протезирање туку секој случај се анализира и планира посебно. Забните конструкции треба да се, пред сè, со профилактичен карактер, воспоставувајќи функционален и естетски интегритет со целиот орофацијален комплекс, а секако во тесна врска со личноста на пациентот.

DENTAL PROSTHODONTICS IN CHILDHOOD

Summary

Childhood and adolescence are synonymes undoubtedly denoting to growth and development of the organism as a whole. The natural dentition is a part of the maxillo-facial complex being in permanent motion during growth and development.

The dynamics of orofacial complex development comprises five stages: from the age 0 – 3; 3 – 6; 6 – 12; 12 – 18; and over 18 years of age. According to our experience, in the third and fourth stage the body is involved by rapid growth, but it is also the age when requirements for prosthetic management of teeth are in elevation.

Литература

1. Боянов В.: Клиника за ортопедичната стоматологија, Медицина и физкултура, Софија, 1973
2. Enlow D. H.: Handbook of facial growth, Saunders Co, Philadelphia, 1975
3. Живковиќ М. и сар.: Протетичко збрињавање млечне дентиције, Збор на труд V конг на стомат на СРМ, 1975
4. Markosijan I. V.: Zahn un Kiefersatz bei Kindern, Johan Ambrosius, Leipzig, 1956
5. Јовановиќ Д. и сар.: Хигијена уста и зуба и појава каријеса и пародонтопатије код деца, СГС, 1963, 1:5
6. Костиќ М. и сар.: Некои можности за лекување на фрактурирани и луксирани стални заби во развој, Збор на труд V конг на стомат од СРМ. Охрид, 1975

7. Krause A.: Die protetische Versorgung bei Kindern, Dtsh Stom. 1962, 2, 3: 166-174
8. Kristen H.: Die protetische Versorgung des jugendlichen Gebises, DZZ, 1963, 17: 937-942
9. Лазаревска Б.: Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија, хабилитационен труд, Скопје 1972
10. Marković M. i sar.: Ortodoncija, Ortodontska sekcija SR Srbije, Beograd, 1982
11. Милачић Е.: Трауме сталних зуба у школске деца, СГС, 1984, 31, 5: 383
12. Мирчев Е.: Стоматолошка протетика, Просветно дело, Скопје, 1984
13. Мирчев Е.: Оправданост на изработка на заштитни коронки, МСП. 1978, 4: 349
14. Нечева Љ. и сор.: Реставрација на оштетени фрактурирани предни заби, Збор на труд V конгрес на стомат на СРМ, Охрид, 1975
15. Симоновски М.: Преваленција на иницијалната пародонтопатија кај деца во училишна возраст, МСП, 1978, 3: 349
16. Rajić Z i sar.: Dečja i preventivna stomatolgija, JUMENA. Zagreb, 1985

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за ортодонција

АДЕНОИДНИ ВЕГЕТАЦИИ И МОРФОЛОГИЈА НА МАКСИЛАРЕН ДЕНТАЛЕН ЛАК

Бојациев Т., Емилија Лазаревска

Во научните и стручни стоматолошки кругови се верува дека зголемените аденоидни вегетации доведуваат до промени на морфологијата на максиларниот дентален лак. Сепак, критичките прегледи на светската литература не го поддржуваат ова сознание. Преземено е испитување со цел да се проучат ефектите на назореспираторната функција врз морфологијата на максиларниот дентален лак.

Испитувањето е изведено преку извршени мерења на модели од 119 пациенти на 9-11-годишна возраст (34 пациенти) и на возраст од 12 до 15 години (85 пациенти) со постоење на зголемени аденоидни вегетации и 118 пациенти на 9 до 11 – годишна возраст (58 пациенти) и на возраст од 12 до 15 години (60 пациенти) со нормална оклузија и без проблеми со аденоидните вегетации.

Вршени се мерења на максиларниот дентален лак, и тоа: (1) ширина: на ниво на канини, први и втори премолари и први молари, (2) должина на денталниот лак, (3) висина на денталниот лак и (4) обем на денталниот лак.

Добиените наоди на испитуваната група, споредени со контролната група, укажуваат дека постои директна причина односно последичен однос меѓу зголемените аденоидни вегетации и морфологијата на максиларниот дентален лак. По сè судејќи произлегува дека комплексот на интеракцијата меѓу наследните фактори и факторите на околината ја условуваат морфологијата на максиларниот дентален лак.

Потребни се понатамошни добро изведени студии за да констатираме дека воздушната опструкција, произлезена од зголемените аденоидни вегетации, е сигнификантен етиолошки фактор во развојот на која и да било специфична дентофацијална малоклузија.

Перманентно зголемените аденоидни вегетации во раната детска возраст доведуваат до нарушување на назалната респираторна функција и до дишење на уста. Правилната функција на дишењето е услов за правилен раст и развој на забите, вилиците и лицето. Индивидуи со хронична назална опструкција покажуваат специфични лицеви, скелетни и оклузални карактеристики, вклучувајќи долга долна фацијална третина, тесна носна база, инкомпетентни усни, тесен или во форма на „V“ максиларен дентален лак и голем мандибуларен агол.

Прикажани се многу научни и стручни трудови за да го изразат односот помеѓу нарушената назореспираторна функција и дентофацијалната морфологија.

Meуer (1870), Times (1872) и др. сметаат дека зголемените аденоидни вегетации се етиолошки фактор на дентофацијалниот развој. Според теориите на Kantorowitz (1960), Wustrow (1960) зголемените аденоидни вегетации доведуваат до назална опструкција и до струење на воздухот низ устата при дишењето, што условува нарушување на морфологијата на структурите што го изразуваат лицето.

Linder-Aronson (1970) и Harwold и сор. (1981) изнесуваат дека оралната респирација го оневозможува дејствувањето на јазикот на максиларниот дентален лак, кој поради тоа морфолошки го менува својот облик. Ова мислење секако е најзастапено во стручните кругови денес.

Од друга страна, некои автори го негираат постоењето на меѓузависност на фацијалната морфологија и начинот на дишењето предизвикан (условен) од зголемените аденоидни вегетации (Leech, 1958; Gwynne-Ewans и Ballard, 1959).

Целта на нашето изнесување е да го прикажеме односот меѓу нарушената назална респираторна функција од зголемените аденоидни вегетации и морфологијата на максиларниот дентален лак.

Материјал и метод

Извршено е испитување на дентоалвеоларни морфолошки карактеристики на максиларниот дентален лак кај 119 испитаници, на возраст од 9 до 11 години и од 12 до 14 години, со зголемени аденоидни вегетации и со орално дишење.

При дијагностицирањето се користени вообичаените клинички критериуми кои се рутински при Клиниката за ортодонција.

Контролната група од 118 нормални индивидуи е избрана според методот на случаен избор од исто расно, етничко и географско потекло, со иста старосна возраст, како и испитаниците со зголемени аденоидни вегетации.

Испитуваните групи се прикажани на табелата 1.

ТАБЕЛА 1

РАСПОРЕДУВАЊЕ НА ИСПИТАНИЦИТЕ ПО ВОЗРАСТ И ПОЛ

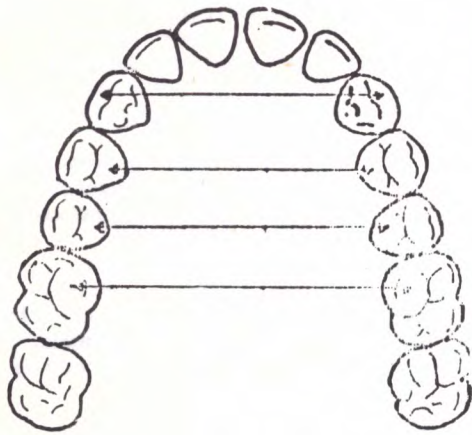
ВОЗРАСТ (во години)	ИСПИТУВАНА ГРУПА		КОНТРОЛНА ГРУПА	
	м	ж	м	ж
9 - 11	12	22	37	21
12 - 14	36	49	32	28
ВКУПНО	48	71	69	49
СЕ	119		118	

Извршени се мерења на гипсани модели, а мерени се димензиите на максиларниот дентален лак, и тоа: 1. ширината на максиларниот дентален лак: (а) на ниво на канини, (б) на ниво на први премолари, (в) на ниво на втори премолари (г) на ниво на први молари; 2. висината на денталниот максиларен лак, 3. должината на денталниот максиларен лак и 4. обемот на денталниот максиларен лак (сл. 1, сл. 2 и сл. 3).

Мерењата се извршени со помош на МЕБА шестар, адаптиран за овие мерења, со точност од 0,05 мм.

За секој испитаник се забележани 7 податоци. Овие податоци селектирано се групирани и статистички обработени. За секој податок се добиени средни вредности, стандардна девијација и стандардна грешка на средна вредност.

За одредување вредноста на заклучоците користен е Студентовиот „t“ тест.

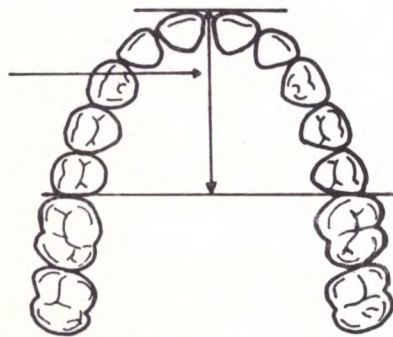


Слика 1

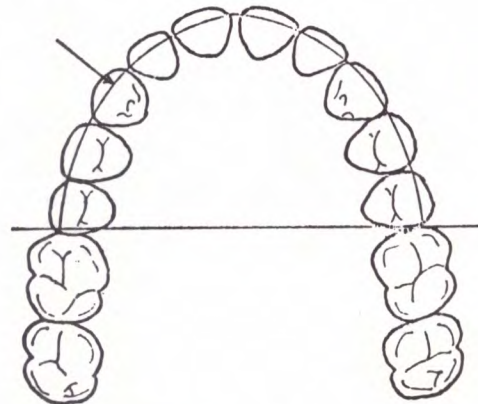
Шематско прикажување на методот на мерење на ширината на максиларниот дентален лак во четири трансверзални нивоа: во пределот на канините, првите премолари, вторите премолари и првите молари.

Слика 2

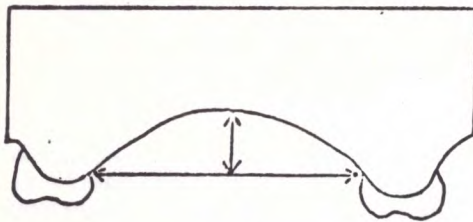
Шематско прикажување на методот на мерење на должината и обемот на максиларниот дентален лак.



lakova dolžina



lakov obem



Слика 3

Илустративно прикажување на методот на мерење на висината на максиларниот дентален лак.

Резултати

Резултатите од испитувањето се прикажани на табелите 2 и 3.

Изнесени се средните вредности, стандардната девијација и стандардната грешка на средните вредности на испитуваните димензии на максиларниот дентален лак кај испитуваната и контролната група, поединечно за машките и женските испитаници во двете старосни групи.

ТАБЕЛА 2

СРЕДНА ВРЕДНОСТ (М), СТАНДАРДНА ДЕВИЈАЦИЈА (СД) И СТАНДАРДНА ГРЕШКА (СЕ) НА ИЗМЕРЕНИТЕ ЛИНЕАРНИ ДИМЕНЗИИ КАЈ ИСПИТУВАНАТА ГРУПА

Линеарни димензии (мм)	ОД 9 ДО 11 ГОД.						ОД 12 ДО 14 ГОД.					
	машки (n = 12)			женски (n = 22)			машки (n = 36)			женски (n = 49)		
	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ
Лакова ширина при 13-23	30,83	3,18	0,91	31,63	2,36	0,50	32,19	4,43	0,73	31,83	3,50	0,50
Лакова ширина при 14-24	29,33	2,50	0,72	29,18	2,57	0,54	29,36	5,91	0,98	28,18	3,65	0,52
Лакова ширина при 15-25	34,41	2,72	0,78	32,40	2,99	0,63	34,25	4,83	0,81	32,26	3,65	0,52
Лакова ширина при 16-26	38,66	3,24	0,93	38,40	3,24	0,69	39,77	4,79	0,81	37,55	3,74	0,53
Должина на денталниот лак	33,33	2,49	0,71	31,22	2,23	0,47	31,66	2,90	0,48	31,53	3,26	0,46
Висина на денталниот лак	13,08	2,78	0,80	14,50	2,53	0,53	16,25	3,03	0,50	15,28	2,84	0,40
Обем на денталниот лак	80,50	4,57	1,32	76,63	5,20	1,18	78,91	7,72	1,28	78,40	4,96	0,70

Според добиените вредности, искажани на табелата 2, може да се каже дека димензиите кај двете старосни групи и кај машките и кај женските испитаници се разликуваат. Имено, и кај машките и кај женските испитаници сите вредности, освен лаковата ширина на ниво на канините и висината на денталниот лак, се намалуваат со зголемувањето на возраста. Во однос на полот може начелно да изнесеме дека и во двете старосни групи испитуваните димензии се поголеми кај машкиот пол во однос на женскиот пол. При контролната група, добиените вредности, изнесени на табелата 3, укажуваат дека трендовите што ги согледаваме во испитуваната група не се разликуваат.

Разликите меѓу вредностите на испитуваните параметри помеѓу испитуваната и контролната група се прикажани во однос на старосните групи и во однос на половите на табелите 4 и 5.

На табелата 4 е прикажан степенот на изразеноста на разликите меѓу испитуваната и контролната група на возраст од 9 до 11 години.

Може да се истакне дека постои значајна разлика во испитуваните параметри, и тоа: 1. димензиите на лаковата ширина покажува значајни разлики и $p < 0,01$ на ниво на вторите премолари и првите молари, $p < 0,05$ на ниво на првите премолари $p < 0,1$ кај канините, односно лаковата ширина е поголема кај испитаниците од контролната група во однос на испитаниците од испитуваната

ТАБЕЛА 3

СРЕДНА ВРЕДНОСТ (М), СТАНДАРДНА ДЕВИЈАЦИЈА (СД) И СТАНДАРДНА ГРЕШКА (СЕ) НА ИЗМЕРЕНИТЕ ЛИНЕАРНИ ДИМЕНЗИИ КАЈ КОНТРОЛНАТА ГРУПА:

Линеарни димензии (мм)	ОД 9 ДО 11 ГОД.						ОД 12 ДО 14 ГОД.					
	машки (n = 37)			женски (n = 21)			машки (n = 32)			женски (n = 28)		
	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ
Лакова ширина при 13-23	31,85	1,51	0,37	33,89	1,77	0,51	34,99	2,49	0,48	33,02	1,77	0,36
Лакова ширина при 14-24	32,72	1,52	0,39	29,87	3,17	0,76	31,93	2,41	0,50	29,09	1,66	0,34
Лакова ширина при 15-25	36,93	1,75	0,41	34,42	1,63	0,38	36,18	3,16	0,50	30,15	2,80	0,58
Лакова ширина при 16-26	42,25	1,92	0,33	40,15	2,92	0,63	41,68	3,21	0,60	39,47	2,83	0,55
Должина на денгалиот лак	30,80	2,17	0,56	29,08	1,75	0,42	28,92	1,82	0,45	27,57	1,32	0,47
Висина на денгалниот лак	12,10	1,94	0,31	10,90	2,17	0,47	13,42	2,28	0,40	13,70	2,08	0,39
Обем на денгалниот лак	84,70	3,75	0,96	80,20	3,52	0,85	80,60	3,10	0,64	76,80	3,60	0,75

ТАБЕЛА 4

СТЕПЕН НА ИЗРАЗЕНОСТ НА РАЗЛИКИТЕ МЕЃУ ИСПИТУВАНАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА НА ВОЗРАСТ ОД 9 ДО 11 ГОДИНИ

Линеарни димензии (мм)	Испитувана група			Контролна група			..t" тест	сигнифи-кантиност
	ОД 9 ДО 11 ГОД.							
	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ		
Лакова ширина при 13-23	31,23	2,77	0,70	32,87	1,64	0,44	2,00	0,10
Лакова ширина при 14-24	29,25	2,53	0,63	31,29	2,34	0,57	2,42	0,05
Лакова ширина при 15-25	33,40	2,85	0,70	35,67	1,69	0,39	2,83	0,01
Лакова ширина при 16-26	38,53	3,24	0,81	41,20	2,42	0,48	2,87	0,01
Должина	32,27	2,36	0,59	29,94	1,96	0,49	-3,06	0,01
Висина	13,79	2,65	0,66	11,50	2,05	0,39	-3,01	0,01
Обем	78,56	4,88	1,25	82,45	3,63	0,90	2,54	0,05

група во сите нивоа; 2. димензиите на должината и висината на денталниот лак покажуваат значајни разлики на ниво $p < 0,01$ меѓу испитуваните групи. Може да се заклучи дека и двата параметра се поголеми во контролната група во однос на испитуваната група; 3. димензиите на обемот на денталниот лак покажуваат значајни разлики $p < 0,05$, при однос на испитуваната група.

ТАБЕЛА 5

СТЕПЕН НА ИЗРАЗЕНОСТ НА РАЗЛИКИТЕ МЕЃУ ИСПИТУВАНАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА НА ВОЗРАСТ ОД 12 ДО 14 ГОДИНИ

Линеарни димензии (мм)	Испитувана група			Контролна група			„Т“ Тест	Сигнификантност
	Од 12 до 14 год.							
	М	СД	СЕ	М	СД	СЕ		
Лакова ширина при 13-23	32,01	3,96	0,61	34,00	2,13	0,42	2,72	0,01
Лакова ширина при 14-24	28,77	4,78	0,75	30,51	2,03	0,42	2,04	0,05
Лакова ширина при 15-25	33,25	4,24	0,66	33,16	2,98	0,54	-0,10	Н.С.
Лакова ширина при 16-26	38,66	4,26	0,67	40,57	3,02	0,57	2,19	0,05
Должина	31,59	3,08	0,47	28,24	1,57	0,46	-5,15	0,001
Висина	15,76	2,93	0,45	13,56	2,18	0,39	-3,72	0,001
Обем	78,65	6,34	0,99	78,70	3,35	0,69	0,04	Н.С.

На табелата 5 е означен степенот на изразеноста на разликите меѓу испитуваната и контролната група на возраст од 12 до 14 години.

Може да забележиме дека постојат значајни разлики во испитуваните параметри, и тоа: 1. димензиите на лаковата ширина покажуваат значајни разлики $p < 0,05$, на ниво на првите премолари и првите молари, $p < 0,01$ на ниво на канините и немаше значајни разлики (Н. С.) на ниво на втори премолари. Имено, лаковата ширина кај испитуваната група во оваа возраст покажува помали вредности во однос на контролната група; 2. должината и висината на денталниот лак покажуваат многу значајни разлики на ниво $p < 0,001$ меѓу испитуваните групи. Може да изнесеме дека и двата параметра се поголеми кај испитуваната група во однос на контролната група; 3. димензиите на обемот на денталниот лак не покажуваат разлики помеѓу испитуваните групи.

Според тоа, ова испитување покажува дека постои меѓузависност на зголемените аденоидни вегетации и морфологијата на максиларниот дентален лак.

Дискусија

Зголемените аденоидни вегетации се едни од причините што доведуваат до орално дишење.

Назалната опструкција доведува, според голем број автори, до промени на дентофацијалната форма. Сепак, ова мислење не е научно докажано и потврдено.

Резултатите од нашето испитување покажуваат дека постои меѓузависност на зголемени аденоидни вегетации, орално дишење и променета морфологија на максиларниот дентален лак. Сепак, оваа студија е недоволна и потребно е да се прошири со голем број случаи да се извршат трансверзални и лонгитудинални испитувања, клинички и рендгенолошки, користејќи современа методологија.

Со оваа студија не го негираме фактот дека постои однос меѓу назалната распираторна функција и дентофацијалната морфологија. Напротив, нашите наоди тоа и го потврдуваат. Linder-Aronson (1974, 1975), Woodside и Linder-Aronson (1979) сметаат дека дишењето на уста, кое резултира од зголемени аденоидни вегетации, доведува до синдром на „аденоидно лице“, односно до промени

и на максиларниот дентален лак. Критичкиот преглед на литературата за ефектот на аденоидите на дентофацијалната морфологија, прикажан од O'Ruan и соp. (1982) не го подржува ова сознание. Исто така, ни пациенти со комплетна назална опструкција од раѓање со билатерална атрезја на хоаните не покажуваат битни карактеристики на синдром на долго лице. О изведените трансверзални и лонгитудинални студии (Watson и соp. (1968), Linder-Aronson (1975), Sarger (1979), Vig и соp. (1981), Martin и соp (1981), Harwold и соp. (1981), може да се установи дека не постои причинско-последичен однос меѓу назореспираторната функција и дентофацијалниот развој. Имено, се однесува до појава на заемни односи на наследни фактори и фактори на околината.

Нашето испитување не го потврдува ова мислење. Сепак, за да се донесат дефинитивни заклучоци потребно е:

1. да се процени каква е пропорцијата на оралното и назалното дишење кај лица со различни дентофацијални карактеристики,
2. дали се присутни заеднички дентофацијални карактеристики, при сигурна квантитативна процена на назалната функција, и
3. дали назореспираторната функција ја нарушува дентофацијалната морфологија, односно до кој степен.

Заклучок

Нашите испитувања укажуваат дека зголемените аденоидни вегетации доведуваат до промени на морфологијата на максиларниот дентален лак. Поради тоа, се налага спроведување на превентивни мерки преку лекување на зголемените аденоидни вегетации уште во раниот период. Исто така, се препорачува ран ортодонтски третман, ако се појавила малоклузија од зголемени аденоидни вегетации, преку соодветна ортодонтска терапија.

Потребно е да се преземе обемна научна студија за да се установи зависноста меѓу зголемените аденоидни вегетации и дентофацијалната морфологија.

ADENOIDAL VEGETATIONS AND MORPHOLOGY OF THE DENTAL MAXILLARY ARCH

Summary

It is taken in scientific and professional circles that enlarged adenoidal vegetations cause morphological alterations of the maxillary arch. Nevertheless, critical survey on the literature data do not support this thesis. The aim of our study was to reasearch nasorespiratory function effects on the morphology of the maxillary dental arch.

Our investigation was realized on the basis of measurement of 119 models of patients at the ages: between 9-11 (34 patients) and 12-15 (85 patients) with enlarged edenoidal vegetations and 9-11 (58 patients) and 12-15 (60 patients) with normal occlusion and without problems because of adenoidal vegetations. We performed measurements of the maxillary dental arch as follows: (1) width: in the canines level, first and second premolars and first molars; (2) length of dental arch; (3) height of dental arch and (4) circumference of the dental arch.

When comparing the findings of the investigation group to those of the controls it is suggested that there is a direct causal relationship between enlarged adenoides and morphology of the maxillary dental arch.

From the standing point of our findings it seems that the complexity of interaction between inheritted factors and those of the medium affect the morphology of the maxillary dental arch.

Further investigation on this problem is needed to make the conclusion that air flow obstruction because of enlarged adenoidal vegetations is a significant etiological factor in the development of any specific dentofacial malocclusion.

Литература

1. Gwynne-Ewans, E., and Ballard, C. F.: Discussion on the mouth breather, Proc. R. Soc. Med., 51:279-285, 1959.
2. Harwold, E.P., Tomer, B.S., Chierici, G., and Vargervik, K.: Primate experiments in oral respiration, Am. J. Orthod. 79: 359-372, 1981.
3. Kantorowitz, A.: Über den mechanismus der rieferdeformierung bei behinderter, Atmung, Stsch. Monatsschr. Zahnheilkd. 225, 1916. (Citat od Linder-Aronson and Bäckström, 1960)
4. Leech, H. L.: A clinical analysis of orofacial morphology and behavior of 500 patients attending an upper respiratory research clinic, Dent. practit. 9:57-68, 1958.
5. Linder-Aronson, S.: Adenoids: Their effect on mode of breathing and nasal airflow and their relationship to characteristics of the facial skeleton and the dentition, Acta Otolaryngol, Supp. 265:1-132, 1970.
6. Linder-Aronson, S.: Effects of adenoidectomy on dentition and nasopharynx, Am. J. Orthod. 65:1-15, 1974.
7. Linder-Aronson, S.: Effects of adenoidectomy on the dentition and facial skeleton over a period of five years. In. Cook, J. t. (editor): Transactions of the Third International Orthodontic Congress, St. Louis, 1975, The C. V. Mosby Company.
8. Martin, R., Vig, P. S., and Warren, D. W.: Nasal resistance and vertical dentofacial features. IADR, apstrakt, 1981.
9. Meyer, W.: On adenoidal vegetations in the nasopharyngeal cavity, their pathology, diagnosis and treatment, Med. chir. Trans. 53:191, 1870.
10. O'ryan S. F., Gallagher, M. D., La Banc, P. J., Epker, N. B.: The relation between nasorespiratory function and dentofacial morphology: A review. Am. J. Orthod. 82:403-410, 1982.
11. Sarver, D. M.: Quantitative evaluation of nasal airflow in relation to facial morphology. Master's thesis. Department of orthodontics, School of Dentistry, University of North Carolina, 1979.
12. Times, C. S.: On the developmental origin of the V-shaped contracted maxilla, Monthly Rev. Dent. Surg. 1:2, 1872.
13. Vig, P. S., Sarver, D. M., Hall, D. J., and Warren, D. W.: Quantitative evaluation of nasal airflow in relation to facial morphology, Am. J. Orthod. 79:263-272, 1981.
14. Watson, R. M., Warren, D. W., and Fischer, N. D.: Nasal resistance, skeletal classification and mouth breathing in orthodontic patients, Am. J. Orthod. 54:367-379, 1968.
15. Woodside, D. G., and Linder-Aronson, S.: The channelization of upper and lower anterior face heights compared to population standard in males between ages 6 to 20 years, Eur. J. Orthod. 1:25-40, 1979.
16. Wustrow, M.: Zur kritik der ursachen der kieferanomalien, Dtsch. Monatsschr. zahnheilkd. 1917. (Citat od Linder-Aronson and Bäckström, 1960)

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за орална патологија со пародонтологија

КЛИНИЧКО–БИОМЕТРИСКА СТУДИЈА НА ЕФЕКТИТЕ ОД ПРИМЕНАТА НА МОДИФИЦИРАНАТА WIDMAN ФЛАП ОПЕРАЦИЈА ВО ТРЕТМАНОТ НА ПАРОДОНТАЛНИТЕ ПЛИТКИ ИНФРАКОСКЕНИ ЦЕПОВИ

Симоновски М., В. Димитровски, Ана Ставревска

Преку клиничко-биометриска евалуција, реализирана во текот на деветмесечен опсервациски период, кај 18 пародонтални болни со клинички и рендгенографски верифицирани пародонтални плиткы инфракоскени цепови, проследени се ефектите од примената на модифицираната Widman флап операција во нивниот третман. Констатираните наоди укажаа на фактот дека ваквата модификација, применета преку примарна т.н. подготвителна фаза, во вид на субгингивална киретажа, во траење од 3 до 4 седмици пред оперативно, и секундарна – оперативна фаза, резултира во сигнификантно намалување на вертикалната димензија на пародонталните цепови, и тоа во корелација со опсервацискиот период; вредноста на вертикалната димензија, на крајот од опсервацискиот период, ги достигна и димензиите на физиолошкиот гингивален сулкус, што, на најдиректен начин, укажува на преферабилноста на модифицираната Vidman флап-операција во третманот на плитките инфракоскени цепови.

Актуелниот пародонталоски тренд, наполно убедливо, укажува на фактот дека прогностичко-тераписките аспекти на пародонталната болест директно се асоцирани со интензитетот на воспалителниот процес и со степенот на деструкција, односно редукција на алвеолопериодонталниот ткивен супстрат. Апикално насочениот инфламаторно-деструктивен процес, на свој начин, ја менува и нарушува пародонталната ткивна архитектура, резултирајќи во поплитки или подлабоки инфракоскени дефекти. Најидеално, според Glickman² Goldman³, Grant и неговите соработници⁴ и други еминентни пародонталози, пародонталните морфофункционални реставрантни ефекти можат да се остварат преку регенерација на деструираниот атачмен и што е можно по коронарна дистрибуција на неоатачмен формацијата, според Egelberg¹ претставува „биолошки клуч“ во повторното воспоставување на физиолошкиот гингивален сулкус. Ваквите стручни гледања и ставови, всушност, ја диктираат и примената на одреден метод или техника, и тоа во директна зависност од видот и длабочината на пародонталните цепови, при што, во тој контекст, посебна дискутабилност е присутна во однос на адекватниот тераписки приод кон плитките инфракоскени цепови. Повеќето клиничари-пародонталози сметаат дека конзервативниот дебридман резултира во задоволителни посттераписки ефекти,^{5,7} за разлика од други, коишто им даваат апсолутен приоритет на т.н. флап-оперативни процедури во третманот на плитките инфракоскени цепови.⁸

Токму таквата стручна неусогласеност, конфронтациите и дилемите, сè уште актуелни, покрај во стручната литература и во нашето клиничко пародонтолошко секојдневие, претставува мотив за спроведување на клиничко-биометриска евалуација на ефектите од примената на модифицираната Widman флап-операција во третманот на пародонталните плитки инфракоскени цепови, како форма и објективна можност за стекнување на сопствени сознанија и искуства.

Материјал и метод

Испитувањето е реализирано кај 18 заболени од прогресивна пародонтопатија, со верифицирани плитки инфракоскени цепови, кај коишто модифицираната Widman флап-операција беше применета во нивниот третман претходно (предоперативно) обработувани со субгингивална киретажа, во текот на 3-4 седмици.

Модифицираната Widman флап-операција беше реализирана според принципи за техничка изведба предложени од страна на Ramfjord и Nissle (1974)⁵, преку примена на примарна предоперативна и секундарна-оперативна фаза. Кај сите пациенти беше сугерирана и одржувана оптимана plaque- контрола. Клиничките опсервациите и биометричките анализи беа спроведувани непосредно пред, и 3,6 и 9 месеци по хируршкиот третман, при што како референтни точки беа користени емајлово-цементното споиште и дното на пародонталниот цеп, а како објективен параметар за проценка на постигнатиот ефект беше користена метричката редуција на вертикалната димензија на пародонталните цепови; како контролна група беа користени предоперативно детерминирани вредности на вертикалната димензија на пародонталните цепови.

Добиените податоци се статистички (компјутерски) обработени, преку пресметување на средна вредност, стандардна девијација, стандардна грешка и сигнификантност на разликите на вредностите.

Резултати

Резултатите од спроведената клиничко-биометриска евалуација и статистичка обработка на податоците се дадени на следниов приказ:

Од табеларниот приказ може да се забележи дека модифицираната Widman флап-оперативна постапка има резултирано во статистички многу високо сигнификантна редуција на вертикалната димензија на пародонталните плитки инфракоскени дефекти, во корелација со опсервацискиот период; исто така се

ТАБЕЛА 1.

ЕФЕКТИ ОД ПРИМЕНАТА НА МОДИФИЦИРАНАТА WIDMAN ФЛАП-ОПЕРАЦИЈА ВО ТРЕТМАНОТ НА ПАРОДОНТАЛНИТЕ ПЛИТКИ ИНФРАКОСКЕНИ ЦЕПОВИ-КЛ. БИОМЕТРИСКА ЕВАЛУАЦИЈА/ММ

	МОДИФИЦИРАНА WIDMAN		ФЛАП-ОПЕРАЦИЈА		
	опсервациски период				
n/18	пред Th	3м	6м	9м	
X	5.9	2.4	2.2	1.8	
Sd	1.3	0.9	0.8	0.4	
Se	0.15	0.11	0.09	0.05	
P		0.001	0.001	0.001	
		(t-9 391)	(t-10 282)	(t-12 788)	

забележува дека, на крајот од опсервацискиот период, вредноста на вертикалната димензија ја достигнува и демензијата на физиолошкиот гингивален сулкус.

Дискусија

Степенот на реализираните перифореконструктивни ефекти, од клинички аспект, е најдиректно асоциран, покрај со атхерентноста на неоатачмен формацијата со радикуларниот супстрат и нејзиното покоронарно ниво, и со способноста за адаптација на реставрираните пародонтални ткивни структури без патолошки измени да ги примат и издржат нормалните функционални стимули. Нашата клиничко-биометриска евалуација, реализирана во текот на деветмесечниот опсервациски период, резултираше во наоди, кои недвосмислено укажаа на фактот дека со примената на модифициранта Widman флап-операција во третман на плитките инфракоскени дефекти можат да се постигнат максимални период-реставрантни ефекти, кои базираат, пред сè, на реализацијата на нагласен сврзоткивен неоатачмен, клинички објективизиран преку редуција на вертикалната димензија на пародонталните џепови од 5.9 на 1.8 мм, што, во секој случај, претставува физиолошка димензија на гингивален сулкус. Нашите резултати, на одреден начин, се во согласност со наодите на Zimet⁶, кој применувајќи флап-оперативна постипка во третманот на пародонталните инфракоскени џепови, ги доведува до вредност, која што е карактеристична за неизменетиот гингивален сулкус. Нашите наоди, односно позитивниот посттерапевски ефект од примената на модифицираната Widman флап-операција во третманот на плитките инфракоскени џепови, го толкуваме со примарната терапевска фаза, која покрај максималната елиминација на плак-формацијата, базираше на примената на субгингивалната киретажа, следена од нагласена редуција на инфламаторната компонента, стимулација на репараторниот одговор и извесна консолидација на матурацијата на колагенот во изменетата гингива, чија позитивна реперкусија е подоцнежната попречна флап-адаптација⁷, што директно го сугерира овој метод за избор во предоперативната фаза на пародонталната терапија. Меѓутоа, реализираните позитивни и максимални реставрантни ефекти ги објаснуваме, пред сè, со флап-создадените услови и можности за доелеминација на патолошкиот супстрат, посебно на т.н. реатачмен-инхибирачки супстанции, од тип на ендотоксин резидуа, што резултира во можна индукција, адаптација и покоронарно дистрибуирана неоатачмен формација, што, на свој начин, ја чини модифицираната Widman флап-операција преферабилен метод во третманот на плитките инфракоскени џепови.

Заклучок

Преку клиничко-биометриска евалуација, реализирана во текот на деветмесечен опсервациски период, кај 18 пародонтални болни со клинички и рендгенографски верифицирани плитките инфракоскени џепови проследени се ефектите од примената на модифицираната Widman флап-операција во нивниот третман.

Модифицираната Widman флап операција применета преку примарната фаза, во вид на субгингивална киретажа, во траење од 3 до 4 седмици, и секундарна-оперативна фаза, резултираше во многу значајно смалување на вертикалната димензија на пародонталните џепови, чија вредност на крајот од опсервацискиот период ги достигна и димензиите на физиолошкиот гингивален сулкус; ваквиот наод претставува и наша потврда за преферабилноста на овој метод во третманот на плитките инфракоскени џепови.

CLINICAL AND BIOMETRIC EVALUATION OF THE EFFECTS OF MODIFIED WIDMAN
FLAP OPERATION IN THE TREATMENT OF SHALOWE INFRAOSSEOUS
PERIODONTAL POCKETS

Summary

In an attempt to evaluate the efficacy of shallow infraosseous periodontal pockets treatment by use of modified Widman flap operation this clinical study was undertaken. In the sample of 18 periodontal patients maxillary and mandibular teeth have been treated by the modified Widman flap operation; the measuring of the pockets depth and the evaluation of the obtained results performed in pretreatment period, then 3,6 and 9 months after the treatment; the pre-operative measurements of the periodontal pockets depth were used as a control group. The difference of the mean values of the pockets depth has been tested by Student-test. Our clinical and biometric evaluation showed that the use of modified Widman flap operation in the treatment of shallow infrabony defects is followed by the significant reduction of periodontal pockets depth, in a correlation with posttreatment period /P-0.001/. These findings lead us to conclusion that in the therapy of shallow infraosseous periodontal pockets the modified Widman flap operation is a predictable method of periodontal treatment.

Литература

1. Egelberg J.: The blood vessels of the dento-gingival junction. J. Periodontol. Res., 1:163,1966
2. Clickman I.: Clinical Periodontology, ed. 4, 1972, 537
3. Goldmen H.M., and Choen D.W.: Periodontal Tharapy, ed. 4, 1968, 360
4. Grant D.A., Stern I.B., and Evarett F.G.: Orban's Periodontics, ed. 3, 1968, 275
5. Ramfjord S. P., and Nissle R.R.: The Modified Widman flap. J. Periodontol., 45:8:611, 1974
6. Zamet J.S. : A Comparative Clinical Study oh three periodontal surgical techniques. J of Clin. Periodont., 28: 87, 1975

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за дентална патологија и терапија

РЕНДГЕН ГРЕШКИ–КОРЕЛАЦИЈА МЕЃУ АНАТОМСКИТЕ СТРУКТУРИ И АПИКАЛНИТЕ ПЕРИАПИКОЗИ

Матовска Љупка, Марија Неделковска, Б. Василевски

Во интерпретацијата на просветлувањето кое го даваат контурите на коренот на забот и на околните структури, посебен акцент треба да се даде на нормалните анатомски формации, со нивната често пати блиска апикална поставеност (како sinus maxillaris, foramen incisivum, canalis mandibularis или foramen mentale) и нивниот однос со одредени патолошки појави.

Нивната патолошка интерпретација може да биде причина за погрешна анализа, дијагноза и терапија.

Затоа во овој труд направивме обид за прикажување на соодносите меѓу анатомските структури и можноста за нивна идентификација со периапикални патолошки појави.

Општоприфатениот показател дека денталната радиографска претрага не може секогаш и во целост прецизно и објективно да се интерпретира или пак да обезбеди точна детекција на периапикалните лезии, беше појдовниот мотив и цел на овој труд.

Патолошката интерпретација на некои анатомски структури може да биде причина за многу погрешна анализа, одредување и преземање тераписки мерки.

Следејќи ја рендгенската претрага во дијагностички и тераписки цели, а сето тоа низ фазите на ендондската терапија (фаза на дијагностика, и планирање на терапијата, фаза на биомеханичка препарација и фаза на херметичка оптурација на каналниот систем), се наметнува можноста за грешка и идентификација на нормалната анатомска структура со некоја периапикоза. Познати се наодите на синусити со ендодонтско потекло (10-15%), бидејќи апексите на горните моларни заби можат да бидат во директен контакт со синусната шуплина, што особено има свое значење во случаите кога се врши оптурација со сребрени штифтови (1,2,6).

Хроничната форма на воспаление на синусот, пак, опоменува дека анатомскиот сооднос и правилната и соодветно одредена ендодонска техника треба да ја спречат оваа нерпијатна компликација. Кон сето ова треба секогаш да се има предвид дека комплетното оформување на sinus maxillaris е околу 16-18-годишна возраст, со варијабилни димензии. Понекогаш постои одделеност на синусот од апексите на забите, но особено треба да се внимава кога синусниот ѕид се наоѓа меѓу корените на забите.

Landerwood опишал внатре во синусната шуплина ниски прегради кои се гледаат како темни линии кои ги означуваат синусните септи и ја делат синусната шуплина на три јами. Предната јама одговара на премоларите, средната го содржи нукулеот на првиот и вториот молар, а третата одговара на местото на нукулеот за умникот. Со никнување на забите коскеното ткиво на тоа место се

ресорбира и настануваат вглабнувања, а меѓу нив остануваат нересорбирани делови на коскено ткиво во форма на ниски коскени прегради. Ваквата слика на синусот може да се замени со изгледот на една мутилокуларна циста или моноцистичен амелобластом (3).

Индивидуалната конфигурираност на синусот е позната, па затоа радиографијата секогаш треба да биде присутна кога се изведува третман на вториот премолар и на максиларните молари.

Поставеноста на синусот над моларите, понекогаш и над премоларите, со можност за проекција и над канините, создава можност за грешка во рендген интерпретацијата. Ова е особено битно во случаите кога долниот трап на синусот се спушта во алвеоларното продолжение на вилицата, дури следејќи ги контурите на одделни корени. Во ваквите случаи добрата интраорална снимка и читањето под лупа ќе покажат дека апексите на тие заби се одделени од синусната шуплина со lamina dura (8).

Foramen incisivum со својата поставеност помеѓу корените на горните инцизиви претставува остаток на поголеми комуникации коишто постоеле меѓу носната и усната шуплина. Но, она што е посебно битно од ендодонтски дијагностички аспект е фактот што foramen incisivum може да се прикаже во вид на овално или елиптично просветлување меѓу корените на горните инцизиви. На коси снимки може да се појави на врвот на коренот на забот во вид на лажно патолошко збиднување (4). Анатомските поединости во долната вилица, кои можат да бидат проблем во рендгенската интерпретација, се прикажуваат во вид на рендген сенка со помала густина од меките ткива, со еднолична ширина од неколку милиметри обрабено со корекс-тоа е мандибуларниот канал. Неговото рендген прикажување преку апексите на долните молари може да доведе до дијагностички забуни.

Посебен аспект на мандибуларниот канал е foramen mentale, прикажан најчесто во вид на ограничено просветлување со овален облик под или меѓу корените на долните премолари, на букалната страна на мандибулата.

Материјал и метод на работа

Во програмираниот дел од нашето испитување беа вклучени 100 пациенти, кај кои беше направено панорамикс рендген снимање, а по потреба и посебно интраорално снимање. Го следевме соодносот помеѓу присутните периапикални лезии и одделните анатомски структури, можноста за нивна правилна идентификација и дијагноза.

Во исто време ги анализиравме и оние пациенти кај кои беа погрешно дијагностицирани некои анатомски формации како патолошки процеси во периапикалното ткиво и се бараше нивна терапија или пак таа беше веќе започната.

Резултати

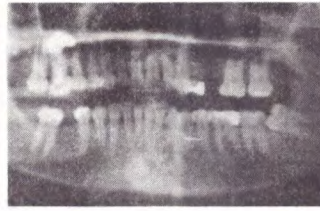
Од програмираниот рендгенолошки пристап кај пациенти со периапикални заболувања добивме блиска поставеност на анатомските структури со коренот на забот, и тоа: sinus maxillaris 35%, foramen mentale 28% foramen incisivum 15%, canalis mandibularis 10%.

Од групата на случајно откриени погрешни интерпретации на соодносот на периапикалните патолошки процеси и блиски анатомски структури, вклучувајќи ги и тераписките грешки, прикажуваме неколку случаи.

Непознавањето придружено со невнимание при обработката на забите од горната моларна регија е прикажано во случајот на сликите 1, 2 и 3 во форма на обемно преполнување на каналот и синусната шуплина со тврдо дефинитивно полнење. Се разбира оваа грешка била придружена со тешкотии од субјективен и објективен карактер и нејзиниот исход е губење на забот.



Слика 1



Слика 2



Слика 3

Секако дека близината на максиларните синуси до коренот на забот или до патолошкиот процес околу него не значи дека секогаш ќе дојде до непожелен инцидент, како во претходниот случај. Напротив, внимателната, нефорсирана работа, со максимално вклучување на познавањата на биологијата и морфологијата на синусната шуплина, ни обезбедува нормално изведување на ендодонтската терапија, без провокација на воспаление, преполнување или други патолошки проблеми во таа регија (сл. 4, 5).

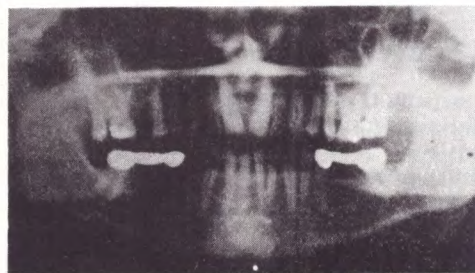


Слика 4



Слика 5

Рендгенската, а со тоа и дијагностичката и тераписката грешка во интерпретацијата на *foramen mentale*, може да биде причина за преземање терапија без потреба, како во следниов случај: по рендген контрола на поставената мостовна конструкција, *foramen mentale* бил „прогласен“ за асимптомен периапикален процес и мостот изваден, додека пациентот испратен на ендодонтска терапија.



Слика 6



Слика 7

При прегледот утврдивме дека се работи за витален заб, без кариозна лезија. Направена е повторна панорамикс графика на која добро се гледа дека се работи за анатомската структура – foramen mentale. Истото го потврдивме и со интраорална слика и забот не го третиравме ендодонтски (сл. 6, 7).

Сличен приказ кај друг пациент даваме и на сликата 8, каде се гледа проекцијата на foramen mentale точно под апексот на вториот моларен заб.

Поставеноста на foramen incisivum меѓу корените на горните централни инцизиви и можноста за негово прикажување во вид на овално или елиптично просветлување, во зависност од правецот на снимањето, го прикажуваме на сликата 9 и 10, исто така, како можност за грешка во поставувањето дијагноза на периапикален процес во тој предел.



Слика 8



Слика 9



Слика 10

Дискусија

Анатомските просветлувања на чие ниво се наоѓаат апексите на забите и формата на некои периапикални заболувања, која може да се наоѓа во нивна проекција, честопати може а бидат причина за обратна интерпретација на овие анатомски односно патолошки радиолусценции. Анатомските структури во близина на периапексот може лесно да се идентификуваат преку радиографија од различни агли.

Но, честопати тие се проблем за правилна идентификација. Букалната или лингвалната апикална локализација на патолошката лезија, нејзината миграција околу апексот, може да создава услови за дијагностички и тераписки застранувања или превидувања.

Дијагностицирањето на foramen mentale, како патолошка периапикална формација, може да биде причина за преземање на комплетни ендодонтски мерки, дури и кај виталните заби, дијагностицирање како можен фокус, па сè до екстракција на забот заради „нерагирање“ на патолошкиот процес на терапијата.

Секако дека во ваквите случаи е потребна максимална мобилизација на сите дијагностички, рендгенолошки, тераписки, анатомски и патолошки познавања, со следење (објективно и субјективно) на пациентот, со повторени временски радиографии, техники на снимање и сл. за да не се предизвикаат погрешни тераписки процедури, од една страна, или пак евентуално да се превиди постоењето и на потешки патолошки процеси. Овие набележувања треба да бидат и потсетник за тоа дека пулпопериапикалните лезии, особено кај максиларните молари и премолари, чии апекси се непосредно до или во sinus maxillaris, можат да предизвикаат промени во долната порција на синусот (6, 7).

Синусната болка не мора да биде придружник бидејќи лезијата е локализирана во долниот дел и не ја спречува нормалната физиолошка дренажа на синусот.

сот која се одвива преку отворот локализиран на горниот аспект од средниот сид.

Рендгенолошките ентитети кои треба да се земат предвид во диференцијалната дијагностика се анатомските варијации на синусниот под, синусниот полип, бенигната мукозна циста или малигниот тумор (4, 5).

Затоа периодичните постераписки радиографии треба да бидат императив во пулпопериапикалната патологија и терапија.

Заклучок

Вистинските и лажните периапикални радиографски слики локализирани на апексот на забот не можат да се променат од апексот менувајќи го аголот под кој се формира радиографијата.

Лажната периапикална лезија или слика на лезијата или анатомска структура, која се проицира на апексот на забот, може да се промени од апексот со промена на аголот на снимањето.

Таа техника на „промена“ на аголот на снимањето дава многу корисна информација за процесите или диференцијалната дијагноза. Се разбира дека сите пулпопериапикални лезии се во интимен контакт со апексите на забите и не можат да се дислоцираат од апексот. Затоа и изнесениот осврт за можните непријатни ситуации во врска со радиографската дијагноза, непознавањето или недоволно оформениот дијагностичко-тераписки критериум во поставувањето на тие релации може да биде причина за погрешно одредување или спроведување тераписки мерки кои можат да доведат не само до тераписки промашувања туку можат да имаат и социјално-економско значење.

RADIOGRAPHY ERRORS – CORRELATION BETWEEN ANATOMIC STRUCTURES AND APICAL PERIAPICOSES

Summary

Normal anatomic features, being very often apically near to sinus maxillaris, foramen incisivum, canalis mandibularis or foramen mentale, should be paid particular consideration in evaluation of radioluscencies that are reflected onto surrounding structures by tooth root contours.

Misinterpretation may lead to errors in approach, diagnosis and therapy.

The aim of our paper was to try to correlate anatomic structures and their identification versus periapical pathologic features.

Литература

1. Lane J.: The Relationship Between Periodontitis and the Maxillary Sinus, J. of Periodontology, 55. 8. August 1984, 477
2. Bellizi, R.: Sinusitis Secondary to Pregnancy, Rhinitis, Mimicking Pain of Endodontic Origin: A Case Report, J. od Endodontology, 9. 2, 1983, 60
3. Hraste, J.: Morfologija zuba, Školska knjiga, Zagreb.
4. Yip, M.: A biochemical and clinical study of an uncommon lesion the median palatine cyst associated with pulpless teeth, J. od Endodotics, 7, 9, 1981, 401
5. Dood, R.: An Endodontically Induced Maxillary Sinusitis, J. of Endodotics, 10, 1984, 504
6. Taylor G. Periapical radioluscencies with radiopaque foci, The Dental Clinics of North America, Symposium on Endodotics, 1984, 28 (4): 753
7. Иванов В. С. Практическаја ендодонција Медицина, 1984, 53
8. Petrovčić, F.: Stomatološka rendgenologija, Školska knjiga, Zagreb, 191

Стоматолопшки факултет – Скопје
Клиника за орална хирургија

МОЖНОСТ ЗА ЦИКАТРИЗАЦИЈА НА ПЕРИОДОНЦИУМОТ ПРИ РЕИНПЛАНТИРАНИТЕ ЗАБИ*

Јанев Ј.

На Клиниката за орална хирургија на Стоматолошкиот факултет во Скопје реинплантирани се 100 заби, од кои 50 со сочуван интегритет на периодонциумот а 50 со деструиран периодонциум. Резултатите од испитувањата покажаа дека циктаризацијата на периодонциумот кај реинплантираните заби се остварува на три начина, и тоа: периодонтално, периодонтално-фиброзно и остеоидно.

Експерименталните и клинички истражувања на многу автори докажаа дека најкарактеристични особини на реимплантираните заби се: цикатризацискиот процес, мастрикторната функција и нивната трајност.³

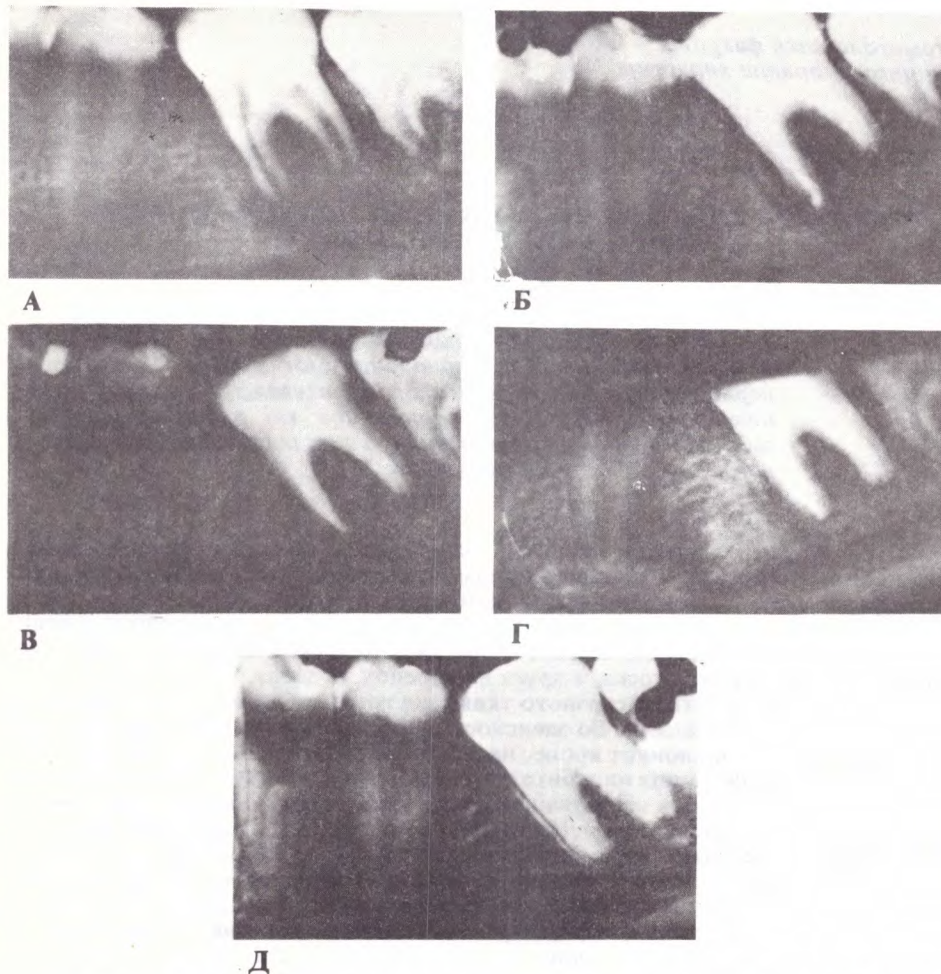
По тотална луксација, како резултат на траума или при интенциска реинплантација, периодонциумот се дели на две партии, од кои едната останува атхерирана на алвеоларната коска, а друга на коренот на забот.

Пролиферацијата на сврзното ткиво започнува рано во хронологијата на процесот на заздравувањето. Во зависност од тоа дали е сочуван периодонциумот или не цикатризацискиот процес на едниот се разликува од оној на другиот.

При реинплантација на забите со сочуван периодонциум интерстициумот прво се полни со крв која образува крвен коагулум, а потоа овој прогресивно се заменува со гранулациско ткиво. На тој начин првата фаза на процесот на фиксација е завршена. Во наредниот период се формира фибро-сврзна цикатризацискија, која органски ги поврзува двата дела на периодонциумот и на тој начин започнува хистолошка и функционална негова реорганизација. Хистолошки периодонциумот се појавува добро формиран и не постои коскена неоформација а фибрите на лигаментите повторно ја наоѓаат својата сопствена ориентација. Периодонциумот, кој останал прицврстен за забот пред да покаже репаративна активност, ја одржува својата виталност не преку обновување на васкуларизацијата туку преку размена на хранливи материи реализирани со дифузија во меѓупросторот меѓу алвеолата и забот. Активноста на клетките од сврзното ткиво, фибробласти и ангеобласти го постигнува својот максимум 7-от ден. Новоформираните фибри се прицврстуваат од едната страна за новоформираната коска а од другата за новоформираните цемент и можат да имаат функционална ориентација.

При реимплантација со деструиран периодонциум фиксацијата на забот во алвеолата се ефектуира на диферентен начин. Тука по раскинувањето на периодонциумот по екстракцијата периодонциумот на коренот е отстранет а задржан е само оној што е атхериран во алвеоларниот ѕид. По репласирање на реинплантатот во алвеолата периодонталниот простор е исполнет со коагулирана крв

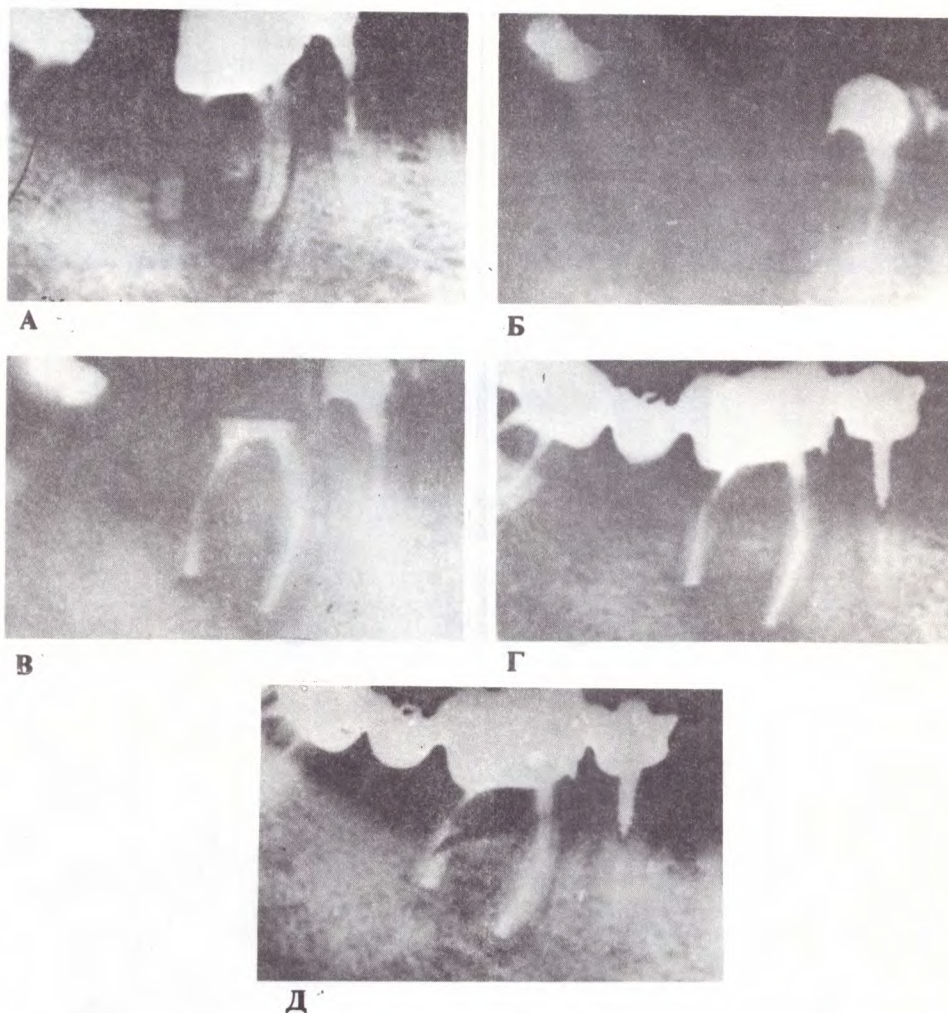
* Трудот е читан на I-от научен симпозиум на оралните хирурзи на Југославија Оснек 1987.



Слика 1. Рендгенолошки приказ на реинплантација на 37-ми заб со сочуван периодонциум.

П.С. возраст 42 години

- А. Состојба пред третманот; се гледа апикална осеална рарификација, ресорпција на коренот и комплетна деструкција на интеррадикуларниот септум.
- Б. Непосредно по репласирање на реинплантатот.
- В. 1,5 месец по интервенцијата; се гледа почетна појава на новоформирана коскенљ трабекула.
- Г. 3 м. по интервенција се гледа комплетна осификација околу апексот и интеррадикуларниот септум кој порано бил деструиран.
- Д. 5 г. по реинплантацијата, забот клинички и рендгенолошки изгледа совршено здрав и не покажува никакви знаци за анкилоза и ризализа, а напротив се гледа новоформирана ламина дура и периодонтален спациум, што зборува за настаната цикатризација на периодонциумот по пат на „restitutio ad integrum“.



Слика 2. Рендгенолошки приказ на реинплантација на 46-ти заб со сочуван периодонциум.

Пациентка Ј.М. возраст 28 год.

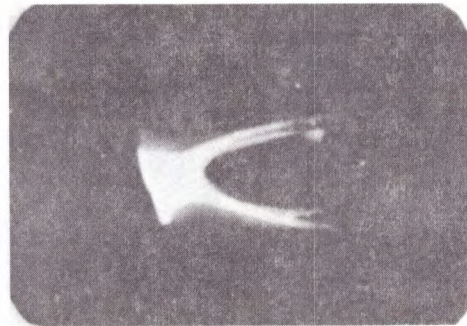
- А. Состојба пред третманот; се гледа расветлување, хомогена транспаренција и деструкција на интеррадикуларниот септум.
- Б. Состојба по екстракција; се гледа празна алвеола, а расветлувањето го означува местото каде што е отстранета радикуларната циста.
- В. 1,5 м. по интервенција се забележуваат први знаци на новоформирани коскени трабекули.
- Г. 3. м. по интервенција; се гледа комплетна осификација околу коренот каде порано бил присутен патолошкиот процес. Реинплантираниот заб е вклучен во фиксна протетичка терапија како носач на мост.
- Д. 5 год. по реинплантација; РТГ-графијата покажува јасно реосификација во апибалната регија на реинплантираниот заб без знаци на анкилоза и ризализа. Спротивно на тоа се гледа воспоставен периодонтален спациум и обновена ламина дура.



A



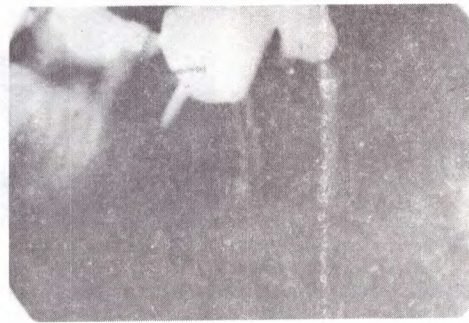
Б



B



Г



Д

Слика 3. Ренгенолкошки приказ на реинплантиран 46-ти заб без перидонциум.

Пациент П.З. возраст 21 год.

A. Состојба пред третманот: се гледа проширен периодонтален спациум и периапикално и интеррадикуларно расветлување.

Б. Состојба по екстракција: се гледа празна алвеола.

В. Ендодонтски подготвен реинплантат со јодоформ-цемент и гутаперка штифт.

Г. 1 год. по интервенцијата; се гледа циркатризија на лезицијата преку тотална анкилоза на радиксот.

Д. 3 год. по интервенцијата; се гледа комплетна ресорпција на коренот на забот.

која во својата фаза на гранулација го апсорбира алвеоларниот периодонт. На тој начин целиот простор меѓу забот и алвеолата е исполнет со гранулационо ткиво кое се трансформира во сврзно а потоа и во фиброзно, аналогно на иницијалниот периодонциум кој во прво време ги исполнува функциите.

Во овој стадиум не може да се открие никаква клиничка и радиолошка диференцијација помеѓу овие два начина на реинплантација. Но, понатаму, овој процес се дестабилизира. Набрзо се формира слој на остеобласти на алвеоларниот сид, од каде остеоидното ткиво пенетрира во новоформиран периодонциум. Потоа, тој се трансформира во спонгиозна коска која се соединува со потпорниот сид на радикуларниот коскен цемент. На овој начин забот се наоѓа инкапулиран во коскено ткиво и тогаш тој ја губи својата мобилност. Но, тука процесот не застанува. Во следниот стадиум цикатризациониот процес проаѓа како при процесите со коскени трансплантации: „супституција“ на трансплантираната коска. Лакунарната ресорпција е имедијатно следена од апозиција на ново коскено ткиво, т.е. трансплантираната мртва коска е заменета со нова витална која ја презема функционалната способност.

Во доменот на коскената трансплантација резултатот наполно задоволува, но од дентална гледна точка резултатот е променлив.

Во процесот на супституција ресорбираниот дентин не може да биде заменет со нов, туку само со коскено ткиво. Тврдото радикуларно ткиво, кое исчезнало е заменето со коскено ткиво до комплетно исчезнување на цементот и дентинот. На тој начин коронката за забот ја губи својата потпора и паѓа. Времетраењето на оваа еволуција изнесува од 2 до 6 години.³

Материјал и резултати

На Клиниката за орална хирургија на Стоматолошкиот факултет во Скопје за период од 10 год. поточно од 1. I 1977 до 31. XII 1986 г. извршена е реинплантација на заби на 100 случаи; 50 со сочувван, а 50 со деструиран периодонциум.

Рендгенолошки прикажуваме три случаи на реинплантација на заби, од кои 2 со сочувван а 1 без периодонциум.

ЦИКАТРИЗАЦИЈА НА ПАРАДОНТОТ

Спојување на сноповињата сврзни влакна



Шема 1:

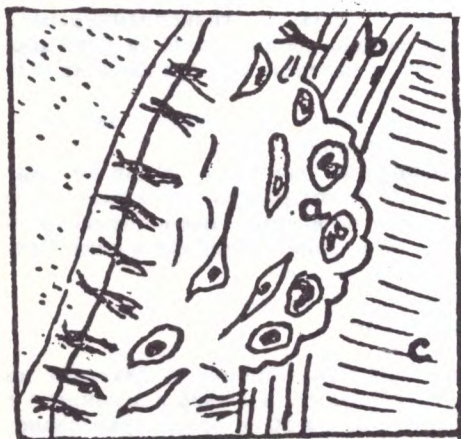
Состојба на периодонциумот пред реинплантација: се забележуваат многу клетки, како и фибробласти кои ќе го изградат потребниот колаген при цикатризацијата на сноповите колагени влакна.

Шема 2:

1 недела по реинплантација; сноповите на сврзни влакна се со тенденција за повторно соединување, сноповите кои доаѓаат од едната страна на алвеоларната коска а од друга изолирани фрагменти на забот како последица на авулзија.



Шема 3:
3-4 недели по реинплантација; периодонциумот е
цикатризиран, а забот силно зацврстен
во својата алвеола.



Шема 4:
6 недели по реинплантација; прогресивна
деструкција на коренот од ресорпција,
предизвикана со отстранување на перио-
донциумот или оштетен од каустици.
а) остеокласти во дејство;
б) цементот на пат кон ресорбирање;
в) дентин на пат кон ресорбирање.



Шема 5:
Умерена ресорпција која се образува во
првите недели со ресорпција преку депо од
нов цемент.
а) траги од живи клетки на остеобласти и
цементобласти;
б) слој на остеоидна и цементидна матери-
ја.

Дискусија

Улогата на периодонциумот во еволуцијата на реинплантатите била предмет на многу клинички и експериментални истражувања, а со тоа и на многу дискусии и научни конфронтирања.

Констатирано е дека постојат две можности за реинсерција и зацврстување на реинплантираниот заб, и тоа со сочуван периодонциум или со негово отстранување. Резултатите на процесот на заздравување и зацврстување кај секоја од нив се фундаментално различни. Затоа и мислењата, главно, се поделени во две групи: едни автори се за зачувување на периодонциумот а други за негово отстранување.

Oliero (1934), и Schmidt (1952) Hammer (1955) и др. врз основа на своите експериментални и хистолошки испитувања за успех на реинплантацијата големо значење му даваат на зачувувањето на периодонциумот. Така, на пр. Olier пишува: „Колку подолго ќе се одржи здрав периодонциумот толку повеќе години реинплантираниот заб може да остане во вилицата“. Наспроти нив, Pleasant (1944) год. и Heiss (1944) год. реинплантираат долен молар кај кој еден корен

е без периодонциум (отстранет со стружење) другиот со сочуван периодонциум. По извршениот хистолошки преглед тие не констатирале никаква разлика во ресорпцијата, напротив сметаат дека при реинплантацијата сочуваната периодонтална мембрана е од ирелевантно значење.

Bataille (1953) год. мисли дека периодонциумот никогаш не регенерира и дека по реинплантацијата анкилозата е имедијатно следена од ризализа.

Анализата на нашите резултати, добиени со клинички, рендгенолошки и гнатодинамометриски испитувања кај една група испитаници со сочуван периодонциум и кај друга контролна група без периодонциум, оди во прилог на оние автори кои даваат важност на зачувувањето на периодонциумот. Имено, тоа се заснова на констатацијата дека цикатризациониот процес кај овие заби настанува полесно, доаѓа до побрзо враќање на мастикаторната функција и тие заби имаат поголема трајност во однос на контролната група, кај која е ефектуирана реинплантација со деструиран периодонциум.

Заклучок

Респектирајќи ги мислењата на цитираните автори, а имајќи ги предвид и нашите постигнати резултати, можеме да констатираме дека цикатризацијата на реинплантираниот заб со алвеолата се остварува на три начини, и тоа:

1. периодонтално сраснување, односно „*restitutio ad integrum*“ – можно е само при сочуван периодонциум. Во овие случаи забот заздравува примарно и по природен пат. Клинички забот е здрав, функционално наполно способен, а Рдг-лошки се констатира нормален периодонтален спациум. На овој начин сраснатите реинплантирани заби имаат најголема трајност и се со најголема прогноза.

2. периодонтално – фиброзно сраснување, т.е. мешано заздравување – настанува кај делумно сочуван периодонциум. При екстракција на забот или при настаната експулзија, периодонциумот се раскинува во два дела. Еден останува на алвеоларната коска (на периостот) а другиот дел на коренот на забот (на цементот). Цикатризациониот процес настанува како кај коскените трансплантации. Забот може да зарасне примарно или секундарно, а на некои места се сретнуваат и двата типа сраснување. Клинички забот е здрав, функционално наполно способен, а Рдг-лошки може да се види дека на некои места периодонциумот е наполно исчезнат;

3. коскено сраснување т.е. остеоидно – настанува кај наполно отстранет периодонциум. При овие случаи цикатризациониот процес настанува како кај коскените трансплантации. Тука забот заздравува секундарно и по неприроден пат. Клинички забот е многу стабилен во алвеолата, функционално наполно е способен, а Рдг-лошки се гледа целосно отсуство на периодонциумот со присуство на лакуни и коскени израстоци во коренот. Овие заби се со најлоша прогноза. Во зависност од ресорптивниот процес, за пократко или подолго време, коренот се заменува со коска, коронката останува без потпора и забот паѓа.

POSSIBILITE DE CICATRISATION DU PERIODONTIUM CHEZ LES DENTS REIMPLANTÉES

Résumé

Dans la clinique de la chirurgie orale de la Faculté de stomatologie à Skopje, sont réimplantés 100 dents parmi les quelles 50 gardent l'intégrité periodontale, et 50 autres avec la destruction periodontale.

Les résultats des recherches ont montré que la cicatrisation du périodontium chez les dents réimplantaires s'effectuent en trois points:

1. cicatrisation périodontale
2. cicatrisation périodonto-fibreuse
3. cicatrisation osseuse.

Литература

1. Batailler R.: Réimplantation – transplantation – implantation. Acta. stom. Belgika, 60, PP, 455-464, 1963.
2. Didier Mis: A propos des réimplantations et des autotransplantations. Thèse pour le doctorat. Paris, 1984.
3. Јанев Ј.: Клинички, рентгенолошки и гнатодинамометријски аспект испитивања реинплантираних зуба. Докторска дисертација, Сарајево, 1986.
4. Hammer H.: Réimplantation and implantation of teeth. International dental journal, vol. 5, N^o4, PP. 439-456, 1955.
5. Heisse J., Pleasant: Klinische und histologische untersushungen am replantierten Zahn. Zschr. Stomat., 4,5-6, 1944.
6. Huguenel G.: Importance du facteur endodontique dans le pronostic des réimplantations dentaires. Thèse pour le doctorat, Paris, 1979.
7. Olier L.: Traite ehpérimental et clinique sur la regeneration des os et de la production artificielle du tissu oseux, Paris, 1934.
8. Schmidt H.: Reimplantation. Dtsch. Stomat., 2, 12, 361, 1952.

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за дентална патологија и терапија

ПРЕВЕНТИВНИ АСПЕКТИ НА ПАРОДОНТИТИ

Неделковска Марија, Љупка Матовска

Следејќи ги фазите на нарушување на структурата на забните супстанции и околузабните ткива, а со цел да се направи потсетник за превентивните можности на нашата терапија, во овој труд е направен осврт врз специфичностите на анатомно-функционалната поставеност на забните ткива и можностите за терапевско дејствување.

Посебен акцент е даден на превенцијата во развојните фази на патолошките процеси на забните структури и забната пулпа, што се најчеста причина за периапикални патози (шема 1). Прикажани се и случаи со примената медикаментозна терапија на периапикалниот патолошки процес како краен обид за сочувување на забот.

Познат е фактот дека денталната патологија ги опфаќа примарно – алтерациите на денто-пулпалниот и секундарно – на пулпо-пародонталниот комплекс.

Од посебен аспект на овој ситем се заболувањата на пародонтот – пародонтитите како крајна и најнепожелна развојна фаза на патологијата на забниот ситем.

Специфично анатомски и функционално поставени, овие ткива се обединуваат во една анатоомо-физиолошка целина и претставуваат постојан предизвик за анализирање. Дилемите пред кои тие не ставаат пред сè со својата анатомска одреденост на апексот, потоа фактот што нивната функционална поврзаност е толку голема (која ќе се уништи само едно ткиво целиот пародонт во различни временски периоди престанува да постои) е основната цел на овој осврт и потсетник за можностите да се дејствува превентивно.

Релативно честата застапеност на пародонтитите од различни видови во секојдневната практика, според статистичките податоци, се движи меѓу 15 и 30%. Врз основа на повеќегодишни испитувања Мејсаховиќ констатирал дека по завршената терапија на пулпити, за подолг или пократок временски период, кај 30% од случаите се развиваат пародонтални заболувања (1). Следејќи ја оваа релативно значајна застапеност на пародонтитите, на наредната шема даваме пресек на етапните фази во кои, со правилно, навремено и соодветно вклучување, можеме да очекуваме поволни резултати.

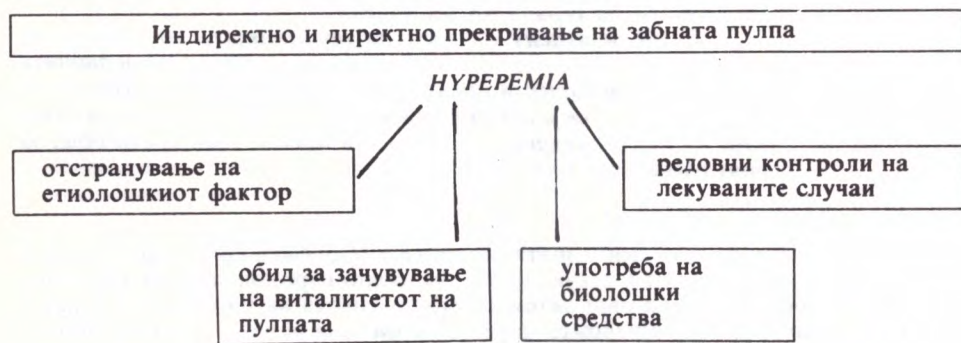
Следејќи го шематскиот приказ, се наметнува впечатокот дека основата на превентивата на пародонтите е во раната профилакса на забниот кариес и на неговите компликации.

Но, во случаите кога сепак е создаден патолошки супстрат во пародонталното ткиво, како најнепожелна последица, сè уште не мора да значи дека се

ШЕМА 1



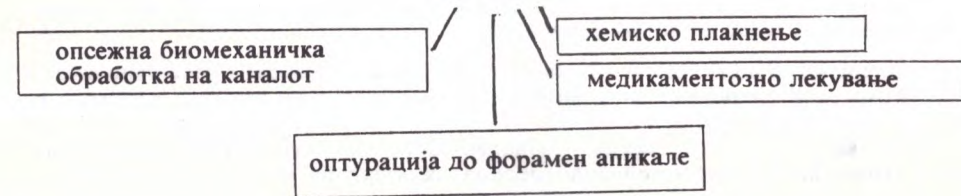
CARIES PROFUNDA



PULPITIS



GANGRENA



работи за „изгубен“ заб, бидејќи конечно и навреме спроведените тераписки мерки се превенција од понатамошни секундарни последици, вклучувајќи ја и загубата на забот, а со тоа и нарушување на комплексниот механизам на морфолошкиот нормалитет на сите ткива и функционални способности на забот и околузабните структури.

Материјал и метод

Кај 50 пациенти по случаен избор, кај кои патолошкиот процес беше со периапикална манифестација, направивме обид за сочувување на забот преку спроведување на канална и периапикална терапија.

Возрасната групација која беше вклучена во терапијата се движеше од 20 до 40 години.

Тераписката постапка се состоеше во комплетна биомеханичка обработка и канално или периапикално полнење со Cinacal или jodoform-solutio chlumsky. По едно до двосеансно лекување со рендген контроли, во случаите на повлекување на патолошкиот процес беше изведувана дефинитивна оптурација на каналот по класичен метод.

Резултати

Успешноста на ендодонтската терапија секако дека започнува со комплетното отстранување на деградираните органски ткива од каналниот простор и секвентна елиминација на инфекцијата и иритацијата на периапикалното ткиво.

Фазата на адекватна оптурација која треба да биде увод во конечната санација, е исто така битен завршен елемент на тераписката постапка. Во нашиот приказ на лекување 50 селектирани случаи со периапикални заболувања, појдовниот мотив за конзервативна терапија беше:

1. проодноста, комуникација до апикалниот форамен преку каналниот систем,
2. општата состојба на пациентот,
3. степенот на периапикалниот патолошки процес,
4. возраста.

Низ следниве фотографии прикажуваме дел од нашите случаи на периапикални или само канални лекувања на периапикалните процеси.



а

б

в

Случај 1

Dg. Parodontitis apicalis chronica circumscripta – Granulom 6

а. Состојба пред терапија

б. Во тек на терапија

в. По дефинитивната оптурација на каналите



а

б

в

Случај 2

Dg. Pulpitis chronica granulomatosa internum 5

а. Состојба пред терапија со присуство на промени во периапикалната структура, како и со внатрешни дефект (интерна ресорпција)

б. Во тек на терапија

в. Дефинитивната оптурација по една година



а

б

в

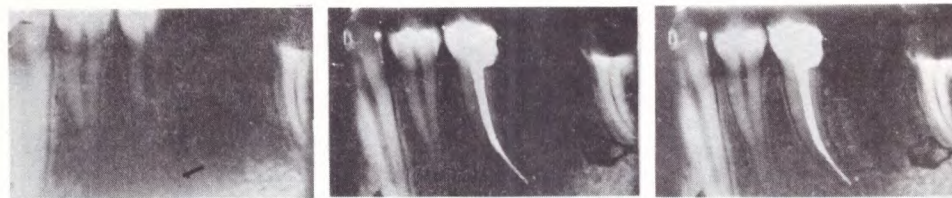
Случај 3

Dg. Parodontitis apicalis chronica fibrosa 6

а. Состојба пред терапија

б. Во тек на терапија

в. Дефинитивна оптурација, по една година



а

б

в

Случај 4

Dg. Parodontitis apicalis chronica fibrosa 5

а. Состојба пред терапија

б. Во тек на терапија

в. По дефинитивна оптурација на каналот



а



б



в

Случај 5

Dg. Parodontitis apicalis chronica circumscripta-granulom 21

а. Состојба пред терапија

б. Во тек на периапикална терапија

в. По дефинитивна оптурација на каналот

Дискусија

Специфичната анатомотопографска конструкција на забните структури и нивниот функционален сооднос претставуваат една физиолошка целина која е постојан предизвик за анализирање.

Периапикалните процеси со својата бројност во манифестацијата, презентирани во разни форми, нивната анатомска одреденост на апексот, функционалната поврзаност со околните ткива и др. претставуваат дилеми на тераписката одлука (2,3).

Честопати тие се дијагноза на рендген претрагата затоа што се асимптомни, за да имаат во други случаи бурна симптоматологија која треба да се смири за да се донесе евентуално одлука за конзервативен третман.

Тргувајќи токму од комплексноста на оваа патоза, а со цел истовремено да се потсетиме и на претходните превентивни можности за спречување на појавата на пародонтите, го презентираме овој наш клинички материјал.

Ненавременото превентивно и тераписко дејствување во фазата на кариозен процес со сите негови варијанти, во фазата на пулпити и гангренозно распаѓање ќе доведат и до крајната форма – периапикално заболување или загуба на забот со сите негови консеквенции.

Затоа приказот на нашите случаи за можностите на тераписко, конзервативно дејствување и во крајната, најнепожелна фаза на развојот на патолошкиот супстрат во периапикалното ткиво, треба да претставува доволен индикатор за тераписки обид.

Третманот инсистира на комплетна биомеханичка обработка на каналниот систем, на претходно добро и правилно поставена индикација, на која ќе уследи одредено медикаментозно лекување. Дилемата за тоа е присутна. Таа се состои како од изборот на средствата така и од одлуката до каде ќе биде аплицирано. Предност имаат секако биолошките средства (4,6).

Нивната апликација еднократно или двократно, како што е прикажано во нашиот материјал, дава успешно повлекување како на субјективната така и на

објективната симптоматологија. Само во еден случај, по двократна апликација на калксилова паста во периапикалниот процес не добивме позитивен резултат туку се наметна потребата од комбинирана конзервативно-хируршка терапија.

При лекувањето на пародонтитите треба да се дејствува врз патолошко променетите ткива. Инфекцијата се наоѓа во дентинскиот каналикуларен систем, во гангренозно распаднатата пулпа и во периапикалната регија. Затоа при терапија дејствуваме врз различни ткива:

- макроканален систем,
- микроканален систем,
- периапикално ткиво.

Конзервативното лекување ги има следниве задачи:

1. да се уништат или блокираат микроорганизмите и нивните токсини
2. да се отстранат, намалат или прекратат иритациите од гангренозно распаднатата пулпа,
3. да се стимулираат кон оздравување периодонталните ткива.

Заклучок

Можноста за конзервативна редукција на периапикалните лезии, како што покажува ова испитување, кое секако дека продолжува со обработка на нови случаи и контрола на веќе завршените, дава значајни изгледи за зачувување на забот.

Превентивното дејствување, пак, што беше и појдовна основа на овој труд, е уште поголем мотив за започнување на терапевската постапка во иницијалната фаза на болеста на забот.

Секако дека во склопот на овие два заклучока треба да се нагласи и посебната важност на соработката со пациентот по претходно правилно поставените индикации за терапија на забот.

PREVENTIVE ASPECTS OF PERIODONTAL DISEASES

Summary

According to degree of tooth structural disorders and disorders of periodontal tissues, with the aim to note the preventive possibilities in our conservative therapy this paper will review the specific anatomic-functional place of dental tissues and possibilities for treatment control.

It is emphasised that prevention in the developmental phases of pathological processes in the dental structure and dental pulp are the most frequent causes for periapical pathoses. We also present cases in which medicamentous therapy was applied as the ultimate trial for prevention of the tooth being involved in the periapical pathological process.

Литература

1. А. Кодукова, П. Величкова, Б. Дачев, Пародонтити, Медицина и физкултура, 1977, 28
2. Kehoe Joseph: Decompression of a large periapical lesion: A short treatment course, J. of Endodontics, vol. 12, N. 7, 1986, 311-314
3. Walker L. Davis S.: treatment of large periapical lesions using cannulization Through the Involved Teeth, J. of Endodontics, vol. 10, N. 5, 1984, 215
4. Kettering J. Torabine M. Concentrations of Immunoglobulin E in Patients with Chronic Periapical Lesion, J. Of Endodontics, vol. 12, N. 7, 1986, 306-308
5. Pecchioni A. Aufbereitung und Präparation des apikalen Kanaldrittes Die Quintessenz, 1982, 5, 953-961
6. Von H. Krischner, Michel G. Mikromorphologische Untersuchungen der Nerveregeneration im heilenden Desmodont bei Java-Makaken (Cynomologus) DSCH. zahnärztl. Z. 37, 929-936 (1982)

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

ТРЕТИРАЊЕ СО ЕСТЕТСКИ ОРТОДОНТСКИ АПАРАТ КАЈ ПРЕДВРЕМЕНИТЕ ЕКСТРАКЦИИ ОД ТРАУМА

Павлов Д.

Прикажано е третирањето со естетски ортодонтски апарат во пределот на фронтот кај предвремените екстракции од траума. Апаратот како што го прикажуваме претставува модификација и една новина од овој аспект. Тоа го покажуваат нашите резултати. Сметаме дека во овој случај претставува избор на третманот на овој вид створена дентофацијална аномалија.

Појавата на рано губење на некој од постојаните заби во пределот на фронтот е честа појава. Притоа, соседните заби имаат тенденција да се поместуваат или инклинираат во новостворениот простор. При неблагоприятно интервенирање доаѓа до нарушување на рамнотежата на тој дел, изразена со намалување на тремата појавата на дијастеми помеѓу преостанатите заби и несовапаѓање на средината на забната низа.

Дентофацијалните неправилности предизвикани од траума секојдневно се во пораст. По сознанијата на Поповић-Церибашић Љ. (1978) од 2% се наголемиле на 4,5%, и најмногу страдаат максиларните централни инцизиви до 75%. Затворањето или отворањето на просторот кај формираната хиподонција е дијагностичка одлука. Angle (1907) смета дека недостатокот на латерален инцизив го нарушува изгледот на лицето како последица на „намалена димензија на денталниот лак“ а Strang, смета дека при недостаток на максиларен инцизив, најповолен метод за решавање на проблемот е да се создаде простор за поставување вештачки заб.

Кај создадената посттравматска дентофацијална аномалија протетичарот не е во можност да изработи идеална протетичка изработка без претходно ортодонтско третирање.

Материјал и метод

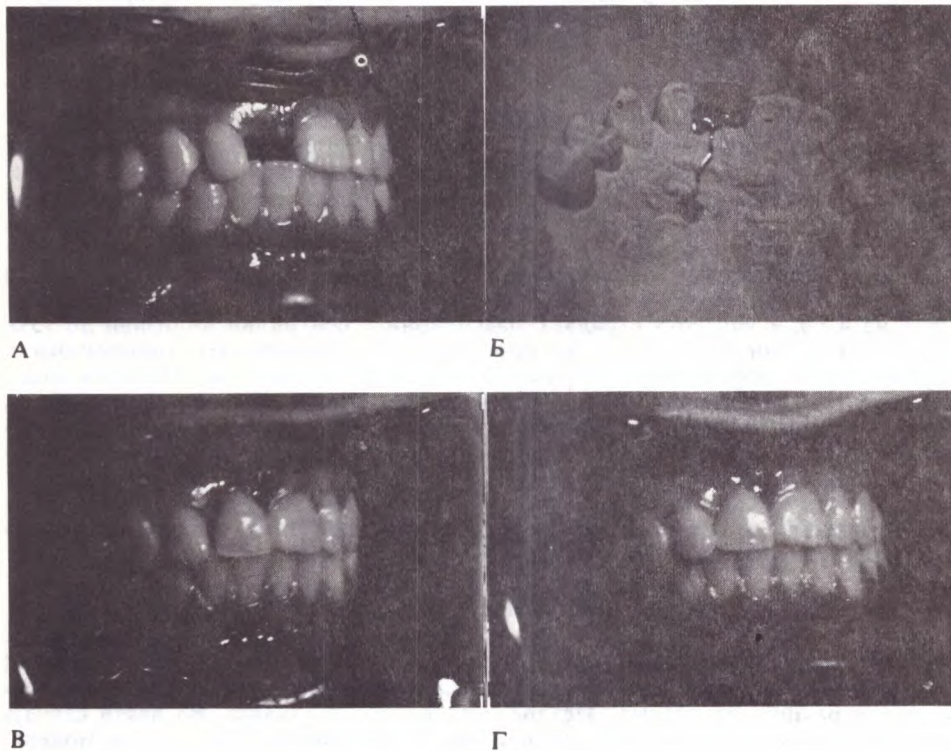
На одделението за ортопедија на вилицы и заби во Пол. „Чаир“ – Скопје се третирани два случаја со дентофацијална аномалија која е настаната од предвремена екстракција од траума. Застапеноста по пол е еднаква. Во двата случаја недостасуваа максиларен централен инцизив. Направени се студиски модели, извршена е метриска анализа, поставена е дијагноза и направени се фотографии пред терапија во меѓуфаза и во завршна фаза.

Естетскиот ортодонтски апарат претставува микропарцијална протеза која го надоместува изгубениот заб. Наедно претставува и активен ортодонтски апарат. Кај овие дентофацијални аномалии имаме неправилности во мезиодистална насока. Нашето дејствување мора да биде по истиот редослед само обрна-

то, така што поместените заби да се вратат во првобитната положба. Употребени се „полупадел“ пружини. Пружината е составена од три дела: хоризонтален, вертикален и ретенционен дел. Земено во целина оваа пружина е доста минијатурна. Хоризонталниот дел лежи на забот што сакаме да го поместиме во долната третина на апроксималната страна. Должината на хоризонталниот дел не смее да биде подолга од 2/3 од дебелината на апроксималната страна. Третината, спрема лабијалната е слободна за да се адаптира надоместениот акрилатен заб. Вертикалниот дел лежи паралелно во правецот на дејствувањето на силата на пружината. Тој дел може да се развлекува а со тоа се активира хоризонталниот дел. Ретенциониот дел служи за фиксирање на пружината. Целиот овој комплекс на протеза-апарат нема жичани елементи за фиксација, се користи конфигурацијата на соседните заби. Активниот жичан елемент „полупаделот“ на апаратот е невидлив за околината. Сите горе наведени моменти апаратот го прават да биде естетски ортодонтски апарат.

Резултати

Користејќи го овој апарат нашите резултати беа успешни, и ги прикажуваме преку третираните два случаја.

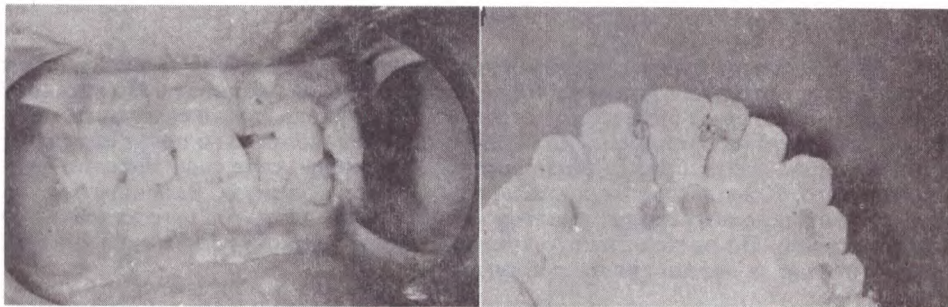


Слика 1

- А. Состојба пред терапија
 Б. Монтажа на полупаделот и акрилатниот заб
 В. Меѓуфазна појава на дијастема помеѓу акрилатниот заб и латералниот инцизив
 Г. Држач на простор, употребен истиот апарат, а акрилатниот заб проширен со изопаст

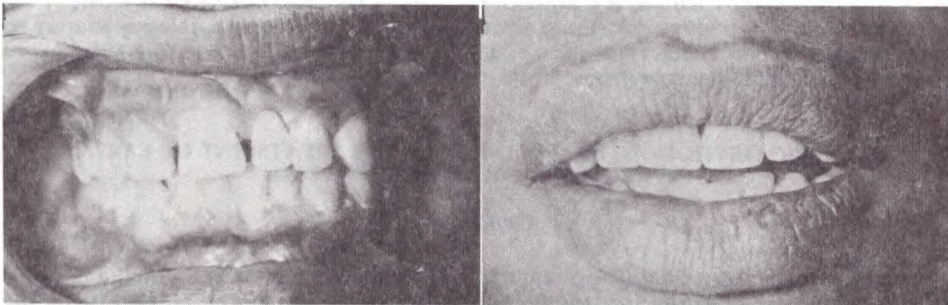
1. случај К.В. на 17-годишна возраст, бр. на историја 164. Dg. Трема во горниот фронт, посттрауматска екстракција на максиларниот централен инцизив. Тремата е намалена од 8,4 мм на 7,4 мм. Максиларниот десен латерален инцизив, поместен во мезијално и е формирана дијастема помеѓу максиларниот канинус и латералниот максиларен десен инцизив. Лево и десно I кл. по Англе, оверџет 2,5 мм, лице широко, прогноза добра. Th. естетски ортодонтски апарат, употребен е како ретенционен апарат, т.е. како држач на простор, резултат добар. Анамнестички податок: пред две години од удар го изгубила максиларниот десен централен инцизив.

За неполни два месеца пациентката беше санирана. Со мала адаптација истиот апарат е употребен како држач на простор. Акрилатниот заб е проширен од дисталната страна со изопаст а активниот елемент отстранет.



А

Б



В

Г

Слика 2

А. Состојба пред терапија

Б. Монтажа на два полупадела и акрилатен заб

В. Меѓуфаза, затворање на дијастемите помеѓу горниот десен централен и латерален инцизив а формирање дијастема помеѓу акрилатниот и десниот централен инцизив

Г. Формиран простор и држач на простор за горен лев инцизив.

2. случај Б.С. на 16-годишна возраст, бр. на ист. 365. Dg. Трема во горниот фронт, посттрауматска екстракција на максиларниот лев централен инцизив. Тремата намалена од 9,6 мм на 5,9 мм. Поместена е средината на забната низа, максиларниот десен централен и латерален инцизив се поместиле во лево и помеѓу нив има дијастеми. Долу има мандибуларна инцизална стеснетост. Лево и десно

I кл. по Angle, overjet 2,5 мм. Долните два први молара се деструирани од кариес, прогнозата релативно добра. Th. Во горната вилица ординиран е естетски ортодонтски апарат, за долната вилица е даден предлог за екс. радикс 6/6 и шварцов апарат со два штрафа за дистализација на 5,4,3|3,4,5 со бочен нагрizen гребен.

Анамнестички податок: на 10-годишна возраст паднал на работ од тротоарот и го изгубил максиларниот лев централен инцизив. На нашето одделение се лекуваше 4 месеци и сè уште е под терапија. По секоја контрола како ќе се формираше простор, т.е. дијастема помеѓу акрилатниот заб и горниот десен централен инцизив беше прошируван акрилатниот заб со изопаст. Дентофацијалната аномалија во горната вилица за неполни 4 месеци е санирана и е направен држач на простор. За дентофацијалната аномалија во долната вилица сè уште е под терапија.

Дискусија

Пациентите во пубертет се самокритични на својот изглед. Имаат изострен вкус и бараат ортодонтски апарат кој не е забележлив за околината. По можност и празниот простор да биде надоместен со заб. Овој апарат што се нуди ги задоволува барањата на нашите млади пациенти. Со задоволство го носат апаратот, воопшто не им смета, брзо го инкорпорираат, ги вршат сите свои животни функции со него. Комплексот на ниска вредност брзо исчезнува. За многу кратко време се формира потребниот простор на изгубениот заб затоа што апаратот се носи постојано. По ортодонтското третирање и ретенционото време се упатува кај протетичар за дефинитивно згрижување.

Заклучок

Со самото аплицирање на естетскиот ортодонтски апарат пациентот го рехабилитира својот изглед и е задоволен самиот со себе. Естетскиот момент кај оваа категорија пациенти е на прво место. Брзото навикнување на овој апарат го продолжува неговото дејствување на 24 ч на ден и успехот е многу брз. За кратко време се воспоставува нарушената рамнотежа во фронтот.

ESTHETIC ORTHODONTIC APPLIANCE IN THE TREATMENT OF EARLY EXTRACTIONS FOLLOWING TRAUMA

Summary

The esthetic orthodontic appliance is a combinatory one. It is, in fact, a microprosthesis which replaces the lost tooth. This orthodontic active appliance widens the reduced space.

Литература

1. Angle, E.H. Treatment of malocclusion of the teeth. 7. th Edison S.s. Wite Dental Manufacturing Co, Philadelphia 1907.
2. Бојациев Т. Максиларен канин и хиподонција на латерален максиларен инцизив: Естетика и оклузија. Зборник на трудови, Битола, 1985 (16-22)
3. Марковић М. Биолошка природа ортодонције, 1976, Београд.
5. Поповић-Церибашић Љ. Ортодонтске неправилности као последица трауме. Зборник на трудови, III конгрес ОЈ, Охрид (135-139)
6. Strang R.H.W. Textbook of Orthodontic. 2 nd Edition. Lea and Fabiger. Philadelphia.

СТОМАТОЛОШКА ТЕХНОЛОГИЈА

Неметали и метали

Е. Мирчев

„Просветно дело“ – Скопје, 1987

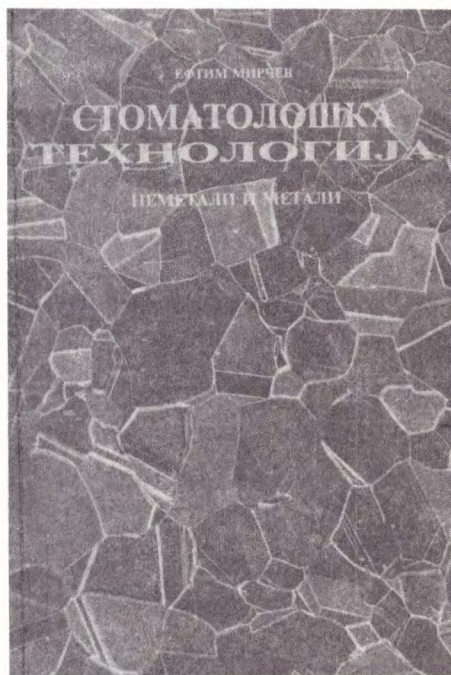
Имам особено задоволство на читателите на МСП да им го претставам учебникот на проф. д-р Ефтим Мирчев, „Стоматолошка технологија. Неметали и метали“, што излезе од печат во јуни 1987 г., во едиција на „Просветно дело“ од Скопје. Учебникот претставува разработен материјал од скриптата „Стоматопротетички материјали“ што студентите по стоматологија, лекарите стоматолози, магистрите и специјалистите по стоматолошка протетика ќе можат да го користат како водич во проучувањето на оваа дисциплина и непреценлив извор на нови, систематизирани научни знаења. Учебникот, како помошно училишно помагало можат да го користат и учениците од медицинските училишта, особено смеровите за стоматолошки сестри и заботехнички лаборанти.

Учебникот се состои од 3 дела.

Во првиот дел, неметални, обработени се помошните стоматолошки материјали – неметалите, што се употребуваат како меѓуфаза при изработката на дефинитивните надоместоци. Обработен е гипсот како материјал, неговите физички и хемиски својства, добивањето, видовите гипсови и нивната подготовка и употреба во стоматолошката протетика. Кон тоа, опишана е и апаратурата за подготовка на гипсот во заботехничката лабораторија.

За масите за вложување, леење и лемење, како помошни материјали во кои се вложуваат восочните модели за изработка на калап, за излевање на дефинитивните метални конструкции, опишано е значењето на секоја нивна компонента, експанзијата и видовите експанзија што ја овозможуваат компензацијата на контракцијата на легурите и условите што треба да ги исполнува една таква маса.

Понатаму, авторот се осврнува на материјалите за моделирање, како на конфекциските, од пластика и восок, така и на разни стоматолошки восоци за моделирање и добивање модели за предвидените фиксни и мобилни конструкции. Обработени се цинкфосфатните, поликарбоксилатните и други цемента што служат за привремени полнења, за подлоги под разни видови



полнења, цементирање на коронки и мостови.

Меѓу разните видови отпечаточни маси, поделени според состојбата во која се наоѓаат, особено значење и место им е дадено на современите отпечаточни маси – еластичните маси – хидроколоидите (реверзибилни и иреверзибилни) и на еластомерите полусулфиди, силикони и полиетри, како и на нивните својства, состав и начин на работа со нив. Тука авторот ги разработува и материјалните за изолирање, обработка, стружење, дупчење и полирање, нивните состави, видови и примена.

Основните стоматолошки материјали – неметали, од кои се изработуваат дефинитивните протетички конструкции се претставени преку акрилатите. Нагласена е нивната основна примена како основен градивен материјал и во фиксната и во мобилната стоматолошка протетика, но и во другите стоматолошки гранки, како во ортодонцијата, максилофацијалната хирургија и во медицината.

Во првиот дел од учебникот се обработени и минералите, или керамичките маси, составот на фелспатните порцелански маси,

а и алуминиумпорцеланите и нивната употреба. Од важност е да напоменеме, дека авторот за прв пат во учебничарската литература од југословенските јазични подрачја ги опфаќа и минералните маси и металке рамиката, кои треба да имаат усогласен коефициент на ширење, како и легурите за металкерамичките конструкции.

Вториот дел од учебникот на проф. Мирчев е посветен на металите и легурите, односно металургијата. Тука се запознаваме со внатрешната градба на металите, нивната кристална структура и металографија. Изнесени се физичките, хемиските и технолошките својства на металите и елементите што се користат како компоненти на денталните легури, благородни и неблагородни. Поголема важност им е дадена на легурите, со особен акцент на градбата, физичките, а особено механичките својства.

Авторот се осврнува и на последиците од неправилната механичка и термичка обработка, како, расипување на легурата преку нарушување на нејзината внатрешна структура.

Денталните легури за протетичка примена се поделени во легури за фиксно-протетички и мобилно-протетички конструкции. Потоа, авторот се осврнува на златните, сребрено-паладиумските легури, кобалт,

хром, молибденските легури, давајќи за сите информации за составот и упатства за примена, начин на топењето, хомогенизација и облагородување. Во истиот дел, прикажани се разни избори на топлина и современи апарати за топење – ротакс центрифуги и вакум компресиони апарати, кои што, покрај другите елементи, треба да овозможат добивање квалитетна и прецизна одливка, без порозност на оксиди. Во продолжение, опишани се и средствата за дезоксидација.

Во третиот дел на учебникот исцрпно се обработени материјалите за времено и дефицитивно полнење на квалитети: цементите, амалгамите и композитите. Тоа всушност претставува и проширување и дополнување на материјалот претходно обработен во скриптата. Така, учебникот на проф. Мирчев ќе им помогне на студентите по стоматологија да ги надополнат знаењата во подготовката на испитите по детска и превентивна стоматологија и дентална патологија и терапија.

И на крај, да заклучам, учебникот на проф. Мирчев претставува една комплетна тематска целина, богато илустрирана, стручно и научно обработена.

проф. д-р Марко Филијански

XVII СТОМАТОЛОШКА НЕДЕЛА НА СР СРБИЈА

ЛЕСКОВАЦ, 24 до 26 септември 1987

Во втората половина на месец септември, односно од 24 до 26.IX 1987 година во Лесковац се одржа традиционалната Стоматолошка недела на СР Србија, XVII по ред во организација на Српското лекарско друштво, Стоматолошката секција при СЛД и Стоматолошкиот актив од Лесковац. Покровител на Стоматолошката недела беше Собранието на општина Лесковац.

Мотото на неделата беше преземено од Светската здравствена организација „Здравје за сите до 2000-та година“ и „Здравјето е најголемото богатство на народот“ – Вук Стефановиќ- Караџиќ 1787-1964 год. по повод два века од неговото раѓање.

Во убавите есенски денови во Лесковац се собраа голем број стоматолози од сите краеве на нашата земја, а највеќе, се разбира, од Социјалистичка Република Србија. Беа присутни гости и од странство.

Свеченото отворање беше во салата на Спортско-рекреативниот центар „Здравје“. Овде беше презентирани и главната тема на неделата „Состојба и развој на стоматолошката здравствена заштита до 2000-та година во Србија“. Во рефератот беше изнесено состојбата во здравствената заштита по региони и што се планира понатаму. Доминантно место заземаше преземените мерки за флуоризација на водата, регионалното снабдување со вода и регионалната флуоризација (централно) за тој регион, што ќе овозможи и економичност во работата. Флуоризацијата на водата треба да обезбеди планска редукција на забниот кариес.

Стручната активност на специјалистичките секции беше организирана посебно преку изнесување на пленарни теми, што беше новина, и во склоп на таа тема изнесени и одреден број теми што ја разработуваа или дополнуваа тематиката од пленарната тема.

Насловот на пленарните теми беше:

- Здравствено-воспитна работа во детската стоматологија со 18 дополнителни теми,
- лекување на малоклузиите по метод екстракција на заби со 17 теми,
- згрижување на тешки форми на заболување на пародонциумот со 5 теми,
- современ пристап во превенцијата и терапијата на заболувањата на пулпата и пародонциумот со 17 дополнителни реферати,
- имплантологија во стоматолошката практика со 9 реферати,
- повреди во максилофацијалната регија со 11 дополнителни теми,
- оклузија во стоматолошката протетика со 14 дополнителни теми.

Слободните теми, околу 250 во две сеанси беа презентирани преку постер.

Преку изнесувањето на пленарните теми и придружните теми беа прикажани сознанијата и достигнувањата во стоматолошките дисциплини.

Слободното време беше исполнето со разни контакти и средби на колегите од разни краеве од земјата и во дегустирање на познатите лесковачки специјалитети на скара и власотинечките вина.

Пријатната атмосфера донекаде ја нарушуваше неможноста на организаторот сите гости да ги смести на едно место или барем во градот Лесковац, туку за тоа беа користени и угостителските објекти во околните места, како Бољевац, Владичин Хан, Власотинце, Предејане и др.. некои беа оддалечени и преку 20 километри, а одржувањето на свечената вечера во мотелот во Предејане беше оддалечено 30 км од Лесковац. Од овде произлегува дека организирањето на ваквите масовни собири во иднина треба да биде во градовите кои нудат сместување на гостите и одржување на предавањата на едно место, како би могло да се следат сите настани за тие денови.

Е. Мирчев

**СТРУЧЕН СОБИР НА СЕКЦИЈАТА ПО СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА
КРИВА ПАЛАНКА, 16 октомври 1987**

На 16 октомври 1987 г. во Крива Паланка, во манастирот Св. Јован Осоговски, Секцијата за стоматолошка протетика при СЗЛМ одржа стручен собир на протетичарите од Македонија. На собирот присуствуваа 100 учесници.

Собирот работеше во две сесии: главни и слободни теми. Во главните теми, на учесниците им беа презентирани современите трендови во функционалното отпечатување и некои фактори што влијаат врз цврстината на мостовските конструкции, а во слободните теми беше направен осврт врз реактивирањето на кукичките кај парцијалните скелетирани протези и врз забите од естетско-психолошки аспект.

Не можеме а да не ја одбележиме и добрата организација и срдечноста на домаќините и спонзорите на собирот.

И. Богдановски

**СТРУЧЕН СОБИР НА СЕКЦИЈАТА ЗА СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА
20 и 21 мај 1988, Маврово**

*На 20 и 21 мај 1988 година, во хотелот „Радика“ во Леуново, Секцијата за стоматолошка протетика при СЗЛМ ќе одржи тематски стручен собир.
Глвни теми*

- **ОПРЕДЕЛУВАЊЕ НА ВИСИНАТА НА ЗАГРИЗОТ И ЦЕНТРАЛНАТА ОКУЛЗИЈА**
- **ПОДГОТВУВАЊЕ ЗА ИЗЛЕВАЊЕ МЕТАЛНИ КОНСТРУКЦИИ И МАСИ ЗА ВЛОЖУВАЊЕ**

Организаторот поканува учество со кореферати на овие теми.

Секција за стоматолошка протетика

9. КОНГРЕС НА ЗДРУЖЕНИЕТО НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД ЈУГОСЛАВИЈА

Љубљана, 22 до 24 септември '88

- IX-от КОНГРЕС НА ЗДРУЖЕНИЕТО НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД ЈУГОСЛАВИЈА ќе се одржи во Љубљана, од 22 до 24 септември 1988 г.
- Паралелно, ќе се одржи и II-от конгрес на педонтолозите од Југославија.
- Конгресот ќе се одвива во Цанкаревиот дом во Љубљана.
- За сите информации, контактирајте на адреса:
УСЈ секретаријат, 61000 ЉУБЉАНА
ул. Коменсекга бр. 4

1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050