

# medicus



ИНФОРМАТИВЕН ГЛАСНИК НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП, ГОДИНА 10, БРОЈ 23, 2015

**ПОТПИШАНА ПОВЕЛБА ЗА ЗАШТИТА НА ЛЕКАРИТЕ**

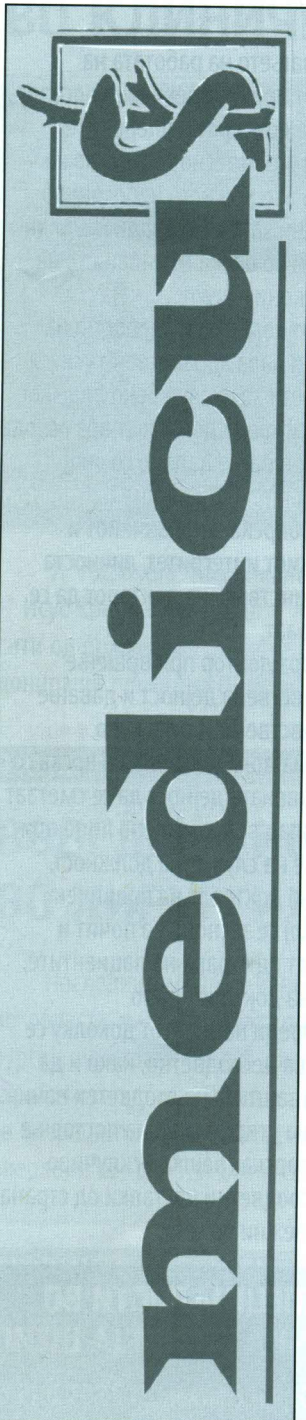
**АМЕРИКАНСКИ ХИРУРЗИ - ОФТАЛМОЛОЗИ  
ПОВТОРНО ВО КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП**

**ВОВЕДЕНИ НОВИ ОПЕРАЦИИ ВО ХИРУРГИЈАТА**

**СПРОВЕДЕНА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЈА КАЈ 4  
ПАЦИЕНТИ**



## СОДРЖИНА



ПОТПИШАНА ПОВЕЛБА ЗА ЗАШТИТА НА ЛЕКАРИТЕ .....	4
АМЕРИКАНСКИ ХИРУРЗИ-ОФТАЛМОЛОЗИ ПОВТОРНО ВО КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП .....	5
ВОВЕДЕНИ НОВИ ОПЕРАЦИИ ВО ХИРУРГИЈАТА .....	5
СПРОВЕДЕНА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЈА КАЈ 4 ПАЦИЕНТИ .....	5
ПРОФЕСОРИ ОД КЛИНИКИТЕ ОД СКОПЈЕ ВО КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП .....	6
ДИЛЕМИ ЗА АБОРТУСОТ .....	8
КОГНИТИВНИ И ПСИХОЛОШКИ ПОСЛЕДИЦИ НА ПОРЕМЕТЕНОТО СПИЕЊЕ .....	10
МОДЕРЕН ПРИСТАП ВО ТЕРАПИЈАТА НА КАРИЕС - МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНА ПРЕПАРАЦИЈА .....	12
КАНЦЕР ОД НЕПОЗНАТО ПРИМАРНО ПОТЕКЛО .....	14
<b>СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ: МОЗОЧНИ УДАРИ</b>	
МОЗОЧНИ УДАРИ – ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЈА .....	15
ПРИМЕНА НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЈА (ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ) .....	16
УЛОГАТА НА МАГНЕТНАТА РЕЗОНАНЦА ВО ДИЈАГНОСТИКАТА НА АКУТНИОТ МОЗОЧЕН ИНФАРКТ .....	17
ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЈАТА ПОСЛЕ МОЗОЧЕН УДАР .....	18
ПРАКТИЧНИ НАСОКИ НА НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЈАТА ПОСЛЕ МОЗОЧЕН ИНСУЛТ .....	20
<b>СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУДОВИ:</b>	
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО МОЗОЧЕН УДАР .....	22
ПРИМЕНА НА ОПШТА И СПИНАЛНА АНЕСТЕЗИЈА ПРИ ОПЕРАЦИЈА НА ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЈА .....	23
НЕГА НА БОЛНИ СО МОЗОЧЕН УДАР .....	24
НЕГА И ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТИ СО ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ВО ПЕРИОД ОД 2010-2014 ГОДИНА ВО ОПШТИНА ВЕЛЕС .....	25
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО АМПУТАЦИИ И НИВНО ПРОТЕЗИРАЊЕ ...	26
ЗАСТАПЕНОСТ НА ДЕФОРМИТЕТИТЕ НА СТАПАЛАТА КАЈ ДЕЦА ВО УЧИЛИШНА ВОЗРАСТ ПРИ ЈЗУ „ОПШТА БОЛНИЦА” - СТРУМИЦА И НИВНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА .....	27
РОДИЛНИ ПОВРЕДИ .....	28
ПРИМАРНА РЕАНИМАЦИЈА НА НОВОРОДЕНО .....	29
АНАЛИЗА НА ДИМЕНЗИОНАЛНАТА СТАБИЛНОСТ НА ЕЛАСТОМЕРНИ СИЛИКОНСКИ ОТПЕЧАТОЧНИ МАСИ .....	30
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА СПОРТСКИ ПОВРЕДИ НА КОЛЕНО .....	31

# medicus

Информативен гласник на  
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП ГОДИНА 10 БРОЈ 23, 2015 година  
e-mail: marinasuma@yahoo.com

Издавач: ЈЗУ Клиничка болница - Штип

Уредник: м-р Марина Шуманска

Рецензент: проф. д-р мед. сци. Елизабета Зисовска

Редакција: прим. д-р Стојче Василева, прим. д-р Зоран Живков,  
прим. м-р Билјана Лазарова, асс. д-р Гордана Камчева, д-р Марина Гацова,

м-р Наталија Дечовски, дипл. правник Мирче Панев,  
дипл. проф. Марина Шуманска, дипл. проф. Лидија Миленкоска,

м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова

Печати: Европа 92 - Кочани

Тираж: 300 примероци



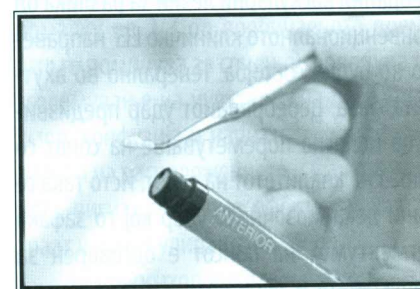
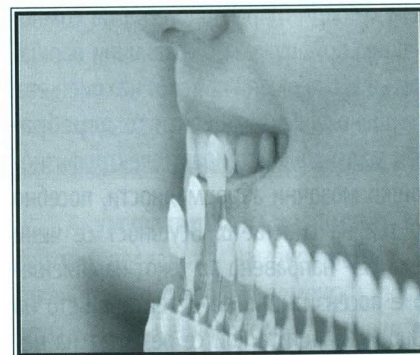
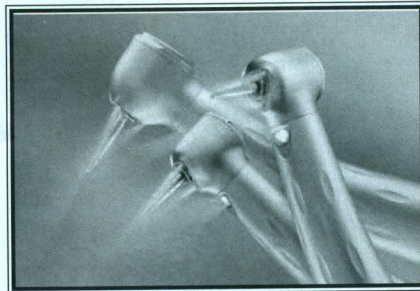
# Модерен пристап во терапијата на кариес - Минимално инвазивна подготовка

Асс. м-р сци. д-р Најаша Денкова, доктор по деншална медицина

Денешните модерни трендови во стоматологијата посакуваат заедно со превентивата ,максимално да ја сочуват тврдата забна структура со помош на минимално инвазивни техники на подготовка. Подоброто разбирање за кариесот како динамички процес помеѓу деминерализацијата и реминерализацијата на тврдите забни структури доведуваат до промени во техниките на реставрација на забите. Денешниот широк спектар на адхезивни материјали и композитни материјали со различна вискозност овозможуваат успешно затворање и реконструкција на микрокавитетите, значително го намалуваат ризикот за неуспех во случаевите кога се користи класична екстензивна подготовка на забите. Иднината ветува понатамошен развој на стоматологијата кон превентивниот пристап, овозможувајќи примена на нови технологии во дијагностиката, превенцијата и лечењето. Меѓутоа, постојат технички, културни и економски пречки кои можат да бидат решени, за да овој пристап на лекување во целост навлезе во клиничката пракса.

Минимално инвазивна терапија е дел од превентивно-реконструктивната стоматологија која ја вклучува превенцијата, реминерализацијата и минимална интервенција кај подготовките на тврдите забни ткива.

Целта на ваквата терапија е сочуввање на природната структура на забите и одложување на хирушките интервенции колку е можно, со нагласок на процена на ризикот од кариес, превенција, рана дијагноза на кариозната лезија и реминерализација некавитетните емајлови и дентински лезии. Таквата терапија е спротивна од класичните Блекови прин-



ципи за превентивна екстензија и опсежно механичко обликување на кавитетите, што во негово време било разбирливо бидејќи тогаш се работело со материјали кои немале адхезивни својства. Исто така, малку се знаело за природата на кариесот, односно се мислело дека еднаш започнатата деминерализација

на емајлот и дентинот не може да се прекине и да се лекува. Резултат на тоа е кавитација и на најмала лезија видлива на рентген и опсежна деструкција не само на деминерализираната забна структура туку и структурата на забот која што е сеште здрава.

Дури и после 100 години после Блек и понатаму се кавитетите обликуваат по неговите начела ,односно премногу се нагласува хирушкиот пристап во лечењето на кариесот иако е тоа примарно бактеријска болест.

Пациентите кои имаат активен кариес или кај кои постои ризик за него треба да бидат вклучени во терапијата со различни средства и методи кои ги напаѓаат и елиминираат некои од фазите во развојот на кариесот-антибактериски агенси (на пр. хлорхексидин), пуферски состави, гуми за цваќање без шеќер за зголемување на лачењето пљунка, апликација на флуориди , диететско советување за да се објасни улогата на јаглените хидрати во развојот на кариесот.

Кога со план на терапија е одлучено дека лезијата мора да се реставрира, би требало да тежееме кон максимално сочуввање на здравото забно ткиво. Како се кај реставрациите на тврдите забни ткива употребуваат материјали кои имаат одреден век на траење во устата, мора максимално да се намали големината на подготовката и циклусот на замена на полнењето кое често доведува до неуспех на реставрацијата, кршење на забот, потреба за ендодонтски третман, дури и до фрактура на коренот и екстракција.

Студиите покажуваат дека кај 60% кај апроксималниот кариес со радиолошки доказ за пенетрација во надворешна-



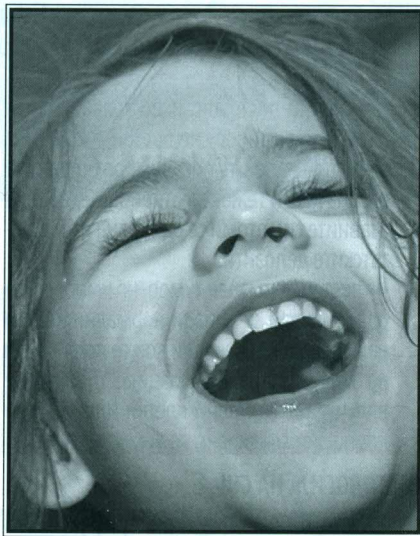
та третина на дентинот не е присутна кавитација во глеѓта. Таквите лезии би требало да се третираат со техники со кои би се подобрила реминерализацијата пред реставративните постапки, бидејќи кариозниот процес не е потполно иреверзибилен како што се претходно мислело. Забот се наоѓа во динамички процес на деминерализацијата и реминерализацијата кои ги овозможува оралната средина со мноштво од присутните јони. Флуоридите имаат значајна улога во овој процес овозможувајќи јонска размена и создавање на хидроксиапатит, кој е отпорен на бактериската киселина.

Третманот на реминерализацијата на лезиите без кавитации има предност према реставрацискиот зафат заради можност за реминерализацијата на лезиите со биолошки достапни методи. Многу е важна мотивацијата на пациентот во такви случаеви и сериозноста на сфаќањето на кариозниот процес.

Меѓутоа ако е одлучено дека е потребна реставрација во тврдата забна структура поради кавитација, поготово во фисуриите, каде што е отежната реминерализацијата, мора да се води сметка за максимално сочувување на здравото забно ткиво, односно не е потребно да се отвараат сите фисури и јами во потрага за скриен кариес.

Општо прифатено е мислењето дека кога веќе ќе дојде до кавитација заради напреднат кариес, тогаш контролата на плакот и реминерализацијата се многу тешки или невозможни, во тој случај треба да се одлучиме на препарација во тврдата забна структура. Инфицираното забно ткиво се отстранува и заменува со соодветен реставративен материјал, иако ниту еден не може да ја замени забната структура. Ризикот на пациентот на кариес и возраста можат да ни помогнат во одлуката дали треба фисуриите да ги оставиме онакви какви

што се, да се затворат или минимално да се реставрираат.



Модерните атхезивни материјали за полнење ни овозможуваат со минимално-инвазивни методи за успешна реконструкција на постоечките полнења, отколку потполна замена на полнењето со губење на здраво забно ткиво при препарацијата. Отстранувањето на тврдото забно ткиво треба да биде минимално или ограничено само на оние подрачја инфицирани со кариес, кавитети се работат само таму каде не е можна реминерализација или да се олесни пристапот кон лезијата.

Во случај на кавитации стоматолозите можат да користат различни техники на минимална препарација кои вклучуваат посебни борери за микропрепарацијата, воздушна абразија или ласери, со оглед на факторите како што се количината на забно ткиво што се отстранува, брзината, анестезијата и кооперативноста од страна на пациентот. Материјалите за детекција на кариесот исто така можат да бидат од помош бидејќи се селективно врзуваат со инфицираниот слој на кариес (кој содржи висок удел на бактерии, мек аморфен дентин со денатуриран колаген матрикс без можност за реминерализација) кој се отстранува, а останува слој на деминерализиран дентин со многу мал број на бактерии, со интактен колаген матрикс и сочуван потенцијал за реминерализација.

Денеска постои широк спектар на

материјали кои се хемиски врзуват на тврдата забна структура, како што се појачани глас-јономерните цемента, односно композитни материјали со различна вискозност. Посебно во истражувањата се нагласува биоактивноста на глас-јономерните материјали бидејќи имаат способност за јонска размена со забните структури. Нивната способност за размена на јони на флуор, калциум, фосфати и стронциум може да се искористи во кавитетите со размекнат, делумно деминерализиран дентин на дното на кавитетот, односно можат да се користат како материјали за полнење или базни материјали. Тоа доведува до максимално сочувување на забното ткиво и можност за реминерализација на забот. Композитните материјали овозможуваат максимално сочувување на тврдите забни структури заради својата природа на микромеханичко врзување со забната структура, а и поради тоа што овозможуваат атхезиско обликување на кавитетот при препарацијата. Новите течни композити со ниска вискозност можат да се користат во мали и превентивни кавитетети.

Минимално инвазивната стоматологија базирана е на голем број на објавени трудови. Иднината ветува понатамошен развој на стоматологијата кон превентивниот пристап, овозможувајќи примена на нови технологии во дијагностиката, превенцијата и лечењето. Меѓутоа, постојат технички, културни и економски пречки кои мора да бидат решени за да оваков пристап на лечење во потполност заживее во клиничката пракса.

#### БИБЛИОГРАФИЈА

1. Mount GJ, Ngo H. Minimal intervention dentistry: rationale of cavity design. *Oper Dent* 2003; 28(1):92-9.
2. Mount GJ, Ngo H. Minimal intervention: a new concept for operative dentistry.
3. *Quintessence Int* 2000; 31(8):527-33. и др.