

OSOBI NE RENDGENTSKIH ZRAKA

Rendgenske zrake su oblik elektromagnetskog zračenja vrlo kratkih valnih dužina. Nastaju u rendgenskoj cijevi kada elektroni nastali na katodi velikom brzinom udare u metalnu zapreku na anodi. Pri tome dolazi do izbacivanja elektrona iz elektronskih ljusaka atoma. Na mjesto izbačenog elektrona uskače elektron iz više energetske razine pri čemu se stvaraju rentgenske zrake i toplina. Rendgenske zrake pokazuju fizikalno, kemijsko (djelovanje na fotoemulziju) i biološko djelovanje (posljedica je ionizacije). Glavna svojstva rendgenskih zraka su:

1. Prodornost

Prodornost rendgenskih zraka ovisi o njihovoj valnoj dužini. Što su rendgenske zrake kraće valne dužine, njihova je prodornost veća.

2. Apsorpcija u materiji

Apsorpcija rendgenskih zraka ovisi o njihovoj valnoj dužini, debljini objekta koji snimamo, atomskoj težini elemenata od kojih se objekt sastoji i o specifičnoj težini objekta. Apsorpcija je veća kod veće valne dužine rendgenskih zraka, debljeg objekta i veće specifične težine.

3. Pravocrtno širenje

Rendgenske zrake šire se iz žarišta rendgenske cijevi pravocrtno. Površina na koju padaju povećava se s kvadratom udaljenosti. Količina rendgenskih zraka koji padaju na određenu površinu pada s kvadratom udaljenosti.

4. Nevidljivost

Rendgenske zrake su nevidljive i šire se približno brzinom svjetlosti.

5. Kumulativnost

Rendgenske zrake se pri svakom izlaganju njihovom djelovanju kumuliraju u ljudskom tijelu.

6. Fluorescencija i nastanak rentgenske slike na zaslonu

Neke kemijske tvari kao što su cinkov sulfid ili kalcijev volframat zasvijetle kada se izlože djelovanju rendgenskih zraka. Ova pojava koristi se kod tehnike prosvjetljavanja jer je zaslon dijaskopskog uređaja

premazan jednom od ovih kemijskih tvari. Ovisno o količini rendgenskih zraka koje prođu kroz ljudsko tijelo i izlože zaslon njihovom djelovanju, on će jače ili manje svijetliti. Veća količina rendgenskih zraka uzrokuje jaču fluorescenciju. Ovim rendgenske zrake postaju "vidljive" čime se omogućuje analiza unutarnje građe ljudskog tijela. Stavimo li neki predmet između rendgenske cijevi i zaslona, isti će apsorbirati rendgenske zrake. Ako je apsorpcija jača, fluorescencija na zaslonu biti će slabija i predmet će se vidjeti na zaslonu kao zasjenjenje. **Ovo je temelj rendgenološke dijagnostike dijaskopijom.**

Sposobnost fluorescencije upotrebljava se također kod folija za pojačavanje pri rendgenskom slikanju čime se skraćuje vrijeme ekspozicije i smanjuje količina zračenja koje tijelo prima.

7. Djelovanje na fotografsku emulziju

Kada se fotografska emulzija (rentgenski film) izloži djelovanju rendgenskih zraka, ona pocrni. Zacrnljenje rendgenskog filma je proporcionalno količini rendgenskog zračenja kojem je izloženo. Veća izloženost, veće zacrnjenje. **Ovo je temelj klasične rentgenske radiografije.** Obrnuto od zaslona na dijaskopskom uređaju sjena se na rendgenskom filmu (rendgenogramu) prikazuje kao svjetlina manje ili veće jačine. Jačina svjetline ("sjene") je proporcionalna količini apsorbiranih zraka. Što je jača apsorpcija, svjetlina ("sjena") je jača.

Na rendgenogramu razlikujemo pet različitih intenziteta zasjenjenja:

1. Zrak (pluća, probavni sustav)
2. Masno tkivo
3. Meke česti (mišići, parenhimni organi)
4. Vapno (kosti, kalcifikati)
5. Metal (strana tijela, kontrasti)

Djelovanje rentgenskih zraka na fotoemulziju omogućuje dokumentaciju obavljenog pregleda na rendgenskom filmu.

8. Ionizacija

Pri prolazu rendgenskih zraka kroz materiju dolazi do ionizacije. To je pojava da pri izbijanju elektrona iz električki neutralnog atoma, atom postaje pozitivno nabijeni ion. Izbijeni elektron postaje negativni ion.

GRAĐA RENDGENTSKE CIJEVI I NASTANAK RENDGENTSKIH ZRAKA

Rendgenska cijev je vakuumska staklena elektronska cijev s dvije elektrode, anodom i katodom. Elektroni se stvaraju na katodi, negativno nabijenoj elektrodi, toplinskom emisijom. Brzina elektrona u cijevi određena je razlikom potencijala između anode i katode. Kod većeg napona veća je brzina elektrona, sraz s anodom snažniji, rentgenske zrake su kraće valne duljine, a time i veće prodornosti.

Katodu, koja je načinjena od volframske žice, grijemo niskonaponskom izmjeničnom električnom strujom (struja grijanja) čime se omogućuje stvaranje roja elektrona. Struja grijanja ima napon od 12 do 18 volti i jačinu od 3 do 5 ampera. Broj elektrona koji se oslobađa na katodi u direktnoj je svezi s njezinom temperaturom, odnosno količinom strujnog tijeka kojim je grijemo. Između pozitivne anode i negativne katode priključena je visokonaponska istosmjerna struja napona od 45 do 150 kV. Stvoreni se roj elektrona na katodi zbog razlike potencijala i suprotnog naboja velikom brzinom usmjeri na anodu te u srazu s njom nastaju rentgenske zrake i velika količina topline. Pri tome elektroni s katode udaraju u elektrone smještene u elektronskim ljuskama volframa anode i izbacuju ih iz njihovog ležišta. Elektroni iz više energetske razine uskaču na mjesto izbijenog elektrona pri čemu se stvara rentgensko zračenje. Ovisno o položaju elektronske ljuske, stvaraju se rentgenske zrake različitih energetskih nivoa što stvara spektar rentgenskih zračenja različitih valnih duljina. 99,9% energije pretvori se u toplinu, a ostatak u elektromagnetsko zračenje - rentgenske zrake.

Anoda je građena od volframa, koji ima visoko talište (3387°C), povezanog s bakrenim nosačem, odličnim provodnikom stvorene topline. Bakreni nosač hladi se vodom, uljem ili zrakom. Žarište anode je meta u koju udaraju elektroni. Da se žarište anode ne bi prekomjerno zagrijavalo, anoda u rendgenskoj cijevi rotira čime se toplina dispergira na veću površinu. Žarište anode je iskošeno, čime se dobiva optičko smanjenje samog žarišta i time bolja oštrina slike uz istu površinu. O veličini žarišta ovisi oštrina rentgenske slike. Manje žarište daje oštriju sliku.

OSNOVNI DIJELOVI RENDGENTSKIH UREĐAJA

Postoje dvije osnovne vrste rendgenskih uređaja: uređaj s fluorescentnim zaslonom koji služi za prosvjetljavanje (dijaskopiju) i uređaj za snimanje bez dijaskopije, u koji se ubraja i zubni rendgenski aparat. Današnji uređaji imaju na fluorescentnom zaslonu pridodano pojačalo s televizijskim lancem koji višestruko pojačava sliku sa zaslona. Ovim se smanjuje količina rendgenskih

zraka pri pregledima i poboljšava kvaliteta slike. Ovim uređajem moguće je načiniti i ciljane snimke za vrijeme dijaskopije. Druga vrsta rendgenskog uređaja služi isključivo za snimanje. Sastoji se od rentgenske cijevi, stola na kojem leži bolesnik i držača kazete u kojoj je rendgenski film. Umjesto stola postoji i zidni stativ za snimanje u stojećem i sjedećem položaju.

RENDGENTSKI UREĐAJ

1. Zračnik

Zračnik je građen od rendgenske cijevi, olovnog oklopa i uređaja za suženje rendgenskog snopa. Rendgenska cijev sastoji se od anode i katode smještene u staklenoj cijevi koja je uronjena u sredstvo za hlađenje (ulje, voda). S vanjske strane nalazi se olovni oklop s prednjim dubokim zaslonom koji usmjeruje rendgenske zrake i određuje širinu polja. Olovni oklop služi za djelomičnu zaštitu od rendgenskog zračenja i električne struje visokog napona. Rendgenska cijev spojena je visokonaponskim električnim vodom s generatorom.

2. Transformator

Transformator je uređaj za regulaciju napona električne struje. Transformator se sastoji od primarne i sekundarne zavojnice. Struja u primarnoj zavojnici inducira struju u sekundarnoj zavojnici. Promjene napona u sekundarnoj zavojnici proporcionalne su omjeru broja navoja u primarnoj zavojnici. Na primjer, ako broj navoja sekundarne zavojnice ima deset puta više navoja žice od primarne zavojnice, napon struje povišen je za deset puta. Isto vrijedi u obrnutom smjeru, odnosno kada je broj navoja sekundarne zavojnice manji u odnosu na primarnu napon se smanjuje. Niskonaponski transformator smanjuje kod rendgenskog uređaja mrežni napon s 220 volti na 12 do 18 volti za struju grijanja za katodi, dok visokonaponski transformator mijenja napon mreže od 220 volti u 45.000 do 150.000 volti.

3. Ispravljači

Ispravljači su uređaji koji mijenjaju izmjeničnu struju visokog napona u istosmjernu koja je potrebna za stvaranje rendgenskih zračenja. Kao ispravljači mogu služiti ventilne cijevi ili poluvodiči.

4. Komandni stol

Na komandnom stolu nalazi se prekidač gradske mreže i uređaji za kontrolu količine (mA), vremena ekspozicije (s) i napona (V) električne struje. Ovim se određuje kvaliteta i količina rendgenskog zračenja ovisno o snimanom dijelu tijela i njegovom volumenu.

5. Stativ

Stativ je nosač fluorescentnog zaslona s pojačalom. Na njemu postoji uređaj koji kontrolira širinu snopa i

istovremeno omogućuje ciljano snimanje. Zidni stativ ima držač kazete i služi za snimanja u stojećem stavu.

6. Stol za snimanje

Građen je od drva ili plastike. Na njemu leži bolesnik za vrijeme snimanja. Iznad stola nalazi se rendgenska cijev. Ispod stola na kojem leži bolesnik nalazi se držač kazete u koju se ulaže film. Ispred kasete nalazi se Potter-Buckijeva rešetka koja smanjuje sekundarno zračenje i time poboljšava kvalitetu slike.

7. Rešetke

Pri prolazu kroz ljudsko tijelo rendgenske zrake *se dijelom apsorbiraju, dijelom rasipaju, a dijelom prođu kroz tijelo nepromijenjene*. Rasute rendgenske zrake imaju nepovoljno djelovanje na kvalitetu rendgenske slike glede oštine i kontrasta te su stoga nepoželjne. Otklanjaju se rešetkama. Postoje dvije vrste rešetki, Potter-Buckijeva i Lysholmova rešetka. Rešetke su uređaji koji su građeni od olovnih lamela. One su paralelno postavljene, a između njih je slobodan prostor za nesmetan prolaz neapsorbiranih zraka primarnog snopa. Potter-Buckijeva rešetka se prilikom ekspozicije giba da bi se izbjegao prikaz lamela na rentgenskoj slici. Lysholmova rešetka ima tanje lamele i premda je prvotno bila statična danas se katapultnim uređajem dovodi u stanje titranja za vrijeme ekspozicije čime se izbjegava prikaz lamela.

8. Tubusi

Tubusi su uređaji građeni od olova koji se nalaze na samom izlasku iz rendgenske cijevi. Služe za regulaciju širine zračnog snopa i prilagođavaju ga veličinom snimanom dijelu tijela.

ZUBNA RENDGENSKA APARATURA

Radi se o poluvalnim aparatima kod kojih anoda služi kao ispravljač struje. Koristi struju gradske mreže frekvencije 50 Hz. Negativni dio faze ne prolazi kroz cijev. Napon iznosi od 45kV do 90 kV kod novijih aparata. Rentgenska cijev s tubusom ima držač s zglobnim uređajem koji omogućuje iskošenje cijevi.

ZUBNI RENDGENOGRAM

Rendgenološka slika zubi služi kao morfološki i fiziološki zapis gornje i donje čeljusti. Upotrebljava se također za praćenje patoloških stanja kao i kontrolu terapijskih postupaka te za praćenje tijeka degenerativnih bolesti. Zubni rendgenogram je fotografski film koji predstavlja sjenu zuba i okolnog koštanog tkiva.

Objekti koji se opiru prolasku rtg zraka ili ih apsorbiraju, prikazuju se na rendgenskom filmu kao bijela

područja (zlatne krune, metalna punjenja) i nazivaju se sjenama. Objekti koji pokazuju manji otpor prolazu rtg zraka prikazuju se na rtg filmu u rasponu od crnih do sivih područja ovisno o količini apsorbiranog zračenja i nazivaju se prosvjetljenjem. Primjer su meka tkiva i koštana destrukcija. Metalna punjenja i krune pojavljuju se kao bijela područja na zubnom rendgenogramu. Silikatna punjenja prikazuju se kao prosvjetljenja i ne smiju se zamijeniti za kariozne promjene.

VRSTE FILMOVA I NAČINI SNIMANJA ZUBNOG RENDGENOGRAMA

INTRAORALNE SLIKE

Pojam intraoralnih radiografskih pregleda zubi i alveolarnog grebena predmnijeva da se film nalazi u ustima. U širem smislu intraoralne slike dijele se na :

- a) intraoralne retroalveolarne slike
- b) slike sa ugrizom u traku
- c) intraoralne zagrizne aksijalne slike
- d) intraoralne zagrizne kose slike

Intraoralna radiografija najčešća je radiologijska pretraga u zubnoj ambulanti. Intraoralna retroalveolarna slika pokazuje u cjelosti krunu, vrat i korijen zuba kao i okolno koštano tkivo uključujući najmanje 2 do 3 mm alveolarne kosti ispod vrha korijena. Normalna intraoralna retroalveolarna slika prikazuje tanku linearnu intenzivnu sjenu, što odgovara kortikalnoj kosti (lamina dura) koja okružuje korijen zuba i od kojeg je odijeljena diskretnim transparentnim područjem debljine do 0,5 mm do 2.2 mm u promjeru. Ovo predstavlja periodontalni ligament odnosno periodontalnu membranu. Kost između korijenova naziva se interradikularna kost. Kost između korijenova priležećih zuba naziva se interseptalna kost. Lamina dura dosiže do nivoa od približno 4 mm ispod caklinskog-cementnog spoja. Unutar interseptalne kosti često se vide vaskularne strukture širine cca 1 mm. Ove strukture odgovaraju nutritivnim kanalima. Širenje periodontalnog ligamenta i gubitak lamine dure rani su znakovi rubne periodontalne bolesti ili periapikalne patologije. Spongiozni prostori unutar interseptalne kosti mogu se u takvim slučajevima povećati. Rjeđe širenje periodontalnog ligamentarnog prostora može biti rani znak skleroderrije, osteosarkoma ili Ewingovog sarkoma. U takvim slučajevima radiologijski znakovi često su praćeni jakim bolom. Kod traumatskih promjena zuba i dislokacije kao i eventualne reimplantacije, periodontalni ligamentni prostor će za vrijeme ranog postoperativnog perioda pokazivati generalizirano proširenje.

INTRAORALNE TEHNIKE

INTRAORALNA RETROALVEOLARNA SLIKA

Temeljna tehnika za slikanje zubnog rentgenograma je intraoralna retroalveolarna slika s filmom veličine 2x3 i 3x4 cm na kojoj su prikazana dva do tri zuba. Za incizive i kanine filmovi se postavljaju uspravno, a za prikaz premolara i molara filmovi su u ustima, smješteni poprečno dužom osovinom. Intraoralnim retroalveolarnim filmom prikazuje se zub u cijeloj svojoj dužini sa prikazom krune, vrata i korijena zuba. Ova tehnika omogućuje detaljnu analizu zuba i okolne koštane strukture.



Slika 1. Intraoralna retroalveolarna slika

Indikacije za intraoralnu retroalveolarnu sliku su:

1. Patološke promjene krune, vrata i korijena zuba.
2. Traumatske povrede zuba.
3. Anomalije zuba.
4. Kontrola terapijskih postupaka (punjenje korijenskih kanala, resekcija korijena zuba).
5. Analiza priležećih koštanih struktura (periodontalna membrana, lamina dura, interdentalna septa).

PRAVILO ORTOPROJEKCIJE I IZOMETRIJE

Obzirom su zubi u gornjoj i donjoj čeljusti smješteni pod određenim kutem u odnosu na horizontalnu i sagitalnu ravninu, kod slikanja je važno ove činjenice uzeti u obzir da bi se na rendgenogramu dobila odgovarajuća veličina i izgled zuba. Za prikazivanje odgovarajuće dužine zuba nužno je da je **smjer rendgenskih zraka okomit na imaginarnu liniju koja siječe kut između površine filma i površine zuba**. Skraćivanje zubne sjene nastaje zbog prevelike angulacije rentgenskih zraka, dok izduženje zubne sjene nastaje zbog premale angulacije. Da bi se izbjeglo preklapanje sjena zuba na rendgenogramu mora biti zadovoljeno pravilo ortoprojeksijske. **Pravilo ortoprojeksijske bit će zadovoljeno ako je smjer centralne zrake okomit na ravninu koja spaja plohe dviju susjednih zuba**. Zbog anatomske građe katkada je nemoguće na jednom rendgenogramu prikazati pravilnu dužinu zubnih korjenova bez prekrivanja pojedinih dijelova. Zbog divergencije korjenova u gornjoj molarnoj regiji pravilna dužina bukalnih i lingvalnih korjenova ne može biti prikazana na istom filmu.

Tablica1:

KUTOVI NAGIBA TUBUSA PREMA HORIZONTALNOJ RAVNINI ZA INTRAORALNU RETROALVEOLARNU SLIKU GORNJE I DONJE ČELJUSTI (IZOMETRIJA)

VRSTA ZUBI	GORNJA ČELJUST	KUTOVI NAGIBA DONJA ČELJUST
INCIZIVI	+55 DO +65	-15 DO -25
KANINI	+45 DO +55	-15 DO -25
PREMOLARI	+35 DO +45	-15
MOLARI	+25 DO +35	0

Tablica2:

KUTOVI NAGIBA TUBUSA PREMA OKOMITOJ RAVNINI ZA INTRAORALNU RETROALVEOLARNU SLIKU GORNJE I DONJE ČELJUSTI (ORTOPROJEKCIJA)

VRSTA ZUBI	GORNJA ČELJUST	KUTOVI NAGIBA DONJA ČELJUST
INCIZIVI	0	0
KANINI	60 DO 75	45 DO 50
PREMOLARI	70 DO 80	70 DO 80
MOLARI	80 DO 90	80 DO 90

Kod slikanja zuba u gornjoj čeljusti bolesnik se postavlja tako da je sagitalna ravnina glave pada pod pravim kutem na površinu poda. Horizontalna ravnina koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom mora biti paralelna sa površinom poda. Horizontalna linija koja spaja tragus uha sa kutem usana koristi se za orijentaciju kod snimanja zubi u donjoj čeljusti. Ova linija također mora biti paralelna sa površinom poda. Kod svih vrsta slikanja glava mora biti čvrsto fiksirana, da bi se izbjeglo pomicanje za vrijeme ekspozicije.

POSTAVLJANJE FILMA U USTA

Prije nego se postavi film za intraoralno retroalveolarno slikanje moraju se poduzeti neke mjere predostrožnosti. Obvezno je odstraniti naočale i mobilnu protetiku prije početka ekspozicije. Praktični savjeti: kod snimanja inciziva i kanina u gornjoj čeljusti film se pridrži palcem i kažiprstom za njegovu donju stranu i postavlja se uspravno. Zub koji želimo snimiti mora se nalaziti na sredini filma. Donji rub filma mora prekrivati incizalne bridove prednjeg zuba za 3 mm. Za snimanje premolara u gornjoj čeljusti film se prihvaća palcem i kažiprstom suprotne ruke za donji vanjski kut. Film se postavlja poprečno (horizontalni položaj) sve dok se drugi premolar ne nađe na sredini filma. Bolesnik film fiksira kažiprstom suprotne ruke u visini vrata zuba. Pritisak na film ne smije biti previše jak da ne bi došlo do savijanja i na taj način do deformirane slike

zuba na filmu. Za snimanje molara u gornjoj čeljusti postupak je isti kao i za premolare. Za snimanje inciziva i kanina u donjoj čeljusti film se umetne u usta držeći za njegov gornji rub palcem i kažiprstom i postavi se tako da donja polovina filma leži ispod jezika, a gornja polovina iza zuba koji želimo snimiti. Gornji rub filma mora za 3 mm prekrivati incizalni rub donjih prednjih zuba. Kad je film položen u ustima bolesnik ga pridržava kažiprstom lijeve ili desne ruke sa umjerenim pritiskom. Kod snimanja molara u području donje čeljusti film se obuhvati palcem i kažiprstom suprotne ruke za vanjski gornji kut i unese u usta u poprečnom položaju. Film se postavlja u forniks između jezika i lingvalne strane molara. Bolesnik kažiprstom suprotne ruke pridržava film pritiskom u predjelu vrata zuba. Za snimanje premolara u donjoj čeljusti film se unosi kao i kod molara.

Intraoralna retroalveolarna tehnika slikanja-gornja čeljust

Incizivi

Zamišljena linija koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom paralelna je sa površinom poda. Film je postavljen uzdužno. Vrh tubusa postavljen je na vrh nosa sa nagibnim kutom od +55° i sagitalnim kutem od 0°.

Kanini

Zamišljena linija koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom paralelna je sa površinom poda. Vrh tubusa postavlja se 0,5 cm distalno od nosnog krila. Nagibni kut iznosi 45 stupnjeva, a sagitalni kut 60 stupnjeva.

Premolari

Zamišljena linija koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom paralelna je sa površinom poda. Film se postavlja horizontalno po dužoj osovini. Vrh tubusa postavlja se za slikanje prvog premolara 0,5 cm mezijalno od točke u kojoj se sijeku okomica spuštena iz zjenice oka i zamišljene linije koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom. Za drugi premolar vrh tubusa pomiče se 0.5 cm distalno od prije navedene točke. Nagibni kut iznosi +35 stupnjeva, a sagitalni 70 stupnjeva.

Molari

Zamišljena linija koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom paralelna je sa površinom poda. Vrh tubusa postavljen je za slikanje prvog molara u točki gdje se siječe vertikala spuštena iz kantusa oka na zamišljenu liniju koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutem. Za drugi molar vrh tubusa je 1 cm distalno od ove točke, a za treći molar 2 cm distalno od navedene točke. Nagibni kut iznosi +25 stupnjeva, a sagitalni 80 stupnjeva.

Intraoralna retroalveolarna tehnika slikanja zuba - donja čeljust

Incizivi

Glava bolesnika postavlja se tako da je zamišljena horizontalna linija koja spaja tragus uha sa kutom usana paralelna sa površinom poda. Film se postavlja uspravno. Vrh tubusa postavljen je 1 cm iznad vrha brade. Nagibni kut je -15 stupnjeva, a sagitalni 0 stupnjeva.

Kanini

Glava bolesnika postavlja se tako da je zamišljena horizontalna linija koja spaja tragus uha sa kutom usana paralelna sa površinom poda. Vrh tubusa postavlja se 1 cm iznad donjeg ruba mandibule. Nagibni kut je -15°, a sagitalni 45°.

Premolari

Film se postavlja u usta u poprečnom položaju. Vrh tubusa postavlja se 1 cm iznad donjeg ruba mandibule. Nagibni kut je -5 stupnjeva, sagitalni 70 stupnjeva.

Molari

Glava bolesnika postavlja se tako da je zamišljena horizontalna linija koja spaja tragus uha sa kutom usana paralelna sa površinom poda. Vrh tubusa postavlja se 1 cm iznad donjeg ruba mandibule nagibni kut je 0-5, sagitalni 80 stupnjeva.

Posebna ekscentrična tehnika snimanja.

Kod *intraoralne retroalveolarne tehnike* slikanja pri uobičajenoj tehnici dolazi do superpozicije bukalnih i palatinalnih korijenova tako da se isti prekrivaju, čime se onemogućava analiza. Kod ovih slučajeva centralna zraka i vrh tubusa prvo se centriraju prema uobičajenoj tehnici, a zatim se izvrši dodatni pomak tubusa za 2 do 3 mm u lijevo ili desno tako da centralna zraka bude usmjerena između korjenova čime se oba prikazuju na slici. Ova tehnika pretežno se koristi kod snimanja dvokorijenskih i trokorijenskih zuba u gornjoj čeljusti.

Tehnika slikanja sa ugrizom u traku-retrokoronarno snimanje- tehnika slikanja sa ugrizom u traku upotrebljava se za:

1. Otkrivanje aproksimalnog karijesa.
2. Otkrivanje proširenosti i penetracije karijesa prema pulpi.
3. Analizu pulpe komorice.
4. Analizu gingivalnog ruba i aproksimalnih punjenja.
5. Analizu alveolarnog grebena radi detekcije ranih periodontalnih promjena.
6. Utvrđivanje odnosa zametaka stalnih zubi u odnosu na mliječnu denticiju.

Filmovi sa ugrizom u traku korisni su kod periodične provjere stanja zubi i detekcije novih karijesa, kao i u



otkrivanju ranih periodontalnih promjena. Kod ove tehnike snimanja postoje već gotovi formirani filmovi sa zagriznim krilcem. Držać filma također može biti građen od plastike. Zagrizno krilce može se izraditi i od čvrstog papira koji se omota oko filma tako da se zagrizna površina nalazi na strani gdje je i folija filma.

Tehnika slikanja filmom s ugrizom u traku.

Film se se smješta u usta sa stranom za eksponiranje suprotno od regije koja se slika. Bolesnik se uputi da zagriže u traku sa filmom priljubljenim uz stražnju stranu zubi regije koju želimo slikati sa istovremenim prikazom krune, vrata i dijela korijenova zubi gornje i donje čeljusti. Za slikanje ugrizom u traku za prednje zube prosječna angulacija iznosi $+8^\circ$ do $+10^\circ$.

INTRAORALNE SLIKE SA UGRIZOM U TRAKU

Temeljni zadatak ove tehnike je prikaz i analiza interproksimalnih prostora u otkrivanju karijesa koji su teško dostupni inspekciji. Otkrivanje gubitka alveolarne koštane mase i ranih promjena alveolarnog grebena.

INTRAORALNE ZAGRIZNE SLIKE



Slika 2. "Bite-wing" slika

Intraoralne zagrizne slike snimaju se umetanjem 5x7 cm velikog filma između okluzalnih površina zubi u ravnini okluzije. Okluzalnom slikom zadovoljava se potreba za prikaz relativno velikih segmenata zubnog

luka u cjelosti, uključujući tvrdo nepce, dno usne šupljine kao i prilično veliki dio priležećih postraničnih struktura.

TEHNIKA SLIKANJA ZA FILMOVE S UGRIZOM U TRAKU

Glava pacijenta postavljena je tako da je okomita ravnina glave usmjerena pod pravim kutom na površinu poda, a okluzalna ravnina paralelna je sa površinom poda. Nagib tubusa iznosi $+8$ do $+10$ stupnjeva za frontalne zube, dok za područje premolara i molara prosječni nagib tubusa također iznosi 8 do 10 stupnjeva, a odklon je od sagitalne ravnine 80 do 90 stupnjeva.

Intraoralne zagrizne aksijalne slike gornje čeljusti

Film veličine 5x7 cm postavlja se horizontalno u usta tako da je paralelan sa površinom poda. Nježnim zagrizom pridržava se u ustima. Tubus rendgenskog aparata centriran je na korijen nosa, a centralna zraka pada okomito na film odnosno na okluzalnu ravninu.

Intraoralna zagrizna slika donje čeljusti

Glava bolesnika postavlja se tako da sagitalna ravnina glave zatvara sa površinom poda zamišljeni kut od



Slika 3. Aksijalna slika gornje i donje čeljusti

45 stupnjeva. Film je postavljen u ustima

kao i za sliku gornje čeljusti, odnosno paralelan je sa zagriznom ravninom. Vrh tubusa postavlja se na vršak brade tako da centralna zraka pada pod pravim kutom na površinu filma.

Intraoralna zagrizna kosa slika gornje čeljusti

Sagitalna ravnina glave postavljena je okomito na površinu poda, a zagrizna ravnina paralelna sa podom. Film se u ustima nalazi u vodoravnom položaju. Bolesnik laganim zagrizom pridržava film u ustima. Vrh tubusa postavlja se na 1 cm iznad sjecišta zamišljene spuštene okomice iz sredine zjenice oka i linije koja spaja tragus uha sa nazolabijalnim kutom. Nagibni kut iznosi $+60$ do $+65$ stupnjeva.

Intraoralna zagrizna kosa slika donje čeljusti.

Glava bolesnika postavlja se tako da sagitalna ravnina glave čini zamišljeni kut od 45 stupnjeva sa površinom poda. Nakon toga bolesnik okrene glavu na suprotnu stranu od strane koju želimo snimiti. Vrh tubusa postavlja se na donji rub mandibule u predjelu prvog molara. Centralna zraka pada okomito na površinu filma. Film se nalazi u ustima u vodoravnom položaju i pridržava se laganim zagrizom.

Ekstraoralne slike

Ekstraoralne tehnike slikanja gornje i donje čeljusti podrazumijevaju položaj filma izvan usne šupljine. Ekstraoralne slike upotrebljavaju se kada klinički sumnjivo područje nije prikazano u cjelosti intraoralnim filmovima ili kada se želi prikazati dijelove lubanje ili ličnih kostiju.

Kose slike donje čeljusti

Kose slike donje čeljusti upotrebljavaju se u analizi mandibule jer omogućuju detaljan prikaz koštane strukture kao i radiografski prikaz različitih procesa unutar različitih dijelova mandibule. Najčešće su to cistične promjene izražene na kostima, lokalne manifestacije bolesti, kongenitalni deformiteti i frakture.

Kraniogram u posteriorno-anteriornoj i profilnoj projekciji

Kraniogram u PA projekciji omogućuje pregled lubanje i ličnih kostiju uz mogućnost otkrivanja patoloških promjena, traume te razvojnih anomalija. Ova projekcija omogućuje dobar prikaz ličnih kostiju uključujući frontalne i etmoidne sinuse, nosnu šupljinu i orbite. Cefalometričke projekcije sastoje se od posteroanteriornih i profilnih slika. Upotrebljavaju se za mjerenje veličine različitih dijelova glave kao i za uočavanje varijacija u položaju i obliku kranijalnih i facijalnih struktura. Ova tehnika najčešće se upotrebljava u ortodontiji kao pomoć u procjeni rasta i razvoja.

Panoramske (pantomografske) slike

Pomoću panoramskih slika možemo prikazati cijelu donju ili gornju čeljust. Izvor zračenja je u usnoj šupljini (izdužena rentgenska cijev sa šupljom anodom), a film je izvana dobro priljubljen uz oblinu čeljusti. Anoda je štapičastog oblika, široka 1 cm, a žarište je smješteno pri vrhu anode. Taj dio obavijen plastičnom zaštitom (mijenja se nakon svakog pacijenta) smješten je intraoralno, dok je s prednje strane, ekstraoralno, omeđen metalnom pločom koja štiti okolinu od zračenja. Jednom ekspozicijom rentgenskih zraka može se slikati cijela maksila ili mandibula. Kod slikanja gornje čeljusti, anoda je orijentirana pod kutom od 10%, položena koso prema natrag i gore, tako da joj vrh dodiruje sredinu nepca u području drugog molara.

Kod slikanja donje čeljusti vrh anode lagano pritiskuje sredinu korijena jezika u području drugih molara, pod istim kutom kao kod slikanja gornje čeljusti. Nakon uvođenja ortopantomografije ova tehnika je napuštena!

Ortopantomografija

Pomoću ortopan slike možemo istovremeno prikazati donju i gornju čeljust i popratne strukture. Za vrijeme ekspozicije rentgenska cijev i film rotiraju oko objekta. Kretanje rentgenske cijevi i kazete s filmom moraju biti koordinirane. Ortopantomograf stvara slojevnu sliku, upotrebljavajući tri odvojena rotacijska centra, polazeći sa stanovišta da je čeljust sastavljena od triju bazalnih lukova, a svaki od rotacijskih centara trebao bi biti centar jednog od tih lukova, sukladno sa zonom slikanja suprotne strane.



Slika 4. Ortopantomogram

Rentgenska cijev rotira iza zatiljka pacijenta, a kazeta s filmom ispred njegova lica. Kazeta osim toga rotira i oko vlastite osi u smjeru kazaljke na satu, kao i rentgenska cijev i film. Pomoću posebnog prijenosnog mehanizma centri rotacije mijenjaju se u toku ekspozicije automatski i kontinuirano tako što se iz prvog centra slika lijeva polovica čeljusti, iz drugog

centra frontalna regija, a iz trećeg desna polovica čeljusti. Da bi se izbjegli eventualni pomaci, jer slikanje traje 12-18 sekundi, glava pacijenta ima uporište u području čela i brade.

Ortopantomografija je tehnika koja prikazuje facijalne strukture uključujući maksilarni i mandibularni luk, s detaljnim prikazom koštanih struktura i zubi. Ortopantomografija ima široku uporabnu vrijednost i upotrebljava se za procjenu traume, prikaz trećih molara, procjenu miješane denticije i razvoja zuba. Ortopan projekcija upotrebljava se i za preliminarnu analizu izgleda temporomandibularnih zglobova kao i područja ramusa gdje se može uočiti najveći broj patoloških stanja. Ortopantomografija se također upotrebljava u procjeni koštanog dijela čeljusti kandidata za implantaciju jer omogućuje kirurgu da odredi položaj nervusa alveolarisa inferior, kao i prostiranje maksilarnog sinusa te gustoću, kvalitetu i strukturu alveolarne kosti. Nedostatak ortopantomografije sastoji u nedovoljno visokoj rezoluciji i nedostatku detalja, ali istodobno omogućuje analizu velikih površina gornje i donje čeljusti.

Tomografija ili slojevno snimanje

Tomografija ili slojevno snimanje rentgenografska je tehnika kojom se prikazuje samo jedan sloj unutar ljudskog tijela. Slojevi mogu biti različite debljine od 1 milimetra do 4 centimetra. Tomografija ili slojevno snimanje predstavlja tehniku gdje se istovremeno za vrijeme ekspozicije pomiču rentgenska cijev i kazeta sa filmom u suprotnim pravcima. Osovina oko koje se vrši ovo



Slika 5. CT tumora lijevog maksilarnog sinusa

kretanje cijevi i kazete sa filmom u suprotnim pravcima bit će upravo onaj dio koji će se prikazati na rendgenskoj slici, dok će sve strukture koje se nalaze ispred ili iza ove ravnine biti izbrisani. Ovim je analiza patoloških promjena i anatomo-



Slika 6. MR cističnog tumora desne parotidne žlijezde (horizontalni presjek)



Slika 7. MR cističnog tumora desne parotidne žlijezde (frontalni presjek)

mskih struktura olakšana jer se ovim načinom snimanja izbjegava superpozicija tkiva i organa koji se nalaze ispred ili iza dobivenog sloja. Zavisno o smjeru kretanja rentgenske cijevi, postoje dvije vrste tomografije. Kod linearne tomografije postoji jednostavno kretanje rentgenske cijevi u smjeru lijevo- desno uz istovremeno kretanje kazete sa filmom u suprotnom smjeru. Kod multidirekcionalne tomografije, rentgenska cijev kreće se kružnim, ovalnim ili policikličkim pokretima uz istovremene pokrete kazete s filmom u suprotnom smjeru.