

Едиторијал	117
детска и превентивна стоматологија	
Застапеност на забниот кариес во зависност од крвните групи од АБО системот. Сотировска А, Нечева Љ, Мирчева М, Сотировски С, Дејанов И, Бајрактарова Б	118
Реминерализирачки потенцијал на плунката и денгален морбидитет. Бекировиќ М, Царчев М, Солева В, Босилкова Г, Крстевска М	123
Анкета - примена на превентивно залавање на фисурите во Р. Македонија. Бајрактарова Б, Делишакова-Солева В, Сотировска А	127
ортодонција	
Ортодонтски пристап во третманот на малоклузиите. Бојациев Т, Даскалова Б, Василева Б	131
Ретки случаи на клеидокранијален синдром со хипо-хиперодонција. Кануркова Л, Поп Стефанова-Трпоска М	138
дентална патологија и терапија	
Примена на орални дезинфициенси во редуцијата на микроорганизмите во аеросолните капки и партикли добиени во тек на стоматолошкиот третман. Тофовиќ Д, Паповски Н, Матовска Љ	141
Феникс апсцес - предизвик за едносеансна терапија. Неделковска М, Матовска Љ	147
орална патологија и пародонтологија	
Епидемиолошки и тераписки аспекти на улцеронекрозниот гингивит: наш материјал. Накова М, Поповска М, Георгиева С	153
Латералниот мукопериостален pedicle автокалем во третманот на изолираната гингивална рецесија. Симоновски М, Атанасова Е	158
Фреквенцијата на ХЛА-антигените од А и Б локусите кај болни од пародонтопатија. Димитровски В, Колевски П, Поповска М	162
Отсуство на контактната точка како фаворизирачки фактор во прогресијата на пародонгалната болест. Перковска М, Белазелковска З	167
Тераписки полиефекти од примената на периосталната сепарација при корекција на неадекватно прикрепената гингива. Ставрева А, Симоновски М	171
орална хирургија	
Критериуми, услови и фактори потребни за успех на денталните имплантати. Јанев Ј	178
стоматолошка протетика	
Конструктивни подобрувања на мостовската конструкција. Бајевска Ј, Мирчев Е, Данев Д, Косевски М	183
Прилог кон анализата на едноделно леаните надградби кај непаралелни коренски канали. Ковачевска Г, Шабанов Е, Петкова Е	189
Естетска и функционална корекција на отворен гриз. Даштевски Б, Даштевски ББ	193
Електромиографски аспекти на интероклузалното растојание. Гугучевски Љ, Алабаковски М, Јамакоски О, Ванковски В, Гиговски Н	199
Критички осврт на методите на регистрација на оклузалните сили. Кафтанијева С, Велески Д, Богдановски С, Милошевски Б, Панчевски Г	204
Процена и одредување на нивото на протетичката рамнина во интералвеоларниот простор. Алабаковски М, Гугучевски Љ, Јамакоски О, Велески Д, Горчулоска Н	208
Протетичка рехабилитација на пациенти со Progenia vera. Бундевска Ј, Капушевска Б, Алабаковски М	212
Аспекти на протетичката рехабилитација кај принудни прогени загризи. Алабаковски М, Велески Д, Бундевска Ј, Еленчевски С	215

Во овој број на Македонски стоматолошки преглед се уредени трудовите презентирани на VII-от собир на стоматолозите од Македонија,

Дојран, 20 - 22 мај 1993 година

Македонски стоматолошки преглед е официјален орган на Стоматолошкиот факултет и Стоматолошката секција

Главен и одговорен уредник - МИРЧЕВ Ефтим

Помошник на главниот уредник - НАКОВА Марија

Секретар - ТРАЈКОВСКА Лидија

Адреса - Македонски стоматолошки преглед, Водњанска 17, 91000 Скопје, тел. 115 - 647

Жиро-сметка - 40100-607-1809, РЗ Стоматолошки факултет, за Македонски стоматолошки преглед

Редакциски одбор

ЗУЖЕЛОВА Марија, ЈАНЕВ Јордан, ЛАЗАРЕВСКИ Слободан, МАТОВСКА Љупка, МИРЧЕВ Ефтим,
МИРЧЕВА Мила, НАКОВА Марија, ФИЛЈАНСКИ Марко, ШАБАНОВ Ерол

Издавачки совет

БОГДАНОВСКИ Игнат, претседател, АТАНАСОВСКИ Зоран, БОЈАЦИЕВ Тодор, ВАСКОВ Илија,
ВЕЛЕСКИ Драги, ГЕОРГИЕВСКИ Симеон, ДАСКАЛОВСКИ Кирил, ДИМИТРОВСКИ Вангел, ИЉОВСКА Снежана,
ЛАЗАРЕВСКА Благородна, НЕЧЕВА Љубинка, МИТЕВ Александар, ОЦАКЛИЕВСКА Славјанка,
ПАНОВСКА Слободанка, ПЕТКОВА Елена, СИМОВ Ѓорѓи, СИМОНОВСКИ Методи,
СТЕВАНОВИЌ Мирослава, ТРАЈАНОВСКИ Миле, ТУЏАРОВ Томе

Лектор за македонски јазик - ПАВЉОВСКА Оливера

Преплата	(годишна)	Поединичен број	Странство
Индивидуална	850,00	450,00	30 ДМ
Студенти	550,00	250,00	20 ДМ
Установи	1500,00	650,00	50 ДМ

Списаниего е печатено со финансиско учество на Министерството за наука на Република Македонија

Печати НИПРО "Нова Македонија" - РЕ Печатница - Скопје, тираж - 1200 примероци

Makedonski Stomatološki Pregled is an official organ of the Macedonian Faculty of Dentistry and the Macedonian Dental Association - Skopje

Editor in chief - MIRČEV Eftim

Associate editor - NAKOVA Marija

Secretary - TRAJKOVSKA Lidija

Address - Makedonski stomatološki pregled, Vodnjanska 17, 91000 Skopje, tel. 115 - 647

Payment to account 40100-607-1809, RZ Stomatološki fakultet, za Makedonski stomatološki pregled

Editorial Board

ZUŽELOVA Marija, JANEV Jordan, LAZAREVSKI Slobodan, MATOVSKA Ljupka, MIRČEV Eftim,
MIRČEVA Mila, NAKOVA Marija, FILJANSKI Marko, ŠABANOV Erol

Editorial Council

BOGDANOVSKI Ignat, president, ATANASOVSKI Zoran, BOJADŽIEV Todor, VASKOV Ilija, VELESKI Dragi,
GEORGIEVSKI Simeon, DASKALOVSKI Kiril, DIMITROVSKI Vangel, ILJOVSKA Snežana, LAZAREVSKA Bлагородна,
NEČEVA Ljubinka, MITEV Aleksandar, ODŽAKLIEVSKA Slavjanka, PANOVSKA Slobodanka, PETKOVA Elena,
SIMOV Dordi, SIMONOVSKI Metodi, STEVANOVIĆ Miroslava, TRAJANOVSKI Mile, TUDŽAROV Tome

Macedonian language editor - PAVLOVSKA Olivera

Subscription rates	(annual)	Separate issue	Abroad
Individuals	850,00 den	450,00 den	30 DM
Students	550,00 den	250,00 den	20 DM
Institutions	1500,00 den	650,00 den	50 DM

editorial	117
pedodontics and preventive dentistry	
Incidence of dental caries in correlation of ABO blood groups system. <i>Sotirovska A., Nečeva Lj., Mirčeva M., Sotirovski S., Dejanov I., Bajraktarova B.</i>	118
Remineralization potential of saliva and dental morbidity. <i>Bećirović M., Carčev M., Soleva V., Bosilkova G., Krstevska M.</i>	123
A questionnaire: use of preventive fissure sealing in R. Macedonia. <i>Bajraktarova B., Delidžakova-Soleva V., Sotirovska A.</i>	127
orthodontics	
Orthodontic approach to the malocclusion treatment. <i>Bojadžiev T., Daskalova B., Vasileva B.</i>	131
Rare cases of dysosthosis cleidocranialis with hypo-hyperodontia. <i>Kanurkova L., Pop Stefanova-Trposka M.</i>	138
cariology and endodontics	
Oral antiseptics reduce microorganisms in aerosols produced during dental treatment. <i>Tofović D., Panovski N., Matovska Lj.</i>	141
Phoenix abscess: a challenge for one appointment therapy. <i>Nedelkovska M., Matovska Lj.</i>	147
oral pathology and periodontology	
Epidemiological and therapy aspects of ulceronecrotizing gingivitis: case material. <i>Nakova M., Popovska M., Georgieva S.</i>	153
Lateral mucoperiosteal pedicle graft in the treatment of localized gingival recession. <i>Simonovski M., Atanasova E.</i>	158
Frequency of HLA-antigens from the loci A and B in patients suffering from periodontal diseases. <i>Dimitrovski V., Popovska M., Kolevski P.</i>	162
Absence of contact point and its participation in the progression of periodontal diseases. <i>Perkovska M., Belazelkoska Z.</i>	167
Therapeutic multiple effects from periosteal separation in the correction of poorly attached gingiva. <i>Stavreva A., Simonovski M.</i>	171
oral surgery	
Criteria, conditions and factors required for the success of dental implants. <i>Janev J.</i>	178
prosthodontics	
Construction improvements in bridgework fabrication. <i>Bajevska J., Mirčev E., Danev D., Čosevski M.</i>	183
Contribution to one piece cast cores in divergent root canals. <i>Kovačevska G., Šabanov E., Petkova E.</i>	189
Esthetic and functional correction of open bite. <i>Daševski B., Petkova E., Zuželova M., Daševski BB.</i>	193
Electromyographic aspect of interocclusal distance. <i>Gugučevski Lj., Alabakovski M., Janakoski O., Vankovski V.</i>	199
Review of the methods for occlusal forces registration. <i>Kaftandžieva S., Veleski D., Bogdanovski S., Miloševski B., Pančevski G.</i>	204
Evaluation and determination of the prosthetic plane level in the interalveolar space. <i>Alabakovski M., Gugučevski Lj., Janakoski O., Veleski D., Đorčuloska N.</i>	208
Prosthodontic rehabilitation in cases with Progenia vera. <i>Bundevska J., Kapuševska B., Alabakovski M.</i>	212
Prosthetic rehabilitation aspects of compulsory prognathic bite. <i>Alabakovski M., Veleski D., Bundevska J., Elenčevski S.</i>	215

Topics presented at VII Macedonian Dental Meeting are edited in this issue of Makedonski stomatološki pregled

Dojran, May 20-22, 1993

П о б е л е ш е б о О х р и д !

КОНГРЕСЕН ОДБОР	Претседател Богдановски Игнат
Потпретседател Матовска Љупка	Генерален секретар Шабанов Ерол
Благајник Дејаноски Крсте	Членови Бојадиев Тодор Јанев Јордан Мирчев Ефтим Мирчева Мила Накова Марија Стевановиќ Мирослава
Надворешни членови Деановски С. (Охрид) Илиевски Д. (Битола) Голобовски З. (Струга) Митев А. (Струмица)	

CONGRESS COMMITTEE	President Bogdanovski Ignat
Vice president Matovska Ljupka	Secretary general Sabanov Erol
Treasurer Dejanovski Krste	Members Bojadziev Todor Janev Jordan Mirchev Eftrim Mircheva Milla Nakova Marija Stevanovic Miroslava
Associate members Deanovski S. (Ohrid) Ilievski D. (Bitola) Golabovski Z. (Struga) Mitev A. (Strumica)	

РЕДАКЦИСКИ ОДБОР	Претседател Накова Марија
Членови Белазелкоска Златанка Велески Драгољуб Зужелова Марија	

EDITORIAL BOARD	President Nakova Marija
Members Belazelkoska Zlatanka Veleški Dragoljub Zuzelova Marija	

Од 22 -24 јуни, 1994 година, во Охрид, ЗДРУЖЕНИЕТО НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА го организира својот

I КОНГРЕС НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА

ПОД МОТОТО
-ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ ЗА ЗДРАВ ЖИВОТ-

ГЛАВНА ТЕМА ПРЕВЕНТИВНИ АСПЕКТИ НА ЗАБОЛУВАЊАТА НА ОРОФАЦИЈАЛНИОТ СИСТЕМ.

На Конгресот се поканети реномирани домашни и странски стручњаци од областа на стоматологијата да учествуваат во сесијата

ПЛЕНАРНИ ПРЕДАВАЊА

На Конгресот ги покануваме сите стоматолози од земјата и добредојдени се гости од странство.

Работниот дел на Конгресот ќе се одвива преку
УСМЕНИ СООПШТЕНИЈА
ПОСТЕР ПРЕЗЕНТАЦИИ

Конгресни информации

Работата на I-от конгрес на стоматолозите од Република Македонија ќе се одвива во конгресната сала на хотелот Белви во Охрид.

Ви истиот термин ќе се одржи и Конгрес на студентите по стоматологија.

Времето за усмени соопштенија е ограничено на 10 минути.

На референтите им се става на располагање поединечна или двојна проекција на дијапозитиви со димензија 50/50 мм.

Постерите ќе бидат изложени во просторите на хотелот. Постерите треба да бидат изработени во димензии 100/80 см.

♦ Вашето учество на Конгресот Ве молиме да го пријавите на адресата на КОНГРЕСНИОТ ОДБОР најдоцна до 15 април 1994 година.

♦ Апстрактот од Вашето соопштение/постер презентација (до 200 збора) Ве молиме да го доставите најдоцна до 1 мај 1994 година.

Редакцискиот одбор го задржува правото да одлучи за начинот на презентирање на Вашето соопштение (усмено/постер), за што навремено ќе Ве известиме. За учесниците на Конгресот, во хотелот Белви ќе биде организирана изложба на стоматолошка опрема, инструменти и материјали.

За сите дополнителни информации Ве молиме контактирајте со организаторот

I КОНГРЕС НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА

КОНГРЕСЕН ОДБОР
ул. Водњанска бр. 17
91000 СКОПЈЕ
• тел.: (091) 23-23-76

Во овој, и во следниот, број на Македонски стоматолошки преглед се уредени презентациите од VII-от собир на стоматолозите на Македонија, што се одржа во Дојран од 20 до 22 мај 1993 година. Стручната програма на Собирот се одвиваше преку две главни теми, и тоа, **НАЈНОВИ СТРУЧНО-НАУЧНИ СОЗНАНИЈА ОД ОБЛАСТА НА СИТЕ СТОМАТОЛОШКИ ДИСЦИПЛИНИ**, и втора, **ИСКУСТВА ЗА АПЛИКАТИВНОСТА НА СТОМАТОЛОШКИТЕ МАТЕРИЈАЛИ ОД НОВАТА ГЕНЕРАЦИЈА**.

Според Редакцискиот одбор на МСП и според организаторот на Собирот, со печатењето на соопштенијата, како една од основните задачи на организаторот, се обезбедува размена на најновите, современи информации од областа на стоматолошката наука и практика. Но, што се однесува до брзото објавување на тие информации, Редакцијата имаше тешкотии да ги прибере статиите за публикување, бидејќи голем дел од авторите не се придржуваа на роковите, кој проблем, се надеваме, во иднина, ќе биде надминат.

Во овој број на МСП ги уредивме соопштенијата од првиот дел на работата на Собирот на тема "Презентација на најновите стручно-научни сознанија од областа на сите стоматолошки дисциплини". Влијанието на АБО системот врз застапеноста на кариозниот процес, реминерализирачкиот потенцијал на плунката, како и примената на превентивното залевање на фисурите се прикажани во одделот "Детска и превентивна стоматологија". Превентивниот придонес во стоматолошката практика е согледан и преку ортодонтскиот аспект, преку терапевтскиот приод и третманот на малоклузиите, а обработени се случаи и на хипо-хиперодонција кај клеидокранијалниот синдром. Посебно внимание е посветено на оралните дезинфициенси во редукцијата на микроорганизмите во работните средини и на можноста за едносеансен третман на феникс апсцесот.

Од областа на пародонтопатијата, проследени се епидемиолошките и терапевтските аспекти на улцеронекрозниот гингивитис, потоа, улогата на јатрогените фактори во етиопатогенезата на пародонталната болест и примената на хируршките методи во решавањето на мукогингивалните аберации; проследени се и имунолошките аспекти преку следење на ХЛА-антигените од А и Б локусите кај заболени од пародонтална болест.

Од областа на имплантологијата, разработени се критериумите, условите и факторите за успех на денталните имплантати.

Во делот од областа на стоматолошката протетика, посебно внимание е посветено на реконструктивната, естетската и функционалната корекција на отворениот и прогениот загриз и *Progenia vera*, потоа на конструктивното подобрување на мостовските конструкции и леаните коренски надградби кај непаралелни коренски канали. Прикажани се електромиографските аспекти на интероклузалното растојание, методите за регистрирање на оклузалните сили, како и одредувањето на протетичката рамнина во интералвеоларниот простор.

Проф. д-р Марија Накова, др сци
помошник главен уредник

Сотировска А.¹, Нечева Љ.¹, Мирчева М.¹, Сотировски С.², Дејанов И.³,
Бајрактарова Б.¹

ЗАСТАПЕНОСТ НА ЗАБНИОТ КАРИЕС ВО ЗАВИСНОСТ ОД КРВНИТЕ ГРУПИ ВО АБО СИСТЕМОТ

СТОМАТОЛОШКИ КЛИНИКИ - Скопје: ¹Клиника за детска и превентивна стоматологија;
²РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА - Скопје; МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ -
Скопје; ³Институт за трансфузиологија

Испитуван е забниот кариес во корелација со АБО крвниот систем кај 168 адолесценти поделени на три групи. Возраста на испитаниците е 18 години. Според КЕП (кариес, екстракција, пломба), испитаниците се поделени на 3 групи (I 0-1; II 4-6; III 8-19).

Просечниот КИП (кариес, индекс, просек) е 5,86 кој, спореден со крвните групи, ги дава следниве вредности: I-група - крвна група 0-0,30, крвна група А-0,58, крвна група Б-0,70, крвна група АВ-0,50; II група - крвна група 0-5,15, крвна група А-4,91, крвна група Б-4,77, крвна група АВ-4,33; III-група - крвна група 0-11,13, крвна група А-11,61, крвна група Б-13,36, крвна група АВ-13,80.

Корелацијата помеѓу крвните групи и појавата на кариесот покажува дека испитаниците со крвната група 0 се најотпорни на забен кариес. Според вредностите на КИП од сите три групи, најотпорни на кариес се испитаниците со крвната група 0 (КИП-5,02), потоа следат крвната група А (КИП-5,86), крвната група Б (КИП-6,56) и крвната група АВ (КИП-8,30), што се совпаѓа со резултатите од третата група. Единствено резултатите од нашата прва група се совпаѓаат со наодите на другите автори, кај кои најотпорни на кариес се лицата со крвна група 0, па следат крвните групи АВ, А и Б. Овие резултати се веројатно одраз на ниските вредности на КИП во испитуваната популација од овие автори, како и на различната возраст на испитаниците и друго.

Клучни зборови: забен кариес; КЕП; крвни групи; подложност на забен кариес

Во последните децении, извршени се проучувања на реакциите на клетчиното распознавање на "своето" и "туѓото", предиспозицијата кон разни заболувања, вклучувајќи го и забниот кариес.

Во Имунологијата на забниот кариес од Овруцкиј (5), изнесени се ред испитувања и наоди на автори кои докажале дека припадноста на крвната група е условена од отпорноста, односно од предиспозицијата кон некои заболувања, вклучувајќи го и кариесот на забите, што може да биде во врска со присуството на антимикробните антитела. Изнесени се резултати од испитувањата кои зборуваат дека јачината на имунитетниот одговор зависи од припадноста на крвната група.

Врската на кариесот на забите со генетските маркери на крвните групи, според Овруцкиј (5), прв ја има соопштено Suk во 1930, во книгата "Добри заби и крвни групи". Во неа авторот укажува дека кариесот на забите најмногу е застапен кај лицата со А и Б крвна група, а најмалку кај оние со крвната група О, кај кои нашол најмногу интактни заби. Според него, и Дедух, три децении подоцна, го потврдил наодот на Suk.

И Гликман, како што наведува Овруцкиј (5), смета дека лицата со А и Б крвна група се носители на гени кои обусловуваат предиспозиција кон кариес на забите.

Friedman et al (во 5) испитувале мостри на плунка кај 92 лица од африканско потекло и заклучиле дека меѓу генетските фактори на плунката и индивидуалната предиспозиција кон кариес на забите постои определена врска. Зелинскаја (во 5) проучувала и открила социјативна врска помеѓу генетските маркери на крвта, плунката и кариесот на забите.

Kitamura (во 5), определувајќи го титарот на саливарниот имуноглобулин А во плунката на голем број луѓе, установил дека лицата отпорни кон кариес имаат значително повисока концентрација на овој имуноглобулин, како показател на активноста на локалниот имунитет и е во врска со припадноста кон одделните крвни групи.

Овруцкиј и сор. (5), на 916 луѓе, ја испитувале улогата на групно специфичните фактори на крвта на АБО системот, како можни генетски маркери на кариесот на забите. Врз основа на резултатите од испитувањата, авторите утврдиле дека соодветниот ризик за развој на кариес на забите во зависност од фенотипската припадност на АБО системот изнесува: за крвната група 0 (I)-0,6, за крвната група А (II)-1,3, за крвната група Б (III)-2,8 и за крвната група АВ (IV)-0,83.

Наодите на повеќето автори за врската на крвогрупната припадност и кариесот на забите, како и за честотата на кариесот, посебно кај децата и младината, не поттикнуа да извршиме испитувања во оваа област и да се обидеме да ја докажеме соодветната врска помеѓу групнокрвната припадност и кариесот кај адолесценти на 18-годишна возраст, во нашето поднебје со специфични географски и климатски фактори, исхрана, начин на живеење и др.

Материјал и метод

Реализацијата на трудот е остварена преку 168 испитаници на 18-годишна возраст (84 од машки и 84 од женски пол). Испитаниците беа одредувани за време на дарувањето крв во средните училишта во 5 градови на Републиката (Скопје, Гостивар, Тетово, Прилеп и Кочани). Услов лицето да биде земено како испитаник беше да е здраво, што се гарантира со способноста да даде крв по преглед од лекар специјалист трансфузиолог, односно да биде исклучена секоја контраиндикација за давање крв предвидена во датотеката за забрани и контраиндикации, и да нема други заболувања во устата освен кариес, утврдено со преглед на стоматолог (референчикот). Стоматолошкиот преглед беше извршен непосредно пред давањето крв во просторијата предвидена за дарување крв, на дневно светло, со сонда и со огледалце.

Според КЕП, испитаниците беа поделени на три групи со по 56 испитаници (28 од машки и 28 од женски пол). Првата група ја сочинуваат испитаници со КЕП 0-1, втората со КЕП 4-6 и третата со КЕП 8-19.

По одредувањето на крвните групи 168-те испитаници беа поделени по крвни групи. На крвната група 0 припаднаа 54 испитаници или 32,14%, на крвната група А-74 испитаници или 44,04%, на крвната група Б-30 испитаници или 17,86% и на крвната група АВ-10 испитаници или 5,95%, што е во сооднос со процентуалната застапеност на крвните групи во Македонија (2, 3, 6).

Резултати и дискусија

Добиените резултати од извршените испитувања се прикажани во табеларните прикази.

Од табеларниот приказ 1 јасно може да се види дека, генерално, испитаниците со крвната група 0 имаат најмал просек на кариес, оние со крвната група А-5,86, со крвната група Б-6,56 и со крвната група АВ-8,30. Меѓутоа, тој сооднос внатре во групите е запазен само кај 3-та група, кај испитаниците кои имаат најмногу кариес (0-11,13, А-11,61, Б-13,36 и АВ-13,80).

Анализата на резултатите за просечниот КИП според половата припадност покажа дека вредностите на просечниот КИП кај машките се нешто повисоки и изнесува 5,93 во однос на девојчињата, чија вредност е 5,80 (таб. 2).

Поодамна се разработени теоретски претпоставки и проучувања за отпорноста на луѓето со различни крвни групи кон одделни заболувања. Испитувањата на патогенетските механизми на кариесот на забите, антигените системи на еритроцитите на човекот како фактор на генетската predisпозиција при кариес на забите, измените на некои показатели на имунитетот при кариес на забите, имунолошките механизми за заштита против кариес и др. се од понов датум и во почетна фаза. Повеќе автори, врз основа на добиените податоци за врската на кариесот на забите со крвната група, имаат соопштено резултати дека лицата носители на крвната група 0 се поотпорни на забен кариес во споредба со носителите на крвните групи А, Б и АВ.

Анализата на резултатите од нашите истражувања покажа дека во I-та група најотпорни на кариес се оние со крвна група 0-0,30, следува крвната група АВ со 0,50, крвната група А е со 0,58, а крвната група Б со 0,70. Во 2-та група редоследот е обратен. Најголема отпорност на кариес покажаа испитаниците од крвната група АВ-4,33, следат оние со крвната група Б-4,77, оние со крвната група А-4,91, а најмалку отпорни на кариес се покажаа испитаниците со крвната група 0-5,15.

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

ТАБЕЛА 1. ПРЕГЛЕД НА РЕЗУЛТАТИТЕ ЗА КИП ПО КРВНИ ГРУПИ

Група		Крвни групи			
		0	A	B	AB
I					
КЕП	N (испитаници)	20	24	10	2
0-1	КЕП број	6	14	7	1
	КИП	0,30	0,58	0,70	0,50
II					
КЕП	N (испитаници)	19	24	9	3
4-6	КЕП број	98	118	43	13
	КИП	5,15	4,91	4,77	4,33
III					
КЕП	N (испитаници)	15	26	11	5
8-19	КЕП број	167	302	147	69
	КИП	11,13	11,61	13,36	13,80
I, II, III					
	N (испитаници)	54	74	30	10
	КЕП број	271	434	197	83
	КЕП	5,02	5,86	6,56	8,30
0+A+B+AB					
I+II+III					
	N (испитаници)	168			
	КЕП број	985			
	КИП	5,86			

ТАБЕЛА 2. ПРЕГЛЕД НА РЕЗУЛТАТИТЕ ЗА КИП ПО КРВНИ ГРУПИ И ПОЛ

Крвна група	Машки			Женски		
	N (исп.)	КЕП бр.	КИП	N (исп.)	КЕП бр.	КИП
0	21	130	6,19	33	141	4,27
A	36	180	5,00	38	254	6,68
B	19	111	5,84	11	86	7,81
AB	8	77	9,62	2	6	3,00
0+A+B+AB	84	498	5,93	84	487	5,80
0+A+B+AB						
м+ж	168	985	5,86			

Редоследот во III-та група е нешто поинаков. Најотпорни на кариес се испитаниците со крвната група 0-11,13, потоа следи крвната група А-11,61, крвната група Б-13,36 и крвната група АБ-13,80.

Резултатите во однос на отпорноста по крвни групи според вредностите на КИП во III-та група се совпаѓаат со редоследот на вкупните вредности добиени од трите групи заедно.

Резултатите од I-та група се совпаѓаат со оние изнесени во Имунологијата на забниот кариес на Овручкиј et al (5) од страна на авторите Suk, Овручкиј, Дедух, Friedman и Зеленискаја, каде што во првата група со најнизок КИП, најголема отпорност на кариес имаат испитаниците со крвната група 0-0,30, оние со крвна група АБ-0,50, со крвната група А-0,58 и со крвната група Б-0,70 (таб. 1).

Споредбата помеѓу половите се совпаѓа со заедничкиот редослед на отпорноста спрема кариес, со исклучок кај крвната група 0 кај машкиот пол и АБ кај женскиот, КИП индексот кај испитаниците од крвната група АБ од машкиот пол е многу висок - 9,62, а кај женскиот пол многу низок - 3,00, што може да се должи и на релативниот мал број испитаници од оваа крвна група со, природно кај нас, најнизок процент на застапеност меѓу крвните групи.

Различните вредности на КИП индексот и крвните групи на АБО системот кај нашите испитаници и оние на другите автори за отпорноста или приемливоста на кариес, сметаме, се должи на фактот што цитираните автори не ја одредувале возраста на испитаниците, општата кариес фреквенција и просечниот кариес индекс на популацијата.

Нашите заклучоци се базираат на податоци од 168 испитаници на 18-годишна возраст со просечен КИП од 5,86, што според методот препорачан од WHO во 1978 година, претставува висок интензитет на кариес. Поради тоа, на мислење сме, дека редоследот на отпорноста на кариес, за сите три групи заедно, се совпаѓа само со оној на испитаниците од III-та група, додека наодите од литературата целосно се совпаѓаат само со резултатите од испитаниците од I-та група со најнизок индекс на кариес 0-1 (табела 1). Тоа ни дава за право да помислиме дека кај испитаниците од споменатите автори просечниот кариес индекс бил со пониски вредности. За веродостојноста на резултатите, секако, има влијание и бројот на испитаниците (посебно од крвната група АБ), кој во нашиов случај е релативно скромно, а кој, заедно со различните географски, еколошки и други фактори, возрастните групи, кариес фреквенцијата и просечниот кариес

индекс на популацијата, може да има влијание врз резултатите.

Добиените податоци за врската на кариесот на забите со крвната група можат да бидат искористени во медицинската стоматолошка практика за издвојување на групите под ризик, за кои е потребно најголемо внимание, посебно при разработката на профилактичките мерки во делот на диспанзерскиот метод на работа со населението.

Summary

DENTAL CARIES INCIDENCE IN CORRELATION TO ABO BLOOD GROUP SYSTEM

Sotirovska A., Nečeva Lj., Mirčeva M.,
Sotirovski S., Dejanov I., Bajraktarova B.

The incidence of dental caries in correlation of ABO blood group system in 168 adolescent patients divided in three groups have been examined. The age of the patients is 18 years. In relation to the number of teeth with caries, extraction, filling (DMF), the patients are divided in three groups (I 0-1, II 4-6, III 8-19).

The mean caries index (CMI) value is 5,86, according to the blood group, the following values are found:

I caries group: Blood group 0-0,30 blood group A-0,58, blood group B-0,70, blood group AB-0,50.

II caries group: Blood group 0-5,15, blood group A-4,91, blood group B-4,77, blood group AB-4,33

III caries group: Blood group 0-11,13 blood group A-11,61.

The correlation between blood group distribution and the incidence of dental caries indicates that persons with blood group 0 are most resistant to dental caries.

On the basis of the mean CMI value of all three groups, the most caries resistant persons are those with blood group 0 (CMI 5,02), then blood group A (CMI 5,86), blood group B (CMI 6,56), and blood group AB (CMI 8,30), which is in concordance with the results of the third group. Only the results of our first group are identical with other authors, who have the most caries resistant 0 blood group persons and then AB, and B blood groups persons, these findings are most probably result of the low CMI values in the populations investigated by these authors, the age difference of the patients and other relevant factors.

Key words: dental caries; dental caries, susceptibility; DMF-index; blood group

Литература

1. STITES D, STOBO J, WELLS V. Osnovna i klinička imunologija, Savremena administracija, Beograd, 1989.

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

2. BOŠKOVIĆ S. Transfuziologija, Svetlost, OOUR Izdavačka delatnost, Sarajevo, 1981.
3. BRANIMIR R, BORIS L, DAMIR G i sur. Hematologija i transfuziologija, Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1989.
4. ДРАННИК ГН. Генотипическите системи крви человека и болезни, Киев, Здравја, 1990.
5. ОБРУКЦИЈ ГД, МАРЧЕНКО АИ, ЗЕЛИНСКАЈА НА. Имунологија кариеса зубов, Киев, Здравја, 1991.
6. СТЕФАНОВСКА В, СТОЈЧЕВСКА Н, МИЛЕНКОВ В. Дистрибуција крвних група АВО система и Д антигена у СРМ. Билтен за хематологију и трансфузију 1978; 6/1-77.

Бекировиќ М., Царчев М., Солева В., Босилкова Г., Крстевска М.

РЕМИНЕРАЛИЗИРАЧКИ ПОТЕНЦИЈАЛ НА ПЛУНКАТА И ДЕНТАЛЕН МОРБИДИТЕТ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за детска и превентивна стоматологија

Кај 32 деца на возраст од 6 до 12 години од обата пола, одредувана е концентрацијата на Са и Р во земените примероци од мешовита, нестимулирана плунка.

Резултатите покажуваат дека кај нашите испитаници денталниот морбидитет корелира со концентрацијата на Са во плунката ($p < 0,001$). Тоа не наведува да го посочиме ниското ниво на Са во плунката за еден од локалните предиспонирачки фактори во етиопатогенезата на кариесот, преку отежнување на реминерализацијата.

Кај испитаниците не утврдиме зависност помеѓу застапеноста на кариесот и концентрацијата на саливарниот Р.

Клучни зборови: плунка; забен кариес; калциум; фосфор; микроелементи

Плунката е сложен секрет кој настанува со мешање на секретите од трите пара големи и многубројните жлезди, расфрлани по оралната слузокожа.

За одржување и нормална функција на цврстите забни ткива, посебно емајлот, одговорни се саливарните електролити, кои, во зависност од квантитативната застапеност, се делат на макроелектролити и микроелектролити. Макроелектролитите (Na, K, Ca, Mg, P, Cl, итн.) се присутни во висока концентрација, додека микроелектролитите (F, Fe, Cu итн.) се застапени во траги во саливарниот секрет.

Некои испитувања укажуваат (1, 2, 6) на постоење рамнотежа помеѓу електролитите во плунката и електролитите вградени во цврстите забни ткива, посебно во кристалите на хидроксилатапатитот. Од макроелементите како најважни за стабилноста на цврстата забна супстанција се истакнуваат Са и Р. Истите елемен-

ти претставуваат есенцијални компоненти на емајловите кристали.

Са и Р најчесто се застапени во јонска фракција и фракција врзана за саливарните протеини. Јонската фракција е биолошки поактивна и се смета дека директно реагира со површината на забот, ја потпомага реминерализацијата на емајлот, при што забот е отпорен на кариес.

Поаѓајќи од значајноста на саливарните електролити како локални предиспонирачки фактори за настанувањето на кариесот, си поставивме за цел да ја одредиме зависноста меѓу кариесот и саливарните Са и Р.

Материјал и метод

Испитувањата се направени кај 32 деца на возраст од 6 до 12 години од обата пола, со различна застапеност на кариесот.

Бидејќи се работеше за деца, каде што е присутна мешовита дентиција, беше одредуван степенот на распространетост на кариесот, како на трајните така и на млечните заби.

Примероците од плунка беа земани без стимулација, во посебни садови (флакончиња), добиени од Институтот за биохемија при Медицинскиот факултет во Скопје, до кој беа постојано препраќани.

Концентрацијата на Са беше одредувана со методот на Gibitz (3), кој се базира на комплексометриска титрација во присуство на калцеин како индикатор.

Концентрацијата на Р беше одредувана спектрофотометриски, со помош на спектрофотометар. За одредување на анорганскиот Р со депротенизација, беше користен методот на King(4).

За утврдување на меѓусебната зависност на испитуваните параметри беше спроведен тестот на значајност помеѓу разликите на до-

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

биените вредности. Наедно беше извршен и корелационен тест (Pirson).

Резултати

Резултатите од спроведените клинички и биохемиски испитувања и статистичката обработка на податоците се претставени во табеларните прикази 1 и 2.

ТАБЕЛА 1. КОНЦЕНТРАЦИЈА НА САЛИВАРНИОТ Са КАЈ ДЕЦА СО МЕШОВИТА ДЕНТИЦИЈА

Са/КИП	Трајни заби	Млечни заби
\bar{X} (mmol/l)	3,23	10,33
K	-0,58	-0,15
"t"	5,10	0,79
p	0,001***	0,48 ^o

^o - несигнификантна разлика

*** - многу високо сигнификантна разлика

ТАБЕЛА 2. КОНЦЕНТРАЦИЈА НА САЛИВАРНИОТ Р КАЈ ДЕЦА СО МЕШОВИТА ДЕНТИЦИЈА

Р/КИП	Трајни заби	Млечни заби
\bar{X} (mmol/l)	3,23	10,33
K	-0,14	-0,009
"t"	0,80	0,05
p	0,41 ^o	0,95 ^o

^o - несигнификантна разлика

Од приказаните резултати во табела 1 се забележува дека постои многу висок степен на негативна корелација ($k=0,58$; $p<0,001$) помеѓу кариесот на трајните заби и концентрацијата на Са⁺⁺ во мешовитата плунка кај децата. Наспроти ова, нискиот негативен корелационен коефициент ($k=0,15$; $p=0,48$) ја негира меѓусебната зависност на кариесот на млечните заби со нивото на саливарниот Са⁺⁺⁺.

Добиените резултати во табела 2 не покажуваат корелација меѓу денталниот морбидитет и саливарниот Р, како кај трајната ($k=0,14$; $p=0,41$) така и кај млечната дентиција ($k=0,009$; $p=0,95$).

Дискусија

Добиените резултати покажуваат дека кај децата со зголемена застапеност на кариесот, во плунката е утврдена промена на концентрацијата на Са⁺⁺, во смисла на опаѓање. Несигнификантната корелација помеѓу кариесот на млечните заби и Са⁺⁺⁺ во плунката ја сметаме како невалиден податок поради тоа што висината на кариес-индекс-просекот кај млечните заби се должи пред сè на големиот број екстрахираны заби, поради смената на дентицијата кај децата.

Испитувањата на концентрациите на саливарните електролити, посебно на Са и Р како фактори на реминерализација во однос на појавата и застапеноста на кариесот, вршени се од мал број автори. Директна зависност не е со сигурност утврдена, а постојат и контрадикторни резултати. Секако дека тие се должат на проблемите што се јавуваат при одредувањето на точната вредност на саливарните електролити. Со цел да се добијат попрецизни резултати, нашите испитувања се вршени во примероци од нестимулирана мешовита плунка, која се лачи преку најголем дел на денот и ги влажи сите структури многу подолго отколку стимулираната секреција, која физиолошки се лечи само при мастикација.

Irwin Mandel (5), врз основа на своите резултати, истакнува дека не постои зависност меѓу Са и Р во паротидната и субмандибуларната плунка и распространетоста на кариесот, додека Shanon (6) утврдил негативна зависност помеѓу кариесот и концентрацијата на Р во паротидната плунка.

Todorović (7) и Zenovski (8) во своите истражувања дошле до идентични резултати со нашите, дека концентрацијата на саливарниот Са е во зависност од степенот на распространетоста на кариесот, а концентрацијата на саливарниот Р нема влијание во појавата на кариесот.

Некоја директна зависност помеѓу кариесот и саливарните електролити Са и Р не може со сигурност да се потврди, но ни да се отфрли, бидејќи се потребни поопсежни и попрецизни истражувања.

Врз основа на добиените резултати од спроведените испитувања ја истакнуваме значајноста на саливарниот Са како реминерализирачки фактор и сугерираме преземање по-

суптилни испитувања на расветлување на ре-минерализирачкиот феномен кај децата.

Summary

REMINERALIZATION POTENTIAL OF SALIVA AND DENTAL MORBIDITY

Bećirović M., Carčev M., Soleva V., Bosilkova G., Krstevska M.

The concentration of Ca and P in unstimulated, mixed saliva was examined in 32 male and female children from 6-12 years old.

The results show negative correlation between dental morbidity and Ca concentration in saliva. This is the reason why decreased Ca concentration in the saliva may be observed as one of the local favouring factors in caries aetiology, by inhibiting the remineralization.

The correlation between caries prevalence and P concentration in the saliva was not confirmed in our investigation.

Key word: saliva; calcium; phosphorus; dental caries; trace elements

Литература

1. ANDIĆ J. Sekretija pljuvačke. Osnovi oralne fiziologije i biohemije. Naučna knjiga, Beograd, 1990, 32-44.
2. ANDŽIĆ J. Homeostatski mehanizmi oralne sredine. Osnovi oralne fiziologije i biohemije. Naučna knjiga, Beograd, 1990, 316-25.
3. GIBITZ HJ. Calcium. Clin Chem Acta 1967; 10: 238-44.
4. KING RJ. Mikroanaliza u medicinskoj biohemiji. Zagreb, 1953.
5. MANDEL I. Relatio of saliva and plaque to caries. J Dent Res 1974; 53: 246-66.
6. SHANON IL. Parotid fluid flow rate, parotid fluid and serum inorganic phosphate concentrations as related to dental caries status in man. J Dent Res 1964; 43: 1029-38.
7. TODOROVIĆ T. Koncentracija Ca, Mg i P pljuvačke u pacijenata sa različitim stepenom rasprostranjenosti karijesa. Stom Gl Srb 1991; 5:343-80.
8. ZENOVSKI VP. Mixed salivary Ca and P, the rate of saliva excretion and caries resistance of teeth during of the mineralization period in children. Stomatologija, Moskva, 1983; 62-4.

Хелиоматеријали

Heliomolar radiopaque

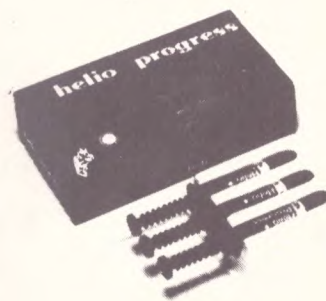
еднокомпонентен материјал за забни
полнења од I и II класа



Heliomolar radiopaque е еднокомпонентен материјал за полнења од I и II класа, а може да се употребува и за сите полнења на инцизивите и канините. Се стврдува со халогенска светлина. Рендгенски е контрастен.

Helio progress

еднокомпонентен материјал за забни
полнења врз база на Isosit



Helio progress се употребува за:

- полнења од III, IV и V класа,
- реставрација на забните коронки на моларите и канините,
- корекција на забните неправилности,
- естетска корекција на забите (дијастеми, обоени заби),
- поправка на пластични и порцелански фасети.



Бајрактарова Б., Делиџакова-Солева В., Сотировска А.

АНКЕТА - ПРИМЕНА НА ПРЕВЕНТИВНО ЗАЛЕВАЊЕ НА ФИСУРИТЕ ВО Р. МАКЕДОНИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за детска и превентивна стоматологија

Наспроти сознанијата дека превентивното залевање на фисурите е ефикасен и безбеден превентивен метод, неговото прифаќање во секојдневната педодонтска практика оди мошне бавно.

Со цел да го утврдиме степенот на употребата на превентивно залевање во Р. Македонија, како и да ги испитаме факторите што влијаат на нивото на употребата, анкетиравме 60 стоматолози (35 специјалисти педодонти и 25 општи стоматолози што работат со деца) од разни краишта на Републиката.

Анализата на податоците покажа дека само 38,33% од вкупниот број анкетирани го применуваат превентивното залевање на фисурите.

Од испитаниците кои не го применуваат овој превентивен метод, како главна причина за тоа, 78,37% го навеле нерасполагањето со средство за залевање.

Во трудот се земени предвид и некои други елементи кои влијаат на определбата на терапевтите за примена на превентивното залевање: познавањето на техниката на залевање, изворите на информации за оваа превентивна мерка и личниот став кон неа.

Клучни зборови: стоматолошко образование; превентивна стоматологија; анкета; композитни материјали

Во превентивната стоматологија флуорот претставува моќно средство во борбата против кариесот. Меѓутоа, кога се во прашање оклузалните површини, особено на моларните заби во детска возраст, кои имаат богато разгранет фисурен систем со неповолна анатомоморфологија (длабоки, тесни, т.н. патолошки фисури), што го отежнува механичкото чистење и самочистење, флуорната профилакса не е доволна да обезбеди заштита на овие

површини од кариес. Во тие случаи, примена на залевањето на фисурите претставува метод на избор (2).

Мислењата и резултатите презентирани во светската стручна литература (4, 6), како и нашите резултати од примената на превентивното залевање на фисурите (1), укажуваат на тоа дека залевањето на фисурите е безбеден, ефикасен и финансиски потенцијално исплатлив превентивен метод. Меѓутоа, и покрај ефикасноста, прифаќањето на овој превентивен метод во секојдневната педодонтска практика оди мошне бавно. Малку се знае за елементите што можат да влијаат на педодонтите во одлучувањето за примена на залевачите: професионалните, едукативните, економските и социјалните.

Во светската литература се објавени бројни известувања од истражувањата на причините за употреба или неупотреба на залевањето на фисурите меѓу стоматолозите, воопшто. Во САД неколкукратно се правени истражувања и анализи со цел да се утврди нивото на примената на залевачите, како и факторите што влијаат врз него. Со секое ново истражување сукцесивно се зголемувал и процентот на примена на залевањето, а исто така се добивале и нови информации во врска со факторите што влијаат на нивната примена.

Gift (3) го утврдува односот на неупотреба на залевачите со недостигот на научна поддршка, можноста на залевање на кариес, несигурноста околу времетраењето (ретенцијата) на залевачите и наклоноста кон употреба на други оклузални полнења.

Целта на оваа студија е да се утврди степенот на употреба на превентивното залевање на фисурите од страна на стоматолозите во Р. Македонија и да се испитаат факторите што влијаат на нивото на употребата.

Материјал и метод

За да ја оствариме целта на нашата студија применивме анкета која претставува и прв обид од ваков тип. Вакви анализи досега кај нас не се правени. Анкетирани се 60 стоматолози, од кои 35 педодонти и 25 општи стоматолози што работат со деца. Анкетата беше анонимна, со цел да се добие поголема објективност во одговорите. Анкетата е спроведена на средбата на Македонската секција за детска и превентивна стоматологија одржана на 30.1.1992 година во Велес, со што се опфатени поголем број терапевти што се занимаваат со педодонција. Анкетираните лекари се од различни делови на Републиката што на анкетата и овозможува комплетност од аспект на географската покриеност на целиот педодонтски терен.

Прашалникот се состои од 6 точки во кои се опфатени неколку клучни прашања во врска со превентивното залевање: познавањето на техниката на превентивното залевање, изворите на информација за залевањето, ставот на испитаниците кон примената на залевањето и неговата примена. Како причина за неприменување се наведени четири можни одговори кои наедно се и најчести причини за неприменување, а тоа се: неубеденоста во ефикасноста и времетраењето (ретенцијата) на залечачот, опасноста од залевање кариес и нерасполагањето со средство за залевање.

Резултати и дискусија

Анализата на податоците од анкетата прикажани во табела 1 покажа дека 38,33 % од вкупниот број испитаници го применуваат превентивното залевање на фисурите; од нив 65,21 % се специјалисти педодонти, а 34,78% се општи стоматолози. Од вкупниот број специјалисти педодонти, превентивното залевање го применуваат 42,85% додека, пак, во групата на општи стоматолози процентот на оние кои го применуваат е помал и изнесува 32%.

Залевањето не го сметаат за ефикасен превентивен метод 11,66% од вкупниот број анкетирани. Овој став скоро подеднакво е застапен и кај специјалистите и кај општите стоматолози. Само 3,33% немаат свој став, односно се неопределени.

Резултатите од нашата анкета покажуваат релативно низок степен на примена на превентивното залевање на фисурите. Во развиените земји процентот на примена е многу поголем (4, 5). Според националната студија на Romberg (4) од 1985 год. утврдена е примена на залечачи од страна на 93,8% од педодонтите

специјалисти и 68,9% од општите стоматолози.

Што се однесува до запознаеноста со техниката на залевање, 15% од вкупниот број анкетирани изјавиле дека не се доволно запознаени, и тоа, од специјалистите 8,57%, а од општите стоматолози 24%.

Резултатите од запознаеноста и примената на залевањето на фисурите укажуваат на логичната поврзаност на овие два параметра, пројавена во двете анкетирани групи. Нашиот наод е во согласност со наодите на Romberg и Rubenstein (4, 5).

Од групата на специјалистите 88,57% специјализацијата ја навеле како основен извор на информации за превентивното залевање; 11,43% од нив како основен извор навеле некои од другите можни извори на информации; 34,28% од анкетираниите специјалисти за превентивното залевање се информирале и од стручни списанија, 20% и од стручни средби, 17,14% и од свои колеги, а само 2,85%, односно еден анкетирани специјалист сознанија стекнал од студиите.

Од групата на општи стоматолози што работат со деца, 24% сознанија за превентивното залевање на фисурите стекнале исклучително од своите колеги, а другите 76%, со скоро подеднакво застапеност, ги навеле сите други извори.

Нашите наоди укажуваат дека специјализацијата логички е главен пат за запознавање со залевањето на фисурите кај специјалистите, а дополнителни извори на информации се стручните списанија, стручните средби и контактите со колегите.

Кај општите стоматолози што работат со деца, во основа, сознанија за овој превентивен метод се стекнуваат преку сите (во анкетата) наведени извори (освен специјализацијата).

Изненадува фактот што само една, односно 2,85% од анкетираниите специјалисти, и пет, односно 20% од анкетираниите општи стоматолози со залевањето се запознале за време на студиите. Зошто е тоа така, е прашање за разгледување. Наставната програма во својот теоретски дел се осврнува на овој превентивен метод, што, за жал, не е случај (барем досега) и со практичните студентски вежби.

Кај оние што не го практикуваат овој метод, како главна причина се наведува нерасполагањето со залечачко средство. На второ место е стравот од можноста за залевање на кариес, на трето место е несигурната ретенција на залечачот и четвртата причина е неубеденоста во ефикасноста на методот.

ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

Сигурно дека нерасполагањето со средство за залевање е причина за неприменувањето на овој ефикасен превентивен метод. Меѓутоа, прашање е дали "нерасполагањето" секогаш е од објективна природа. Дали секогаш е во прашање немање средства за набавка (имајќи ги предвид денешните состојби во здравството) или можеби е во прашање индолентноста на превентивците?

Оваа анкета не го детализира проблемот, имајќи предвид што таа е од прелиминарен карактер. Секако дека ќе следи една посеопфатна студија на овој проблем која треба да даде поконкретни и попрецизни насоки како во однос на едукативниот процес така и во однос на организацијата и дејноста на превентивната служба во Р. Македонија.

ТАБЕЛА 1. РЕЗУЛТАТИ ОД АНКЕТАТА ЗА ПРИМЕНА НА ПРЕВЕНТИВНОТО ЗАЛЕВАЊЕ НА ФИСУРИТЕ ВО МАКЕДОНИЈА

	АНКЕТИРАНИ ДОКТОРИ ПО СТОМАТОЛОГИЈА		
	Вкупно 60	Специјалисти педодонти 35	Општи стоматолози 25
	n (%)	n (%)	n (%)
Применуваат превентивно залевање	23 (38,33)	15 (42,85)	8 (32,00)
Не ја познаваат техниката на превентивно залевање	9 (15,00)	3 (8,57)	6 (24,00)
Извори на информации за превентивно залевање		n (%)	n (%)
Специјализација		31 (88,57)	-
Стручни списанија		12 (34,28)	5 (20,00)
Стручни средби		7 (20,00)	5 (20,00)
Колеги		6 (17,14)	11 (44,00)
Студии		1 (2,85)	5 (20,00)
Постдипломски студии		-	-
Не го сметаат залевањето за ефикасен превентивен метод	7 (11,66)	4 (11,42)	3 (12,00)
Неопределени	2 (3,33)	1 (2,80)	1 (4,00)
Не го применуваат превентивното залевање	37 (61,66)	20 (57,14)	17 (68,00)
Причини	n (%)	n (%)	n (%)
Неубеденост во ефикасноста	1 (2,70)	-	1 (5,88)
Несигурна ретенција	3 (8,10)	3 (15,00)	-
Опасност од залевање на кариес	4 (10,85)	2 (10,00)	2 (11,76)
Немање залевач	29 (78,37)	15 (75,00)	14 (82,35)

Summary

A QUESTIONNAIRE: USE OF PREVENTIVE FISSURE SEALING IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA

Bajraktarova B., Delidžakova Soleva V., Sotirovska A.

Despite the findings that preventive sealing of fissures is an efficacious and safe preventive method, its usage in the everyday pediatric dental practice shows to be very delayed.

In order to determine the level of usage of preventive fissure sealing in the R. Macedonia and to examine the factors that influence the usage level, we designed a questionnaire answered by over 60 dentists (35 pedodontists and 25 general practitioners working with children) from all over the country.

The data analysis show that only 38,33% of the total questioned dentists practice preventive sealing. The lack of sealant has shown to be the major cause for not using this preventive method with 78,37% of the non-users.

In the study some other elements which influence the therapist's decision for preventive sealant usage, are taken into consideration: knowledge of the sealing technique, sources of information for this preventive

method and personal attitudes toward it.

Key words: dental education; preventive dentistry; composite resins; questionnaire

Литература

1. БАЈРАКТАРОВА Б и сор. Можности за превентивен и превентивно терапевтски третман на патолошките фисури на забите (1. дел). Макед Стоматол Прегл 1992; 16(1): 18-22.
2. БАЈРАКТАРОВА Б, ДОЦЕВСКА В. Превентивен терапевтски третман на деналните фисури во детска возраст (2. дел) Макед Стоматол Прегл 1992; 16(3-4): 125-9.
3. GIFT H, FREW R, HEFFERSEN J. Attitudes toward and use of pit and fissure sealants. J Dent Child 1966; 42: 460.
4. ROMBERG E, COHEN AL, LA BELLE DA. A rational survey of sealant use by pediatric dentists. J Dent Child 1988; 55: 257-64.
5. RUBENSTEIN LK, DINIUS A. Dental sealant usage in Virginia. J Pub Health Dent 1986; 46:147-51.
6. THEILADE E et al. Effect of fissure sealing on the microflora in occlusal fissures of human teeth. Arch Oral Biol 1977; 22: 251-9.

Бојаџиев Т., Даскалова Б., Василева Б.

ОРТОДОНТСКИ ПРИСТАП ВО ТРЕТМАНОТ НА МАЛОКЛУЗИИТЕ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за ортодонција

*Кога стихијата ги искривува работите,
мојот разум ги исправува.
Умот одлучува во владеењето.
Jean de la Fontaine*

Малоклузиите се честа појава и во голем број случаи претставуваат сериозен терапевтски проблем. Клиничките испитувања при ортодонтските пристапи во третманот на малоклузиите покажаа дека модерното раководење, кое однапред ја одредува и предвидува крајната цел на ортодонтскиот третман, овозможува корективен третман на малоклузиите на значајно задоволителен начин.

Вршено е испитување кај 7328 лекувани пациенти со цел да се утврди кој терапевтски пристап претставува најдобар избор во ортодонтската филозофија и практика.

Наодите што се добиени укажуваат дека најдобри резултати се постигнуваат кога се применуваат ортодонтски постапки кои ќе овозможат правилно насочување на растот и развитокот, корекција на аномалиите во положбата на забите и дентофацијалните малформации, воспоставување нормална оклузија и нормален профил на лицето со усогласување на функциите на мастикација, говор и дишење, како и постигнување усогласено естетско, убаво и урамнотежено лице. Во овој контекст, употребата на мобилни апарати (активните, а особено функционалните) даваат задоволителни и пожелни резултати, ако се применат пред и за време на пубертетот. По пубертетот, во зависност од видот на аномалијата, се постигнуваа подобри резултати ако се применат фиксни апарати, екстраорална влеча и екстракции.

Во заклучок, авторите сметаат дека се наметнува потреба од организиран и ригорозен пристап при третманот и отстранувањето на малоклузиите како прифатливи техничко-терапевтски постапки за да се подобри фаци-

јалната естетика и да се одржи "организирана" дентална оклузија.

Клучни зборови: малоклузии; ортодонтски апарати,

При третманот на малоклузиите, ортодонтските постапки што ги применуваме во објективизацијата на третманот овозможуваат воспоставување задоволителна оклузална функција, зголемување на убавината на забите и лицето и полесно отстранување на денталните наслаги на храна кои ги вклучуваат малоклузиите. Исто така, тие го фаворизираат назалното дишење, ако е тоа предизвикано од проблемите на носните ходници, и ги подобруваат реставративните протетички услови, ако односите на забите во денталните лакови тоа го бараат. За нас ортодонцијата и нема друга цел.

Треба да веруваме дека е грешка ако од ортодонтските постапки бараме објективен норматив или ако веруваме дека ортодонтската цел е да воспостави нормални структури. Правило во биологијата се варијациите: не може да се стандардизира лицето на човекот. Не можат забите на Мирко, како оние на Зоран, да бидат поместувани на ист начин, бидејќи се тоа две лица со различни физиолошки карактеристики и физички услови (10).

Адаптационите способности на орофацијалниот систем тешко можат да се дефинираат, бидејќи тие претставуваат биолошки систем со различни морфолошки и хистолошки карактеристики, чиј степен на промени би довел до губење на функционалните

потреби и до неусогласеност со структурите на околината.

Нема сомнение дека корективниот ортодонтски третман претставува важна постапка во усогласувањето на нарушените оклузија и функција во орофацијалниот систем кај малоклузиите.

Секоја малоклузија, без разлика на нејзиниот степен на изразеност, мора да се лекува на соодветен начин (3). Тоа се постигнува со ортодонтски апарати кои претставуваат избор и единствена можност при "лекувањето" на малоклузиите. Со помош на нив се постигнуваат контролирани забни движења со корекција на ангулацијата, инклинацијата и ротацијата на забите; затворање на екстракционите простори, корекција на моларните односи, воспоставување правилни overbite и overjet, подобрување на скелетната дисхармонија, воспоставување идеална оклузија и запазување на невромускулната рамнотежа (5).

Голем број автори (1, 2, 4, 6-9, 11) се согласуваат дека терапијата со ортодонтски апарати треба да започне во 8-9. година, кога се изникнати инцизивите во горната и долната вилица и првите трајни молари. Изборот на техниката на третманот зависи од општите и локалните фактори (ембриолошки, филогенетски, генетски и патолошки), па, по сè судејќи, тој има компромисен карактер. Добра оклузија на забите, која овозможува здрав пародонциум, усогласени односи на темпоромандибуларниот зглоб и урамнотежен невромускуларен механизам, кај дентофацијалните малоклузии може да се постигне со ортодонтски третман кој ќе доведе до сместување на забите во најсоодветни биолошки услови. Голем број ортодонтски постапки го овозможуваат ова на значајно задоволителен начин.

Целта на нашето изнесување е да ги прикажеме нашите пристапи при поставувањето дијагноза, одредувањето на планот на терапијата, изведувањето на третманот при третирањето на малоклузиите.

Материјал и метод

На Клиниката за ортодонција, Стоматолошки факултет - Скопје, во периодот од 1973 до 1993 година, лекувани се 7328 пациенти со забно-влични неправилности (таб. 1).

Дијагнозата е поставувана врз основа на клинички преглед, анализа на модели, рендгенографска кефалометриска анализа со анализа на одредувањето на типот на растот и развитокот и со визуелна објективизација на ортодонтскиот третман.

Ортодонтскиот пристап е разгледуван и изведуван со детално направен терапевтски план со помош на мобилни и фиксни апарати (таб. 2), а применети се во зависност од степенот на изразеноста на малоклузијата. Таму каде што е индицирано, применети се и екстраорална влеча, еластична влеча, екстракциона терапија и орални, максилофацијални и протетички интервенции.

Добиените резултати од лекувањето на малоклузиите со различни ортодонтски постапки беа групирани и статистички обработени.

Резултати

Постигнатите клинички резултати од лекувањето на забно-вличните неправилности и видот на применетите ортодонтски постапки се прикажани во табела 2 и графикон 1.

Во табела 2 е прикажано лекувањето на малоклузиите кај 7328 пациенти кај кои: добри резултати се постигнати во 3345 (или 45,65%) случаи, пожелни резултати во 3000 (или 40,93%) случаи и лоши резултати во 983 (или 13,41%) случаи. Добиените лоши резултати, во најголем број случаи, се должат на желбата на пациентот да не го носи ортодонтскиот апарат или пак на престанувањето на носењето на апаратот од страна на пациентот. Таму каде што постоеше соработка меѓу пациентот и терапевтот, резултатите беа добри и пожелни.

Од применетите терапевтски постапки кај 7328 пациенти, во 5915 (или 80,71%) случаи беа применети мобилни апарати и тоа: во 4283 (или 58,44%) случаи активни плочи, и во 1632 (или 22,27%) случаи функционални пасивни апарати и во 1413 (или 19,29%) случаи фиксни апарати. Применети се различни методи во зависност од видот и изразеноста на аномалијата, возраста на пациентот, типот на растот и развитокот, односно оние методи кои од научна и практична гледна точка доведуваат до попречизни, побрзи биолошки резултати кои претставуваат биомеханички метод во физиолошки услови.

Од графиконот 1 може да се заклучи дека употребата на мобилните апарати, а особено функционалните апарати, дава задоволителни и пожелни резултати кога се тие применети пред и за време на пубертетот. Кога тие се аплицирани по овој период не се добиваат очекуваните резултати. По пубертетот се постигнати подобри резултати при примена на екстракциона терапија и фиксна техника.

За да ги документираме резултатите постигнати при нашето лекување на малоклузиите, претставуваме два клинички случаја.

ОРТОДОНЦИЈА

ТАБЕЛА 1. ПРИКАЗ НА ЛЕКУВАНИ ЗАБНО-ВИЛИЧНИ НЕПРАВИЛНОСТИ ВО ОДНОС НА ВОЗРАСТА, КЛИНИЧКИТЕ ФОРМИ И ПОЛОТ

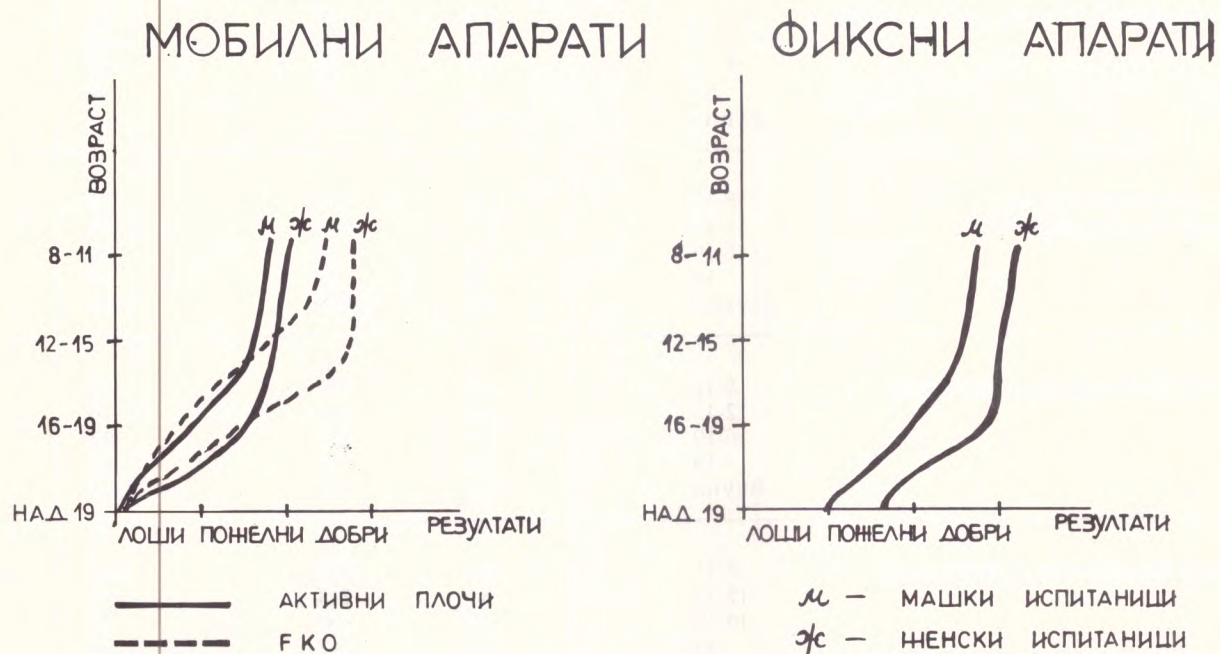
Клинички форми	Возраст	Пол		Вкупно
		м	ж	
Неправилности на одделни заби	8-11	128	297	425
	12-15	271	771	1042
	16-19	34	70	104
	19	15	24	39
	Вкупно	448	1162	1610
Неправилности на денталните лакови	8-11	146	372	518
	12-15	316	897	1213
	16-19	19	73	92
	10	24	61	85
	Вкупно	505	14031	1908
Неправилности во сагитала	8-11	232	596	828
	12-15	332	944	1276
	16-19	99	253	352
	19	39	86	125
	Вкупно	702	1879	2581
Неправилности во вертикала	8-11	104	280	384
	12-15	84	213	297
	16-19	30	67	97
	19	14	42	56
	Вкупно	232	602	834
Неправилности во трансверзала	8-11	30	77	107
	12-15	63	145	208
	16-19	10	47	57
	19	2	21	23
	Вкупно	105	290	395
	Вкупно	1992	5336	7328

ТАБЕЛА 2. ПРИКАЗ НА ТЕРАПЕВТСКО-ТЕХНИЧКИТЕ ПОСТАПКИ ВО ТРЕТМАНОТ

	Мобилни апарати				Фиксни апарати		вкупно
	Активни плочи		ФКО		м	ж	
	м	ж	м	ж			
Неправилности на поделни заби	316	634	47	273	85	255	1610
Неправилности на денталите лакови	249	820	104	312	152	271	1908
Неправилности во сагитала	426	1186	135	408	141	285	2581
Неправилности во вертикала	112	309	73	178	47	115	834
Неправилности во трансверзала	65	166	31	71	9	53	395
Вкупно	1168	2115	390	1242	434	979	7328

5915

1413



Графикон 1

ТАБЕЛА 3. РЕЗУЛТАТИ ПРИ ЛЕКУВАЊЕТО

	Терапевтски резултати			Вкупно
	Добри	Пожелни	Лоши	
Мобилни апарати	2175 (29.68%)	2825 (38.55%)	915 (12.49%)	5915 (80.71%)
Активни плочи	1611 (21.98%)	1997 (27.25%)	527 (7.19%)	4283 (58.44%)
ФКО	564 (7.69%)	828 (11.30%)	388 (5.29%)	1632 (22.27%)
Фиксни апарати	1170 (15.97%)	175 (2.39%)	68 (0.93%)	1413 (19.29%)
Вкупно	3345 (45.65%)	3000 (40.93%)	983 (13.41%)	7328 (100.00%)

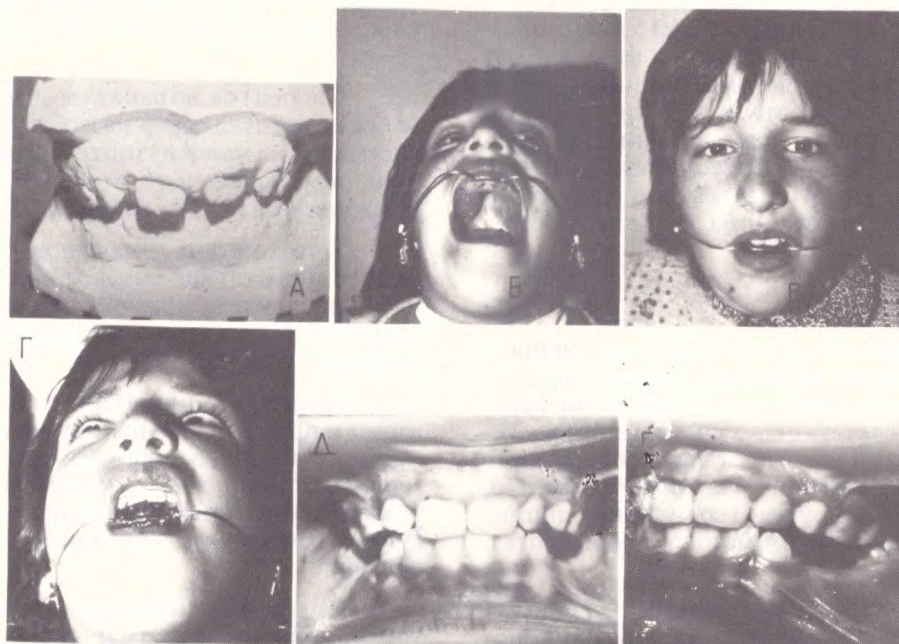
1 случај

Пациент на 7-годишна возраст (сл. 1), со дијагноза: малоклузија II/1 одд., моларни односи II класа, overjet 8 mm, предвремена екстракција на 54, 74, 75, 84 и 85; средна фазијална и мандибуларна ротација - I тип. Прогноза - добра. Терапија: комбиниран ортодонтско-ортопедски третман. Во првата фаза: употреба на моделатор со екстраорална влеча (модификација Бојациев 1983). По 6 месеци - аплициран

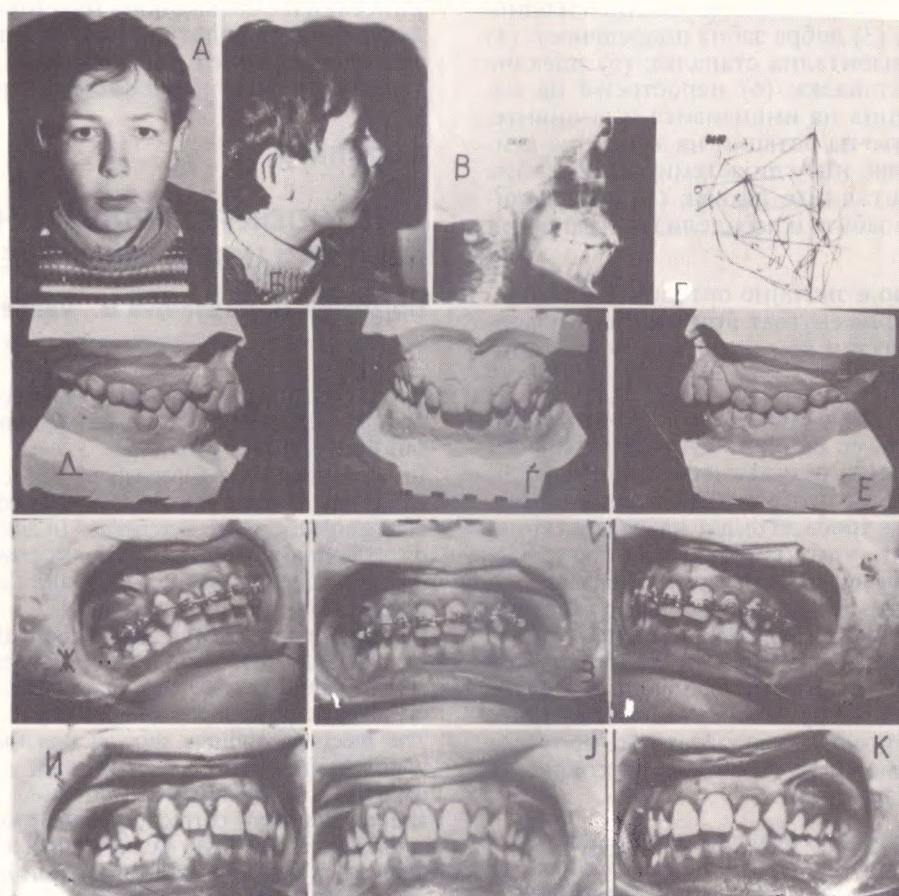
модифициран активатор на Roben со адам кукички и екстраорална антеропостериорна влеча (од Бојациев 1978). Време на активен третман: 17 месеци. Пасивен ретенционен апарат. Резултат поволен.

2 случај

Пациент на 13 години, со дијагноза бимаксиларна примарна тескоба, моларни односи: лево I класа, десно 1/2 II класа, вестибулар-



Слика 1. Пациент на 7 годишна возраст; (а) гипсен модел пред почетокот на терапијата; (б) интраорален и екстраорален изглед на моделатор со екстраорална влеча, (в,г) функционален апарат со екстраорална влеча, (д,е) интраорален изглед по третманот



Сл.2 Пациент на 13 години; (а,б) фацијален изглед на пациентот; (в) рендгенкраниометриска снимка; (г) цртеж на телерендгенска анализа; (д,е,з) гипсени модели пред третманот; (ж,з,с) интраорално со фиксен апарат, (и, j, к) состојби по симнувањето на полипрстенестиот фиксен апарат

на поставеност на максиларниот десен канин и долниот втор премолар; overjet 5 mm, скелетна II класа, локална ротација на фаџијалниот скелет со можности за компензација кај средната мандибуларна ротација - V тип на раст и развиток. Прогноза - добра. Терапија: екстракциии на 14, 24, 35 и 45, фиксен полипрстенест апарат. Време на активен третман: една година. Пациентот во ретенција. Резултат: добар.

Дискусија

Современата ортодонтска стратегија и практика налагаат воспоставување на нарушените оклузални односи како прифатлива функционална и естетска оклузална рамнотежа. Терапевтско-техничките постапки овозможуваат лекување на секој вид малоклузии. Притоа, често пати се придружени со мултидисциплинарна медицинска и стоматолошка соработка.

Ортодонтските постапки што ги применуваме при лекувањето на малоклузиите според: Earstern Association of Strang-Twiced Study groups (5) треба да ги поседуваат следниве карактеристики, односно да овозможуваат: (1) моларни односи во I класа; (2) канински односи во I класа; (3) добра забна подреденост; (4) идеална хоризонтална стапалка; (5) идеална вертикална стапалка; (6) непостоење на нарушена средина на инцизивите и вилиците; (8) непостоење на ротации на забите на денгалните лакови, ниту дијастеми; (9) правилна форма на денгалните лакови; (10) добра инклинација на забите и паралелизам на корени-те на забите.

Особено е значајно ортодонтските постапки да се применуваат при екстремни форми на малоклузии кои водат кон дентофаџијални деформации.

Ортодонтите треба малоклузиите да ги лекуваат за време на растот и развитокот бидејќи и добиените резултати се поприфатливи и постабилни, на што укажува и оваа студија. Малоклузиите треба да бидат навреме откриени и лекувани, уште со нивното појавување. Промените на нормалниот раст и развиток и промените кои се резултат на тераписките пристапи се различни кај секој пациент, и тоа поради неговата индивидуална морфологија и фаџијалниот тип. Сепак, неопходно е да се избере и да се планира оној ортодонтски пристап кој ќе ги користи најсоодветните промени и кој ќе овозможи да се спречат и совладаат неповолните промени.

Иако се мисли дека растот и развитокот се генетски предодредени и дека на нив не можеме да влијаеме, терапевтските резултати укажуваат на променливост на ова сфаќање. Сепак, изборот на терапевтскиот пристап, кој се базира на правилната дијагноза, терапевт-

скиот план и прогнозата, игра многу значајна улога, што е установено и во нашето испитување.

Според тоа, во раната возраст и во пубертот се наметнува избор на мобилни апарати во третманот на малоклузиите, додека по овој период резултатите што ги добиваме со нив не придонесуваат толку колку што би очекувале.

Затоа сметаме дека сè повеќе треба и мора да се користат фиксни апарати во секојдневната ортодонтска практика, а резултатите од лекувањето што ги постигнуваме со нивната примена тоа го потврдуваат.

Нашите клинички и терапевтски опсервации и прикажаното испитување ја наметнуваат потребата од рационален пристап на третманот и отстранувањето на ортодонтските малоклузии како прифатлив пристап за воспоставување и одржување организирана денгална оклузија.

Имено, се наметнува потреба да се употребат мобилни апарати и екстраорална влеча во раната детска возраст и пубертотот при лекувањето на малоклузиите. По овој период се налага користење само на фиксни терапевтски пристапи и екстракциона терапија. Секако, тоа ќе зависи и од видот на аномалијата и од видот на индивидуалните морфолошки и хистолошки карактеристики на орофаџијалниот систем.

Summary

ORTHODONTIC APPROACH TO MALOCCLUSION TREATMENT

Bojadžiev T., Daskalova B., Vasileva B.

Dento-facial malocclusions are very frequent malformations representing, in a large number of cases, serious therapeutic problems.

In the orthodontic approach to malocclusion treatments, the clinical examination showed that the modern guidance which determines in advance and predicts the final aim of the orthodontic treatment, allows the corrective treatment of the malocclusion to be on a significant and satisfactory level.

Investigation of 7328 treated individuals was performed in order to determine the therapeutic approach which should be the most favourable choice in the orthodontic phylosophy and practice.

The received findings showed that the best results were obtained with the application of orthodontic procedures allowing correct direction of the growth and development, correction of the tooth alignment anomalies, and dento-facial malocclusions, establishment of normal occlusion and normal facial profile with correlation of the mastication, speech and breathing functions, and achievement of coordinated aesthetic, beautiful and balanced face. In this context, the application of mobil appliances (the active and

especially the functional appliances) gave satisfactory and desirable results, if used prior or during the pubertal period.

After the period of puberty, better results were obtained, depending of the anomalies, with application of fixed appliances, extraoral traction, and extraction. In conclusion, the authors emphasized the necessity of organized and rigorous approach to the treatment and removal of the orthodontic malocclusions as acceptable technical and therapeutic procedures for improvement of the facial aesthetics and retention of „organized„ dental occlusion.

Key words: malocclusions; orthodontic appliances

Литература

1. BEGG PR. Begg orthodontic theory and technique. W Saunders Co, Philadelphia, 1965.
2. БОЈАЦИЈЕВ Т. Ортодонтска процена на третманот на малоклузиите. Макед Мед Прегл 1984; 38: 58-61.
3. БОЈАЦИЈЕВ Т. Ортодонтска фиксна терапија; контролирани забни движења. Макед Стоматол Прегл 1988; (1-2): 5-11.
4. CHATEAU M et al. Orthopedic dento-faciale II form, clinique (diagnostic et traitement), Julien Prelat, Paris, 1975.
5. GOTTLIEB EL. Classement des resultats des traitements orthodontiques. Rev Orthop Dentofac 1976; 10(4): 549-51
6. GUGINO CE. An orthodontic philosophy. Edco Associates, Denver, 1971.
7. JARABAK JR, EIZZELL JA. Technique and treatment with the light wire appliances. CV Mosby Co, Philadelphia, 1965.
8. LANGLANDE M. Therapeutique orthodontique. Maloine, Paris, 1973.
9. PHILIPPE P. Orthodontic: des principes et une technique. Julien Prelat, Paris, 1972.
10. PHILIPPE J. Plans de traitement en orthopedie dento-faciale, Julien Prelat, Paris, 1979: 7-9.
11. THUROW RC. Technique and treatment with the Edgewise appliance. CV. Mosby Co, Saint-Lous, 1962.

Кануркова Л., Поп Стефанова-Трпоска М.

РЕТКИ СЛУЧАИ НА КЛЕИДОКРАНИЈАЛЕН СИНДРОМ СО ХИПО-ХИПЕРОДОНЦИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за ортодонција

Синдромот на dysostosis cleidocranialis е автосомно доминантно заболување кое го зафаќа коскениот систем и орофацијалната регија. Прикажани се два случаја со dysostosis cleidocranialis кај кои, покрај општите симптоми кои се карактеристични за овој синдром, истовремено се јавува и присуство на прекубројни перманентни заби во бочната регија во мандибуларниот дентален лак и хиподонција на латерален максиларен инцизив.

Клучни зборови: dysostosis cleidocranialis; хиподонција; прекубројни заби

Dysostosis cleidocranialis претставува ретко конгенитално заболување, кое во литературата е познато уште и како Meri и Senton синдром. На потомството се пренесува на автосомно доминантен начин, додека мал број автори (1) сметаат дека овој синдром може да се пренесе и по автосомно рецесивен пат, кој дава многу потешка клиничка слика.

Ова заболување за прв пат е публикувано во 1765 година од страна на Martin, додека Marie и Santon во 1897 година ја опишуваат генетската трансмисија на овој синдром и укажуваат дека најкарактеристичен симптом се промените на клавикулите.

Синдромот на клеидокранијалната дизостоза спаѓа во групата на остеохондродистрофиите, кај кои се присутни аномалии во растот и развитокот на коските и 'рскавиците. Најкарактеристичен симптом е хипоплазија или аплазијата на клавикулите, поради што заболелите имаат тесни и спуштени раменици, а понекогаш може да се сретнат и деформитети на шепите и стапалата со појава на клинодактилија и pedes plani.

Черепот кај овие пациенти е брахицефаличен, со издадени тубери на фронталната и окципиталната коска, кранијалните сутури

сраснуваат многу доцна или воопшто не сраснуваат, а фонтанелите може да перзистираат и во текот на целиот живот. Зигоматичната регија е недоволно развиена, може да биде присутна микрогнатија со впечатлив проген профил на лицето. Орбиталните празнини се вдлабнати, постои широк корен на носот и широка база на назалните крила.

Интраорално се забележува недоволно развиена максила, особено во премаксиларниот дел, што резултира со псевдопроген однос на вилиците, processus alveolaris е широк и со неправилна форма, присутно е високо непце, има перзистенција на млечните заби и мултипла ретенција на перманентните заби поради нивната забавена смена. Секогаш постојат прекубројни перманентни заби, најчесто премолари и молари и вкупниот број на забите може да изнесува дури и до 56, како што се среќава во испитувањата на Marković (3). Забите на овие пациенти се хипопластични поради нарушената минерализација на коските, а со тоа и на сите тврди забни супстанции.

Во литературата се опишани голем број случаи со клеидокранијален синдром (2, 5, 6, 7).

Kosovčević и Marković (2) опишуваат пациент стар 24 години кај кој, покрај карактеристичните симптоми за овој синдром, постои проген однос на вилиците и 13 прекубројни заби, додека Petrović и Obradović (6) наоѓаат постоење на 17 хиперодонтни заби кај пациент на возраст од 62 години со аплазија на обете клавикули и неосифицирана фонтанела.

Нечева и сор. (5) прикажуваат семејство во кое со синдромот се зафатени мајката и двете деца. Кај мајката се забележани прекубројни заби во пределот на премоларите, а во пределот на мандибуларните инцизиви присутна е хиподонција на латералниот инцизив.

Иако синдромот на клеидокранијалната дизостоза е ретка појава, тој лесно се дијагностицира благодарјќи на богатата и лесно пре-

познатлива симптоматологија и рендгентската анализа.

Приказ на случаи

На Клиниката за ортодонција беа упатени два пациента, брат и сестра, заради задоцнето никнување на перманентните заби и присуство на нарушена оклузија.

Земените анамнестички податоци и клиничкото испитување покажаа дека таткото ги има истите симптоми како и неговите деца (сл. 1).

Првиот случај беше пациентка на возраст од 12 години. Од клиничките испитувања дојдовме до констатација дека главата и е несразмерно поголема во однос на другите делови на телото, фронталните тубери беа јако назначени, коренот на носот беше широк и постоеше проген профил на лицето.

При интраоралниот преглед се забележа големо присуство на млечни заби, и тоа во мандибуларниот дентален лак беа присутни

сите млечни заби освен централниот десен инцизив, а во максиларниот дентален лак перзистираа латералните млечни инцизиви, канини и први молари, што резултираше со отежнато никнување на максиларните перманентни инцизиви. Денталните лакови беа недоволно и неправилно развиени, а во оклузија односот на вилиците беше псевдопроген со позитивна хоризонтална инцизална стапалка (сл. 2).

На направената ортопантомографска снимка беше забележано дека во мандибуларниот дентален лак има хипердонција на премоларите од десната и левата страна, додека во пределот на латералните инцизиви во максиларниот дентален лак постоеше хиподонција од левата страна. За хиперодонтичните заби пациентката беше упатена на Клиниката за орална хирургија за нивна екстракција (сл. 3).

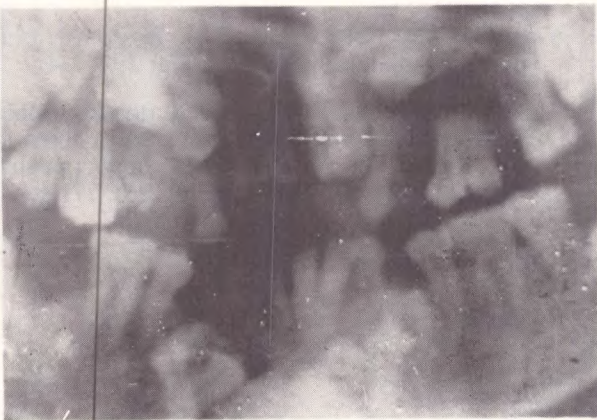
По земените анатомски отпечатоци и извршената метриска анализа направивме активен мобилен апарат со цел да се стимулира сагиталниот развој на максиларниот дентален лак и да се уб-



Слика 1. Приказ на фамилија со кледокранијален синдром



Слика 2. Интраорален приказ на пациентот



Слика 3. Ортопантомографска снимка на пациентот



Слика 4. Интраорален приказ на пациентот

лажи големата дискрепанца што постоеше меѓу вилиците.

Вториот случај беше пациент на возраст од 15 години. Екстраоралниот преглед покажа постоење на истите општи симптоми како и кај сестрата. Интраорално имаше поголемо присуство на перманентни заби. Во мандибуларниот дентален лак беа присутни перманентните централни инцизиви, канини, првите премолари, левиот втор премолар и мандибуларните молари, немаше присуство на млечни заби. Во максиларниот дентален лак од млечните заби беа присутни канините и десниот прв млечен молар, а од перманентните заби десните два премолара, првите и вторите перманентни молари. Односот на вилиците беше проген, со позитивна инцизална стапалка (сл. 4).

Беше направена ортопантомографска снимка на која беше забележано присуство на прекубројни премолари во максиларниот и мандибуларниот дентален лак. Поради присуството на прекубројните заби беше упатен на Клиниката за орална хирургија за нивно отстранување.

По извршените испитувања и овде беа направени активни апарати со цел да се стимулира и коригира сагиталниот развој на максиларниот дентален лак и да се ублажи големата дискрепанца што постоеше помеѓу максиларниот и мандибуларниот дентален лак.

Дискусија

Синдромот на клеидокранијалната дизостоза е ретка појава со нарушен развој на коските на главата и лицето и со тотална или со парцијална аплазија на клавикулите. Стоматолошкиот наод на прикажаните случаи е богат и разнообразен и е констатиран кај три члена од потесното семејство. Интересно е дека, покрај хипердонцијата на премоларите, која е опишана во литература (1, 2, 5), кај ова заболување наоѓаме и хиподонција на максиларен латерален инцизив кај едниот случај. Оклузијата и артикулацијата беа нарушени и имаше присуство на псевдопроген загриз (6, 7).

Пристапот кон овие пациенти треба да биде високо стручен и комплексен, па затоа е потребна тимска работа со комплетна орална рехабилитација.

Summary

RARE CASES OF DYSOSTOSIS CLEIDOCRANIALIS WITH HYPO-HYPERODONTIA

Kanurkova L., Pop Stefanova-Trposka M.

The authors present two cases with the syndrome dysostosis cleidocranialis. In one of them, they found hyperodontia of the premolars in the lower dental arch and hypodontia of the second incisor in the upper dental arch, both in the same time.

Key words: dysostosis cleidocranialis; hypodontia; tooth, supernumerary

Литература

1. GOODMAN RM, GORLIN RJ. The face in genetic disorders. CV Mosby Co, St Louis, 1970.
2. KOSOVČEVIĆ M, MARKOVIĆ M. Dysostosis cleidocranialis. Stomatol GI Srb 1964; 2: 114-9.
3. MARKOVIĆ M. Klinički znaci orofacijalnog kompleksa - vodič u dijagnostici sindroma. Bilten UOJ 1990; 23(2): 97-106.
4. MARKOVIĆ M, MALENČIĆ A. Proučavanje uticaja genetskih činilaca na varijacije kranijalne baze u osoba sa sindromom dysostosis cleidocranialis. Bilten UOJ 1989; 22(2): 69-76.
5. НЕЧЕВА Љ и соп. Dysostosis cleidocranialis. Макед Стоматол Прегл 1977; 1(1-2): 13-8.
6. PEROVIĆ J, OBRADOVIĆ O. Dysostosis cleidocranialis. Stomatol GI Srb 1971; 2: 111-4.
7. СТЕФАНОВСКИ Ј и соп. Орално хируршки третман како дел од комплексната дентална терапија на dysostosis cleidocranialis. Макед Стоматол Прегл 1976; 2(3): 271-6.

Тофовиќ Д.¹, Пановски Н.², Матовска Љ.¹

ПРИМЕНА НА ОРАЛНИ ДЕЗИФИЦИЕНСИ ВО РЕДУКЦИЈАТА НА МИКРООРГАНИЗМИТЕ ВО АЕРОСОЛНИТЕ КАПКИ И ПАРТИКЛИ ДОБИЕНИ ВО ТЕК НА СТОМАТОЛОШКИОТ ТРЕТМАН

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ¹Клиника за дентална патологија и терапија;
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ: ²Институт за микробиологија и паразитологија

За да се испита интензитетот на аероконтаминацијата со усната микрофлора на пациентот во полето на работата на стоматологот и степенот на дејствување на оралните дезифициенси врз оваа аероконтаминација, беше утврдено присуство на бактериски агенс на различни далечини од устата на пациентот, во текот на третманот, и тоа без или во присуство на оралниот антисептик *Betadine*. Беше добиена сигнификантно поголема аероконтаминација на растојание од 15 cm во споредба со 60 cm ($p > 0,001$). На растојание од 15 cm сигнификантно беше поголема контаминацијата при лекувањето на забите на максилата во споредба со забите на мандибулата ($p > 0,001$). Употребата на *Betadine* доведе до сигнификантно смалување на бројот на бактериите на растојание од 15 cm во споредба со контролната група. Резултатите од ова испитување ја потврдуваат оправданоста на промивањето на устата со орални дезифициенси, со цел за спречување на аероконтаминацијата, особено кај високо-ризичните пациенти.

Клучни зборови: микроорганизми; заштитни помагала; професионални заболувања

Усната шуплина, нормално, е населена со непатогени микроорганизми. Оваа флора, заедно со микроорганизмите, од кариозната лезија, при нејзината обработка (при промивањето или при вдувањето воздух), во вид на партикли и аеросолни капки, можат да бидат пренесени во околината, надвор од усната шуплина. Кај 20-30% од саливата на асимптоматски индивидуи се изолираат патогени

микроорганизми, *staphylococcus aureus*, вируси, *Candida albicans* и др. Значајно е дека главната патогена бактерија за горните инфекции на респираторниот тракт, *Streptococcus pyogenes* се изолира во 5%-10% кај здрави лица (6)). Поради тоа аеросолните капки и партиклите што настануваат при стоматолошкиот третман можат да претставуваат опасност по здравјето на стоматолошкиот тим.

Утврдено е дека големината на аеросолните честици изнесува 1,3 μ –7 μ . За разлика од нив, партиклите што настанале со распрекување на кариозниот материјал се многу поголеми (повеќе од 50 μ) и имаат многу поголема маса од аеросолните капки. Бидејќи настануваат при многу големи брзини, овие партикли можат да се движат како проектили (3).

Со оглед на тоа дека големината на бактериите е околу 1 μ , а вирусите се значително помали, и двата вида честици се, сепак, доволно големи за да можат да понесат инфективен агенс.

Belting и соработниците (2) вршеле испитувања кај болни од туберкулоза. *Mycobacterium Tuberculosis* бил изолиран на оддалеченост од еден метар. Miller и соработниците (3) докажале дека при разни стоматолошки процедури се формираат и саливарни партикли, кои содржат разни видови микроорганизми. Некои автори сметаат дека аеросолните капки помали од 5 μ може да навлезат во терминалните бронхиоли и алвеоли на белите дробови. Овие капки, поради својата големина, не се видливи со голо око и можат да лебдат во воздухот едно одредено време. Тоа дава можност за нивно циркулирање низ воздухот на стоматолошката ординација, особено доколку има воздушно загревање, односно ладење на просторијата (3). Аеросолните капки и честиците кои содржат инјективен агенс, можат да ги

контаминираат кожата и лигавиците, како на стоматолошкиот персонал кој работи на пропишаната далечина, така и на пациентот.

Една од можностите за намалување на оваа контаминација е промивањето на устата со благи дезинфекциони средства. Како орален дезифициент во нашите испитувања го користевме Betadine (повидон јод), кој во вода се раствора на јод и поливинил пирилон (повидон). Овој антисептик дејствува на грам-позитивните и грам-негативните бактерии, на фунгите, вирусите, и габите. Примената на оралниот раствор на Betadine е потврдена во стоматологijата (7-9).

Цел на трудот беше да се испита интензитетот на аероконтаминацијата со усната микрофлора на пациентот во полето на работа на стоматологот и степенот на дејствување на оралните дезифициенти врз оваа аероконтаминација.

Исто така, беа испитувани и можните разлики на бактериолошкиот наод во зависност од локализацијата на лекуваниот заб (горна или долна вилица).

За да се одговори на целта, беше утврдено присуството на бактерискиот агенс на разни оддалечености од устата кај пациенти кај кои во текот на отстранувањето на кариозните маси промивањето беше изведено со вода или со орален антисептик.

Материјал и метод

Во испитувањето беа вклучени 33 возрастни пациенти кои во последните 6 месеци не примале никаква антибиотска терапија и кај кои не постоеле анамnestички податоци за преосетливост на јод. Седумнаесет од нив имаа потреба од реставрација на мандибуларните заби, а шеснаесет на максиларните.

Пациентите беа поделени на две групи: (а) контролна група, во која кај 16 пациенти во текот на третманот промивањето на устата беше изведено со вода, и (б) бетадинска група, во која кај 17 пациенти за промивање на устата во текот на третманот беше користен Betadine.

Во испитувањето користевме 1% орален раствор на Betadine кој содржи 0,1% активен јод. Основниот раствор го разблажувавме 4 пати, поточно 20 ml од основниот раствор беа разложувани со 60 ml вода. Во текот на третманот пациентите жабуркаа три пати по 30-60 секунди.

За изолација на бактерискиот агенс беа користени пластични Петриеви плочи (дијаметар 8 cm) со Schaedler-ов крвен агар. По една

плоча беше поставувана на градите на пациентот, 15 cm оддалечена од брадата. Други две плочи беа поставувани странично на стоматолошката ламба, која беше така наместена што Петриевите плочи се наоѓаат на 60 cm од устата на пациентот (4).

Плочите беа оставани во тек на 8 минути, за време на отстранувањето на кариозните маси, промивањето и сушењето на кавитетот.

Непосредно пред започнувањето и на крајот на стоматолошкиот третман, беа земани примероци на плунка. Тоа беше сторено со цел да се контролира состојбата на микрофлората во устата, т.е. квантитетот на микроорганизмите, и да се утврди степенот на редуцијата на усната микрофлора по примената на Betadine.

Материјалите беа веднаш транспортирани на Институтот за микробиологија и паразитологија на Медицинскиот факултет, каде што сите култури беа инкубирани анаеробно во Mc Intosch-ови лонци (во атмосфера со 80% азот, 10% водород и 10% јагленороден диоксид, 48 часа на 37°C.).

Квантитетот на добиените микроорганизми го изразивме со CFU (colony forming units). Имено, се претпоставува дека од една бактериска клетка пораснува една колонија. Вкупниот број клетки што допреле до подлогата на Петриевите плочи (со површина приближно на 50 cm² беше одредуван преку броењето на пораснатите колонии. Откривањето на континантите од околината кои не потекнуваат од флората на пациентот и кои не се земани во обсер при броењето, беше вршено според изгледот на колониите и микроскопски со боене по Грам (5).

Резултати

Со микробиолошки преглед на плунката од 33 испитувани пациенти, кај 31 пациент беше најдена адекватна застапеност на микрофлората во усната празнина. Кај 2 пациенти од контролната група микрофлората беше силно редуцирана (повеќе од 90%) и поради тоа тие не се земени во обсер при обработката на резултатите. Кај 17 пациенти третирани со Betadine, со микробиолошкиот преглед на плунката земена пред почетокот и на крајот на третманот беше утврдено смалување на микрофлората за просечно $77,1 \pm 6,7\%$ (табела 3 и 4).

Квантитативните резултати за бројот на колоните (бројот на клетките кои паднале на површината на подлогите) се прикажани за максиларните и мандибуларните случаи одделно, за контролната група и за групата третирана со Betadine, во табелите бр. 1 и 2 односно бр. 3 и 4.

ДЕНТАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

ТАБЕЛА 1. БРОЈ НА КОЛОНИИТЕ (CFU) КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО ЛЕКУВАНИ МАКСИЛАРНИ ЗАБИ (КОНТРОЛНА ГРУПА)

Пациент	Лекуван заб	Растојание		Плунка наод
		15 cm	60 cm	
01	12	1160	3	нормален
02	12	10	3	редуциран
03	14	1055	2	нормален
04	24	14	3	нормален
05	22	391	10	нормален
06	26	493	2	нормален
07	25	62	2	нормален
08	16	36	3	нормален
X ± SD		402 ± 106	3,3 ± 1	

ТАБЕЛА 2. БРОЈ НА КОЛОНИИТЕ (CFU) КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО ЛЕКУВАНИ МАНДИБУЛАРНИ ЗАБИ (КОНТРОЛНА ГРУПА)

Пациент	Лекуван заб	Растојание		Плунка наод
		15 cm	60 cm	
01	46	51	0	нормален
02	42	39	0	нормален
03	31	6	3	нормален
04	34	70	0	редуциран
05	36	12	0	нормален
06	33	27	9	нормален
07	37	87	0	нормален
08	34	29	12	нормален
X ± СГ		40 ± 9,8	3 ± 1,7	

ТАБЕЛА 3. БРОЈ НА КОЛОНИИТЕ (CFU) КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО ЛЕКУВАНИ МАКСИЛАРНИ ЗАБИ КАЈ КОИ Е ПРИМЕНЕТ ВЕТАДИНЕ

Пациент	Лекуван заб	Растојание		плунка-наод %на редукција
		15 cm	60 cm	
01	25	300	0	10
02	24	35	0	75
03	14	26	0	80
04	13	6	0	96
05	13	29	4	80
06	23	4	0	98
07	22	150	0	95
08	14	18	0	99
X ± SD		71 ± 36	0,5 ± 0,5	

ДЕНТАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

ТАБЕЛА 4. БРОЈОТ НА КОЛОНИИТЕ (CFU) КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО ЛЕКУВАНИ МАНДИБУЛАРНИ ЗАБИ КАЈ КОИ Е ПРИМЕНЕТ BETADINE

Пациент	Лекуван заб	Растојание		плунка-наод % на редуција
		15 cm	60 cm	
01	32	22	0	15
02	36	2	0	80
03	35	6	0	80
04	45	22	0	85
05	42	27	0	90
06	33	15	0	85
07	45	12	0	97
08	33	3	0	50
09	34	3	0	95
X ± SD		12,5 ± 3,0	0	

Како што и очекуваме, значително поголема беше контаминацијата на растојанието од 15 cm во споредба со она од 60 cm ($p < 0.001$).

Како што може да се види од табелата бр.5, употребата на Betadine доведе до сигнификантно смалување на бројот на колониите на растојание од 15 cm во споредба со кон-

тролната група. На растојание од 60 cm, во контролната група присуство на колонии беше утврдено кај 11 од 16 пациенти, додека во групата третирана со Betadine присуство на колонии (односно аероконтаминација) речиси не постоеше односно беше утврдено само кај еден од 17 пациенти (табели бр 1, 2, 3 и 4).

ТАБЕЛА 5. ДЕЈСТВО НА BETADINE ВРЗ БРОЈОТ НА КОЛОНИИТЕ (CFU)

Растојание	контрола	Betadine	P
15 cm	221 ± 93	40 ± 18	<0,001
60 cm	3,20 ± 0,9	0,2 ± 0,2	<0,001

ТАБЕЛА 6. СТАТИСТИЧКА АНАЛИЗА НА МОЖНОТО ВЛИЈАНИЕ НА ЛОКАЛИЗАЦИЈАТА НА ЛЕКУВАНИОТ ЗАБ ВРЗ СТЕПЕНОТ НА КОНТАМИНАЦИЈА

Група растојание	Број на пациентите	Максила		Мандибула	p
		(CFU X ± cr)			
Вкупно	33 (16+17)				
15 cm		236,8 ± 93	25,5 ± 6		p<0,001
60 cm		2,0 ± 0,6	1,4 ± 0,9		н.с.
Контрола	16 (8+8)				
15 cm		402 ± 106	40 ± 9,8		p<0,001
60 cm		3,3 ± 1	3 ± 1,7		н.с.
Betadine	17 (8+9)				
15 cm		71 ± 36	0,5 ± 0,5		p<0,001
60 cm		12,5 ± 3,4	0		-

Стратифицирањето на резултатите според локализацијата на лекуваниот заб покажа сигнификантно поголема контаминација при лекувањето на забите на максилата во споредба со онаа на забите на мандибулата на растојание од 15 cm (табела 6). Тоа не беше случај при споредувањето на степенот на контаминација на 60 cm во зависност од локализацијата на забот. Овие резултати беа потврдени и при одделното споредување како во контролната така и во групата третирана со Betadine.

Дискусија

Добиените резултати се во согласност со слични испитувања на Michael и сор. (4). Тие, исто така, изолирале многу поголем број микроорганизми од плочата што се наоѓала на градите на пациентот. Истите автори сигнификантно го редуцирале бројот на микроорганизмите со употреба на кофердам. Во нашите испитувања постигнавме смалување на контаминацијата со употреба на орален раствор на Betadine.

Разликите во CFU, добиени во нашите испитувања, се со релативно голема стандардна грешка. Тоа е веројатно последица на разликите во бројот на оралните микроорганизми присутни во устата на одделни пациенти. Тоа беше причина што 2 пациенти, кај кои бројот на микроорганизмите беше за повеќе од 10 пати помал, не ги зедевме во обсервација.

Наодот на релативно висок број орални микроорганизми во околината на пациентот укажува на високиот ризик на персоналот од респираторни крос-инфекции. Кај акутните респираторни инфекции интервенцијата би требало да се одложи но кај пациентите кои се бацилоносители или се во фаза на инкубација на болеста тоа не е можно. Кај нашите пациенти, иако клинички беа здрави, во плунката на 5 од нив (15%) беше изолиран *Streptococcus pyogenes*.

Присуството на други патогени бактерии и вируси, чија идентификација не беше цел на овој труд, според горе наведениот наод, можеме да претпоставуваме дека е значајно. Затогата императивно се наметнува потребата, во секојдневната практика да се употребуваат ракавици, маска и очила од страна на медицинскиот персонал. Секако дека од големо значење се претходно доброто четкање на забите и промивањето на устата со благи дезинфекциони средства. Во ова испитување ние тоа го потврдиме со употребата на Betadine.

Резултатите од ова испитување ја потврдуваат оправданоста на промивањето на устата со орални дезинфекциони средства, со цел за спречување на аероконтаминацијата, особено кај високоризичните пациенти (акутни респираторни бактериски и вирусни инфекции, туберкулоза, ХИВ и др.).

Summary

ORAL ANTISEPTICS REDUCE MICROORGANISMS IN AEROSOLS PRODUCED DURING DENTAL TREATMENT

Tofović D., Panovski N., Matovska Lj.

The aim of this study was to evaluate the effect of oral antiseptic on microorganisms in aerosols produced during dental treatment. Using the oral antiseptic Betadine, the presence of microorganisms on different distances from the patient was determined. Compared with 60 cm distance, significantly ($p < 0,001$) higher air pollution on 15 cm distance was obtained. Also significantly higher air pollution was obtained during the dental treatment of maxillary teeth compared with mandibular teeth ($p < 0,001$). On 15 cm distance, compared with control group, Betadine significantly reduced the number of microorganisms. These results confirm the need of use of oral antiseptics in order to prevent air pollution, especially in high risk patients.

Key words: microorganisms; protective devices; occupational diseases

Литература

1. MILLER RL, BURTON WE, SPORE RW. Aerosols produced by dental instrumentation. Proc First Internat Sam Aerobic 1963; 97-120.
2. BELTING GM, HABERFELDE GC, JUL LK. Spread of organisms from dental air rotor. J Am Dent Assoc 1964; 68: 648-51.
3. MILLER RL, MICA RE. Air pollution and its control in the dental office. Dent Clin North Am 1978; 22: 453.
4. MICHAEL AC, MILLER CH, SHELDRAKE MA. The efficacy of the rubber dam as a barrier of the spread of microorganisms during dental treatment. J Am Dent Assoc 1989; 119: 141-4.
5. SUTTER VL, CITRON DM, EDELSTEIN MAL, FINEGOLD SM. Wadsworth anaerobic bacteriology manual. (4th edition), 1985: 98-100.

6. ISENGERG HD, D'AMATO RE. Indigenons and pathogenic microorganisms of humans. Mannual of clinical microbiology, (5th Edition) Balows A, 1991: 2-14
7. EHNER M, LERMEN W, PAU HW. Comparative investigation of the antiseptic efficacy of the oropharyngeal cavity. Hyg Med, 1990; 15: 148-52.
8. SCOOP WI. Gingival degerming by povidone - iodine irrigation: bacteremia reduction in extraction procedures. J Am Dent Assoc 1971; 83: 1294-6.
9. RANDALL E, BERMAN H. Local degerming with Povidone-iodine. I. Prior to dental prophylaxis. J Periodontol 1974; 145: 866-9.

Неделковска М., Матовска Љ.

ФЕНИКС АПСЦЕС - ПРЕДИЗВИК ЗА ЕДНОСЕАНСНА ТЕРАПИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за дентална патологија и терапија

Емпириската подлога на овој труд ја дадоа примената и контролата на едносеансната терапевтска процедура на примерок од 20 пациенти со егзацериран хроничен пародонтит во четвртиот субмукозен стадиум, со изразита флукуација на апсцесот.

Беа третираны заби во фронтот и премоларите.

По спроведената едносеансна терапевтска процедура, што се состои од биомеханичката обработка, иригација, дефинитивна оптурација на коренскиот канал и инцизија на апсцесот, кај третираните пациенти исчезнаа субјективните тегоби, а забите беа вратени во функцијата.

Клучни зборови: одонтогени инфекции; оптурација на коренските канали; ендодонција; периапикален периодонтитис, хроничен

Во последните години им се посветува сè поголемо внимание на одонтогените инфекции. Тоа се должи на зголемувањето на тежината на нивниот тек, како и на сè посериозните компликации што тие ги предизвикуваат. Кон овие причини можат да се додадат и високата резистентност спрема применетите антибиотици, пролонгирањето и тежината на лекувањето, како и долготрајното намалување на работоспособноста на пациентите.

Клиничките и експерименталните проучувања покажаа дека при одонтогените инфекции настануваат и општи нарушувања во организмот: натрупување на метаболити, интоксикација, нарушување на електролитниот и белковинскиот баланс, автоимунни нарушувања и друго.

Во американската стручна литература се користи изразот "феникс апсцес" што означува егзацерибација на хроничното воспаление во акутен стадиум. Во европската литера-

тура активацијата на процесот се нарекува *parodontitis apicalis chronica exacerbans*. Секое хронично воспаление може да премине во акутен стадиум поради промена на рамнотежата меѓу етиолошкиот агенс и организмот. Основна причина е промената на условите што постојат во каналниот систем или нарушувањето на општите имунолошки сили на организмот (5). Освен наведените акцесорни фактори од локална и општа природа, во настанувањето на одонтогените инфекции важна улога имаат и присутните микроорганизми. Од нивниот вид и вируленција зависи клиничката слика, тежината на инфекцијата, а во потешките случаи и изборот на антибактериските средства.

Со интензивирање на клиничките симптоми текот на хроничното заболување станува акутен, а со тоа станува неопходна и интервенцијата.

Материјал и метод

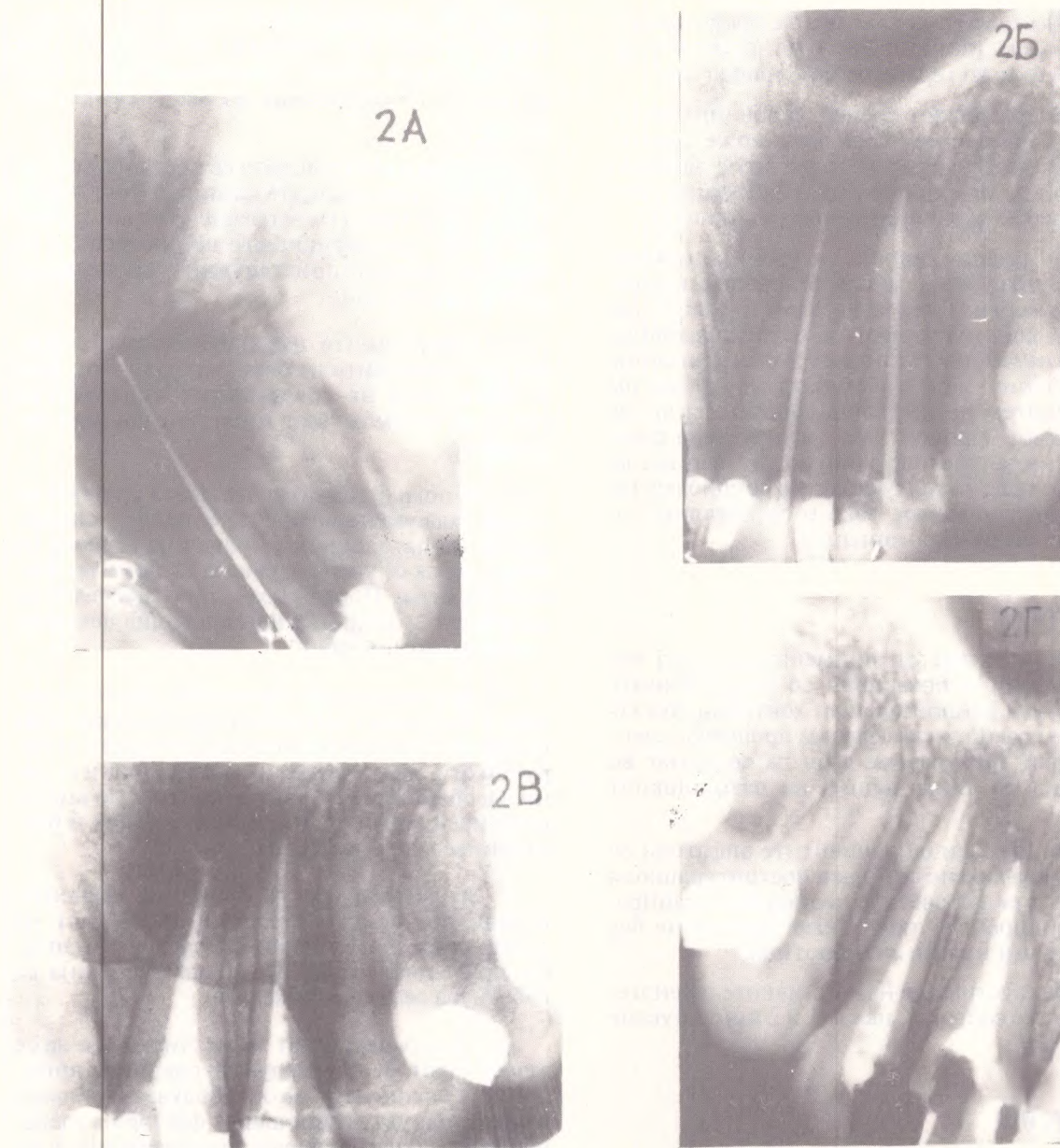
Емпириска основа на овој труд претставуваат примената и контролата на терапевтската процедура врз примерок составен од 20 пациенти со егзацериран хроничен пародонтит во четвртиот субмукозен стадиум, со изразита флукуација на апсцесот. Беа третираны заби во фронтот и премолари.

При феникс апсцесот, изборот на терапевтскиот метод зависи од клиничката слика, стадиумот во кој се наоѓа развојот на пародонтитот, како и од причините што го предизвикале.

Пред почетокот на терапијата треба да се провери и утврди: (1) дали општата состојба на организмот со неговите реактивни можности дозволува лекување; (2) кои се причините за апсцесот; (3) постои ли можност пародонтитот да биде лекуван по терапевтски пат; (4) какви се условите и можностите за отстранување на ексудатот; (5) дали е потребно ординирање на терапевтски средства (доколку е потребно кои од нив?) за да му се помогне на



Слика 1. (а) Апсцесна формација во форникс; (б) рендгенолошки приказ на дифузен пародонтит на 11, како резултат на лоша оптурација на коренскиот канал; (в) одредување на foramen apicale externum, со маркирање на гутаперка; (г) инцизија со поставување дрен; (д) санација на инцидираното ткиво



Слика 2. (а) Рендгенолошки приказ на периапикална лезија на 11. и 12. причина за феникс апсцес; (б) маркирање на гутаперка до *foramen apicale externum*; (в) оптурација до *foramen apicale externum*; (г) редуција на периапикалната лезија според контролната снимка направена 3,5 месеци по завршениот третман.

организмот успешно да ја совлада воспалителната состојба.

Методологијата на едносеансната терапевтска процедура се состои од неколку фази и постапки:

- трепанација и се проверува проодноста на коренскиот канал;
- евакуација на содржината на коренскиот канал со наизменична иригација и механичка обработка;

- визуелизација на интервенцијата со рендгенолошка проценка на претходно внесена гутаперка во коренскиот канал заради одредување нивото на *foramen apicale externum*;
- дефинитивна оптурација на коренскиот канал.

При лекувањето на феникс апсцесот, основна задача е да се отстрани ексудатот кој во голема мера го одредува исходот на патолошкиот процес.

ДЕНТАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

Уважувајќи ја класичната препорака *ubi pus ibi evasio*, инцидирањето на апсцесот е наредната фаза во терапевтската процедура.

Испразнетиот апсцес се дренира со гумен или јодоформен дрен за да може да истекува гнојниот секрет и за да не се затворат рабовите на инцидираното ткиво зашто, инаку, би можел да се предизвика рецидив (1).

По дефинитивната оптурација на каналот и инцизијата на апсцесот, последни терапевтски мерки во терапијата на феникс апсцесот, натамошниот развој - до целосна ликвидација на патолошкиот процес и реосификација на изгубениот дел од коскената структура - им е препуштен на имунобиолошките сили на организмот. Процесот на дефинитивна санација може да трае покус или подолг период, во зависност од трајноста колку егзактно се спроведени терапевтските мерки, како и од локалните и општите сили на организмот.

Резултати

Резултатите од примената на овој метод, следени и потврдени со периодичните клинички и рендгенолошки контроли, укажуваат на високиот успех на оваа процедура, овозможувајќи третираните заби да се вратат во функција по елиминација на патолошкиот процес.

Кај ниеден од пациентите опфатени со ова испитување не се појави постоптурациона болка, а за релативно кус период беше санирано инцидираното ткиво, иако притоа не беа ординирани никакви антибиотици.

За илустрација на клиничките и рендгенолошките состојби, на сл. 1 и 2 прикажуваме два случаи.

Дискусија

Веќе е надминат оној период и приод кога егзацерираните хронични пародонтити беа објект само на хируршката стоматологија. Правило беше најнапред да се инцидира апсцесот, а потоа да се екстрахира забот-причинител (1).

Можност за спонтанa санација не постои бидејќи комплексниот макро и микроканален систем со инфицирана пулпа овозможува непрекинатa администрација на токсини, бактерии или распадни продукти на пулпата. Овој систем е изолиран, односно исклучен од циркулацијата на крвта и останува надвор од одбранбениот систем на организмот.

Овие околности наложуваат специфичен начин на терапија. Постојат повеќе методи што овозможуваат помал или поголем успех. Проблемот на лекувањето егзацерирани

хронични пародонтити сè уште не е дефинитивно решен. Тоа доведува до егзодонтизам што има за последица губење на забниот орган и можни компликации на мастикаторниот апарат.

Досега во терапијата се постапуваше пасивно. По трепанацијата на апикалниот отвор, коренскиот канал се оставаше отворен заради постепено хронифицирање на процесот, а по извесен период се пристапуваше кон лекување на заболениот заб.

Современите патофизиолошки сознанија за причините на овие пародонтити, како и примената на современите терапевтски средства овозможуваат нивно поуспешно лекување.

И покрај тоа што има доста трудови во кои се укажува на можноста за целосна ликвидација на патолошкиот процес на апексот на забот, сепак сè уште со скепса се примаат ваквите тврдења. Поради тоа многу терапевти се одлучуваат за крајната, најнеповолна постапка - екстракција на забот.

Лекувањето на коренскиот канал во основа е хируршка интервенција и се заснова врз истите општи принципи што важат за хируршкото згрижување на инфицираните рани. Особено се настојува да се избегне внесување нови микроорганизми во каналот и настанување суперинфекција (3).

Зголемувањето на бројот на сеансите, поради повторното отворање на каналот на забот, претставува можност за реинфекција. Со примената на едносеансната терапија се избегнува оваа компликација.

Со терапевтскиот зафат, чија цел е да се зачува забот, се спроведуваат следниве принципи: (1) пациентот се ослободува од болката и се отстранува етиолошкиот фактор на воспалението; (2) се спречува дисеминацијата на бактерии во организмот.

Антибиотици се применуваат само кога состојбата на пациентот го наложува тоа, на пример, кога пациентот е предиспониран на бактериски ендокардит. Инаку, пожелно е антибиотиците да бидат изоставени во терапијата. Дури и кога температурата на пациентот е зголемена антибиотиците не се нужни, доколку дренажата е добра. Но, ако и покрај добрата дренажа се влошува општата состојба на пациентот, во таков случај можат да се дадат антибиотици (2).

Според тоа, во принцип, треба да се избегнува рутинска примена на антибиотици кои, за жал, сè повеќе се ординираат. Антибиотиците не можат да ја поправат, а уште помалку можат да ја заменат нестручната работа.

Summary

PHOENIX ABSCESS: A CHALLENGE FOR ONE-APPOINTMENT THERAPY

Nedelkovska M., Matovska Lj.

This investigation was inspired by our experience in practicing one-appointment therapy procedures on a case material comprising 20 individuals with exacerbated chronic periodontitis in the fourth sub-mucous stage, with an emphasised fluctuation of the abscess.

Frontal teeth and premolars were treated. After the one-appointment therapy procedures, comprising biomechanical obturation, irrigaton and final obturation of the root canal and incision of the abscess., subjective symptoms withdrew, and the teeth were in function again.

Key words: endodontics; root canal obturation; periapical periodontitis, chronic

Литература

1. MIŠE I. Oralna kirurgija. JUMENA, Zagreb, 1983: 233-51.
2. NJEMIROVSKIJ Z i sur. Klinička endodoncija. Globus, Zagreb, 1987: 251-92.
3. LEKOVIĆ V, LEKIĆ P, PETROVIĆ V. Antibiotici u stomatološkoj praksi. Naučna knjiga, Beograd, 1992: 95-141.
4. TODOROVIĆ S i sar. Naša iskustva u lečenju akutnog apeksnog, purulentnog paradontitisa fokalmin-jodoform pastom. Stomatol Gl Srb 1985; 4-5.
5. PAVLOVIĆ V. Parodontitis chronica granulomatosa kao reakcija lokalnog imunološkog odgovara organizma, (doktorska distertacija). Niš 1978:107.
6. LUKIĆ A. Imunohistohemijska analiza imunokompetentnih i akcesornih ćelija u periapikalnom granulomu (doktorska disertacija). Beograd 1987: 126.

Амалгами

Amalcap plus
Non-Gamma 2



Amalcap plus се употребува за полнења од I и II класа на премоларите и моларите. Изработен е според новиот метод на распрскување. Тоа е тернарна легура која е 100-постотно составена од топчести честички. Амалгамот се набива лесно, добро се обликува и извонредно се полира. Тој е позитивно димензиски стабилен.

Во капсулата, поред соодветната количина на амалгамска предлегура, во форма на најситни топчиња, во меур од заварена заштитна фолија се наоѓа и најчиста жива.

Состав:
Ag 70.1%, Sn 18.0%, Cu 11.9%



Чување:
на суво место

Накова М., Поповска М., Георгиева С.

ЕПИДЕМИОЛОШКИ И ТЕРАПИСКИ АСПЕКТИ НА УЛЦЕРОНЕКРОЗНИОТ ГИНГИВИТ: НАШ МАТЕРИЈАЛ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за болести на устата и пародонтот

Од реализираните испитувања на епидемиолошките и терапевските аспекти на улцеронекрозниот гингивит, авторите дојдоа до сознание дека ова заболување, во однос на возраста, најчесто се среќава кај пациенти кои припаѓаат на возрасната групација од втората до третата деценија на животот (44,44%), потоа од третата до четвртата деценија, а кај другите возрасти е занемарливо. Во однос на полот, поголема е застапеноста на машкиот пол (60,7%).

Што се однесува до терапијата, позитивен ефект е постигнат и кај двата користени метода: катодна галванизација и давање пеницилин, локално по пат на галванска струја, меѓутоа со преваленција кај локалната апликација на пеницилин. Во случај на сензибилизација, комплетен терапевски третман може да се реализира со катодна галванизација.

Клучни зборови: гингивитис, некротизирачки, улцерозен; електрицитет; антибиотици; пеницилин; електрони

Алтеративно воспалителните процеси во оралната празнина најчесто клинички се представени со улцеронекрозен гингивит, а поретко со улцеронекрозен гингивостоматит. Ваквите промени во устата се условени од енормно зголемениот број на *Bacillus fusiformis* и *Spiroheta Vincenti* кои живеат во симбиоза и кои претставуваат нормални жители на бактеријалната флора во оралната празнина. Постои мислење дека овие два микроорганизма се еден ист микроорганизам, а присутвото на двата облика се нивни две различни развојни фази (1). Меѓутоа, денес со сигурност е докажано дека се работи за два различни микроорганизма кои живеат во цврста симби-

оза во оралната празнина (1). Енормното зголемување на *Bacillus fusiformis* и *Spiroheta Vincenti* најчесто е условено од присуството на бројни предиспонирачки и провоцирачки фактори од локален и општ карактер (лоша орална хигиена, забен камен, *Bacillus fusiformis* и *Spiroheta Vincenti*, *Dentitio difcilis*, лоши конзервативни и протетички надоместувања, крвни заболувања, психогени нарушувања и др.) (6, 7, 10).

Епидемиолошките испитувања во однос на возраста на овој орален ентитет се неусогласени и контрадикторни. Според Miglani (3) и Sheiham (8) тој се јавува кај пациенти со просечна старост од 14,7 години, а Pindborg (5) преку своите испитувања дошол до сознание дека улцеронекротичниот гингивит се јавува кај лица со возраст под 10 години; Sheiham (8) смета дека најфреквентно е заболувањето кај лица меѓу втората и шестата година од животот, додека испитувањата на Topić (9) укажуваат дека заболувањето најчесто се јавува кај возрасната групација од 20 до 30-годишна возраст.

Во однос на терапијата, од литературата што ја имавме на располагање може да се види дека, како изборно средство во лекувањето на улцеронекротичниот гингивит, се користи пеницилниот (Dajić) (10).

Имајќи ги предвид шаренилото и контрадикторноста на литературните податоци, а со желба да дојдеме до сопствени сознанија за епидемиолошките карактеристики и терапевските аспекти на улцеронекротичниот гингивит кај нашата популација, ја поставивме и целта на трудот: да се проследи фреквентноста на улцеронекротичниот гингивит кај различни возрасни групации кај обата пола, сезонската динамика на болеста и да се изврши компарација на терапевскиот ефект на примената катодна галванизација и пеницилинот.

Материјал и метод

На Клиниката за болести на устата се опсервирани 79 пациенти со поставена дијагноза улцеро-некротичен гингивит, од кои 31 жена и 48 мажи на возраст од 15 до 60 години. Дијагнозата ја поставуваме врз основа на субјективните тегоби, објективниот клинички наод и микробиолошката анализа.

Од субјективните тегоби и објективниот клинички наод беа следени следниве параметри: болка, фетор, крвавење, присуство на улцери и реакција на регионалните лимфни јазли.

Процена на ефектот од примената терапија вршевме врз база на субјективните тегоби, објективните клинички промени по првиот, третиот, петтиот ден од третманот и деновите потоа.

Микробиолошката анализа ја реализиравме со земање брис од промената, а потоа материјалот беше испракан во Институтот за микробиологија, каде што се бараа анаероби. Присуството на *Bacillus fusiformis* и *Spiroheta Vincenti* ја потврди примарно поставената клиничка дијагноза.

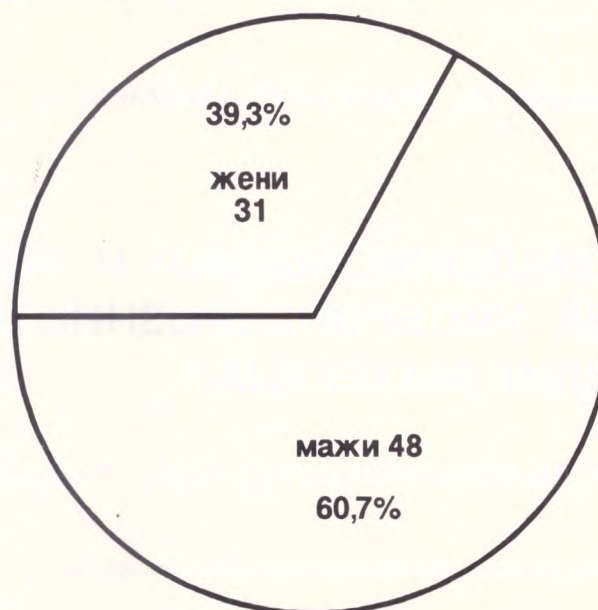
Кај испитаничката група, по поставената дијагноза, се пристапи кон ординирање терапија на опсервираните пациенти. Сите испитаници беа поделени на две групи: А и Б.

Групата А ја презентираа 39 пациенти со дијагноза улцеро-некротичен гингивит. Терапијата се состоеше во локална апликација на пеницилин по пат на галванска струја. Поради брзата елиминација на пеницилинот, како и поради општата симптоматологија и реакција на регионалните лимфни јазли, терапијата беше надополнета и со антибиотик од истата група кој се ординираше на секои шест часа по 500 mg per os.

Групата Б ја сочинуваа 40 пациенти со дијагноза улцеро-некротичен гингивит, а во терапевскиот третман беа подложени на катодна галванизација и терапијата беше надополнета со антибиотик ампицилин на секои 6 часа по 500 mg per os.

Резултати

На графиконот 1 е даден приказ на зачестеноста на заболувањето во однос на полот. Од овој графикон може да се забележи дека заболувањето е почесто кај мажите. Од 79 болни, тоа е регистрирано кај 48 (или 60,7%) мажи и кај 31 (39,3%) жена.



Графикон 1. Графички приказ на процентуалната застапеност на болни со улцеро-некротичен гингивит во однос на полот

Табела 1 ја прикажува зачестеноста на пациентите со улцеро-некротичен гингивит во однос на возраста во периодот од 10 до 60 години. Најголема инциденца на болни е забележана кај пациентите од 20 до 30 години, каде што од вкупно 79 болни само 35 беа болни на оваа возраст, т.е. (44,44%). Со стареењето опаѓа инцидентноста на болеста, така што од 79 болни само двајца беа на возраст од 50 до 60 години

ТАБЕЛА 1. ПРОЦЕНТУАЛНА ЗАСТАПЕНОСТ НА УЛЦЕРО-НЕКРОЗНИОТ ГИНГИВИТ ВО ЗАВИСНОСТ ОД ВОЗРАСТА НА ИСПИТАНИЦИТЕ

Возраст во години	Број болни n=79	%
до 10	-	-
11-20	15	18,88
21-30	35	44,44
31-40	20	25,38
41-50	7	8,97
51-60	2	2,52

Во табела 2 е прикажана сезонската динамика на пациентите со улцеро-некротичен гингивит. Од оваа табела се забележува дека заболувањето најчесто се јавува во септември: од вкупно 79 болни - 18 (22,78%), потоа во октомври 10 (12,65%) и во март 12 (15,63%). Најмал број болни е забележан во јуни и јули месец.

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

ТАБЕЛА 2. СЕЗОНСКА ДИНАМИКА НА УЛЦЕРО-НЕКРОЗНИОТ ГИНГИВИТ КАЈ ОПСЕРВИРАНИТЕ ПАЦИЕНТИ

Месец	Број болни n=79	%
јануари	5	6,34
февруари	3	3,79
март	12	15,63
април	10	12,65
мај	6	7,69
јуни	-	-
јули	1	1,26
август	3	3,79
септември	18	22,78
октомври	10	12,65
ноември	4	5,12
декември	7	8,97

Табела 3 е презентација на динамиката на симптомите кај болни од улцero-некроти-

чен гингивит, кои се третирани со давање пеницилин по пат на електрофореза, надополнета со капсули ампицилин од 500 mg на 6 часа. Во првата посета т.е. во нулто време, кај сите 39 пациенти беа присутни болката, улцерациите, феторот, крвавењето и реакцијата на регионалните лимфни јазли. По првиот терапевтски третман болката беше присутна кај 28 пациенти (71,8%), улцерациите кај 31 пациент (79,4%), феторот кај 18 (46,4%), крвавењето кај 5 (12,8%) и реакција на регионалните лимфни јазли беше евидентирана кај 3 болни (7,7%). По третиот ден од третманот болката се повлекла кај 28 пациенти, т.е. беше присутна само кај 11 болни (28,2%) улцерите кај 8 болни (20,6%), феторот кај 12 болни (30,6%), крвавењето кај 17 болни (43,6%), додека реакцијата на регионалните лимфни јазли беше присутна кај 3 (7,7%). По петтиот ден од апликацијата феторот остана присутен кај 9 болни (23%), крвавењето кај 17 (43,6%). Болката, улцерите и реакцијата на регионалните лимфни јазли по петтиот ден не беа присутни. Над петтиот ден остана присутно само крвавењето, и тоа кај 5 пациенти (12,8%).

ТАБЕЛА 3 ДИНАМИКА НА СИМПТОМИТЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО УЛЦЕРО-НЕКРОЗЕН ГИНГИВИТ ЛЕКУВАНИ СО PENICILIN + CAPS. AMPICILLIN

Терапија	Време на третманот во денови	Симптоми				
		болка n (%)	улцери n (%)	фетор n (%)	крвавење n (%)	рег.лим.јазли. n(%)
EF	0	39 (100,0)	39 (100,0)	39 (100,0)	39 (100,0)	39 (100,0)
Penicillin	по 1 ден	28 (71,8)	31 (79,4)	18 (46,4)	5 (12,8)	31 (7,7)
+	по 3 дена	11 (28,2)	8 (20,6)	12 (30,6)	17 (43,6)	3 (7,7)
Caps	по 5 дена	-	-	9 (23,0)	17 (43,6)	-
Ampicillin	над 5 дена	-	-	-	5 (12,8)	-

Во табела 4 е претставена динамиката на симптомите кај болни со улцero-некротичен гингивит кои се лекувани со катодна галванизација и капсули ампицилин на 6 часа по 500 mg per os.

Во првата посета болката, улцерите, феторот, крвавењето и регионалните лимфни јазли беа присутни кај сите 40 болни. По првиот ден од апликацијата на катодната галванизација болката остана присутна кај 15 пациенти (37,5%), улцерите кај 16 болни (49,0%), феторот кај 14 (35,0%), крвавењето кај 3 болни (7,5%) и реакцијата на регионалните лимфни јазли кај 22 (55,0%).

По третиот ден болката се јави кај 14 болни (35,0%) улцерите кај 21 пациент (52,5%), феторот кај 13 (32,5%), крвавењето кај 9 (22,5%) и реакцијата на регионалните лимфни јазли кај 10 пациенти (25%). По петтиот ден од терапевтскиот третман болката остана присутна само кај 6 болни (15%), улцерите кај 3 (7,5%), феторот кај 11 (27,5%), крвавењето кај 19 (47,5%) и реакцијата на регионалните лимфни јазли кај 8 (20%). Над петтиот ден болката и улцерите беа елиминирани, додека од симптомите останаа да перзистираат феторот кај 3 (7,9%), крвавењето кај 9 (22,5%) и реакцијата на регионалните лимфни јазли кај 8 болни (20%).

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

ТАБЕЛА 4 ДИНАМИКА НА СИМПТОМАТА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО УЛЦЕРО-НЕКРОЗЕН ГИНГИВИТ ТРЕТИРАНИ СО КАТОДНА ГАЛВАНИЗАЦИЈА + CAPS. AMPICILLIN

Применета терапија	Време на третманот во денови	Симптоми				
		болка n (%)	улцери n (%)	фетор n (%)	крвавење n (%)	рег.лим.јазли n (%)
катодна галванизација + Caps. Ampicillin	0	40 (100,0)	40 (100,0)	40 (100,0)	40 (100,0)	40 (100,0)
	по 1 ден	15 (37,5)	16 (40,0)	14 (35,0)	3 (7,5)	22 (55,0)
	по 3 дена	14 (35,0)	21 (52,5)	13 (32,5)	9 (22,5)	10 (25,0)
	по 5 дена	6 (15,0)	3 (7,5)	11 (27,5)	19 (47,5)	8 (20,0)
	над 5 дена	-	-	3 (7,5)	9 (22,5)	8 (20,0)

Дискусија

Од нашите добиени резултати за процентуалната застапеност на улцеро-некротичниот гингивит при различни возрастни групации јасно се гледа дека ова заболување е најфреквентно кај испитаниците на возраст од 20 до 30 години. Ваквата висока процентуална застапеност на присуството на улцеро-некротичниот гингивит во оваа возрастна група сметаме дека е израз на присуството на бројни локални предиспонирачки и провоцирачки фактори, во прв ред *dentitio difcilis*, лошата орална хигиена, кариозните и деструирани заби, пушењето, тие, преку создавањето кисела средина и анаеробни услови за живот, доведуваат до нарушување на биолошката рамнотежа на бактеријалната флора во оралната празнина што резултира во енормно зголемување на бројот на анаеробните микроорганизми, во прв ред на *Bacillus fusiformis* и *Spirosheta Vincenti* (1). Овие микроорганизми, преку своите токсини, вршат некроза на слободната гингива, не изоставувајќи ги и другите ткива, а вклучувајќи ја и алвеоларната коска, и доведуваат до клиничка манифестација на улцеро-некротичниот гингивит, изолиран или во склоп со пародонталната болест. Овие наши резултати се во согласност со резултатите добиени од некои автори (2, 9), а се во спротивност со тие на други (3, 5, 8).

Во однос на сезонската динамика на заболувањето, најголема фреквентност е забележана во септември (22,18%), потоа во март (15,65%), па во октомври и април (12,65%), што е во согласност со испитувањата на Pindborg и Sheiham (5, 8).

Резултатите добиени од спроведената терапија кај двете испитувани групи покажуваат позитивни ефекти. Најмаркантниот симптом - болката - при локална апликација на електрофореза на пеницилин по пат на катодна галванизација, по првиот ден од примената

исчезна кај 71,8% од пациентите, а кај 28,2% по третиот ден од третманот. Додека, пак, кај пациентите кои беа лекувани со катодна галванизација имавме побавен ток на повлекување, односно по првиот ден од апликацијата болката исчезна кај 37,5%, по третиот ден кај 35,7%, а по петтиот ден кај 15%. Слична генеза на повлекување кај двете испитувани групи евидентиравме и при улцерите како објективен клинички симптом на улцеро-некротичниот гингивит. Губењето на палпаторната чувствителност на регионалните лимфни жлезди и нивното комплетно повлекување, исто така, покажува побрза динамика кај групата пациенти третирани со пеницилин по пат на електрофореза и *reg os*, отколку кај испитаниците лекувани со катодна галванизација и перорална примена на антибиотик. Комплетна регресија на регионалните лимфни жазли кај пациентите од првата група (третирана со пеницилин) се постигнува по петтиот ден, а кај 20% од испитаниците третирани со катодна галванизација не настанува повлекување и по петтиот ден од третманот. Симптомите крвавење и фетор, кај помал број пациенти од двете испитанички групи, перзистираат и по петтиот ден од третманот, што укажува на претходно постоење воспалително-деструктивни промени на пародонталните ткива. Постигнатиот позитивен терапевски ефект кај испитуваната група пациенти сметаме дека се реализира преку строго бактерицидното дејство на пеницилинот, односно преку неговото инхибиторно дејство врз бактериската мембрана, како и преку бројните позитивни ефекти на катодната галванизација кои дејствуваат на повеќе сегменти: промена на рН на средината, елиминација на ацидозата, инактивација на протеолитичките ензими, вазодилатација на крвните садови, активација на метаболните процеси во пародонталните ткива, намалување на надразливоста на сензитивните нервни завршоци и, на крајот, директното бактерицидно дејство на галванската струја. Денес со

сигурност се знае дека леталната доза за некои бактерии изнесува 1mA/min а интензитетот на електричната струја што се користи при катодната галванизација е доволен да ги уништи дури и бактериските спори. (10).

Побрзот тераписки ефект кај првата група (А) испитаници во однос на втората (Б) е израз на кумулативните позитивни ефекти на пеницилинот и катодната галванизација, што му дава предност на овој метод во терапијата на улцеро-некротичниот гингивит. Побавен, но комплетен тераписки ефект при улцеро-некротичниот гингивит се постигнува и со катодната галванизација, па во услови на сензибилизација на пациентот на пеницилин ја препорачуваме како избран тераписки метод при заболувањето.

Од реализираните испитувања за епидемиолошките и тераписките аспекти на улцеро-некротичниот гингивит кај нашата популација може да се заклучи следново:

- улцеро-некротичниот гингивит е заболување кое најчесто се среќава кај возрастната група од 21 до 30 години (44,4%), потоа кај испитаниците од 31 до 40 години (25,38%), од 11 до 20 години (18,8%), а незанемарлив е бројот и кај другите возрастни групации;
- во однос на половата припадност, поголема е застапеноста на машкиот пол (60,7%) во однос на женскиот пол (39,3%);
- позитивен тераписки ефект е постигнат и со двата користени метода, односно со локална апликација на пеницилин по пат на галванска струја и со катодна галванизација надополнета со перорална примена на антибиотици поради општата стоматологија и реакцијата на регионалните лимфни јазли.

Побрз е терапискиот ефект кај пациентите кај кои е вршена локална апликација на пеницилин со галванска струја во однос на пациентите третирани со катодна галванизација.

Во случај на сензибилизација на пациентите на пеницилин, комплетен тераписки третман може да се реализира со катодна галванизација.

Summary

EPIDEMIOLOGICAL AND THERAPY ASPECT OF ULCERATIVE NECROTIZING GINGIVITIS

Nakova M., Popovska M.

From the investigations of the epidemiological and therapy aspects of ulceronecrotizing gingivitis, the

authors came to conclusion that it is most frequent among patients in the second and third decade of life (44,44%), then, in the third and fourth decade, but it is very rare in the other periods of life. We also came to conclusion that it is more frequent in males (60,7%) than in females.

As to the therapy, favourable treatment effects were accomplished by using both methods. Catod galvanization and using penicillin, but better treatment was accomplished by local application of penicillin. In cases of senzibilization to penicillin complete treatment can be accomplished by using catod galvanization.

Key words: gingivitis, necrotizing, ulcerative; electricity; antibiotics; penicillin; electrons

Литература

1. BERGER V. Beitrage zur und epidemiologie. Leipzig, J Ambrosius Verlag, 1979:15-23.
- 2.1 GROSS WG. Gingivitis. Bristol, J Wright Sons LTD, 1985 121-30.
3. MIGLANI D. Report of the engury "incidence of acute necrotizing ulcerative gingivitis and periodontitis" among cases seen at the Government, general hospital, Madras, J All-India. Dent.Assn. in press, 1975-205-7
4. MILLER SC, GREENETL J. A worldwide survey of acute necrotizing ulcerative gingivitis: a preliminary report. J Dent Med 1951; 13: 66-81.
5. PINDBOURG JJ. et al. Occurance of acute necrotizing gingivitis in South Indian children. J Periodont 1966; 37: 14-9.
6. РИБАКОВ АЈ, ИВАНОВ ВС. Јазвении гингивит клиника терапевтиченскаи стоматологии. Медицина, Москва, 1993: 24-9.
7. SOKIĆ T, ĐAJIĆ D. Bolesti usta. Naučna knjiga, Beograd, 1971:128-31.
8. SHEIHAM A. An epidemiological survey of acute ulcerative gingivitis in Nigerians Arch Oral Biol. 1966; (2): 937-942
9. TOPIĆ B, ARIFHODŽIĆ F. Komparacija metoda u lečenju ulceronekrotičnog. gingivitisa. 5. конгрес на стоматолозите на Југославија (Зборник на трудови), Скопје, 1975, 563-68.
10. DŽAJIĆ D. Etiopatogeneza i terapija ulceronekroznih oboljenja u ustima (doktorska disertacija) Beograd, 1971.
11. ĐAJIĆ D, ORLOV S, MIRKOVIĆ B. Oboljenja mekih tkiva usne duplje, Niš, 1981:88-113.

Симоновски М., Атанасова Е.

ЛАТЕРАЛНИОТ МУКОПЕРИОСТАЛЕН "PEDICLE" АВТОКАЛЕМ ВО ТРЕТМАНОТ НА ИЗОЛИРАНАТА ГИНГИВАЛНА РЕЦЕСИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за болести на устата и пародонтот

Преку клиничко-биометриска евалуација, реализирана во текот на деветмесечен опсервациски период, кај 18 пародонтални болни со клинички верифицирана изолирана гингивална рецесија, проследени со ефектите од примената на латералниот мукопериостален автокалем во нејзиниот третман, при што предоперативно детерминираниите димензии ја сочинуваа контролната група.

Констатираните наоди укажаа на фактот дека примената на латералниот мукопериостален графт резултира во високо сигнификантно изразена редукција на вертикалната димензија на денудираната коренова ареа во сите испитувани фази, па и на крајот на опсервацискиот период, во споредба со контролната група, претставена од предоперативно детерминираниите димензии ($1,22 \pm 0,18 \text{ mm}$ во однос на $4,48 \pm 0,50 \text{ mm}$).

Ваквиот наод на најубедлив начин го сугерира латералниот мукопериостален "pedicle" калем како преферабилен реконструктивен метод за третманот на изолираната гингивална рецесија.

Клучни зборови: гингивална рецесија; денудирана ареа; мукопериостален автокалем; евалуација

Појавата на мукогингивални отстапувања означува иницирање на двојна патогенетска алтерација, манифестирана како затворена деструкција, односно пародонтален џеб, или како "отворена" видлива деструкција, под форма на маргинални гингивални "расцепи" и гингивална рецесија, што е и индикатор за дезинтеграција на пародонталниот и мукогингивалниот ткивен комплекс, но и мотив за негова правовремена и адекватна реконструкција.

Во таа смисла, сложените мукогингивални аберации, сретнувани во вид на заеднички феномен, всушност орално-ткивен синдром, претставен пред сè од инсуфициентната функционална зона на прикрепена гингива, недоволно изразена вестибуларна длабочина и неадекватна плика или фенулум инсерција, редовно следени од локализирана, различно изразена гингивална рецесија и последична денудираност на забниот корен, сè уште претставуваат сложен етиотерапевтски проблем во секојдневната пародонтолошка практика.

Во најголем број од случаите, приоритет во прекривањето на денудираните забнокоренски ареи е даван на мукогингивалните, односно мукопериосталните графтови, при што во стручната пародонтолошка литература се наидува на различни, често неизедначени ставови во однос на ефектите од нивната примена (2-5, 8).

Ваквите сознанија од стручната литература и стручните ставови всушност беа и мотив за спроведување на клиничко-биометриска евалуација на ефектите од примената на латералниот мукопериостален графт во третманот на изолираната гингивална рецесија, и тоа како објективна можност за стекнување сопствени сознанија и искуства.

Материјал и метод

Испитувањето е реализирано кај 18 пародонтални болни со дијагностицирани мукогингивални отстапувања, следени со различно изразена гингивална рецесија, односно радикуларна денудираност, верифицирана кај 12 канини и 6 премоларни заби.

Селекцијата на случаите односно забите со изолирана гингивална рецесија, како и самата студија, е реализирана на Клиниката за болести на устата и пародонтот при Стомато-

лошкиот факултет во Скопје. Селекцијата на случаите е базирана на следниве критериуми:

- локализирана гингивална рецесија од над 3 mm во апикален и латерален (мезио-дистален) правец, која, како фреквентен морфолошки тип, е користена како клинички опсервациски модел;
- рдг-отсуство на интерпроксимална коскена ресорпција или нејзина иницијална изразеност;
- интерпроксимална длабочина на пародонталниот џеб под 3 mm;
- интерпроксимална височина на интерденталната папила во ниво на емајл-цементното споиште;
- оптимално изразена функционална зона на прикрепена гингива; отсутна гингивална рецесија и задоволителна вестибуларна длабочина во латералниот мукогингивален сегмент.

Предоперативно детерминираниите димензии на селектираните заби со денудирани забнокоренски ареи, користени се како контролни, односно ја формираа контролната група.

Кај сите пациенти беше сугерирана и одржувана оптимална плак-контрола.

Клиничко-метричките анализи, заради детерминирања на димензијата на денудираниот цементна ареа, беа спроведени непосредно пред 1, 3, 6 и 9 месеци по оперативниот

третман, при што од инцизалниот раб, како референтна точка (р), се одредувани следниве дистанци: (А) до емајлово-цементното споиште; (Б) до најдлабокиот дел на гингивалната рецесија; (В) до мукогингивалната граница; (Г) до дното на вестибулумот.

Одредувана е и длабочината на пародонталниот џеб.

Испитаниците се третирани со латерален мукопериостален "pedicle" автокалем, според принципите и критериумите за техничка изведба, предложени од страна на Ruben и сор. (7).

Статистичката обработка на податоците од спроведените клиничко-биометриски испитувања е реализирана на тој начин што за секој истражуван параметар кај селектираните пациенти се пресметувани: средната аритметичка големина (\bar{X}), стандардната девијација (Sd), стандардната грешка (Se) и сигнификантноста на разликите на вредностите преку користење на Student-овата t-дистрибуција, според методите на Johanson, Norman и Fred Leone (6) и Buyas (1).

Резултати

Резултатите од реализираната клиничко-биометриска евалуација и статистичката обработка на податоците се претставени во наредниот табеларен приказ.

ТАБЕЛА 1. ЛАТЕРАЛЕН МУКОПЕРИОСТАЛЕН "PEDICLE" КАЛЕМ
МЕТРИЧКА ДИНАМИКА НА ГИНГИВАЛНАТА РЕЦЕСИЈА/ММ

Опсервациски период/месеци	n	X	Sd	Se	t	r
I Предоперативно	18	4,48	0,50	0,12		
II Постоперативно	18	0,80	0,22	0,05	28,660	0,001
3 месеци	18	1,10	0,10	0,02	29,048	0,001
6 месеци	16	1,22	0,20	0,05	25,548	0,001
9 месеци	16	1,26	0,18	0,04	25,616	0,001

Во овој табеларен приказ се дадени податоци за метричката динамика на гингивалната рецесија, односно нејзината вертикална големина, изразена како дистанца од емајлово-цементното споиште до најдлабокиот дел на маргиналната гингива, пред и 1, 3, 6 и 9 месеци по Н примената на латералниот мукопериостален автокалем, аплициран врз прет-

ходно максимална механичко-хемиска обработка на денудираниите коренски ареи.

Податоците очигледно укажуваат на фактот дека уште првиот месец по спроведениот третман, доаѓа до значајна редукција на големината на изолираната гингивална рецесија, што е карактеристично и за севкупниот,

како и за крајот на опсервацискиот период, резултирајќи во статистички многу високо-сигнификантно изразена редуција на вертикалната големина на денудираниот ареа, во споредба со нејзината предоперативна вредност.

Дискусија

Резултатите од нашата клиничко-биометриска евалуација, спроведена заради тераписка проценка на реконструктивните полиефекти од примената на латералниот мукопериостален "pedicle" калем во третманот на изолираната гингивална рецесија, укажаа на фактот дека тој метод е придружен со значајно изразена редуција на вертикалната големина на дефектот во сите испитувани фази, па и на крајот од опсервацискиот период ($1,22 \pm 0,80$ mm, во однос на $4,48 \pm 0,50$ mm), што и клинички претставува реализација на висок терапевтски ефект.

Ваквиот наш наод е во согласност и со констатациите на Smukler(8), кој користејќи го латералниот мукопериостален графт во терапијата на изолираната гингивална рецесија, кај 15 пародонтални болни, независно од нејзините димензии и морфолошките карактеристики, кај 57% реализираше позитивен реконструктивен ефект. Тоа се совпаѓа и со наодите на Common и Mc Fall (3), кои по механичко-хемиското кондиционирање на денудираниот забнокоренски ареа, 5 месеци постоперативно, по хистолошки пат, констатирале засилено формирање на нова цементна маса и покоронарно дистрибуирана сврзано-ткивна формација, во споредба со контролната група.

Реализацијата на значајниот реконструктивен ефект, констатиран во нашето испитување, при третманот на гингивалната рецесија, најверојатно, се должи, покрај на оптимално спроведениот механичко-хемиски дебридман и коректната оперативна подготовка на реципиентната ложа, и на зачуваната "интринзик" васкуларизација, како и на присуството на периосталниот супстрат како интегрален дел од мукопериосталниот "pedicle", кој, како примарно репаративно ткиво, заедно и дуално со околотото периостално, ендостално и пародонтално ткиво во реципиентната ложа, го карактеризира потенцијал на биопродукција на резистентен т.н. графт атачмент, преку неоцементен и сврзно ткивен депозит врз коренската површина. Тоа едновременно го сугерира латералниот мукопериостален "pedicle" автокалем за најпреферабилен метод при реконструктивниот третман на изолираната гингивална рецесија.

Summary

LETALY MUKOPERIOSTEAL "PEDICLE" GRAFT IN THE TREATMENT OF LOCALIZED GINGIVAL RECESSION

Simonovski M., Atanasova E.

In an attempt to evaluate the effects of laterally mukoperiosteal "pedicle" graft in the treatment of localized gingival recession, a clinic-biometrical study for 9-months observation period in 18 periodontal patients with verified localized gingival recession and denuded roots surfaces was undertaken, the pre-operative measurements were used as a control group. Our clinical and biometrical evaluation showed that the use of laterally mukoperiosteal "pedicle" graft is followed by the significant reduction of vertical dimension of gingival recession in the all examined phases (1, 3, 6 and 9 months), as well as at the end of the observation period, in a comparison with the control group, ($1,22 \pm 0,18$ mm, $4,48 \pm 0,5$ mm, $p < 0,001$). Our findings suggest the fact that laterally mukoperiosteal "pedicle" autograft is absolutely preferable reconstructive method for the treatment of localized gingival recession.

Key words: gingival recession; denuded area; mukoperiosteal autograft; evaluation

Литература

1. BUYAS Z. Uvod i metode eksperimentalne psihologije. Zagreb, 1974.
2. CAFFESSE R, GUINARD GA. Treatment of localized gingival recessions. Part IV. Results after three years. J Periodontol 1980; 51:167.
3. COMMON J, MC FALL WJ, Jr. The effects of citric acid on attachment of laterally positioned flaps. J Periodontol 1983; 34: 9-18.
4. GRUPE HE, WARREN RF. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. J Periodontol 1956; 27: 92.
5. GUINARD GA, CAFFESSE RG. Treatment of localized gingival recessions. Part I. Lateral sliding flap. J Periodontol 1978; 49: 351.
6. JOHANSON NL, LEONE F. Statistics and Physical Sciences. John Willen and Sons, Part I-II, 1964, Nev York.
7. RUBEN MP, GOLDMAN HM, JONSON W. Biologic considerations fundamental successful employment of laterally positioned pedicle flaps and free autogenous gingival grafts in periodontal the-

rapy. Jn: Stahl S (ed). Biologic Basts Technique Spingfield II, Charles C Thomas, 1976, p 235-238

8. SMUKLER H. Laterally positioned mukoperiostal grafts in the treatment of denuded roots. A clinical and statistical study. J Periodontol 1976; 47: 590.

ЗАПОЧНА СО РАБОТА СТОМАТОЛОШКИОТ ПОСТЕДУКАТИВЕН СЕМИНАР

Во функција на поинтензивно остварување на една од своите функции насочена кон опреснување на знаењата, како и посебно правовремено осознавање на најактуелните стручно-научни трендови од страна на специјалистите од соодветните стоматолошки специјалности, Стоматолошкиот факултет организира нова форма-постедукативен семинар.

Во тој контекст, постедукативниот семинар организираше еднодневен курс за специјалистите по ортодонција на 3. XII 1993 година. Постедукативниот курс се одржа во амфитеатарот на Стоматолошкиот факултет во Скопје, под раководство на проф. д-р Тодор Бојациев и неговите соработници: проф д-р Надежда Горчулоска, доц. д-р Марија Зужелова и доц. д-р Јулијана Горгова.

Курсот имаше теоретско апликативен карактер и на него зедоа учество претставници речиси од сите медицински центри во Републикава, при што посебно беа елаборирани следниве теми:

- СОВРЕМЕНИ АСПЕКТИ НА ОРТОДОНТСКАТА ДИЈАГНОЗА И ПЛАН НА ТЕРАПИЈА - проф д-р Т. Бојациев;
- ВОВЕД И ПРИНЦИПИ ВО ТЕЛЕРАДИОГРАФСКАТА ДИЈАГНОЗА - проф. д-р Н. Горчулоска;
- ТЕЛЕРАДИОГРАФСКА ДИЈАГНОСТИКА ВО ТРЕТМАНОТ НА ОРТОДОНТСКИТЕ МАЛОКЛУЗИИ - доц. д-р М. Зужелова;
- ПРЕВЕНТИВА И ТЕРАПЕВТСКИ УВОД ВО ФИКСНАТА ОРТОДОНТСКА ТЕХНИКА - доц. д-р Ј. Горгова.

Семинарот, преку очекуваната динамика и ефектите, беше оценет како наполно успешен.

На сите учесници, за нивното активно учество, им беше доделен и сертификат.

*Декан,
проф. д-р М. Симоновски, dr. sci.*

Димитровски В.¹, Колевски П.², Поповска М.¹

ФРЕКВЕНТНОСТ НА ХЛА-АНТИГЕНИТЕ ОД А И Б ЛОКУСИТЕ КАЈ БОЛНИ ОД ПАРОДОНТОПАТИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ¹Клиника за болести на устата;
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ²Клиника за хематологија

Досегашните сознанија покажуваат дека генетската контрола на имуниот одговор се наоѓа во главниот систем на хистокомпатибилноста, т.н. ХЛА - систем.

Овој систем е сместен во кусиот крак на шестиот хромозом и има главна и одговорна улога во контролата на досега познатите 148 антигени.

Голем број автори го користат овој систем барајќи асоцијации на голем број болести со можните антигени од различни локуси. Ние, при типизацијата на болните со пародонтопатија и антигени од ХЛА - системот, ги добивме следниве резултати: кај првата група болни почесто се сретнуваат антигените од ХЛА Б8, а кај втората група антигените од ХЛА А9, ХЛА Б7 и ХЛА Б40.

Добиените резултати говорат дека болните, кои во својата геномска структура ги имаат овие антигени, може да се сметаат како болни со предрасположеност кон ова заболување.

Клучни зборови: пародонтални заболувања; антигени; ХЛА-систем

Пародонталната болест, како заболување на забно-потпорниот систем, претставува честа болест на современата цивилизација и е од постојан и особен интерес, а истовремено и предизвик за понатамошните испитувања во етиопатогенезата.

Земајќи предвид дека заболувањата кај човекот настануваат под дејство на надворешни и внатрешни причинители и дека не заболуваат сите лица изложени на дејството на овие причинители, се покажува дека, и при овој процес, од битно значење е конституција-

та на организмот, претставен преку имуногенетските фактори, т.е. имунолошката одбрана: може да не дојде до појава на болест (адекватна имунолошка одбрана) или може да дојде до болест (слаба или никаква имунолошка одбрана).

Главен елемент за настанување и развој на пародонтопатијата е и неадекватната имунолошка одбрана на организмот. Имуниот систем кај човекот, иако има општи заеднички карактеристики, со главна задача да го штити интегритетот на секој поединец од дејството на надворешните и внатрешните агенси, сепак е својствен и различен кај секоја личност.

Постојат повеќе механизми на регулација на имуниот одговор, од кои најбитна е генетската регулација.

Досегашните сознанија покажуваат дека генетската контрола на имуниот одговор се наоѓа во главниот систем на хистокомпатибилноста, т.н. ХЛА - систем. Овој систем е сместен во кусиот крак на шестиот хромозом и содржи пет локуса во кои се сместени гените, а тие пак ја контролираат структурата на досега познатите 148 антигени на површината на сите клетки кои имаат јадро, а особено лимфоцитите.

Поголем број автори го истакнуваат овој елемент и за негово испитување го користат ХЛА-системот, барајќи асоцијации помеѓу некои антигени од различни локуси на главниот систем на хистокомпатибилноста и пародонтопатијата (1, 3, 5). Овие испитувања не дале прецизен одговор за учеството на имуногенетскиот фактор како конституционална средина по патогенезата во пародонтопатијата, но поттикнале нови размислувања и понатамошни испитувања. Со цел да дојдеме до сопствени сознанија за улогата на ХЛА - системот во пародонталната болест, ја формиравме и целта на овој труд, да се изврши проценка на

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

имуногенетската склоност на организмот кон пародонтопатијата преку иследување на антигените од ХЛА - системот од локусите А и Б и можната асоцираност на болеста со некоја од нив.

ТАБЕЛА 1. ПРИКАЗ НА ЗАСТАПЕНОСТА НА ХЛА-АНТИГЕНИТЕ ОД ЛОКУСИТЕ А И Б

	Антигенска фреквенција		г.г
	болни % (N 56)	К.Г.% (N 54)	
А локус			
А 1	15 (26,7)	14 (25,9)	
А 2	30 (53,5)	26 (48,1)	1,2
А 3	3 (5,4)	6 (11,1)	
А 9	9 (16,0)	13 (24,0)	
А 10	7 (12,5)	7 (12,9)	
А 11	5 (8,5)	4 (7,4)	1,2
А 23	2 (3,6)	3 (5,5)	
А 24	7 (12,5)	10 (18,5)	
А 25	2 (3,6)	2 (3,7)	
А 26	1 (1,8)	5 (9,2)	
А 28	6 (10,2)	5 (9,2)	
А 29	1 (1,8)	1 (1,8)	
А 30+А 31	1 (1,8)	3 (5,5)	
А 32	3 (5,4)	2 (3,7)	
А X	16 (28,5)	15 (27,8)	
Б локус			
Б 5	16 (28,5)	16 (29,6)	
Б 7	5 (8,5)	6 (11,1)	
Б 8	9 (16,0)	6 (11,1)	1,5
Б 12	3 (5,4)	10 (18,5)	
Б 13	0 (0,0)	4 (7,4)	
Б 14	1 (1,8)	2 (3,7)	
Б 15	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б 16	1 (1,8)	2 (3,7)	
Б 17	2 (3,6)	3 (5,5)	
Б 18	7 (12,5)	5 (9,2)	1,4
Б 21	0 (0,0)	2 (3,7)	
Б 22	2 (3,6)	3 (5,5)	
Б 27	5 (8,5)	3 (5,5)	1,6
Б 35	13 (23,2)	13 (24,0)	
Б 37	1 (1,8)	2 (3,7)	
Б 38	1 (1,8)	0 (0,0)	
Б 39	1 (1,8)	1 (1,8)	
Б 40	0 (0,0)	4 (7,4)	
Б 44	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б 45	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б 51	2 (3,6)	1 (1,8)	
Б 54	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б 56	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б X	14 (25,0)	15 (27,8)	

Материјал и метод

Промените во имунолошката реактивност се испитувани кај 111 болни од пародонтопатија. Кај сите болни дијагнозата беше поставена врз основа на клинички, рендгенолошки и лабораториски наоди. Според клиничката манифестација и брзината на прогресијата на болеста, испитуваните болни беа проследни во две групи:

- прва група болни кај кои манифестацијата на пародонтопатијата започнала во детската возраст или во периодот на адолесценција и има брза еволуција. Оваа група се состои од 47 испитаници;
- втора група болни при кои болеста се манифестирала во подоцнежниот животен период и има забавена еволуција. Оваа група се состои од 64 испитаници. Кај двете групи е испитувана имуногенетската предиспозиција кон пародонтопатија преку барање можна асоцијација со некои антигени од локусите А и Б од ХЛА - системот. За таа цел е користен микролимфоцитотоксичниот тест според Терасаки.

Сите добиени наоди се компарирани со наодите кај контролната група од 54 лица, кај кои беше клинички утврдено дека немаат знаци на пародонтопатија.

Резултати

Добиените резултати од спроведените испитувања ги прикажуваме во табеларните прикази што следуваат.

Во табела 1, од прикажаните фреквенции на ХЛА-антигените кај 56-те испитани болни, класифицирани во прва група, во споредба со фреквенциите на ХЛА антигените од контролната група составена од 54 здрави лица без пародонтопатија, се гледа зголемено присуство кај болните на следниве антигени: А 2 со 53,5% (К.Г.48,1%) и г.г. 1,2; А 11 со 8,5% (К.Г.7,4) и г.г. 1,2; Б 8 со 16,0% (К.Г. 11,1) и г.г. 1,5; Б 18 со 12,5 (К.Г. 9,2%) и г.г. 1,4 Б 27 со 8,5% (К.Г.5,5%) и г.г. 1,6%. Сите овие наоди не се сингификантни.

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

ТАБЕЛА 2. ПРИКАЗ НА ЗАСТАПЕНОСТА НА ХЛА-АНТИГЕНИТЕ ОД ЛОКУСИТЕ А И Б.

	Антигенска фреквенција		г.г
	болни %(N 85)	К.Г.% (N 54)	
А локус			
А 1	21 (24,7)	14 (25,9)	
А 2	40 (47,0)	26 (48,1)	
А 3	12 (14,1)	6 (11,1)	1,3
А 9	22 (25,8)	13 (24,0)	
А 10	16 (18,8)	7 (12,9)	1,5
А 11	12 (14,1)	4 (7,4)	2,0
А 23	3 (3,5)	3 (5,5)	
А 24	19 (22,4)	10 (18,5)	1,3
А 25	4 (3,5)	2 (3,7)	
А 26	6 (7,0)	5 (9,2)	
А 28	7 (8,2)	5 (9,2)	
А 29	1 (1,2)	1 (1,8)	
А 30+А 31	5 (5,8)	3 (5,5)	
А 32	1 (1,2)	2 (3,7)	
А X	22 (25,9)	15 (27,8)	
Б локус			
Б 5	22 (25,9)	16 (29,6)	
Б 7	15 (17,7)	6 (11,1)	1,7
Б 8	4 (4,7)	6 (11,1)	
Б 12	8 (9,4)	10 (18,5)	
Б 13	2 (2,4)	4 (7,4)	
Б 14	2 (2,4)	2 (3,7)	
Б 15	1 (1,2)	0 (0,0)	
Б 16	5 (5,8)	2 (3,7)	1,6
Б 17	7 (8,2)	3 (5,5)	1,5
Б 18	11 (12,9)	5 (9,2)	1,4
Б 21	0 (0,0)	2 (3,7)	
Б 22	6 (6,9)	3 (5,5)	
Б 27	4 (4,7)	3 (5,5)	
Б 35	17 (20,0)	13 (24,0)	
Б 37	1 (1,2)	2 (3,7)	
Б 38	1 (1,2)	0 (0,0)	
Б 39	1 (1,2)	1 (1,8)	
Б 40	4 (4,7)	4 (7,4)	
Б 44	2 (2,4)	0 (0,0)	
Б 45	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б 51	4 (4,7)	1 (1,8)	
Б 54	1 (1,2)	0 (0,0)	
Б 56	2 (2,4)	0 (0,0)	
Б X	24 (28,2)	15 (27,8)	

ТАБЕЛА 3. ПРИКАЗ НА ЗАСТАПЕНОСТА НА ХЛА-АНТИГЕНИТЕ ОД ЛОКУСИТЕ А И Б.

	Антигенска фреквенција		г.г.
	болни %(N 141)	К.Г%(N 54)	
А локус			
А 1	36 (25,5)	14 (25,9)	
А 2	70 (49,6)	26 (48,1)	
А 3	15 (10,6)	6 (11,1)	
А 9	31 (21,9)	13 (24,0)	
А 10	23 (16,3)	7 (12,9)	1,3
А 11	17 (12,0)	4 (7,4)	1,7
А 23	5 (3,5)	3 (5,5)	
А 24	26 (18,4)	10 (18,5)	
А 25	5 (3,5)	2 (3,7)	
А 26	7 (4,9)	5 (9,2)	
А 28	13 (9,2)	5 (9,2)	
А 29	2 (1,4)	1 (1,8)	
А 30+ А 31	6 (4,2)	3 (5,5)	
А 32	4 (2,8)	2 (3,7)	
А X	38 (26,9)	15 (27,8)	
Б локус			
Б 5	38 (26,9)	16 (29,6)	
Б 7	20 (14,2)	6 (11,1)	1,3
Б 8	13 (9,2)	6 (11,1)	
Б 12	11 (7,8)	10 (18,5)	
Б 13	2 (1,4)	4 (7,4)	
Б 14	3 (2,1)	2 (3,7)	
Б 15	1 (0,7)	0 (0,0)	
Б 16	6 (4,2)	2 (3,7)	
Б 17	9 (6,4)	3 (5,5)	
Б 18	18 (12,8)	5 (9,2)	1,5
Б 21	0 (0,0)	2 (3,7)	
Б 22	8 (5,7)	3 (5,5)	
Б 27	9 (6,4)	3 (5,5)	
Б 35	30 (21,3)	13 (24,0)	
Б 37	2 (1,4)	2 (3,7)	
Б 38	2 (1,4)	0 (0,0)	
Б 39	2 (1,4)	1 (1,8)	
Б 40	4 (2,8)	4 (7,4)	
Б 44	2 (1,4)	0 (0,0)	
Б 45	0 (0,0)	0 (0,0)	
Б 51	6 (4,2)	1 (1,8)	
Б 54	1 (0,7)	0 (0,0)	
Б 56	2 (1,4)	0 (0,0)	
Б X	38 (26,9)	15 (27,8)	

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

ТАБЕЛА 4. СПОРЕДБЕН ПРИКАЗ

	Антигенска фреквенција	
	I група (N 56)	II група (N 85)
А локус		
A 1	15 (26,7)	21 (24,7)
A 2	30 (53,5)	40 (47,0)
A 3	* 3 (5,4)	12 (14,1)
A 9	*9 (16,0)	22 (25,8)
A 10	7 (12,5)	16 (18,8)
A 11	5 (8,5)	12 (14,1)
A 23	2 (3,6)	3 (3,5)
A 24	7 (12,5)	19 (22,4)
A 25	2 (3,6)	3 (3,5)
A 26	1 (1,8)	6 (7,0)
A 28	6 (10,2)	7 (8,2)
A 29	1 (1,8)	1 (1,2)
A 30 + A 31	1 (1,8)	5 (5,8)
A 32	3 (5,4)	1 (1,2)
A X	16 (28,5)	22 (25,9)
Б локус		
Б 5	16 (28,5)	22 (25,9)
Б 7	* 5(8,5)	15 (17,7)
Б 8	** 9 (16,0)	4 (4,7)
Б 12	3 (5,4)	8 (9,4)
Б 13	0 (0,0)	2 (2,4)
Б 14	1 (1,8)	2 (2,4)
Б 15	0 (0,0)	1 (1,2)
Б 16	1 (1,8)	5 (5,8)
Б 17	2 (3,6)	7 (8,2)
Б 18	7 (12,5)	11 (12,9)
Б 21	0 (0,0)	0 (0,0)
Б 22	2 (3,6)	6 (6,9)
Б 27	5 (8,5)	4 (4,7)
Б 35	13 (23,2)	17 (20,0)
Б 37	1 (1,8)	1 (1,2)
Б 38	1 (1,8)	1 (1,2)
Б 39	1 (1,8)	1 (1,2)
Б 40	0 (0,0)	4 (4,7)
Б 44	0 (0,0)	2 (2,4)
Б 45	0 (0,0)	0 (0,0)
Б 51	2 (3,6)	4 (4,7)
Б 54	0 (0,0)	1 (1,2)
Б 56	0 (0,0)	2 (2,4)
Б X	14 (25,0)	24 (28,2)

Од прикажаните фреквенции на ХЛА-антигените кај 85-те испитани болни во табела 2, класифицирани во втора група во споредба со фреквенциите на ХЛА-антигените од контролната група составена од 54 здрави лица без парадонтопатија, се гледа зголемено присуство кај болните на следниве антигени: А3 со 14,1% (К.Г.11,1) и г.г. 1,3; А10 со 18,8% (К.Г.12,9) и г.г. 1,5; А11 со 14,1% (К.Г.7,4%) и р.р. 2,0; А24 со 22,4% (К.Г.18,5%) и г.г. 1,3; Б7 со 17,7% (К.Г.11,1%) и г.г. 1,7; Б16 со 5,8% (К.Г.3,7%) и г.г. 1,6; Б17 со 8,2% (К.Г.5,5%) и г.г. 1,5; Б18 со 12,9% (К.Г.9,2%) и г.г. 1,4. Овие наоди не покажуваат значајност.

Во табела 3, од збирниот приказ на антигенските фреквенции кај сите болни со пародонтопатија (N 141), во споредба со антигенските фреквенции на контролната група (N 54), се гледа зголемено присуство кај следниве антигени: А 10 со 16,3% (К.Г.12,9) и г.г. 1,3; А11 со 12,0% (К.Г.7,4%) и г.г. 1,7; Б7 со 14,2% (К.Г.11,1%) и г.г. 1,3; Б18 со 12,8 (К.Г.9,2%) и г.г. 1,5. Овие наоди не покажуваат сигнификантност.

Од споредбениот приказ на антигенските фреквенции помеѓу првата и втората група (таб. 4) се гледа дека во првата група антигените А3, А9 и Б7 се помалку застапени отколку кај втората група*. Антигенот Б8 повеќе е присутен во првата група**. За одбележување е дека, како во првата така и во втората група, воопшто не е присутен антигенот Б21, додека антигенот Б40 е отсутен само во првата група.

Дискусија

Иако микроорганизмите се постојано присутни во усната празнина и со своите компоненти на патогеноста придонесуваат за голема честота на пародонтопатијата, сепак има луѓе кои не заболуваат, односно болеста кај нив се јавувала во зрела возраст.

Овие разлики во иницијацијата на заболувањето и прогресијата на клиничкиот ток се должат на различната имуногенетска структура на личностите и последователната разлика во нивната имунолошка одбрана. Актуелните сознанија во имуногенетиката покажаа дека ХЛА-системот ја содржи генетската контрола на имунолошката одбрана, па разликите во неговите антигени влијаат врз појавувањето на посилен или послаб имунолошки одговор.

Бројни автори ја испитувале можната асоцираност на некои антигени со пародонтопатијата. Добиените резултати покажаа дека изразитата асоцијација нема, но зголемена е фреквенцијата на антигенот Б8 во првата група и антигените А3, А9 и Б7, Б40 во втората група, додека кај збирните испитувања почести се А10, А11, Б7 и Б18.

Познавајќи ги својствата на овие антигени, дека B8 е карактеристичен за неадекватен имун одговор и покажува автоимунитет, а другите промени во имунолошката реактивност покажуваат дека во првата група постојат такви елементи, може да се земе предвид и овој негов "придонес" во заболувањето. Кај втората група е познато дека антигените A3 и B7, појавени во еден хаплотип, покажуваат послаба имунолошка реактивност. Исто така значајно е што антигенот B21 го нема воопшто во двете групи, што говори за "негативна асоцираност" и за можност за негова заштитна улога кај пародонтопатијата (го има само кај лица кои не заболуваат од пародонтопатија). Овој наод, за да се прифати како сигурен, потребно е да биде потврден од повеќе автори. Сепак, прикажаните резултати покажуваат дека антигените од ХЛА-системот имаат определена улога и кај ова заболување (1, 3, 5).

Од направената типизација на ХЛА-системот кај болни од пародонтопатија може да се извлече следниов заклучок: кај првата група болни почесто се сретнуваат антигените ХЛА - B8, а кај втората група антигените ХЛА A9, ХЛА B7 и ХЛА B40.

Луѓето кои се носители на овие антигени во својата геномска структура, може да се рече, покажуваат предиспозиција кон ова заболување.

Summary

FREQUENCY OF HLA-ANTIGENS FROM THE LOCI A AND B IN PATIENTS SUFFERING FROM PERIODONTAL DISEASES

Dimitrovski V., Popovska M., Kolevski P.

Recent information on genetic control of immune response show that it is in the main system of histocompatibility, in the HLA system.

This system is located in the short leg of the sixth chromosome and, has a major and relevant role in the control of the 148, known chromosomes.

Many investigators use this system for associative relations of a number of diseases with the possible antigens from different loci. Determining the type of antigen in the HLA-system for patients suffering from periodontal diseases, we obtained the following results: (a) among the first group of patients antigens from the HLA B8 are more frequently found, while in the second, antigens from the HLA A9, HLA B7 and HLA B40.

Our results support the concept that those, who show the presence of these antigens in their genome structure, could be referred to, as persons with predisposition to periodontal diseases.

Key words: periodontal diseases; antigens; HLA-system

Литература

1. ILLET R, CRUCHLEY A, JOHNSON NW. The nature of the inflammatory infiltrates in childhood gingivitis, juvenile periodontitis and adult periodontitis: immunocutochemical studies using a monoclonal antibody to HLA Dr. J Clin Periodontol 1986; 13: 281-8.
2. KASLICK RS, WEST TL, SHASENS AI. Association between A, B, O blood groups, HLA antigens and periodontal disease in young adults: A follow up study. J Periodontol 1980; 11: 339-42.
3. KLOUDA PT, PORTER SR, SCULLY C, SORBIN SA, BRADLEY BA, SMITH R, DAVIES RM. Association between HLA - A9 and rapidly progressive periodontitis. Tissue Antigens 1986; 28: 146-9.
4. CULLINAN R, SACHS J, WOLF E, SEYMOUR GJ. The distribution of HLA - A and B antigens in patients and their families with periodontosis. J Periodont Res 1980; 15: 177-84.
5. SAXEN L. Heredity of juvenile periodontitis. J Clin Periodont 1980; 7: 276-88.

Перковска М., Белазелкоска З.

ОТСУСТВО НА КОНТАКТНАТА ТОЧКА КАКО ФАВОРИЗИРАЧКИ ФАКТОР ВО ПРОГРЕСИЈАТА НА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за болести на устата

Во стоматолошката практика често се среќаваат дентални реставрации кои морфо-функционално не задоволуваат. Отсуството на контактната точка често се јавува како иницијатор и прогресор на пародонталното заболување.

Во испитувањето се вклучени 100 пациенти, со анализа на 491 дентална реставрација, преку одредување на пародонталните индекси и рендгенграфијата.

Резултатите укажуваат на висока статистичка сигнификантност на пародонталните индекси на испитуваните заби, споредени со оние на целото забало и на забот користен како контрола.

Клучни зборови: дентални реставрации, трајни; пародонтални заболувања; плак индекс; гингивален индекс; луксација на забите; коскена ресорпција; забен камен

Се поголемата процентуална застапеност на пародонтопатијата во човековата популација ја наметнува потребата за понатамошно проучување на нејзините етиопатогенетски механизми. Заболувањето се карактеризира со хронично-прогресивен тек, при што доаѓа до тешки морфо-функционални и деструктивни промени на пародонталниот комплекс, како и до нарушување на актот на мастикацијата, дигестијата, говорната функција и естетиката (3).

Патогенезата на пародонтопатијата е мултикаузално условена. Покрај доминантното етиолошко влијание на денталниот плак (1, 5, 6), во функција на иницијатори и прогресори на пародонталното заболување се јавуваат и бројни фактори (1-4), меѓу кои и отсуството на контактната точка помеѓу забите. Целта на

овој труд е, преку анализа на наш материјал, да дојдеме до сопствени сознанија во врска со местото и улогата на отсуството на контактната точка помеѓу забите во иницирањето и прогресијата на пародонталното заболување.

Материјал и метод

За реализацијата на поставената цел, во испитувањето се вклучени 100 пациенти со анализа на 491 дентална реставрација. Проценката на пародонталното здравје е вршена преку постојните дијагностички процедури, вклучувајќи ја и рендгенграфијата. Со посебна прецизност се проследени реставрациите каде што отсуствуваше контактната точка. Промените настанати од отсуството на интерденталната контактна точка се регистрирани преку следниве индекси:

- индекс на денталниот плак (од 0 до 3) - Ramfjord
- индекс на забниот камен (од 0 до 3) - Green
- индекс на гингивалната инфламација (од 0 до 3) - Löe - Sillnes
- индекс на коскената ресорпција (од 0 до 5) - Miller-Pelzer
- индекс на луксацијата на забите (од 0 до 3) - Glickman
- пародонтален индекс (од 4 до 6) - Ramfjord

Добиените индексни вредности се споредувани со соодветните општи индексни вредности и со индексните вредности на забите што се користени како контролна група (интактни заби).

Резултатите се статистички обработени и табеларно прикажани.

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

Резултати и дискусија

Од прикажаните резултати во таб. 1 може да се види дека од вкупно 491 дентална реставрација, кај 102 отсуствува контактната точка (29,56%).

Отсуството на контактната интердентална точка ја фаворизира акумулацијата на денталниот плак (1, 3). Со ваквото сфаќање се согласуваат и нашите резултати; имено, регистрирани се значително повисоки $P=0,001$ плаковни индексни вредности кај забите со

реставрации без контактна точка, наспроти другите две испитувани групи (таб 2).

ТАБЕЛА 1. ЗАСТАПЕНОСТ НА СТОМАТОЛОШКИ РЕСТАВРАЦИИ

Вкупен број реставрации	Отсуство на контактна точка (%)
491	102 (29,56)

ТАБЕЛА 2. ИНДЕКС НА ДЕНТАЛНИОТ ПЛАК

Индекс	\bar{X}	Sd	Se	t	p
Општ	1,80	0,51	0,07	3,83	0,001
Контролен заб	1,65	0,64	0,10	4,69	0,001
Испитуван заб	2,14	0,62	0,09	-	-

ТАБЕЛА 3. ИНДЕКС НА ЗАБНИОТ КАМЕН

Индекс	\bar{X}	Sd	Se	t	p
Општ	1,37	0,56	0,08	2,73	0,010
Контролен заб	1,39	0,76	0,12	2,29	0,025
Испитуван заб	1,78	0,83	0,13	-	-

Регистрирана е и потенцирана акумулацијата на забен камен, со тоа што сигнификантноста помеѓу испитуваните заби и општиот индекс е $P=0,01$, а помеѓу испитуваниот заб и контролниот $P=0,025$ (таб. 3).

Потенцираната акумулација на денталниот плак и на забниот камен, директната изложеност на гингивалното седло на дејствувањето на меха-

ничките иритации при актот на мастикацијата и импактирањето на храна (3, 5) претставуваат идеални услови за развој на патогена бактеријална флора и притоа најдиректно, преку токсините, ензимите и антигените се јавуваат како причина за гингивална инфламација. Во прилог на оваа размисла одат и нашите резултати прикажани во табела 4.

ТАБЕЛА 4. ИНДЕКС НА ГИНГИВАЛНАТА ИНФЛАМАЦИЈА

Индекс	\bar{X}	Sd	Se	t	p
Општ	1,61	0,59	0,09	3,31	0,001
Контролен заб	1,65	0,71	0,11	2,88	0,005
Испитуван заб	2,14	0,86	0,13	-	-

Најзначаен момент во текот на ширењето на инфламацијата при прогресивната пародонтопатија е нејзиното преминување од гингивата на алвеоларната коска. Губењето на алвеоларната коска е главна одлика на пародонтопатијата. Отсуството на кон-

тактната точка, преку потенцираната акумулација на денталниот плак и гингивалната инфламација, односно преку зголемената циркулација (оксигенација), хепаринот, PgE_2 гингиво - коскен стимулирачки фактор, се јавува во функција на фаворизирачки фактор во про-

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА

гресијата на пародонтопатијата преку потенцирањето на коскената ресорпција (1, 3). Нашите резултати се во согласност со горепочените и укажуваат на многу висока статистичка сигнификатност помеѓу споредувани-

те групи (P-0,001). Индексните вредности за коскената ресорпција се највисоки (4,65) во непосредна околина на забите со стоматолошки реставрации без контактна точка (таб 5).

ТАБЕЛА 5. ИНДЕКС НА КОСКЕНАТА РЕСОПЦИЈА

Индекс	\bar{X}	Sd	Se	t	p
Општ	3,56	0,78	0,12	5,45	0,001
Контролен заб	3,29	0,86	0,13	6,47	0,001
Испитуван заб	4,65	1,07	0,16	-	-

Последица на патогените случувања во гингивата, периодонциумот, цементот на забот и алвеоларната коска е луксацијата на забите и, конечно, нивното испаѓање. Луксацијата на забите во најголем број случаи е во согласност со алвеолоресорптивните процеси. Анализата на нашите резултати укажува на највисоки индексни вредности за луксаци-

ја на забите со дентални реставрации без контактни точки (p-0,75; таб. 6).

И, на крајот, како резиме на поединечно проследените индексни вредности е даден пародонталниот индекс по Ramfjord (од 4 до 6) во таб. 7.

ТАБЕЛА 6. ИНДЕКС НА ЛУКСАЦИЈАТА НА ЗАБИТЕ

Индекс	\bar{X}	Sd	Se	t	p
Општ	0,41	0,56	0,08	1,97	0,050
Контролен заб	0,26	0,49	0,07	3,06	0,001
Испитуван заб	0,75	0,96	0,15	-	-

ТАБЕЛА 7. ПАРОДОНТАЛЕН ИНДЕКС - RAMFJORD

Индекс	\bar{X}	Sd	Se	t	p
Општ	4,90	0,27	0,04	7,28	0,001
Контролен заб	4,82	0,37	0,05	7,37	0,001
Испитуван заб	5,41	0,48	0,07	-	-

Резултатите покажуваат дека пародонталниот индекс по Ramfjord е највисок кај испитуваната група (5,41) и дека постои многу висока статистичка сигнификатност со споредуваните групи (P-0,001).

Ако се согласиме со фактот дека седлото на интерденталната папила е највулнерабилно место на гингивата и дека иницијацијата на пародонтопатијата се одигрува токму тука, а притоа ако се земат во вид нашите резултати, јасна е неопходноста од воспоставување на изгубената контактна точка; во спротивно, ќе следат цела низа дегенеративно-деструктивни процеси кои нужно ќе доведат до луксација и испаѓање на забите.

Summary

ABSENCE OF CONTACT POINT AND ITS PARTICIPATION IN THE PROGRESS OF PERIODONTAL DISEASES

Perkovska M., Belazelkoska Z.

Unproper dental restorations are very frequent in everyday dental practice. Periodontal diseases are often initiated by absence of contact point.

100 patients took part in our investigation and analysed were 491 dental restorations. Periodontal

indices and RTG were analysed for each patient. The results showed high statistical significance of the periodontal indices of the examined teeth compared to the rest of the teeth and to the control ones.

Key words: dental restoration, permanent; periodontal diseases; gingival index; plaque index; bone resorption; dental calculus; tooth luxation

Литература

1. BRUNSVOLD M, LANE J. The prevalence of overhanging dental restorations and their relationship to periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 67-72.
2. KANDIĆ M. Važnost pravilnog restauriranja kontaktne tačke. *Stomatol Gl Srb* 1967; 3: 175-6.
3. ЛАЗАРЕВСКА Б. Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија (хабилитационен труд). Скопје 1972.
4. LÖE H, THEILADE E, JENSEN S. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36: 177-80.
5. МИРЧЕВ Е. Стоматолошка протетика. Просветно дело, Скопје, 1988.
6. POLSON A. The relative importance of plaque in periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 923-7.

Ставревска А., Симоновски М., Грнчаровска З.

ТЕРАПИСКИ ПОЛИЕФЕКТИ ОД ПРИМЕНАТА НА ПЕРИОСТАЛНАТА СЕПАРАЦИЈА ПРИ КОРЕКЦИЈА НА НЕАДЕКВАТНА ДИМЕНЗИЈА НА ПРИКРЕПЕНА ГИНГИВА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за болести на устата и пародонтот

Ефектите од примената на периосталната сепарација во вестибуларната екстензија на прикрепената гингива, преку следење на вертикалната динамика на новоформираното гингивално ткиво и цитоморфолошките карактеристики на покровниот епител како индиректен показател за неговата морфофункционална инкорпорација во новоформираната вестибуларна ареа, беа проследени пред и 3, 6 и 9 месеци по спроведената интервенција кај 20 пародонтални болни со дијагностицирана инсуфициентна или отсутна зона на прикрепена гингива, а во состојба на иницијална пародонтална афекција.

Добиените резултати укажуваат на статистички сигнификантна разлика во вертикалната димензија на прикрепената гингива, како и на индексот на кератинизација и суперфицијалниот клеткин индекс ($p < 0,01$), компарирано со предоперативните вредности, додека пак плак индексот и гингивалниот индекс покажуваат слабо сигнификантна разлика во вредностите ($p > 0,05$). Ваквите наши наоди ја сугерираат примената на периосталната сепарација како преферабилен метод за вестибуларна екстензија на прикрепената гингива кај пациенти со иницијална пародонтална афекција.

Клучни зборови: периостална сепарација; прикрепена гингива; индекс на кератинизација

Мотивирани од клиничките опсервации и импресиите од примената на мукогингивалните хируршки т.н. фенестрациони процедури во третманот на мукогингивалните отстапувања, спроведена е евалуација на ефекти-

те од периосталната сепарација користена во третманот кај 20 пациенти со верифицирана инсуфициентна или отсутна прикрепена гингива, а во состојба на дијагностицирана иницијална пародонтална афекција.

Клиничко-биометриската евалуација и цитоморфолошката анализа се реализирани во текот на 9-месечен опсервациски период, при што како контролна група беа користени предоперативно детерминирани вредности.

Добиените резултати, на крајот од опсервацискиот период, укажаа на статистички сигнификатно повисоки метрички вредности на вертикалната димензија на прикрепената гингива ($p < 0,01$), како и на статистички значајно поизразен индекс ($p < 0,01$) на кератинизација и суперфицијален клеткин индекс во однос на предоперативните вредности. Следењето, пак, на плак индексот и индексот на гингивалната инфламација и крвавењето укажа на статистички слабо сигнификантно, сепак, присутна разлика ($p > 0,05$) што на свој начин ја сугерира примената на мукогингивалната екстензиона процедура за добивање нова функционална зона на прикрепена гингива или нејзина вестибуларна екстензија.

Верифицираните сознанија дека присуството на прикрепена гингива со оптимална вертикална димензија претставува есенцијален предуслов за одржување на пародонталното здравје, воопшто, и нивото на атачменот, посебно, преку нејзината специфична партиципација во обезбедувањето на т.н. "биопротективна бариера", која ја превенира или ретардира, на свој начин, инфламаторно-деструктивната прогресија, има резултирано во пародонтолошка креација на различни мукогингивални хируршки техники, од кои актуелниот стручно-научен тренд и понатаму ја апострофира примената на т.н. фенестрациони процедури, за создавање нова функционал-

на зона на прикрепена гингива или нејзина вестибуларна екстензија, а во услови кога таа и дефинитивно е проценета како неадекватна (3, 11).

Мотивирани од таквите сознанија, како и од нашите клинички импресии асоцирани со успешната реализација на тераписки поли-ефекти од примената на периосталната фенестрација во третманот на т.н. "мукогингивален синдром", ја формиравме целта на трудот - да ги проследиме ефектите од примената на периосталната фенестрација во вестибуларната екстензија на прикрепената гингива кај пациенти со дијагностицирана иницијална пародонтална афекција, а преку следење на одредени клинички и лабораториски параметри од чувствителен индикативен карактер.

Материјал и метод

Испитувањето е реализирано на Клиниката за болести на устата и пародонтот при Стоматолошкиот факултет во Скопје, преку клиничко-биометриска евалуација кај 20 испитаници од двата пола и со различно општо заболување, со верифицирана инсуфициентна или отсутна прикрепена гингива, а во состојба на дијагностицирана иницијална пародонтална афекција.

Широчината на прикрепената гингива беше одредувана со ортодонтски шестар, а метричките анализи беа вршени од вестибуларната страна, во долната фронтална регија, и тоа од работ на маргиналната гингива до мукогингивалната граница, минус длабочината на сулкусот или пародонталниот џеб (1).

Кај сите селектирани пациенти беше спроведен адекватен конзервативен третман, а беа сугерирани и инструкции за правилно одржување на оралната хигиена, односно плак контрола.

Пациентите со дијагностицирани мукогингивални аберации беа третирани на ист начин, според принципите за периостална фенестрација предложени од Robinson и Agnew (11).

Клиничко-биометриските анализи на вертикалната димензија на прикрепената гингива, како и цитоморфолошките анализи беа спроведени непосредно пред и 3, 6, 9 месеци по оперативниот третман, при што беа следени: плак индексот, индексот на гингивално крвавење и инфламација, според критериумите предложени од страна на Loe и Silnes (1963), динамиката на вертикалната димензија на прикрепената (новоформираната) гингива, како и индексот на кератинизација и суперфицијалниот клеткин индекс. (9).

Предоперативно детерминираниите вредности кај селектираните пациенти беа ко-

ристени као контролни, т.е. ја сочинуваа контролната група.

Добиените резултати се статистички обработени, при што се користени: Friedman-овата двонасочна анализа на варијанса за врзани примероци и двофазната анализа на варијансниот количник за атрибутивни обележја.

Резултати

Резултатите од спроведената клиничко-биометриска и цитолошка анализа се статистички обработени и графички прикажани.

Од податоците дадени на графиконот 1 се забележува дека проследената динамика и интензитетот на плак акумулацијата укажуваат на фактот дека првиот степен на плак акумулацијата, почнувајќи од предоперативниот период па сè до 9-тиот месец, е следен со континуирано зголемување на вредноста изразена во фреквенции, додека пак вториот степен во предоперацискиот период и 3-тиот и 6-тиот месец - постоперативно, покажува одредено плато на индексните фреквенции, за во 9-тиот месец неговата вредност да опадне. Вредностите, пак, на третиот степен на плак акумулацијата почнувајќи од предоперативниот период, покажуваат континуирана регресија.

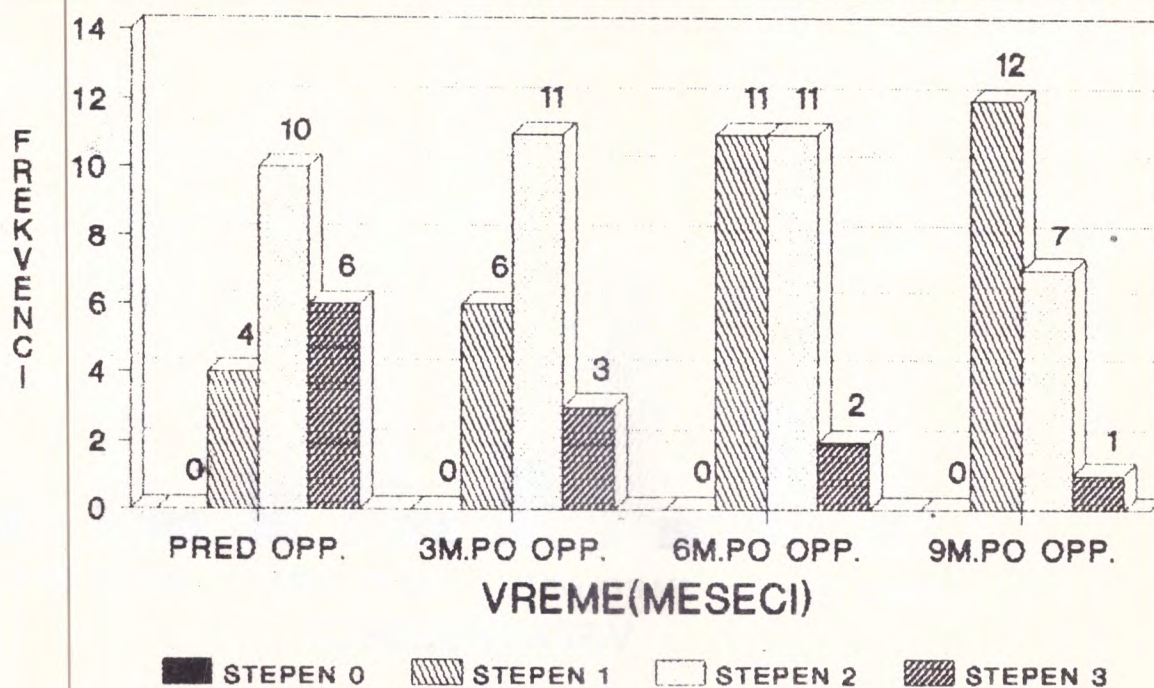
Податоците на графиконот 2 сосема јасно укажуваат на фактот дека верифицираните индексни вредности за степенот на гингивалната инфламација покажуваат незначителни промени, и тоа во смисла на трансформација на повисокиот степен на индексна вредност на инфламацијата во понизок, следено во определените опсервациски периоди.

На графичкиот приказ 3 е прикажана динамиката на индексот на гингивалното крвавење; таа укажува на континуираното и прогресивно зголемување на вредностите на фреквенциите на првиот степен на гингивално крвавење во сите опсервациски периоди, додека, пак, вториот и третиот степен покажуваат тенденција кон присутно опаѓање на индексните вредности, во позитивна корелација со опсервацискиот период.

Резултатите од евалуацијата на добиените податоци во однос на динамиката на вертикалната димензија на прикрепената гингива се прикажани на графикон 4.

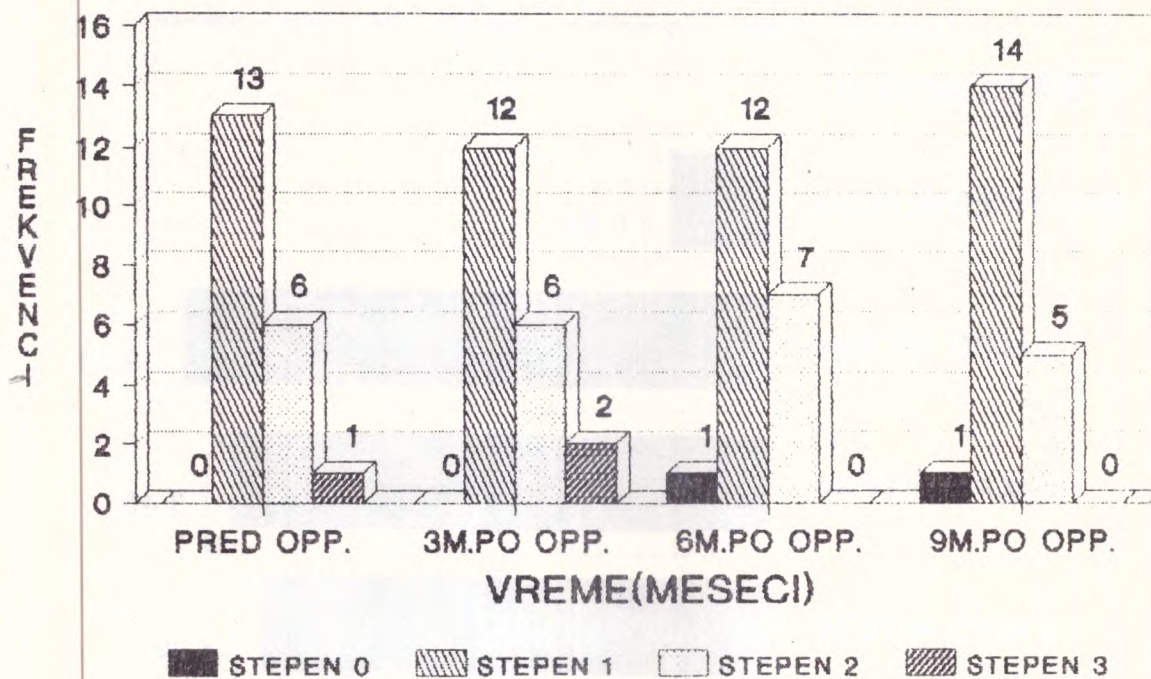
Очигледна е статистички значајната разлика ($p < 0,01$) помеѓу димензиите на прикрепената гингива следени предоперативно и 3, 6 и 9 месеци по извршената хируршка интервенција, при што димензијата е најмала во предоперативниот период, за веднаш потоа да дојде до нејзин значаен пораст, која разлика останува статистички високо значајна и 9-тиот месец по интервенцијата.

ОРАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ПАРОДОНТОЛОГИЈА



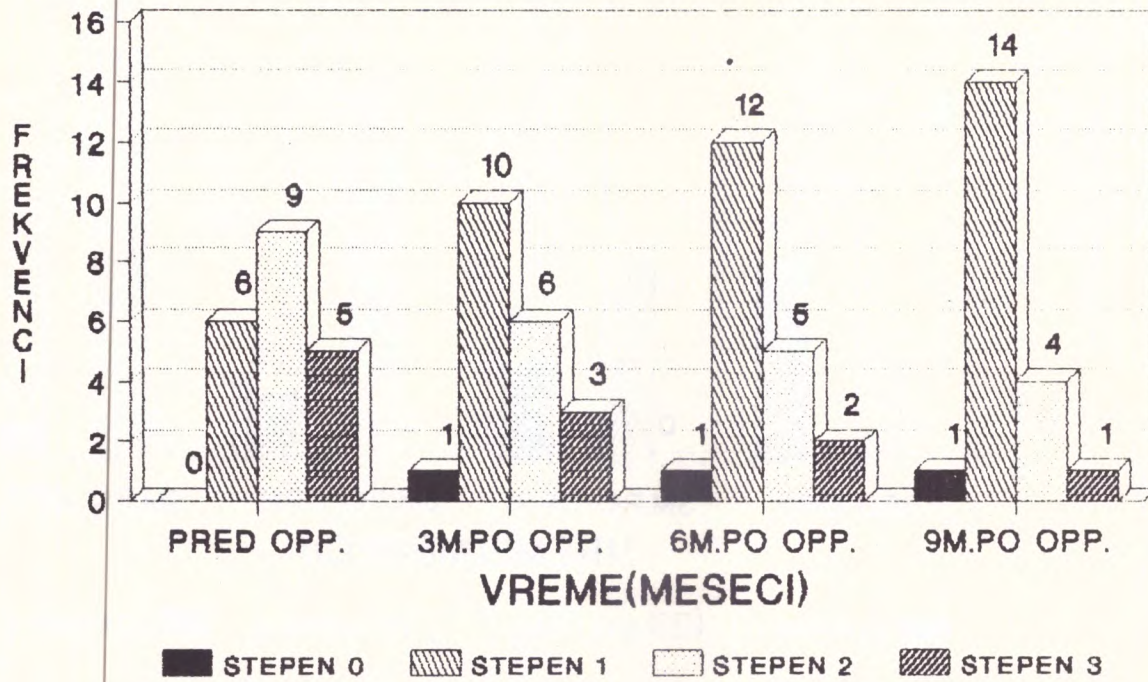
$F=0.054, p>0.05$

Графикон 1. Динамика на промената на плак индексот



$F=0.009, p>0.05$

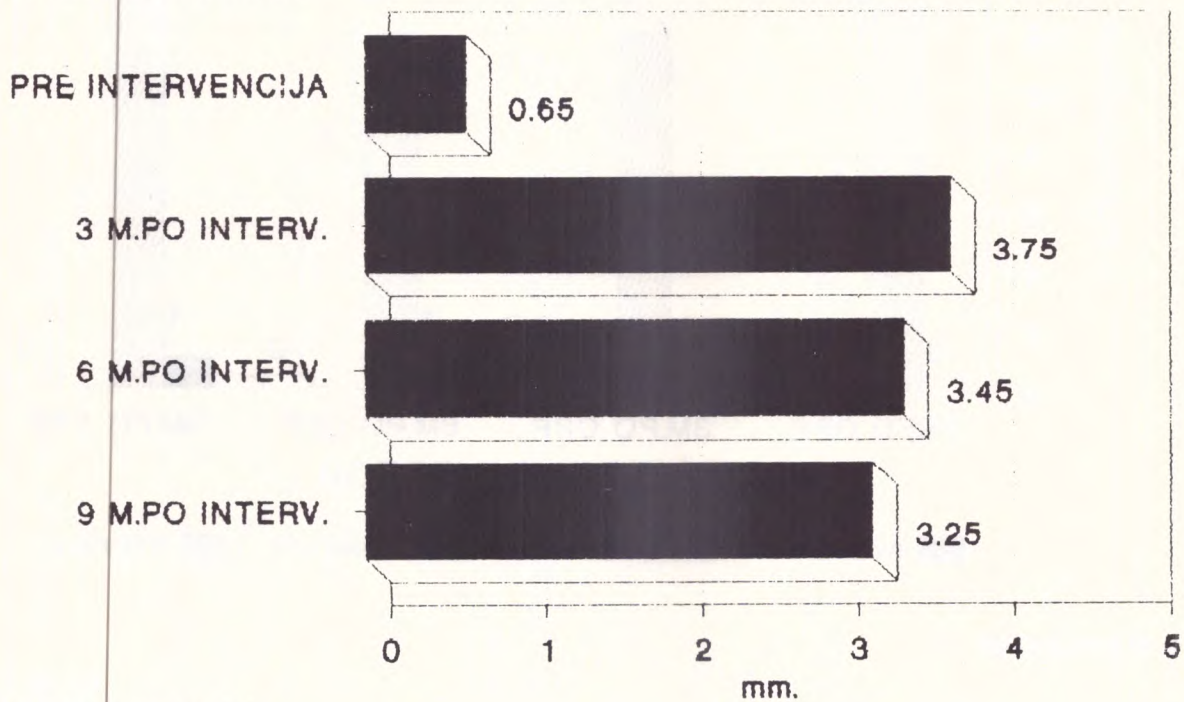
Графикон 2. Динамика на промената на индексот на гингивална инфламација



F=0.054, p>0.05

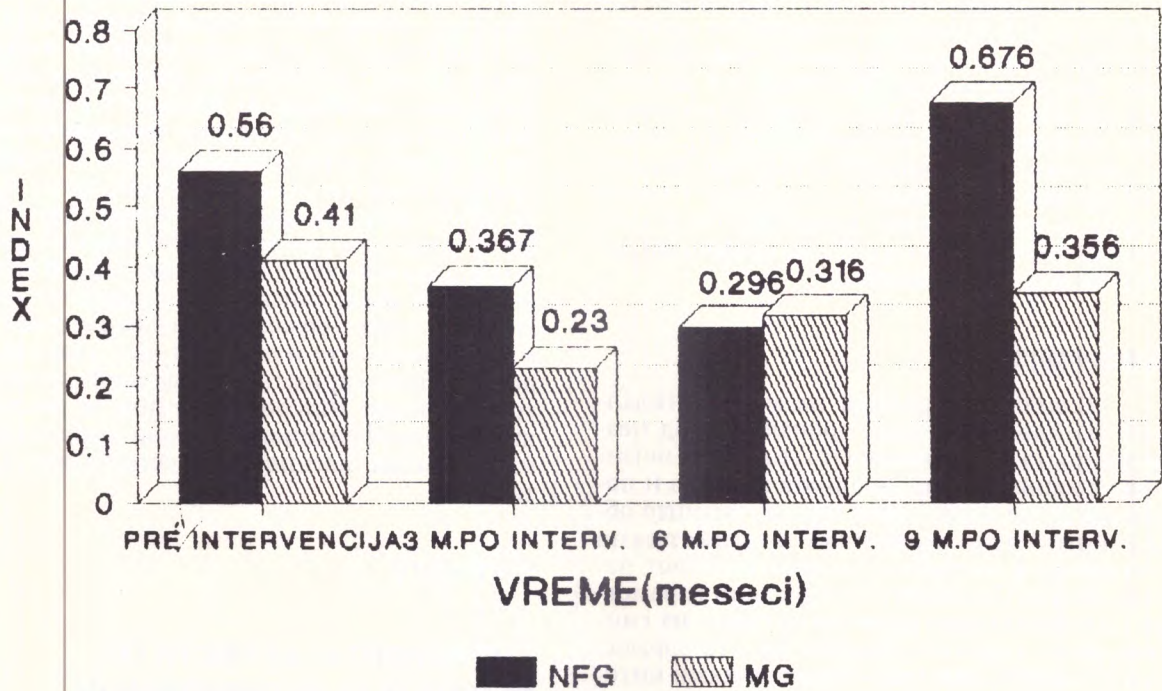
Графикон 3. Динамика на промената на индексот на гингивалното крвање

VREME(meseci)



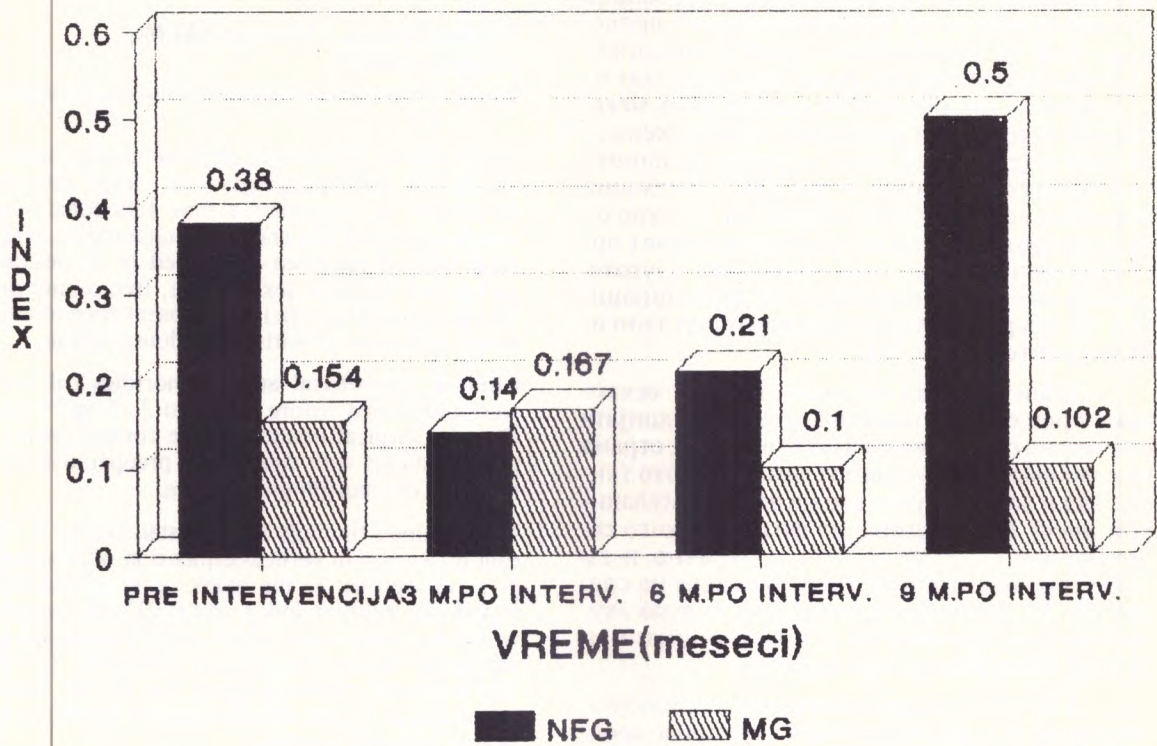
Friedmanov test, p<0.01

Графикон 4. Динамика на вертикалната димензија на гингивата



Friedmanov test, NFG- $p < 0.01$, MG- $p > 0.05$

Графикон 5. Динамика на суперфицијалниот клеткин индекс



Friedmanov test, NFG- $p < 0.01$, MG- $p > 0.05$

Графикон 6. Динамика на индексот на кератинизација

На графиконите 5 и 6 се прикажани податоците за динамиката на индексот на кератинизација и суперфицијалниот клеткин индекс, кои укажуваат на сигнификантна разлика на индексите пред интервенцијата и во наредните опсервациски периоди ($p < 0,01$); очигледно дека по интервенцијата е забележано намалување на вредностите, во 6-тиот месец пораст, а веќе во 9-тиот месец дури и нешто повисоки вредности од оние во предоперативниот опсервациски период.

Дискусија

Базичниот проблем на мукогингивалната патологија, секако, произлегува од неадекватноста на прикремената гингива и нејзиниот сооднос со маргиналната гингива и подвижната т.н. алвеоларна мукоза, чијашто објективна или клиничка индикативна експресија е состојбата на маргиналниот пародонциум. Следењето на одредени параметри од индикативен карактер во однос на гингивалното, односно пародонталното здравје, преку нашата клиничко-биометричка и цитоморфолошка анализа, резултираше во наоди кои укажуваат на статистички сигнификантна разлика на димензиите на прикремената гингива, во однос на предоперативната големина, а која, најверојатно, е резултат, пред сè, на формирањето на цикатрициелна формација по изведувањето на фенестрационата процедура, која ја стабилизира мукогингивалната граница на поапикално ниво, како резултат на здружената фибробластна реакција на мекотивниот супстрат и периостот, придружена со остеоген одговор (5), но и на гранулационото ткиво што се формира во регијата претходно покриена со алвеоларна мукоза, со потекло од супраалвеоларниот или периодонталниот лигаментарен супстрат, кои имаат, меѓу другото, способност да ја индуцираат диференцијацијата на покровниот во кератинизиран гингивален епител (6, 10, 12).

Позитивноста на ваквот ефект секако дека, пред сè, партиципира во елиминацијата на штетното дејство од типот влеча од страна на алвеоларната мукоза врз гингивалното ткиво, како и во намалувањето на плак акумулацијата преку подобрување на физиолошкото самочистење (4, 5, 9) со што практично и ги толкуваме нашите резултати, во однос на следењето на индексните вредности на плак акумулацијата, крвавењето и инфламацијата во текот на опсервациските периоди.

Меѓутоа, тенденцијата за постепено намалување на реализираната метричка вредност на прикремената гингива во подоцнежниот постоперативен период, констатирана во нашето испитување, ја толкуваме со можната контракција на мекотивниот супстрат, како резултат на постепено севкупно консолидира-

ње на новотоформираната зона на прикремена гингива, придружена покрај со редуција на инфламацијата, и со дислокација на мускулниот атачмент и соодветна промена на вестибуларната длабочина (4). Всушност, регенерираното ткиво во хируршки новокреираната вестибуларна мукогингивална ареа, изложено на механички мастикаторни стимулации, подлегнува на функционално условен адаптивен одговор, од типот на постоперативно детерминиран статистички сигнификантно различен индекс на кератинизација и суперфицијален клеткин индекс, во споредба со предоперативниот период, што и дефинитивно укажува на преферабилна примена на оваа едноставна мукогингивална хируршка техника за реализација на нова функционална зона на прикремената гингива, или нејзина вестибуларна екстензија.

Summary

THE THERAPEUTIC EFFECTS OF PERIOSTEAL SEPARATION IN CORRECTING AN INADEQUATE VERTICAL DIMENSION OF ATTACHED GINGIVA

Stavrevaska A., Simonovski M., Grnčarovska Z.

Motivated by the clinical impressions associated with the use of the mucogingival so called fenestration procedures in acquiring a new functional zone of attached gingiva this study was undertaken. The surgical method has been performed in 20 periodontal patients of different sex and age, free of any disease with diagnosed insufficient or absent zone of attached gingiva, in state of initial periodontal lesion.

Clinical, biometrical and citomorphological analyses were performed before and then 3, 6 and 9 months after the surgical treatment. The control group comprised patients with determined preoperative biometrical and citomorphological values.

The obtained findings showed statistically a significant difference in vertical dimension of attached gingiva, as well as, in the index of keratinisation and superficial cellular index ($p < 0,01$) in comparison with the pretreatment values, while plaque and gingival index showed significant difference ($p > 0,05$). The obtained results suggest the use of periosteal separation as a preferable method for vestibular extension of attached gingiva.

Key words: periosteal separation; attached gingiva; index of keratinisation

Литература

1. ARNOLD NP, HATCHETT CM. A comparative investigation of two mucogingival surgical methods. J Periodontol 1962; 33: 129-33.
2. BRADLEY RE, GRANT JC, IVANICE GP. Histologic evaluation of mucogingival surgery. Oral Surg 1959; 12: 1184-99.
3. CORN H. Periosteal separation its clinical significance. J Periodontol 1962; 33: 140.
4. DONNEUFELD OW, GLICKMAN J. Biometric study of the effects of gingivectomy. J Periodontol 1966; 37: 447.
5. CARRANZA FA Jr, CARRARO JJ, DOTTO CA, CAORINI RL. Effect of periosteal fenestration in gingival extension operations. J Periodontol 1966; 37: 335.
6. IVANICE C. Experimental and histological investigation of gingival regeneration in vestibular surgery. J Periodontol 1957; 28: 259-63.
7. KARRING T, CUMMINE BR, OLIVER RC, LOE H. The origin of granulation tissue and impact on postoperative results of mucogingival surgery. J Periodontol 1957; (in press).
8. LANGE DE. Le physiologie und function des menschlichen gingiva epihiels. Munchen: C. Hansen.
9. LANGE NP, LOE H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. J Periodontol 1972; 43: 623-27.
10. PFEIFER JS. The growth of gingival tissue over denuded bone. J Periodontol 1963; 34: 10-6.
11. ROBINSON RE, AGNEW RS. Periosteal fenestration of the mucogingival line. J Periodontol 1964; 34: 503.
12. WILDERMAN NN, WENTZ FM, ORBAN BJ. Histogenesis of repair after mucogingival surgery. J Periodontol 1960; 31: 283-99.
13. WILDERMAN NN. Repair after a periosteal retention procedure. J Periodontol 1963; 34: 487-503.

Јанев Ј.

КРИТЕРИУМИ, УСЛОВИ И ФАКТОРИ ПОТРЕБНИ ЗА УСПЕХ НА ДЕНТАЛНИТЕ ИМПЛАНТАТИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за орална хирургија

Во трудот се опишани основните критериуми, односно потребните анатомски услови и временскиот фактор, релевантни за постигнување подобри резултати во сферата на стоматолошката имплантологија.

Клучни зборови: дентална имплантација; орална хирургија; претпротетичка орална хирургија

Оралната имплантологија, како високо квалификуван метод при укажување помош со алопластични материјали, се применува со цел да воспостави нормална функција на нарушениот гнато-дентален систем и да го поврати естетскиот изглед на пациентот (6).

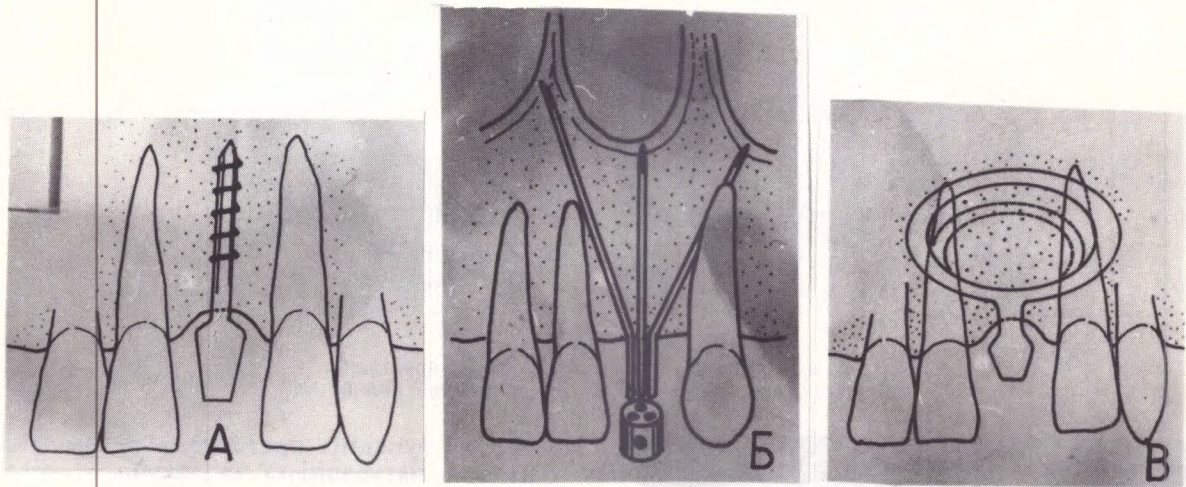
Меѓутоа, за да се одговори на овие задачи, мора ригорозно да се респектираат одредени критериуми, услови и фактори, неопходно потребни за успех на овој вид интервенции кои, всушност, претставуваат и фундаментални принципи на оваа современа и модерна гранча на стоматологијата (7).

Материјал и метод

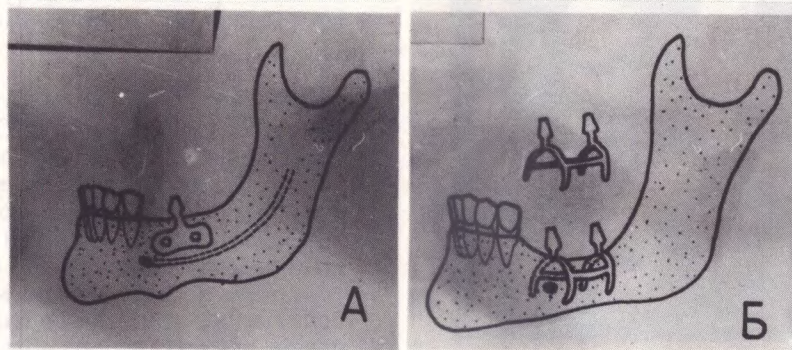
Стриктната селекција и силната мотивација на пациентите претставуваат основен критериум. Тој вклучува потреба од примена на сите клинички, биолошки и радиографски прегледи на пациентот, кои бездруго ќе овозможат поставување на индикација, или, евентуално, контраиндикација за имплантација (1-4).

Покрај психичката стабилност и добра општа здравствена состојба на пациентот, за постигнување успех од посебна релевантност се следниве услови:

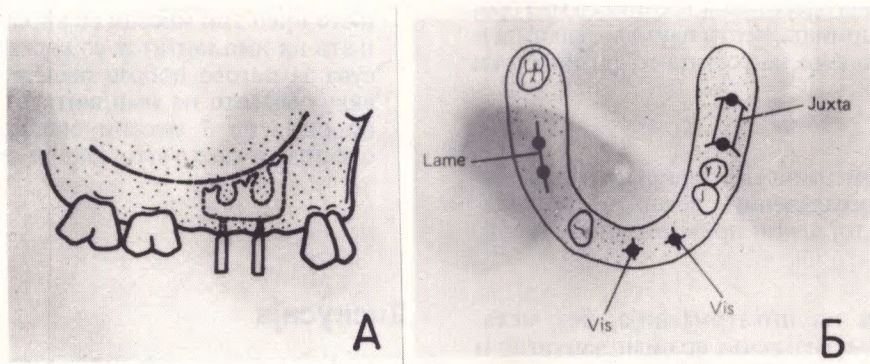
- постоење на погодни локални анатомски услови раководени, пред сè од квантитетот и квалитетот на коската и гингивата (сл. 1, 2, 3, 4);
- поседување на еден арсенал од разновидни видови имплантати и соодветни инструменти кои ќе му овозможат на имплантологот да се адаптира на сите анатомски ситуации и варијации (сл. 5), така, на пример, цилиндричниот имплантат ќе одговара при случаи на обилна коска во сите три димензии (висина, ширина и дебелина), игличестиот имплантат ќе ги решава случаите при скудна коска, а лиснатиот имплантат е солуција на избор при постериорните едентации;
- правилен избор на имплантатот, односно на неговата форма, површина и положба во однос на расположливата коска, како и на материјалот од кој е направен; металните имплантати направени од титан и тантал се однесуваат индиферентно во организмот и поседуваат својство на постојаност, цврстина, неутралност и некородирање. Главен нивен недостаток е можната појава, при некои случаи, на локална периимплантарна остеолиза. И нерешениот проблем на епителната инсерција во пределот на вратот на имплантатот од каде, при некои случаи, доаѓа до спуштање на инфекцијата поради комуникацијата на усната празнина со лежиштето на имплантатот. Биокерамичките имплантати, изработени од високо чиста алуминиум оксидна керамика, покрај веќе добро познатите биоинертни, биоактивни, биотолерантни и биокомпатибилни особини, овозможуваат идеално сраснување на вратот на имплантатот со епителната инсерција на гингивата;
- примена на селектирана хируршко - имплантарна техника која ќе овозможи респект кон околната коска и мекото ткиво. Хируршката интервенција треба да биде ефектуирана



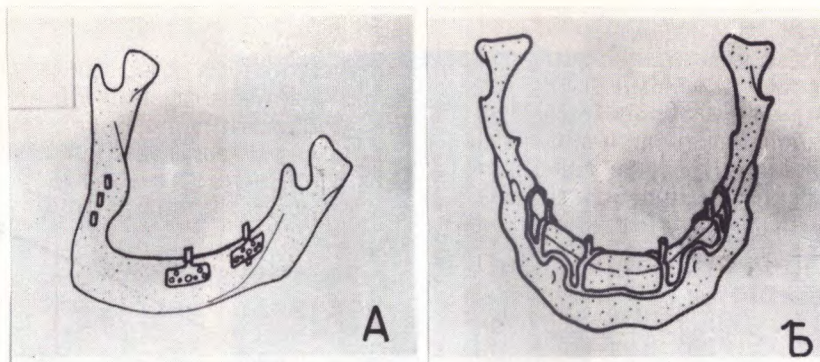
Слика 1. Имплантатски солуции за поединечна едентација (а) шраф имплантат кога има коска од 20 mm висина и 10 mm ширина; (б) игличест имплантат-индициран при коскен волумен во висина до 25 mm; (в) супериостален имплантат индициран при недостаток на доволна коска помалку од 12 mm во висина и 6 mm во ширина



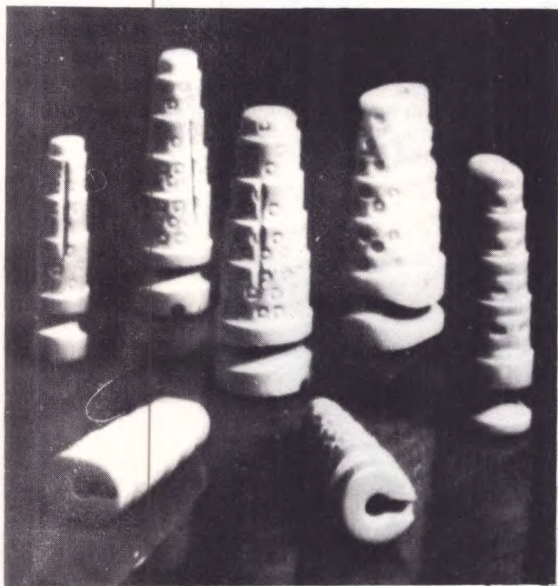
Слика 2. Имплантатски солуции за поединечна едентација (а) шраф имплантат индициран кога има коска од 20 mm висина и 10 mm ширина; (б) игличест имплантат-индициран при коскен волумен во висина до 25 mm; (в) супериостален имплантат индициран при недостаток на доволна коска помалку од 12 mm во висина и 6 mm во ширина



Слика 3. Имплантатски солуции за парцијална едентација, односно премногу големо растојание помеѓу два носачи (а) лиснат имплантат; (б) мешана имплантација: лиснат шраф и супериостален имплантат



Слика 4. Имплататски солуции за тотална едентација
(а) ендососеален имплантат; (б) супериостален имплантат



Слика 5. Разни форми на имплантати

атрауматски за да можат коскените и меки-те ткива побрзо да зараснат, а тоа зависи од следниве критериуми: примена на специјални системи за имплантирање, користење стандардна оперативна техника со мал број обрти на машината, чести паузи во работата и постојано ладење на коската со физиолошки раствор;

- апсолутна интимна адаптација на имплантатот во новосоздаденото лежиште, гарантирајќи му на тој начин примарна стабилност;
- мирна фаза на цикатризација, без механички трауматизирања врз имплантатот и хигиена на усната празнина за да се спречи појава на секундарна инфекција;
- постигнување ефектуирани протетичка супраструктура. Вклучувањето на импланта-

тот во функција претставува релевантна фаза во матурацијата на соседната коска. Протетичката супраструктура треба да биде добро еквилибрирана и раководена од конвенционалните правила на оклузијата. Мас-тикаторните сили при мостовите и протезите, преку импланто-носачите, директно се пренесуваат на коската. Затоа овој трансфер на сили треба да биде реализиран на еден пригоден физиолошки начин и - конечно;

- обезбедување временски интервал на оптоварување на имплантатот. Овој фактор бил предмет на дискусии на повеќе имплантолошки собири. Едни автори веднаш ги вклучуваат имплантатите во функција, преку изработка на провизорни мостови, други по еден месец, трети по три месеци и четврти автори по период од 6 месеци. Нашите испитувања, како и најновите сознанија на повеќе познати и признати имплантолози, укажуваат дека временскиот период од три месеци е сосема доволен за создавање на остеоинтеграцијата, односно за инкорпорирање на имплантатот со коската по пат на коскена анкилоза, и најповолно е имплантатот да се оптовари во тој период. Оптоварувањето пред три месеци го спречува сраснувањето на имплантатот со коската и придонесува за негово побрзо расклатувње. Додека вклучувањето на имплантатот во функција подоцна од 3 месеци овозможува негово отфрлање како туѓо тело од организмот.

Дискусија

Експерименталните, хистолошките и клиничките истражувања на голем број практичари, базирани врз основа на познавањето на коската, метаболизмот, како и atraumatizacija на хируршката интервенција, ја поста-

вија базата на модерната имплантологија. Најновата примена на биоматеријалите за коскената супституција се смета за голем придонес во модерната стоматологија (5).

Еволуцијата на технологијата, како и сè попретинетите познавања на коскените и меките ткивни реакции, спротиставени на имплантарната агресија, овозможуваат изнаоѓање нови биоматеријали за коскената супституција, принудувајќи ја на тој начин современата имплантологија да одговори на поставените задачи, со цел да му обезбеди на пациентот поголем комфор и комплетна имплантоорална рехабилитација преку импланто-дентални носачи, реално гледано тешко остварливо на друг начин.

Главниот проблем со кој досега се сретнуваме, односно случаите со скудна коска во висина, дебелина и ширина, веќе е совладан и разрешен благодарение на скорешните техники на максилномандибуларната реконструкција преку репозиција на *p.alveolaris inferior* и пополнување на *sinus maxillaris* со коскени спонгиозни трансплантати, корали и сл. (1, 8).

Што се однесува до формирањето на херметичко гингивално поврзување кај металните имплантати, тоа и понатаму останува недоволно разрешено прашање. Спречувањето на спуштањето на инфекцијата во усната празнина по должината на вратот на имплантатот засега се спроведува со ригорозна хигиена. Меѓутоа, очекуваме дека и овој проблем ќе биде наскоро разрешен, бидејќи сме сведоци на сè поголем број нови имплантолошки конструкции и системи кои, засега, имаат исти заеднички именители: ригорозни индикации, респект кон расположливата коска во оперативниот протокол и можност за лесно одржување на реализираната функционална рехабилитација.

Во иднина плановите на третманот ќе бидат сè повеќе насочени кон пронаоѓање на разни видови биокомпатибилни имплантати, а базирани пред сè на техничките познавања и медицинско-хируршките пролабчувања.

Императив

Постигнувањето подобри резултати во денталната имплантологија е условено од:

1. примена на имплантати при психички стабилни пациенти;
2. при здрави лица без општи и локални заболувања;
3. при постојни добри анатомски услови на вилиците;
4. адекватна селекција на имплантатот;
5. атрауматска хируршка техника;

6. внимателен постоперативен третман, односно при дисциплинирани пациенти кои ќе го штитат имплантатот од какви и да било движења и ќе одржуваат хигиена;

7. коректна изработка на протетичката суперструктура,

8. почитување на временскиот фактор на отоварување на имплантатот преку изработката на протетичките помагала во период на 3 месеци, време потребно за инкорпорирање на имплантатот по пат на анкилоза, односно остеоинтеграција.

Summary

CRITERIA, CONDITIONS AND FACTORS REQUIRED FOR THE SUCCESS OF DENTAL IMPLANTS

Janev J.

In this article, criteria, anatomic conditions and the time factor, relevant for success in dental implantology, are described.

Key words: dental implantation; oral surgery; pre-prosthetic oral surgery

Литература

1. BRAUNER S. Sinus et implants. Зборник на трудови од 2-от научен симпозиум на оралните хирурзи од Југославија, Охрид, 1990: 67.
2. BRAUNER S. JANEV J. Les apports d'os et de biomateriaux en chirurgie implantaire. Зборник на трудови од 2-от научен симпозиум на оралните хирурзи од Југославија, Охрид, 1990: 75.
3. SHERCHEVE R. L'implantologie de securite progress en implantologie dentaire. Maloine, Paris, 1978.
4. HEINRICH B, JANEV J. Conditions esstiel des implants endoosseux. Зборник на трудови од 2-от научен симпозиум на оралните хирурзи од Југославија, Охрид, 1990: 72.
5. HEINRICH B. Interrelation implant-tissues: osteointegration? Зборник на трудови од 2-от научен симпозиум на оралните хирурзи од Југославија, Охрид, 1990: 65.

6. ЈАНЕВ Ј. Примена на биокерамички ендоо-сеални импланти во стоматологијата. (научно-истражувачки проект) Скопје, 1991.
7. KHOURY E. Place de L'implantatum unipost system dans l'implantologie moderne. Implantodontie revue trimestrielle d'implantologie oral (Megeve)1992; (6/7): 80-3.
8. SHULTE W. Das tubingen implantat aus frialit: funfjahrige erfahrungen, Dtsh Zahnarzt Z 1981; 36: 544.

ПОСТЕДУКАТИВЕН СЕМИНАР ПО ДЕТСКА И ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОГИЈА

На 8. IV 1994 година (петок) постедукативниот семинар, продолжувајќи ја својата активност, повторно организира еднодневен постедукативен курс, овојпат за специјалистите по детска и превентивна стоматологија, под раководство на проф. д-р Мила Мирчева, dr sci.

Постедукативниот курс, исто така, ќе биде од теоретско-апликативен карактер и ќе се одржи во амфитеатарот на Стоматолошкиот факултет.

На курсот ќе бидат посебно и сѐопфатно обработени следниве теми:

- ПРЕВЕНЦИЈА НА МОЖНИТЕ ОШТЕТУВАЊА НА ДЕНТАЛНАТА ПУЛПА ПРИ ПРИМЕНА НА КОМПОЗИТИ
проф. д-р Мила Мирчева
- ЕДНОСЕАНСЕН ТЕРАПЕВТСКО-ЕСТЕТСКИ ТРЕТМАН НА ФРАКТУРИТЕ II КЛАСА
доц. д-р Бона Бајрактарова
- КОМПОЗИТИ - МОЖНОСТИ ЗА ЕСТЕТСКО-ФУНКЦИОНАЛНА РЕСТАВРАЦИЈА
доц. д-р Снежана Иљовска
- ЕСТЕТСКА КОРЕКЦИЈА НА ДИСКОЛОРИРАНИ ЗАБИ
доц. д-р Миле Царчев

Бајевска Ј.¹, Мирчев Е.¹, Данев.Д.², Косевски М.²

КОНСТРУКТИВНИ ПОДОБРУВАЊА НА МОСТОВСКА КОНСТРУКЦИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ¹Клиника за фиксна стоматолошка протетика
МАШИНСКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ²МКММВ

Мостовските конструкции се карактеризираат со различни дисконтинуитети кои се добиваат со сепарирање на спојот меѓу членовите и спојот меѓу телото и коронките. Овие дисконтинуитети дејствуваат како заези и предизвикуваат нагло локално зголемување на напоните и со тоа влијаат на механичките особини на легурата.

Целта беше да се измери еластичната деформација на зајакнати мостови. Испитувани се мостови со два и три меѓучлена во устата на пациент и на експериментален модел, при што се направени 30 одделни испитувања. Резултатите покажаа дека конструктивните подобрувања на мостовската конструкција: зајакнување на критичните пресеци и радиуси на заоблувањето на гингивална сепарација, условија појава на пониски вредности на еластичната деформација на критичните пресеци.

Клучни зборови: забен мост; дентални легури; тело на мост; стоматолошка протетика

За да ги изработиме механичките конструкции на начин со кој ќе се спречи појавата на пластична деформација и прекин на континуитетот на мостот, неопходно е познавање на принципите на оптимално димензионирање. А за да се изведе правилно димензионирање мора да се познава меѓусебната зависност на оптоварувањето, напонот, деформацијата, обликот, димензиите на телото и особините на материјалот.

Затоа протетичарот треба да го насочи вниманието кон подобро димензионирање на мостовската конструкција, за да се овозможи зачувување на оралните ткива и избегнување на можноста за нивно оштетување.

Критериумите за механичката цврстина на мостот (5) се познати одамна и се земаат предвид за време на изработката, при моделирањето и залемувањето. Во многу случаи обликувањето на фиксната мостовска изработка се одредува преку емпириски правила што се добиени со клинички резултати, со предимензионирање или поддимензионирање на конструкцијата.

Моделирањето, односно димензионирањето на восочниот прототип е сообразено со јакоста на легурата од која ќе се излее мостот. Поради опасноста од пластични деформации кај тврдите и полублагородни легури им се дава предност на профили кои ќе издржат двакопритисок со почитување на барањата за економичност (7).

Постои "клинички компромис" кој не може точно да се дефинира, а се однесува на димензионирањето на спојот на телото со коронките. Од една страна, се бара тој да биде мал за да може да се спроведе апроксимална контрола на тоа место со слободна интердентална папила, а од друга страна, да се добие колку што е можно поголема димензија за да се одговори на барањето за цврстината на конструкцијата (3). Целта на трудот е мерење на вредноста на еластичната деформација кај мостови со конструктивни подобрувања.

Материјал и метод

Материјалот е добиен преку експериментално мерење на еластичната деформација на зајакнати мостови со два и три меѓучлена во устата на пациентот и на експериментален модел, при што се направени 30 одделни испитувања. Резултатите се споредени со вредноста на еластичната деформација добиена при експериментално испитување на незајакнати мостови (1). Зајакнувањето на мостовите беше направено во внатрешноста на телото, на спојот меѓу членовите и на спојот меѓу телото и коронките. Додадениот дел се издигнува напред, оста-

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

вајки простор за фасетка, и благо се шири кон основата. Нема поткопани места. Сепарацијата гингивално меѓу членовите е без остри засекувања и е зајакната. Мерењата на деформациите ги спроведовме во соработка со институтот за МКММВ при Машинскиот факултет во Скопје. Користени се мерни ленти поставени на одредени места од мостот, и тоа на спојот меѓу членовите и на спојот меѓу телото и коронките, и апаратура за регистрирање на добиените деформации за повеќе случаи на оптоварување.

Мерните ленти ги има со различни димензии. Ние ги употребивме мерните ленти со должина од 0,6 mm. Тие се тип 0,6/120 Ly 11 на фирмата Hottinger Baldwin Messtechnik GmbH. За одредување на големината на силата што ја предизвикува еластичната деформација кори-

стемме тензометарски давач на сила што го употребил Велески (8) во своите испитувања. Мерните ленти и давачот на сила се поврзани во собирна кутија НВМ тип VT 21, а таа е поврзана со мернозасилувачки инструмент НВМ тип UPM 60. Еластичната деформација се регистрира на мернозасилувачки инструмент. Мерењето беше спроведено во устата на пациент и на експериментален модел.

Резултати

Од анализата на резултатите може да се види дека при оптоварувањето на спојот меѓу двата члена, зајакнувањето на телото на мостот значително ја намалува деформацијата, и тоа за 72,10% на второто мерно место

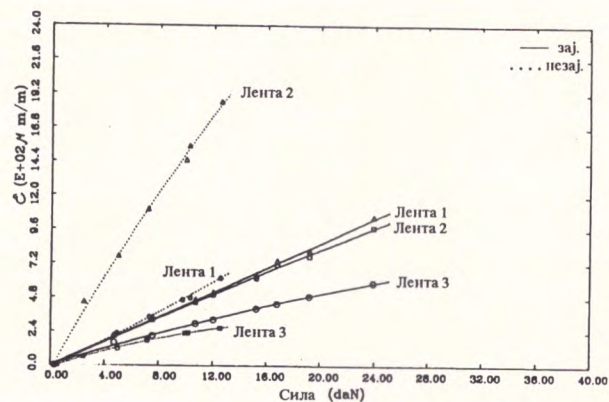
ТАБЕЛА 1. СПОРЕДБЕНИ РЕЗУЛТАТИ ОД ДОБИЕНИТЕ ВРЕДНОСТИ НА ϵ , ПРИ ОПТОВАРУВАЊЕ НА СПОЈОТ МЕЃУ ДВАТА ЧЛЕНА НА НЕЗАЈАКНАТ И ЗАЈАКНАТ МОСТ СО ДВА МЕЃУЧЛЕНА НА ВТОРОТО МЕРНО МЕСТО (MM2)

сила daN	сила daN	mm ² ϵ ($\mu\text{m/m}$)	mm ² ϵ ($\mu\text{m/m}$)
зајакнато место	незајакнато место	зајакнато место	незајакнато место
4,76	5,0	205	764
7,57	7,19	318	1098
10,71	10,19	441	1539
12,05	12,57	497	1852

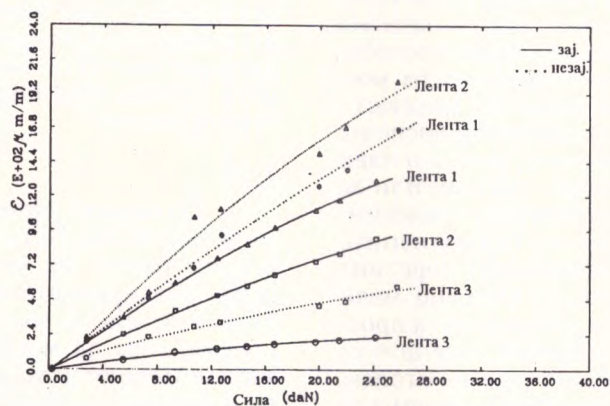
ТАБЕЛА 2. СПОРЕДБЕНИ РЕЗУЛТАТИ ОД ДОБИЕНИТЕ ВРЕДНОСТИ НА ϵ , ПРИ ОПТОВАРУВАЊЕ НА МЕЗИЈАЛНИОТ ЧЛЕН НА НЕЗАЈАКНАТ И ЗАЈАКНАТ МОСТ СО ДВА МЕЃУЧЛЕНА НА ВТОРОТО МЕРНО МЕСТО (MM2)

сила daN	сила daN	mm ² ϵ ($\mu\text{m/m}$)	mm ² ϵ ($\mu\text{m/m}$)
зајакнато место	незајакнато место	зајакнато место	незајакнато место
19,71	19,95	742	1491
21,48	21,90	797	1675

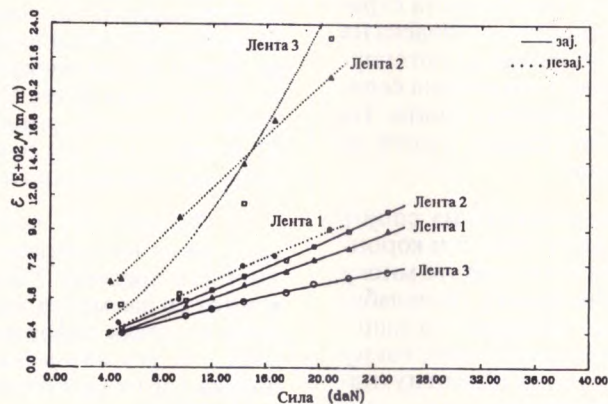
Легенда за табелите 1, 2 и 3:
 ϵ - деформација
 mm² - второ мерно место, на спојот меѓу членовите



Слика 1. Дијаграми сила - деформација од споредбените резултати добиени при оптоварување на спојот меѓу двата члена на незајакнат и зајакнат мост со два меѓучлена



Слика 2. Диграм сила - деформација од споредбените резултати добиени при оптоварување на мезијалниот член на незајакнат и зајакнат мост со два меѓучлена



Слика 3. Дијаграм сила - деформација од споредбените резултати добиени при оптоварување на дисталниот член на незајакнат и зајакнат мост со два меѓучлена

- лента 1 - залепена на спојот меѓу мезијална коронка и мезијален член
- лента 2 - залепена на спојот меѓу дват члена
- лента 3 - залепена на спојот меѓу дистална коронка и дистален член

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

ТАБЕЛА 3. СПОРЕДБЕНИ РЕЗУЛТАТИ ОД ДОБИЕНИТЕ ВРЕДНОСТИ ϵ , ПРИ ОПТОВАРУВАЊЕ НА ДИСТАЛНИОТ ЧЛЕН НА НЕЗАЈАКНАТ И ЗАЈАКНАТ МОСТ СО ДВА МЕГУЧЛЕНА НА ВТОРОТО МЕРНО МЕСТО

daN	daN	ϵ (μ m/m)	ϵ (μ m/m)
зајакнато место	незајакнато место	зајакнато место	незајакнато место
5,38	5,28	271	615
14,38	14,33	637	1414

Дискусија

Поради тоа што мостот ја имитира анатомската форма на природните заби, се врши сепарирање на металната конструкција меѓу членовите и спојот на телото и коронките. На тој начин висината станува променлива и се добива дисконтинуитет. Дисконтинуитетот на мостовската конструкција дава различни вредности на висината. Најмалите вредности на висината што се добиваат со сепарирањето, за да се остави простор за интерденталните папили, или за да ја имитираат природната форма, се вистинската висина и критичните места, критичните висини, од кои зависи целокупната цврстина на мостовската конструкција. Особено мали вредности на висината се добиваат кога просторот меѓу алвеоларниот гребен, каде што се изработува мостот и антагонистите, не е голем. Тоа се и случаи што се контраиндикација за изработка на мостовски конструкции.

При оптоварувањето, оклузалната страна на телото на мостот е притисната, додека на гингивалниот дел се јавува напон на истегнување. А токму таму се прави гингивална сепарација, која ја ослабнува конструкцијата. На сите ни е познато дека, кога сакаме нешто да скршиме, ние го засекуваме.

Доколку дисконтинуитетите на спојот меѓу членовите и спојот меѓу телото и коронките се со остар агол (а тоа техничарите многу често го прават), тие уште повеќе го ослабуваат мостот заради концентрацијата на напонот, и, под дејство на цвакопритисокот, токму на тие места се овозможува да се појави пукнатина која прераснува во фрактура.

Во 90% максималните напони се јавуваат на површината и пукнатините почнуваат од површината.

Зајакнувањата што се прават не се изведуваат секогаш правилно и, кога настанува фрактура, таа го заобиколува зајакнатото место.

Најдобро е кога висината е максимална, бидејќи со тоа се зголемува цврстината на мостот, а со тоа се зголемува спојот меѓу членовите. Така, според искажувањето на Мирчев (6), големината на поврзувањето треба да изнесува најмалку 3 mm. Врз база на експериментални испитувања, Finger и Reimers (4) го препорачуваат мостот со најголем пресек во средината, бидејќи бил покрут од сите други испитувани форми.

Со нашите испитувања сакавме да најдеме начин со кој би го избегнале прекинот на континуитетот на телата на мостовите. Бидејќи зајакнувањето не секогаш се изведува правилно, ние со досегашните познати научни сознанија од механиката, точно го прецизираме начинот на зајакнувањето. Зајакнувањето го изведовме во внатрешноста на телото, на спојот меѓу членовите и на спојот меѓу телото и коронките. Додадениот дел се издигнува напред, оставајќи простор за фасетката, и благо се шири кон основата. Нема поткопани места. Сепарацијата гингивално меѓу членовите треба да биде без остри засекувања, не треба да виде во форма на латинската буква V туку во форма на латинската буква U, и треба да е зајакната. Таква форма на лемените места употребиле El-Abrashi и сор. (2) со која концентрацијата на напоните се намалила за 50%.

Зајакнатите мостови покажаа пониски вредности на еластична деформација на критичните пресеци. Така, при оптоварување на мостот со два меѓучлена, кога го зајакнавме, се доби пониска деформација на второто мерно место, и тоа 497 μ m/m со сила од 12,05 daN додека кај незајакнатиот мост деформацијата беше 1852 μ m/m, со сила од 12,57 daN. Деформацијата беше намалена за 73,16% кај зајакнатото место на спојот меѓу членовите.

При експерименталното испитување на еластичната деформација на зајакнатиот мост во усната шуплина со три меѓучлена се доби пониска деформација на критичните пресеци,

на спојот меѓу членовите, во однос на спојот со два меѓучлена кој немаше никакво зајакнување. Иако мостот имаше поголема вредност на еластичната деформација на второто мерно место изнесуваше $1299 \mu\text{m/m}$, при оптоварување со сила од $13,95 \text{ daN}$, за разлика од мостот со два меѓучлена каде што деформацијата на спојот меѓу членовите изнесуваше $1513 \mu\text{m/m}$, при оптоварување и со помала сила од $9,98 \text{ daN}$.

Summary

CONSTRUCTION IMPROVEMENTS IN BRIDGEWORK FABRICATION

Bajevska J., Mirčev E., Danev D., Cosevski M.

Different continuity disruptions are often found in bridgework constructions being the result of separation at the junction sites. These disruptions have characteristics of cuts in and, cause local tension increase, which effects the mechanical characteristics of the alloy.

The aim of this study was to measure elastic deformation of reinforced bridges.

Dental bridges with two and three elements were investigated in mouth and on experimental models, for which purpose 30 measurments were performed.

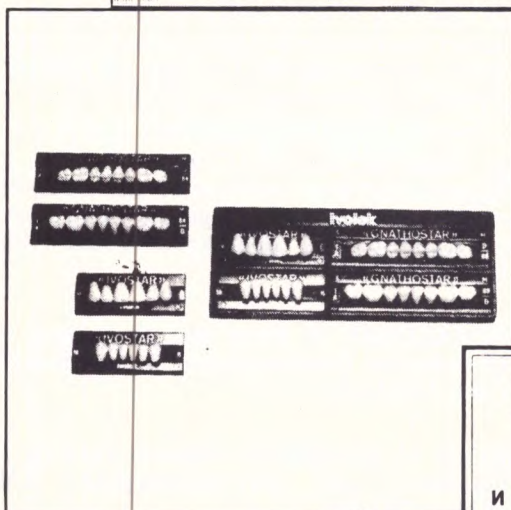
Our results revealed that constructional improvements of critical cross-sections and radiusis at the site of the rounding of gingival separation, caused lower values of elastic deformations at the site of critical cross-sections.

Key words: prosthodontics; dental bridges; dental alloys; pontics

Литература

1. БАЈЕВСКА Ј. Клинички и лабораториски испитувања на деформација на тела на мостови (дисертација), Скопје, Македонија: stomatološki факултет, 1993
2. EL-ABRASHI Mk, GRAIG RG, REYTON, FA. Experimental stress analyzis of dental restorations. Part 7. Structural design and stress analyzis of fixed partial dentures. J Prosth Dent 1970;23:177-86.
3. ERHARDSON S. Form und Abmessung von Lötstellen bei Brückenarbeiten. Dtch Zahnärztl Z 1983; 38:626-32.
4. INGER W, REMERS P. Untersuchungen zur Deformation der Bruckenkorpers. ZWR 1974;15:782-85.
5. KORBER KH, LUDWIG K. Maximale Kaufkraft als Berechnungsfaktor zahntechnischer Konstruktionen. Dental Labor 1983; 31(1): 55-60.
6. МИРЧЕВ Е. stomatološka протетика. Едноделно леани фиксно-протетички конструкции: клиничка и техничка изработка, Просветно дело, Скопје, 1984
7. ПОПОВ Н. Рационални методи и конструкции в мостовото зъбо протезиране, Медицина и физкултура, Софија, 1989
8. ВЕЛЕВСКИ Д. Евалуација на вредноста на цвакопритисокот и реакција на потпорните ткива кај суптотални протези (дисертација), Скопје, Македонија: stomatološki факултет, 1988..

Синтетички заби



Ivostar и Gnathostar

трислојни заби за интерканинското
и трансканинското подрачје за парцијални
и тотални протези

Предните заби (инцизиви и канини) **Ivostar**, кои имаат триаглести, четвороаглести и овални контури, и дијаторичните заби (премолари и молари) **Gnathostar** се употребуваат за парцијални и тотални протези. Можат одлично да се комбинираат со порцеланската техника и со материјалите за фасетирање коронки и мостови.

Предности на забите **IVOSTAR** и **GNATHOSTAR**:

- морфолошка сличност и слична боја како кај природните заби,
- бисерен сјај (Pearl Effect), длабинска просирност, прелевање на боите,
- трислојна внатрешна структура,
- просторно премрежен горен слој; заради тоа исклучителна абразивна и хемиска отпорност и траен површински сјај,
- постојаност на боите и при UV-светлина,
- наполно врзување со базниот материјал,
- голем избор на форми,
- широка палета на бои.

Забите **IVOSTAR** и **GNATHOSTAR** имаат 19 различни нијанси на бои, а се приготвени според единствената скала на бои **CHROMASCOP**



Ковачевска Г., Шабанов Е., Петкова Е.

ПРИЛОГ КОН АНАЛИЗАТА НА ЕДНОДЕЛНО ЛЕАНИТЕ НАДГРАДБИ КАЈ НЕПАРАЛЕЛНИ КОРЕНСКИ КАНАЛИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за фиксна стоматолошка протетика

Во секојдневната стоматолошка практика се почесто се среќаваме со потребата од протетичка реставрација на ендодонтски санираните повеќекоренски заби, кај кои, поради кариес или фрактура: трауматска или како последица на манипулативни постапки, при ендодонтскиот третман била намалена периферната коронарна забна супстанција.

Во трудот, авторите го прикажуваат сопственото клиничко искуство од реставрацијата на изгубениот коронарен дел на забот со едноделни леани надградби кај непаралелни коренски канали. За реализација на целта, клиничкиот материјал се состои од 15 ендодонтски третирани повеќекоренски заби на кои беше изведено надградување со едноделно леана метална надградба.

Резултатите од испитувањето покажаа дека методот е поедноставен, побрз, конструкцијата е поцврста и со поволна ретенција. Освен тоа, изработката е поевтина и лесно применлива во секоја стоматолошка ординација.

Клучни зборови: стоматолошка протетика; надградби; дентална реставрација, трајна

Кариозно-деструктивниот процес се јавува уште во најраната детска возраст, а екстракцијата на трајните заби, практично, може да започне од 12-тата година. Како последица на овие појави, ендодонтскиот третман на забите може да започне, исто така, во овој период, па дури и порано (4).

Екстракцијата на радикаси би довела до нарушување на континуитетот и би се создале дефекти во забните низи, а од тие причини, од анатомско-морфолошка гледна точка, и нарушувања на мастикаторниот апарат како целина. Единственото решение во згрижување-

то на настанатите дефекти што би можело да му се предложи на пациентот е изработка на мостовска конструкција.

Размислувањата, радикасите да се надградат така што во забната низа да функционираат како природните коронки што биле загубени поради кариесна деструкција, трауматска фрактура или фрактура поради одземање на цврстата забна супстанција при ендодонтските процедури, во историјатот, претрпувале разни модификации.

Леаните надградби, во почетокот, се изработувале во изолирани случаи и се сметале за претпротетичка подготовка.

Во расположливите литературни податоци се добиваат информации за стандардните услови за изработка на леани надградби, и тоа: коренот да е долг, прав, цврсто фиксиран во алвеолата, коректно ендодонтски излекуван, без објективни периапикални промени и да не причинува субјективни тешкотии (3).

Поради тоа што при актот на мастикација во пределот на моларите се произведува најголемиот цвакопритисок (5) од што прилегува и нивната масивност, распоредот и бројот на корените, реставрацијата на коронарниот дел на овие заби е од особен интерес во реконструктивната стоматологија.

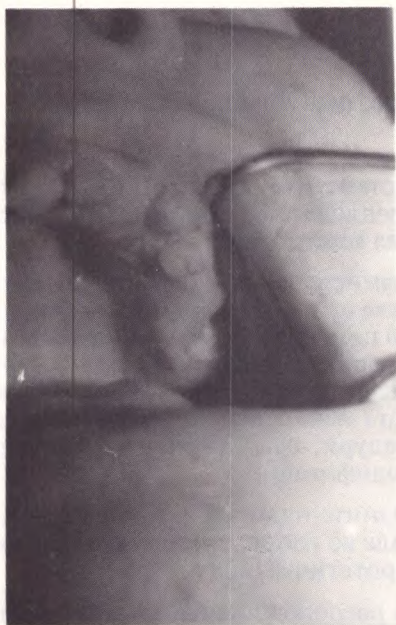
Во овој наврат, ние се осврнуваме на едноделно леаните надградби кај непаралелни коренски канали кај моларите и на методот паралелизација, при подготвувањето на каналите во кои ќе бидат вградени.

Материјал и метод

За реализација на целта на овој труд се користени 15 ендодонтски третирани повеќекоренски заби со деструирана забна коронка.

По позитивната процена на биолошката состојба на пародонтот, каналните полнења

на забите со деструирана забна коронка, општата и локалната состојба на пациентот, пристапиме кон обработка на остатоците од коронарната забна супстанција и коренските канали. Обработката на забната супстанција подразбира зарамнување на острите рабови на остатоците од природната забна коронка, препарација на кавумот со проширување во форма на инка и закосување на надворешниот гингивален раб (сл. 1).



Слика 1. Деструиран 27. заб со обработена заостаната забна супстанција и препарација на кавумот



Слика 2. Дефинитивна едноделно леана метална надградба со три паралелни колчиња

Во обработката на коренските канали, најпрвин се отстранува полнењето со гутаперка, а потоа се врши букоорално проширување на каналот. Процедурата ја изведуваме со насадни инструменти, челични борери и машински проширувачи. Информациите за обликот, должината и сликата на полнењето ги добиваме од рдг снимки. При обработката, се водеше сметка да не се отстрани повеќе од две третини од должината на полнењето. Во случаи на непаралелни коренски канали, пристапуваме кон нивно паралелизирање со аксијално мезиодистално проширување на каналите. Притоа, особено внимание посветуваме дебелината на цврстата коренска супстанција на коренскиот сид да не изнесува помалку од 1 mm, поради ризикот од фрактура на коренот. Ретенција на надградбата обезбедуваме со три колчиња со различна должина, во согласност со анатомоморфолошките особености на секој поединечен канал.

Најповолни услови за паралелизација на каналите постојат кај горните премолари, потоа кај долните молари, а најнеповолни се кај горните молари, поради грацилноста на букалните корени (1).

Обработениот кавум во форма на инка и едноделно леаната коронарна надградба во форма на треножно столче се доволни за ретенција, статичка отпорност и сугурна потпора на идната протетичка конструкција.

Со паралелизирање на каналите обезбедуваме доволна дебелина на поединечните



Слика 3. Интрадикуларно цементирана леана метална надградба

колчиња, особено на букалните (најмалку 2,5 mm на влезот во каналите; апикалниот дел, 1 mm).

По тоалетата на каналите со 3% H₂O₂, Betadine раствор и импрегнација со NaF, пристапуваме кон усогласување на формата на акрилатните колчиња со коренските канали. Тие треба, со обликот и должината, максимално да одговараат на претходно обработените канали. Земањето отпечатоци од каналите се изведува поединечно, во секој канал, со самоврзувачки акрилат што се нанесува во каналите со лентула. Потоа, со нанесување акрилат на претходно упасуваните колчиња се зема отпечаток од коренските канали. На крај, за во следната фаза да се оформи изгубената коронарна забна супстанција, отпечатоците од коренските канали се поврзуваат со акрилат. Полимеризацијата на акрилатниот модел завршува во чаша со вода затоплена на 37°C. Од коронарниот дел на моделот се отстранува вишокот акрилат и тој се оформува како препарирано забно трупче.

Од акрилатниот модел се излева дефинитивната едноделно леана метална надградба (сл. 2). Цементирањето на надградбата е во една фаза, откако претходно ќе се проба и ќе се упасува (сл. 3).

Резултати и дискусија

Финалниот план на стоматопротетичката рехабилитација се темели на сознанијата дека секој "спасен" заб или корен може да има пресудна улога за евентуална фиксна или мобилна конструкција, односно во постигнувањето поголем функционален или естетски успех (1, 3). Затоа, сметаме дека, со прересторативната подготовка во која се вклучени повеќе стоматолошки дисциплини, индикациите за екстракција треба да бидат поставени по најдетални проверки, особено за тие заби што на првиот преглед клинички не ветуваат или се неповолни. Потребно е да се направи обид, за кој понекогаш се вложува многу труд и трпение, да се зачуваат што е можно повеќе природни заби или барем нивните радикакси. Особено, третманот на депулпираниите заби и изработката на леаните надградби за нив треба да се изведуваат со многу внимание, знаење и одговорност.

Резултатите добиени од клиничките и рендгенолошките испитувања по интрадикуларното вградување на леани надградби кај непаралелни коренски канали го оправдуваат изборот на овој метод пред другите (1, 2).

Со овој метод, со паралелизирање на сидовите на коренските канали при непаралелни корени (1), се поедноставува постапката: се добива во време при земањето отпечаток и при цементирањето на излеаната надградба. Тех-

никата на работата според овој метод не е комплицирана и обезбедува поголема прецизност во сите фази. Таа е лесно изведлива во секојдневната практика.

Резултатите од клиничките и рендгенските проверки покажуваат дека кај сите 15 случаи за кои беа изработени едноделно леани метални надградби на повеќекоренските заби со непаралелни корени, постигнавме успех, потврден на 6 и 12 месеци и 3 години.

Во нашите истражувања, системот едноделно леана надградба кај непаралелни коренски канали претставува најдобро решение за функционално обезбедување на деструираниите заби. Од анализата на клиничките и рдг резултати јасно се согледува дека нема фрактури на металните надградби и на корените од забот. Врз таа основа може да се заклучи дека металната надградба најдобро се адаптира на оптоварување од мастикаторните сили и го зачувува интегритетот на резидуалните дентални структури реставрирани со фикснопротетички конструкции.

Summary

CONTRIBUTION TO ONE-PIECE CAST CORES IN DIVERGENT ROOT CANALS

Kovačevska G., Šabanov E., Petkova E.

In our everyday practice, we often meet the need for prosthetic restoration of endodontically treated multi rooted teeth in which, because of dental caries or tooth fracture, traumatic or after operative procedures, a gross deal of the peripheral coronary part was lost.

The authors present their own experience in restoration of the lost coronary part of the tooth with one-piece cast cores in divergent root canals. 15 endodontically treated multi rooted teeth were restored with one piece-cast cores.

The method is suggested to be simple, time saving, the construction to be stable and with favourable retention. Besides, the construction is inexpensive and easy for fabrication in each dental office.

Key words: prosthodontics; posts and cores; dental restoration, permanent

Литература

1. GRKOVIĆ B. Livena nadogradnja krunice višekorenog zuba sa intraradikularnom retencijom u slučaju disparalelnih kanala (doktorska disertacija), Vojno medicinska akademija, Klinika za stomatologiju: Stomatološki fakultet, Beograd, 1977.

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

2. КОПЕЙКИН ВН, МАЛИК МВ, САЛИЕВ ВИ. Востановление разрушенной коронки много корневых зубов. Стоматология, (Москва) 1987; 66(5): 55-6.
3. МИРЧЕВ Е. Стоматолошка протетика: едноделно леани фиксно протетички конструкции, клиничка и техничка изработка, Просветно дело, Скопје, 1984.
4. Нечева Љ и сор. Состојбата на оралното здравје и потребната санација на населението од Македонија од урбана и рурална средина. Макед Стоматол Прегл 1992; 16(3-4): 179-87.
5. VUJOŠEVIĆ LJ. Klinička protetika: fiksne nadoknade (I), Dečje novine, Gornji Milanovac, 1986.

Од 22 - 24 јуни 1994 година, во Охрид,
Здружението на стоматолозите од
Република Македонија
го организира својот

I КОНГРЕС НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА

ПОД МОТОТО
**ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ
ЗА ЗДРАВ ЖИВОТ**

Даштевски Б., Петкова Е., Зужелова М., Даштевски ББ.

ЕСТЕТСКА И ФУНКЦИОНАЛНА КОРЕКЦИЈА НА ОТВОРЕН ГРИЗ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за стоматолошка протетика

Намерата на авторите на овој труд е да укажат на важноста и проблемите во разрешувањето на оралните аномалии, а пред сè на аномалијата отворен гриз, која најчесто не доаѓа во чиста форма. Нашето дваесетгодишно искуство во разрешувањето на овој проблем укажува на тоа дека оваа деформација секогаш претставува случај за себе. Нашите пациенти се обработени според стандардите на современата стоматолошка практика. Во интерес на просторот, прикажани се само осум случаи одбрани според нивните карактеристики, етиологијата, разновидноста и начинот на нивното разрешување. Проблемот на разрешувањето на отворениот гриз и позитивните резултати во голема мера зависат од етиопатогенезата која најчесто е мултикаузална. Нашето искуство се совпаѓа со укажувањата на професионалната литература која недвосмислено го потврдува фактот дека тимската работа кај ваквите и други деформации е неодминлива.

Клучни зборови: малоклузии; кефалометрија; компјутерска томографија; дентална оклузија

Денешната современа стоматологија, и покрај настојувањата, сè уште не е во можност да ги разреши орофацијалните неправилности, затоа што современата цивилизација од низа причини, сè почесто е оптоварена со голем број орофацијални аномалии. Кога на сето тоа ќе се надоврзе и степенот на неинформираноста на нашата популација за важноста на настанатите аномалии, нивната забавена или одложена интервенција и санација, проблемот уште повеќе се усложнува.

Естетската и функционалната оштетеност на орофацијалниот систем, покрај другото, може да биде нарушена, во голема мера

и поради присуството на аномалијата отворен гриз.

Нарушеноста на говорот, цвакањето, дишењето и голтањето, како и нарушеноста на физиономијата, директно влијаат врз психичкиот и социјалниот развиток на пациентот, поради што од терапевтот се бара максимална ангажираност и суптилноста, за да може на најдобар начин да се разреши проблемот.

Постојат многу концепции и теории како за оклузијата така и за видовите на оклузијата, како што вели Suvin (2), кои можат да го дезориентираат терапевтот.

Најчесто, во повеќе случаи, доволна е клиничката инспекција и проверка на функционалната состојба на мастикаторниот апарат за да може да се открие и утврди етиопатогенезата на малоклузиите, како и да се одреди план и терапија за разрешување на случајот. Не е потребно секогаш и по секоја цена да се инсистира на многубројните параклинички испитувања и обработка во комплицираните артикулатори. Напротив, потребно е да се започне со обични, правилно ориентирани студио-моделни и евентуална радиографска документација. Клиничките истражувања на Ужемецкен (4) и Василјевскаја - Мухина (3) укажаа на тоа дека аномалиите со отворен гриз влијаат не само врз физиономијата и функцијата, туку и врз способноста за одделни професионални активности, како што се: дување во стакло, свирење на дувачки музички инструменти, нуркање и пливање. Отворениот гриз всушност претставува малпозиција на одделни или група заби во предниот фронт или дисталниот сегмент на забните низи. И покрај многуте теории за оклузијата, денеска сè уште не постои адекватна поделба и класификација за отворениот гриз.

Главното, може да стане збор, генерално кажано, за вродени и стечени аномалии на отворен гриз, кои можат да бидат декланширани од разни лоши навики, стечени трауматски дефекти или изменети скелетни, од-

носно дентоалвеоларни односи, како и за трета група таканаречена комбинирани аномалии.

Schulze, според Marić и Šilić (1), укажал на хипоплазија на глефта од херeditарно потекло со отворен гриз, додека стечените се од лоши навики, и тоа: цицање прст, особено палецот, цуцла, јазик, усни, образи, молив, перница, крагна и други предмети. Voss според Marić и Šilić (1), укажал на случај чија причина била висока плomba на еден од моларните заби. Протезна плоча, онлеј, инлеј, коронка, леана кукичка, можат да се сфатат како рефлексен хипомоклион, како надразнување на нарушувањето на мускулната координација. Таквата мускулна адаптација на различните инсулти многу бргу провоцира нарушување во мандибуларниот зглоб, затоа што тонусот на мускулатурата ја определува подвижноста на вилиците што може да предизвика реперкусија во градбата на зглобот.

Исто така, Marić и Šilić (1) укажуваат на случаи на отворен гриз без уочлива причина. Според нив, тие најверојатно се последица на деформативната артропатија.

Исто така, опишани се малоклузии настанати од анкилозата на темпоромандибуларниот зглоб.

Ascher, според Marić и Šilić (1) прикажал случај на отворен гриз предизвикан од артикулационото брусеење на една комплетна забна низа, како и случај на отворен гриз по носеење на нагрисна шина поради бруксизам и бруксоманија. Скелетните коскени заболувања, исто така, можат да бидат причина за отворен гриз. Исто така и ресекција на мандибулата може да даде изместени дентоалвеоларни односи. Грицкањето на букалните ткива може да доведе до тешки аномалии, како што е врстен гриз со *occlusio aperta*.

Фронталниот притисок на јазикот на фронталните заби, исто така, доведува до отворање на предна оклузија.

Одделни трауми, настанати во раното детство, можат да доведат до отворен гриз поради ожилното тикво во дентоалвеоларниот сегмент. И ожилните дефекти настанати по оперативните зафати кај стоматолошките конгенитални аномалии можат да доведат до оклузални нарушувања во предниот фронт, поради несинхронизиран раст и развиток во бимаксиларните односи.

Материјал и метод

Нашиот материјал претставува повеќегодишна збирка од професионалната казуистика, со различна етиологија, пациенти кои побарале помош за корекција на дефектите, аномалијата или некоја комбинирана состојба.

Во методологијата се користени сите конвенционални стручни методи почнувајќи од анамнезата, радиографијата, и тоа од обична дентална снимка до компјутерска телерендгенска техника, студиомодели со восочен загриз, симнувања на пломби и коронки или нивни корекции, брусеење на одделни заби, разни епитези и делумни протези, ортодонтски третман со брикети и прстенеста техника, како и други ортодонтски помагала, хируршки интервенции, од локални корекции до репозиција на мандибулата по Хуго Обвегезер.

Резултати и дискусија

Приказ на случаи

Случај 1

Пациент, стар 21 година, се обраќа поради згрижување на дефектот во предниот фронт (сл. 1а).

Видлив е дентоалвеоларен дефект во горната инцизална регија со недостиг на три заба, нагласена алвеоларна ресорпција и отворен гриз, нарушена оклузија и артикулација во дисталните забни низи. Носел привремена акрилатна делумна протеза. Има нагласена бимаксиларна протрузија и отежнат говор. Анамнезата укажува на трауматска повреда: кога имал осум години паднал од коњ и му биле извадени три заба.

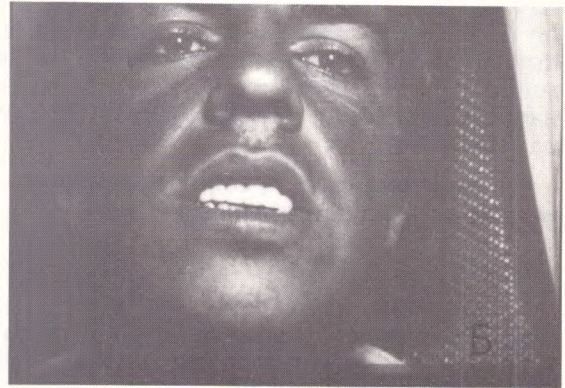
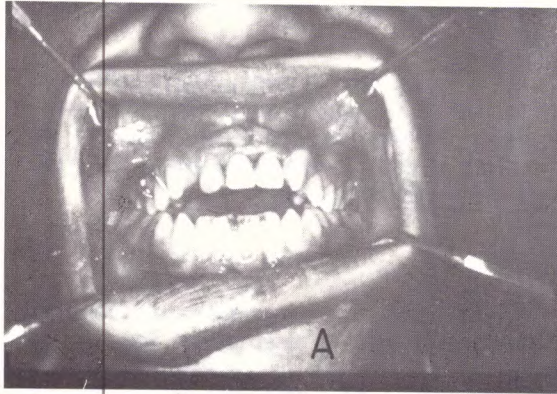
Терапија: направени студиомодели, ортопантограм, телерендгенографија, обработени според Бјорк, чија анализа покажува дека збирот на трите агла е зголемен и изнесува 403. Ваквиот однос на трите агла и нивниот збир укажуваат на дисгнатични промени во величината скелетна хармонија.

Изработена е мостовска конструкција која во горниот дел го покрива алвеоларниот дефект, а во инцизалниот дел максимално го покрива настанатиот отворен гриз. Коригирана е и естетско-фонетската функција. Исполнети се сите хигиено-технички стоматолошки принципи (сл. 1б).

Случај 2

Пациент, стар дваесет години, се обраќа со желба за корекција на нарушените морфолошко колоритни состојби на предните горни и долни заби, нарушениот естетско хармониски елемент, како и функционално-фонетскиот.

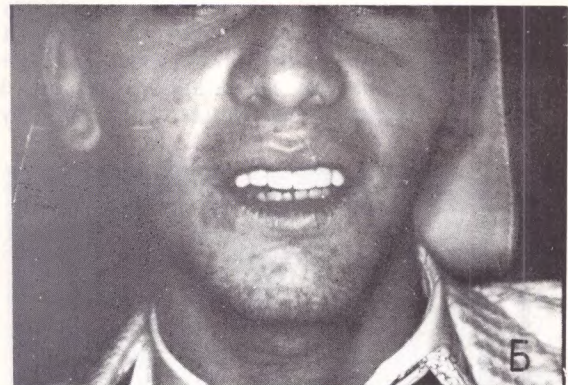
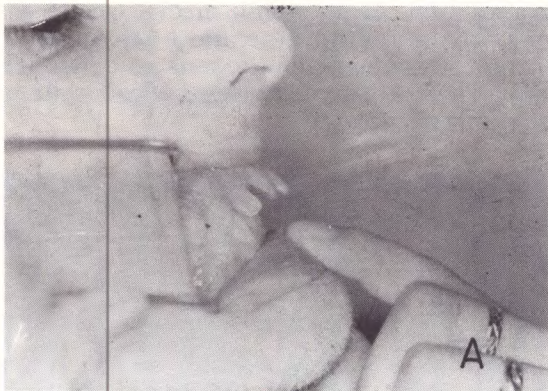
Изработени се 12 коронки во горниот и долниот фронт и воспоставена е коректна оклузија и функција, како и најважниот естетско хармониски проблем.



Слика 1. Отворен гриз; (а) состојба пред терапија; (б) состојба по терапија морфолошки модифицирано фиксно протетичко помагало.



Слика 2. Отворен гриз со латеро-оклузија: (а) пред терапија; (б) по терапија



Слика 3. Комбинирана малоклузија на отворен гриз, протрузија во горниот преден фронт, со латерооклузија: (а) пред терапија; (б) по терапија спроведена само во предниот горни забен лак.

Случај 3

Пациент, стар 22 години, се обраќа поради зголемено растојание помеѓу предните горни и долни заби. По анамнезата и кли-

ничката инспекција констатирано е дека се работи за лесна протрузија на горните и долните предни заби, настаната од интерпониранот јазик и притисокот што тој го врши врз инцизалните заби.

Изработени се студиомодели, направена е анализа, извршено е селективно брусење по сегменти во растојание од една седмица, при што е воспоставена коректна оклузија. Погодни околности беа големите пломби во моларната регија, кои би можеле да бидат една од причините.

Советувано е да престане притисокот на јазикот во пределот на фронтот.

Случај 4

Пациент, стар 21 година, поради нарушени меѓувилнични односи, отежната исхрана, говор и голтање, бара функционална естетска корекција и санација (сл. 2а).

Анализата и клиничката инспекција укажаа дека се работи за исклучително тешки деформации кои ги нарушиле сите витални функции. По извршените исцрпни клинички испитувања, изработени се студиомодели и рендгенограми, направен е план за терапија. Најнапред е изработен метален мост во предниот нагорен фронт за кој требаше да се фиксира мандибулата доведена во привидна оклузија по нејзината репозиција, според методот на Обвегезер. По заздравувањето од 6 седмици изработени се фиксни протетични помагала, воспоставена е коректна оклузија, артикулација, направена е задоволителна естетска и функционална корекција, како што се гледа на сликата (сл. 2б).

Случај 5

Пациентка, стара 35 години, бара естетска корекција во предниот фронт, при што наведува дека се сè понагласени респираторните и фонетските проблеми.

Пациентката во анамнезата негира траума и други заболувања. Во семејството нема друг со такви заби. Клиничката слика укажува на нагласена бимаксиларна протрузија со изразена позитивна и негативна степеница. Сту-

диомоделите и рендгенограмот упатуваа на екстракција на 4 горни и 4 долни инцизални заби.

Со оглед дека и дисталните заби беа со нарушена оклузија, беше изработено максимално протетичко помагало во горната и долната вилица, со што беше извршена естетска и функционална корекција.

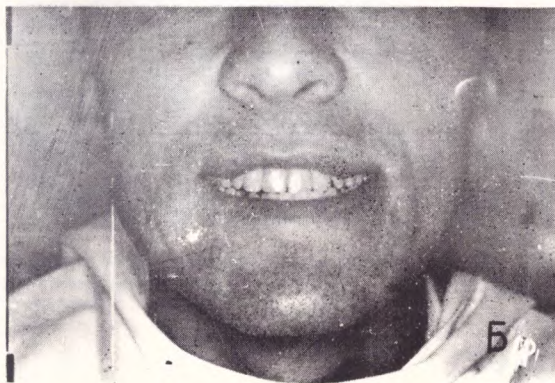
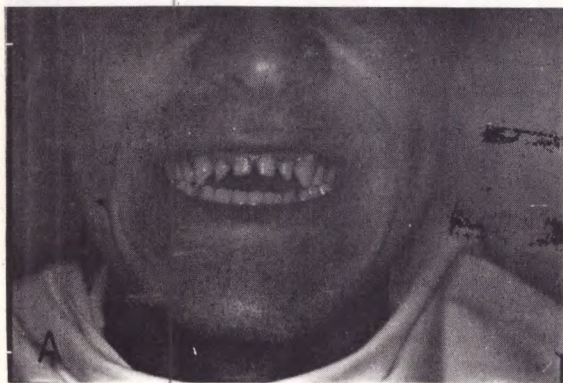
Случај 6

Пациент, стар 18 години, се обраќа со молба исклучително за естетска корекција. И покрај настојувањата да се изврши темелна реконструкција, тој одбиваше сè, освен корекција во горниот преден фронт. Беа извадени четири горни инцизива и направен имедијатен мост на просторот канин-канин со што беше задоволено барањето на пациентот (сл. 3а и 3б).

Случај 7

Пациент, стар 24 години, доаѓа на Клиниката поради естетска корекција во горниот преден фронт. Анамнезата и клиничката инспекција говорат за нагласен проген загриз (III класа според Angle), со отворен гриз кој уште повеќе го потенцираат недоволно морфолошки обликуваните горни четири инцизални заби. Пациентот не чувствува никакви промени и проблеми, како во функцијата така и во фонетиката. Видлива е диспропорција, со нагласено развиената долна вилица во однос на горната вилица како и бимаксиларна дентоалвеоларна протрузија.

Отсутен е оклузален однос сè до вторите моларни заби. Двата долни шести заба се со апикални промени. Предната вертикална должина за два пати е поголема во однос на задната висина, што се гледа од обработената телерендгенографија.



Сл. 4. Отворен гриз со изменета морфологија на четирите горни инцизиви: (а) состојба пред терапија; (б) состојба по терапија.

На томографијата е видлива дислокација на *capitulum mandibularis* во однос на темпорлниот туберкулум и зглобната чашка.

Дијагноза: мандибуларен прогнатизам со нормопозиција на максилата со постериорна ротација, протрузија на горните и долните фронтални заби (бимаксиларна протрузија) и зголемена должина на мандибулата; скелетна III класа со бимаксиларна протрузија со задна ротација.

План за терапија и санација. Студијата на моделите и краниограмите налага екстракција на долните шест заби, селективно брусене и изработка на четири горни фронтални коронки, при што беше постигната коректна оклузија и естетска корекција. Пациентот не прифати хируршка корекција, поради што дел од отворениот гриз остана да перзистира (сл. 4а и сл. 4б).

Случај 8

Пациент, стар 27 години, доаѓа на Клиниката поради корекција на двата централни инцизива. Освен естетски проблем, нема и не чувствува никакви нарушувања.

Видливо нагласено е развиена долната вилица во однос на горната, со отворен гриз, кој е уште понагласен поради двата скршени централни, авитални заби. Краниограмот укажува на изместени скелетни односи, а студио-моделите покажуваат оклузален контакт само во вторите моларни заби. Терапијата се состоеше во селективно брусене во сеанси и изработка на четири коронки на горните четири инцизални заби, при што беше намален отворот и естетски корегиран.

Нашите случаи се познати во стручната литература и се третирани според протетичките стандарди. И овие случаи укажуваат на доста голема комплексност на етиопатогенезата.

Исто така, нашата казуистика укажува на тешките последици од лошите навики кои не се навреме коригирани.

Успесите на терапијата и санацијата се во зависност од согледувањето на сите етиолошки фактори кои влијаат врз причините за неправилностите на овие аномалии, а кои најчесто се мултикаузални.

Терапијата на отворен гриз е тешка и долготрајна, поврзана со тимска работа на повеќе стоматолошки дисциплини.

Возраста и социјалниот елемент, а пред сè естетскиот, се основни причини поради кои се обраќаат пациентите.

Потребно е да се набљудува изнесеното подобрување поради не така ретките компликации, таканареченото лизнување или мези-

јално поместување на мандибулата, особено при поголемо некоректно селективно брусене на забите.

Евентуално, потребно е отстранување на лошите навики доколку тие и понатаму перзистираат.

Проблемот на разрешувањето на овие состојби е најчесто диктираната желба на пациентот: каде, кога, колку и што да се коригира.

Покрај желбите и материјалните можности, кај одделни случаи, третманот и терапијата зависат и од техничките можности и опременоста на клиниките и лабораториите.

Ако, само за пример, го појасниме нашиот прв случај во овој труд, веднаш паѓа во очи дека, покрај начинот на кој е разрешен, постојат и други посовремени методи и технолошко - технички средства.

Таков е, на пример, телескоп-системот, кој овозможува добра хигиена и естетика. Недостаток на овој ситем е поголемото одземање од забната супстанција кај столбните заби, а најчесто се работи за млади луѓе, каде што постои опасност од нарушување на интегритетот на пулпните содржини.

Исто така, овој случај дава можност за разрешување со помош на атечмен техника или други зглобни завртки и секретни копчиња, кои ги обезбедуваат сите барани услови во современото протезирање. Кај вакви и слични случаи е можно и разрешување по пат на делумна метална протеза која ќе има поголемо дентално отколку алвеоларно оптоварување, што ќе обезбеди намалена ресорпција на алвеоларниот гребен и создавање непожелни дефекти во меѓувличните односи.

Единствено не се препорачува привремена делумна протеза која најчесто станува трајна и доведува до спомнатите дефекти што уште повеќе ја усложнува настанатата состојба.

Заклучок

- Подигањето на стоматолошката култура кај населението за што понавремена терапија и санација на настанатиот дефект претставува императив во нашата секојдневна практика.
- Воспоставување на што е можно поапроксимативна етиопатогенеза за секој случај одделно.
- Стручно и внимателно следење на состојбата, како и навремена интервенција за да не дојде до рецидив, во одделни фази на лекувањето.

- Конзилијарна и тимска работа како во поставувањето на дијагнозата, така и во подготвувањето планот на терапијата и санацијата.
- Користење на сите современи расположливи технолошко технички средства.
- Подигање на стручното рамниште на учесниците во разрешувањето на состојбите како и подобрување на опременоста на сите рамништа во изведбата (клиничко лабораториски).

Summary

ESTHETIC AND FUNCTIONAL CORRECTION OF OPEN BITE

Daštevski B., Petkova E., Žuzelova M., Daštevski BB.

The aim of this study was to point out importance of problems related to oral anomalies treatment, particularly of open bite, which does not appear as a pure form. Our case material, a follow up of twenty years

were treated according modern prosthetic concepts. In this paper we present 8 cases selected for their characteristics, etiology, treatment varieties. Treatment results depend on etiopathogenesis, being multicausal in majority of cases. Our experience is identical to that in literature, affirming that team work is required when such deformations are concerned.

key words: malocclusions; cephalometry; computer tomography; dental occlusion

Литература

1. MARIĆ D. ŠILJIĆ M. Otvoren zagrižaj, Stomatol gl Srb 1977; 24(5): 307-12.
2. ŠUVIN M. Okluzija u stomatološkoj protetici, Školska knjiga, Zagreb, 1983.
3. ВАСИЛЈЕВСКАЈА З, МУХИНА А. Деформации зубочелјустној системи у детеј, Здравје, Киев, 1964.
4. УЖЕМЕЦКЕН И. Ортодонтическое лечение взрослых перед протезированием, Медицина, Москва, 1965.

Гугучевски Љ., Алабаковски М., Јамакоски О., Ванковски В., Гиговски Н.

ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКИ АСПЕКТИ НА ИНТЕРОКЛУЗАЛНОТО РАСТОЈАНИЕ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за мобилна стоматолошка протетика

Одредувањето на интероклузалното растојание е несомнено мошне важен параметар во реконструкцијата на беззубните пациенти. Колкава ќе биде неговата вредност и дали ќе овозможи правилна реконструкција на вертикалната димензија е прашање кое се наметнува пред терапевтот со сета своја жестина. Нашите 120 испитаници, корисници на тотални протези, ги поделивме на три групи, точно според вредноста на интероклузалното растојание: од 0 до 3 mm, од 3 до 5 mm и повеќе од 5 mm. Кај секој испитаник е направена автоматска анализа на електромиографскиот спектар на сила со помош на брзата Fourier-ова трансформација, при цваќање одредена количина тест храна (гума за цваќање). Предмет на електромиографската експлорација се предните слепоочни и масетеричните мускули. Најоптимални вредности, поточно најголема сила на контракција, со истовремено најмал замор, испитуваните мастикаторни мускули покажаа при опсег на интероклузалното растојание од 3 mm до 5 mm.

Клучни зборови: електромиографија; вертикална димензија; мастикаторни мускули

Да се рехабилитира одреден дел од системите на организмот на човекот не е воопшто едноставно и лесно. Токму затоа и надоместувањето на изгубените природни заби е поврзано со редица тешкотии, пред кои е исправен терапевтот и кои мора да се разрешат. Во тој контекст, интероклузалното растојание претставува параметар, чие одредување е со одредени карактеристики и, секако бара напор и ангажман. Необезбеденото или недоволно изразеното интероклузално растојание доведува до постојан контакт на забите, а мукозно носената протеза предизвикува постојан притисок и стрес, забележува Watt (11). Недоволниот простор повлекува со себе појава на пос-

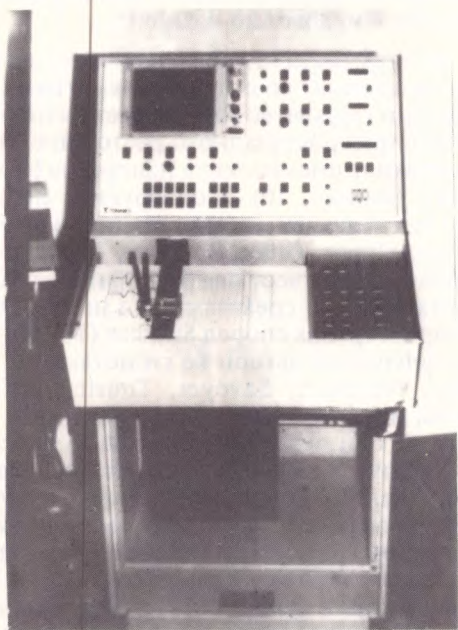
тојано стискање на забите, а по подолго време на користење на така изработените протези, Ramfjord (8) констатира и појава на бруксизам. Крајниот резултат од оваа појава е преоптовареност на оралните ткива и неможност за физиолошко одморање на мукозата, како последица на што таа станува иритирана и еритематозна. Ова се, во кратки црти изнесени, последиците што се јавуваат кога интероклузалното растојание е недоволно назначено.

Во стручната литература повеќе автори, кои се занимаваат со оваа проблематика, објавиле бројни трудови во кои предмет на нивниот интерес е интероклузалното растојание. Мора да се истакнат пионерските напори на Niswonger (цит. Samoian, 10), а од другите постари автори ќе ги споменеме само најчесто цитираните, како Tench, Gillis, Schlosser, Landa, потоа Thompson, во чија чест ова растојание во литературата често го среќаваме под името Томпсонов простор, пак според Samoian (10). Од средната генерација автори ќе ги истакнеме Trapezano, Nevakari, Savoyet, Tourtet, Rifauh, Ramfjord, Ash Jr, и конечно, од денешните современи автори незаобичајно е да се потсетиме на имињата на Shirinian, Wessberg, Manns, Burdette, Torii и други, констатира Гугучевски (3). На ова место ќе ја цитираме и дефиницијата за интероклузалното растојание, дадена во Glossary of Prosthodontic Terms (2) од 1977 година, а која е денес општо прифатена од повеќето светски авторитети и е најчесто цитирана во стручната литература која гласи: "растојание меѓу оклудирачките површини на горните и долните забни низи, кога долната вилица е во своето физиолошко мирување. Ова растојание може да се пресмета како разлика меѓу мировната вертикална димензија и оклузалната вертикална димензија".

Цел на ова испитување е да се анализира електромиографскиот спектар на сила на темпоралните и масетеричните мускули, при цваќање на тест храна, кога имаме различни вредности на интероклузалното растојание, односно кога тоа изнесува од 0 mm до 3 mm, потоа 3mm до 5 mm и повеќе од 5 mm.

Материјал и метод

За да се реализира вака поставената цел на испитувањето, измерено е интероклузалното растојание кај 120 корисници на тотални протези. Сите тие добиваат одредена количина (3,5 g) гума за цвакање, со стандардна конзистенција, вкус и мирис. Оваа гума за цвакање е всушност тест храна, преку која настанува контракција на испитуваните предни темпорални и масетерични мускули. Регистрирањето на акционите потенцијали од мастикаторните мускули (слепоочни и масетерични) го вршине со површински електроди AgAgCl₂ кои се исполнети со електрокондукциска паста. Електродите ги поставуваме врз претходно палпаторно одреденото место на телото на мускулот, според Williamson (3). Регистрацијата на седмата до десеттата мускулна контракција ја вршине на двоканален електромиографски апарат "Tonnie's" (сл.1).



Слика 1. Емг апарат "Tonnie's"

Времето за анализа на електромиографскиот спектар на сила е 1000 ms, влезниот сигнал е филтриран со аналогни филтри, и тоа за временска константа од 10 ms за горна гранична фреквенција 3 Hz. Користиме засилување од 200 μ V по поделба. Добиените електромиографски спектри на сила, потоа, ги анализираме со помош на автоматска анализа преку посебно за ова испитување конструирана програма на брзата Fourier-ва трансформација.

Од Fourier-ва трансформација се одлучивме да ги анализираме параметрите: интегриран електромиограм (IEmg), стандардна девијација на електромиографскиот спектар на сила (SD) и средната фреквенција на електромиограмот (F med).

Резултати

Користејќи ги статистичките програми "statographics" и "Kwikstat", за анализа на добиените податоци во испитувањето ги конструираме наредните табели.

На табела 1. е прикажана процентуалната застапеност на испитаниците (корисници на тотални протези), според различните вредности на интероклузалното растојание.

ТАБЕЛА 1. ПРОЦЕНТУАЛНА ЗАСТАПЕНОСТ НА ИСПИТАНИЦИТЕ ОД ИСПИТУВАНАТА ГРУПА СПОРЕД ГОЛЕМИНАТА НА ИОР

mm	N (%)
0 - 3	31 (25.83)
3 - 5	62 (51.66)
5 >	27 (22.50)
Σ	120 (100,00)

Табелата 2. ги прикажува средните вредности на параметарот интегриран електромиограм (IEmg), при три различни големини на интероклузалното растојание, односно кога тоа е од 0 mm до 3 mm, од 3 до 5 mm и повеќе од 5 mm.

Средните вредности на другиот параметар добиен од анализата на електромиографскиот спектар на сила, стандардната девијација, се прикажани во табелата 3.

Конечно, третиот и наедно последниот параметар во автоматската анализа на електромиографскиот спектар на сила, добиен при цвакање на тест храна (гума за цвакање) на предните слепоочни и масетерични мускули, е средната фреквенција (F med). Средните вредности на F med се прикажани во табелата 4, исто така при трите различни опсега на интероклузалното растојание.

ТАБЕЛА 2. СРЕДНИ ВРЕДНОСТИ НА I_{emg} (μV) КАЈ ИСПИТУВАНАТА ГРУПА ПРИ ИОР ОД 0 mm ДО 3 mm

ИОР (mm)	TdexIemg	TsinIemg	MdexIemg	MsinIemg
0 - 3	14,6	18,2	9,3	11,7
Средни вредности на I_{emg} (μV) кај испитуваната група при ИОР од 3 mm до 5 mm.				
ИОР (mm)	TdexIemg	TsinIemg	MdexIemg	MsinIemg
3 - 5	24,8	25,2	28,2	29,6
Средни вредности на I_{emg} (μV) кај испитуваната група при ИОР над 5 mm				
ИОР (mm)	TdexIemg	TsinIemg	MdexIemg	MsinIemg
5 >	10,3	9,2	8,0	10,3

ТАБЕЛА 3. СРЕДНИ ВРЕДНОСТИ НА SD (μV) КАЈ ИСПИТУВАНАТА ГРУПА ПРИ ИОР ОД 0 mm ДО 3 mm

ИОР (mm)	TdexSD	TsinSD	MdexSD	MsinSD
0 - 3	29,5	36,1	19,1	23,2
Средни вредности на SD (μV) кај испитуваната група при ИОР од 3 mm до 5 mm				
ИОР (mm)	TdexSD	TsinSD	MdexSD	MsinSD
3 - 5	48,5	49,0	52,2	58,1
Средни вредности на SD (μV) кај испитуваната група при ИОР над 5 mm				
ИОР (mm)	TdexSD	TsinSD	MdexSD	MsinSD
5 >	20,4	18,5	15,6	20,9

ТАБЕЛА 4. СРЕДНИ ВРЕДНОСТИ НА F_{med} (Hz) КАЈ ИСПИТУВАНАТА ГРУПА ПРИ ИОР ОД 0 mm ДО 3 mm

ИОР (mm)	TdexFmed	TsinFmed	MdexFmed	MsinFmed
0 - 3	138,5	135,2	137,7	135,4
Средни вредности на F_{med} (Hz) кај испитуваната група при ИОР од 3 mm до 5 mm				
ИОР (mm)	TdexFmed	TsinFmed	MdexFmed	MsinFmed
3 - 5	160,2	162,8	165,5	170,4
Средни вредности на F_{med} (Hz) кај испитуваната група при ИОР над 5 mm				
ИОР (mm)	TdexFmed	TsinFmed	MdexFmed	MsinFmed
5 >	147,8	144,9	146,1	143,7

Дискусија

Може да констатираме дека при физиолошка работа на испитуваните мастикаторни мускули (предните темпорални и масетеричните), тие покажуваат одреден степен на контракција, кој е во сооднос со типот на храната што треба да се изцвака. Се интересиравме за силата на контракцијата на овие мускули кај

корисниците на тотални протези, кои имаат различни вредности на интероклузалното растојание. Повисоките нумерички вредности на параметрите I_{emg} и SD на електромиограмот одат во прилог на констатацијата дека односниот мускул посилено се контрахира, забележува Гугучевски (3). Во табелите 2 и 3 се изразени различните вредности на I_{emg} и SD на електромиографскиот спектар на сила при

различни вредности на интероклузалното растојание. Откако ги групиравме испитаниците во три групи, според вредноста на интероклузалното растојание, забележуваме дека најоптималните вредности на споменатите параметри се точно кај оние пациенти кај кои вредноста на ова растојание е во опсегот од 3 mm до 5 mm. Ова, аплицирано на полето на практиката, значи дека овие пациенти развиваат најголема сила на контракција при цвакањето на тест храната. Спротивно од ова, оние корисници на тотални протези, кај кои интероклузалното растојание е под 3 mm, односно повеќе од 5 mm, имаат пониски вредности на IEmg (таб. 2) кај левите и десните слепоочни и масетерични мускули. Ова практично значи дека тие пациенти ја цвакаат тест храната со помала сила на контракција. Во табелата 3. е прикажан параметарот SD на електромиографскиот спектар на сила и може да се забележи дека кај оние пациенти, кај кои тоталните протези се изработени со интероклузално растојание од 3 mm до 5 mm, овој параметар има највисоки нумерички вредности. При оваа вредност на интероклузалното растојание (3 mm до 5 mm) најмала е потрошувачката на аденозин трифосфатот, протеините, фосфокреатинот и гликогенот. Мускулот ја врши својата функција со оптимална елонгација на мускулните влакна, констатира Наумовски (6). Карактеристично е тоа што секој мускул има одредена оптимална функционална должина, која е особено важна за елеваторите на долната вилица. Така им се овозможува на овие мускули, при најмала потрошувачка на енергија, да постигнат оптимална сила на контракција, заклучува Fuglsang-Frederiksen(1). Оваа сила на контракција зависи и од дијаметарот на мускулните влакна во моторната единица, констатира Palla (7).

Врз основа на ова може да се констатира дека силата на контракцијата, која зависи од можноста на мускулното ткиво да ги употреби и ресинтетизира високоенергетските фосфатни компоненти во присуство на одредени минерали, како што се калциумот и магнезиумот, е најоптимална точно на вредноста на интероклузалното растојание од 3 mm до 5 mm.

Последниот параметар, средната фреквенција (F med), прикажан во табела 4, е во непосреден сооднос со степенот на замор на испитуваниот мускул, констатира Palla (7). Во табелата 4. забележуваме дека, при различни вредности на интероклузалното растојание, и средните вредности на F med се различни. Сепак, највисоки вредности на F med се среќаваат при вредност на интероклузалното растојание од 3 mm до 5 mm. Palla (7) и Maton (4) го проучувале степенот на замор на темпоралните и масетеричните мускули и забележале дека, при различни вредности на ова растојание, различна е вредноста на F med, значи различен

е и степенот на замор кај односниот мускул. Повисоките вредности на овој параметар укажуваат дека мускулот е подобро кондициониран и, обратно, пониските вредности на F med укажуваат дека мускулот побрзо се заморува. Во нашите испитувања констатиравме дека овој параметар има највисоки вредности (таб. 4) кога интероклузалното растојание е од 3 mm до 5 mm. Naeije (5), Rasmussen (9) и Zorn (12) заклучуваат дека, најверојатно, при вредност на интероклузалното растојание од 3 mm до 5 mm, крвниот протек низ темпоралните и масетеричните мускули е адекватен и доволно да ги подмири потребите од високоенергетските материи (што предмалку ги споменавме), па мускулот ја врши својата активност со помал замор.

Врз основа на спроведената автоматска анализа на електромиографскиот спектар на сила може да заклучиме дека:

- највисоки средни вредности на параметрите IEmg и SD на електромиографскиот спектар на сила (значи и најголема сила на контракција) добиваме при опсег на интероклузалното растојание од 3 mm до 5 mm;
- параметарот F med има оптимална вредност од 160,3 Hz кога интероклузалното растојание е од 3 mm до 5 mm. Со падот, како и со порастот на оваа вредност над овие граници, настанува побрзо заморување на предните слепоочни и масетерични мускули.

Summary

ELECTROMYOGRAPHIC ASPECTS OF INTEROCCLUSAL DISTANCE

Gugučevski Lj., Alabakovski M.,
Jamakoski O., Vankovski V.

Determination of the interocclusal distance is probably a very important parameter in reconstruction of edentulous cases. This study is done over a group of 120 complete denture wearers, which are divided in three units according to the values of this distance: from 0 mm to 3 mm, then, from 3 mm to 5 mm and over 5 mm. Automatic analysis of the electromyographic power spectrum is done with the use of Fast Fourier Transformation (FFT), during chewing test food (gym chewing). Subject of electromyographic examination is anterior temporal and masseter muscle of the left and the right side. The most optimal values and the highest power of contraction with the lowest fatigue in the examined muscles are noticed in the level of interocclusal distance from 3 mm to 5 mm.

Key words: electromyography; vertical dimension; masticatory muscles

Литература

1. FUGLSANG-FREDERIKSEN A, RONAGER J. The motor unit firing rate and the power spectrum of the Emg Humans. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1988; 70: 68-72.
2. Glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent* 1977; 38(1): 70-109.
3. ГУГУЧЕВСКИ ЛЬ. Електромиографска проценка на физиолошкото мирување и интероклузалното растојание кај корисниците на тотални протези (докторска дисертација), Стоматолошки факултет, Скопје, 1992: 113.
4. MATON B. Human motor unit activity during onset of the muscle fatigue in submaximal isometric contraction. *Eur J Appl Physiol* 1981; 46: 271-81.
5. NAEIJE M. Correlation between surface electromyograms and the susceptibility to fatigue of the human masseter muscle. *Arch Oral Biol* 1984; 29(11): 865-70
6. НАУМОВСКИ Р. Електромиографски испитувања на масетеричен мускул кај долновилнични фрактури. Во: ВАСКОВ И. Остеосинтезата во краниофацијалната хирургија. Студентски збор, Скопје 1990; 180-216.
7. PALLA S, ASH MM JR. Power spectral analysis of the surface electromyogram of human jaw muscles during fatigue. *Arch Oral Biol* 1981;26: 547-53.
8. RAMFJORD S, ASH MM. Occlusion. WB Saunders Co. Philadelphia, 1971: 44-66.
9. Rassmusen OC et al. Blood flow in human mandibular elevators at rest and during controlled biting. *Arch Oral Biol* 1977; 22: 539-43.
10. SAMOIAN R. La dimension verticale de l'etage inferieur de la face. (2.eme edition). Grenoble, 1982:199-234.
11. WATT DM, MAC GREGOR RA. Designing complete dentures. Wright, Bristol, 1986: 214.
12. ZORN H, NAEIJE M. On line muscle fibre action potential conduction velocity measurement using the surface Emg cross correlation technique. *Med Biol Comput* 1983; 21: 239-40.

Кафтанџиева С., Велески Д., Богдановски С., Милошевски Б., Панчевски Г.

КРИТИЧКИ ОСВРТ НА МЕТОДИТЕ ЗА РЕГИСТРАЦИЈА НА ОКЛУЗАЛНИТЕ СИЛИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за мобилна стоматолошка протетика

Познавањето на квалитативните и квантитативните вредности на цвакопритисокот има големо значење за успехот на стоматолошкото лекување, за што зборува и постоењето на голем број студии од оваа област. Покрај големиот број конструкции од областа на гнатодинамометријата, утврдувањето и мерењето на оклузалните сили сè уште нема свој конечен облик кој би бил општо прифатлив.

Сакајќи да дадеме прилог кон секојдневната клиничка практика, извршивме мерење со ГДМ врз принципот на електрични ленти. Мерењата ги извршивме кај 200 испитаници со интактно забало на возраст од 19 до 27 години. Од анализата на добиените вредности од регистрацијата на оклузалните сили се гледа дека значително влијание врз добиените резултати имаат полот на испитаниците, локализацијата на забот, страната и видот на мастикацијата.

Клучни зборови: стоматолошка протетика; мастикација; цвакопритисок

Утврдувањето на големината на силата што дејствува на забите за време на мастикацијата и начинот на кој таа се мери има посебно место во клиничката стоматологија, особено во нејзините реконструктивни дисциплини.

Каква оклузална сила ќе се добие зависи од голем број фактори, а пред сè од состојбата на забнопотпорните ткива. Регулацијата на вредноста на загризната сила се обезбедува преку цел систем неврорегулатори, меѓу кои примарно место имаат периодонталните пресорцептори. Пресорцепторите кои даваат информација за состојбата на оклузалните сили се наоѓаат и во мастикаторните мускули и во ТМЗ.

Во разгледувањето на цвакопритисокот и оклузалните сили може да се каже дека постои:

- апсолутна мускулна сила - која е израз на целокупниот мускулен капацитет;
- функционална цвакална сила - сила на поединечниот мускул - зависно од видот на храната;
- ефективна цвакална сила - сила потребна да се заврши еден мастикаторен циклус;
- максимална загризна сила - сила која се развива на оклузалните површини на еден заб до појава на болка.

Постојат голем број студии од областа на оклузалните сили, но за нивното одредување и мерење сè уште не постои конечен став кој би бил прифатен во секојдневната клиничка практика.

Првите податоци кои се однесуваат на мерењето на силата на мастикаторните мускули датираат уште од 1681 година и се поврзани со името на италијанскиот анатом Борели (2). Борели на едноставен начин ја измерил силата на елеваторната мускулатура на мандибулата. Со помош на кожна петелка, врзана на долните молари, а на надворешниот крај на петелката врзувајќи тегови, Борели успеал да ја измери максималната тежина што едно лице може да ја подигне со долната вилица. Неговите резултати се пионерски во гнатодинамометријата и се на тогашното ниво на техничките достигнувања.

Оттогаш па до денес, низ историскиот развој на гнатодинамометријата, инструментите за мерење претрпуваат низа значајни промени и иновации. Различните направи, според методот на регистрирање, може да ги поделиме на неколку групи: механички, хидраулични, електрични и пиезоелектрични.

Меѓу најстарите начини за мерење на цвакалните сили спаѓаат методите базирани

на механичка основа. Механичките регистрира-тори претставуваат постари конструкциски реализации, со погломазни и не толку прецизни интермаксиларни елементи, без можност за прилагодување на оклузалниот релјеф.

Првата конструкција на механички гнатодинамометар (ГДМ), според многу автори, како Kelly (4), Paolini (5) и др. е поврзана со името на Black (1895). Во понатамошниот развој на механичките ГДМ низа автори, како Haber, Klutman, Martinko, Živko и др. даваат свој придонес. Овие инструменти работат на механички принцип на мерење. Во својата конструкција имаат интраорални загризни плочи поврзани по принципот на лост или федер, при што промените што ги предизвикува загризната сила се читаат на баждарна скала. Карактеристично за нив е што интраоралниот дел на ГДМ е грубо изведен - со високо растојание меѓу загризните плочи од 14 mm до 22 mm.

Во оваа група посебно интересен е биметарот на Voos (1). Инструментот е конструиран исклучително за регистрирање кај беззуби пациенти, со можност за билатерално прицврстување на инструментот на долната базална плоча. Висината се дотерува со подвижно челично колче, чиј врв се допира на горниот дел на биметарот кој е прицврстен на палатиналната база на горната тотална протеза. Voos забележал дека секој пациент развива максимална цвакална сила на специфично вертикално растојание, кое е блиску до висината на централната оклузија.

Помал е бројот на оние кои за мерење на оклузалните сили конструирале хидраулични ГДМ -и. Тоа се сложени направи чиј екстраорален дел работи на принципот на цилиндри, при што течноста се користи за пренос на деформираниот дел (4).

Електричните ГДМ-и се посовремени типови мерни инструменти кои својата регистрација ја темелат врз промена на електричниот отпор на т.н. електроотпорни ленти (тензиометри), како што се, според Велески (2), конструкциите на Scherberg и Eichner, на Pačić (6) и др.

Пиезоелектричните ГДМ-и работат на принципот на кристал ефект, т.н. кварц-кристал динамометри (5).

Покрај големиот број различни конструкции од областа на гнатодинамометријата, што зборува за перманентната актуелност на овој проблем, за ни една не може да се каже дека е единствено прифатлива или идеална. Од тоа произлезе и целта на овој труд, покрај освртот на литературните податоци од оваа област да се даде и прилог кон секојдневната клиничка практика, со мерења извршени со ГДМ на принципот на електрични ленти.

Материјал и метод

Одредувањето на вредностите на оклузалните сили го извршивме со специјално конструиран ГДМ, во соработка со Институтот за земјотресно инженерство и инженерска сеизмологија во Скопје.

Сензорниот дел на ГДМ-от е изработен од високоеластичен неоксидирачки челик со висина од 6 mm и пречник од 15 mm. Мерната мембрана го прави осетливиот дел на ГДМ-от, на кој се залепени електроотпорните ленти.

Брзата реакција на мерната мембрана овозможува сериска регистрација. Со приклучување на електронскиот засилувач digital indicator-Kuowa веднаш се обезбедува брзо читање на вредностите на регистрираната загризна сила.

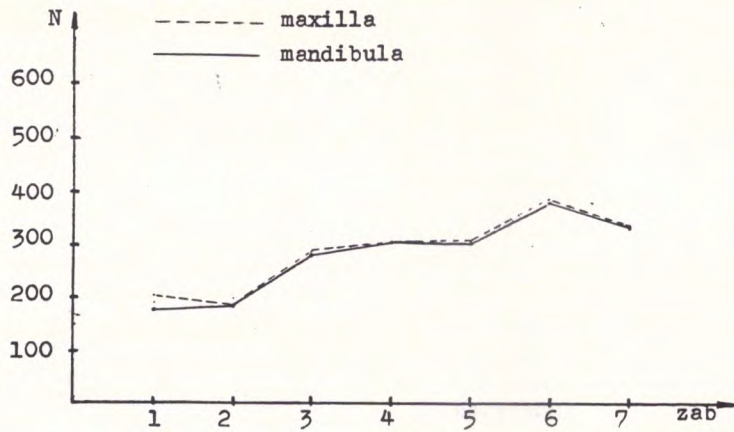
Валидноста на резултатите се контролира со load cell Kuowa сензор. Испушениот дел на мембраната овозможува центрирање на мерачот во средината на објектот, а со тоа и пренесување на максималните сили на оската на забот. Со примена на мерни келии обострано, можна е регистрација на издржливоста на потпорните ткива кај парцијалните, суптоталните и тоталните протези.

Како објективна валоризација на загризните сили регистрирани кај студентската младина со здрав стоматогнатен систем, графички изнесуваме дел од добиените резултати. Мерењата се извршени кај 200 испитаници со интактно забало. Подеднакво се застапени машки и женски испитаници на возраст од 19 до 27 години.

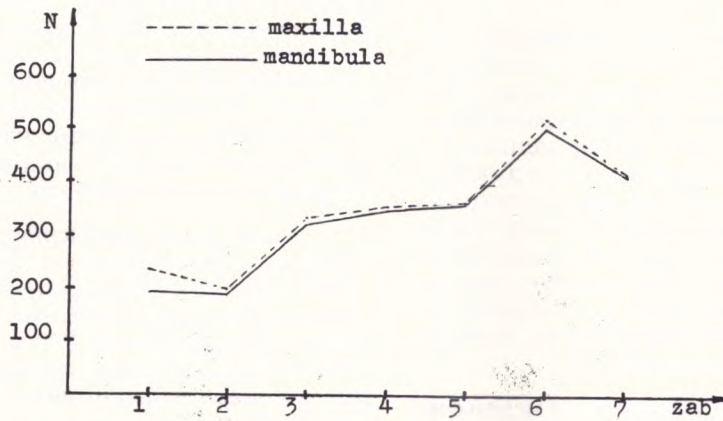
Дискусија

Анализата на добиените податоци од регистрацијата на оклузалните сили укажува на тоа дека постојат низа фактори кои влијаат на големината на добиените резултати.

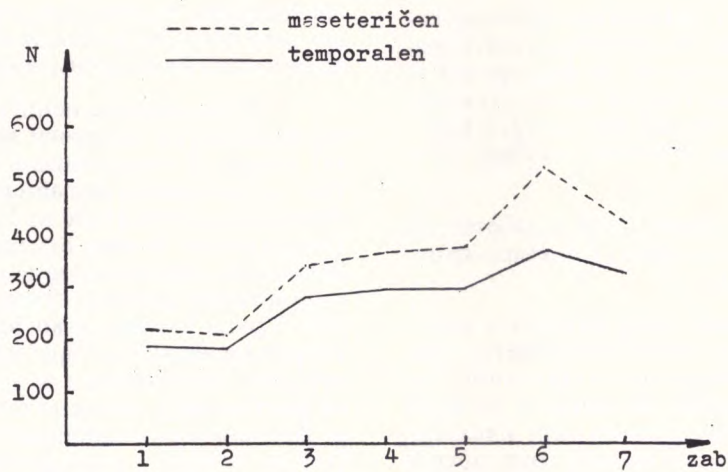
Статистичките испитувања укажуваат на сигнификантно повисоки вредности добиени кај машките испитаници, што е поевидентно кај забите од моларната регија, а тоа се совпаѓа со резултатите на Pačić (6) и Živko (3). Покрај полот и локализацијата на забот, врз добиените резултати за величината на оклузалната сила влијае и страната на мастикацијата. Група автори, како Schreiber и Eichner, според Велески (2), Pačić (6) и Živko (3), забележуваат дека постои т.н. преферирана страна на мастикација, односно повисоки вредности за загризната сила добиваат на десната страна. Ова се совпаѓа и со нашите испитувања. Кај машките испитаници, независно дали се работи за горна или долна вилица, вредностите на мастикаторната сила се поголеми на десната страна.



Графикон 1. ЕГД тестирање на издржливоста на забите кај женски испитаници



Графикон 2. ЕГД тестирање на издржливоста на забите кај машки испитаници



Графикон 3. ЕГД просечни вредности на издржливоста на забите кај масетеричен и темпорален тип мастикација

Посебно е значајна разликата на вредностите добиени во однос на типот на мастикацијата. Значително повисоки вредности се добиени кај масетеричниот тип мастикација, при што разликата е сигнификантна во премоларно - моларната регија.

Анализирајќи го големиот број методи на гнатодинамометриските регистрации на оклузалните сили, може да се заклучи дека електронските типови гнатодинамометри даваат попрецизни податоци, што се покажа и со овие испитувања.

Summary

REVIEW OF THE METHODS FOR REGISTRATION OF OCCLUSION FORCES

Kaftandžieva S., Veleski D., Bogdanovski S., Miloševski B., Pančevski G.

The knowledge of qualitative as well as quantitative values of the masticatory forces is undoubtedly significant for the successful prosthodontic treatment. This is supported by a large number of theoretical studies in this field.

Apart from the large number of gnathodynamical constructions, the establishing and measuring of the occlusion forces does not still have its final, generally accepted form.

We have performed measurements using GDM, applying electrical bands with the aim of their usage in everyday clinical practice. We performed these meas-

urements on 200 examinees, aged from 19 to 27, all of them having intact dental arches.

The analysis of the results obtained on occlusion forces registration are as follows: it is evident that the sex of the examinees, the location of the tooth as well as the side and the type of mastication considerably affect our results.

Key words: prosthodontics; mastication; masticatory force

Литература

1. BOOS MR. Vertical centric and functional dimension recorded by gnathodynamics. J Am Dent Assoc 1959; 59: 682-9.
2. ВЕЛЕСКИ Д. Евалуција на вредноста на цвакопритисокот и реакцијата на потпорните ткива кај суптотални протези, (докторска дисертација), Скопје, 1988.
3. ŽIVKO J. Komparativna studija gnatodinometrijskih metoda s posebnim obzirom na vlastitu konstrukciju (magistarski rad). Zagreb, 1980.
4. KELLY EK. Factors affecting the masticatory performance of complete denture wearers. J Prosth Dent 1975; 32: 122-36.
5. PAOLINI DA. A study on the methods of recording and the differences in maximal biting force between extremes of vertical facial types (D.Dis). University of Pittsburg, 1970.
6. PAPIĆ S. Određivanje vrednosti zuba sidrenja metodom elektrognatodinometrije (D.Dis). Sarajevo, 1977.

Алабаковски М.¹, Гугучевски Љ.¹, Јамакоски О.¹, Велески Д.¹,
Ѓорчулоска Н.²

ПРОЦЕНА И ОДРЕДУВАЊЕ НА НИВОТО НА ПРОТЕТИЧКАТА РАМНИНА ВО ИНТЕРАЛВЕОЛАРНИОТ ПРОСТОР

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ¹Клиника за мобилна стоматолошка протетика;
²Клиника за ортодонција

За проценка и одредувањето на нивото на оклузалната рамнина во интералвеоларниот простор вршени се испитувања кај 30 пациенти со тотална беззобост, од кои 15 мажи и 15 жени. Контролната група беше составена од 20 испитаници со интактно забало (10 мажи и 10 жени). Прво го одредуваме меѓувилничкиот однос и нивото на протетичката рамнина според вообичаените концепции на работа во секојдневната практика, а потоа пристапуваме кон мерење на интервестибуларното растојание во устата на пациентот и растојанието од горниот форникс од претходно одреденото ниво на протетичката рамнина.

Добиените вредности од мерењето ги споредуваме со резултатите добиени со емпириски пресметаното ниво на протетичката рамнина. Средната вредност од разликата помеѓу клинички одредената протетичка рамнина и емпириски пресметаната кај мажите изнесуваше 3,18 mm, додека кај жените таа разлика изнесуваше 2,09 mm. За одредување на прецизноста на методот што го користевме во нашето испитување ни послужи контролната група, при што установивме дека работиме со грешка од 0,6 mm кај мажите и 0,45 mm кај жените.

Клучни зборови: протеза, тотална; дентална оклузија; протетичка рамнина

Правилното дефинирање на положбата на оклузалната рамнина во меѓувилничкиот простор е еден од најважните проблеми при сите реконструктивни интервенции во стоматолошката протетика. Овој проблем е посебно нагласен во протетичката терапија кај пациен-

тите со тотална беззобост, кај изразена абразија на забите, кај сите случаи со мал број преостанати заби и, воопшто, секаде каде што постои потреба за корекција на меѓувилничките односи.

Во секојдневната практика се јавува потреба за изнаоѓање на оптималната положба на оклузалната рамнина по губењето на забите и подолгиот период на беззобост, а со тоа се наметнува и прашањето како да се дојде до таа оптимална положба.

Мислењата за изборот на правилни параметри не се усогласени и во литературата се препорачуваат разни методи. Денес е прифатено дека положбата на оклузалната рамнина кај пациентите со тотални протези треба да биде што поблиску до положбата што ја заземала оклузалната рамнина на природните заби (11). Со други зборови, нејзината положба и обликот во интералвеоларниот простор треба да се прилагодат со индивидуалните морфолошки карактеристики на орофацијалниот систем и неговите специфични функции.

Оклузалната рамнина стекната во текот на животот има важна улога во насочувањето и одредувањето на функционалните движења на долната вилица. Таа е еден од важните фактори кои придонесуваат за создавање на "индивидуален примерок" на функционалните движења кај секоја индивидуа. Функцијата на јазикот во процесот на цвакањето и во процесот на говорот може да се одвива нормално само со одредено ниво и висина на оклузалната рамнина, стекната во текот на растот и развојот на индивидуата (1, 13).

Согледувајќи ја важноста на положбата на оклузалната рамнина во меѓувилничкиот простор, цел на нашето испитување е да прикажеме одредени наши согледувања во процената на нивото на оваа рамнина во интералве-

оларниот простор и да го прикажеме нашиот приод кон нејзиното одредување.

Материјал и метод

За ова испитување се направени тотални протези кај 30 пациенти со тотална беззубост, од кои 15 мажи и 15 жени. Сите пациенти беа со еугнат меѓувилчен сооднос, на возраст од 40 до 80 години. Тоталните протези ги изработувавме според вообичаените концепции на работа во секојдневната клиничка практика.

Контролната група беше составена од 20 испитаници (10 од машки и 10 од женски пол), на возраст од 18 до 20 години, со интактно забало и еугнат меѓувилчен сооднос.

Методолошката постапка за реализација на поставената цел се состоеше од:

- одредување на меѓувилчениот однос и фиксирање на шаблоните во устата на пациентот според вообичаениот метод на работа во секојдневната клиничка практика;
- мерење на интервестибуларното растојание во медијална линија лево и десно од frenulum labii superior и frenulum labii inferior;
- мерење на растојанието од fornix vestibuli oris superior до протетичката рамнина;
- мерењата под точките 2 и 3, исто така, ги правевме и кај контролната група со тоа што тука го меревме растојанието од горниот форникс од инцизалниот раб на централните инцизиви. Мерењата ги правевме со шестар со затапени краеви;
- емпириски го пресметувавме нивото на протетичката рамнина во фронталниот сегмент на тој начин што добиената вредност за интервестибуларното растојание во медијална линија ја разделувавме така, протетичката симфиза да биде 2 mm под располовената висина на овој простор;
- добиените вредности од измереното и емпириски одредено ниво на протетичката рамнина ги споредувавме и ја добивме разликата помеѓу двете вредности.

Резултати

Средната вредност на разликата помеѓу измереното и емпириски пресметано ниво на протетичката рамнина во интералвеоларниот

простор кај испитуваната група по возраст е прикажана во табела 1.

ТАБЕЛА 1. ПРИКАЖУВАЊЕ НА СРЕДНАТА ВРЕДНОСТ НА РАЗЛИКАТА ПОМЕЃУ ИЗМЕРЕНАТА И ЕМПИРИСКИ ОДРЕДЕНА ПРОТЕТИЧКА РАМНИНА ПО ВОЗРАСНИ ГРУПИ

Пол	Мажи		Жени	
Возраст	40-60	60-80	40-60	60-80
Piz-Pcmpr	2,59	4,28	1,58	2,45
\bar{X} вкупно	3,18		2,09	

Дискусија

Од резултатите добиени кај испитуваната група се гледа дека средната вредност (\bar{X}) на разликата помеѓу измереното и емпириски пресметано ниво на протетичката рамнина кај мажите изнесува 3,18 mm, а кај жените 2,09 mm. Кај контролната група оваа разлика е 0,6 mm кај мажите и 0,45 mm кај жените. Со мерењата извршени кај контролната група утврдивме дека грешките при мерењата извршени кај испитуваната група се занемарливо мали (0,6 mm), што е потврда за степенот на точност на методот.

Ако се направи разделување на испитуваната група по возраст (таб. 1), ќе се види дека средната вредност на разликата кај мажите на возраст од 40-60 год. е 2,59 mm, додека кај жените на истата возраст е 1,58 mm. Кај возрасната група од 60 до 80 год. добивме за мажите 4,28 mm и 2,45 mm за жените. Кај помладите пациенти (40-60 год.) грешката при одредувањето на нивото на оклузалната рамнина во интералвеоларниот простор е помала, а кај повозрасните (60-80 год.) е поголема, а тоа се должи на различниот степен на ресорпција на алвеоларните гребени и на промените на тонусот на мускулатурата на усните и образите. Процесот на ресорпција по насока и интензитет е различен во горната и долната вилица. Редукцијата на висината на долниот резидуален гребен, мерена во предните партии, е четири пати поголема од смалувањето на висината на горниот резидуален гребен во ист временски период (12). Според тоа, поделбата на меѓувилчениот простор на два еднакви дела не може да го одреди вистинското ниво на оклузалната рамнина. Нејзината оддалеченост од горниот односно долниот резидуален гребен е сразмерна на степенот на ресорпција во горната односно долната вилица. Погрешен е ставот дека оклузалната рамнина треба да се приближува до "послабиот", односно повеќе ресорбиран гребен од "статички причини",

бидејќи со тоа се нарушува нејзиниот однос спрема јазикот, образите и усните и со тоа се загрозува физиономскиот ефект на протезите, нивната функционална вредност и стабилност при функциите на мастикаторниот орган. Според Petronijević R. '71, во точно одреден меѓувличен однос, ориентационата оклузална рамнина во вертикалниот простор се протега обострано од средината на *trigonum retromolare* спрема половината на интервистибуларниот простор во пределот на централните инцизиви. Значи, на половината на меѓугребенскиот, ниту интералвеоларниот простор, туку половината од интервистибуларниот простор, бидејќи тој простор останува непроменет, додека другите два зависат од степенот на ресорпција и затоа не можат да бидат никакво мерило, иако некои автори ги споменуваат како такви.

Во своите испитувања Bowman и Ismail (3) со помош на рендгенкраниометрија, нашле дека разликата помеѓу природната и артифицијалната оклузална рамнина изнесувала од -2 до +2 mm во пределот на предните заби. Меѓутоа, во најголем број случаи артифицијалната оклузална рамнина била поставена пониско, а нејзиниот наклон бил поблаг од оној на оклузалната рамнина на природните заби. Овие автори заклучиле дека задниот крај на оклузалната рамнина, поставен на ниво на горната третина од ретроларното испакнување или 1-2 mm над *tuber mandibulae*, најмногу одговара на положбата што ја зазема оклузалната рамнина на природните заби (6).

Кефалометриското проучување на оклузалната рамнина кај носителите на тотални протези покажува дека природната и артифицијалната оклузална рамнина не се паралелни со Камперовата линија, но крајната антеропостериорна инклинација на артифицијалната оклузална рамнина кај тоталните протези е скоро иста како и инклинацијата на природната оклузална рамнина (7).

Со возраста доаѓа и до намалување на тонусот на мускулатурата и тургорот на меките ткива.

Според физиогномските мерила и естетските критериуми, предните заби треба да бидат видливи при говор и смеење. Познато е дека видливоста на природните заби зависи и од типот на оклузијата, должината и подвижноста на усните и возраста, а и тоа дека со годините се зголемува видливоста на долните заби, а се намалува видливоста на горните (10).

Неадекватното ниво на оклузалната рамнина во меѓувличниот простор го нарушува нормалниот изговор на дентолабијалните и лингводенталните согласки. Ако оклузалната рамнина е поставена повисоко, јазикот и образите ја губат нормалната улога во формирањето на залакот и неговото спроведу-

вање преку фаринксот, а и физиономскиот ефект е нарушен поради зголемената видливост на долните заби, додека горните не се ни гледаат при говор и смеење.

Доколку оклузалната рамнина е поставена премногу ниско, јазикот и образите не можат да ја задржат храната на оклузалната површина на забите, па затоа таа се натрупува на вестибуларната површина на протезата, горните заби се премногу видливи, а чести се и гризењата на усните и образите.

Успехот во протетичката терапија со тотални протези, посебно во рехабилитацијата на основните функции и природниот изглед на лицето, ќе биде толку поголем колку што положбата на вештачките заби и положбата на оклузалната рамнина се поприближни со положбата што постоела кај природните заби (1).

Нивото на артифицијалната оклузална рамнина во интералвеоларниот простор ќе биде поблиску до нивото што го имала оклузалната рамнина на природните заби доколку во фазата на одредување на меѓувличните односи и при одредувањето на нивото на протетичката рамнина повеќе дојдат до израз индивидуалните варијации кои се однесуваат на должината и подвижноста на горната усна, како и степенот на ресорпција на вилочните гребени.

Резултатите добиени од нашето испитување ни даваат одредена насока во одредувањето на нивото на оклузалната рамнина во меѓувличниот простор, а тоа е: протетичката рамнина во фронталниот сегмент треба да се одреди за 2 mm повисоко кај жените и за 3 mm кај мажите. Кај повозрасните пациенти, оние над 70 год, овие вредности треба да се зголемат за 1 mm. На овој начин сметаме дека ќе се добие поприроден изглед на лицето и ќе се подобрат основните функции на стоматогнатниот систем, бидејќи ќе се постигне, положбата на артифицијалните заби и оклузалната рамнина да биде приближна со положбата што таа ја зазема кај природните заби.

Summary

EVALUATION AND DETERMINATION OF THE PROSTHETIC PLANE LEVEL IN THE INTERALVEOLAR SPACE

Alabakovski M., Gugučevski Lj.,
Jamakoski O., Veleski D., Đorčuloska N.

For evaluation and determination of the occlusal plane level in the interalveolar space we have studied 30 edentulous individuals, 15 males and 15 females. The control group consisted of 20 dentulous individuals

(10 m. and 10 f.). First, we determined the intermaxillar relationship and prosthetic plane level by using the usual conception in our everyday clinical practice, and after that we measured the intervestibular distance in the patient's mouth and the space from the upper fornix to the prosthetic plane level which has been first determined.

We compared the measured values with the results that we got with empirically determined prosthetic plane level. Average value from the difference between clinically determined prosthetic plane level and empirically obtained one is 3,18 mm for males and 2,09 mm for females.

The precision of our method was adjusted by using a control group, and we found out that measurement error in only 0,6 mm for males and 0,45 mm for females.

Key words: denture, complete; dental occlusion; prosthetic plane

Литература

1. ASHER F. Der totale Zahnersatz unter den Bedingungen des Gesichts-chädelaufbaus. Urban - Schwarzenberg Verlag, München 1971.
2. BASKER RM, DAVENPORT JC, TOMLIN HR. Prosthetic treatment of the edentulous patient. Macmillan Press, London (2nd ed), 1983.
3. ISMAIL YH, BOWMAN JF. Position of the occlusal plane in natural and artificial teeth. J Prosth Dent 1968; 20: 407-11.
4. ФИЛЈАНСКИ М, ДАШТЕВСКИ Б. Некои аспекти на краниометриското и функционалното одредување на протетичката оклузална рамнина. Прв симпозиум за протетичката рамнина (зборник на научни трудови) Куманово, 1985: 73-88.
5. ФИЛЈАНСКИ М, БОГДАНОВСКИ И, ВЕЛЕСКИ Д, ДАШТЕВСКИ Б, ЕЛЕНЧЕВСКИ М, ДЕЈАНОВСКИ К. Интраорално одредување на протетска рамнина. Prvi kongres protetičara Jugoslavije (zbornik sažetaka): Zagreb, 1986: 23.
6. HICKEY JC, ZARB GA. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. The CV. Mosby Co, St. Louis, Toronto, London, 1980.
7. KARKAZIS HC, POLYZOIS GL. A study of the occlusal plane in complete denture construction. J Oral Rehabil 1987; 14(4): 399-404.
8. NACCIS NJ. The relationship between the mandibular incisor teeth and the lower lip. J Prosth Dent 1970; 24: 483-91.
9. STANIŠIĆ D. Antropometrijski pokazatelji habitualnih međuviličnih odnosa i položaj prednjih zuba u protetskoj dijagnostici i terapiji (doktorska disertacija). Beograd, 1979.
10. STANIŠIĆ D. Okluziona ravan kod prirodnih i veštačkih zubika. Stomatol GI Srb 1980; (3).
11. STANIŠIĆ D, VUKOMANOVIĆ N. Indikatori optimalnog položaja okluzalne ravni nakon gubitaka prirodnih zuba i značaj njenog položaja za funkcionalnu vrednost proteze. Прв симпозиум за протетичката рамнина (зборник на научни трудови). Куманово 1985: 53-77.
12. TALLGREN A. The continuing reduction of the residual alv. ridges in complete denture wearers: a mixed longitudinal study covering 25 years. J Prosth Dent 1972; 27: 120-32.
13. WATT MD, MACGREGOR RA. Designing complete dentures. WB Saunders Co, Philadelphia, London, Toronto, 1976.

Бундевска Ј.,¹ Капушевска Б.,² Алабаковски М.¹

ПРОТЕТИЧКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО PROGENIA VERA

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: ¹Клиника за мобилна стоматолошка протетика;

²Клиника за фиксна стоматолошка протетика

Правата прогенија или мандибуларна прогнатија се среќава кај 2%-5% од популацијата. Претставува наследна малоклузија, т.е. се јавува во повеќе членови на едно семејство, и тоа како во млечната така и во трајната дентиција. Карактеристичните обележја на оваа малоклузија од 3. класа остануваат и по губењето на забите и, доколку не е извршена хируршка интервенција во пораниот период парцијалната и тоталната беззабост се решаваат со протетички помагала направени по посебни правила и прописи. Во трудот се прикажани случаи што беа покарактеристични и со изразени аномалии во смисла на малоклузија од 3. класа и нивното протетичко згрижување.

Клучни зборови: стоматолошка протетика; прогнатизам; малоклузии

Групата малоклузии од 3. класа ги опфаќа бројните морфолошки варијации, чија основна карактеристика е истурена положба на мандибулата во однос на максилата. Овој однос на вилиците може да биде последица на разликата на растот и развитокот на горната и долната вилица или пак претставува крајна слика на генетски утврдениот однос на виличните тела во склоп на целиот череп.

За решавањето на пациентите со вистинска прогенија треба да се познаваат нејзините карактеристики. На прв поглед пациентите со оваа прогенија се препознаваат по карактеристичниот изглед на лицето, т.е. имаат издолжено лице со проминиран дел, а посебно брадата. Средниот дел на лицето е обично вовлечен, а виличниот агол е тап. Често пати овие пациенти се со здебелена долна усна, со поизразени и подлабоки назолабијални бразди и слабо развиена субназална регија. Клинички се утврдува изразита развиеност на долната вилица

во сагитална и трансверзална насока, со инцизилен однос или обратен преклоп на инцизивите, проследен со различен степен на отворен загриз. Горните предни заби се протрудирани, а долните ретрудирани. Во изразити случаи долните први молари се наоѓаат во мезијална положба во однос на горните, а бочните заби се во вкрстен однос. Мезијалната положба на телото на мандибулата во однос на телото на максилата во сагитален правец може со сигурност да се види на латерале-телеренденграфски снимки на краниограмите на овие пациенти.

Вистинската прогенија, или гениуина, е ретка појава кај пациентите и се сретнува кај 2%-5% од испитаниците, и тоа како кај првата така и кај трајната дентиција, и кај повеќе членови од едно семејство. Со губењето на забите вистинската прогенија кај овие пациенти се уште е изразена и во тој случај зборуваме за примарна прогенија.

Ако пак прогенијата е последица на слабо развиена горна вилица или ако настанала поради атрофија на горната вилица по губењето на предните заби, зборуваме за секундарна прогенија.

Цел на нашиот труд е да прикажеме неколку пациенти со вистинска прогенија и делумна или тотална беззабост и нивната протетичка рехабилитација со поставување мобилни протетички помагала.

Материјал и метод

Материјал користен во трудот се 20 пациенти, и тоа: 10 машки и 10 од женски пол, на возраст над 40 години, со малоклузија од 3. класа по Angle и со парцијална и тотална беззабост, каде што е потребна протетичка рехабилитација.

За решавањето на нивната беззабост се користени последователно следниве методи:

- анамнестички податоци - со што добиваме одговор на прашањето за каква прогенија се работи, т.е. дали постои наследност или не;
- профилен телерендген на главата - со што исто така се потврдува вистинската прогенија;
- правење студиомодели за диференцијална дијагноза на примарна и секундарна прогенија;
- изработка на парцијални и тотални протетички помагала по посебни правила потребни при рехабилитацијата.

Дискусија

Примарната прогенија пациентите ја имале уште со природните заби и меѓувилничниот однос на долниот беззаб гребен во сите параметри е поголем од долниот и проминира во однос на горниот. Се јавува кај 5% од испитаниците, а анамнестичките податоци од пациентите се еден од поважните фактори за нејзино потврдување.

Во беззабата уста профилот е конкавен, а меѓусебниот однос на спротивните гребени од латералната страна во висина на централната оклузија е дивергентен. Мандибуларниот лак е широк и исфрлен во однос на горната вилица, а максилата е тесна и често ретрудирана.

Централната оклузија е идентична на физиолошко мирување, бидејќи слободниот меѓувилничен простор е скратен на 0 mm-1 mm. Висината на оклузијата влијае на степенот на прогенијата во спротивна смисла од максиларната прогнатија, т.е. со зголемувањето на загризот се намалува прогенијата. Но, загризот може само умерено да се подигне, бидејќи може да настанат други функционални нарушувања. Ова се потврдува со рдг снимки.

За успешно решавање на беззабите пациенти со прогенија од битно значење е диференцијално-дијагностичката слика на примарната, правата прогенија од секундарната.

Еден од важните индикатори е можност за ретракција, т.е. кога пациентот е во состојба да ја повлече вилицата приближно до неутрален загриз, зборуваме за секундарна прогенија со добра прогноза за ортодонтско-протетичка терапија. При ова не е важен износот на обратниот загриз туку и многу нискиот загриз дава добри резултати.

При правата прогенија во обсервацијата само претпротетички хируршки зафати, при што треба да се направи обид за поставување заби во неутрален загриз со подигање на оклузијата, но во многу случаи ова не успева.

При решавањето на нашите пациенти со тотална беззабост ние ги поставивме забите во тоталните и парцијалните протези по следниве правила: предните заби се поставени во централна оклузија во еден вид рамен или бриден гриз (заб на заб). Иницијалните работи на предните заби се истругани и проширени во мали 1 mm - 2 mm широки иницијални површини, и тоа навалени кон базата на усната шуплина, т.е. обратно од нормалната оклузија и надвор од средината на виличниот гребен.

Изборот на латералните заби го направивме во зависност од односот на горниот и долниот забен лак.

Заради скратениот горен лак, во едниот случај ги изоставивме едните премолари. Латералните заби беа редени по калота со изразито ниска плитка Шпеова крива. Заради релативно високиот загриз, туберите на латералните заби ги истругавме. Доколку има можност, би било потребно латералните заби да се употребат со што е можно пониски тубери, т.н. неанатомски облици на заби.

Со ваквата протетичка рехабилитација кај нашите пациенти со тотална и делумна беззабост и права прогенија е постигната задоволителна естетска, функционална и фонетска функција на стоматогнатиот систем.

Summary

PROSTHODONTIC REHABILITATION IN CASES WITH PROGENIA VERA

Bundevska J., Kapuševska B., Alabakovski M.,

Real prognathic bite or mandibular prognathic bite is found with the frequency of 2%-5% for our population. This is a hereditary malocclusion and is in close relation with presence among more members of a family. This malocclusion is found in deciduous and permanent dentition. Characteristic features of this malocclusion Class III remain after tooth loss and if some previous surgical intervention was not done.

This prosthetic frame works (partial and complete) dentures are done obeying special rules and attention.

In this study, cases which are characteristic and with noticed anomalies for malocclusion of III class and its prosthodontic treatment are shown.

Key words: prognathism; prosthodontics; malocclusions

Литература

1. BASKER RM, DAVENPORT JC, TOMLIN HR. Prosthetic treatment of the edentulous patient. (2nd ed) .Macmillan Press, London 1983.
2. BRANOVAČKI D, SOKOLOVIĆ B. Totalna proteza, Niš, Gradina, 1984.
3. KRSTIĆ M, PETROVIĆ A, STANIŠIĆ D, STANIŠIĆ Z. Stomatološka protetika. Totalna proteza, Dečje novine, Beograd, 1991.
4. MARKOVIĆ M. Ortodoncija, Ortodontska sekcija Srbije, Beograd, 1982.
5. STANIŠIĆ D. Biometrski pokazateli položaja zuba u protetskoj terapiji mobilnim protezama (3 deo), skeletni odnosi vilica i položaj prednjih zuba. Stom GI Srb 1986; 21:1.
6. SUVIN M. Stomatološka protetika, Biološki temelji, totalna proteza. Školska knjiga, Zagreb, 1979.

Од 22 - 24 јуни 1994 година, во Охрид,
Здружението на стоматолозите од
Република Македонија
го организира својот

I КОНГРЕС НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД МАКЕДОНИЈА

ПОД МОТОТО
ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ
ЗА ЗДРАВ ЖИВОТ

Алабаковски М., Велески Д., Бундевска Ј., Еленчевски С.

АСПЕКТИ НА ПРОТЕТИЧКАТА РЕХАБИЛИТАЦИЈА КАЈ ПРИНУДНИ ПРОГЕНИ ЗАГРИЗИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за мобилна стоматолошка протетика

Протетичката рехабилитација на принудниот проген загриз кај повозрасни пациенти, кај кои навреме не е спроведена соодветна терапија, бараат покомплексни терапевтски зафати и тимска работа.

Нашиот методолошки пристап кон протетичката рехабилитација на оваа малоклузија се состоеше од: (1) поставување точна дијагноза според претходно направените клинички и рдг анализи; (2) реконструкција на меѓувилничните односи и изработка на транзиторна парцијална протеза која пациентот ќе ја носи 3-6 месеци за адаптација на ТМЗ; (3) по периодот на адаптација на ТМЗ се спроведува протетичка терапија (изработка на фиксни или мобилни протетички конструкции) според претходно направениот план.

Клучни зборови: дентална оклузија; прогнатизам; ортодонција, корективна

Принудниот проген загриз е подеднакво застапен, и во млечната и во трајната дентичија и доведува до нарушување на повеќе функции во орофацијалниот систем (говор, нарушена функција на цвакањето и естетски изглед).

Основни карактеристики на оваа аномалија се: обратен преклоп на сите инцизиви, или и инцизивите и канините, предвремен контакт во пределот на некои од фронталните заби и принудно лизгање на долната вилица напред при доведување на долните заби во оклузија со горните (сл. 2).

Зависно од положбата на забите и пивната морфологија во пределот со ран контакт, долната вилица може да се лизга само напред или напред и латерално. Поради ненор-

малното трнење помеѓу горните и долните фронтални заби со ран контакт се развива абразија на инцизалните и лабијалните површини, на горните и на инцизалните и лингвалните површини на долните инцизиви. (сл. 2)

Постоенето на принудниот проген загриз може да доведе до промени и оштетување на ТМЗ и до појава на соодветни субјективни тегоби.

Оралната инклинација на повеќето фронтални заби од горната вилица, како и влијанието на наследството се сметаат за причинители на оваа малоклузија од III класа. Поранешното гледиште било дека принудниот проген загриз го стимулира мезијалниот развој на долната вилица, па овој преминува во вистинска прогенија. Но, перзистирањето на принудниот проген загриз преку 30-40 години и неговата ортодонско-протетичка корекција не одат во прилог на ова тврдење, а неговата трансформација во вистински мандибуларен прогнатизам е далеку повеќе последица на генетските потенцијали на растот, а помалку на функционалната стимулација што е присутна кај свој загриз.

Цел на нашиот труд е да прикажеме одредени наши согледувања во лекувањето на принудните прогени загризи кај повозрасни пациенти кај кои не е навреме спроведена соодветна терапија, па принудниот проген загриз бара покомплексни терапевтски зафати.

Материјал и метод

Наш материјал беа 30 пациенти со возраст над 35 год, кај кои, поради отсуство на заби во потпорните зони, дошло до мезијализација на долната вилица и до обратен преклоп на фронталните заби.

СТОМАТОЛОШКА ПРОТЕТИКА

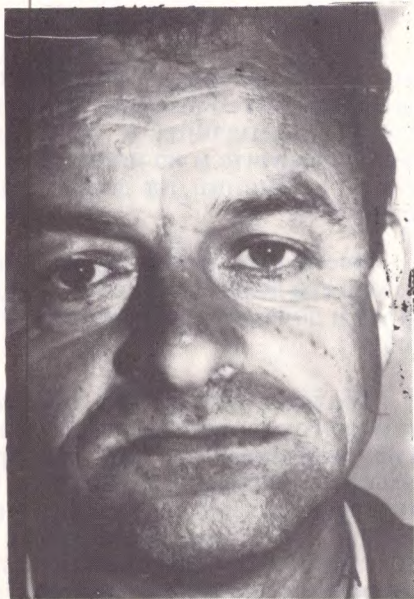
Нашиот методолошки пристап кон лекувањето на пациентите со принуден проген загриз се состоеше од:

- клиничка и рдг анализа на секој случај посебно (сл. 1 и 2);
- изработка на модели за анализа и студија, и изработка на загризни шаблони (сл. 3);
- реконструкција на меѓувилничниот однос, а потоа и рдг контрола на положбата на кондилот во fosse articularis;
- изработка на т.н. транзиторна парцијална протеза која пациентот ќе ја носи 3-6 месеци, зависно од случајот (сл. 4)

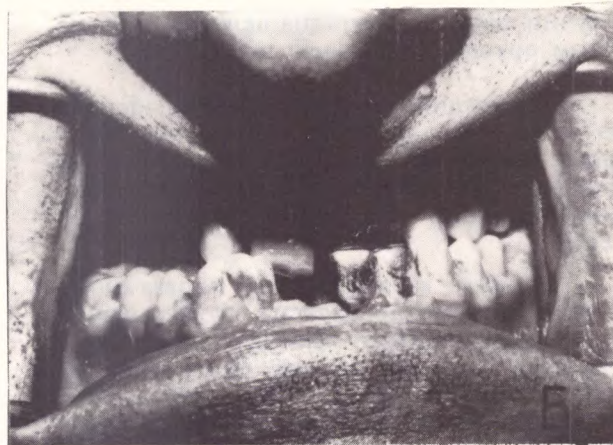
- спроведување на протетичка терапија според однапред направениот план (дефинитивна мобилна или фиксна конструкција (сл. 5 и 6).

Дискусија

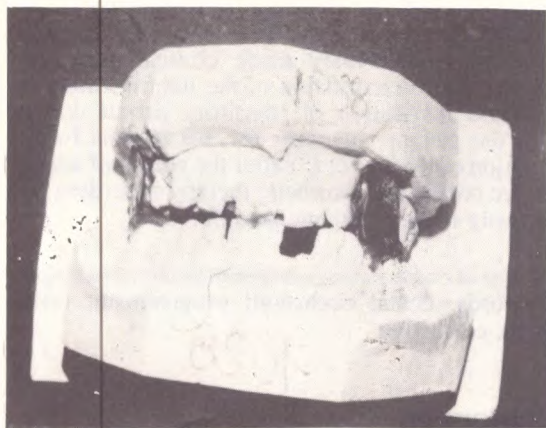
На овој начин беа лекувани 30 пациенти со возраст над 35 год. Кај сите пациенти прво се пристапуваше кон отстранување на препреката (етиолошкиот момент на принудниот проген загриз), а потоа и кон реконструкција на меѓувилничните односи. Предна фаза беше изработка на транзиторна парцијална протеза која пациентот ќе ја носи 3-6 месеци, зависно



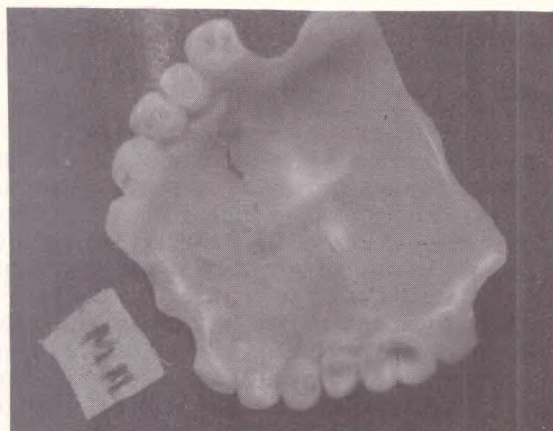
Слика 1. Екстраорален изглед на пациентот со принуден проген загриз (анфас и профил).



Сл.2 Интраорална состојба пред почетокот на терапијата



Слика 3. Студио - модели со загризни шаблони



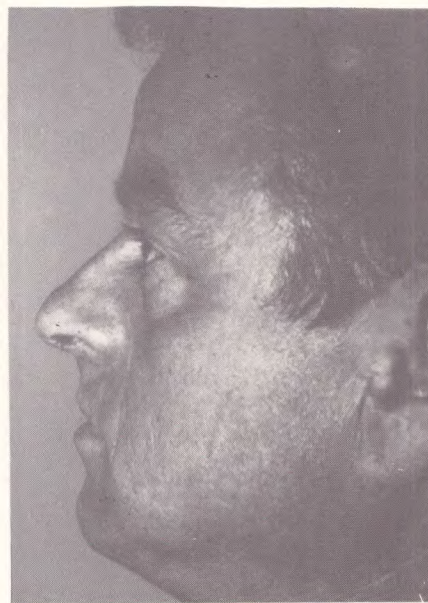
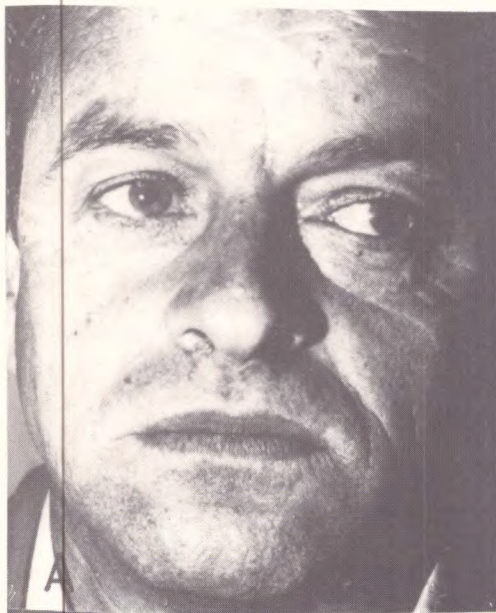
Слика 4. Транзиторана парцијална протеза



Слика 5. Интраорална состојба по спроведена протетичка терапија

од случајот, а со која се одржува претходно направената реконструкција на загризот и со која се врши адаптација на ТМЗ на новонастанатите мегувилнични односи (1). Кај сите пациенти, по периодот потребен за адаптација на ТМЗ, се изработуваа коронки (сл. 5) на сите преостанати заби, при што задолжително обезбедувавме минимален преклоп на фронталните заби, максимална интеркуспидација, и ја одржувавме претходно направената реконструкција на мегувилничните односи. На ваков начин ја обезбедувавме положбата на долната вилица и ја спречувавме појавата на рецидиви. Беззабите простори ги пополнувавме со скелетирана парцијална протеза или пак со фиксни протетички конструкции, ако за тоа постојеа услови.

Иако се работеше за повозрасни пациенти, немаше појава на рецидиви, субјективните тегоби, онаму каде што беа присутни, исчезнаа, додека постигнатиот естетски момент и



Сл.6. Екстаорален изглед на пациентот по спроведена терапија (анфас и профил)

функцијата бeа задоволителни (сл 5 и 6). Меѓутоа, мора да се каже дека терапијата зависи од конкретниот случај, а можностите на третманот се широки и варијабилни.

При поставување точна дијагноза според претходно направените клинички и рдг анализи, (1) констатираме дали се работи за принуден проген загриз или за вистинска прогенија; (2) изработуваме транзиторна парцијална протеза, која е потребна за адаптација на ТМЗ, која пациентот ќе ја носи 3-6 месеци; (3) според однапред направениот план се пристапува кон изработување на дефинитивна фиксна или мобилна конструкција која ќе ги задоволува фонетските, функционалните и естетските потреби на пациентот.

Summary

PROSTHETIC REHABILITATION ASPECTS OF COMPULSORY PROGNATHIC BITE

Alabakovski M., Veleski D., Bundevska J., Elenčevski S.

The prosthetic rehabilitation of compulsory prognathic bite in middle age patients in whom a suitable therapy was not realised in time, requires a more complex therapeutic treatment and a team work. Our

method concept for prosthetic rehabilitation of this malocclusion was: (1) establishing an exact diagnosis according to previously made clinical and x-ray analyses; (2) reconstruction of the intermaxillary relation and fabrication of transitory partial denture which the patient will wear for 3-6 months for the adaptation of the TMZ; (3) after the period of adaptation, we conducted prosthetic therapy according to a previously made prosthetic scedule.

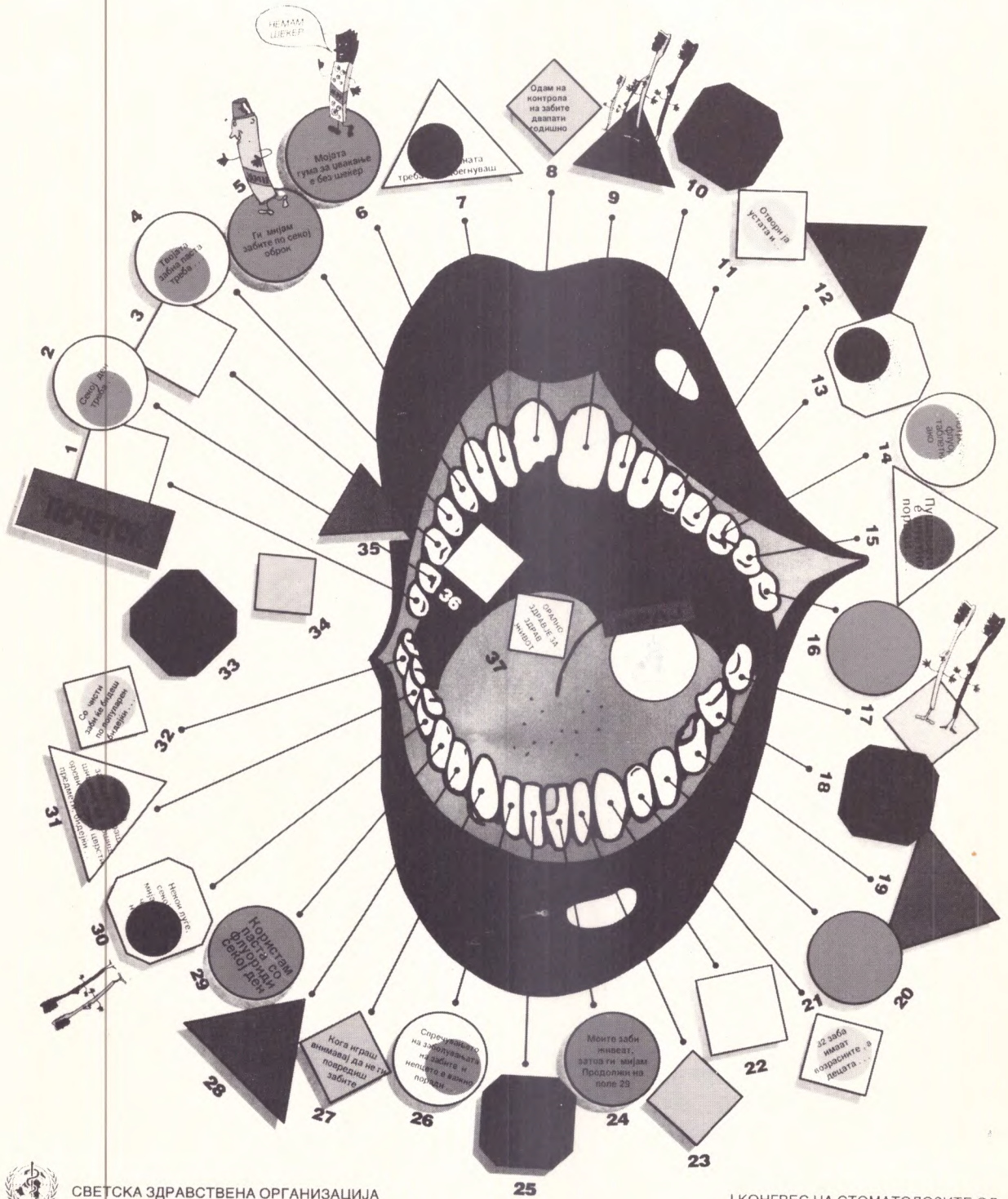
Key words: dental occlusion; prognathism; orthodontics, corrective

Литература

1. ДИМОВ К. Протетичко згрижување на прогенија кај возрасен пациент. 2. Собир на стоматолозите од Македонија. (Зборник на трудови) Куманово: Стоматолошка секција при СЗЛМ. 1970: 168-72.
2. ILIĆ D. Progenija i protetska rehabilitacija. Stomatol GI Srb 1975; 127-31.
3. MEŠKOV M. Naša iskustva u lečenju prinudnih progenih zagrižaja kod stalne denticije. Stomatol GI Srb 1978; 105-9.
4. СЕРАФИМОВА С. Наше искуство во третирањето на прогените загризи. Год 36 Мед Фак 1964; 11: 145-52.

ОРАЛНО ЗДРАВЈЕ :

Сва ете Вие на работ



СВЕТСКА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА
WORLD HEALTH ORGANIZATION

I КОНГРЕС НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ОД
МАКЕДОНИЈА, Охрид јуни 1994

219/1/1

THE HISTORY OF THE

