

VOX dentarii

ГОДИНА 4

БРОЈ 3

ДЕКЕМВРИ 2014

ИНФОРМАТОР НА СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

СО РЕГИОНАЛНИ
ПРОЕКТИ ДО
УНАПРЕДУВАЊЕ НА
ДЕНТАЛНАТА МЕДИЦИНА
И ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ



2015

Промедика Ви ги честита престојните Новогодишни и Божиќни празници

Промедика одобрува 10% попуст
на целокупниот асортиман за време
на новогодишните празници



GNATUS

Луксузни модели на
стоматолошки столици
G3 full со кожен тапаџир

За плаќање во готово до крајот на
2014 одобруваме дополнителни
3% попуст, или вкупно 13%



Сектор за стоматологија и забна техника - ул.Св. Кирил и Методиј бр.50
1000 Скопје - Македонија - п.фах. 122 - Тел: 02 3248 403- Факс: 02 3248-401



dental@promedika.com.mk
www.facebook.com/promedika.dental

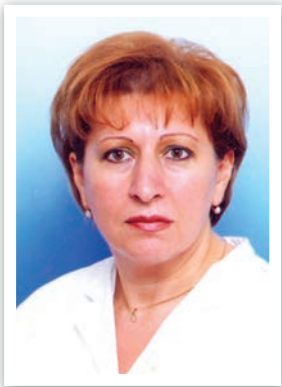


СТОМАТОЛОШКА
КОМОРА НА
МАКЕДОНИЈА

Конгрес на нови технологии, знаења и вештини

Почитувани колешки и колежи,

Стоматолошката комора на Македонија, како дел од своите активности, организираше Конгрес на К4 - коморската група, со меѓународно учество, на тема: „Естетска стоматологија - уметност и наука“. На Конгресот, со свои презентации учествуваа реномирани предавачи од Република Македонија, Република Словенија, Република Хрватска, Федерација Босна и Херцеговина. Во ова прилика, бевме сведоци на темелни, стручни и научни предавања, комерцијални презентации, богаи саемски дел на познати дистрибутери од областа на стоматологијата и прејконгресни и конгресни активности.



Всушност, зад нас го оставивме 7-от Конгрес, настанот кој успеа да не споли сите нас стоматолозите од регионалните преку директни и индиректни активности со кои секој на свој начин партиципирал во неговата организација, одржување и учество. Пред се Конгресот се одржа во работна и пријатна атмосфера, како за домаќините, така и за гостите. Неспорен е фактот на масовната присуственост на членството и пошироко, на стоматолозите од регионалните. Во ова прилика, сите ние имавме можност да ги освежиме своите знаења, да се здобиеме со нови сознанија од своите колежи предавачи, учесници на Конгресот и од взаемните дискусии.

Во тридневната агенда, ги посветивме прејконгресните и конгресните работилници и предавањата распоредени во сесии според проблематиката. Секој од нас имаше можност да го задоволи својот интерес, бидејќи навистина понудата беше богата.

Колежи, мислам дека ќе се согласите со мене дека задоволство беше да се проследат најновите трендови на модерната ендодонција. Предавачите успеаа да не убедат дека конзервативната стоматологија може да биде високостепеност, а естетските аспекти треба да ги бараме и во дениталната имплантологија. Уметноста во стоматологијата и естетиката беа висококвалитетно, вешито и мудро пројектувани низ предавањето на професорот Ферид Мухиќ, кое беше задоволство да се доживее.

Но, зад сите овие впечатливи кои ги понесовме од 7-от Конгрес, секако дека сите огромна работа, труд и безброј активности на сите оние кои беа вклучени во неговата реализација. Упатувам благодарност до сите кои беа дел од конгресните активности. Најголемата благодарност, секако припаѓа на предавачите кои со својата креативност и знаење успеаа да го свршат вниманието на публиката кон најновите естетски трендови во областа на стоматологијата.

Верувам дека повеќе од Вас одвоија од своето време и беа дел од Конгресот преку кој го задоволите својствениот интерес. Сите заедно научивме нешто повеќе, се збогативме со стручни искуства, се родија нови научноистражувачки идеи, но се појави и нов порив за напредок во нашата професија која е дел од нашето битие.

Искрени честитки за одржаниот Конгрес, со желба секој нареден да го надмине сегашниот со постижани напредби кои за сите нас ќе значи прогрес во стоматологијата. |

Со почит,

Проф. д-р Мирјана Појовска,

Главен и одговорен уредник

Издавачки совет:

проф. д-р Владимир Поповски
д-р Петре Саздов, д-р Аријан Даци, д-р Милан Камчев, д-р Марија Андоновска, д-р Елена Ангелеска Пешевска, д-р Лидија Поповска, д-р Благоја Даштевски, д-р Горан Тодоровиќ, д-р Јасна Џајковска, д-р Александар Илиев, д-р Горан Ивановски, д-р Агим Назири

Главен и одговорен уредник:

проф. д-р Мирјана Поповска

Заменици на главниот и одговорен уредник:

проф. д-р Цена Димова
науч. сораб. д-р Вера Радојкова - Николовска

Уредувачки одбор:

д-р Дијана Трелавиќ (Словенија), д-р Сеад Реџепагиќ (БиХ), д-р Наташа Јакоба (Србија), д-р Васка Вандевска-Радуновиќ (Норвешка), д-р Ана Ангелова Волпони (УК), д-р Кристина Попова (Бугарија), д-р Розарка Будина, д-р Чилијана Тоти (Албанија), д-р Владимир Поповски, д-р Даница Поповиќ-Моневска, д-р Лидија Поповска, д-р Недим Касами, д-р Џељал Ибраими (Р.Македонија)

Подготовка, компјутерска и графичка обработка:

Ристе Недановски, Јасминка М Јанева, Октај Омерагиќ

Издавач:

Стоматолошка комора на Македонија
Ул: „Огњан Прица“ бр. 1/4-5
1000 Скопје
Тел: 02/ 32 46 851; 32 46 852
факс: 02/ 32 46 850
Жиро - сметка: 300000000477179
Депонент: Комерцијална Банка АД Скопје
ЕДБ: 4030996268633
www.stomatoloskakomora.org

Излегува 3 пати годишно во тираж:
3.500 примероци

Рекламен простор:

1. Надворешна корица 500 еур.
2. Прва страница (ЛОГО). 400 еур.
3. Втора и претпоследна страница (корица) 400 еур.
4. Внатрешна страница 400 еур.
5. Закуп на втора рекламна страна. . . 300 еур.

Плаќањето се врши врз основа на доставени фактури во денарска противредност, според средниот курс на НБРМ на денот на фактурирање, зголемени за 18% ДДВ.

5 СОРАБОТКА

Со регионални проекти до унапредување на денталната медицина и оралното здравје

10 АКТУЕЛНО

- Новиот Статут-правен темел во организацијата на Комората

12 ПРАВНО КАТЧЕ

- Интегриран автоматски систем за управување кај даночните обврзници
- Обврски согласно Законот за архивски материјал

14 ИСТОРИЈА НА МАКЕДОНСКАТА СТОМАТОЛОГИЈА

Д-р Евдокија Дока Марковска – Росоклија
скулптор во стоматологијата

18 СОВРЕМЕНА СТОМАТОЛОГИЈА

- CARRIERE DISTALIZER
- Употреба на периоскоп во третманот на пародонталната болест
- PerioChip во третман на пародонталната болест
- Мониторинг на оралниот карцином

СТРУЧНИ И НАУЧНИ ТРУДОВИ

29 Дијабетес и орално здравје кај млади пациенти

Муратовска И, Поповска М,
Атанасовска-Стојановска А

32 Хигиена на протетските помагала кај институционализираните стари лица

Михајло Петровски,
Ќиро Ивановски, Ана Миновска

ЕМИНЕНТЕН МЕЃУНАРОДЕН КОНГРЕС НА НОВИ ТЕХНОЛОГИИ НА К4 ГРУПАТА ВО СКОПЈЕ

Со регионални проекти до унапредување на денталната медицина и оралното здравје

Коморите од регионалната коморска асоцијација К4 ќе работат на проекти кои се од заеднички интерес и се специфични за регионот. Темите на проектите допрва ќе се дефинираат, а за нивната реализација ќе се бара поддршка пред сè од Европската дентална асоцијација (ERO) и од Светската дентална асоцијација (FDI). Апликанти на проектите ќе бидат словенчката и хрватската комора, кои имајќи предвид дека се асоцијации од земји членки на ЕУ, имаат поголема можност за грантови од фондовите. Стоматолошката комора на Македонија и Комората по дентална медицина на Федерацијата на Босна и Херцеговина ќе се вклучат во проектите кои ќе се дефинираат како проекти на меѓугранична соработка, односно како меѓудржавни регионални проекти.

Словенечкиот рецепт е најдобриот модел во регионот за решавање на проблемот со хиперпродукција на доктори по дентална медицина и тој може да се примени и во другите држави. Од тие причини, претставниците на коморите побараа од Здравнишката комора на Словенија да им ја даде формулата и концептот за успешна уписна политика и систем во кој нема хиперпродукција на кадри и невработеност, односно бројот на доктори по стоматологија е усогласен со бројноста и потребите на населението.

Ова се клучните заклучоци од Меѓународниот конгрес на нови технологии на К4 групата (коморите на Република Македонија, Република Хрватска, Република Словенија и Федерацијата на Босна и Херцеговина), кој на тема "Естетска стоматологија-уметност и наука" од 10 до 12 октомври годинава се одржа во Домот на АРМ во Скопје. Оваа регионална стручна манифестација се одржува по седми пат, а на неа стручни предвања имаа еминентни стручњаци од сите земји учеснички, се одржаа претконгресни и конгресни работилници, а со својот асортиман се претставија и реномирани производител



ли и дистрибутери на стоматолошка опрема, апаратура и на дентални материјали.

Пред да се почне со реализација на заедничките проекти, коморите ќе треба да

Содржините на проектите заеднички ќе се дефинираат, а за нивната реализација ќе се бара поддршка од Европската дентална асоцијација (ERO) и од Светската дентална асоцијација (FDI)

спроведат анализа со детални статистички показатели за состојбата на терен по однос на темата што ќе биде во фокусот на дефинираниот проектот на К4. Проектот ќе се спроведува во секоја држава одделно на начин, место и форма коишто и одговараат на државата, а резултатите и заклучоците, како и крајниот сублимат од сработеното ќе бидат содржани во заедничката апликација. Според проценките на К4, доколку

идните проекти се однесуваат на тема од денталната медицина што не е толку застапена во Европа како проблематика, а за која членките на К4 може да добијат релевантни показатели, статистички анализи и реален приказ на состојбата, ЕУ секако би ја одобрила поддршката и финансирањето.

Свеченото отворање на Меѓународниот

конгресот на нови технологии на K4 групата се одржа во големата сала на Домот на АРМ. Големiot број учесници и гости ги поздрави претседателот на Стоматолошка комора на Македонија, проф. д-р Владимир Поповски.

„Како претседател на Стоматолошката комора на Македонија ја имам таа привилегија да ја отворам оваа стручна свеченост на која работевме сите здружено, моите колеги од Комората но со несебична поддршка од колегите од коморите од Хрватска, Босна и Херцеговина и Словенија и од сите оние кои чувствуваа дека припаѓаат на оваа наука како дел од медицината која во ова модерно време е голем предизвик за упатените во неа и нуди неограничени можности.

Како домаќини на традиционалниот Конгресот на „Нови технологии“ се надеваме дека ќе успееме во намерата да „ви наметнеме“ убаво дружење на професионално поле со темите презентирани од врвни стручњаци и изложбата на денални материјали коишто се најновото на пазарот, но и надвор од конгресните активности, и дека во овој краток период ќе оствариме нови професионални релации или отвориме некои прашања, а за другите најдеме одговори од поискусните, од оние кои пред нас го изоделе тој пат“, истакна професор Поповски.

Според него, активностите во Комората постојано се во развој а навидум делуваат статично. Во основа, функционирањето на Комората се движи во релација на работа која кон ништо не води, математика која со ништо не може да се пресмета, уметност без дело, архитектура без супстанца. Како игра која и припаѓа на секоја институција, на секоја фирма, која му припаѓа на целиот свет и на сите времиња, а сепак е игра на вложување и придобивки од тој влог коишто се уникатни.

„Остануваат проблемите и понатака, останува да трагаме по мудри и модерни решенија кои ќе бидат прогрес за вршење на нашата хумана професија. Затоа, овој циклус на конгреси што е под палката на сите нас од K4 е за новите технологии, за она што претставува иднина во стоматологијата, за естетиката и за убавата насмевка. Зашто како никој друг, нас кои сме на овие простори не спојува идејата да оставиме нешто потрајно од проблемите, нешто поубаво од препреките, на неизвесноста да и одговориме со хумор и како што веќе реков – да продол-



„Важноста на Вашиот настан е особена поради фактот што е резултат на заедничка соработка на стоматолошките комори, членки на K4 групата, кој претставува позитивен пример на регионална соработка.

Стоматолошката комора на Македонија која игра исклучително важна улога во подобрувањето на квалитетот на стоматолошката здравствена заштита и заштитата на стоматолозите, останува и понатаму посветена да се соочи со новите светски здравствени предизвици, за што изразувам голема почит кон организацијата и кон сите доктори на стоматологија. Јас сум убеден дека и овој Конгрес, преку размена на знаења и искуства и промоции на нови технологии во стоматологијата, ќе придонесе за понатамошен развој на стоматолошката здравствена заштита.

Дозволете ми на крајот, уште еднаш да Ви ја изразам мојата поддршка и да Ви посакам успех во работата и пријатен престој во Скопје“, се истакнува во поздравното писмо од Претседателот на Р.Македонија, г-дин Ѓорге Иванов, до учесниците на оваа меѓународна конгресна манифестација.

жиме понатака“, потенцира проф. Поповски.

Според заменик-минисеторт за здравство на Македонија, Јовица Андовски, ваквите стручно-научни собири секогаш побудуваат една мотивирачка енергија. Тој нагласи дека „ова е убава можност да се запознаеме меѓусебно и преку сплотување на едукацијата и размената на искуствата во делот на новите технологии во стоматологијата да се воочат новите трендови во деналната медицина“.

„Во договорите со општата стоматологија, по барање на Стоматолошката комора, Фондот за здравствено осигурување на Македонија обезбеди флексибилен пристап, со кој им овозможи на стоматолозите покрај примарната здравствена заштита да пружат специјалистички услуги, што се надвор од услугите што ги покрива Фондот кај специјалистите стоматолози. За специјалистите, Фондот овозможи квартален начин на фактурирање, односно се даде можност самите специјалисти да си го одредат обемот

на работа во текот на тромесечието. Со последните измени во позитивната листа, направени се корекции во индикациите на лековите што можат да ги препорачуваат стоматолозите по сугестија на стоматолозите”, истакна директорката на ФЗОМ, м-р Маја Парнаријева-Змејкова.

Прнаријева-Змејкова ја истакна важноста од направените бројни реформи со кои значајно се олеснуваат процедурите. Исто така, таа нагласи дека сегашните договори на стоматолозите со ФЗОМ се во времетраење од пет години.

„Како Фонд, секогаш сме работеле транспарентно и конструктивно, а особено ја продлабочуваме конструктивната соработка со стручните здруженија, односно со коморите. Потребен е позитивен и партнерски однос на двете страни”, рече Прнаријева-Змејкова.

Како најава на плодната соработка што во наредниот период Фондот ќе ја реализира со Стоматолошката комора на Македонија, таа информираше за редовните годишни преговори за текстот на договорите меѓу Фондот и стоматолозите. Исто така, потенцира дека отворено се започнува со дискусијата за системските прашања и чекори за подобрување на состојбата. Фондот има договор со 1.110 матични стоматолози и 221 стоматолози специјалисти, како и договор со универзитетските клиници.

Присутните ги поздрави и проф. Павел Коблер, потпретседател на Хрватската комора по денална медицина.

Особен интерес на Конгресот предизвикаа предавањата на доц. д-р Милан Кухар

Словенечкиот рецетт е најдобриот модел во региониот за решавање на проблемите со хиперпродукција на докторите во денална медицина и тој може да се примени и во другите држави

„Достигнување на естетиката и функционалноста со имплантно-протетска рехабилитација на беззаби вилицы”, на проф. д-р Соња Апостолска „Уметноста на конзервативната естетска стоматологија”, на проф. д-р Фарис Фочо „Функционални и естетски корективни зафати на усните-методи на избор на бои”, на прим. доц. д-р Давор Сајферт „Естетиката-мојот пат”, проф. д-р Ана Миновска за улогата на ласери во естетската стоматологија, на проф. д-р Марија Пеева „Естетски аспекти во деналната имплантологија”, проф. д-р Ферид Мухиќ „Етика и естетика во стоматологијата” и на д-р. сци. Петра Нола Фуч „ALL ON 4 – функција и естетика во 24 часа”.

Претставниците на коморите од К4 групата на меѓукоморските состаноци во рамките на Конгресот ги презентираа состојбите во стоматологијата во своите држави, новините во областа на регулативата и јавните овластувања, како и активностите и плановите на матичните комори. Претседателот на СКМ, Владимир Поповски, истакна дека по констатирањето на новото раководство, новиот состав има направено многу активности за подобрување на функционирањето на телата на Комората. Притоа, го издвои Статутот на Стоматолошката комора кој е усогласен со последните законски измени и со севкупната легислатива во државата којашто се однесува на здравството и коморското функционирање. Тој ги нагласи подобрената комуникација со Министерството за здравство и активностите околу изготвување на закон за стоматолошка дејност, како и надлежностите во врска со новото овластување - стручниот надзор врз здравствените работници и здравствените установи во областа на стоматологијата. Како особено актуелни, проф. Поповски ги посочи прашањето на хиперпродукција на кадри и невработеноста (околу 400 дипломирани стоматолози) што пред сè се должи на уписната политика, големиот број факултети во државата (четири), но и на приливот на дипломирани стоматолози од факултетите во соседството. За овие проблеми, според него, сите четири комори треба да заземат единствен, заеднички, став којшто ќе го бранат пред институциите (во



своите држава) како став на К4 група. Претседателот на СКМ се осврнa и на започнатите активности по однос на осигурувањето од стручна грешка и ангажирањето на адвокатска канцеларија преку која членовите на СКМ ќе имаат можност да добијат совети за сите секојдневни правни проблеми и околу законската регулатива.

Потпретседникот на Комората, м-р. д-р Марија Андоновска, информираше за засилените активности на органите и комисиите на СКМ, но и за нивната одговорност за сработеното и постигнатото, како и за обврската да поднесуваат извештаи за сработеното за секое тромесечие.

Според претседателот на Извршниот одбор на СКМ, д-р Маријан Денковски, се работи на подобрување на замрената комуникација меѓу регионалните одбори и органите на Комората. Од таа причина, како што објасни тој, новото раководство на Стоматолошката комора одлучи за секој регион и комисија да делегира по еден координатор, член на Извршниот одбор, кој е без право на глас но чија задача е двонасочно да ги пренесува информациите и одлуките (од регионите до ИО и обратно). Како еден од проблемите во Република Македонија, беше посочено (не)почитувањето на Правилникот за заштитни минимални цени на стоматолошките услуги што од пациентите се плаќаат приватно, односно работењето по данпинг цени.

Во периодот 2008 - 2014 година, Словенија се соочува со зголемен бројот на доктори по дентална медицина поради т.н. увоз на студенти но, како што истакна д-р Дијана Терлевиќ Дабиќ претставникот на Здравничката комора на Словенија. Докторите по дентална медицина од неевропски земји многу тешко може да добијат можност за вработување. Во Словенија има еден факултет за стоматологија, а годишно дентална медицина дипломираат 50 студенти. Нема невработени стоматолози. Комората е во преговори со Министерството за здравство и Министерството за образование за да ги преземе нострификациите за специјализациите. Таа истакна дека осигурувањето од стручна грешка е законска обврска за секој стоматолог, но и дека Комората не е таа која презема активнос-



Во Словенија има еден факултет за стоматологија, а годишно дентална медицина дипломираат 50 студенти. Нема невработени стоматолози

ти по однос на ова прашање. Според неа, во оваа земја Комората ја изготвува мрежа за стоматолошки ординации, а Министерството за здравство ја одобрува мрежата којашто се однесува на примарното и на секундарното ниво. Како особено значајни, д-р Терлевиќ Дабиќ издвои два сериозни проекта кои се однесувале на оралното здравје на населението: за бесплатни превентивни дентални прегледи и проектот за рано откривање на карциномите во усната празнина (проекти со голема медиумска покриеност и целосно поддржани од сите засегнати институции). Во врска со утврдување на Минималниот ценовник за стоматолошките услуги, д-р Терлевиќ Дабиќ истакна дека Европската Унија е на страната на пациентите и на страната на пазарната економија и дека поради изготвениот ценовник на минимални цени, Комората била сериозно казнета.

Во име на Стоматолошката комора на Македонија, проф. Поповски и упати искрена благодарност на д-р Терлевиќ Дабиќ за несебичната поддршка што СКМ ја доби за учество на претстојниот состанок на ЦЕД (Асоцијација на европски дентални асоцијации и комори).

Првиот човек на Стоматолошката комора на Федерацијата БиХ, прим. д-р Един Мухи, истакна дека во нивната земја постои Закон за стоматолошка дејност со кој е регулирана севкупната стоматолошка здравствена заштита од примарно, секундарно и терцијално ниво, како и функционирањето на средномедицински персонал. Во надлежност на Стоматолошката комора е континуираната стручна стоматолошка едукација, како и стручниот надзор кој не е финансиран од Министерството за здравство туку од

буџетот на Комората. Тој посебно внимание обрнa на издаваштвото. Во Босна и Херцеговина, мрежата на стоматолошки здравствени установи на примарно и секундарно ниво е укината, осигурувањето за одговорност од стручна лекарска грешка го диктираат странските банки, а докторот има само обврска да направи осигурување за одговорност од професионална грешка.

Членови на Стоматолошката комора на Федерација БиХ не се само докторите, туку и сестрите и стоматолошките техничари. Техничарите и сестрите имаат право на вето доколку некои одлуки коишто се носат на собраниските седници на Комората се спротивни од барањата и целите на средномедицинскиот персонал. Во БиХ е изготвен ценовник на максимални цени за стоматолошките услуги со којшто на докторите по дентална медицина им се ограничува можноста за кревање на цените на услугите до одредено ниво со што, на некој начин, се заштитуваат и корисниците на услугите. Комората на БиХ е на становиште дека доколку некому му е исплатливо да работи по некои неприродно ниски цени, тоа не треба да му се забрани.

Во Република Хрватска во моментот има 268 невработени стоматолози, но бројката е со тенденција на намалување. Во државата има еден факултет за дентална медицина во Загреб и две диспарзирани студиски групи. Комората има 7.500 членови, а од нив 792 се дентални асистенти. Според секретарот на Хрватската комора по дентална медицина, Јасминка Полиќ, стоматолошката техниката не е издвоена со засебен договор со Фондот за здравствено осигурување, а и Комората е против ваквиот чекор бидејќи за протетското или ортодонтското помагало се изготвува со тимска работа. Комората спроведува редовни стручни надзори, а издавачката дејност е на завидно ниво. Еден од акутните проблеми со кој се соочува Комората по дентална медицина во Хрватска е неусогласеноста на Законот за јавен пристап на информациите со Законот за тајност на податоците и Законот за сметководственото работење.

Претставниците на К4 групата се договорија следниот Конгрес на "Нови технологии на К4" да се одржи во Љубљана, во првата половина на октомври 2014 година.

супер акција



ЕУРОНДА - ПАКЕТ ЗА ОРДИНАЦИЈА ЗА 500 ПАЦИЕНТИ

5 x сисалки (a100)
Боја: бордо, виолетова, жолта, розева, плава, зелена, портокалова и лимон.

1 x компреси (a500)
Боја: зелена, плава, портокалова, виолетова, лимон, бордо и жолта

5 x чаши (a100)
Боја: плава, зелена, лимон, виолетова, портокалова, розева и светло плава

2 x маски (a50)
Боја: лимон, зелена, плава, розева, портокалова, виолетова и жолта

3.360,00 ден.

акција



CHARISMA
Едноставна, брилијантна и наменета за Вас. Бидете харизматични. Сетот содржи 8 бои x 4 гр. (A1,A2,A3,A3.5,B2,C2,OA2,I), Gluma comfort Bond 4ml, Gluma etch киселина 2x3ml, додатоци 3x Charisma opal +Gluma self etch (7-ма генерација, самојеткачки бонд) + 1 лента (x5) дијамантски борери Mani

8.900,00 ден.

3 X   

6.999,00 ден.

акција




Artinibisa 4% 1:100 000 50x1.8 мл.
Артикаиин + Адреналин
Ефектите започнуваат две минути по вбригувањето. Од 60-75 мин. за анестезија на пулпата, и 180 мин. за анестезија на меките ткива.




4.290,00 ден.


акција



НОВИТЕТИ
: Rocky Mountain orthodontics - целокупен асортиман на производи за ортодонија



Комплет ортодонски брикети Synergy fx Roth (x20)
1.880,00 ден.
Акција 4+1/10+3/20+10



Ligaturi (x1000) = 2 пак. +1 гратис
2.560,00 ден.
Букални туби (x1)=320,00 ден.
Акција (3+1 ГРАТИС)
Интермаксиларни гумици (x100)
70,00 ден.
Акција (30+10 ГРАТИС)

ВИК - дентал д.о.о.
тел.: (02) 3112-886, 3109-180;



 www.facebook.com/vikdental

СОБРАНИЕТО ГО УСВОИ НАЈВИСОКИОТ АКТ НА СКМ

Новиот Статут-правен темел во организацијата на Комората



По повеќемесечната работа на Предлог - статутот, новиот Статут на Стоматолошката комора на Македонија со огромно мнозинство гласови од делегатите на Собранието на Комората беше усвоен на редовна седница, одржана во септември годинава. На седницата, присуствуваше и правниот – советник на Комората, кој на кратко ги објасни одредените правни норми опфатени во овој највисок правен акт. По кратка дискусија, откако беа отстранети сите нејаснотии, Собранието го изгласа новиот Статут, потврдувајќи ја оправданоста, на прецизно правно втемелување на работата и организацијата на Комората.

На верифицирањето, на овој исклучително важен правен акт, претходеше процедура која во целост беше спроведена, согласно претходниот Статут. Предлогот го иницираше претседателот на Комората. Комисијата за статутарни и правни прашања, заедно со

ЦЕНТРАЛНА ИЗБОРНА КОМИСИЈА

Централната изборна комисија во изминатиот период откако е формирана има одржано 4 состаноци. На првиот состанок, кој беше конститутивна седница на Комисијата, беше донесена одлука за дополнување на бројот на делегатите во Регионалниот одбор Свети Николе, Порбиштип и Македонска Каменица и за дополнување на бројот на делегати во Регионалниот одбор Кочани и Винаца.

Членовите на Централната изборна комисија работеа и на измените и дополнувањата на Правилникот за избори и именувања, како и на предлог-деловникот за работа на Комисијата. Согласно актите на Комората, тие беа испратени до Комисијата за статутарни и правни прашања којашто со одредени забелешки ги врати на повторно разгледување и имплементирање забелешките во предлог-деловникот за работа на Комисијата.

Претседател на Централна изборна комисија
Д-р Кирил Пецаков

правникот, го подготви предлог - текстот. Извршниот одбор донесе Одлука за презентација на Предлог - статутот на јавноста и прибирање предлози од страна на членовите на СКМ, преку претседателите на регионалните одбори. Комисијата заедно со правникот Илија Илијовски детално ги разгледа сите предлози и некои од нив беа прифатени и имплементирани во новиот Статут. Благодарност до сите членови кои испратија предлози и преку својот ангажман истите помогнаа во

КОМИСИЈА ЗА РАЗВОЈ НА СТОМАТОЛОШКИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ

Комисијата за развој на стоматолошкиот здравствен систем од самиот почеток на својата работа го прошири бројот на членови се со цел, зголемување на капацитетот и ефикасноста на работата.

Комисијата изработи Стратегија за развој на стоматолошкиот здравствен систем, притоа консултирајќи ги колегите од сите региони, а воедно и сите здруженија на специјалисти, за да произлезе стратегија која би ги задоволрила реалните потреби и која би значела и унапредување на стоматологијата.

Би требало да се потенцира големата одговорност и посветеноста на членовите на Комисијата кои придонесуваат за успешна реализација на нејзините програмски определби. Комисијата и во иднина ќе продолжи да работи транспарентно во корелација и соработка со сите колеги стоматолози кои сакаат да дадат свој придонес.

Потпретседател на СКМ и претседател на Комисијата за развој на стоматолошки здравствен систем

М-р. д-р Марија Андоновска

решавање и допрецизирање на одредени прашања.

По изгласувањето на Статутот во Собранието на Комората, неговото лекторирање и потпишување од страна на претседателот на Собранието на СКМ, д-р Круме Чесноски, и претседателот на Стоматолошката комора на Македонија проф. д-р Владимир Поповски, текстот беше предаден во Централен регистар и Службен весник на Република Македонија (бр.164/2014), со што се заокружи комплетната правна процедура и беа запазени сите рокови поврзани со подготовка на ваковиот највисок правен акт.

Во Статутот се прецизно регулирани голем број прашања, кои во досегашното функционирање на Комората се покажале како проблематични во донесувањето на одлуките на органите и телата на Комората, зголемена е транспарентноста во работата на раководството на Комората се со главна цел, враќање на довербата на членовите во Комората и нејзино доближување до базата и секој нејзин член. Извршено е и усогласување на Статутот со најновите законски измени, посебно со Законот за здравствена заштита.

По вака завршената работа, обврските не застануваат тука, туку продолжуваат понатаму со правната регулатива, произлезена од одредбите во Статутот, а тоа е целосна, прецизна правна норматива во сите сегменти во работата на Комората каде одговорностите и обврските, на органите, телата и членовите, ќе бидат регулирани преку правилници и деловници на кои допрва ќе се работи. Секој член кој има одредени идеи и размислувања за решавање и дефинирање на одредени прашања, преку регионалните одбори, може да го достави својот концепт на предлози за пофункционална работа и исполнување на целите за кои Комората и постои, а тоа се, грижата и унапредувањето на достоинството, угледот и професионалните интереси на стоматолозите.

На крајот, да потенцираме, дека покрај горливите проблеми со кои се соочува стоматологијата во Македонија, подготовката и донесувањето на Статутот во овој период беше оправдан и неопходен чекор, како предуслов за организација и функционирање на Комората затоа што без прецизирана правна рамка, можеа да се појават пречки во натамошната работа, како и во соработката и релациите со институциите на системот и на државата.

Комисија за статутарни и правни прашања

Претседател

Д-р Драган Китановски

КОМИСИЈА ЗА СТАТУТАРНИ И ПРАВНИ ПРАШАЊА

Една од новите одредби во Статутот е донесување на деловник за работа за секоја постојана комисија. Во меѓувреме комисиите почнаа да работат на подготовка и усогласување на предлог - деловниците со Статутот и со актите на Комората.

Ваков правен акт немаше ни Комисијата за статутарни и правни прашања која е постојана комисија во функционирањето на Комората, па една од главните нејзини задачи, по успешно подготвениот Статут, беше и изработка на деловникот за работа.

Непостоенето на деловник, на членовите на Комисијата им даде слобода, но и обврска да состават акт кој според нивното мислење би бил најпогоден за работа и би бил терк за другите комисији.

Со деловникот се утврдува: конституирањето на Комисијата, бројот на членовите, се воведува функција заменик - претседател, надлежностите, начинот на работа и одлучување, учеството на координаторот од Извршниот одбор на седниците, правата и обврските на членовите и други важни одредби во функционирањето на Комисијата.

Како новини во работата на Комисијата за статутарни и правни прашања, определени со овој предлог - деловник би ги издвоиле:

- Учеството на координаторот, инаку член на Извршниот одбор, кој присуствува на седниците без право на глас во одлуките на Комисијата. Оваа одредба, пренесена од Статутот, е важна за Комисијата за да има пристап до информациите од работата на Извршен одбор и обратно, ИО преку координаторот да добива информации за работата на Комисијата. Со тоа се постигнува двонасочност во протоколот на информации важни за функционирањето на органите и телата на Комората. Со оваа одредба добива на тежина работата на Комисијата, која ја задржува својата автономност во донесувањето одлуки и давањето предлози и мислења;
- Прецизирање на надлежностите околу подготовката, толкувањето и усогласувањето на Статутот и правните акти на Комората, постапката за утврдување на повредите на Статутот на СКМ и актите на Комората;
- Редовност на седниците од страна на членовите на Комисијата, кои доколку трипати неоправдано отсутуваат од седниците се известува претседателот на Комората со барање за предлог на нов член на Комисијата кој го бира Собранието на СКМ.

Покрај изработката на деловникот за работа, Комисијата за статутарни и правни прашања ги разгледува, дава предлози и насоки за подготовка на предлог-деловниците на другите постојани комисији на СКМ, согласно Статутот, пред нивната верификација од Собранието на СКМ.

Овие и други новини и одредби имплементирани во предлог - деловниците на постојаните комисији, по нивно изгласување од страна на Собранието на Стоматолошката комора на Македонија, ќе бидат објавени на web страницата на СКМ.

ЗАКОНСКИ ОБВРСКИ ЗА СТОМАТОЛОШКИ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

Интегриран автоматски систем за управување кај даночните обврзници

Со Законот за изменување и дополнување на Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 79/2013 и 188/2013), се воведува обврска за даночните обврзници кои поседуваат систем со фискален апарат, да инсталираат на интегриран автоматски систем за управување, кој заедно со фискалната апаратура го сочинуваат фискалниот систем. Согласно член 3 став 3 од Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 31/2001, 31/2001, 42/2003, 47/2003, 40/2004, 70/2006, 126/2006, 60/2007, 123/2007, 88/2008, 133/2009, 171/2010, 185/2011, 6/2012, 145/2012, 79/2013 и 188/2013), интегрираниот автоматски систем за управување е систем за постојана електронска комуникација на даночниот обврзник со Управата за јавни приходи за секојдневно автоматско пренесување на податоци во вид на дневен финансиски извештај. Интегрираниот автоматски систем за управување согласно член 3 став 4 од Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 31/2001, 31/2001, 42/2003, 47/2003, 40/2004, 70/2006, 126/2006, 60/2007, 123/2007, 88/2008, 133/2009, 171/2010, 185/2011, 6/2012, 145/2012, 79/2013 и 188/2013) се состои од GPRS терминал (General packet radio service) и крипто модул. Согласно споменатиот Закон, оваа обврска постои за сите даночни обврзници во Република Македонија.

Во член 23 од Законот за изменување и дополнување на Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 79/2013 и 188/2013) предвидени се рокови во кои треба да се изврши примена на овие одредби на Законот, односно да се изврши инсталирање на интегрираниот автоматски систем за управување кај даночните обврзници. Имено, согласно овој член од споменатиот Закон, ин-



сталирањето на интегрираниот автоматски систем за управување ќе започне од:

- 1 мај 2014 до 31 јули 2014 година за даночни обврзници чиј промет во претходната година надминува 10.000.000 денари, даночни обврзници кои вршат угостителска дејност и за даночни обврзници кои вршат промет на нафтени деривати на мало (бензиски пумпи) и

- 1 мај 2014 до 31 октомври 2014 година за сите други даночни обврзници.

Меѓу другото, споменатите одредби од Законот за изменување и дополнување на Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 79/2013 и 188/2013) и Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 31/2001, 31/2001, 42/2003, 47/2003, 40/2004, 70/2006, 126/2006, 60/2007, 123/2007, 88/2008, 133/2009, 171/2010, 185/2011, 6/2012, 145/2012, 79/2013 и 188/2013) се доразработени со подзаконски акти кои ги носи министерот за финансии и Управата за јавни приходи. Се работи за следните акти:

Правилник за техничките и функционалните карактеристики на интегрираниот автоматски систем за управување, образецот на фискалната сметка, образецот на фис-

калното лого, издавањето на документ ка- сова сметка за сторна трансакција, форма- та и содржината на книгата за дневни фи- нансиски извештаи, начинот и постапката за издавање на дозвола за одобрување за ко- ристење на соодветен модел на фискална апаратура, односно интегриран автоматски систем на управување, начинот на провер- ка и контрола на фискалните апарати и пра- вилата за техничко одржување и сервиси- рање на истите (Службен весник на Р. Ма- кедонија бр. 126/2013), и

Упатство за поврзување и размена на податоци помеѓу информацискиот систем на Управата за јавни приходи и фискалниот систем на опрема на даночниот обврзник

бр. 19-6614/1 од 22.10.2013 година.

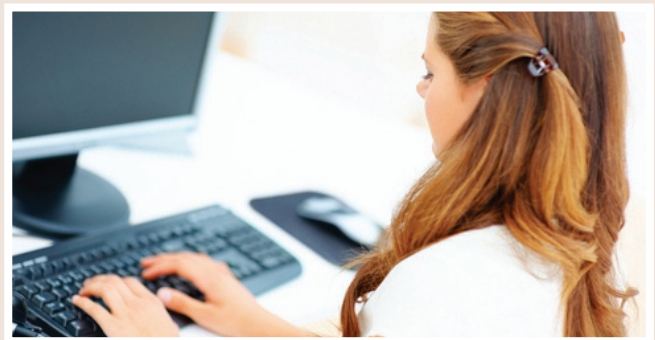
Согласно претходно наведеното потребно е сите стоматолошки здравствени установи во рамки на роковите определени во Законот за регистрација на готовинските плаќања (Службен весник на Р. Македонија бр. 31/2001, 31/2001, 42/2003, 47/2003, 40/2004, 70/2006, 126/2006, 60/2007, 123/2007, 88/2008, 133/2009, 171/2010, 185/2011, 6/2012, 145/2012, 79/2013 и 188/2013) да извршат инсталирање на инте- грираниот автоматски систем за управување.

Илија Илијовски,
Адвокатско друштво Чичевалиев
и Илијовски, Скопје

Обврски согласно Законот за архивски материјал

Согласно член 30 од Законот за архивски материјал („Службен весник на Р. Македонија“, бр.95/2012 и 41/2014) е предвидено дека покрај јавен архивски и документарен материјал се предвидува и постоење на приватен архивски и документарен материјал. Приватен архивски и документарен материјал, согласно законите, материјал кој настанал во работата на приватните правни и физички лица (иматели), односно е во сопственост на приватни правни и физички лица. Во контекст на претходното член 32 од истиот Закон, се предвидува дека имателите на приватен архивски и документарен материјал се должни да:

- го известат Државниот архив за поседувањето на архивскиот и документарниот материјал,
- го чуваат и заштитуваат архивскиот и докумен- тарниот материјал,
- водат основна евиденција за архивскиот и доку- ментарниот материјал,
- донесуваат и до Државниот архив доставуваат план на архивски знаци, листа на архивски мате- ријал и листа на документарен материјал,
- вршат и да го определат начинот на приемот, пре- гледувањето и распоредувањето на материјалот,
- го обележуваат, датираат и водат основна еви- денција за материјалот и да ја вршат неговата ад- министративно-техничка обработка,
- обезбедуваат навремено враќање на решените пред- мети, да го класифицираат и средуваат материјалот и да го вршат неговото одлагање во писарницата,
- вршат тековно одбирање на архивскиот од доку- ментарниот материјал,
- вршат издвојување и попис на документарниот



- материјал за уништување,
- водат евиденција (опис и попис) на архивскиот материјал и
- го чуваат трајно архивскиот материјал.

Во член 28 од Уредбата за канцелариско и архивс- ко работење („Службен весник на Р. Македонија“, бр.1/2014) како и во Упатството за начинот и техника- та на постапување со архивскиот и документарниот материјал во канцелариското и архивското работење („Службен весникна Р. Македонија“, бр.99/2014), е предвидена обврска за имателите на приватен ар- хивски и документарен материјал обврската од член 32 став 1 алинеја 4 од Законот, односно да донесат и до Државниот архив да достават план на архивски знаци, листа на архивски материјал и листа на доку- ментарен материјал, да ја исполната најдоцна до 30 ноември во тековната година за наредната година. Оваа обрска важи само за стоматолошките здравст- вени установи кои продуцираат архивски и доку- ментарен материјал.

Д-р Евдокија Дока Марковска – Росоклија скулптор во стоматологијата



Евдокија Дока Марковска - Росоклија, како трета ќерка во семејството Марковски кое очекувало син, е родена на 01.01.1915 година во Скопје, од татко Милан Марковски, роден 1880 година во Скопје и мајка Љуба Чочкова родена 1884 година во Велес.

Семејството Марковски имало четири деца: Параскева, Вера, Евдокија и Венко.

Детство и училиште

Дока во основното училиште била просечен ученик, но особено пројавува интерес кон сликарството, поезијата, музиката и спортот. Меѓутоа татко и како книговодител не бил финансиски во состојба да и обезбеди поддршка и да ги следи нејзините наклонетости, а уште повеќе да и купува: платна, клавир и други потрештини за кои таа уште од мали нозе сонувала.

Поради реалните причини преостанало читањето и спортот да ги покриваат другите пасии. Најинтересно во нејзината природа, иако женствена, со начинот на комуникација таа секогаш им парирала на машките другарчиња во спортот и другите преокупации. Таа играла фудбал на уличниот простор викан „тасино чешмиче“. Поради таквата нејзина природа била исклучена од училиштето од за никого „несватливи“ причини.

Поради таквата „педагошка“ мерка, Дока Марковска последната година од средното образование и полуматурскиот испит ги полагала во приватна режија.

Нејзиниот татко Милан Марковски на Дока и на нејзиниот деветомесечен помал брат Венко, можел да им обезбеди летото да го поминат во Матка, каде покрај друга забава правеле и убави скулптури и фигури. Нејзиниот талент за скулптура го забележал еден руски инженер

кој работел во изградба на браната на езерото Матка.

Инженерот Дацков разговарал со нејзините родители за оваа дарба на Дока од природата, но Милан и Љуба на неговата, како и на ургенцијата на професорот по ликовно воспитување останале глуви.

Ова од причина што професијата на Дока била однапред одредена од нејзината мајка Љуба, која била „spiritus movens“ во семејството и која одлучила таа да биде забар.

Средно образование-Белград

Така, по завршување на полуматура, Дока заминува за Белград каде завршува средно забарско училиште како првенец во генерацијата и како една од најуспешните протетичари. По завршувањето, таа се враќа во Скопје, што било судбина на речиси сите македонски интелектуалци, за да му помогне на својот народ.

Професионален стаж, прогонство и гордоста

Нејзиното вработување започнало на 01.05.1928 година до 31.12.1946 година во приватна ординација кај еден евреин по име Изи Моло, кој се однесувал кон неа како кон родена ќерка. Кај Моло останува четири години. За тоа време Дока станува во Скопје и пошироко позната како добар протетичар кој ги работи најсуптилните работи од таа област.

Едновремено, додека работи кај Моло, таа ги совладува францускиот јазик како и шпанскиот бидејќи во ординацијата се комуницирало со јазиците кои Моло ги донел од Шпанија по преселување/прогонство од Фердинанд.

Во 1941 година Моло со семејството бил одведен во логор од страна на Германците заедно со сите Евреи од Скопје. Неговата хуманост ја мотивирала Дока да им предложи на сопрузите Моло да го земе нивното дете со себе и да замине во Србија каде што е протерана од Бугарите. Но, семејството Моло не се согласило,

верувајќи дека е најдобро да останат заедно и така исчезнале во холокаустот.

Во тоа немирно време Дока заминува во селото Долно Власе, Србија каде, исто така, работи како дентист, но главно обезбедувајќи храна за сите бегалци.

По завршување на војната, 1946 година работи како забар во Уредот (тоа е сегашната зграда на Градска болница Св. Наум Охридски во Скопје). Бидејќи недостасувал стручен кадар после војната било дозволено да се работи и државно и приватно. Дока отвора своја приватна ординација во која имала вистински наплив на пациенти.

Во 1948 година, Дока, поради националната гордост и поседување незабранета книга со наслов „Тома Горин“ напишана од нејзиниот брат Венко Марковски, била лишена од слобода заедно со својот сопруг Блаже Росоклија. Двајцата се обвинети според X глава од Кривичниот законик на Федеративна Народна Република Југославија (тоа се дела против народот и државата). За

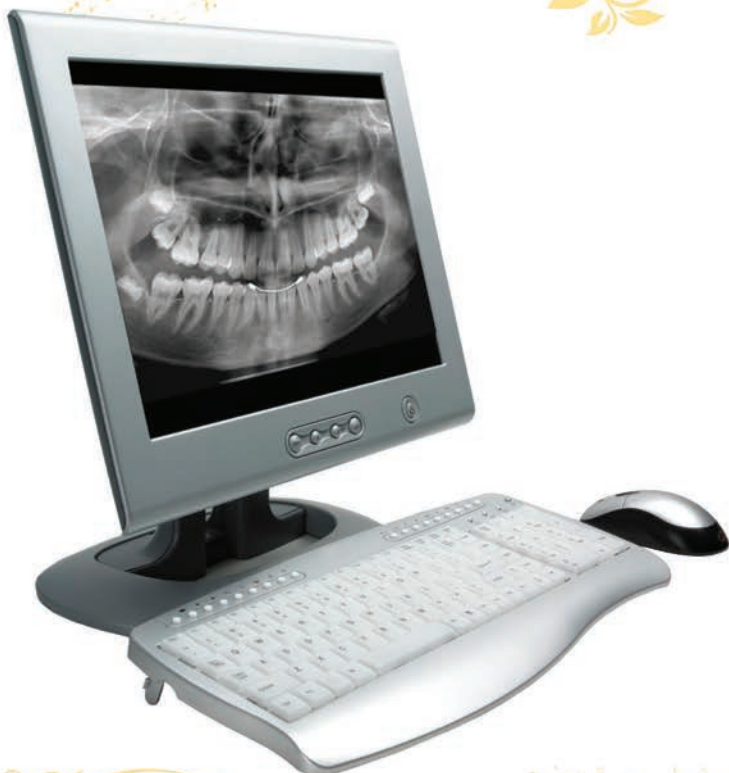
среќа, во затворот останале само неколку месеци бидејќи немало доволно елементи за построга казна. По излегувањето од затвор продолжила со приватната практика, а едновременно предава стоматолошка протетика на штотуку отвореното дентистичко училиште.

Во контакт со нејзината ќерка ќе слушнеме: „Проблемите што и ги создаваше Јосип Броз, а ги спроведуваше Лазар Колишевски, не влијаа врз мојата мајка – Дока“.

„Индивидуалната куќа во која живеела Дока со своето семејство: сопругот Блаже и децата Бранислава, Љубица и Горазд, всушност била една мала галерија на сликарска уметност. Застапени биле најпознатите сликари во тоа време: Пандилов, Белогаски, Протугер, Мартиновски, Личеновски, Цицо Поповиќ и други, како што обзнанува нејзината ќерка.

Според неа, „нејзино опкружување биле нашите познати актери, како што се: Илија Џувалековски, Петре Прличко, Добрила

ПРИДРУЖЕТЕ НИ СЕ ВО ДИГИТАЛНАТА РЕВОЛУЦИЈА ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА



ОДБЕРЕТЕ ГО НАЧИНОТ НА КОЈ САКАТЕ ДА ЈА ДОБИЕТЕ ВАШАТА РЕНТГЕН СЛИКА:

- дигитална панорамска слика
 - дигитална редуцирана панорамска слика
 - дигитална интраорална слика
 - дигитална слика на темпоромандибуларен зглоб
- ◆ преку интернет
 - ◆ на CD
 - ◆ на транспарент (класична панорамска слика)



www.krunams.com.mk e-mail: krunams@t-home.mk

Градски Трговски Центар, кула 2, кат 2
тел: 3166-919

доставете ја вашата e-mail адреса на krunams@t-home.mk
или јавете се на тел: 02 3166919 / 071 266919

■ историја на македонската стоматологија

Цуцкова и други познати уметници-оперски пеачи: Васка Бицова, Павлина Апостолова, Зина Креља, Данка Фирфова и други”.

До крајот на животот останала голем пријател со Стефан Гајдов, Кирил Македонски (композитор), Петре Богданов Кочко - диригент и тогашен директор на Операта.

„Во нашата семејна куќа се приредувале приватни клавирски концерти од страна на Зденко Марасовиќ од Белград, Лила Лалауни од Атина и други”, вели нејзината ќерка Бранислава.

Во тие години Дока добива уште едно големо признание од еснафот и била избрана за секретар на забоздравствена секција, во следниот состав на претседателство на Управата: претседател Д-р Димитар Смилев, потпретседател Василие Фиљански, секретар дентист Дока Марковска, заменик-секретар дентист Михајло Тупаревски на 18.12.1949 година, како уште една алка од синцирот на Македонското лекарско друштво (Мак.мед. преглед. 1949, септември-декември, бр.5-6).

Во 1953 година добива покана од Загреб од Кристо Широка (албанец-католик) кој и понудил работа со обезбеден престој. Дока, без размислување ја одбила таа покана-предлог, бидејќи во тоа време нејзиниот брат Венко бил во домешен притвор.

Во 1954 година Дока во приватна режија и со сопствени средства заминала во Виена на едукација за изработка на магнетни протези. По завршувањето на шестмесечниот курс и било понудено да остане да ра-

Наставник во средно забарско училиште, класен раководител на идните дентисти. На фотографијата се повеќе стоматолози од идните генерации на Стоматолошкиот факултет во Скопје



боти, но таа морала да се врати итно во Скопје бидејќи дознала дека нејзиниот брат Удба го потготвува за Голи Оток. За жал таа информација била точна.

Во 1956 година Венко бил осуден на пет години робија на Голи Оток. Дока знаела дека и се подготвува исклучување од училиштето каде била наставник, поради немање политички бонитет и самата одлучува да даде отказ.

За период од еден месец од нејзиниот колега Стево Хобермилер добива покана да се вработи во САД со обезбедени услови за целото семејство, но нашата Дока и тоа го одбива од иста причина како и понудата за Виена. По враќањето на Венко од Голи Оток во 1961 година и по неговото протерување од Македонија, Дока губи надеж во нешто добро.

Работниот век го завршува со одлука на Советот за здравствен Дом „Бит Пазар” како забар во забна ординација.

По пензионирањето Дока била во полн интелектуален сјај, ведра, бистра, подвижна и комуникативна. Продолжило другарувањето со пријателите, колегите и сограѓаните.

Најголема дружба сепак била со семејството, особено со нејзините деца а подоцна и со внуците.

Дока оди кај нејзиниот син, академикот Горазд или како таа милуваше да го освојува „мој Гого”, кој работи на Колумбија Универзитет во Њујорк, со што се отвора нова порта за движење на Дока. Нејзиниот син имал куќа блиску до Њујорк во државата Њу Џерси. Оттогаш започнува нејзиниот живот во смисол на расчекор, помеѓу тука-Скопје и таму-Њујорк односно Демарест.

Живееше со нејзиното минато, тогашноста и реалноста, чекајќи да дојде некој и да и раскажува за Македонија односно Скопје распрашувајќи се за нејзините пријатели.

Таа беше тука подготвувајќи се за таму. Но судбината сакаше тоа поинаку да се случи. Неуморната Дока во јуни 2000 година почина ненадејно со сите нејзини радости и таги.

Проф. д-р Бранислав Даштевски

**МИЕЊЕТО СО ЧЕТКА И УПОТРЕБАТА НА ЗАБЕН КОНЕЦ Е
КОНЦЕНТРИРАНО НА ЗАБИТЕ -КОИ СОЧИНУВААТ САМО
25 % ОД ПОВРШИНАТА НА УСТАТА.**

LISTERINE®

**Станете искусен корисник на
Listerine® за само пет дена**

Listerine® е силна, антибактериска и противвоспалителна течност за испирање на усната празнина. Таа ги уништува микроорганизмите кои предизвикуваат забен камен и воспаление на гингивата. Ако се уште не сте користеле Listerine® течност за испирање, постои можност неговиот вкус да го почувствувате како многу силен.

Она што Listerine® го прави така силен се есенцијалните масла кои што тој ги содржи. Тие природни состојки го даваат силниот вкус, а со своето заедничко делување ги напаѓаат штетните бактерии кои предизвикуваат забен камен и заболувања на гингивата. Listerine® достигнува до површините кои со четка и забен конец не можете да допрете.

Станете искусен корисник на Listerine®. И тоа сосема лесно. Првиот и вториот ден испирајте ја усната празнина со Listerine® течност 10 секунди, со што полесно би се навикнале на чувството на Listerine®. Третиот и четвртиот ден испирајте 20 секунди, а петиот и сите наредни денови испирајте по 30 секунди.



10 секунди



10 Сек.

1. и 2. ден

20 секунди



20 Сек.

3. и 4. ден

30 секунди



30 Сек.

5. ден

**Испирање два пати дневно
во период од 30 секунди,
овозможува 24 часовна
заштита од плак и гингивитис**

CARRIERE DISTALIZER

Што е тоа Carriere distalizer и која е неговата намена?

Carriere distalizer е едноставен, ефикасен, фиксен ортодонтски апарат за третман на малоклузија II класа. Конструиран е со помош на современа компјутерска технологија од страна на д-р. Luis Carriere и претставува еволуција на модуларниот сегментиран лак.

Carriere distalizer претставува директен бонд апарат, бондиран од канинот до првиот молар во горната вилица, со цел, да се изврши корекција на постериорната II класа, најпрво со дистална ротација и исправување на горните први молари, а потоа и дистализација на максиларните постериорни сегменти од канините, премоларите и моларите во блок, овозможувајќи перфектна оклузија. (Сл.1)



Сл.1. Приказ на Carriere distalizer апаратот

Индикации:

- Најефикасен е во третманот на малоклузија II класа по Angle без екстракции, во мешовитата дентиција и тоа во иницијалната фаза на третманот пред поставувањето на брекетите.
- Третман на малоклузија I класа по Angle каде постои мезијална позиција на максиларните молари.
- Третман на малоклузија I класа по Angle со хипопластична премаксилна со фронтална збиеност.
- Кај млади пациенти кои се во раст и развој, и тоа кај брахикефалите каде покажува најдобри резултати, за разлика од долихокефалите каде резултатите се послаби.

Биомеханика и начин на делување:

Carriere distalizer-от е дизајниран така што овозможува корекција во моларна и канинска I класа, која авторот на апаратот ја нарекува **класа I платформа на оклузијата**. Тоа всушност е добра окузална основа која по-

натаму дозволува пациентот да биде третиран и завршен со техника по избор на ортодонтот.

Дистализерот:

- Продуцира дистално ротационо движење на максиларните први молари околу нивните палатинални корени.
- Продуцира слаба континуирана сила за дистално моларно движење.
- Овозможува дистално поместување на постериорниот сегмент од канин до молар (во блок) како целина, од 3 до 6 мм.
- Се исклучува лекување со жици(лакови), со кое се елиминираат дисторзионите колатерални сили, кои ги има во стандардните методи.
- Предизвикува минимална коренска ресорпција.
- Ги намалува периодонталните реакции.
- Бара помал извор на мандибулара анкаража како што е лингвалниот лак или essix со
- Атечмени, активиран со гумички.
- Просечното време на третманот изнесува само 3-4 месеци, како резултат на редуцијата на компетитивните сили предизвикани од антериорните заби.
- Неинвазивен ортодонтски апарат кој резултира со висока соработка со пациентот.

Клиничкиот доказ за постигнатиот успех е појавата на интеринцизалните дијастеми и појавата на простор мезијално од канините. (Сл.2)

Дизајн на апаратот:

Carriere distalizer –от е така дизајниран што претставува копија на човечкиот зглоб со чашка и топче, обезбедувајќи максимална слобода на движењата во одредениот правец.

Дистализерот е направен од nickel free нерѓосувачки челик и е бондиран на канинот и првиот молар со канинска и моларна подлога која ги спојува лесно закривена рачка.

Составни елементи на дистализерот се:

- Метална рачка која има мезијален и постериорен дел.
- Канинска подлога.
- Моларна подлога.

Канинскиот подлога овозможува дистално поместу-



Сл.2. Приказ на Carriere distalizer апаратот во уста на пациент



Сл.3. Приказ на составните елементи на Carriere distalizer-от

вање на каниот преку алвеолариот гребен без негово инклинирање, има кука за прицврстување на гумички за II класа. Овој дел е мезијалниот крај на рачката кој поминува постериорно преку горните премолари со лесно заоблување. Постериорниот крај на рачката всушност е прицврстено топче кое како зглоб се движи во чашката на *моларната подлога*. (Сл.3)

Поставување на апаратот:

Постојат три фабрички димензии : 23мм, 25мм и 27мм. Соодветната големина се одредува со помош на дентометар, мерејки го растојанието од средишната точка на букалната површина на горниот прв молар до средишната точка на букалната површина на горниот канин. (Сл.4)



Сл.4. Приказ на мерните точки на забите

По адекватната подготовка на пациентот, дистализерот се бондира на максиларниот молар и канин со Light Cure Composite.

Можности за мандибуларна анкаража:

Анкаражата мора да биде внимателно одбрана, зависно од скелетните и неуромускулни карактеристики на пациентот, со цел да се избегне протрузија на мандибуларните инцизиви. Може да биде:

1. Пасивен мандибуларен лингвален лак.
2. Hamula мандибуларен лингвален лак.
3. Целосен мандибуларен фиксен апарат.
4. Долен Essex со атечмени кај премоларите и кукици за II класа гумички.
5. Мини импланти поставени меѓу долните први и втори молари.

Инструкции за пациентот-препораки за носење на гумички за II класа

Јачината на гумичките изнесува 6 ½ или ¼ унци. Се препорачува носење 24 часа на ден со исклучок за време на оброците, или 14 часа на ден, зависно од јачината на периоралната мускулатура.

Соработката на пациентот е многу висока, затоа што дистализерот се користи на почетокот на третманот кога мотивираноста на пациентот е најдобра. Неинвазивниот изглед и постигнувањето на успех за краткиот период на носење, го прави дистализерот лесно прифатлив и за пациентите и за родителите.

Науч.сop.д-р Наташа Тошеска-Спасова

Стоматолошки факултет - Скопје

Luis Carriere DDS,MSD. A New Class II Distalizer.

КОНГРЕСИ - СИМПОЗИУМ

Датум	Место	Собир	Тема	Предавач
февруари	Скопје			
7.03	Прилеп (Хотел Кристал Палас)	симпозиум со меѓун. учество		
20.3	Скопје	дентал митинг		
28.3	Скопје	семинар		
28.3		симпозиум		
април-мај	Куманово	курсеви		
23.5	Куманово (Центар за култура)	симпозиум со меѓун. учество		
мај	Скопје (Етерна-дент)	едукативен курс		
11-14.6	Охрид	7 Конгрес со меѓун. учество		
јуни	Скопје (Етерна-дент)	меѓународен симпозиум		
12.9	Кавадарци	симпозиу		
19.9	Скопје			
26.9	Скопје			
3.10	Скопје			
17.10	Скопје			
31.10	Скопје			
31.10	Скопје	семинар		
31.10		симпозиум		
14.11	Скопје			
28.11	Скопје			
ноември	Скопје (Етерна-дент)	едукативен курс		
ноември	Штип (Универзитет Гоце Делчев)	симпозиум		
1.12		симпозиум		

и - работилници 2015

	Организатор	активно	пасивно
	Здружение на специјалити по максилофацијална хирургија (МСД)		
	Стоматолошко здружение на Македонија		
	МСД		
	Св. Кирил и Методиј (УКИМ)/ Стоматолошки факултет-Скопје		
	Стоматолошко друштво на Албанците		
	Стоматолошко здружение на Македонија		
	ДДДММ		
	Здружение на стоматолози Етернитас		
	МСД		
	Здружение на стоматолози Етернитас		
	ЗПЗСУ		
	Здружение на специјалити по детска и превентивна стоматологија (МСД)		
	Здружение на специјалити по болести на забите и ендодонтот (МСД)		
	Здружение на специјалити по ортодонција (МСД)		
	Здружение на специјалити по протетика (МСД)		
	Здружение на специјалити по орална хирургија (МСД)		
	Св. Кирил и Методиј (УКИМ) Стоматолошки факултет-Скопје		
	Стоматолошко друштво на Албанците		
	Здружение на општи стоматолози (МСД)		
	Здружение на специјалити по болести на устата и пародонтот (МСД)		
	Здружение на стоматолози Етернитас		
	Универзитет Гоце Делчев-Штип/Факултет за медицински науки (Катедра по стоматологија)		
	Стоматолошко друштво на Албанците		

* Термините за годишниот календар на стручните стоматолошки настани за 2015 година се само начелно определени

Употреба на перископ во третманот на пародонталната болест



Зошто перископ?

Основната цел во пародонталниот третман е отстранување на конкрементите од цементот на забот и елиминација на бактериите инкорпорирани во денталниот плак и за нејзина реализација пародонтолозите користат разни специјално дизајнирани кирети, антибиотици, хемиски средства и ласери. Недостатокот на овие техники е во нивната инсуфициентност во визуелизацијата на субгингивалното ткиво што оневозможува комплетно отстранување на сите бактериски депозити и инфекцијата брзо се повторува.

Што е перископ?

Перископ е всушност дентален ендоскоп кој овозможува експлорација и визуелизација на состојките во пародонталниот џеб, како и анализа на површината на коренот и неговата приемчивост за бактериска акумулација. Тој претставува екстремно тенка фибер оптичка камера помала од 1мм во дијаметар, којашто го осветлува и зголемува 48 пати коренот на забот под гингивата и ултра тенки, дијамантски инструменти како брзи и прецизни кирети во оваа постапка.

Оваа техника му овозможува на обучен пародонтолог да ги лоцира претходно недетектираните депозити со непрогрешива точност, како и да ги отстрани без оштетувања на гингивата или на коренот.

Предности на употреба на перископ!

Зголемена ефикасност на нехируршката терапија на пародонтопатија, а со тоа намалување на потребата од хируршки третман, којшто се бара повеќе време, контролни прегледи, како и финансиски бенефит за пациентот.

Можности и за пародонтална регенерација, ако се користат и регенеративни протеини во комбинација со перископот.

Можност за идентификација на различни пукнатини перфорации и други заболувања кои предизвикуваат недостатоци на коренот на забот и го прават locus minoris место за деструкција на периодонциумот.

<http://periopean.com/blog/wp-content/up.loads>

проф. д-р Анета Атанасовска-Стојановска

Керамички дентални импланти (Zirconia vs.Titanium dental implants)

Најновите достигнувања во имплантологија се керамичките дентални импланти. Овие дентални импланти се изработени од керамика која се употребува во ортопедијата со голем успех веќе неколку години. Изработката на овие керамички дентални импланти, најчесто, е од специјална керамика - Циркониум оксид (ZrO2) која се употребува за изработка на космичките летала, поради нивната висока отпорност на пукање и отпорноста на високи температури. Во САД, овие керамички дентални импланти се одобрени од страна на FDA во 2011год. Керамичките импланти и коронки задржуваат помалку дентален плак и калкулуси отколку класичните имплантите изработени од Титаниум, па поради тоа самата гингива изгледа поздраво. Исто така, естетскиот момент кај керамичките импланти е запазен, поради нивната бела боја за разлика од класичните титаниумски импланти.



Покрај овие предности, циркониум имплантите ги имаат сите биолошки карактеристики на инертен и биокомпатибилен материјал со многу низок алергиски потенцијал. Успехот на преживување на овие импланти е многу висок, но за разлика од нив, класичните титаниумски дентални импланти покажуваат повисок степен на преживување. Сите информации околу керамичките дентални импланти ќе може да се добијат од претседателот на IAOC (International Academy of Ceramic Implantology), Dr.Sammy Noubissi (Silver Spring, USA) и Dr.Ralf Luettmann (Hamburg, Germany) кои ќе присуствуваат и на оралнохируршката секција којашто ќе се одржи на 18 октомври во Битола.

асс. д-р Ванчо Спиров

PerioChip во третман на пародонталната болест

Колеги, сигурна сум дека најголемиот дел од Вас ги следат новините во пародонтологијата, сте прочитале и знаете за ефектите од примената на PerioChip -от, но сметаме дека, сепак, во нашата земја неговата примена донекаде е новина, па не е отповеќе ако тие кои се запознале со неговите карактеристики убаво е да ги освежат, а пак за оние другите, кои првпат се среќаваат со него денес, да ги понесат нашите искуства, додека не добијат сопствени.

Најнапред да се потсетиме на основните факти за пародонтопатијата?

Меѓу народот, заболувањето е познато како хронично воспаление на непцата кое завршува со уништување на коската и губиток на забите.

Но, дефиницијата за болеста би била - бактериско индуцирано, инфламаторно заболување коешто ги разорува потпорните ткива на забите и доведува до прогресивно нелинеарна деструкција на сврзано ткивниот атачмент и алвеоларната коска. За болеста најодговорен е денталниот биофилм.

Тој како неодминлив етиолошки фактор, по својата содржина и структура во голем процент содржи бактериски конгломерати кој преку токсините, ензимите

и другите механизми предизвикува прогресивна деструкција на сврзоткивниот атачмент и алвеоларната коска.

Контролата на денталниот плак се остварува преку секојдневна орална хигиена, по механички пат и хемотераписка анти-микробна локална или системска терапија.

Во светот многу од поодамна пред 20-тина години, а кај нас од скоро во локалната антимикробна терапија се применува перичипот.

За да ни се појаснат фактите околу PerioChip-от е потребно да одговориме на некои прашања. Да започнеме од тоа:

Што е перичипот?

Periochip е биоразградлива влошка која во себе може да содржи антисептици (хлорхексидин глуконат) или антибиотици (моноциклин, тетрациклин, метронидазол). Континуирано и бавно се ослободува во пародонталните џеп т.е. во гингивалниот флуид. На тој начин се користи како ефикасно и безбедно дополнување во третманот на пародонталната болест т.е. крајно влијае врз намалувањето на длабочината на пародонталните џепови, кај пациенти со пародонтопатија чија длабочина е еднаква или поголема од 5 мм.

Во овој момент нашите лични искуства се однесуваат на PerioChip-от хлорхексидин глуконат (сл.1).

Би го опишале како мал, портокалово-кафен, правоаголен биоразградлив чип (заокружен на едниот крај) за полесно вметнување во пародонталните џепови. Тежи околу 6,9 мгр и содржи 2,5 мгр хлорхексидин глуконат во биоразградлива матрица на хидролизиран желатин (мрежасто поврзан со глутаралдехид), глицерин и прочистена вода (сл.1).

Следи прашањето како се применува и како функционира:

Како се применува PerioChip-от ?

PerioChip-от во облик на влошка, го аплицира стоматологот во пародонталните џепови после спроведена обработка на

Сл.1. PERIOCHIP,
chlorhexidine gluconate:



А) пакување и влошка;

Б) апликација на влошка во џебот

пародонталните џекови. Оваа постапка може да се повтори на три или шест месеци од првичниот третман. На местото на апликација препаратот се раствора природно, без да го отстраните. Пациентите треба да избегнуваат примена на конци за чистење на интерденталните простори најмалку 10 дена после поставување на чипот, бидејќи чипот може да биде отстранет (сл.2).

Како функционира PerioChip ?

PerioChip -от ефикасно делува врз широк спектар на бактерии. Тој е во состојба сите оние микроорганизми кои останале во недостапните простори по спроведената киретажа хемиски да ги уништи. Што значи ефикасно да делува на неговите причинители.

Секако дека сега ќе се запрашате:

Како PerioChip -от може да помогне во пародонталната болест?

Одговорот би бил многу едноставен. Доколку се комбинира со обработка на пародонталните џекови, т.е се применува по обработка на пародонталните џекови чија длабочина се движи околу или над 5 мм. Во овие услови ги уништува микроорганизмите, ја намалува инфламацијата и длабочината на пародонталните џекови кај пациентите и позитивно влијае врз пародонталниот статус. PerioChip-от може да се користи и како дел од програмата за одржување на пародонтот, која вклучува добра орална хигиена.

Искуства од литературата

Хронолошки гледано искуствата од литературата би биле следни:

Schwach-Abdellaoui и сор.⁽¹⁾ во 2000 година ја верифицирале осетливоста на периопатогените бактерии после апликацијата на овој препарат. Позитивните терапевтски ефекти се евидентирани врз следните бактериски соеви: - *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*

- *Fusobacterium nucleatum*
- *Eikenella corrodens*
- *Campylobacter rectus*

Клиничките ефекти зависат од типот на антимикробното средство, начинот на неговата апликација, неговата атхезивност и конзистенција и од должината на временскиот период аплициран во пародонталниот џеб како активна антибактериска сустанција.

Истата година Bromberg, Vuxton⁽²⁾ реализираа нов пристап во третманот на пара-



Сл.2. Апликација на PerioChip хлорхексидин



донтопатијата со кој е потврдена ефикасноста на новиот систем на аплицирање на антимикробни супстанции.

Новиот систем се состои од гликолен слој кој поседува атхезивни својства и од внатрешен дел составен од етил целулоза во кој е инкорпорирано антимикробното средство кое постепено се ослободува и делува пролонгирано во лекување на пародонталната болест.

Stabholz⁽³⁾ во 2004 во студијата за микробиолошките и клиничките ефекти на бавно ослободувачкиот хлорхексидин во пародонталните џебови, следена локално во тек на девет дена, резултирале во значајно: **намалување на бројот на спирохети и подвижни бацили, намалување на анаеробните бактерии како и редуцирање на длабочината на пародонталниот џеб.**

Нешто подоцна Cosyn и Wyn⁽⁴⁾ ги опишаа клиничките ефекти од примената на хлорхексидински чипови кога се користат како додаток при киретажа во третманот на хроничната парадонтопатија.

Правејќи анализа на пет претходни студии, дошле до заклучок дека ефикасноста на хлорхексидинските чипови може да се следи само ако се користат и следат точно дефинирани клинички параметри.

Col и Jha⁽⁵⁾ испитувајќи ја терапевтската ефикасност на PerioChip -от локално применет како антимикробно средство при конвенционалниот нехируршки третман на хроничната парадонтопатија, дошол до сознание дека примената на хлорхексидин чипот може да се користи редовно во повеќето случаи, со посебен акцент кон медицински компромитираните пациенти кои не се погодни за хируршка интервенција.

Најновите истражувања на Belsen⁽⁶⁾ во 2011 истакнуваат дека инфламаторниот процес е предизвикан од бактериска инфекција кој доведува до деструкција на сврзоткивниот атачмент и алвеоларната коска, предизвикана од следниве колонис-

ки анаеробни бактерии: *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *bacteroides gingivalis*, *bacteroides melanogenicus subsp.intermedius*, *eikenella corrodens*, *fusobacterium nucleatum*, *wolinella recta*, *Porphyromonas gingivalis*, *perotella intermedia*, *staphylococci subspecies epidermidis* и *aurantus* и дека локалната администрација при примена на локалните антимикробни средства може ефикасно да се користи како адјувантно средство во третманот на хроничната пародонтопатија.

Иако сме пионери во ова област, скромно но и ние имаме сопствени искуства на овој план,

Наши искуства

Во моментот сознанијата се темелат на следење клинички и параклинички параметри кај 30 пациенти третирани конвенционално со и без примена на периочип хлорхексидин глуколат.

Кај испитаниците колекциониран е гингивален флуид во кој квантитативно е одредувана концентрацијата на хлорхексидин глуколат вториот, четвртиот, шестиот и десетиот ден. Клинички е одредуван индексот на дентален плак, гингивална инфламација, длабочина на пародонталните џекови и тоа третиот, шестиот и десетиот ден како и после два и четири месеци.

Подобри клинички ефекти се добиени кај онаа група каде беше аплициран периочипот. Причините се пролонгирана биоразградливост во пародонталниот џеп и континуирано повисоките концентрации.

Каков вид компликации или несакани ефекти може да очекуваме од користење на PerioChip-от?

Нормално, поставување на PerioChip-от е брза и безболна постапка. Некои од пациентите чувствуваат блага до умерена чувствителност првата недела по ставање на чипот. Оваа состојба нормално и спонтано се решава во следните неколку дена. Сепак за оние пациенти кои се особено чувствителни, стоматологот може да примени и локален анестетик, пред да се постави PerioChip-от за да се намали непријатноста. Ако пак пациентот чувствува болка или оток, тогаш стоматологот треба да биде веднаш информираан.

Оралната чувствителност или болка се можни, но апсцесите се ретки иако биле дополнително пријавени после поставување на чипот.

Најчести забележани несакани ефекти во две пилот студии биле забоболка или главоболка. Забоболката е само несакана реакција што била статистички поприсутна. При повторно поставување после три или шест месеци овие реакции биле поретки. Долгорочни несакани дејства не биле документирани.

Колеги ние се обидовме да дојдеме до лични искуства, во моментот краткорочни и прелиминарни и, навистина имаме позитивни резултати. Сите оние на кои третманот на пародонтопатијата им е предизвик вреди да го применат периочипот кај своите пациенти. Лесен е за апликација, корисен и ефикасен со минимум ризик по пациентите. Применлив е после конзервативна или хируршка терапија, а посебно значаен кај пациенти со ризик каде хирургијата е контраиндицирана. Постепената и долготрајна биоразградливост го менуваат пародонталниот медиум, максимално ги редуцираат периопатогените и поволно влијаат врз пародонтот.

Иако во најголем дел се потпревме на податоците од литературата, сепак во еден сегмент имавме сопствено искуство со што лично ги потврдиме неговите терапевтски ефекти.

**Проф. д-р Мирјана Поповска,
мр. д-р Сахмедин Сали**

Литература

1. Schwach-Abdellaoui K, Vivien-Castioni N, Gurny R. Local delivery of antimicrobial agents for the treatment of periodontal diseases. Eur J Pharm Biopharm. 2000 ;50(1):83-99. Review.
2. Bromberg LE, Buxton DK, Friden PM. Novel periodontal drug delivery system for treatment of periodontitis. Release. Periodontol 2001;71(3):251-9.
3. Stabholz A, Shapira L, Mahler D, Gellman Y, Ramon T, Dolev E, Schwartz M, Berger L, Proskin HM, Finkelman RD, Flashner M, Kolatch B, Soskolne A. Using the PerioChip in treating adult periodontitis: an interim report. Compend Contin Educ Dent. 2000;21(4):325-8.
4. Cosyn J, Wyn I. A systematic review on the effects of the chlorhexidine chip when used as an adjunct to scaling and root planing in the treatment of chronic periodontitis. Journal of Periodontology 2006;77(2):257-64.
5. Col Lt Jha AK. Comparative clinical response of perioclip as local drug delivery system to calling and root planing in the treatment of chronic generalized periodontitis - A clinical and radiographic study- Medical Journal Armed Forces India 2008.
6. Belsen DJ, Manavalan R, Parthasarathy V. Effective antimicrobial therapy of periodontitis- An overview of dental/periodontal chip. University Grants Commission. New delhi, India 2012.

Мониторинг на оралниот карцином

Секоја година бројот на заболени од орален карцином се зголемува. Во светски рамки, инциденцата на оралниот карцином се зголемува особено меѓу помлади пациенти од женски пол, движејќи се од 350.000-400.000 нови случаи дијагностицирани секоја година.

Главните ризик фактори, никотинот и алкохолот, самостојно не ги објаснуваат промените во инциденцата, бидејќи оралниот карцином подеднакво е присутен и кај пациенти кои немаат историја за користење на никотин и алкохол.

Промени во микрофлората се асоцирани со повеќе дентални заболувања меѓу кои и пародонталната болест, која се карактеризира со појава на одредени патогени микроорганизми, додека пак хроничната пародонтална болест, се смета дека претставува ризик фактор за развој на орални преканцерогени и канцерогени лезии.

Утврдено е дека одредени канцерогени заболувања се асоцирани со специфични бактериски инфекции, така што се претпоставува дека промените во композицијата на нормалната орална микрофлора може да претставуваат причина за појава на орален карцином.

Тимот на д-р. Schmidt и Albertson од Универзитетот во Њујорк, профилираат модел од канцерогено и од анатомски нормално здраво ткиво од истиот пациент, преку секвенционирање на 16S rDNA на одреден хипервариабилан регион. Со оваа нова молекуларна метода е овозможено крајно прецизно утврдување на оралната микрофлора (одредување на канцерогени видови од преканцерогени лезии и нормални видови), а со тоа и мониторинг на развојот на оралниот карцином, негова прогресија и рекурентност.

Оралната празнина овозможува скрининг на пациенти кои имаат ризик за орален карцином, бидејќи лезиите може да се забележат, а секоја промена во микрофлората присутна кај преканцерогените и канцерогените лезии, споредени со микрофлората од клинички непроменето ткиво од истата индивидуа, едноставно може да биде детектирана со зимање на брис.

Оваа неинвазивна метода нуди можност не само за детекција на канцер-асоцирани ви-



дови, туку истовремено и мониторинг на евентуални промени во бактериските заедници. Составот на микрофлората овозможува следење на променети регии асоцирани со високо ниво на примарен орален карцином или негов рецидив. Пациентите со дијагностициран орален карцином се под зголемен ризик и за настанување на нов карцином или појава на рецидив.

Утврдено е дека одредени канцерогени заболувања се асоцирани со специфични бактериски инфекции

Истражувачкиот тим, воедно ја истакнува и можноста за медикаментозно модулирање на оралната микрофлора, во третманот на оралниот карцином или преканцерогените лезии.

Промените во микрофлората може да претставуваат потенцијални биомаркери за орален канцер и преканцерогени лезии, дури може и да детектираат метастази во лимфните јазли. Со тоа, оваа метода значително придонесува во клиничкото менаџирање на оралниот карцином.

Науч.соп. д-р Кристина Митиќ

Извор:

1. New York University. "Framework for monitoring oral cancer developed." ScienceDaily, 10 June 2014. www.sciencedaily.com/releases/2014/06/140610152741.htm.
2. PLoS One, June 2014 DOI

СТРУЧНИ И НАУЧНИ ТРУДОВИ

Прилог на „Vox Dentarii“



1. Дијабетес и орално здравје кај млади пациенти

И. Муратовска, М. Поповска, А. Атанасовска-Стојановска

2. Хигиена на протетските помагала кај институционализираните стари лица

М. Петровски, К. Ивановски, А. Миновска



Почитувани соработници

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што планирате да бидат објавени за наредниот број во Vox Dentarii, пожелно е да ги доставите најдоцна до 15 март. Дополнителни информации може да добите секој работен ден во Стоматолошката комора на Македонија или пак на телефон 02 3246 851 или 3246 852.



Награда за најдобар објавен труд во Vox Dentarii

Почитувани,
Извршниот одбор на Стоматолошката комора на Македонија одлучи да се воведува - **награда** за најдобар објавен труд во Vox Dentarii. Изборот на трудот ќе се спроведува на крајот од секоја година, а првата награда ќе биде доделена во 2015 година. Во конкуренција предвид ќе бидат земени сите трудови објавени во Vox Dentarii. Изборот за најдобриот труд ќе го спроведува Уредувачкиот одбор на Vox Dentarii во соработка со рецензентите на објавените трудови.

Дијабетес и орално здравје кај млади пациенти

Муратовска И, Поповска М,
Атанасовска-Стојановска А

Универзитетски стоматолошки клинички
центар „Св. Пантелејмон“ - Скопје

Дијабетес мелитус (Diabetes mellitus) е метаболно нарушување кое е резултат на дефект во секрецијата на инсулин, инсулинската акција или обете истовремено⁽¹⁾.

Се класифицира како дијабетес тип 1 (ДМ1) или јувенилен дијабетес, кога е резултат на автоимунa деструкција на β -клетките на панкреасот, водејќи кон комплетен недостаток на инсулинска секреција, карактеристично кај млада популација или дијабетес тип 2 (ДМ2) кој се појавува во покосните години од животот и се третира со комбинација од инсулин, орални медикаменти, физичка активност и диета. Посебен вид дијабетес е гестацискиот дијабетес (ГД), кој се однесува на иницијално препознавање на нетолеранција на глукозата за време на бременоста, најчесто во вториот и третиот триместар на заболувањето. Се јавува кај околу 4% популација од бремените жени⁽²⁾.

Во суштина инсулинот се користи во телото за олеснување на трансферот на глукоза од крвотококот во таргетираните ткива (пр. мускулни) каде се користи за енергија. Бидејќи организмот кај младите лица заболени од ДМ1 не лачи инсулин, глукозата не може да навлезе во таргетираните клетки и останува во крвотококот давајќи хипергликемија. Оваа група заболени се т.н. инсулин зависни пациенти кои примаат повеќе дневни инсулински инјекции или се носители на инфузициски сет поврзан со инсулинска пумпа која го дистрибуира инсулинот поткожно⁽³⁾.

Метаболната контрола на ДМ се проверува преку анализа на гликолизирани хемоглобин (HbA1c) на секои три месеца⁽⁴⁾.

Оралното здравје во однос на дијабетесот последните години станува актуелен во медицинското менаџирање на заболувањето со акцент и на денталниот пристап во дијагностицирање и контролата на гликемијата. Во литературата постојат релевантни податоци кои укажуваат дека младите пациенти со јувенилен дијабетес презентираат поголем број орални компликации во однос на здравите субјекти на иста возраст. И покрај тоа што овие пациенти покажуваат помал внес на вкупни шеќери во текот на денот, дури и благо тоа занемарување на орално-хигиенските навики и свесноста за нивната важност, води кон влошена контрола на гликемијата и појава на компликации во оралната празнина. Како хормоните се менуваат во текот на развојот на средните тинејџерски години, телото станува помалку осетливо на инсулин и од тие причини кај адолесцентите се сретнуваат повисоки вредности на глукоза во крв⁽⁵⁾.

Оралните болести се неминовна последица на ваков тип хронични заболувања каде нарушената метаболна контрола може да води кон подобност за развој на гингивити, кариес, сува орална мукоза и улцерозни формации. Значаен број орални сосостојби се во корелација со дијабетесот како заболување, но повеќе студии укажува дека пациентите не се свесни за оралните компликации од ова заболување ниту пак за последиците од влошено орално здравје врз ДМ⁽⁶⁻⁸⁾.

Од тие причина си поставивме за цел да се евалуираат податоците поврзани со оралното здравје кај деца и адолесценти со ДМ1, во корелација со метаболната контрола на болеста, без разлика за начинот на внес на инсулинот во организмот.

Материјал и метод

Во испитувањето се вклучени 37 испитаници на возраст од 12-24 години поделени во две групи; I - Испитувана група - 19 пациенти со тип 1 ДМ, II; - Контролна група 18 пациенти - здрави лица на иста возраст.

Кај сите пациенти спроведен е дентален и пародонтален наод. Од денталниот наод нотирани се бројот на кариозни заби и број на реставрирани заби. Кај тврдите забни ткива прво се нотира затекнатата состојба до тој момент, а потоа се интервенира со санирање на кариозни лезии и евентуален ендодонтски третман, екстракција и проверка на меките ткива. Од индексите на орална хигиена користен е плак-индексот по Silness-Löe, од гингивалните индекси нотирани се индексот по Löe-Silness, а од пародонталните индекси одредуван е губитокот на атачмент по Ramfjord.

Кај испитуваната и контролната група одреден е гликолизираниот хемоглобин. Гликолизираниот хемоглобин е одредуван со апаратот Bayer DC2000 (Germany), со референтни вредности 5,5-6,6%. HbA1c беше изработен кај сите пациенти, од

Табела 1: Дентален и пародонтален наод кај испитуваната и контролната група

Карактеристики	Испитувана група n=19	Контролна група n=18	p-вредност
Возраст	15,9+ _{3,3}	14,9+ _{2,6}	0,001
Бр.напосети (1год.)	1,5+ _{0,9}	1,5+ _{1,4}	0,65
Број на кариозни заби	3,3+ _{4,8}	3,4+ _{4,5}	0,60
Број на реставр. заби	2,4+ _{3,1}	2,5+ _{2,7}	0,62
Плак-индекс	1,2+ _{0,4}	1,1+ _{0,3}	P<0,001
Гингивален индекс	1,2+ _{0,3}	1,0+ _{0,3}	P<0,001
Губиток на атачмент	1,8+ _{1,1}	0,8+ _{0,9}	P<0,001

контролната група и од испитуваната група, вреднувано како добра метаболна контрола кога HbA1c <6,9 или влошена метаболна контрола кога HbA1c >7,9.

За статистичка обработка на резултатите применет е Student-ов t-тест.

Резултати

На табела 1. прикажана е целосна орална егзаминација на кариозни и реставрирани заби, како и ендодонтски третираните заби. Статистичката анализа покажа дека нема сигнификантна разлика помеѓу испитуваната и контролната група.

Адолесценти со дијабетес тип-1 имаат сигнификантно повеќе дентален плак од контролната група (плак-индекс 1.2 кај испитуваната група наспроти 1.1, кај контролната група, каде $p < 0,001$). Исто така овие млади имаат сигнификантно повеќе гингивална инфламација од контролната група (гингивален индекс 1.2 кај испитуваната група наспроти 1.0 кај контролната група).

Нема статистички значајна разлика кај пациентите со добра и влошена метаболна контрола што се објаснува со варијабилите кај адолесцентите во однос на движењата на вредностите на шеќерот во различни периоди, каде времетраењето на дијабетесот се уште нема ефект на давање на директни компликации од вредностите на глукозата при хроничното заболување.

ДИСКУСИЈА

Искуствата од литературата говорат дека кај добро контролирани лица со тип 1 дијабетес можат да бидат превземени сите стоматолошки третмани без посебни припреми. Со цел да се избегнат епизоди на хипогликемија, препорачливо е закажување на пациентот после стандардно мерење на гликемијата и примање на адекватна доза инсулин покриена со оброк⁽⁸⁾. Повеќе студии укажуваат на фактот дека кај контролирана гликемија при дијабетес, оралните манифестации се минимални или непостојат. Интраоралните наоди вклучуваат: зачестени пародонтални инфекции, сува уста, глосопироза, кандидијаза, закаснето заздравување на раните, зголемена можност за инфекција,

Табела 2. Приказ на гликолизирани хемоглобин и број на афектирани заби

HbA1c	Афектирани заби – испитувана група		
	<6,9	60% (10)	5,3+_5,8
>7,9	40% (8)	5,0+_2,4	$P=0,62$

намален саливарен проток и зголемување на саливарните жлезди⁽⁴⁾. Според некои студии, појавата и развојот на кариес може да биде во зависност од зголеменото ниво на глукоза во саливарната секреција особено при лоша гликемска контрола, додека кај добро контролирани пациенти со дијабетес тоа може и да е избегнато поради намалениот внес на шеќери⁽⁶⁾.

Eisenberg⁽⁹⁾ вели дека индивидуи со дијабетес се трипати по подложни на губиток на атчмент и коска во однос на пациентите кои ја немаат оваа состојба.

Научно е докажано дека дијабетесот е еден од предиспонирачките фактори за развој на пародонтална болест и претставува шестата компликација како последица од ова заболување^(10,11).

Во организмот кај оваа група заболени постои намалена функција на неутрофили, специфична за дијабетичари која резултира со хиперинфламаторен одговор и зголемена продукција на проинфламаторни цитокини и медијатори во меките ткива и во гингивалниот флуид. Овие промени резултираат со зголемена инфламација во периодонциумот, губиток на атчмент и губиток на коска. Со контрола на пародонталната инфекција кај пациентите со дијабетес, се добива позитивен ефект на севкупната гликемска контрола, но понатамошни испитувања се потребни за правилно објаснување и разбирање на патиштата на интеракцијата помеѓу дијабетесот и пародонталната болест. По утврдување на нашите наоди, можеме да препорачаме дека пациентите со дијабетес најдобро е да се закажуваат наутро кога ендогените нивоа на кортизолот се повисоки, да се интервенира после изменената гликемија и внесена нормална доза инсулин, избегнувајќи го пикот на максимална инсулинска активност, со цел да се превенира хипогликемија, наспроти намалената можност за хипер-

гликемија која би влијаела на денталната интервенција.

Од иследувањата на пациентите во нашата студија, евидентно е дека кај млади пациенти со добра орална хигиена и добро контролиран дијабетес не постои разлика во однос на контролната група, односно ниту тврдите ниту останатите орални ткива не покажуваат отстапување од просечната состојба кај млади лица на советна возраст. Бројот на кариозни заби кај овие адолесценти не отстапува од просечните вредности на кариес атакувани и аналогно на тоа реставрирани заби. Иницијални знаци на почетен стадиум на пародонтопатија најчесто се демонстрирани преку гингивитис кој го сретнавме кај девет од испитаниците или преку еден случај на инфламира на хипертрофирана гингива. Бидејќи превенцијата игра примарна улога во пародонталните заболувања, кај нив е потребна почеста плак контрола и следење наспроти пациентите без дијабетес.

Ксеростомијата или сувата уста која често се поврзува со дијабетичното заболување, кај оваа млада популација не е типичен синдром и не е пронајдена. Во контекст на изнесеното Thortonson⁽¹²⁾ кој ги испитувал саливарните фактори кај инсулин-зависни пациенти, не наоѓа разлика со контролната група во плунковата pH вредност, пуферскиот капацитет или вкупниот број на бактерии.

Во студијата на Firattli⁽¹³⁾ забележано е дека кај млада популација заболена од јувенилен дијабетес на возраст од 15-30 години пародонталната деструкција е двојно зголемена во однос на здравите пациенти од иста возраст. Она што е типично е дека клиничките манифестации на пародонтопатија се рекурентни и се зависни од повеќе фактори. Во студијата на Preshaw⁽¹⁴⁾ забележано е подобрување на пародонталното здравје кај лица со дијабетес, па дури се подобрува и сис-

темскиот статус до таму да се намалува дневната доза на инсулин и HbA1 се намалува за 0,4%.

Пациенти со лоша гликемиска контрола на дијабетесот имаат зголемена подложност кон инфекција на раните и поспоро заздравување па се препорачува конзервативен пародонтален третман без хируршки пристап. Во трудот на Grossi⁽¹⁵⁾ се наведени директни мислења кои укажуваат дека не сите истражувања забележуваат подобрување во гликемиската контрола после пародонталниот третман. Петогодишна студија на авторот Westfelt⁽¹⁶⁾ кој ги испитува параметрите: број на преостанати заби, дентален плак, гингивит, длабочина на пародонтални џебови и загуба на атачмент, наоѓа дека во скоро сите параметри, пациентите со и без дијабетес се слични.

Наодите од нашата студија како и од студијата на Orlando⁽¹⁷⁾ укажуваат дека пациентите грижата за гингивалното здравје ја сметаат за помалу важна од грижата за здравјето на забите, а воедно двете се со помала важност во однос на нивното здравје. Исто така адолесцентите не се свесни за зголемениот ризик од пародонтално заболување и имаат слаба или никаква навика за користење на забен конец.

Според оваа студија изгледа дека децата односно адолесцентите ја пренесуваат нивната перцепција за орално здравје и потребата за третман на база на конкретни знаци и симптоми кои не се секогаш навремени.

Патогенезата на пародонталното заболување е комплексна поради тоа што ја рефлектира иницијацијата и справувањето со хроничен инфламаторен процес од различна микробна флора и бројни бактериски продукти⁽¹⁸⁾.

Заклучок:

Пациентите со јувенилен дијабетес немаат зголемена предилекција за развој на кариес во однос на здравите адолесценти. Раното препознавање на пародонталната деструкција на меките ткива кај пациенти со тип-1 дијабетес е исклучително значајно и превенцијата треба да започне што е можно порано за да се спречи развојот на орални компликации во понатамошниот период особено

заради превенција на губиток на забите од трајната дентиција. Ако дијабетесот е добро контролиран, сите интервенции се преземаат како кај здрави пациенти, со препорачан утрински термин после доручек.

Литература:

- Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1183-1197.
- Oral and general health- exploring the connection *Research Review WHO*, 2009.
- Morton T, Gandara B Oral Health and Diabetes: Inter-professional Coordination of Patient-Centered Care, *Diabetes Spectrum* November 2011;24(4): 191-192
- Nathan DM, Turgeon H, Regan S. Relationship between glycated haemoglobin levels and mean glucose levels over time. *Diabetologia*, 2007, 50:2239-2244.
- Mealey BL, Moritz AJ. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontol* 2000 2003;32:59-81.
- Cianciola L, Park B, Bruck E, Mosovich L, Genco R. Prevalence of periodontal disease in insulin-dependent diabetes mellitus (juvenile diabetes). *JADA* 1982;104(5):653-60.
- Saes Busato IM, Bittencourt MS, Machado MA, Grégio AM, Azevedo-Alanis LR. Association between metabolic control and oral health in adolescents with type 1 diabetes mellitus *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;109(3):e51-6
- Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, part I: prevalence and characteristics of non-candidal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:563-9
- Eisenberg S Educational resources on diabetes mellitus. *JADA* 134 (1): 59
- Lalla RV, D'Ambrosio JA Dental management considerations for the patients with DM *JADA*;2001;132:1425-32
- Löe, H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16: 329-34
- Thortensson H, Falk H, Hugoson A, Olsson J Some salivary factors in insulin-dependent diabetics, *Acta odontologica Scand.* 1989;47:175-83
- Firatli E. The relationship between clinical periodontal status and insulin-dependent diabetes mellitus. Results after 5 years. *Journal of Periodontology* 1997;68(2):136-40.
- Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, Taylor R Periodontitis and diabetes: a two way relationship *Diabetologia* 2012;55(1):21-31
- Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *Journal of Periodontology* 1994;65(3):260-7
- Westfelt E, Rylander H, Blohme G, Jonasson P, Lindhe J The effect of periodontal therapy in diabetics. Result after 5 years *J Clin Periodontol.* 1996;23:92-100
- Orlando VA, Johnson LR. Oral Health Knowledge and Behaviors among Adolescents with Type 1 Diabetes *International Journal of Dentistry*; Volume 2010: Article ID 942124,
- Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. *Annals of Periodontology* 2001;6(1):99-112.



skm@stomatoloskakomora.org

www.stomatoloskakomora.org

Хигиена на протетските помагала кај институционализираните стари лица

Михајло Петровски¹, Киро Ивановски², Ана Миновска¹

¹ Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, Факултет за медицински науки

² Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, Стоматолошки Факултет

Апстракт

Вовед. Хигиената на протетските помагала кај институционализираните стари лица е незадоволителна. Таа влијае врз самото орално здравје, а исто така и на трајноста на протетските помагала.

Цел. Да се забележат хигиенските навики како и степенот на одржување на хигиената на протетските помагала кај институционализираните стари лица.

Материјал и метод. Истражувањето е изведено на примерок од 73 лица над 65 години институционализирани во Одделението „Мајка Тереза“ во рамките на ЈЗУ Геронтолошки завод „13-ти Ноември“ од Скопје. Испитаниците одговараа на прашања со чија помош се одредуваат нивните навики во одржувањето на оралната хигиена. Потоа е извршена објективна процена на хигиената на протетските помагала.

Резултати. 26,03% од испитаните лица имаат потреба од туѓа помош при изведувањето на хигиенските навики на протетските помагала. 58,06% од институционализираните лица не вршеле чистење на своите протетски помагала. 51,72% од испитаниците имале незадоволителна хигиена на протетските помагала.

Заклучоци. Институционализираните лица имале незадоволителна хигиена на протетските помагала, исто како и несоодветни навики за нивно одржување. Поради тоа е потребно да се изготват соодветни програми со кои ќе се изврши

тренинг на професионалците кои се одговорни за секојдневната грижа за одржување на оралната хигиена кај старите лица.

Клучни зборови: институционализираните стари лица, стари лица, хигиена на протетски помагала, протетски помагала.

Вовед

Лошата орална хигиена кај институционализираните лица често пати е потценета, наспроти сериозните компликации кои може да настанат поради нејзиното неодржување. Добрата орална хигиена, пак од своја страна, делува на трајноста на протетските помагала. Доколку се одржува соодветна хигиена, денталните протези може да се употребуваат во пролонгиран период.

Взаемното дејство на високо застапената ксеростомијата и неможноста за одржување на орална хигиена на задоволително ниво кај институционализираните стари лица доведува до зголемена појава на дентален плак. Поради тоа постарите лица имаат зголемен ризик

за појава на кариес и пародонтопатија. Лицата кои носат протетски помагала, а се со намалена функција на рацете, исто така имаат сигнификантно поголемо количество на дентален плак.⁽¹⁾

Институционализираните стари лица имаат зголемени орални проблеми и карактеристично орално здравје. На самото орално здравје кај овие лица влијание имаат и бројни други фактори како: мултиморбидитет, **зависност при одржувањето на оралната хигиена**, ограничени способности и движења и употреба на бројни медикаменти.

Предиспонирачките фактори за појава на кандидијаза можат да бидат локални и системски. Несоодветната хигиена на протетските помагала е еден од најзначајните локални фактори за појавата на кандидомикотични инфекции. Препорака на Laurent и соработниците⁽²⁾ е секојдневно миене и дезинфицирање на протезите и нивно вадење во текот на ноќта, особено кај институционализираните стари лица со протези.

Candida spp има способност да се припојува за компонентите од акрилатот и

ABSTRACT

Introduction. Hygiene of prosthetic devices among institutionalized elderly is unsatisfactory. It affects the oral health, but also of the durability of prosthetic devices.

Aim. To note the hygiene habits and the level of maintenance of prosthetic devices among the institutionalized elderly.

Material and method. This research was done on 73 subjects, institutionalized elderly older than 65-years in the department Mother Teresa within the Gerontology Institute in Skopje. Subjects first were answering questions for assessment of their habits in maintaining of oral hygiene. Then hygiene of the prosthetic devices was estimated.

Results. 26.03% of subjects are in need of somebody else assistance in performing the hygienic habits of prosthetic devices. 58.06% of the institutionalized elderly not perform cleaning of their prosthetic devices. More the half of the subjects also had poor hygiene of the prosthetic devices.

Conclusion. Institutionalized elderly have poor hygiene of the prosthetic devices, and inadequate habits for their maintenance. Therefore, it is necessary to develop appropriate programs for training professionals responsible for daily care to maintain oral hygiene among the elderly.

Key word: institutionalized elderly, elderly, hygiene of prosthetic devices, prosthetic devices.

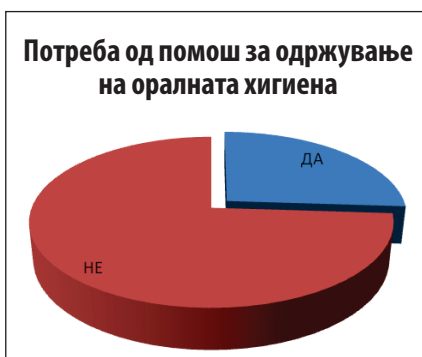
за оралните епителни клетки. Според Ивановски и соработниците⁽³⁾, оваа особина доаѓа до израз во присуство на зголемен внес на јаглехидрати во исхраната и во услови на неадекватна орална хигиена. Доколку се исполнети двата локални предиспонирачки фактори - намалени локални одбранбените способности на организмот и доколку хигиената на протетските помагала е недоволна, како што е случајот кај постарите лица, можноста за појава на кандидомикотична инфекција е многу поголема.

Според едно истражување на оралното здравје кај институционализираните постари лица во Грција, оралната хигиена е незадоволителна кај над 80 проценти од испитаниците кои носат протетски помагала.⁽⁴⁾

Според Vадiz и соработниците⁽⁵⁾, индикаторите кои укажуваат на квалитетот на оралната хигиена меѓу неинституционализираните стари лица е подобра од онаа кај лицата сместени во згрижувачки домови доколку се направи компарација на групи со иста возраст. Меѓу литванските пензионери индикаторите кои се однесуваат на протезирањето на лицата сместени во згрижувачки домови исто така се незадоволителни. Денталните протези биле користени со декади и голем број на згрижени лица и покрај индикациите никогаш не поседувале протези.⁽⁶⁾

Milward и соработниците⁽⁷⁾ во своето испитување забележале дека само 60 % од испитаниците кои носеле парцијални протези имале соодветни нивоа на орална хигиена на самите протетски помагала и покажале потреба стоматоло-

Графикон бр. 1. Потреба од помош за одржување на хигиената на протетските помагала кај институционализираните стари лица



зите да им укажат на пациентите за да се зголеми свесноста за значењето на хигиената на протетските помагала, како и нејзиното значење за понатамошното орално здравје.

Saarela и соработниците⁽⁸⁾ откриле дека 17 % од испитаниците сместени во центрите за долгорочно згрижување не ги чистеле своите протези најмалку еднаш дневно. Исто така постоело влошување на хигенските дентални навики како се зголемуваало времето на институционализирање.

Според едно истражување на Alnar и соработниците⁽⁹⁾, оралната хигиена кај институционализираните повозрасни лица не е на соодветно ниво. Според истите автори лошата орална хигиена е асоцирана со системски инфекции од кои најчести се респираторните инфекции како и нутритивни нарушувања и витамински дефицит.

Базични принципи при обезбедувањето на соодветна орално-здравствена заштита кај изнемоштените и болни стари лица според de Vries и соработниците⁽¹⁰⁾ се следниве: совладување на соодветните третмани, адаптирање на стандардните третмани, земање во предвид на ограничената адаптивност на старите лица и секако значително повеќе внимание да се насочи и кон улогата на членовите на фамилијата и медицинскиот персонал задолжени за грижа на институционализираните стари лица.

Оралната хигиена кај институционализираните повозрасни лица не е на соодветно ниво. Поради зголемените потреби на старите лица се смета дека се потребни и соодветни програми со кои ќе се врши обучување и тренинг на професионалците (медицински сестри, болничари и сл.) кои секојдневно се грижат за лицата во институциите за згрижување на стари лица за соодветно одржување на оралната хигиена кај истите.

Воведување на протокол за орална хигиена за беспомошни и функционално зависни повозрасни пациенти треба да биде примарната активност која би требало да биде превземена и таа да стане специјална грижа на лицата кои се одговорни за здравствена грижа на старите лица. Протоколите за орално здравје се главно базирани на дневно отстрану-

вање на бактерискиот плак од забите, од протезите или пак од двете места, чистење на оралната мукоза и постојана орална хидратација.

Најфреквентно забележана препрека за добра орална хигиена е тоа што негувателките и другите лица кои се одговорни за згрижување на старите лица не го земаат во предвид оралното здравје како приоритет или дел од дневните одговорности и активности за одржување на хигиената кај пациентите. Поради тоа, според Gil-Montoys и соработниците⁽¹¹⁾, во здравствените политики и протоколите за грижа за старите лица со сериозна функционална зависност мора доволно внимание да се насочи кон оралната хигиена. Наспроти извештаите според кои постои поврзаност меѓу недоволната орална хигиена со високи нивоа на морбидитет, особено кај постарите лица, сепак одржувањето на орална хигиена од страна на негувателките и другите лица кои им пружат помош на старите лица не е приоритет.

Многу држави во светот веќе одамна имаат изготвено стратегии за унапредување на оралното здравје кои се однесуваат на старите лица. Во Република Македонија, за сега, не е изработена Стратегија за подобрување на оралното здравје на институционализираните стари лица над 65 години⁽¹²⁾. За подобрување на оралното здравје кај старите лица неопходно е изработување Стратегија за подобрување на оралното здравје кај старите лица над 65 години, која би се вградилa во Националната стратегија за подобрувањето на здравјето на населението во Република Македонија. Секако во рамките на ваквата стратегија значително место треба да заземе стратегија и протоколот за промоција и превенција на оралното здравје кај институционализираните стари лица и секако да се постават основите на еден Водич за одржување на оралната хигиена во домовите за згрижување на старите лица, како значаен фактор во превенцијата на денталните и оралните заболувања.

Успехот на протетското лекување зависи од грижата за самите протетски помагала, вклучувајќи ја секојдневната грижа и орална хигиена. Сите носители на протетски помагала потребно е да до-

Табела бр. 1. Дневна фреквенција на четкање на мобилните протетски помагала кај испитуваните стари лица

Број на четкања на протетските помагала во текот на еден ден	Број на лица	Процент од вкупниот број на лица со мобилни протетски помагала
Ниеднаш	18	58,06 %
Еднаш	10	32,27 %
Два-три пати	3	9,67 %

бијат информации и постојано да се прават повторувања на главните пораки во врска со оралната и хигиената на протетските помагала.

Цел на овој труд е да се забележат хигиенските навики како и степенот на одржување на хигиената на протетските помагала кај институционализираните стари лица.

Материјал и метод

За реализација на поставената цел беше спроведено истражување во период од април до јули 2013 година, во Одделението „Мајка Тереза“, кое функционира во рамките на ЈЗУ Геронтолошки завод „Тринаесетти ноември“-Скопје. Испитувањето опфати вкупно 73 испитаници кои се постари од 65 години. Во оваа установа за згрижување најголем дел од институционализираните лица се функционално-зависни индивидуи, кај кои доминираат хронични заболувања.

При изведувањето на испитувањето исклучени се сите лица кои се наоѓаат во терминална фаза на болеста, деменција и сите индивидуи кои имаат когнитивни нарушувања, пациенти кај кои е поставена назогастрична сонда и пациенти кои се поставени на вештачка вентилација. Исто така сите индивидуи кои не соработуваат поради различни бихевиорални нарушувања, агесија или пак не дозволуваат да им се изврши клинички преглед не се вбројани во самата испитувана група. Од испитувањето исклучени се и лицата кои не го разбираат македонскиот јазик.

Субјектите кои се вклучени во испитуваната популација за време на испитувањето одговараа на прашања со чија помош требаше да се откријат нивните навики во одржувањето на оралната хигиена. Кај истите е извршен клинички преглед со цел објективно да се забележи степенот на орална хигиена кај истите.

Хигиената на мобилните протетски помагала е проценета како одлична (доколку не е присутен денатален плак или има само неколку мали места со денатален плак), добра (протеза со присуство на денатален плак повеќе од претходното наведено, но помалку од половина од протезната база), и незадоволителна (кога повеќе од половина од протезната база е покриена со денатален плак, пигментации и цврсти депозити). Одредувањето на состојбата на хигиената на протетските помагала е извршена само на лицата кои носат мобилни парцијални или тотални протези.

Стоматолошкиот клинички преглед се извршуваше во самата установа, во ординација или во собите на институционализираните стари лица или во просторија одредена за таа намена во зависност од зафатеноста на просториите. Прегледот на испитуваните лица се изведуваше на пациент седнат на столче, легнат во кревет или пак сместен на инвалидска количка.

Податоците добиени од анамнезата и клиничкиот преглед откако беа собрани и беа соодветно статистички обработени. За статистичка обработка ќе се употреби специјален софтвер за статистичка обработка на податоците- Statistica 71.

Резултатите се претставени со помош на табели и графикони.

Резултати

Средната возраст на учесниците во истражувањето изнесува 74 години (точно $73,79 \pm 6,92$ години, со опсег од 65-93 години со Confidence interval од 73,18 до 75,41 години). Испитаниците од женски пол во испитуваната група се поб-

ројни во однос на испитаниците од машкиот пол (61,64 % наспроти 38,36%).

Иако поголем дел од испитуваните лица (73,97 %) сметаат дека немаат потреба од помош при одржувањето на оралната хигиена, сепак лицата на кои имаат потреба од помош при четкањето на заби не е за занемарување (26,03 %). (*графикон бр. 1*)

Во оваа студија, 58,06 % од испитаниците кои носат мобилни протетски помагала не вршеле чистење на своите протетските помагала. Како главна метода за чистење на протетските помагала е нивно четкање со четка и паста за заби. Само двајца (6,45 %) од испитаниците укажале дека употребуваат хемиски средства за потопување на своите протетски помагала. (*табела бр. 1*)

По обработката на податоците кои се однесуваат на присутната хигиена на протетските помагала е откриено дека кај околу половина од испитаниците носители на протетски помагала хигиената е незадоволителна (51,72 %), со големо количество на биофилм, дебрис, пигментации и цврсти наслаги. (*табела бр. 2*)

Дискусија

Доколку се направи анализа на резултатите кои се однесуваат на хигиената на протетските помагала добиени при ова истражување, како и на многубројните истражувања, може да се забележи дека истата кај институционализираните стари лица е незадоволителна, при што има нагласено количество на денатален плак, како и цврсти наслаги. Застапеноста на лошата орална и хигиена на протетските помагала е поврзана со лошото орално здравје.

Лошата хигиена на протетските помагала кај институционализираните стари лица се должи на нередовното практикување на оралната хигиена или пак, на несоодветниот квалитет или неможност при изведување на активностите за одржување на адекватна орална хигиена.

Табела бр. 2. Проценка на хигиената на протетски помагала кај испитуваните стари лица

Хигиена на протетски помагала	Број	Процент
Одлична	8	27,59 %
Добра	6	20,69 %
Незадоволителна	15	51,72 %

Хигиената на протетските помагала е значајна поради тоа што депозитите од денален плак, габи и забен камен може да се одговорни за Stomatitis protetica, cheilitis angularis, инфламаторната фиброзна хиперплазија, халитоза, денален кариес (кога станува збор за парцијални протези), мукозитис, перимплантитис, забрзана деструкција на деналните материјали.⁽¹³⁾

Несоодветната орална хигиена, како и незадоволителната хигиена на протетските помагала влијаат и на појавата на бројни орални заболувања. Високата застапеност на лезии кои се поврзани со носењето на протетски помагала во најголем број на случаи освен поради нестабилност на протезите се должи и на неадекватната орална хигиена.⁽¹⁴⁾ Постојат бројни фактори кои можат stomatitis protetica, па оттука одредени автори како доминантна причина ја наведуваат лошата орална хигиена⁽¹⁵⁾, [118] други Candida spp.,^(16,17) додека трети пак за главна причина ја наведуваат несоодветната димензионираност.⁽¹⁸⁾

Во нашата студија откриено е дека најголем дел од испитаниците имале незадоволителна орална хигиена на протетските помагала и тоа кај 51,72 % од испитаниците носители на мобилни протези (табела бр. 2). Одлична хигиена на протетските помагала е забележана кај 27,59 % од испитаниците носители на мобилни протетски помагала, додека преостанатите 20,69 % имале добра (задоволителна) хигиена на своите мобилни протези.

Потребата од помош за одржување на орална хигиена најчесто е поврзана со потребата од помош за облекување и миене. Неможноста за одржувањето на сопствената хигиена, меѓу другото и на оралната хигиена е карактеристика специфична само за оваа испитувана популација. Процентот (26,03 %) на институционализираните стари лица кои имаат потреба од помош за редовно одржување на оралната хигиена во нашето истражување (графикон бр. 1) се совпаѓа со податоците презентирани од Marin-Zuluaga и соработниците⁽¹⁹⁾, додека истиот процент е помал во однос на публикуваните податоци на Ruiz-Medina и соработниците⁽²⁰⁾ и Marchini и соработниците⁽²¹⁾.

Се смета дека најмалку половина од институционализираните стари лица

имаат плак на најмалку една од страниите на протезите. Оттука се согледува големото значење на отстранувањето на ваквите протетски депозити за зачувување на оралното здравје. Според Knabe и Kran⁽²²⁾ 45 % од испитаниците имале задоволителна хигиена на своите протетски помагала, што укажува на подобра хигиена одколку во нашето испитување.

За разлика од нив, Evren и соработниците⁽²³⁾ кои укажале дека 14 % од институционализираните стари лица одржувале добра хигиена на протезите. Varan и Nalcaci⁽²⁴⁾ [118] публикувале резултети кои укажуваат дека само 48,4 % од испитаниците од возрастната популација сместени во институции за згрижување ги четкаат своите протетски помагала.

Заклучоци

Кај институционализираните стари лица постои потреба од постојана туѓа помош, како за изведување на активностите поврзани со одржувањето на целокупната, а со тоа и на оралната хигиена и хигиената на протетските помагала. Кај истите употребата на протетски помагала е доста ниска и постојат бројни проблеми поврзани со употребата на протетските помагала.

Карактеристично е тоа што постои отсуство на протетски помагала и покрај нивната неминовна потреба. Она што е доста значително е дека постои незадоволителна хигиена на протетските помагала.

Користена литература

- Benso B., Kovalik AC., Jorge JH., Campahna NH. Failures in the rehabilitation treatment with removable partial dentures. Acta odontol scan.71 (6); November 2013: 1351-5
- Laurent M, Gogly B, Tahmasebi F, Paillaud E. Oropharyngeal candidiasis in elderly patients. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011 Mar;9(1):21-8.
- Ивановски К., Пандилова М., Орално здравје, Стоматолошки факултет, Скопје, 2008
- Kossioni AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. Gerodontology. 2011 Jun;28(2):85-90.
- Vidzis A., Cema I., Brinkmane A., Krasta I., Broka K., Quantity and quality analysis of dental prosthodontics among retirement age residents from nursing homes in different regions of Latvia and retirement age patients from dental clinic in Riga, Stomatologija, 2012; 14(1): 23-7.
- Vidzis A., Cema I., Krasta I., Brinkmane A., Kalnins I., Evaluation of oral health status of retirement-age population in Latvia, Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal 2011; 13: 68-72
- Milward P., Katechia D., Morgan MZ. Knowledge of

removable partial denture wearers on dental hygiene. British Den J; 215 (E20), November 2013: doi10.1038/sj.bdj.2013.1095

- Saarela RKT., Soini H., Muurinen S., Suominen MH., Pitkala KH., Oral hygiene and associated factors among frail older assisted living residents. Special care in Dentistry. 33 (2), 2013: 56-61
- Alnar A, Wyatt CCl., Oral hygiene and institutionalized elders, Probe-scientific issue. 2002; 36 (3):49-52
- de Vries D, Zuidgeest TG, de Baat C., Providing oral healthcare to frail older people who wear complete dentures. No place for standard treatments, Ned Tijdschr Tandheelkd. 2011; 118(12): 622-9.
- Gil-Montoya JA., Ferreira de Mello AL., Cardenas CB., Lopez JG., Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly, Geriatr Nurs 2006; 27: 95-101
- Шапурик М., Тоџија Ф., Стратегија за орално здравје кај возрастни лица над 65 години - јавно здравствен приоритет во Република Македонија, Архиви на Јавното Здравје, 1 (3), 2011:54-61
- Strajnic L., Dokic M., Vucinic P., Contemporary methods and mobile dentures cleaners and their significance for older people. Med Pregl. 2011; 64 (1-10):497-502
- Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E, Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. J Oral Rehabil. 2008 May;35(5):370-4.
- Baran I, Nalcaci R. Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Sep-Oct;53(2):e99-105.
- Pires FR, Santos EB, Bonan PR, Almeida OP, Lopes MA. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patients. J Oral Rehabil. 2002 Nov; 29(11):115-9.
- Kulak-Ozkan, Y., Kazazoglu, E. and Arikan, A., Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. J of Oral Rehab. 2002;29: 300-304.
- Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. J Prosthodont. 2011 Jun;20(4):251-60.
- Marin-Zuluaga DJ, Sandvik L, Gil-Montoya JA, Willumsen T. Oral health and mortality risk in the institutionalised elderly. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012 Jul 1;17 (4):e618-23.
- Ruiz-Medina P, Bravo M, Gil-Montoya JA, Montero J. Discrimination of functional capacity for oral hygiene in elderly Spanish people by the Barthel General Index. Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Oct;33(5):363-9.
- Marchini L, Vieira PC, Bossan TP, Montenegro FL, Cunha VP. Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubaté, Brazil. Gerodontology. 2006 Mar;23(1):33-7.
- Knabe C, Kram P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. J Oral Rehabil. 1997 Dec;24(12):909-12.
- Evren BA, Uludamar A, Işeri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Nov-Dec;53(3):252-7.
- Baran I, Nalcaci R. Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Sep-Oct;53(2):e99-105.

Упатство за авторите

Уредувачкиот одбор на “Vox Dentarii“, Ве информира дека списанието има меѓународен уредувачки одбор и во него ќе има можност да се објавуваат стручни, научни, ревијални трудови и прикази на случај. Препорачливо е трудовите да бидат искуства од праксата или пак да содржат популарни и најнови информации од одредена област или теми кои ќе бидат корисни за сите нас стоматолозите - практичари.

Сите оние кои сакаат да печатат во “Vox Dentarii“ се должни да се придржуваат кон правилата за подготовка на трудовите, а уредувачкиот одбор нема да ги прифати на разгледување и рецензија трудовите кои не се подготвени според цитираните правила и посочениот пример.

Подготвениот труд може да се испрати по пошта (CD или DVD) или електронски.

Ако изборот на испраќање е преку пошта адресата е следна:

Стоматолошка комора на Македонија
Огњан Прица бр. 14/5
за “Vox Dentarii”
Главен и одговорен уредник
проф. д-р Мирјана Поповска

Трудовите се испраќаат на следниве e-mail адреси:

на главниот и одговорен уредник:

e-mail: popovskam2002@yahoo.com

или пак на официјалната дреса на Стоматолошката комора на Македонија:

skm@stomatoloskakomora.org

ПОДГОТОВКА НА РАКОПИСОТ

Секој составен дел од трудот треба да започне со нова страница. На пр: насловна (прва страница), апстракт со клучни зборови, вовед, материјал и метод, резултати, дискусија, референци и прилог од табели, графикони, слики или илустрации со легенди. Сите страници, започнувајќи од насловната, треба да бидат нумерирани во десниот долен агол.

Прва страница - насловна страница треба да ги содржи следните податоци:

Наслов на трудот отчукан со големи букви. Препорачливо е насловот да биде кус, јасен и информативен;

Полното име и презиме на авторот или авторите, отчукани со мали букви. Во продолжение титулата на секој од учесниците во трудот, институцијата каде е вработен, e-mail, адреса и контакт телефон;

Податоци на контакт лицето со кое ќе се кореспондира во врска со ракописот (име и презиме, институцијата каде е вработен, e-mail, адреса и контакт телефон).

Од авторите кои се наведени како учесници во трудот се очекува активно да учествувале во изработката на трудот која подразбира идеја за изработка, структура и концепција на трудот. Практична реализација на поставените цели и финална обработка на ракописот. Имено, учеството во работата на секој цитиран автор ја дефинира одговорноста по однос на одредени поставки на приложената содржина. Пасивно допишување на учесници во трудот, учесници-коавтори на ракописот кои само финансиски го поддржуваат трудот и немаат друга дефинирана обврска во реализација не е дозволена. Секој автор треба да има точно дефинирана задача која е негова одговорност.

Редоследот на авторите во трудот е заедничка одлука на сите учесници освен на првиот автор, кој е носител на трудот и кој има најголем ангажман во неговата реализација. Првиот автор не мора да биде и контакт лице за кореспонденција.

Втора страница (апстракт). Апстрактот треба да биде кус извадок на ракописот. Тој треба да биде напишан во структуриран облик. Структурираниот апстракт подразбира пооделно да ги содржи сите делови на трудот започнувајќи од цел, материјал и метод, резултати и заклучок. Воведот не е задолжителен, но ако авторите сметаат дека е

потребен или неопходен, може да биде составен дел на апстрактот. Во овој случај тој треба да биде кус, содржаен, на кој ќе се надоврзе целта која во апстрактот е посебен дел. Во делот - материјал и метод, се посочуваат групите испитаници, и критериумите кои се применети. Во случај кога се користи медицинат, задолжително се цитира производителот, градот и земјата. Ако е применета апаратура, тогаш се именува апаратот со битните карактеристики и повторно производителот, градот и земјата. Во делот резултати, се изложуваат само значајните параметри и сигнификантните наоди. Заклучокот треба да биде посебен сегмент и треба да биде кус одговор на поставената цел.

По должина апстрактот треба да содржи најмногу 250 зборови.

Апстрактот завршува со клучни зборови, кои најмалку треба да бидат три а најмногу пет. Клучните зборови кои треба да бидат искористени од термините што се цитирани на листата од Index Medicus (MeSH).

Вовед. Третата страница треба да ја започнете со вовед. Опширен и тематски неповрзан вовед со целта не е препорачлив. Воведот треба да биде кус, а во неговата содржина треба да бидат цитирани само референци кои се строго поврзани со поставената цел со која, всушност, завршува воведот. Во воведот посебно јасно треба да се посочи оправданоста на трудот. Во него строго се забранува истакнување на резултати од спроведеното истражување и дискусија по однос на разработениот проблем. На крајот од воведот, во последниот пасос, се истакнува целта на студијата.

Материјал и метод. Прецизно и јасно, најнапред осврнете се на материјалот, а потоа и на методот на работа. На крај од овој сегмент посочете ја и статистичката метода која е применета за обработка на добиените податоци.

Во подделот материјал, изнесете ги критериумите според кои е направена

селекцијата на испитаниците, а кои се вклучени во студијата. Потоа, поодделно опишете ги групите кои се распределени по бројност, групирани во испитувана, контролна група, по потреба подгрупа, всушност онака како што сте ја дизајнирале студијата.

Потоа, истакнете ги применетите методи. Ако е во прашање апаратура која сте ја примениле, подробно опишете ја применетата опрема со посочен производител, модел, град, земја. Обрнете посебно внимание на перформансите што сте ги искористиле во истражувачката цел, нив потенцирајте ги на начинот на кој сте ги примениле. Посочете ги јасно и прецизно. Ако се применувани лекови, пожелно е да биде употребено генеричкото име на лекот со точно наведување на сите податоци кои опфаќаат назив на произведителот, град, земја. Посебно истакнете го начинот на примена, обликот и дозирање на лекот.

Доколку методот е употребуван и публикуван во трудови, каде овој метод е веќе применет, повикајте се на референцата од каде Ви е искористен податокот.

Во поделот статистичка обработка на податоците, цитирајте ја статистичката метода што била користена во обработката на податоците. Статистичката обработка на податоци приложете ја јасно и во детаил, со цел да биде пристапна до секој консумент.

Резултати. Резултатите од истражувањето може да ги приложите текстуално, во облик на табели, графици или пак илустрирано со оригинални и изворни фотографии.

Вообичаено, во делот резултати не пожелно е наодите да бидат следени со Ваши сопствени видувања и коментари или, пак, да бидат поврзувани со цитати од литературата.

Исти резултати не треба да се повторуваат во табели и графикони истовремено. Изборот за обликот на објавување на резултатите го прават авторите, но не пожелно е да се дуплираат. После секој табеларен и графички приказ следи текстуален опис кој треба да ги истакне само најважните наоди. Не се оправдува опширно и темелно текстуално толкување на графиконот или на табелата, тоа непотребно го оптоварува текстот. Бројот на табелите, графичките и сликите не е ограничен, но од Вас се очекува да

ги сведете на неопходен минимум. Во делот резултати, одберете за секој толкуван параметар најсоодветен приказ (табела, график или фотографија), изнесете ги најнеопходните наоди текстуално без сопствен коментар или заклучок и не ги повторувајте резултатите преобликувајќи едни исти наоди во табела, графикон или текст. Фотографиите може да Ви бидат цврст аргумент на Вашиот наод, но приложете само она што е вредно и неопходно да се види. Секојдневни, познати и незначајни состојби немојте да ги фотодокументирате.

Посебен прилог на делот резултати се табелите, илустрациите (графикони и фотографии).

Секој од нив треба да е на посебна страница.

Табелите треба да бидат обележени со арапски бројки, едноподрого според појавувањето во текстот. Над секоја табела оформете наслов, кус, информативен, но доволно јасен кој ќе се однесува на параметрите што се содржина на табелата. Секоја табела треба да содржи колони и редови во кои описно, со полн наслов или кратенка, ќе посочат одредени параметри. Секоја табела треба да биде цитирана во текстот, онаму каде авторите сакаат да биде поставена. Во текстот табелата се цитира со бројот што и припаѓа и насловот.

Ако во табелата се користени кратенки кои не се стандардизирани, тогаш под секоја табела со фуснота се објаснуваат кратенките. За фусноти користете познати симболи. Во вакви ситуации како најчести се користат следните фусноти: *, #, и др.

Табелите дизајнирајте ги без вертикални линии, а разграничувањето во вертикална димензија направете го оставајќи доволен простор во колоните.

Илустрациите (графиконите, фигури-те и фотографииите) цитирајте ги во текстот исто како и табелите, посочувајќи го бројот и насловот.

Графиконите нумерирајте ги според појавување во текстот. Пожелно е графиконите да бидат изработени во *Excel*, а до редакцијата да бидат доставени електронски или во материјална форма.

Фотографиите нумерирајте ги според редот на појавување во текстот, исто како кај табелите и графиконите. Сликите

СТРУЧНИТЕ ТРУДОВИ ТРЕБА ДА СЕ ПОДГОТВАТ НА СЛЕДНИОТ НАЧИН:

- Word документ напишан со фонт „arial“ или „times new roman“, со македонска поддршка.
- Текстот да се пишува со големина на букви 12 (points).
- Покрај тоа што фотографиите се поставени во рамките на текстот, задолжително е истите да се приложат поединечно (засебно), заради поквалитетно печетење.
- Табелите, доколку се фотографии, да се приложат како фотографии (во и засебно од текстот). Доколку табелите се авторски, да се приложат во excel.
- Апстрактите на англиски јазик да бидат со наслов.

обележете ги со арапски бројки и оформете наслов и легенда, а потоа поставете ги во текстот каде што сте ги предвиделе. Сликите може да бидат црно бели или во боја, изборот го прават авторите. Пожелно е фотографиите да бидат со резолуција 300 и да бидат доставени до редакцијата во TIF или JPG формат.

Ако во текстот предвидувате фотографија од лице, тогаш за тоа ви е потребна писмена согласност за објава во јавност, која ќе ја приложите во Редакција, Во спротивно, треба да преземете активности со која ќе овозможите лицата да бидат физички неприепознатливи.

Дискусија. Во овој сегмент е предвидено јасно да ги изнесете вашите видувања и ставови по однос на испитуваниот проблем. Не ги повторувајте веќе образложените резултати, но искористете ги интерпретираните наоди за да ги компарирате со наоди на други автори чиј предмет на истражување е сроден со вашиот избор. Дебатирајте преку добиените наоди од студијата, спротиставајќи се или, пак, потврдувајќи ги резултатите со други релевантни истражувања. Посебно е важно, во овој дел да се потенцира важноста на студијата, апликативноста или научниот придонес.

Делот дискусија завршува со заклучок кој се надоврзува на дискусијата и е спонтан завршеток на студијата. За делот заклучок не е предвиден посебен сегмент. Всушност, во последниот пасос потенцирајте го заклучокот кој треба да

биде одговор на поставената цел. При оформување на заклучокот водете се од целтта. Имено, заклучете го она што ви е зададено како задача во целтта, онака како што произлегува од добиени резултати на истражувањето. Избегнувајте да поддржувате тврдења за кои немате покривање од спроведеното истражување или, пак, да давате приоритети при состојби кои докрај не се дефинирани. Доколку изборот на темата дозволува, пожелно е да произлезат одредени препораки со кои ќе ја истакнете важноста на студијата.

Референци. Во текстот референците се одбележуваат со арапски бројки во заграда во фронт формат суперскрипт, според редот на појавување во текстот - *ванкуверски начин на цитирање*. Секоја од референците добива последователен број започнувајќи од првата и завршувајќи со последната референца. За цитирање на референците во делот литературата користете ги инструкциите на примерите кои следат, за трудови во списанија, извадоци од книги, монографии, магистерски и докторски трудови.

Непублицирани трудови, податоци од лични комуникации не треба да ги користите како литературни извори на кои се повикувате во текстот. Трудови прифатени за печат можете да ги користите како валидни референци, но во референцата на местото списание, број, волумен страница заменете ја со терминот "во печат".

Vox Dentarii ракописите ќе ги хонорира со 2.000 денари за секој труд што ќе биде отпечатен во некој од броевите на списанието, а годишно ќе биде избран најдобар труд кој ќе биде награден со хонорар во висина од 6.000 денари.

Цитирање референци во текстот

Во текстот референците се цитираат со посочување на првиот автор ако се работи за еден, а ако во трудот учествуваат два автори, тогаш се именуваат двата.

Пр. Shukla⁽¹⁾ "известува дека ..." или He и Cai⁽²⁾ "соопштуваат..."

Shukla A. Potentially malignant disorders of the oral cavity: a clinical study.

Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Jan;66(1):79-85

He J, Cai Y. The over-expression of STAT1 and IFN-gamma in lesions of human oral lichen planus. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2014;45(1):70-3.

Ако во текстот се појавуваат референци со повеќе од два автори, тогаш се именува првиот автор се дополнува со додавката соработници во скратен облик.

Пр. Budimir и сор.⁽³⁾ "изјавуваат дека..."

Budimir V, Richter I, Andabak-Rogulj A, Vučićević-Boras V, Budimir J, Brailo V. Oral lichen planus - retrospective study of 563 Croatian patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19(3): 255-60.

Референците кои се цитираат во текстот, не мора да започнуваат или завршуваат со презимето на авторот/авторите. Имено, ако текстот дозволува ре-

ференцата/ референците може да се наведе само со нејзиниот број од литературата ставен во заграда.

Пр. поедини автори^(1,2,3,4) "сугерираат дека ...". Во овој случај од литературата се преземаат сите претходни, вклучувајќи го и овој што следи т.е. четвртиот.

Rivarola de Gutierrez E, Innocenti AC, Cippitelli MJ, Salomón S, Vargas-Roig LM. Determination of cytokeratins 1, 13 and 14 in oral lichen planus. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19(4): 359-65

Цитирање референци во делот литература

Во литературата може да бидат цитирани трудови во стручни и научни списанија, книги, монографии, магистерски, докторски трудови и др.

Примери за начин на цитирање:

Референци од стручнонаучно списание

Cetin Ozdemir E, Eksi F, Senyurt SZ. A case of gingival myiasis caused by Wohlfahrtia magnifica. Mikrobiyol Bul. 2014;48(3): 512-7.

Референци од зборник на трудови од стручни манифестации

Foteva K, Majstorceva M, Pavleska M, Popovska M, Georgievska E. Dental Injuries to School Children. 18th BaSS Congress, Skopje, Macedonia, Abstract book, 2013:377.

Книги и монографии

Regeza JA, Sciubba JJ. Oral pathology, clinical pathologic correlations. 3rd ed. Philadelphia, Pensilvania: W.B. Saunders company, 1999:120-126.

Магистерски и докторски дисертации

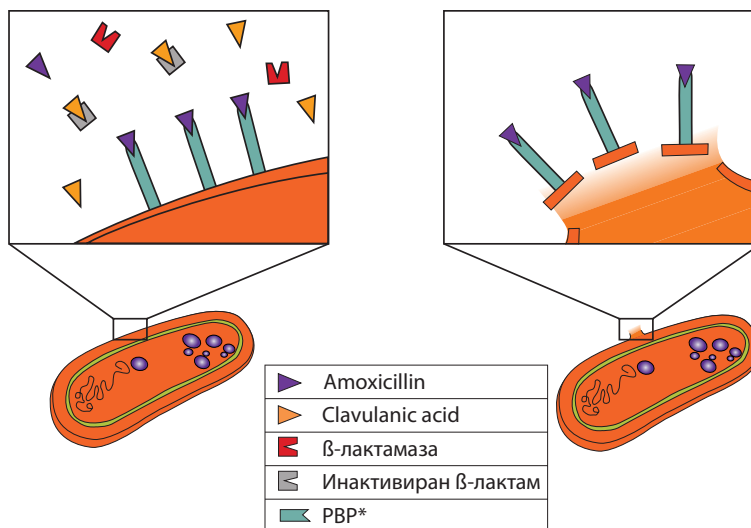
4. Атанасовска-Стојановска А.

Влијанието на нивото на функционалната способност на имунокомпетентните клетки Т,Б и НК (natural killer) врз појавата и текот на пародонталната болест кај младата популација (магистерски труд) Скопје, Македонија; Стоматолошки факултет, 2002:87.



skm@stomatoloskakomora.org
www.stomatoloskakomora.org

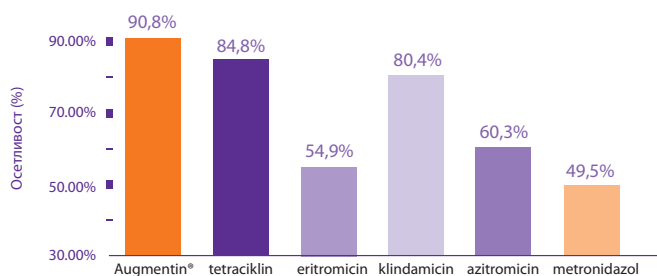
Резистентноста на причинителите на дентогените инфекции при примена на антибиотик станува се поголем проблем.
Еден од механизмите на резистенција е продуцирање на бета-лактамаза¹



Клавуланската киселина во лекот Augmentin
✓ го блокира ензимот бета-лактамаза²

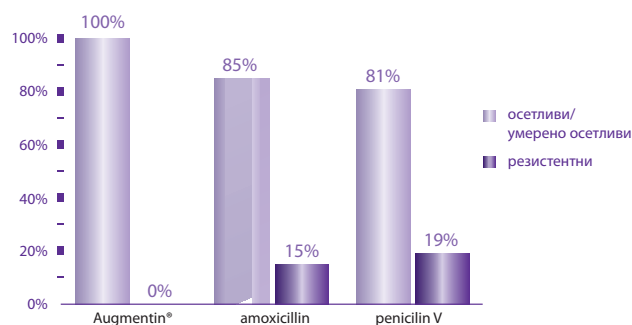
✓ обновувајќи ја осетливоста на микроорганизмите на бактерицидното дејство на amoxicillin²

Причинителите на дентални инфекции покажуваат многу висока осетливост при примена на лекот Augmentin



Осетливоста на причинителите на дентални инфекции при примена на антибиотик
Адаптирано според Miguel Brescó Salinas et al, Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11: E70-5¹

Причинителите на акутен дентален апсцес/ флегмона не покажуваат резистенција при примена на лекот Augmentin



Осетливост на причинителите на акутен дентален апсцес/ флегмона при примена на антибиотик
Адаптирано според Khemaleelakul et al, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94: 746-5²

Augmentin™
amoxicillin/ clavulanic acid



* PBP - Пеницилин врзувачки протеин

Референци:

- Mohammed Al-Haroni, Bacterial resistance and the dental professionals' role to halt the problem, Journal of dentistry 36 (2008) 95-103
- Augmentin®, Збирен извештај за особините на лекот
- Miguel Brescó Salinas et al, Antibiotic susceptibility of the bacteria causing odontogenic infections Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11: E70-5
- Khemaleelakul S et al, Identification of bacteria in acute endodontic infections and their antimicrobial susceptibility, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94: 746-5

LACALUT®

КОМПЕТЕНТНА НЕГА ЗА УСНАТА ПРАЗНИНА

aktiv

ЗАТОА ШТО ПАСТАТА НЕ Е ДОВОЛНА

- ✓ го спречува развојот на гингивит и кариес
- ✓ долготрајна антимикробна заштита (депо ефект)
- ✓ клинички докажан ефект

- ✓ ги зацврстува непцата и го сопира крварењето
- ✓ ги намалува воспалението и забниот плак
- ✓ го освежува здивот



Без алкохол
Без чувство на печење

100% орална хигиена без компромиси



Зошто раствор, кога имаме четка, паста и конец?

Употребата на четка и конец покрива само 1/4 од Вашата усна празнина. Причинителите на пародонтопатија, кариес, како и лош здив се наоѓаат во целата усна празнина и потребно е нивно целосно уништување. Лакалут актив растворот овозможува 100% орална хигиена. Хлорхексидин диглуконатот, златен стандард за антисептиците, со својот депо ефект овозможува 24 часовна заштита, без да ја наруши нормалната флора. Алуминиум лактатот го сопира крварењето од непцата, ги зацврстува и ја намалува пречувствителноста. Органскиот флуор го зацврстува емајлот и ефикасно заштитува од развој на кариес.

