ГОДИНА 16 БРОЈ 48

vox dentarii

СЕПТЕМВРИ 2021

ИНФОРМАТОР НА СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

НЕРЕДОВНОТО ПЛАЌАЊЕ ЧЛЕНАРИНА НА СЕКОИ 12 МЕСЕЦИ ВОДИ ДО ГУБЕЊЕ НА ЧЛЕНСТВО ВО КОМОРАТА

ПРОДОЛЖУВААТ КОНТИНУИРАНИТЕ СРЕДБИ СО ПРЕТСТАВНИЦИ НА ВЛАДА И МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

СВЕТСКИ СТОМАТОЛОШКИ КОНГРЕС - 100% ВИРТУЕЛНО СПЕЦИЈАЛНО ИЗДАНИЕ ОД 26 ДО 29 СЕПТЕМВРИ 2021

ПОШТАРИНА ПЛАТЕНА ВО ПОШТА 1000 СКОПЈЕ

ISSN 1857-7814

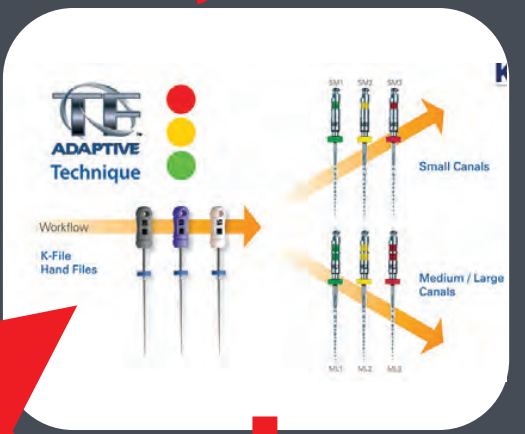
ПРОМОЦИЈА

VIK Dental

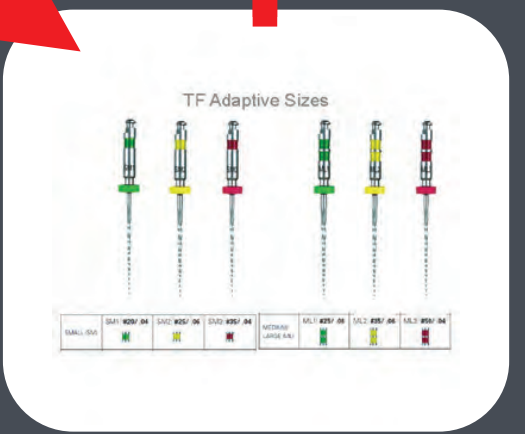
KAVO Kerr

ГРАТИС!!! 10 (x 6) пакувања

60 парчиња



+

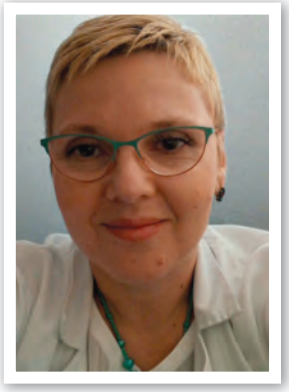


ЗА ДОПОЛНИТЕЛНИ ИНФОРМАЦИИ ЈАВЕТЕ СЕ НА ТЕЛ. 02/ 3112-886 и 3109-180

СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Почитувани колешки и колеги,

Со големо жалење морам да констатирам дека веќе седумнаесет месеци ја живееме Ковид агонијата на глобално ниво.Светската здравствена организација пријавува огромен број на новозаразени во последните 2 месеци од кои 4,4 милиони се регистрирани изминатава недела (9-15 август) што сумирано значи 206 милиони заболени во светот. Изминатава недела како и претходната, пријавени се по 66 илјади смртни исходи како последица на инфекција со Ковид 19.



Проф. д-р Марија СТЕВАНОВИЌ

За нашите ковид бројки нема потреба да ве потсетувам затоа што верувам дека будно ги пратите: повеќе од илјада нови заразени дневно, починати 20, најголем дел од болничките капацитети во ковид центрите исполнети, медицински персонал исцрпен и на крајот од силите.

Кога го пишував првиот пандемиски уводник воопшто не помислував дека по седумнаесет месеци сè уште главна тема стручно, во секојдневниот живот, па и во моите воведници ќе биде Ковид 19.Она што можам да забележам во сите овие месеци, е висока свест и совест кај Вас колеги и голема одговорност во настојувањата за лична заштита, заштита на пациентите и следење на препорачаните протоколи за работа во Вашите стоматолошките ординации во пандемиски услови. Агилноста на Комората во овозможување на имунизација на нашите колеги и нивните асистенти доведе до вакцинирање на над 1600 стоматолози и на околу 1000 стоматолошки асистенти.

Да, точно е дека вакцината нема сите вакцинирани во целост да ги заштити од секој нов сој, но со сигурност ќе доведе до лесна клиничка слика, ќе го намали бројот на хоспитализации и смртни исходи, при што не треба да се занемари и фактот дека вакцинирањето е единствениот начин да се пружи отпор на вирусот, да се спречи неговото мутирање и создавање на позаразни, посмртоносни соеви.Имајќи во обзир дека деновиве сме сведоци на протести на кои се изразува незадоволство од мерките кои ја ограничуваат невакцинираната популација, протести на кои се палат маски и се негира постоењето на вирусот, се напаѓа лекарската фела, би Ве замолила, како медицински и стручни лица, со својот личен пример и со прифатливи и едноставни зборови да им ја објасните на Вашите пациенти и поединци во вашата околина неопходноста од вакцинирањето и бенефитите и безопасноста од истото бидејќи во моментот и вакцини има доволно, достапни се на голем број пунктови, за секој кој е заинтересиран, бесплатни се и што е најважно, долгрочно претставуваат единствена сигурна заштита за целата популација во нашата држава и пошироко.

Со голема жалост можам да констатирам дека меѓу учесниците на овие „собири“, како и со изјави во медиумите има и медицински лица, има и лекари. Можеби кажаното од моја страна ќе звучи грубо, но тие се срам прво самите за себе, а потоа и за медицинската фела, а медицинско лице кое не верува во наука и во сопствената струка можеби и не треба да се бави со истата.

Што се однесува до активностите околу континуираната стоматолошка едукација, истата веројатно веќе знаете дека се одвива непречено и од септември одржувањето на настаните ќе има малку изменета форма, односно, ќе имаме можност да следиме настани организирани на комбиниран (хибриден) начин кој ќе подразбира физичко присуство и on line следење на настаните. Според протоколите, физичко присуство ќе биде овозможено за 30% од капацитетот на објектот каде ќе се одржува настанот што значи ќе имате можност да одберете на кој начин ќе ги следите стручните настани кои Ви се од интерес.

На глобално секако најмногу внимание за стоматологот привлекува Светскиот стоматолошки конгрес ADA FDI, од 26-29. 09. 2021 година. Ова ќе биде првиот целосно виртуелно одржан светски стоматолошки конгрес, кој иако виртуелен ќе понуди изложба на стоматолошка опрема и материјали и нивна демонстрација, преку 100 предавачи, над 200 курса. За сите регистрирани учесници конгресот ќе биде достапен виртуелно во живо и во текот на наредните 60 дена после завршувањето на настаните.

Драги колеги, тука привршува уште едно мое обраќање кон Вас, за жал во непроменети околности. Чувајте се и преку информации и едукација помогнете им и на другите да се чуваат.

Со почит,

multiPro

ПОВЕЌЕНАМЕНСКИ РЕШЕНИЈА

ПОВЕЌЕНАМЕНСКИ

ХИДРОКОМПАТИБИЛЕН И ТИКСОТРОПИЧЕН

БОЈА КОНТРАСТ

Rev. 2020-09

elite HD+

Gluten Lactose FREE

Широк опсег на повеќенаменски адициони силикони кои ги задоволуваат сите потреби на корисниците
Секојдневно, повеќе од 25 години на страната на денталната професија

Elite HD+ е програма која содржи производи со широк опсег на вискозитет, наменети за различни клинички индикации и техники (еднофазна, двофазна метода, истовремено со два вискозитети); пакувања прилагодени на сите типови на мешање (рачно, полу-автоматско или автоматско) и со нормално и кусо време на врзување, со цел да се задоволат различните индивидуални барања на корисниците.

Поголемо искуство - поголем избор

medimak

Zhermack distributer za Makedonija: MEDIMAK · Ivo Lola Ribar 59 · Skopje
tel.02/3117-302 · info@medimak.mk

Некои од производите не е достапни во сите земји.
За подетални информации за достапноста на производите во продажба, ве молиме контактирајте го локалното претставништво.

Zhermack Dental

vox dentarii
Гласило на Стоматолошката комора на Македонија

Издавачки совет:
Д-р Маријан Денковски, проф. д-р Кенан Ферати, д-р Коста Изов, спец. д-р Оливер Манасиев, спец. д-р Мирлинд Селими, проф. д-р Киро Папакоча, проф. д-р Елизабета Ѓоргиевска, проф. д-р Ана Миновска, проф. д-р Илијана Муратовска, проф. д-р Александар Грчев

Главен и одговорен уредник:
Проф. д-р Марија Стевановиќ

Заменици на главниот и одговорен уредник:
Доц. д-р Шериф Шаќири,
Доц. д-р Радмила Димовска

Уредувачки одбор:
Сци. д-р Диана Терлевиќ-Дабиќ (Словенија),
Д-р Николај Шарков (Бугарија),
Проф. д-р Витомир Константиновиќ (Србија),
Проф. д-р Едит Џајанка (Албанија),
Проф. д-р Теута Пустина (Косово),
Проф. д-р Иван Алајбег (Хрватска),
Проф. д-р Владо Ванковски,
Доц. д-р Линдихана Емини, Доц. д-р Амет Демири, Проф. д-р Габриела Ќурчиева-Чучкова

Компјутерска и графичка обработка:
Октај Омерагиќ

Издавач:
Стоматолошка комора на Македонија
Ул: „Балзакова" бр. 32
1000 Скопје
Тел: 02/ 32 46 852
Жиро - сметка: 300000000477179
Депонент: Комерцијална Банка АД Скопје
ЕДБ: 4030996268633
www.skm.mk

Излегува трипати годишно во тираж:
3.000 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. . . . . 300 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.
СКМ не е обврзник за ДДВ.

СЕПТЕМВРИ 2021

СОДРЖИНА

6 **АКТУЕЛНО**
22-ра редовна седница на Извршен одбор на Стоматолошка комора на Македонија

Нередовното плаќање членарина на секои 12 месеци води до губење на членство во комората

7 **АКТУЕЛНО**
Менување на софтверот и база на прашања кои се користат при полагање на стручен испит за стекнување на лиценца за работа

10 **АКТИВНОСТИ**
Континуитет на средбите со претставници на министерството за здравство

Состанок со заменик премиерот Фатмир Битиќи

14 **МЕЃУНАРОДНА АКТИВНОСТ**

16 **ФДИ АКТИВНОСТИ**
Што да се очекува од првиот 100% виртуелен АДА ФДИ Светски Стоматолошки Конгрес

Герхард Сибергер - претседател на ФДИ „Да ја поздравиме 2021 година со доверба и убедување за подобро утре!"

Здравје и безбедност на стоматолошкото работно место

На 27 мај 2021 година, 74-то Светско здравствено собрание на Светската здравствена организација (СЗО) одобри историска резолуција за орално здравје

СТРУЧНИ И НАУЧНИ ТРУДОВИ

25 **Евалуација на влијанието на стоматолошката едукација врз односот на учениците кон оралната хигиена**
Д. Горгиева – Трпевски, М. Стевановиќ, С. Најденоска – Бојчиноска

30 **Влијанието на пандемијата со КОВИД-19 врз стоматологијата**
Јулијана Николовска

34 **Сознанија на студентите по стоматологија за ХИВ (I дел)**
Б. Пејковска Шахпаска, Б. Капушевска, Н. Ставрева

22-ра редовна седница на Извршен одбор **на Стоматолошка комора на Македонија**

На 21.08.2021 Извршниот Одбор на Стоматолошка комора на Македонија ја одржа својата 22 редовна седница.

На седницата се донесоа повеќе одлуки, и тоа:

- Одлука за усвојување на предлог-правилник за изменување на Правилникот за поблиски критериуми во однос на образованието и работното искуство што треба да ги исполнуваат едукаторите за спроведување на пробната работа на здравствени работници со високо образование од областа на стоматологијата, одлука за усвојување на предлог Правилник за изменување на правилник за формата, содржината и начинот на водење на регистарот на издадени, продолжени, обновени и одземени лиценци за работа на здравствени работници со високо образование од областа на стоматологијата,
- одлука за усвојување на предлог-Деловник за работа на Собрание на Стоматолошка комора на Македонија
- одлука за усвојување на предлог- Деловник за работа на Суд на честа на Стоматолошка комора на Македонија.
- одлука за усвојување на предлогот за промена на софтверот и базата на испитни прашања за државен испит
- одлука за усвојување на предлог-Деловник за Комисија за етички прашања
- одлука за прифаќање на понудата на Инфо Хаус за изработка на Правилник и документација за технички и организациски мерки согласно новиот Закон за заштита на лични податоци за Комората.
- одлука за прифаќање на понудата на Некстсенс за изработка на софтвер за мобилна апликација на Комората

Понатаму Извршниот одбор ја утврди листата на испитувачи за обука и проверка, утврди дополнување на Листа на испитувачи за државни испити, донесе одлука за промена на цена на патни трошоци со која се промени одлуката од 2008 година и донесе одлука за критериуми и трошоци при поднесување на барање за обновување на членство во Комората и др.

На седницата на ИО се разговараше и за информациите добиени на состаноците кои ги имаа претставниците на Комората со претставниците на министерство за здравство и Владата на Република Северна Македонија, како и средбите со Коморите во опкружувањето по што по конструктивна дискусија се усогласија и насоките за понатамошното делување.

Нередовното плаќање членарина на секои 12 **месеци води до губење на членство во комората**

Почитувани колеги, во изминатитот период, соочени со проблемите со пандемијата и затворањето, како и намалениот обем на работа на стоматолошките ординациите покрај намалувањето на членарината за периодот додека орднациите не работеа, Комората не го санционираше нередовното плаќање на членарината иако истата е неопходна за нормално функционирање на комората. Кризната група на Комората, времено и исклучиво поради пандемијата донесе став да се суспендира одлуката на ИО на Комората 02/1229/4 од 31.10.2019 година која е децидна дека до било која информација, помош, совет, издавање на потврда или друг документ може да добие само и единствено активен член на Комората кој ја има целосно платена членарината согласно член 15, став 1, точка 4 со што ги има и сите права согласно Статут.

По губење на членство, секој стоматолог задолжително ќе мора да поднесе барање за обновување на членство

Почитуавани колеги, Статутот на Стоматолошка комора на Македонија е дециден и во него стои:

- во член 12-„членовите на Комората ги остваруваат своите права и обврски на начин утврден со закон, овој Статут и другите акти на Комората„
- во член 13 - Членовите на Комората имаат должност да плаќаат членарина
- во член 15 - Членство во Комората престанува при неоправдано плаќање на членарина повеќе од 12 месеци
- во член 14 - Членство во Комора се остварува со поднесување на писмено барање за зачленување

Почитувани колеги, и покрај континуираното потсетување и укажување дека членувањето во Комората е задолжително и дека самото членување со себе повлекува и редовно плаќање на членарина, за жал најголемиот број на членови на Комората продолжуваат да го игнорираат овој факт. Комората со години наназад правеше напори информацијата да дојде до секој член, дека членарината се плаќа редовно на се-

кои 12 месеци, но последниот случај и податоците добиени при ажурирање на избирачкиот список на РО Битола, каде се утврди дека само околу една третина од 242 докторите имаат платено членарина за 2020 година и ќе имаат право да учествуваат на престојните избори во регионот, беше повод на последната седница на ИО на СКМ, на 21.08.2021 година состојбата со **(не)плаќањето** на членарината да се разгледа на посебна точка помеѓу останатите точки на дневниот ред. ИО на Комората по увид на состојбата, и тоа не само во наведениот случај со РО Битола, туку на ниво на комплетното членство, **заклучи дека треба и мора да се направи дистинкција, раздвојување на оние членови кои плаќаат редовно членарина, како и на оние членови кои доцнат** по една, две,три и.т.н. до седум години, а со цел нормално перманентно функционирање на Комората кое е неопходно за секој нејзин член донесе Одлука со следниве насоки:

1. **Износот за членарината да не се менува**, односно да не се доставува предлог до Собранието на Комората за промена на износот за годишна членарината со што членарината за вработени колеги да остане иста, **1.200,00 денари**, додека за невработените колеги да остане **200,00 денари**.
2. Износот за **годишна сума** која се уплаќа во Фондот за взаемна помош да не се менува, односно да не се доставува предлог до Собранието на Комората за промена и сумата, односно уплатата да остане иста, **300,00 денари** за сите, и вработени и невработени членови.
3. **Колеги и колешки кои не плаќаат членарина редовно, односно кои немаат платено членарина неоправдано повеќе од 12 месеци, независно дали се вработени или невработени, од Стручната служба, како и од нивните избрани претставници нема да се третираат како членови на Комора и ќе ги изгубат сите права како членови на Комора, меѓу кои и правото за аплицирање за средства од Фондот за взаемна помош, правото за аплицирање за еднократната помош по породување, учество во изборните процеси и слично.**
4. **Изгубеното членство** поради неплаќање на членарина, како би можело да се обнови **лиценцата за работа**, ќе може да се обнови согласно член 14 до Статут на Комора со поднесување на **барање за зачленување** и кое барање ќе може да поднесе секој кој го изгубил членството и ја плати заостанатата членарина во целост.
5. **До 01.03.2022 година** поднесувањето на барањето за зачленување во Комората ќе е како и досега **бесплатно.**
6. **Од 01.03.2022 година за секои 12 месеци неплаќање** при поднесување на барање за зачленување **ќе се плаќа дополнителни 1200.00 денари, односно на пр. за над 12 месеци доцнење ќе се плаќа 1200.00 денари, за над 24 месеци доцнење ќе се плаќа 2400.00 денари, за над 36 месеци доцнење 3600.00 денари и.т.н.**, а доколку некој смета дека е исправно и сака да ја плаќа членарина само при релиценцирање и за сите седум години одеднаш ќе треба да го плати **заостанатиот долг** за членарина за 7 години од 8.400.00 денари **со дополнителни** 8.400,00 денари за барањето за зачленување.
7. Одлуката да се објави на веб страна и во списанието на Комората, а во наредниот број на списанието да се аплицираат и бланко налози за плаќање за сите оние кои немаат платено заклучно и за 2021 година до 01.03.2022 година.

---

* оние колеги кои и до сега плаќале однапред или од сега ќе плаќаат однапред може да продолжат доколку сметаат дека за нив така е подобро, при што доколку во иднина дојде до промена на висината на членарината или на средствата за солидарниот фонд нема да се бара доплата над веќе однапред уплатените средства.

Менување на софтверот и база на прашања кои се користат при полагање **на стручен испит за стекнување на лиценца за работа**

ИО на СКМ на својата последна седница донесе одлука за промена на Базата на прашања, како и почеток на примена на новиот софтвер за спроведување на практичниот/ компјутерскиот дел на државниот испит за стекнување на лиценца за работа.

Базата на прашања беше составувана последните две години од страна на Комисија во која земаа учество над 20 наши истакнати и видни стручни лица од сите стоматолошки области и сите факултети предводени од Комората.Во изработка на базата учество земаа и сите акредитирани стоматолошки факултети во нашата држава, како и Министерство за здравство, за што Комората е посебно благодарна.

Извршниот одбор на Комората, исто така одлучи базата на прашања да се објави на веб страна на Комората на 01.09.2021 година, и тоа во комплет сите прашања, од сите области, заедно со можните, но и точните одговори и истата да се применува од редовната испитна сесија во април, 2022 година, за да се даде доволно време кандидатите да се запознаат со истата.

БЛАГОДАРАМ

Почитувани колеги,

Не случајно овој текст го започнувам со дел од текстот „**БЛАГОДАРАМ**“ објавен во **Инфо бр.12**, како и со истиот наслов, од Март **2009 година**, од автор кој напишал дека текстот е од „автор кој доколку го препознаеме, да го сфатиме, а доколку не го препознаваме, не ни е ни потребен“.

Претставниците на Стоматолошка комора на Македонија, Вашите претставници, вработените во Комората, како и многу други надворешни лица, пријатели на Македонскиот стоматолог, секојдневно, максимално и напорно настојуваат да направат, ако не повеќе, барем минимален позитивен исчекор во секоја сфера на стоматолошката дејност и да го подигаат реномето на стоматологот во здравствениот систем во нашата држава.

Искрените напори не секогаш носат плод и со овој текст не би сакале да потсетуваме на се што сме сакале, на се за што сме добивале ветувања, ниту пак за се што сепак е направено од наша страна за време на овој мандат, бидејќи сме свесни дека Македонскиот стоматолог и покрај неговата специфичност, спореден со другите здравствени дејности, но и согледувајќи ги и посебностите на самите нас стоматолози (општ стоматолог, стоматологот специјалист, во мрежа или вон мрежа, во ЈЗУ или ПЗУ, вклучително и колегите кои дипломирале стоматологија и ги очекува полагањето на стручен испит), секогаш бара повеќе.

Почитувани колеги, моменталниот раководен состав на Комората потполно ја разбира индивидуалноста на секој член на Комората и желбата „неговиот“ личен проблем да е најголем и „неговиот“ проблем да се решава, без разлика дали истиот е во спротивност со „проблемот“ на друг колега и ставот на Комората е дека треба и мора секогаш достоинствено да се залага за сите подеднакво и балансирано, без оглед што понекогаш добивката за еден стоматолошки профил се толкува како негативност за другиот профил.

Но, дали колегите се колегијални или не?

Почитувани колеги, сите во Април 2021 бевме сведоци на едно жално, неколегијално, кодошко однесување на **т.н. „група на делегати“** кои се обидоа на сите можни деструктивни и патетични начини да го спречат одржувањето на Собранието на Комората со физичко присуство, па дури и во деновите по одржување на Собранието, насекаде бараа и поништување на седницата и донесените одлуки, и за таа цел испраќаа и низа **анонимни пријави** до сите можни институции во нашата држава (Кабинет на Премиер на РСМ, МВР, МЗ, разни инспекторати, итн).

Почитувани колеги, немојте да мислите дека „групата делегати“, на кои се придодаде и раководството на ЗПЗСУ ПДДМ, не продолжи со кодошењето и деструктивноста, бидејќи и минатите месеци имавме преписка и со Државниот управен инспекторат за истата тема, а Стручната служба на Комората, секојдневно очекува што и од која институција во државата, ќе пристигне за дообјаснување по некој нивен допис.

инфо

Благодарам

Коморското здружување први почнале да си го практикуваат занаетчиите. Тие сметале дека така и само така може да си го сочуваат еснафот. Целта им била ораат безброј дукани и нив да ги отвора едикојси.

Коморите, воедно се грижеле горе-доле мајсторите – еснафи да држат до струката и до нивото на услугата, а секако и до цената....

Ако некогаш докторите биле врвот на занаетот којшто бил неопходен и почитуван, денеска нив (заедно со стоматолозите) ги има многу и се едни од последните кои формирале комори.

На вакво високо ниво на интелектуалци се сметало дека работењето и договарањето во коморите, а воедно и во општеството, ќе тече беспрекорно....

Но, во овој дваесет и први век господов повторно да се потсетиме на славното минато на поробениот Балкан во деветнаесетиот век и поговорката: „Од тројца собрани комити, едниот како така станал војвода, вториот – тажен останал комита а третиот, разочараниот морал да стане....кодош....“

Почитувани, во трилатерални преговори во кои доминира Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување, Комората (формирана од Министерството за здравство) е најмалиот и небитен преговарач.

Со стратегијата на претходниот министер за здравство И.С. (2006–2008), целта на тогашното Министерство беше да се намалува капитацијата од 45–35–25–15 денари и во 2100 година примарната стоматологија да биде приватна. Стоматолошката комора свесна за планот на Министерството излезе со свој Ценовник за минимални референтни цени, по кој 97% од стоматолозите не се придржуваа живеејќи во заблуда и во прегратките на социјалистичките здравствени домови.

„ОД ТРОЈЦА СОБРАНИ КОМИТИ, ЕДНИОТ КАКО ТАКА СТАНАЛ ВОЈВОДА, ВТОРИОТ - ТАЖЕН ОСТАНАЛ КОМИТА, А ТРЕТИОТ, РАЗОЧАРАНИОТ МОРАЛ ДА СТАНЕ.... КОДОШ...“

Сегашното Министерство за здравство нема концепт за примарната стоматологија – што за сонливите стоматолози е добро да продолжат да живеат во агонија (и да ја напаѓаат Комората). Но Комората во преговори со ФЗО ги формира цените на хибридните полимеризирачки пломби на 450 ден. Цена која, овојпат, 70% од докторите немаат храброст да ја наплатат од своите матични пациенти. Ако се секавате, оваа услуга од 150 денари од 2006 година малку модифицирана е зголемена за 200 проценти.

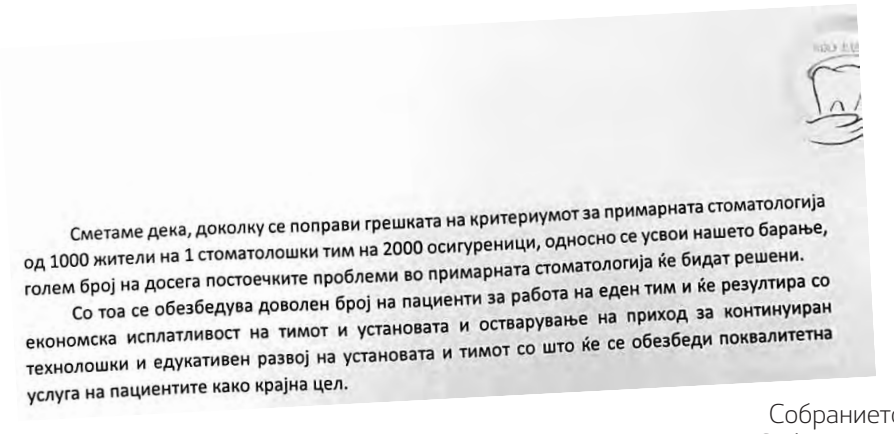
Договорите со Фондот кои беа драконски и понижувачки, за 2009 видливо се изменети и многу поприфатливи (доколку сте ги прочитале пред да ги потпишете).

Целта на СКМ ке биде да се достигнат барем приближно цените на ФЗО со оние цени од за минимални референтни цени на Комората. За висината на капитацијата ке одлучува и нека одлучува власта. Верувајте, на луѓето кои работат и преговараат со Министерството за здравство и со Фондот затоа што тие се стоматолози, ваши колеги и ништо не знаат да работат освен стоматологија.

Стоматологијата е наша парадигма.

Автор:
Доколку го ѓрешознаваѓе сфаѓѓеѓе го, доколку не го ѓрешознаваѓе, не ви е ѓотребен

СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА 3



Сметаме дека, доколку се поправи грешката на критериумот за примарната стоматологија од 1000 жители на 1 стоматолошки тим на 2000 осигуреници, односно се усвои нашето барање, голем број на досега постоечките проблеми во примарната стоматологија ќе бидат решени.

Со тоа се обезбедува доволен број на пациенти за работа на еден тим и ќе резултира со економска исплатливост на тимот и установата и остварување на приход за континуиран технолошки и едукативен развој на установата и тимот со што ќе се обезбеди поквалитетна услуга на пациентите како крајна цел.

Еден стоматолошки тим на 1000 граѓани или еден стоматолошки тим на 2000 осигуреници - да или не?

Имено, по нивното барање за укинување на институцијата матичен стоматолог, барање на секој по 90.000,00 денари, потоа барање за укинување, според нив, на „незаконскиот" Правилник за плаќање во примарна стоматологија, следуваше ново, уште потрагично, пострашно барање од нивна страна до Владата на РСМ и Министерството за здравство.

Наведеното нивно барање, поради од нивна страна, пресметан некој „суфицит и контрадикторност" и поради „континуиран технолошки и едукативен развој", претставува барање за промена на број на прикрепени пациенти, односно се бара, наместо како што е сега, на 1000 жители да има еден стоматолошки тим, да има 2000 активни осигуреници на стоматолошки тим, со што му се овозможува право на Фондот и на Министерството, на барање на стоматолозите!?, при склучување на следните анекси на договори да не го продолжи договорот со над 600 ординации, кои со тоа ќе испаднат од мрежа, а дополнително и долгорочно да не склучува нови договори, како што е впрочем сега состојбата со колегите специјалисти, со што се затвара секаква перспектива на нашите млади колеги кои сега завршуваат со студиите.

Почитувани колеги, Комората не може да навлезе во анализите кои ги прават во ЗПЗСУ ПДДМ, ниту во умот на нивните истакнати членови (Ѓоршиев, Богеска, Чесноски, Рендевски, Петреска, Камчев и други), но и не може да сфати и прифати, дека било кое и било какво официјално стоматолошко здружение независно од негова релевантност може да бара ваква промена, постоечкиот **број на матични стоматолози да се намали од 1.250 на 600**, а како што е тврди, заради развој.

Почитувани колеги, Комората смета дека ваквото барање, не е ништо друго, освен крајно безобразен, неколегијален и неразумен предлог, за кој сами пресудете дали **е во Ваш и наш** интерес, доколку Владата и ФЗО го прифатат, а за што Комората води жестока и непопустлива дебата со наведените институции.

Дали е чесно?

Почитувани колеги, следно нешто за кое во овој момент Комората нема намера да суди, но сепак смета дека мора да Ве информира, е последното барање за испитување на законитост и уставност на делови од подзаконскиот акт на Комората, со поднесување претставката до Уставниот суд од септември 2020 година од д-р Круме Чесноски, сегашен член на РО, делегат во Собранието на Комората и поранешен претседател на Собранието на Комората и член на ИО на Комората, но и виден член на ЗПЗСУ ПДДМ.

Колегата Чесноски, чие презиме асоцира на чесност, се однесува секако, но сигурно не и чесно во однос на колегите, во конкретниот случај, млади стоматолози кои дипломираат на стоматологија и кои треба да полагаат државен испит, за да може да си ја практикуваат стоматолошката дејност.

Колегата Чесноски, со поднесување на претставката за барање на законитост и уставност на предмениот член сигурно или барем се надеваме дека можеби ги знае мотивите за неговото перманентно „кодошење„ и барања кои сам или со колегите од ЗПЗСУ ПДДМ ги доставуваат насекаде, а кои се на штета на негови идни колеги и се спротивни на неговата заклетва, Етичкиот кодекс и Статут на Комората.

Почитувани колеги, дали колегата Чесноски подобро спие во моментите кога смета дека ја „победил Комората", но и министерот за здравство Филипче кој ја потпишал согласност на предметниот член од Правилникот за составот на испитна комисија, начинот на полагање на стручниот испит, начинот на проверка на стручните знаења и вештини и обрасците на уверението за положен стручен испит на здравствени рабтници со високо образование од областа на стоматологијата.

Почитувани колеги, дали колегата Чесноски подобро спие, откако директно со својата претставка им **ја одземал можноста на сите оние идни колеги, да полагаат стручен испит,** дури и ако објективно поради подолго отсуство поради болест, повреда, бременост, раѓање или мајчинство, како и повик од надлежен орган, не бидат во можност да полагаат стручен испит по истекот на рокот од една година по завршување на пробната работа (стажот)?

Од своја страна, Комората никогаш нема да е подготвена да верува на фактот дека во оваа држава постои **стоматолог, кој свесно ќе допринесува на штета на своите колеги** и нанесува неправда, што и во своето издвоено мислење го пишува и уставниот судија др.Осман Кадриу.

Др. Кадриу во своето издвоено мислење е прецизен дека со законскиот текст на кој се повикало мнозинството уставни судии при носење на одлуката, поточно

на членот 121, „се пропишува општата рамка“ додека останатите прашања се уредуваат со „внатрешен акт како позаконски акт„ што во случајот Комората како доносител на Правилникот, прецизно и таксативно посебно ги уредил и исклучоците кои би се сметале како објективни и дека „кога случајот настанува врз основа на објективни причини, односно објективни околности, во правото вината секогаш се исклучува“ и „со укинувачката одлука неправедно се оневозможува на докторите стоматолози-кандидати за полагање на стручниот испит, кои од објективни причини не биле во можност да го пријават и полагаат стручниот испит во предвиденот рок, ...“

Колега Чесноски, времето и твојата совест ќе треба да покаже кој е во право!

Почитувани колеги, ова е само мал осврт со кој би сакале да Ве запознаеме, на што работи и со кои проблеми се соочува Комората, која освен со **инертните и воглавно незантересирани државни институции и служби, мора да се справува и со апсурдите, небулозите и сопките, од сепак, за среќа мал број на т.н.„колеги“.**

Воедно сакаме да Ве увериме дека и понатаму ќе продолжиме со борбата и напорите за поставување на стоматологот и стоматолошката дејност, на место кое го заслужува во општеството, без оглед на тоа дали и со колкава динамика ќе успеваме.

На крај текстот би го завршиле со **цитат** од авторот, цитиран и на почетокот на овој текст

„Верувајте, на луѓето кои работат и преговараат со Министерството за здравство и ФЗО, затоа што тие се стоматолози, Ваши колеги и ништо не знаат да работат освен стоматологија“-Инфо бр12,2009 година

АВТОР: Доколку го препознавате сфатете го, доколку не го препознавате, не Ви е потребен!

Во продолжение линк кон Одлуката на Уставниот суд и издвоеното мислење на уставниот судија д-р Осман Кадриу

https://skm.mk/%d0%be%d0%b4%d0%bb%d1%83%d0%ba%d0%b0-%d0%bd%d0%b0-%d1%83%d1%81%d1%82%d0%b0%d0%b2%d0%b5%d0%bd-%d1%81%d1%83%d0%b4-%d1%81%d0%bb-%d0%b2%d0%b5%d1%81%d0%bd%d0%b8%d0%ba-%d0%b7%d0%b0-%d1%83%d0%ba%d0%b8/

СРЕДБА

Континуитет на средбите со претставници на министерството за здравство

На 02.06.2021 година, во просториите на Стоматолошка комора на Македонија се одржа работна средба помеѓу г-ѓа Иванка Стојаноски, Државен секретар во Министерство за здравство на Република Северна Македонија и др Маријан Денковски, претседател на Стоматолошката комора на Македонија.

На средбата учествуваа и претседателот на Извршниот одбор на Комората др Мирлинд Селими и раководителот на Правно нормативниот сектор во Министерство за здравство г-ѓа Анка Ѓорѓиевска.

Работната средба беше продолжение на средбата која беше одржана во Кабинетот на Државниот секретар г-ѓа Стојаноски во Министерство за здравство и на истата се продолжија разговарите за активностите што ги превзема Комората во насока на што е можно подобар статус и улога на докторите на стоматологија во нашата држава.

Претседателот Денковски го запозна високиот гостин за сите досегашни активности, како и за сите активности на Комората во насока на подобрување на правната рамка во која работат Македонските стоматолози.

Претседателот Денковски во понатамошниот тек на средбата го запозна Државниот секретар г-ѓа Стојаноски и со активностите за кои на Комората и е потребна помош и поддршка, пред се во областа на законадавството и потребата од неопходноста за измени во Законот за здравствена заштита во делот на законските ограничувања при основање на поликлиники, можностите за дополнителна дејност, потребата од законско решение и регулатива за ценовникот за минимални референтни цени во стоматологијата, но и за потребната поддршка при неопходното проширување на листата на стоматолошките услуги кои можеда се изведуваат во стоматолошките ординации (на пр.свесна седација, примена на хијалуронски филери и ботулинум токсин итн).

ПРОДОЛЖУВААТ СРЕДБИТЕ СО НАЈВИСОКИТЕ ПРЕТСТАВНИЦИ НА ВЛАДАТА

Работен состанок со заменик премиерот Фатмир Битиќи

Во просториите на Владата на Република Северна Македонија ,на 21.07.2021 година се одржа состанок помеѓу заменикот на претседателот на Владата на РСМ , Фатмир Битиќи и неговиот посебен советник, Александар Талимџиоски, како претставници на Владата на РСМ и претставниците на Стоматолошка комора на Македонија, д-р Мирлинд Селими, претседател на ИО на Комората и заменик на претседателот на Комората, д-р Коста Изов, предводени од претседателот на Комората д-р Маријан Денковски.

Средбата претставува продолжение на континуираните средби кои Стоматолошка комора на Македонија ги имала и ги има со највисоките претставници на Владата и други релевантни соговорници (преставници на ФЗО, Собрание и тн.), во нашата држава.

Претседателот на Владата, Зоран Заев, кој сегокаш искажувал интерес и подршка за стоматолошката дејност, при последната комуникација со претседателот на Комората, ја даде иницијативата за состанокот со заменикот на претседателот Битиќи и неговиот тим, поради фактот дека и покрај сите средби и контакти во 2020 и 2021 година, сепак единствениот ефект за подобрување на економскиот статус на стоматологот досега е **изгубеното време** на претставниците на Комората, Претседателот на Владата и на сите соговорници и **едно големо „ништо"**, проследено со една голема и крајно разочараност на стоматологот, здравствен работник заборавен од сите и исклучен од се.

Средбата, претставниците на Комората ја искористија да го запознаат заменик претседателот на Владата Битиќи, со проблемите во кои континуирано се наоѓаат докторите на стоматологија во нашата држава, сите досега направени чекори, можните решенија и остварените и неостварените договори кои посебно доаѓаат до израз од почетокот на Ковид 19 кризата и за кои претставниците на Комората во изминатиот период имаа интензивна комуникација и со претседателот на Владата Зоран Заев.

Претседателот на Комората д-р Денковски истакна пред заменик претседателот Битиќи дека Комората има **големи очекувања** од оваа средба, можноста и тој да се запознае со специфичноста на стоматолошката професија, практичните проблеми и начините за подобрување на состојбата на стоматологот денес, како и за позитивните ефекти од можната помош за стоматологот преку различни модели на помагање.

За почеток д-р Денковски укажа на ветувањата и договорот со Претседателот на Владата содржани во неколку точки, и тоа:

1. Превземање активности за обезбедување **еднократна неповратна** економска помош од страна на Владата на РСМ за сите стоматолошки ординации, независно дали истите имаат склучено договори со ФЗО, а кои остваруваат приход на месечно ниво од 30.000 денари до 45.000 денари, при што приходот за ординациите со договор со ФЗО би се сметал спрема просечниот износ исплатен по основ на капитација за ординација (не за тим), додека за ординации без склучен договор би се пресметувал просечниот пријавен приход за период од 04.-06.2020 година.
   По однос на оваа прашање Стоматолошката комора веќе има обезбедено и може да ги проследи до Владата податоцита за бројот на ординациите според добиените информации од ФЗО, за ординациите кои се во мрежа, како и бројот на ординации надвор од мрежата, кои го прекинаа работењето согласно препораките на Министерство за здравство, за кои сепак Владата ќе треба преку надлежните институции да дојде до податоците за нивниот реален приход.
2. За превземање активности и конечно изнаоѓање решение за поволни безкаматни **кредитни линии и грантови** во првиот нареден пакет на антикризни мерки кои ќе може да ги користат ПСЗУ, затоа што од досегашните антикризни мерки, многу мал број од ординации можеа нешто да искористат.

Д-р Денковски потсети дека во почеток, кога беа објавувани првите антикризни мерки/пакети за ПЗСУ имаше проблем со неприфаќање на шифрата на дејност, проблем кој беше корегиран по разговорите на Комората со претставници на Владата во тек на февруари 2021 година, но за жал сепак и при подоцнежните антикризни мерки немаше ниту една која би била прифатлива за ПЗСУ.

Најблиску до стоматолошките потреби беше **т.н. Ковид 4** од шестиот пакет мерки кога за прв пат се спомнаа и можностите за ПЗСУ и со наведениот пакет се сметаше дека во најмала мерка ќе се ублажи проблемот, но истиот пакет иако беше наменет за приватното здравство, сепак не беше лесно достапен поради специфичноста на ПСЗУ, и тоа:

- износот на кредитот беше дефиниран од бројот на вработени, па ако е познато дека најголем процент на ПЗСУ се со двајца вработени (еден стоматолошки тим), можната помош не преминуваше сума од 3000 евра.
- за користење на грант компонентата, која максимално беше предвидена до 50% од кредитната сума, ПЗСУ требаше да го зголеми број на вработени за најмалку 10%, односно најмалку еден вработен, што кај една просечна ПСЗУ, која во најголем процент има вработен само еден тим (доктор и сестра) значи дека треба да вработи уште два здравствени работника, што не е 50% , туку 100% зголемување, бидејќи при вработување на еден доктор, Министерството за здравство задолжително бара и вработена сестра на неопределено време во стоматолошкиот тим, што во крајна сметка е апсолутно неекономски во време на намалена работа, намален приход и неизвесност која претстои, за да се добие минимална помош од 3.000 евра, од кои неповратен грант би бил најмногу 1.500 евра, која би можела да ја добие установата.
- дополнителен услов за грантот беше и ПЗСУ да прикаже добивка во однос на 2020 година што е нереално во услови на намален број на пациенти, а на тоа додадено и трошоци за плати и придонеси за минимално нови двајца вработени.
- како дополнителен проблем кај специјалистичките ординации во мрежа, на кои ФЗО им исплати 100 % аконтација за 04., 05. и 06.2020 година, средства кои се сметаат во приход за 2020 година, но истите средства треба да се рефундираат во 2021 година, почнувајќи од 07.2021 година што значи дека уште во старт е проблем да се надмине приходот од 2020 година (како дополнување на овој податок, е и некоректното и неоправдано намалување на цените на услугите кое се направи од страна на ФЗО во првото полугодие на 2020).

Претставниците на Комората истакнаа дека овие податоци, водат кон јасен заклучок дека и покрај заложбата на Владата да се помогне на ПЗСУ, реалната состојба сепак не е таква.

Заеднички став на преставниците на Комората и Владата по оваа прашање беше дека е потребен специфичен пакет за ПЗСУ, кој Владата треба да го подготви, ако сака да се помогне и на стоматологијата, како на сите останати засегнати дејности.

3. Претседателот на Комората, се осврна и на договорот од 23-25.10.2020 година со Претседателот на Владата и истакна дека тој се потврди и неколку дена претходно, при повторната комуникација со Претедателот на Владата, кој децидно повтори дека од негова страна се уште стои на договореното и има согласност за покачување на **партиципацијата од најмалку 20%** на сите услуги за кои цената е определена со Правилникот за плаќање во примарна стоматологија на ФЗОРСМ.

д-р Денковски го информира заменик претседателот на Владата Битиќи, дека ваквиот договор можеше да се реализира уште во почетокот на 2021 година, бидејќи Управниот одбор на ФЗО на РСМ на 08.03.2021 година, го изгласа Правилникот за измена на Правилникот за плаќање во примарна стоматологија, но за жал, до денес истиот Правилник и покрај заложбите на Претседателот на Владата, другите членови на Владата со кои претставници на Комората имаа средби, неколкуте службени ургенции од страна на ФЗОРСМ до Министерството за здравство, и последната комуникација со министерот Филипче на 29.04.2021 година, Правилникот се уште е „заглавен" без никакво образложение за причините кај Посебниот правен советник на министерот Филипче, од каде на секое барање, само се информира дека се е во ред со Правилникот и за ден-два, истиот ќе е вратен во ФЗО по што би продолжила постапката, но тоа не се случува.

Претставниците на Комората и на оваа средба беа децидни дека ваквата промена мора да се случи, а **следен чекор** по неа е корекција на цените и во специјалистичката стоматологија.

По исцрпување на прашањата кои беа поврзани со заложбите и договорите со претседателот на Владата Заев, д-р Денковски во име на Комората отвори тема за која Комората смета дека е вистинско време и дека заменик претседателот на Владата Битиќи, задолжен за економски прашања, координација со економските ресори и инвестиции во Влада на РСМ е вистински соговорник, бидејќи само сега започнати разговори можеби ќе вродат со напредок кој би бил применлив за наредната 2022 година, односно од 01.01.2022 година кога би се остварило договореното покачувањето на **капитацијата за наредни 20-25%** и би се стигнало до предвидените 60 денари по прикрепен пациент.

Имено, д-р Денковски го отвори постојаниот проблем со капитациониот бод за стоматологот, уште од 2005 година, и покрај тоа што досега од страна на Комората имало и други предлози за решавање на истиот. Но, бидејќи на сите Влади и сите менаџменти на ФЗО постојниот модел им делува „најпрактичен и најкомотен", Комората по увид во анализите и извештаите во работењето на ФЗОРСМ за 2020 година, сака да укаже на огромна неравноправност помеѓу давателите на услуги во примарна здравствена заштита, врз следните бројки:

1. Доктор по општа медицина работи со капитационен бод од 63 денари, односно кога ќе се земат во предвид и коефициентите по возраст, капитациониот бод на општите лекари во просек е 109 денари, со што просечна исплата за еден тим е 140.000 денари по тим.
2. Доктор специјалист гинеколог работи со капитационен бод од 63 денари, со што просечна исплата на гинеколошки тим е 182.000 денари по тим.
3. Доктор на стоматологија работи со капитационен бод од **48 денари**, без коефициенти, со што просечна исплата на општите стоматолози е **50.696.00 денари по тим**.

Стоматолошката комора согледувајќи ги бројките, смета дека и покрај постоечката партиципацијата која пациентите ја плаќаат со сопствени средства и за која погоре се објасни дека не е променета од 2007 година (полни 14 години) и која апсолутно не е адекватна на трошоците при стоматолошка интервенција, при постоечката капитација, ниеден стоматолог, па дури и оние со многу работа, не можат да го постигнат просекот на останатите посочени здравствени работници од примарно здравство во мрежа, односно Комората потенцира дека е во најмала рака погрешно да се смета **„омиленото и вообичаеното"** тврдење на многу соговорници, и во минатото и сега, со кои Комората комуницира, дека просечниот стоматолог е богат здравствен работник, зошто како што ни сите општи лекари и гинеколози не се богати, истото уште повеќе е изразено кај стоматолозите.

Понатаму, од Комората се потенцира дека, ако Владата сака стоматологијата најмалку да опстане, а да не зборуваме и да напредува, сепак е потребно **покомплексно гледање** на состојбата на најпросечниот, а не на најуспешниот стоматолог, бидејќи не секој просечен граѓанин на РСМ може да си дозволи најмодерна стоматологија кај успешниот, приватниот стоматолог туку за неговото орално здравје (кое по сите параметри ни е на дното во опкружувањето, да не зборуваме за пошироко) како неделив сегмент на општото здравје, сепак се грижи просечниот стоматолог кој доколку пропадне, најголема штета ќе има просечниот граѓанин и затоа претпоставките со кои се шпекулира дека на стоматолозите не им „следува" повисок капитационен бод, кој во моментот е со висина од 44% од висината на бодот на лекарскиот тим, бидејќи „наплаќаат" капитација, Комората смета дека во најмала рака се некоректни.

Состанокот заврши со договор дека со сите разговарани теми ќе се подготви записник, по што истиот би се разгледал во Кабинетот на заменик претседателот на Владата Битиќи, за да може многу бргу да се продолжи со **нова средба** за барање и изнаоѓање на решенија каде што е можно.

Меѓународна активност

Изминатиот период и состојбата со пандемијата предизвикана од КОВИД 19 во значителна мерки покрај другите планирани активности ја наруши и планираната меѓународна соработка, размената на искуства, размислувања со партнерските комори и релевантните меѓународни асоцијации.

Соработката во рамките на ФДИ и ЕРО ФДИ продолжи со истата динамика како и во 2020 воглавно преку виртуелни состаноци, но за одбележување се пред се активностите на групата на WattsApp, преку која пристигаат до Комората сите релевантни сознанија и во која членуваат сите национални офицери за врска на ФДИ членки и сите членови на највисокото раководство на ФДИ.

Покрај виртуелната и комуникацијата преку други електронски медиуми, сепак Комората со почетокот на олабавување на мерките во скоро сите земји успеа да оствари средби со претставниците на стоматолозите во Албанија, Црна Гора, Босна и Херцеговина, Словенија, Хрватска и Србија.

На 04.06.2021 година делегацијата на Комората предводена од претседателот др Денковски беше во работна посета во Тирана, на покана на Редот на стоматолозите на Албанија. Во делегацијата учествуваа и заменикот на претседателот др Коста Изов, претседателот на ИО на Комората др Мирлинд Селими и членот на ИО на Комората др Агрон Пашоли. За време на посетата се разговараше за предлогот на Стоматолошка комора на Македонија за потпишување на договор за партнерство помеѓу двете страни со што би се официјализирала и унапредила идната соработка, како и можното взаемно признавање на сертификатите за континуирана едукација.

Во продуктивната работна атмосфера двете страни се договорија дека интерес за договорот постои и дека двете страни до наредната средба ќе ги усогласат техничките детали околу потребните ингеренции по што би се дошло и до потпишување на договорот со што Комората ќе ги исполни своите планови за потпишување на партнерски договори со сите соседни земји во интерес на Македонскиот стоматолог.

На 20.06.2021 година делегацијата на Комората предводена од претседателот Денковски и во која учествуваа и др Оливер Манасиев, претседател на Собранието на Комората и др Јордан Стојановски на покана на претседателот на Стоматолошка комора на Црна Гора на пропатувањето до

Мостар на состанокот на К4, имаат кратка работна средба во Никшиќ со претседателот на Комората д-р Горан Мандиќ и неговите соработници, по што на 21.06.2021 година, делегацијата на Комората присуствуваше на состанокот на К4 група во Мостар, БиХ, на покана на Стоматолошката комора на Федерација на Босна и Херцеговина на која учествуваа покрај Македонската делегација и делегација на домаќинот и највисоки претставници и на останатите членки на К4 од Хрватска и Словенија.

Состанокот, кој по подолго време и по неколку он лајн состаноци се одржа со физичко присуство протече во извонредна партнерска и пријателска работна атмосфера. Сите делегации ги истакнаа своите проблеми и напори за нивно решавање за време на КОВИД 19 кризата, напорите за подобрување на статусот на стоматологот во сопствените земји, комуникациите со релевантните институции и барање за подобри законски рамки за стоматологијата. Состанокот донесе и одлуки за понатамошна динамика на зедничката соработка, каде доминантно место е веќе одложениот Конгрес К4 кој сепак останува да чека подобри времиња и кој останува на програмот на К4 за 2022 во Скопје, како и договор за заеднички настапи во меѓународните асоцијации.

Исто така треба да се истакне и продолжувањето на партнерството и соработката со Стоматолошка комора на Србија, која има нов претседател, д-р Милојко Јовановиќ, како и нови органи и тела. На покана на комората од Србија Стоматолошката комора на Македонија и оваа година прифати да учествува како коорганиозатор на јубилејниот 20-ти Конгрес на стоматолози на Србија, од 29.09.2021-03.10.2021 година, кој и оваа година ќе се одржи он лајн виртуелно во форма на вебинар, и каде како претставник на Македонската комора свое пленарно предавање ќе одржи проф. Анета Атанасовска Стојановска од Стоматолошкиот факултет, при УКИМ, Скопје.

Повеќе за Конгресот на:

https://kongresstomatologasrbijesks.rs/obavestenje/

https://kongresstomatologasrbijesks.rs/wp-content/uploads/2021/08/2021_KSS_prvo_SR.pdf

http://www.stomkoms.org/cr/articles/aktuelnosti/20.-kongres-stomatologa-srbije-30.09-03.10.2021.-godine-beograd-srbija-914

Парична помош по породување

Докторките по сгомагологија кои се членови на Стоматолошката коморана Македонија, редовно плаќаат годишни членарини и имаат повеќе од една година лиценца за работа за вршење на стоматолошка дејност, како и службеничките од Стручната служба на Комората, согласно Одлуката донесена на седница на Извршениот одбор на 09.07.2011 год. ќе добиваат еднократна помош во висина од 7200,00 ден. по породувањето. Заинтресираните најдоцна шест месеци по породувањето треба да доставаат барање за парична помош до Комората.

Мр. Дентал
ДЕПО
mr.dentaldepo@gmail.com Mr.Dental Depo
02 6 152 035 / 078 200 051

Што да се очекува од првиот 100% виртуелен АДА ФДИ **Светски Стоматолошки Конгрес – Специјално издание** (ADA FDI World Dental Congress Special Edition)

Иако форматот може да биде различен оваа година, Светскиот Денален Конгрес ветува дека ќе биде исклучителен настан што го заслужуваат учесниците.

Овогодинешниот Светски Стоматолошки Конгрес - Специјално издание од 26 до 29 септември 2021 ќе ги собере лидерите од целиот свет во стоматолошката пракса, каде што академијата и индустријата ќе ги презентираат истражувањата за поквалитетното, иновативното и ефективното континуирано образование.

На Конгресот се очекува да учествуваат до 6.000 учесници од Австралија и од целиот свет, вклучувајќи стоматолози, стоматолошки хигиеничари и терапевти, стоматолошки асистенти, стоматолошки протетичари и други стоматолошки професионалци... (С.С.)

Повеќе на:

https://www.fdiworld-dental.org/what-expect-first-ever-100-virtual-ada-fdi-world-dental-congress-special-edition

ГЕРХАРД СИБЕРГЕР - ПРЕТСЕДАТЕЛ НА ФДИ

„Да ја поздравиме 2021 година со доверба и убедување за подобро утре!“

„Како на професионалци за орално здравје, ни беа поставени многу ограничувања на нашата способност да даваме конзистентна, квалитетна нега. Многу практики беа принудени/присилени да се затворат за да се заштитат пациентите и практичарите, се соочивме со широк недостаток на лична заштитна опрема и знаевме многу малку за профилот на овој вирус.

Колегите ги загубија своите средства за живот, а многу останаа без блиски роднини и пријатели... (С.С.)

Повеќе на: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-05/FDI%20Annual%20Report_2020_FINAL.pdf

Мисијата на ФДИ е да го предводи светот до **оптимално орално здравје**

Додека размислуваме за тешкотиите со кои се соочивме во 2020 година и продолжуваме да се соочуваме и оваа година, да не ја заборавиме нашата сила во неволја. Во 2020 година, бевме во можност да се прилагодиме, да дејствуваме и да продолжиме со нашиот залагање да го водиме светот кон оптимално орално здравје...

Благодарение на партнери од 2020 година, ФДИ успешно ја води глобалната борба за подобрување на оралното здравје на населението за да обезбеди општо здравје и благосостојба на сите....

Прочитајте го Годишниот извештај за 2020 година за целосни детали за годишните настани на ФДИ, проектите за орално здравје, агендата за застапување, научно списание, деталите за членство, финансиските извештаи и ажурираната листа на нашите индустриски партнери. (С.С.)

Повеќе на:

https://www.fdiworlddental.org/2020-fdi-annual-report-underlines-notable-wins-oral-health-despite-unprecedented-global-health

Здравје и безбедност на **стоматолошкото работно место**

По повод Светскиот ден за безбедност и здравје при работа, што секоја секоја година го организира Меѓународната организација на трудот (International Labour Organization -ILO), ФДИ неодамна објави практични упатства за ергономија и држење на телото за стоматолози и стоматолошки тимови.

Постои заблуда дека стоматологијата е релативно безбедна професија. Меѓутоа, во една студија спроведена во Соединетите американски држави, стоматолозите и стоматолошките хигиничари беа идентификувани како „занимања што негативно влијаат на здравјето". Студијата ја истакна изложеноста на радиоактивноста, изложеноста на болести и инфекции, како и времето поминато на работа во седечка положба како најистакнати негативни здравствени ефекти на стоматолошката професијата. (С.С.)

Повеќе на:

https://www.fdiworlddental.org/hsdw

На 27 мај 2021 година, 74-то Светско здравствено собрание на Светската здравствена организација (СЗО) одобри **историска резолуција за орално здравје**

На четвртиот ден од 74 -то Светско здравствено собрание на Светската здравствена организација(СЗО), земјите членки ја потврдија својата заедничка посветеност кон оралното здравје, со тоа што ја одобрија резолуцијата за оралното здравје презентирана од Шри Ланка и други земји членки на состанокот на Извршниот одбор на СЗО во почетокот на јануари, со што практично оралното здравје повторно се стави на глобалната здравствена агенда.

Резолуцијата ги повикува земјите - членки да се справат со клучните фактори на ризик за заболувања на усната шуплина, да го зајакнат професионалниот капацитет на професионалците за орално здравје да обезбедат конзистентна и квалитетна нега и да го вклучат оралното здравје во општата здравствена програма.

Оваа резолуција го стави оралното здравје на глобалната здравствена агенда и доаѓа 14 години откако последен пат оралното здравје беше спомнувано во резолуција на СЗО. Оваа резолуција ја разгледува високата распространетост на најчестите заболувања на усната шуплина (кариес, пародонтална болест со губење на забите и оралниот карцином), нивното влијание во текот на животот, природата на главните орални заболувања што може да се спречи и огромните трошоци за лекување постоечка болест.

Акцентот е ставен на доброто орално здравје кое е пропорционално со доброто општо здравје и подобар квалитет на живот.

Резолуцијата, исто така, ги забележува многуте предизвици за задоволување на потребите за орална здравствена заштита кај различни популации низ целиот свет. Факторите што придонесуваат вклучуваат недостаток на ресурси, недостаток на политичка подготвеност да се даде приоритет на оралното здравје, недостаток на инфраструктура во земјите со сиромашни ресурси, отсуство на кохерентна превентивна стратегија која користи ефтини пристапи (т.е. програми за орална хигиена на училиште), ограничена јавна свест. (С.С.)

Повеќе на:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/B148_REC1_EXT-en.pdf

https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S002065392100112X?token=52E9540BFE5B140F2DEA7315860BF7E62387EDCB245F3EE2B98CF15B5A24AAD25B42ED7137D07C6C10E22FEB8E43BE11&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210805100051

(ПРВ ДЕЛ)

Дали електричните системи за загревање на тутун (ЕСЗТ) се можност за унапредување на јавното здравје?

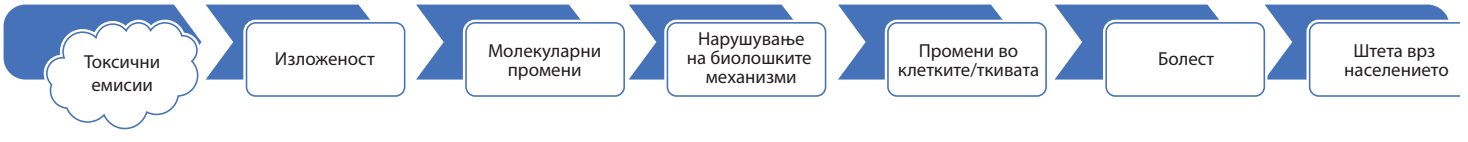
Пушењето цигари како предизвикувач на болести

Кога цигарата се пали, тутунот согорува на температури коишто достигнуваат над 850 °C на запалениот крај на цигарата при повлекување чад . Топлината којашто се ослободува со процесот на согорување ги разложува компонентите на листовите тутун, при што се создава чад, светлина и пепел. Чадот од цигари содржи над 6.000 хемикалии , од коишто околу 100 се класифицирани од страна на јавните здравствени власти како веројатни причини за појава на болести поврзани со пушењето, како што се на пример рак на белите дробови, срцеви заболувања и емфизем.
Штетата којашто ја предизвикува пушењето цигари е комплексна. Изложеноста на штетни и потенцијално штетни соединенија (ШПШС) може истовремено да влијае на различни органи во телото и може да го попречи функционирањето на механизмите коишто ги регулираат воспаленијата, оксидативниот стрес, активирањето на тромбоцитите и метаболизмот на липидите.
Широко е прифатено дека негативните ефекти врз здравјето коишто ги предизвикува пушењето цигари првенствено се должат на хроничната изложеност на токсични материи коишто се создаваат при согорување на тутунот, а не на присуството на никотин. Иако никотинот е со одреден ризик и предизвикува зависност, тој не е примарна причина за појава на болести поврзани со пушењето.
Важно е да се истакне дека болестите се манифестираат по низа настани коишто следат по изложеноста на чад од цигари. Чадот од цигари предизвикува последователни негативни настани, како што се на пример молекуларни промени, нарушувања на биолошките механизми и промени во клетките/ткивата, коишто со текот на времето можат да се акумулираат и да се манифестираат како болест. (Слика 1.)
Епидемиологијата покажува дека престанувањето со пушење го прекинува каузалниот синџир на настани бидејќи ја елиминира изложеноста на токсични емисии од цигарите, што започнува да ги одвраќа ефектите на нарушувањата на секој чекор од синџирот и со тек на време го намалува вишокот ризик од појава на болест поврзана со пушењето кај корисникот. Оттука, целосното откажување од консумирањето тутун и никотин е најефективна стратегија за намалување на штетите од пушењето и ризикот од појава на болести поврзани со пушењето.
Со избегнување на согорувањето, ЕСЗТ го намалува бројот и нивоата на токсини коишто се ослободуваат, при што се намалува и изложеноста на возрасните корисници, што, пак, има потенцијал да го намали ризикот кај нив да се појават болести поврзани со пушењето во споредба со продолжување со пушење.

Во што ЕСЗТ се разликува од цигарите?

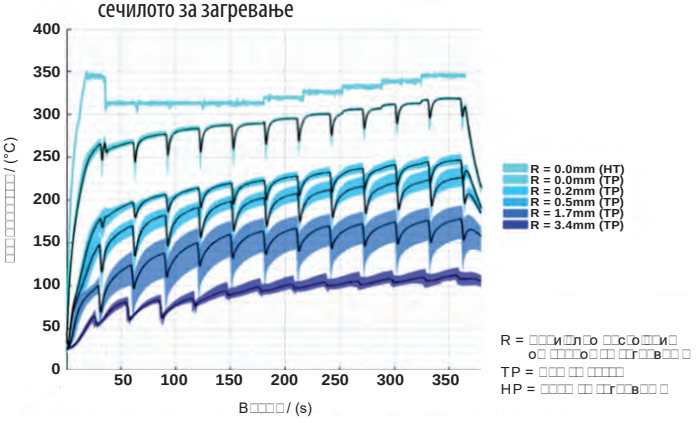
ЕСЗТ се нов тип на производи коишто се развиен со цел да се намали штетата поврзана со пушењето цигари врз возрасните пушачи коишто инаку би продолжиле да пушат цигари. За разлика од цигарите, тутунот во ЕСЗТ се загрева на температура која е далеку пониска од онаа потребна за негово согорување (горење) а со цел да се создаде аеросол којшто содржи никотин, но со многу пониско ниво на штетни хемикалии во споредба со чадот од цигарите.
Компанијата Филип Морис Интернешнл (ФМИ) има спектар на производи без чад коишто постојано се развиваат. Овие производи се составени од две компоненти: (1) ЕЗТП (*Електрично загреан тутунски производ, патрони од несогорлив тутун*[1]) кој исклучиво се користи преку (2) Електронски уред т.н. *Уред за загревање на тутунот (УЗТ)*[2]. ЕЗТП и УЗТ заедно се именуваат како *ЕСЗТ (Електричен систем за загревање на тутун)* или во скратена форма - *СЗТ*.
За разлика од цигарите, ЕСЗТ го загрева тутунот до максимална температура од 350°C, што е далеку пониско од температурата од 400°C потребна за започнување на процесот на согорување. На слика 2 е прикажана температурата на тутунот на различни растојанија од површината на

Слика 1. Синџир на настани коишто водат од изложеност на чад до манифестирање на болест.



[1] ЕЗТП се продава под брендот HEETS
[2] УЗТ се продава под брендот IQOS. Референци може да се најдат онлајн на веб страницата: https://wwwpmiscience.com/SU10refs

Слика 2. Температура на тутунот на различни растојанија од површината на сечилото за загревање

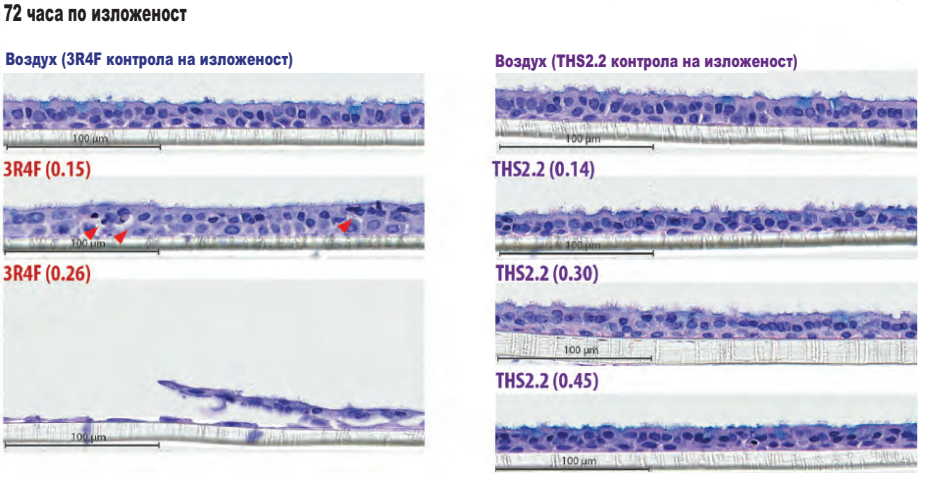


сечилото за загревање. Иако температурата на сечилото за загревање достигнува 350°C, дури и тутунот што е најблиску до сечилото никогаш не ја достигнува оваа температура. Всушност, најголемиот дел од тутунот е изложен на температура под 250°C. (Слика 2.)

Ова е само еден од многубројните докази коишто покажуваат дека во ЕСЗТ не доаѓа до согорување. Отсуството на согорување е потврдено од страна на научни експерти во многу земји, вклучително Италија, Обединетото Кралство, Јапонија, Полска, САД, Австралија и Германија, како и од страна на независна истражувачка организација во Нов Зеланд.

Со загревање на тутунот, без негово согорување, се создава аеросол којшто содржи никотин и којшто суштински се разликува од чадот од цигарите во поглед на потекло, физички својства и хемиски состав. Чадот од цигарите е сложена мешавина на гас, капки течност и цврсти честички базирани на јаглерод коишто се карактеристични за согорувањето. Познато е дека вдишувањето на цврсти честички базирани на јаглерод има штетни ефекти врз здравјето на луѓето. Спротивно на тоа, лабораториските студии покажуваат дека ЕСЗТ создава аеросол базиран на течност којшто се вдишува и се состои од течни капки и гас и не содржи цврсти честички базирани на јаглерод. Како резултат на тоа, во случајот на ЕСЗТ нивоата на штетни и потенцијално штетни соединенија (ШПШС) (како што се дефинирани и наведени од страна на различни регулаторни тела) во просек се намалени за 90-95% во споредба со чадот од стандардната референтна цигара (3R4F) . Точното намалување варира во зависност од различните листи и која варијанта се тестира.

Слика 3.
Морфологија на култури
72 часа по изложеност



Дали целосната замена на цигарите со ЕСЗТ ги намалува негативните ефекти врз здравјето во споредба со продолжувањето со пушење?

За да покажеме дека целосната замена на цигарите со ЕСЗТ ја намалува штетата предизвикана од пушењето, ги споредивме ефектите од целосната замена на цигарите со ЕСЗТ со ефектите од продолжување со пушење на секој чекор од каузалниот синџир на настани којшто води од изложеност на чад до манифестирање на болест. Откажувањето од пушење е најдобриот начин пушачите да ја намалат штетата од пушењето, па оттука профилот на ризик на престанувањето со пушење е целта од којашто бевме инспирирани при креирањето на овој помалку штетен алтернативен производ на цигарите. За оваа цел, во нашите студии ние исто така ги проценуваме ефектите од целосната замена на цигарите со ЕСЗТ и целосното откажување од конзумирање тутун и никотин.

За да процениме дали намалените емисии на штетни хемикалии ја намалуваат изложеноста на телото на овие хемикалии, измеривме низа биомаркери за изложеност на ШПШС кај возрасни пушачи коишто целосно ги замениле цигарите со ЕСЗТ во период од три месеци и ги споредивме со оние кај возрасни пушачи коишто продолжиле да пушат цигари, како и кај возрасни пушачи коишто целосно се откажале од пушење во текот на времетраењето на студијата. Беше забележано значително намалување во групата на пушачи коишто целосно ги замениле цигарите со ЕСЗТ во споредба со оние коишто продолжиле да пушат, а намалувањето беше слично и во случајот на ефектите забележани кај возрасните пушачи коишто целосно се откажале од пушење во текот на времетраењето на студијата .

Со спроведување на студии за системска токсикологија, ги проценивме биолошките промени што се случуваат на молекуларно ниво, честопати долго време пред да се појават симптоми на болест, како одговор на изложеноста на штетни хемикалии. Нашите студии покажуваат намалени модификации во експресијата на гените вклучени во појавата и развојот на болести поврзани со пушењето, како што се кардиоваскуларни и респираторни заболувања, како и на оние коишто се вклучени во инфламаторниот одговор, којшто е основниот механизам на секоја болест.

(продолжение во следниот број)

Waterpik Inc - лидер во развојот на производи за орална хигиена

ЗА Waterpik ®

Waterpik Inc е лидер во развојот на производи за орална хигиена, наменет за целото семејство. Со традиција од повеќе од 50 години и патентирани производи, Waterpik е повеќе пати наградуван за дизајн и технологија во својата област. Бројните студии покажаа и докажаа за успешноста и ефикасноста на Waterpik производите.

Светски признати стоматолози го препорачуваат Waterpik® оралниот туш како најдобро превентивно средство за одржување на оралната хигиена за оние со здрави заби и непца. Покрај тоа, оралните тушеви се посебно ефикасни кај лица со: протези, мостови, импланти, ортодонски помагала, гингивитис и пародонтопатија.

Waterpik ® оралниот туш е револуционерен производ за одржување на оралната хигиена кој со помош на пулсирачкиот воден притисок ги отстранува бактериите и остатоците од храната кои се навлезени длабоко меѓу забите и на рабовите од непцата, односно на места кои се тешко достапни за класичната четка за заби и забниот конец. Масажата на непцата со воден притисок ја стимулира циркулацијата на крвта што ги прави непцата поздрави и посилни. За само 14 дена, ја подобрува нивната состојбата, загарантирано!

КЛИНИЧКИ СТУДИИ

1. Waterpik® оралниот туш е докажано поефикасен од конецот за заби во отстранување на забните наслаги

Споредба помеѓу две интерденталните средства во отстранување на забните наслаги

Goyal CR, et al. Journal of Clinical Dentistry 2013;24(2):37-42.

Предмет на истражување: Споредување на ефикасноста во отстранување на забниот плак со Waterpik производите во споредба со конецот и четката за заби во комбинација.

Методологија: Седумдесет испитаници учествуваат во оваа објективна, еднократна и паралелна клиничка студија. Субјектите не практикуваа никаква орална хигиена во последните 23 до 25 часа пред испитувањето. Субјектите беа прегледани и распоредени во две групи:

Група 1: Waterpik орален туш + стандардна четка за заби

Група 2: Конец за заби + стандардна четка за заби

Утврдени се упатства за секој производ кој се користи. Секој учесник ги миеше забите 2 минути користејќи го Басовиот метод. Првата група користеше орален туш со 500мл топла вода, а другата група користеше конец за заби чистејќи ги сите простори помеѓу забите. Субјектите беа запрашани дали ги следеа упатствата за третирање на сите места во усната празнина. Забележени се резултати за цела усна празнина, маргинална, апроксимална, фацијална и лингвална регија, користејќи го Rustogi Modification Navy Plaque Index.

Резултати: Waterpik оралните тушеви се покажаа за 29% поефикасни од конецот за заби во отстранување на наслагите во целата усна празнина, 29% за апроксималните површини и 33% за маргиналните површини.

Заклучок: Waterpik оралниот туш е значително поефикасен од конец за заби во отстранување на наслагите на сите забни површини.

2. Waterpik® оралниот туш ги отстранува 99,99% од наслагите на третираната површина веќе после 3 секунди

Отстранување на забни наслаги со помош на орален туш

Gorur A, Lyle DM, Schaudinn C, Costerton JW. Compend Contin Ed Dent 2009; 30 (Suppl 1):1 – 6.

Предмет на истражувањето: Да се процени ефектот на Waterpik оралниот туш во отстранување на наслагите користејќи скенирање со електронски микроскоп

Методологија: 8 пародонтопатични заби беа извадени. Десет примероци се земени од четири заби и оставени се 4 дена да се развие биофилм со наслага. Четири примероци беа третирани со класичен продолжеток за орално испирање, четири примероци беа третирани со ортодонтски продолжеток, а два примероци беа користени како контрола. Преостанатите четири заби беа третирани со ортодонтски продолжетоци како би се проценило отстранувањето на калцифицираните наслаги. Сите заби беа третирани со среден притисок во траење од три секунди и проценувани со скенирање на електронски микроскоп.

Резултати: Согласно скенирањето на електронски микроскоп, класичните продолжетоци за чистење отстраниле 99,9% од наслагите, а ортодонските продолжетоци отстранија 99,8% од наслагите на третираните места по три секундно изложување на воден притисок. Гледано со голо око и електронски микроскоп, заклучено е дека ортодонтските продолжетоци значително ги отстрануваат калцифицираните наслаги од површината на забите.

Заклучок: Waterpik оралниот туш значително ги отстранува наслагите.

3. Waterpik ® оралниот туш е три пати поефикасен од конецот за заби кај пациентите со ортодонтски помагала

Ефектот на водено туширање со ортодонтски продолжеток врз наслагите и крварењето на непцата кај адолесцентните пациенти со ортодонтски фиксни протези

Sharma NC, Lyle DM, Qaqish JG, Galustians J, Schuller R. Am J Ortho Dentofacial Orthop 2008; 133(4):565-571.

Цел: Споредување на резултатот на класична четка за заби и Waterpik орален туш со ортодонтски продолжеток и резултатот на класична четка за заби во комбинација со забен конец кај адолесцентни пациенти со ортодонтски фиксни протези. Контролната група е составена од испитаници кои ги четкале забите само со класична четка за заби.

Методологија: Во оваа единствена, уникатна и објективна студија, учествуваа сто и пет адолесцентни испитаници со фиксни протези. Резултатите од крварењето и наслагите на забите беа земени како примерок пред почетокот на студијата, а нивните резултати беа испитани по 14 и 18 дена.

Резултати: Waterpik оралниот туш е преку три пати поефикасен од конецот за заби и дури пет пати поефикасен од четката за заби во отстранувањето на наслагите. Кај крварењето на непцата, користењето на Waterpik® оралниот туш е за 26% поефикасен од конец за заби и дури 53% поефикасен од класична четка за заби.

Заклучок: Комбинацијата на Waterpik® орален туш со ортодонтски продолжеток и четкањето на забите со четка е значително поефикасен начин за унапредување на оралното здравје кај адолесцентите пациенти со ортодонтски помагала и фиксни протези, вклучувајќи ги и оние со брикети во споредба со конец за заби и класична четка за заби.

4. Waterpik ® оралниот туш е за два пати поефикасен од конец за заби во намалување на крварењето на непцата

Ефикасноста на интерденталните средства за чистење на наслагите и гингивалното крварење

Rosema NAM et al. The effect of different interdental cleaning devices on gingival bleeding. J Int Acad Periodontol 2011; 13(1):2-10.

Цел: Проценка на ефикасноста на четката за заби + Waterpik® орален туш во споредба со четка за заби + конец за заби во намалување на наслагите и крварењето на непцата

Методологија: Во оваа 30 дневна објективна и еднократна студија, учествуваа 104 испитаници. Група А користеше Waterpik® орален туш со класичен продолжеток за испирање на устата + четка за заби, додека Група Б користеше Waterpik® орален туш со продолжеток за чистење на наслагите + четка за заби, а Група Ц користеше конец за заби + четка за заби. Испитаниците практикуваа одржување на оралната хигиена два пати дневно, еднаш наутро и еднаш навечер. Крварењето на непцата и наслагите беа испитувани по 14 дена и по 30 дена.

Резултати: По 14 дена, користењето на четка за заби во комбинација со Waterpik® оралниот туш со класичен продолжеток се покажа како два пати поефикасен од традиционалното користење на конец за заби во намалување на крварењето на непцата. По триесетиот ден, подобрена е состојбата со крварењето на непцата кај испитаниците кои користеа Waterpik® орален туш, а резултатите беа видливи. Немаше никаква значајна разлика помеѓу користењето на класичен продолжеток и продолжеток за чистење на наслагите.

Заклучок:

Waterpik® оралниот туш е поефикасен од конецот за заби во намалувањето на крварењето на непцата и подобрување на оралното здравје.

НОВИ ОРАЛНИ ТУШЕВИ
ВО НАШАТА ЗЕМЈА

waterpik
02 505 32 60
www.waterpik.mk
info@waterpik.mk

ХИРУРГИЈА НА ЛИЦЕ, ВИЛИЦИ И ВРАТ
• MAXILLOFACIAL SURGERY •

Проф. НАУМОВСКИ

ПОЛИКЛИНИКА Круна МС®
од 1991

www krunams.com.mk
krunams@t.mk
02 3166 919
071 266 919

ПРИДРУЖЕТЕ НИ СЕ ВО ДИГИТАЛНАТА РЕВОЛУЦИЈА ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА

ПОЛИКЛИНИКА Круна МС®
од 1991

ДИГИТАЛЕН РЕНТГЕН ПАНОРАМИКС КАБИНЕТ

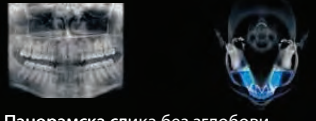
www.krunams.com.mk e-mail: krunams@t-home.mk Г.Т.Ц. кула 2, кат 2 тел: 3166-919 / 071 266 919

ОДБЕРЕТЕ ГО ФОРМАТОТ НА ДИГИТАЛНАТА СЛИКА

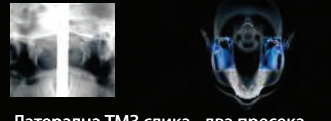
• Педијатриска панорамска слика
со најмало можно зрачење

• Латерална ТМЗ слика - четири пресека
(со отворена и затворена уста)

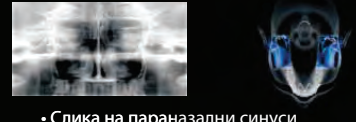
• Сегментирана панорамска слика



• Панорамска слика без зглобови

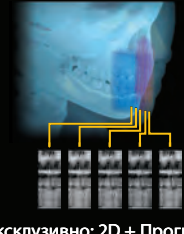


• Латерална ТМЗ слика - два пресека
(со отворена или затворена уста)



• Слика на параназални синуси

• Стандардна панорамска слика



• Ексклузивно: 2D + Програма
(седум пресека на поединечен сегмент)

СЛИКАТА МОЖЕ ДА ЈА ДОБИЕТЕ НА CD И НА E-MAIL

ПРОМЕДИКА
СТОМАТОЛОГИЈА И ЗАБНА ТЕХНИКА

ivoclar vivadent

НОВО!

Cention Forte

ЕДНОСТАВНО НАЈДОБРИ НА ПАЗАРОТ!

ПРОМЕДИКА
ул. Св. Кирил и Методиј бр 50

телефон за контакт:
02/ 3248 403; 02/ 3248 419

Следете нè на:
facebook: promedika.dental

Cention Forte

Нова алтернатива на амалгамот за трајни реставрации во I и II класа

Уверете се во бројните предности на новата алтернатива на амалгамот:

· Брза апликација во само 5 чекори;

· Висок степен на естетика - избор според бојата на забите;

· Висок степен на транслуцентност – приближно 11%;

· Голема отпорност благодарение на високиот степен на флексибилност на самиот материјал;

· За трајни реставрации во I и II класа;

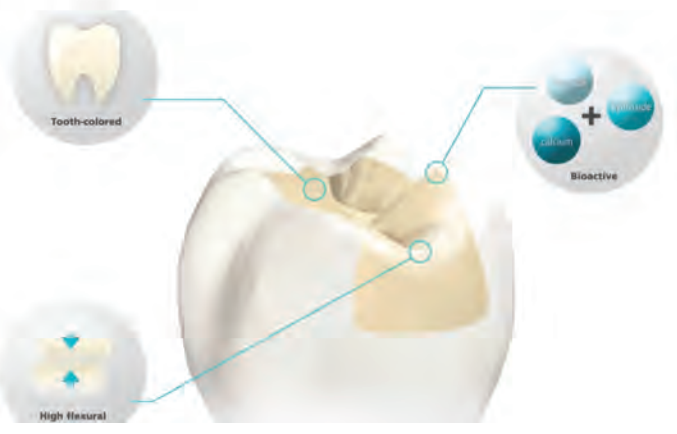
· Ослободува јони на биоактивен хидроксид, како и калциум и флуоридни јони;

· Ја регулира pH вредноста при зголемување на киселината во устата;

· Спречува деминерализација на структурата на забот;

· Поттикнува реминерализација на забната глеѓ;

Двокомпонентниот Cention Primer е специјално дизајниран за употреба со Cention Forte. Овој само-нагризувачки и само-полимеризирачки прајмер обезбедува идеална основа за примена на Cention Forte.



СТРУЧНИ И НАУЧНИ ТРУДОВИ

Прилог на „Vox Dentarii“

Евалуација на влијанието на стоматолошката едукација врз односот на учениците кон оралната хигиена

Д. Горгиева – Трпевски, М. Стевановиќ, С. Најденоска – Бојчиноска

Влијанието на пандемијата со КОВИД-19 врз стоматологијата

Ј. Николовска

Сознанија на студентите по стоматологија за ХИВ (I дел)

Ј. Симоноска, М. Стевановиќ, Ј. Симјановска

Евалуација на влијанието на стоматолошката едукација врз односот на учениците кон оралната хигиена

Д-р Д. Горгиева – Трпевски[1], проф. д-р М. Стевановиќ[2], Др. С. Најденоска – Бојчиноска[3]

[1] ЈЗУ Општа Болница со проширена дејност - Кочани

[2] Стоматолошки факултет – Скопје

[3] ЈЗУ Здравствен Дом - Крушево

Вовед

Кариесот е мултикаузално, мултифакторијално, во почетокот реверзибилно, а потоа иреверзибилно заболување, од инфективна природа, директно зависно од исхраната, кое настанува како резултат на дејство на голем број примарни и секундарни фактори.

Примарни фактори се: домаќин (заб), микроорганизми, супстрат (кариогена храна) и време[14]. Денталниот плак е важен фактор за појава на кариес. Неговата патогеност е правопропорционална со неговата зрелост. Затоа неговото отстранување е императив за превенција на дентален кариес, гигнгивитис и праодонтална болест, што треба да се искористи како услов за висок оралнохигиенски стандард[3].

На нашите простори, кариесот е често заболување во детската возраст. Уште поалрмантен е фактот дека првата посета на децата со стоматологот е кога ќе се јави акутна болка како компликација од кариес, а многу ретко кога можат да се спроведат првентивни мерки[1]. Превентивните методи во нашата стоматолошка пракса, за жал, се ограничени на одредени превентивни мерки. Најчесто користени се: топикална употреба на високо концентрирани флуориди во ординација, пасти за заби и водички за испирање на уста со флуориди и залевање на фисури и јамички. Овие мерки најчесто не ги даваат потребните резултати затоа што се применуваат одвоено, без контрола и соодветна соработка од страна на пациентот. Затоа едукацијата и мотивацијата на пациентите заслужува најголемо внимание во превенивната стоматологија.Едукацијата опфаќа информираност и мотивираност на пациентот, кои се причина за промена на однесувањето и промена на навиките со цел да се подобри и зачува оралното здравје[1,2,3,4].

Детската воздраст е пресвртен период за стекнување на знаења и навики, кои ќе имаат големо влијание на начинот на однесување кон сопственото целокупно, па и орално здравје во иднина[3].Затоа едукацијата и мотивацијата за изведување на правилната техника, времето и честотата на орална хигиена во овој период е од голема важност за однесувањето на децата во иднина кон своето орално здравје[5,6,7].

Цел на студијата е да се испита влијанието на едукацијата и мотивацијата кај учениците за одржување на правилна орална хигиена.

Апстракт

Вовед: Кариесот е често заболување во детската возраст. Затоа едукацијата и мотивацијата на пациентите заслужува најголемо внимание во превенивната стоматологија, особено за изведување на правилната техника, времето и честотата на орална хигиена. Цел на студијата е да се испита влијанието на едукацијата и мотивацијата кај учениците за одржување на правилна орална хигиена.

Материјал и метод: Во нашата студија без вклучени деца од градското подрачје, и тоа 32 деца од 1 одделение и 32 деца од 5 одделение во учебната 2020/2021 година. Со сопствените четки ги четкаа забите како дома, а потоа има беше визуелизиран денталниот плак и демонстрирано како треба да се четкаат. Беше одреден ОХИ-индексот. Истата постапка беше повторена и после 2 недели.

Резултати: Разликата на просечната вредност на денталниот индекс во целата група на испитаници од двете одделенија, која се регистрира помеѓу учениците при првиот и вториот преглед е статистички сигнификантна за $p<0.05$ ($p=0.000000$). Разликата на просечната вредност на денталниот индекс која се регистрира, помеѓу учениците од двете одделенија помеѓу првиот и вториот преглед кај машки и женски пол, е статистички сигнификантна за $p<0.05$ ($p=0.000000$).

Заклучок: Едукацијата за правилно одржување на орална хигиена дава добри резултати кај децата од прво и кај децата од петто одделение. Кај двете испитувани групи е постигнато сигнификантно подобрување во ефикасноста на елиминацијата на денталниот плак.

Материјал и метод

Во нашата студија без вклучени деца одградското подрачје, и тоа 32 деца од 1 одделение и 32 деца од 5 одделениево учебната 2020/2021 година.Децата и родителите беа информирани за нашето истражување. Во текот на истражувањето децата носеа сопствени четкички за заби.

Испитувањето беше извршено во стоматолошка ординација каде прво беше направен стоматолошки преглед со стоматолошко огледалце и сонда.

За да се одреди ОХИ индексот, поточно плак индексот, забите беа премачкани со метиленско сино со цел да се визуелизира плакот. Врз основа на тоа беа внесени вредностите на плак индексот од: а) вестибуларната површина на горен десен прв траен молар (16); б) вестибуларната површина на горниот десен централен инцизив (21); б) вестибуларната површина на горниот лев прв траен молар (26); г) орална површина на долен лев прв траен молар (36), д) вестибуларната површина на долниот лев централен инцизив (31) и ѓ) оралната површина на долниот десен прв траен молар (46)[4].

Потоа учениците беа замолени да ги исчеткаат забите исто како што четкаат дома. Да користат иста техника и исто време на четкање. После нивното завршување на огледало на сите посебно им беше укажано каде грешат при четкањето. Што значи четкањето, зошто треба да го практикуваме секое утро и секоја вечер, што е денталниот плак. Потоа пред огледало им беше демонстрирано како правилно треба да четкаат и кога четкањето е добро. Тоа секој го проверуваше со инспекција на забните површини со јазикот. На сите ученици одговорот беше дека им е јасно како треба да изгледаат добро исчистени заби[9,11,12,13].

Вториот контролен преглед беше изведен после 2 седмици. При овој преглед после апликацијата на метиленското сино ги нотиравме вредностите на денталeн плак на претходно испитаните површини. Добиените податоци беа групирани според одделние, пол, а вредностите на денталниот плак беа поделени на 0,0 - 0,7 = добра орална хигиена; 0,8 - 1,7 = задоволителна / фер орална хигиена и 1,8-3,0 = лоша орална хигиена. Истите беа статистички обработенисо користење на Студентов т-Тести $p<0,05$, при што се добиени следните резултати.

пол	вкупно		I одделение		V одделение	
	број	%	број	%	број	%
машки	30	46.9	12	37.5	18	56.25
женски	34	53.1	20	62.5	14	43.75
вкупно	64	100.0	32	100.0	32	100.0

Табела 1
Приказ на испитаниците според полот

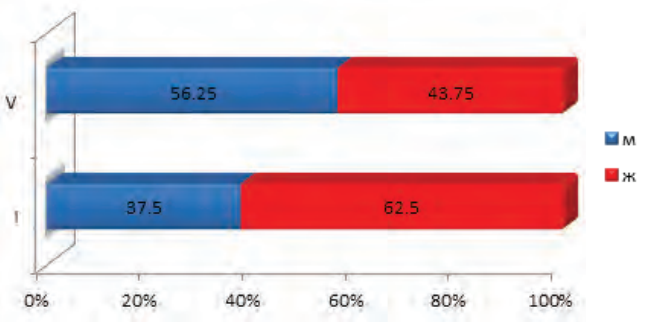


График 1
Приказ на испитаниците според полот

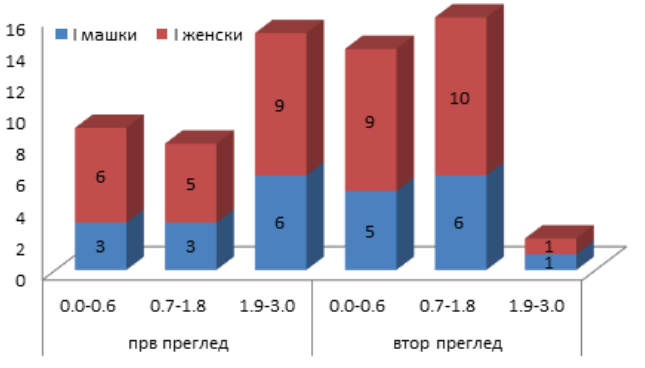
Резултати

Направена е пресечна аналитичка рандомизирана студија кај 64 испитаници. Од кои 32 се ученици во прво одделение и 32 од петто одделение. 46.9% се од машкиот поли 53.1% од женскиот пол. Машкиот пол кај испитаниците од прво одделени е застапен со 37.5%, а во петто одделение со 56.25%. Женскиот пол кај испитаниците од прво одделени е застапен со 62.5%, а во петто одделение со 43.75% (табела и график 1).

Учениците од прво одделние при првиот преглед покажаа дека 50% од момчињата и 45% од девојчињата оралната хигиена е лоша. По 25 % и од момчињата и од девојчињата имаат задоволителна орална хигиена. А додека 25% од момчињата и 30% од девојчињата имаат добра орална хигиена (табела и графикон бр. 2).

Додека истите ученици при повторниот преглед после две недели, за кој период требаше да ја практикуваат научената техника за четкање на заби, а под контрола на родителот покажаат подобри резултати. Односно само 8,3% од момињата и 5% од девојчињата имаат

Графикон бр. 2
Приказ на испитаниците од 1 одделение според полот и вредноста на плак индексот



		Прв преглед							Втор преглед						
		0,0 – 0,6		0,7 – 1,7		1,8 – 3,0		Вк.	0,0 – 0,6		0,7 – 1,7		1,8 – 3,0		Вк.
		N	%	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N
I	Машки	3	*25*	3	*25*	6	*50*	12	5	*41.7*	6	*50*	1	*8.3*	12
	Женски	6	*30*	5	*25*	9	*45*	20	9	*45*	10	*50*	1	*5*	20
	Вкупно	9	*28,1*	8	*25*	15	*46,9*	32	14	*43,8*	16	*50*	2	*6,2*	32

Табела бр. 2
Приказ на испитаниците од 1 одделение според полот и вредноста на плак индексот.

		Прв преглед							Втор преглед						
		0,0 – 0,6		0,7 – 1,7		1,8 – 3,0		Вк.	0,0 – 0,6		0,7 – 1,7		1,8 – 3,0		Вк.
		N	%	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N
V	Машки	6	*33.3*	9	*50*	3	*16.7*	18	13	*72.2*	5	*27.8*	0	*0*	18
	Женски	2	*14.3*	8	*57.1*	4	*28.6*	14	8	*57.14*	5	*35.72*	1	*7.14*	14
	Вкупно	8	*25*	17	*53,1*	7	*21,9*	32	21	*65,6*	10	*31,3*	1	*3,1*	32

Табела бр. 3
Приказ на испитаниците од 5 одделение според полот и вредноста на плак индексот.

лоша орална хигиена. Најголем процент, поточно 50% и од момчињата и од девојчињата имаат задоволителна орална хигиена. А додека пак 41,7% од момчињата и 45% од девојчињата имаат добра орална хигиена (табела и графикон бр. 2).

Учениците од петто одделние при првиот преглед покажаа дека 16,7% од момчињата и 28,6% од девојчињата оралната хигиена е лоша. По 50 % и од момчињата и 57,1% од девојчињата имаат задоволителна орална хигиена. А додека 33,3% од момчињата и 14,3% од девојчињата имаат добра орална хигиена (табела и графикон бр. 3).

Додека истите ученици при повторниот преглед после две недели, за кој период требаше да ја практикуваат научената техника за четкање на заби, покажаат подобри резултати. Односно 0% од момињата и 7,14% од девојчињата имаат лоша орална хигиена. 27,8% и од момчињата и 35,72% од девојчињата имаат добра орална хигиена. А додека пак, најголем процент, 72,2% од момчињата и 57,14% од девојчињата имаат добра орална хигиена (табела и графикон бр. 3).

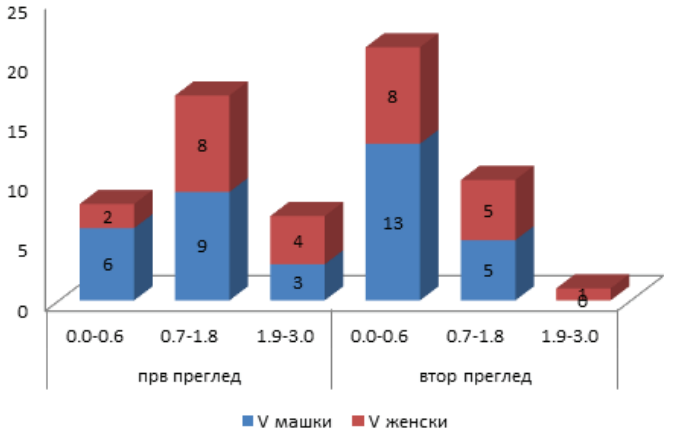
Разликата на просечната вредност ДИ во целата група на испитаници која се регистрира помеѓу учениците при првиот и вториот преглед според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=6.995065, p=0.000000) (табела 4).

Разликата на просечната вредност ДИ која се регистрира помеѓу учениците од прво одделение помеѓу првиот и вториот преглед според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=9.306543, p=0.00000) (табела 4).

Разликата на просечните вредности на ДИ која се регистрира помеѓу учениците од петто одделение при првиот и вториот преглед според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=8.660967, p=0.000000) (табела 4).

Разликата на просечната вредност ДИ која се регистрира помеѓу ученици-

Графикон бр. 3
Приказ на испитаниците од 5 одделение според полот и вредноста на плак индексот



Табела 4. Приказ на t-тестот на разликата на просечната вредност на денталниот индекс помеѓу првиот и вториот преглед вкупно, помеѓу учениците од прво и учениците од петто одделение

вкупно	**просек**	**Стд.Дев**	**N**	**разлика**	**t**	**p**
ДИ прв преглед	1.489063	1.287808				
ДИ втор преглед	0.556250	0.573454	64	0.932813	6.995065	0.000000
прво одделение	**просек**	**Стд.Дев**	**N**	**разлика**	**t**	**p**
ДИ прв преглед	1.590625	1.074442				
ДИ втор преглед	0.675000	0.614345	32	0.915625	9.306543	0.000000
петто одделение	**просек**	**Стд.Дев.**	**N**	**разлика**	**t**	**p**
ДИ прв преглед	1.137500	0.791793				
ДИ втор преглед	0.437500	0.511639	32	0.7000	8.660967	0.000000

те помеѓу првиот и вториот преглед кај машкиот пол според Student- овиот t-тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=7.620690,p=0.000000) (табела 5).

Разликата на просечните вредности на ДИ која се регистрира помеѓу учениците при првиот и вториот преглед кај женскиот пол според Student- овиот t-тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=10.05532, p=0.000000) (табела 5).

Разликата на просечната вредност ДИ која се регистрира помеѓу учениците од прво одделение помеѓу првиот и вториот преглед кај машкиот пол според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=6.126125, p=0.000075) (табела 5).

Разликата на просечните вредности на ДИ која се регистрира помеѓу учениците од прво одделение при првиот и вториот преглед кај женскиот пол според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=6.892189, p=0.000001) (табела 5).

Разликата на просечната вредност ДИ која се регистрира помеѓу учениците од пето одделение помеѓу првиот и вториот преглед кај машкиот пол според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=5,244989, p=0.000066) (табела 5).

Разликата на просечните вредности на ДИ која се регистрира помеѓу учениците од петто одделение при првиот и вториот преглед кај женскиот пол според Student- овиот t- тест е статистички сигнификантна за p<0.05 (t- тест=7,847940, p=0.0000003) (табела 5).

Табела 5. Приказ на t-тестот на разликата на просечната вредност на денталниот индекс помеѓу првиот и вториот преглед помеѓу учениците, вкупно, од прво и учениците од петто одделениеспоред полот

пол/вкупно	просек	Стд.Дев	N	разлика	t	p
ДИ прв преглед/машки	1.250	0.972998				
ДИ втор преглед/машки	0.513333	0.560008	30	0.736667	7.620690	0.000000
пол/вкупно	просек	Стд.Дев	N	разлика	t	p
ДИ прв преглед/женски	1.464706	0.958497				
ДИ втор преглед/женски	0.594118	0.590809	34	0.870588	10.05532	0.000000
машки пол/прво одделение	просек	Стд.Дев	N	разлика	t	p
ДИ прв преглед	1.725	1.074604				
ДИ втор преглед	0.758333	0.657071	12	0.966667	6.126125	0.000075
женски пол/прво одделение	**просек**	**Стд.Дев**	**N**	**разлика**	**t**	**p**
ДИ прв преглед	1.51	1.093955				
ДИ втор преглед	0.625	0.599012	20	0.885	6.892189	0.000001
машки пол пол/пето одделение	**просек**	**Стд.Дев**	**N**	**разлика**	**t**	**p**
ДИ прв преглед	1.9	0.776114				
ДИ втор преглед	0.35	0.430116	18	0.583	5.244989	0.000066
женски пол/петто одделение	**просек**	**Стд.Дев**	**N**	**разлика**	**t**	**p**
ДИ прв преглед	1.4	0.758541				
ДИ втор преглед	0.55	0.598395	14	0.85	7.847940	0.000003

Дискусија

Практикувањето на добра орална хигиена значи здрави заби и меки ткива во усната празнина и треба да започне уште од раното детство, со што би се превенирале евентуалните проблеми во оралната празнина. Важноста на оваа превентивна мерка треба да ја разберат во прв ред родителите, а потоа и децата, кои прифаќајки ја уште од рана возраст ќе се научат на позитивно однесување кон сопственото орално здравје. Стекнати во раното детство,овие навики остануваат во текот на целиот живот. Ова е важно бидејќи не се заштитува само забот од заболување туку и останатите потпорни структури на забот.

Во секојдневната стоматолошка пракса најголемо внимание е насочено кон неколку превентивни мерки: чистење меки наслаги, локална апликација на гелови, лакови и водички со висока концентрација на флуориди и залевање на фисури и јамички. Здравственото воспитување за орална хигиена се сведува на добивање на информации дали детето редовно четка или не, колку пати четка и колку време четка.Потоа се даваат се даваат информации за правилно и редовно одржување на орална хигиена што подразбира: четкање на забите најмалку два пати на ден во времетраење од 3 минути[14,15]. Додека процесот за учење на техника за миење на заби изостанува, најчесто поради немање четка за заби, или доколку ја почнеме застанува на втората фаза од четирите фази за учење.

Вулович[15] техниката за четкање на заби ја дели на неколку фази и тоа:

1. **Демонстрација** – на детето на модел му се покашува како треба да ги четка забите. Во оваа фаза информациите се примаат преку сетилото за вид и со зборување им објаснуваме како четкаме и зошто тоа го правиме.
2. **Повторување** на претходно покажаното – сега детето вежба на моделот како да ги четка забите. Се додека не ги усвои потребните вештини не треба да преминуваме на следната фаза.
3. **Вежбање** – се изведува дома. Оваа фаза е кога родителите треба да им помогната на децата да го применат она знаење кое го стекнале на моделот во ординација. Овде се среќаваат со потешкотии во однос на мала уста, одбразите и јазикот, па менување на страната за четкање и сл. Но со вежбање постепено се отстрануваат и вишокот на движења, а се зголемува брзината прецизноста и силата на движењата.
4. **Проверка** на стекнатото знаење – оваа фаза ја правиме при следната посета на детето на стоматолог, при што или му даваме таблета со еритрозин или го мачкаме со метиленско сино, како во нашиот случај, и гледаме каде има остаток на дентален плак. Тогаш инсистираме да се обрне внимание баш на тие површини и да се корегираат грешките во техниката на миење заби.

Затоа е важно комплетно да се спроведе обуката за правилно одржување на орална хигиена, односно да се корегираат сите грешки кои ги прави детето при усвојување на техниката. Кога еднаш ќе се научи техниката за четкање на заби таа станува дел од личноста и никогаш не се заборава[5]. Колку е тоа важно можеме да забележиме и од нашите резултати.

Од нашета студија можеме да забележиме дека испитаниците од прво одделение полоша орална хигиена, во однос на испитаниците од петто одделение. При првиот преглед испитаниците во 1 одделение најмногу имаат лошо или задоволително орално здравје, додека во 5 одделение орланото здравје е добро или задоволително.

Денталниот индекс во прво одделение при првиот преглед во просек бил 1,59, а додека при вториот преглед бил 0,675. Од тука разликата меѓу првиот и вториот преглед е 0,915, а според Student-овиот t-тест (t=9.306543, p=0,0000000), е статистички сигнификантна $p<0.05$. Нашите резултати се во корелација со резултатите од други истражувања[2,3,5].

Додека кај испитаниците од 5 одделениеденталниот индекс при првиот преглед во просек бил 1,13, а додека при вториот преглед бил 0,43. Од тука разликата меѓу првиот и вториот преглед е 0,70 при што според Student-овиот t-тестразликата е статистички сигнификантна

p<0.05 (t=8,660967, p=0,0000000). И овие резултати се во корелација со резултатите од други истражувања[14,6,7,8,9,10,11,12,13].

Од тука можемеда кажеме дека испитаниците од прво одделение имале поголем просек на денталниот плак индекс и при првиот преглед и при вториот преглед во однос на испитаниците од 5 одделение. Ова ни укажува на фактот дека кај помалите деца поради неусовршени моторни движења треба повеќе пати да се повторува четвртата фаза од обуката за четкање, повторувањето се додека не се корегираат грешките во техниката на четкање. Треба да се напомене дека на малите деца сеуште им треба помош од родителите целосно да го отстранат денталниот плак од забните површини. Додека тоа не е случај кај испитаниците од 5 одделение. Кај нив после демонстрацијата најголем број од испитаниците на само едно укажување ги корегираа грешките во техниката.

Заклучок

Од нашава студија можеме да заклучиме дека здравствената едукација за правилна техника четкање на забите е потребна уште од мали години затоа што децата се приемчиви за знаење и сугестии и можат лесно да бидат мотивирани.

Едукацијата за правилно одржување на орална хигиена дава добри резултати кај децата од прво и кај децата од петто одделение.

Кај двете испитувани групи е постигнато сигнификантно подобрување во ефикасноста на елиминацијата на денталниот плак.

Литература

1. Liljeta F. Shabaniи cop.(5), The Correlation between DMFT and OHI-S Index among 10-15 Years Old Children in Kosova; Jurnal of Dental and Oral Health; June 12.2015
2. Ana Paula и cop.(3), Oral Hygiene frequency and presence of visible biofilm in the primary dentition;Braz Oral Res 207;21(1):64-9.
3. Andreia Morales Cascaesи cop.(6); Validity of 5-year-old children`s oral hygiene pattern referred by mothers; Rev Saude Publica 201;45(4)
4. Arlong G.Podsdhadleyи cop.(1); A method for Evaluating Oral Hygiene Perfomance; Public Health Reports, Vol. 83, No. 3, March 1968.
5. JA Rodrigues и cop.(4), Evaluation of motivation methods used to obtain appropriate pral hygiene levels in schoolchildren; Int J Dent Hygiene 1,2003; 227-232.
6. Reisheli cop.(5), Evaluation of Patient Hygiene Performance (PHP) ondex in concordance with dental habits amongst whippersnappers in Chennai, India. A cross sectional study; Jurnal of Pharmaceutical Sciences and Research;Septembre 2019 ISSN:0975-1459
7. Vyshalee L Kuppuswamyи cop.(5), Oral Hygiene Status, Knowledge, Perception and Practices among School Settings in rural South India, OHDM – Vol. 13 – No. 1 – March, 2014
8. Mohammed Mustahsenur Rehman и cop.(2),The relationship of caries with oral hygiene status and extra-oral risk factors, J Ayub Med Coll Abbottabad 2008;20(1)
9. AgimaLjaljević и cop.(4),Značajodržavanjaoralnehigijene za zdravljeustaizuba, UDC: 616.314-084:616.31-053.2 DOI: 10.2298/VSP1201016L
10. Sogi G. Bhaskar D J; Dental caries and oral hygiene status of 13 – 14 year old school children of Davangere; J Indian Soc PedoPrev Dent September 2001
11. Mohammad Sami Ahmad и cop.(3), Oral health knowledge, practice, oral hygiene status and dental caries prevalence among visually impaired students in residential institute of Aligarh; Jurnal of Dentistry and Pral Hygiene Vol.1(2), pp. 022-0.26, August, 2009
12. Denkova, Natasa Компаративнастудијазаповрзаностанасоцијалноекономскиотстатус, навикитезаоралнахигиена и денталниотморбидитеткајдецатана 15 годишнавозраст, Masters thesis (2012). , Универзитет „Св. Кирил и Методиј“. URI: http://eprints.ugd.edu.mk/id/eprint/12840
13. DunjaPopovićOralnaHigijena I PrevencijaBolestiUsneŠupljine U DjeceMlađeŠkolskeDobi; Diplomski rad Osijek, 2017
14. Dragan Beloica I saradnici;Decjastomatologija,ElitMedicina, Beograd 2000;
15. Marko D. Vulovic I saradnici, Prventivnastomatologija, ElitMedicina, Beograd 2002;

skm@skm.mk
www.skm.mk

Влијанието на пандемијата со КОВИД-19 врз стоматологијата

Проф. д-р Јулијана Николовска [1]

[1] Клиника за детска и превентивна стоматологија, Стоматолошки факултет-Скопје
[2] Институт за белодробни заболувања кај децата-Козле

Светската здравствена организација (СЗО) објави почеток на глобална пандемија со КОВИД-19, на 11 Март 2020, и до крајот на истата година беа регистрирани 37 милиони случаи и преку еден милион починати во светски рамки. Како што популацијата немаше стекнато имунитет и немаше вакцина против вирусот, земјите ширум светот бараа од населението 'да седи дома - stay at home' со надеж дека ќе се спречи ширењето на вирусот и ќе се намали оптеретеноста на здравствените системи. Прочуениот 'Lockdown' значеше и затварање на стоматолошките ординации низ целиот свет.

Глобалните епидемиолошки податоци покажуваат дека кариесот како единствено и најпревалентно заболување кај човекот во светот е застапено со 2.3 билиони случаи (кај трајните заби) и 532 милиони случаи (кај млечните заби) кои треба да се третирааат (1). Овој податок сам по себе говори за огромните реперкусии на вирусот врз оралното здравје на популацијата во светски рамки.

Уште од самиот почеток на пандемијата со КОВИД-19, стоматологијата се соочи со голем број на предизвици кои ги погодија денталните професионалци, во обезбедувањето на стоматолошка заштита за пациентите, проблеми во стоматолошките ординации, како и проблеми со стоматолошката едукација и истражувања.

Самиот вирус од една страна, како и различните одговори на владите имаа силно влијание во работата, домот и социјалниот живот на целокупното население, така што оваа состојба имаше реперкусии врз оралното здравје на многу луѓе. Влијанието врз оралното здравје е резултат од една страна на директното дејство на вирусот, а од друга страна индиректно преку последиците од социјалните ограничувања. Директните ефекти од вирусот се манифестираат воглавно со губење на вкусот (ageusia), како официјален симптом при КОВИД-19, и во поретки случаи појава на везикулобулозни лезии или некротична пародонтална болест (2), кои симптоми релативно бргу поминуваат.

Индиректните влијанија од КОВИД-19 се многу покомплексни. Тие потекнуваат пред се од намалениот пристап до стоматолошка здравствена заштита што може да се разбере со користење на Андерсеновиот модел за користење на здравствена заштита. Оваа сеопфатна рамка подразбира интеракција помеѓу луѓето, здравствените системи и надворешната околина. Моделот е докажано корисен начин за учење како да се пристапи до стоматолошка здравствена заштита (3,4).

Затворањето на стоматолошките ординации на почетокот на пандемијата

АПСТРАКТ

Од самиот почеток на пандемијата со КОВИД-19, стоматологијата се соочи со голем број на предизвици кои ги погодија професионалците кои работат во стоматологијата, обезбедувањето на стоматолошка заштита за пациентите, стоматолошките ординации, како и стоматолошката едукација и истражувања.

Стоматолозите треба да обезбедат постојано ажурирана, безбедна, високо квалитетна стоматолошка заштита и истовремено да ги намалат можните ризици во однос на оралното здравје. Во тој поглед, постојаното надоградување на нивото на знаење и зајакнувањето на протоколите во однос на безбедноста на пациентите и квалитетот на заштита се од најголемо значење за стоматолошката професија.

За време на овој период на предизвици, стоматолозите се во позиција да балансираат помеѓу интересите на пациентите, вработените и целото општество.

Намалената достапност до стоматолошките услуги може негативно да влијае врз прифаќањето на услугите (пациентите чекаат со болка и инфекција) и подолгорочно за оралното здравје на афектираните пациенти (немање можност за обезбедување на континуирана заштита). Поголемата поларизација во однесувањето и помалата пристапност и достапност за стоматолошка заштита претставува ризик за поголеми нееднаквости во однос на оралното здравје.

Со респект кон целокупната состојба, треба посебно да се истакне дека за да се овозможи безбедна околина за пациентите и стоматолошкиот тим, професионалците кои работат во стоматолошката дејност не треба да го запоставаат значењето на нивното добро ментално и физичко здравје и да се грижат за себе додека работат во новите околности и протоколи во услови на КОВИД-19 пандемија, кои може да претставуваат дополнителен терет на нивното ментално здравје. Емоционалниот дистрес околу тековнта ситуација кој е резултат на финансискиот губиток, недостаток на јасен водич и конфликтни мислења, несигурност за работата, страв од инфекција и психичките потешкотии може да влијаат врз работата, физичкото здравје и квалитетот на живот.

Клучни зборови: Ковид-19, пандемија, стоматологија

беше пред се поради можноста за брзо ширење на инфекцијата преку аеросолите кои се генерираат како резултат на работа со насадни инструменти со голема брзина. Во овој период и пристапот до ургентната стоматолошка заштита беше ограничен. Потоа на стоматолозите им беше дозволено да ја обавуваат својата дејност; во повеќето европски земји ова се случи меѓу средината на април и средината на мај 2020 год. Меѓутоа, и тогаш имаше големи предрасуди во поглед на посетите на стоматолог, како пример, после повторното отварање на 2/3 од стоматолошките ординации во Велика Британија, за 25% се намалиле посетите во однос на состојбата пред пандемијата (5).

Пандемијата со КОВИД-19 придонесе стоматолозите да мора да се прилагодат на новите водичи и протоколи за превенција од инфекцијата. Од нив се бара да се адаптираат на сите аспекти од нивната работа, од триажирање и закажување на пациентите до користење на дополнителна заштитна опрема на персоналот. Имплементацијата на овие водичи во конвенционалната стоматологија може да доведе до значајни финансиски проблеми кај провајдерите, компромитирајќи ја нивната финансиска одржливост. Потребната инвестиција за да се опреми стоматолошката ординација сега вклучува и специфична опрема за КОВИД-19, како лична заштитна опрема, опрема за прочистување на работните простории, дезинфекција и исфрлање на медицинскиот отпад. Сето тоа драматично ги зголемува трошоците на конвенционалната стоматологија. Според тоа, пациентите ќе бидат во помала можност да си дозволат стоматолошки интервенции бидејќи тие ќе бидат многу скапи. Од друга страна, пролонгираната економска рецесија во некои држави значеше и намалување на приходите од таксите, а со тоа и намалување на финансиите во здравството и можност за компромитирани услуги и зголемување на трошоците за пациентите.

Сепак се чувствува недостатокот на јасни препораки и научни истражувања во поглед на стоматологијата, што предизвикува закана за професијата и општо за оралното здравје на населението. Можеби ова беше оправдано под услови на неконтролирано ширење на инфекцијата и недоволното разбирање за справување со трансмисијата на вирусот.

Во овој период се создаде некоректна импресија дека стоматологијата не е безбедна и дека повеќето интервенции треба да се одложат после завршување на пандемијата. Едно истражување покажало дека два пати повеќе е намелен бројот на пациенти кои сакаат да ги откажат рутинските контроли поради инфекцијата со КОВИД-19 (6). Тоа едновремено значи и ризик за откажување на прегледите со кои може да биде детектиран оралниот карцином.

Во услови на КОВИД-19 настанаа и промени во односот кон исхраната и здравјето, има извештаи кои говорат за зголемување на грицкање, консумирање на алкохол и помалку физички активности (7). Ова однесување е во корелација со лошо ментално здравје кое пак е тесно поврзано со лошо орално здравје и промени во спиењето. Пониските примања на луѓето може да влијаат врз исхраната и оралната хигиена, како и на останатите однесувања и културни предиспозиции, вклучително и однесувањата кои штетат врз здравјето, како пушењето и намалување на посетите на стоматолог.

Од друга страна, има луѓе кои во оваа состојба се повеќе мотивирани да спремаат здрава храна и да ги зголемат орално хигиенските навики.

Мерките за контрола на инфекцијата и трансмисијата на SARS-CoV-2, се познати и особено се истакнува имплементацијата на протоколите за нивно спречување.

За време на т.н lockdown стоматологијата го реорганизираше давањето на услугите. 'Teledentistry' беше широко користена за пристап и тријажа на пациентите за ургентна стоматолошка заштита, давање на совети и следење на пациентите. Можноста за тријажирање на симптомите на пациентите може да помогне во ограничување од давање на непотребни стоматолошки услуги.

Истакнувањето на ургентната стоматолошка заштита во 2020 година, може да даде модели за унапредување на пристапот до итна стоматолошка заштита, информирање за систем на тријажирање кој е базиран на докази, вклучувајќи ги извештаите од останатите здравствени професионалци и користење на централизиран систем на закажување.

Според СЗО, медицинските процедури при кои се генерираат аеросоли го зголемуваат ризикот од инфекција со КОВИД-19, и во зависност од моменталната состојба со заразеноста, се препорачува избегнување на инвазивни ресторативни интервенции и поголема примена на не-инвазивни превентивни и микро-инвазивни техники.

Стоматологијата насочена кон минимална интервенција (8), модерниот биолошки пристап за контрола на денталниот кариес, дава ефикасни решенија (cost-effective) во период на КОВИД-19 пандемија, кој би требало се помасовно да се применува во светски рамки. Тековната криза со здравствените системи го зголемува притисокот на владините и невладините организации да го применат методот на минимална интервенција во стоматолошката заштита, а универзитетите да ги обноват нивните курикулуми во духот на модерната стоматологија. Ваквата иницијатива може да: (а) го зголеми пристапот до услугите во голема мера, како резултат на ниските цени; (б) ја зголеми можноста за вклучување на стоматолошката заштита во универзална здравствена заштита; (в) укаже на занемарување на денталното здравје и олеснување на давањето на стоматолошките здравствени услуги за време на пандемија и (г) ги намали нееднаквостите во денталното здравје.

Во цел овој период од стоматолозите се бара да обезбедат постојано ажурирана, безбедна, високо квалитетна стоматолошка заштита и истовремено да ги намалат можните ризици во од-

нос на оралното здравје. Во тој поглед, постојаното надоградување на нивото на знаење и зајакнувањето на протоколите во однос на безбедноста на пациентите и квалитетот на заштита се од најголемо значење за стоматолошката професија.

За време на овој период на предизвици, стоматолозите се во позиција да балансираат помеѓу интересите на пациентите, вработените и целото општество. Секако дека етичките принципи во релација со денталната професија за време на пандемијата не смее да бидат запоставени. Стоматолозите водени од етичките принципи, на почетокот веднаш ги прекинаа сите интервенции со цел да се спасат животите на поединците во услови на отсуство на минимална научна евиденција за КОВИД-19 пандемијата. Потоа, земјите воведоа различни водичи како насоки во однос на третманот на пациентите и донесувањето на одлуки за клиничка пракса за време на пандемијата и се бараа многу отстапувања од многу етички принципи. Пример, одбивањето на одредени дентални процедури со цел да се спречи ширењето на вирусот е етички прифатливо за да се обезбеди безбедноста на јавноста за време на пандемијата.

Позначајно е да се информираат пациентите за ризикот од можноста да се инфицираат (се гледа како задолжителна етичка акција). Доверливоста на пациентите е прифатлива (во случаи на КОВИД-19). Здравјето и добросостојбата на здравствените работници од првата линија, нивните права и одговорности не би требало да бидат компромитирани додека ги третираат пациентите.

Фокусот на идните истражувања треба да биде насочен кон:

- Изготвување на јасни водичи што опфаќа ургентната стоматолошка интервенција,
- Поголема јасност за тријажирањето во стоматологијата (online and face-to-face),
- Должината на преживување на вирусот на корона на различните површини во стоматолошката ординација,
- Колку долго треба за да се ерадира корона вирусот со дезинфекцијата, со користење на стандардните мерки за контрола на инфекцијата на различни површини во стоматолошката ординација,
- Развивање на нова етичка рамка соодветна за пандемијата,
- Етички прифатливи клинички стоматолошки истражувања со пациенти кои се инфицирани со корона вирусот.

Достапните статистички податоци за бројот на инфицирани стоматолози е значително помал во споредба со другите здравствени професионалци што укажува дека аеросолите во стоматологијата можеби треба да се разгледуваат како суштински различни од оние во медицината, за разлика од извештаите на СЗО. Неопходни се понатамошни истражувања на оваа тема, но последиците од инфекција со COVID-19 може да бидат екстремно сериозни доколку не се применуваат протоколите.

Безбедна и ефикасна дентална едукација за време на пандемијата со КОВИД-19

КОВИД-19 пандемијата имаше директно влијание и врз денталната едукација. Од март 2020, најголем број на европски академски институции ги затворија клиниките, а професорите и студентите брзо се адаптираат на online учење и консултации за да се намали нарушувањето на процесот на учење. Меѓутоа, следењето на online курсеви и настава за некои студенти може да претставува проблем. Предклиничките симулациски активности тешко се спроведуваат online и беа отстранети во многу институции.

Универзитетите требаше да промовираат интерпрофесионална едукација и поврзување со другите институции преку соодветни платформи и околности за поделба на искуствата и подобра пракса.

Советот на европски стоматолози верува дека европските академски институции мора да работат заедно за да обезбедат безбедни и добри услови за учење. Следниве насоки треба да бидат земени во предвид:

- Европските стоматолошки образовни институции треба да ги адаптираат нивните курикулуми на тековната состојба и да направат јасни водичи, додека обезбедуваат високо квалитетна и соодветна клиничка пракса.
- Има потреба да се изнајде баланс помеѓу in-person (потребата за развој на студентските клинички вештини и компетенции) и online (побезбедно)учење.
- Независно од методите на учење, online, hybrid или in-person, стоматолошките образовни институции треба да го дефинираат сетот од минимум потребни барања кои треба да ги исполнат студентите, со цел да обезбедат соодветна европска стоматолошка едукација и тие треба да бидат во линија со барањата на Директивата за професионални квалификации. Следново мора да биде содржано:
  - Теоретски курсеви (online или in-person)
  - Hands-on работилници со активно учество (online и in-person)
  - Клинички практични часови
  - Клинички случаи
  - Континуиран професионален развој

Со респект кон целокупната состојба, треба посебно да се истакне дека за да се овозможи безбедна околина за пациентите и стоматолошкиот тим, професионалците кои работат во стоматолошката дејност не треба да го запостават значењето на нивното добро ментално и физичко здравје и да се грижат за себе додека работат во новите околности и протоколи во услови на КОВИД-19 пандемија, кои може да претставуваат дополнителен терет на нивното ментално здравје. Емоционалниот дистрес околу тековнта ситуација кој е резултат на финансискиот губиток, недостаток на јасен во-

дич и конфликтни мислења, несигурност за работата, страв од инфекција и психичките потешкотии може да влијаат врз работата, физичкото здравје и квалитетот на живот. Прекумерниот стрес се поврзува со повлеченост, неодлучност, нефлексибилност и раздразливо однесување. Ваквото однесување може да влијае на донесувањето на клинички одлуки и нарушување на хармонијата на професионалниот тим.

Посебно треба да се истакне проблемот кој во услови на пандемија може да се јави кај професионалците во стоматологијата кој е поврзан со нивното психичко здравје. Исто така, кај многу студенти е зголемен ризикот од развој на проблеми со психичкото здравје, пред се анксиозност, како резултат на грижата околу нивното враќање на училиште, академските перформанси и финансиската состојба.

Во една Индиска студија (9) за скрининг на депресија регистрирани се кај 12% од студентите минимална депресија, блага депресија кај 34%, умерена кај 27% и тешка депресија кај 27% од студентите, додека кај стоматолозите 18% имале минимална депресија, 38% минимална, 22% умерена и 22% тешка депресија. Факторите кои имаат влијание се стравот да не се инфицираат со вирусот од пациентите, претходни проблеми со менталното здравје, загриженоста од lockdown и губење на работата заради пандемијата. Најголема депресија е забележана кај стоматолозите под 30 години што упатува што поголема соработка со соодветните установи за ментално здравје.

Земајќи ги во предвид сите проблеми кои се случуваат во стоматологијата во услови на светска пандемија, може да се констатира дека стоматологијата функционира во исклучително тешки услови и потребно е да се укаже на грешките во системите за стоматолошка здравствена заштита. Можноста да се истакнат грешките во системите е само преку колективна акција, а за тоа е потребно воведување на глобална здравствена мрежа за зголемување на учеството. Во неа би требало да бидат вклучени стоматолози и останати членови со добра репрезентативност во нивните сектори во општествата и професионалци во стоматологијата кои работат во локалните сервиси. Нивното учество е релевантно исто колку и академските лидери кои можеби се малку дистанцирани од вистинската реалност во спроведувањето на стоматолошката заштита. Искуствата кои доаѓаат од секојдневните активности во стоматолошката пракса се многу релевантни во процесот на развој и имплементација на новата стратегија за денталното здравје.

Глобалниот напредок на денталното здравје неможе да се постигне со индивидуални учесници или мал тим на професионални лидери кои работат 'на своја рака'. Комплексивноста од развој на нов cost-effective стоматолошки здравствен систем, намалувањето на нееднаквостите во денталното здравје и интегрирање на денталното здравје во здравствената агенда бара широко учество. Стоматолошките здравствени организации и влијателните индивидуални лидери во стоматологијата може да се приклучат на силите за колективна акција под водство на СЗО за модернизирање на тековните стоматолошки здравствени системи.

Постои консензус дека новиот концепт на примарна стоматолошка здравствена заштита би требало да се развива како интегрален дел на примарната здравствена заштита. Постојат различни начини на интеграција, како интерпрофесионална едукација, интерпрофесионална колаборативна пракса, и јавно и приватно партнерство. Прераспределувањето на стоматолозите, оралните хигиеничари, терапевти и стоматолошки сестри за поддршка на здравствените сервиси кои се грижеа за пациентите со КОВИД-19 за време на кризата е чекор кон интеграција на стоматолошката и општата здрвствена заштита. Стоматолошкиот персонал разви нови вештини и клинички познавања за спроведување на клиничките процедури покрај нивниот секојдневен опсег на пракса.

За ефикасна изведба креаторите на политиките во стоматологијата мора да го напуштат застареното верување дека исклучиво со програми за свесност на ризик ќе доведе до промена во однесувањето. Психолошките детерминанти за промена на однесувањето потребно е да се разгледаат од аспект кој ефективно ќе се справи со моменталните неуспеси. Спроведените студии укажуваат дека оралното здравје не се подобрило значително во изминативе три декади во светски рамки и сеуште претставува главен глобален предизвик во јавното здравство (1). Очигледно е дека е потребен поголем труд и потенцијално различни пристапи во промоцијата на оралното здравје.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bernabe et al. Journal of Dental Research 2017; 99:362-373.
2. Patel J, Woolley J. Necrotizing periodontal disease: oral manifestations of COVID-19. Oral Diseases 2020; 00:1-2.
3. Baker S. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? Community Dentistry and Oral Epidemiology 2009; 40:306-314.
4. Marshman Z et ai. What influences the use of dental services by adults in the UK? Community Dentistry and Oral Epidemiology 2012; 37:485-494.
5. British Dental Association. Investigation into the resilience of mixed NHS/ private dental practices following the first wave of the COVID-19 pandemic, 2020.
6. Hefferman M. Public atittudes on returning to dentistry post COVID-19 – the practice. Shenley: Dentistry online, 2020.
7. Arora T, Grey I. Health bihaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: a mini-review. Journal of Healyh Psychology 2020; 25:1155-1163.
8. Innes N.P, Manton D.J. Minimum intervention children's dentistry – the starting poin for a lifetime of oral health. British Dental Journal 2017; 223:205-213.
9. Chakraborty T, Subbiah GK, Damade Y. Psychological Distress during COVID-19 Lockdown among Dental Students and Practitioners in India: A Cross-Sectional Survey. Eur J Dent:2020;14(suppl S1): S70–S78.

Сознанија на студентите по стоматологија за ХИВ (I дел)

Симоноска Ј.[1], Стевановиќ М.[1], Симјановска Ј.[2]

[1] Клиника за детска и превентивна стоматологија, Стоматолошки факултет-Скопје
[2] Институт за белодробни заболувања кај децата-Козле

1. ВОВЕД

Вирус на хумана имунодефициенција (ХИВ) / синдром на стекната имунодефициенција (СИДА) во моментов е четврта водечка причина за смртност во светот. Поради својата природа како социолошки, психолошки, економски и медицински проблем, ХИВ инфекцијата и СИДА-та се сметаат за едни од најголемите опасности во животот. Инфекцијата со ХИВ и СИДА претставува еден од поголемите предизвици за јавното здравје во модерното време. Од 1981 година кога беше за прв пат опишана ХИВ инфекцијата, дефинирани се различни орални состојби поврзани со ХИВ / СИДА. Двата лабораториски маркери, бројот на лимфоцити ЦД4 + и вирусната застапеност на ХИВ, се важни параметри за следење на прогресијата на ХИВ болеста. Нивото на присутноста на вирусот е предвидувачки фактор за развој на болеста и претставува важен елемент за одредувањето на терапијата[1].

ХИВ вирусот припаѓа на групата на ретровируси. Тој е неотпорен на температура и дезинфекциони средства на база на хлор. На 60^0 С се уништува за време од 30мин.

Синдром на стекната имунодефициенција (СИДА) е комплекс на симптоми и инфекции предизвикани од вирусот ХИВ, дефинирана со ненадејно појавување на опортунистички или туморски инфективни манифестации, поврзани со големо намалување на клеточниот имунолошки систем. Според тоа СИДАта е стекната инфекција[2].

Дијагнозата на ХИВ / СИДА се поставува со позитивен тест за антитела на ХИВ како за постоење на ХИВ инфекција, така и за појава на некои многу специфични состојби - болести [2].

Комисијата на Обединетите нации одговорна за вирусот на ХИВ / СИДА

АПСТРАКТ

Вирусите на хуманата имунодефициенција (ХИВ) се два вида на Лентавирус (подгрупа на ретровирус) кои ја напаѓаат т.е. инфицираат хуманата популација. Со текот на времето, тие предизвикуваат синдром на стекната имунодефициенција (СИДА), состојба во која прогресивната инсуфициенција на имунолошкиот систем овозможува да се развиваат опасни по живот опортунистички инфекции и карциноми.

Оралните лезии се меѓу најраните клинички манифестации на инфекција со вирусот на ХИВ и се важни при рано дијагностицирање и следење на прогресијата на СИДА.

Главен субјект во оваа студија се Стоматолозите кои се грижат за оралното здравје на популацијата, да обезбедат соодветна орална здравствена заштита на овие лица и на овој начин да придонесат за подобар квалитет на живот кај луѓето кои живеат со ХИВ инфекција и СИДА.

Студијата беше фокусирана на студентите од последната година на студии (5год.) и стажантите од Стоматолошкиот факултет при Универзитетот "Св. Кирил и Методиј " во Скопје. Основна цел беше да се утврди застапеноста и корелацијата на знаењето на студентите по стоматологија, изворите на знаења и едукација, како и потребата за понатамошно образование во однос на вирусот на ХИВ и СИДА. Студентите по стоматологија се вклучени во грижата за пациентите со ХИВ / СИДА и од суштинско значење е тие да имаат познавање за оваа болест.

Преку прашалник за самоевалуација требаше да се процени знаењето на додипломски студенти и стажантите во врска со ХИВ / СИДА.

Во студијата учествуваа 77 студенти поделени во две групи. Првата група А – Студенти од 5год. и втората група Б – студенти на стаж.

Мнозинството испитаници беа запознаени и покажаа знаење за целосната клиничка слика и оралните манифестации присутни кај заболените од вирусот на ХИВ и СИДА и вообичаените начини на пренесување на вирусот на ХИВ. Студијата потенцира недостаток на соодветно знаење на студенти и стажантите на стоматологија за ХИВ во однос на трансмисијата на ХИВ вирусот во споредба со другите крвно преносливи болести како хепатитисот Б и професионалната изложеност на потенцијално заразни заболувања.

Учесниците согледаа дека намалувањето на трансмисијата на ХИВ / СИДА може да се постигне со подигнување на јавната свест, практикување на безбедно работење со денталните инструменти и правилна стерилизација.

Информациите добиени за знаењето за ХИВ и СИДА меѓу студентите на стоматологија претставуваат клучна основа за напорите насочени кон развивање и креирање на соодветна наставна програма, како и залагањето на наставниот кадар за едукација на студентите кон оваа тема.

Клучни зборови: Студенти на стоматологија, имунодефициенција - ХИВ, орални манифестации на ХИВ, сознанија и здобиени знаења во однос на ХИВ инфекција.

(UNAIDS) проценува дека 34 милиони луѓе живееле со ХИВ во 2010 година.

38 милиони луѓе на глобално ниво живееле со ХИВ во 2019 година. Од нив 1,8 милиони се деца на возраст од 0–14 години [3].

Вирусот на ХИВ/СИДА претставуваат водечка причина за смрт кај лица на возраст од 15-59 години ширум светот. Забележителен пад на смртноста од СИДА има поради брзата еволуција на успешен третман со високо-активна анти- ретровирусна терапија[1].

Иако не постои специфичен лек против оваа болест, клучот на овој проблем лежи во добрата информираност и превенција од нејзина трансмисија.

Поради сериозните аберации на целуларниот и хуморалниот имунитет, појавените промени широко се дистрибуираат во сите органи и ткива. Притоа не е поштедена ни усната празнина.

Според резултатите од различни студии, оралните лезии се забележани кај 70-90% од ХИВ-позитивните пациенти за време на различните фази на болеста [4,5,6].

Оралните лезии претствуваат рани клинички карактеристики на ХИВ инфекција [7]. Овие лезии се често индикатори на имунолошка супресија и може да се користат за рано тестирање, дијагностицирање и лекување на пациенти со ХИВ / СИДА. Оралните лезии придонесуваат во морбидитетот на пациентите, што влијае на психолошкото и економското функционирање на индивидуата и општеството[8].

Предиспонирачки фактори за појавување на оралните лезии вклучуваат пад на ЦД4 помалку од 200 клетки / мм3, вирусно оптоварување поголемо од 3000 копии / мл, ксеростомија, лоша хигиена на устата и пушењето [9].

2. ПРЕГЛЕД ОД ЛИТЕРАТУРАТА

2.1. Патофизиологија

Вирус на ХИВ главно ги зафаќа и инфицира белите крвни клетки наречени Т-лимфоцити (Т-клетки) со прицврстување на протеинот ЦД4 (Кластер на диференцијација 4) на површината на клетките. Исто така тој се прицврстува и на површината на моноцитите, макрофагите и дендритичните клетки [10]. Дендритичните клетки во мукозниот епител се најчеста почетна цел за инфекција со ХИВ и/или се носители на вирусот до најблиската лимфоидна станица во подлабоките ткива[2].

Влезна врата на ХИВ инфекцијата во човечкото тело е преку крвта и мукозните површини. Вирусот се вгнездува во лимфоидното ткиво каде што се реплицира и станува достапен на клетките на имунолошкиот систем (како Т-лимфоцити, моноцити и макрофаги)[2].

Главен белег на ХИВ заболувањето е прогресивно губење на ЦД4 + лимфоцитите. Без терапија, кај заболените, секоја година во просек се губат од 60 до 80 клетки / mm3. Оваа загуба е многу променлива и се јавува во периоди на стабилност и нагло опаѓање[2].

Штом бројот на ЦД4 лимфоцити падне под 200 клетки на мл, се менува соодносот на помошни и супресивни клетки, а со тоа дијагнозата на СИДА е потврдена[2].

2.2. Орални манифестации на ХИВ

Болеста започнува со инкубација која има различен дијапазон и зависи од многу дополнителни индивидуални и општи фактори кај секоја единка. Таа трае од неколку месеци до 10 год. Сериозниот пад на имуниот одговор се манифестира преку орални, кожни и други промени.

Оралните лезии се среќаваат како рани клинички карактеристики на ХИВ инфекциј[7]. Се појавуваат во вид на повеќекратни, разновидни манифестации, а понекогаш се првиот знак дека пациентите го поседуваат вирусот. Студиите проценуваат дека повеќе од 90% од лицата со ХИВ инфекција ќе имаат барем една орална манифестација за време на нивната болест [11].

Овие лезии можат да бидат присутни кај 50% од луѓето со ХИВ инфекција и кај 80% од оние со дијагноза на СИДА[12]. Во случаи кога ХИВ-статусот на една личност е непознат, оралните лезии претставуваат силна индикација за присуство на ХИВ-инфекција[13].

Некои од овие лезии имаат предвидлива вредност, предупредувајќи на прогресија на серопозитивен ХИВ стадиум кон клиничка манифестација на СИДА. Тие често се индикатори на имунолошка супресија и можат да се користат за рано тестирање, дијагностицирање и лекување на пациенти со ХИВ / СИДА[14, 15].

Оралните лезии кај ХИВ можат да послужат како маркери за влошување на имунитетот, прогресија на болеста и укажуваат на лош исход од истата[16].

2.3. Класификација на орални лезии на ХИВ

Оралните мукозни лезии се дел од клиничките критериуми во голем број системи за класификација на ХИВ / СИДА. Класификација може да се заснова на етиолошките фактори или нивно заедничко дејство. ЕК-Клиринхаус за орални проблеми поврзани со ХИВ инфекција и СЗО Центар за соработка за орални манифестации на вирус на хумана имунодефициенција како основа за класификација ја користи силата на асоцијација на повеќе фактори за оралните лезии со ХИВ инфекција[17].

Група 1: Лезии силно поврзани со ХИВ инфекција:

- Кандидијази:
  - Псеудомембранозна кандидијаза
  - Еритематозна кандидијаза
- Ангуларен хиелитис
- Влакнеста леукоплакија
- Капоши сарком
- Нон-Ходчкин лимфом
- Периодонтални заболувања
- Линеарна гингивална еритема
- Некротизирачки (улцеративен) гингивит
- Некротизирачки (улцеративен) периодонтит

Група 2: Лезии поретко поврзани со ХИВ инфекција

- Бактериски инфекции
  - Микобактериум авиум интра – целуларна инфекција
  - *Mycobacterium tuberculosis*
  - Меланотична хиперпигментација
  - Некротичен (улцеративен) стоматит
  - Заболувања на плунковните жлезди
  - Ксеростомија - поради намалениот проток на плунка
  - Едностранo или билатерално отекување на главните плунковни жлезди
  - Тромбоцитопенична пурпура
  - Улцерации

- Вирусни инфекции:
  - Херпекс симплекс вирус
  - Хуман папилома вирус
  - Кондилома акуминатум
  - Фокална епителна хиперплазија
  - Верука вулгарис
  - Варичела зостер
  - Херпер зостер

24. Клинички карактеристики и дијагностика на орални лезии на ХИВ

Орална кандидијаза

Оралната кандидијаза е најчестата интра-орална лезија забележана кај ХИВ-инфицирани лица. На интензивно еритемната површина се јавуваат бели налепи, кои се всушност колонии од *Candida albicans*. Зависно од стадиумот на болеста, кандидијазата може да биде локализирана или пак генерализирана. Најчестиот предизвикувач на оралната кандидијаза е *Candida albicans*, но и многу други не-albicans видови, како што се *C. glabrata, C. tropicalis, C. krusei и C. Dublinieusis,* може да бидат причина за појава на оваа болест. Присуството на орална кандидијаза е поврзано со намалување на бројот на ЦД4 клетките <200, пушењето и употреба на хероин и метадон [18].

Најчести форми на орална кандидијаза:

- Псевдомембранозна кандидијаза
- Еритематозна кандидијаза
- Ангуларен хелитис

Слика 1 Псевдомембранозна и еритематозна кандидијаза на задниот дел на јазикот[2]

Слика 2 Ангуларен хиелит[2]

Пародонтални заболувања

Првите истражувања од 1981 год. се фокусираат на пародонталните промени специфично поврзани со ХИВ инфекцијата. Најраните орални манифестации вклучуваат невообичаените и тешки форми на пародонтална болест кај лица заразени со ХИВ, особено кај машки хомосексуалци. Овие лезии се движеле од тежок гингивит до напреднат, болен пародонтит кој се карактеризирал со спонтано крварење, експонираност на алвеоларната коска, а често и коскена секвестрација проследена со губење на забите[19,20].

Најзастапена форма на пародонтално заболување е **линеарен еритематозен гингивит** кој се манифестира како постојана, силно изразена, интензивна, огнено црвена лента која се протега 2-3 мм апикално од слободниот гингивален раб[21]. Зафатената гингивата лесно крвари при четкање на забите или нежно сондирање, па дури и спонтано во некои случаи [22]. Но сепак нема улцерации. Ваквиот гингивит најчесто се забележува во почетните стадиуми од ХИВ инфекцијата и понекогаш може да е претходник на некротизирачки улцеративен пародонтитис[23].

Слика 3 Линеарен еритематозен гингивит[2]

Студиите покажуваат присуство на *Candida albicans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Fusobucterium nucleatum и Campylobacter rectus* [24, 25]. Подвидовите на *Candida* изолирани од активните гингивални лезии, укажуваат на можна етиолошка поврзаност[26, 27,28]. Употребата на тутун е докажано дека влијае на степенот на гингивалната инфламација, во однос на бројот на зафатени места т.е проширеноста [29].

Некротизирачки улцеративен гингивит (НУГ) според предложениот дијагностички критериум (според ЕКК и СЗО), се дефинира како уништување на една или повеќе интердентални папили[17]. Во акутната фаза на болеста, улцерацијата и некрозата може да бидат придружени со крварење и карактеристичен фетор. Зафатената гингива може да е изразено болна или асимптоматска[30]. Најчесто се засегнати фронталните долни заби [30].

Слика 4 Некротизирачки улцеративен гингивит[2]

Некротизирачки улцеративен пародонтитис (НУП) може да биде продолжение на некротизирачки улцеративен гингивит кај лица инфицирани со ХИВ. Се карактеризира со губење на мекото ткиво како резултат на улцерации или некроза со брза деструкција на периодонталниот атачмент и интерпроксималното коскено ткиво[17 31]. Коскената загуба е радиографски видлива. Често е присутен карактеристичен непријатен мирис. Присуство на длабоките пародонтални џебови не се карактеристични за НУП поради обемната гингивална некроза, често пропратена со загуба на алвеоларна коска[31].

Слика 5 Некротизирачки улцеративен периодонтитис[2]

Слика 6 Ртг на НУП која покажува голема загуба на коска околу 22[2]

Орална влакнеста леукоплакија (ОВЛ)

Оваа манифестација обично е асимптоматска, бела, вертикална, брановидна, влакнеста лезија присутна на страничните делови на јазикот (билатерално или унилатерално). Влакнестата леукоплакија може да се прошири на дорзалната и вентралната површина на јазикот. Понекогаш ја зафаќа соседната букална лигавица и подот на усната празнина каде се гледа како мазна и кадифена лезија. За разлика од кандидијазата, влакнестата леукоплакија не може механички да се отстрани од површината на мукозата[17].

Многубројните истражувања обезбедиле докази кои укажуваат дека Епштајн Бар вирусот (ЕБВ) е најверојатната етиолошка причина за појавата на оваа лезија. Врз основа на тоа, научниците сметаа дека ваквата леукоплакија треба да се преименува во „ЕБВ леукоплакија“ [32, 33].

Слика 7. Влакнеста леукоплакија[2]

Капоши саркома

Ова е најчестата малигна форма која се среќава кај пациенти со ХИВ / СИДА[33]. Капоши сарком-асоциран херпес вирус (КСХВ) / хуман херпес вирус-8 (ХХВ-8) е предизвикувачки агенс добиен од ендотелијалните клетки на Капоши сарком[34].

Лезиите се опишуваат како црвеникави, синкави или виолетови, единечни или повеќебројни макули или нодули кои може да улцерираат, локализирани на непцето или гингивата. Патолошкиот процес освен лигавицата може да го зафати и коскеното ткиво и да доведе до расклатување на забите[33]. Ваквите промени најчесто се забележуваат кај хомосексуални мажи.

Кај 22% од пациентите, лезиите се присутни интраорално, додека кај 45% од пациентите освен орални се манифестираат и кожни лезии[35]. Биопсијата е неопходна за дефинитивна дијагноза.

Капоши саркомот се смета за патогномоничен белег за ХИВ инфекции.

Слика 8. Капоши сарком на палатумот и гингивата[2]

Орални улкуси

Околу 50% од пациентите со СИДА манифестираат орални улцерации за време на нивната болест. Рекурентни афтозни улкуси (РАУ) може да се класифицираат како минорни афтозни улцерации (МиАУ) и мајорни афтозни улцерации (МјАУ).

МиАУ: Минорните афтозни лезии се плитки улцерации, со дијаметар од околу 2-5мм, најчесто покриени со белузлава псевдомембрана и опкружени со еритематозен прстен.

МјАУ: Мајорните афтозни улцерации најчесто се гледаат кај пациенти со тешка имуносупресија (ЦД4 Т-лимфоцитен број 100 клетки / мм3 или помалку)[36]. Тие генерално се локализирани на бочните рабови на јазикот, мекото непце, подот на устата, букалната мукоза и орофаринксот (се јавуваат на кератинизирани и на некератинизирани површини). Овие лезии се многу болни и може да траат со месеци предизвикувајќи потешкотии при говор, мастикација и голтање.

Слика 9. МиАУ[2]

Слика 10. МјАУ[2]

Заболувања на плунковните жлезди

Во литературата постојат податоци кои укажуваат дека заболувањата на плунковните жлезди, како што се зголемување на големите плунковни жлезди и ксеростомијата, се многу застапени во Северна Африка и Тајланд[37]. Неухранетоста, особено во Северна Африка игра важна улога во етиологијата на овие болести. Забележана е побавна прогресија на ХИВ инфекцијата кај деца и возрасни кај кои има зголемување на плунковните жлезди[38].

Неодамна е откриено дека оралните мукоцели и ранули се орални манифестации на ХИВ инфекција. Во неколку студии се опишуваат како први симптоми и рани манифестации на ХИВ инфекција[39,40].

Ксеростомија

Ксеростомијата може да биде поврзана со зголемување на плунковните жлезди, но исто така е честа последица на лековите што ги користат болните од СИДА. Докажано е присуство на Цитомегаловирус (ЦМВ) во плунковните жлезди кај пациентите со ксеростомија[7]. Симптомите можат да се олеснат со стимулирање на лачењето на плунката со гуми за џвакање без шеќер или замена за плунка. Превенцијата од денталниот кариес кај лица со ксеростомија е исклучително важна, а се постигнува со употребата на локални флуоридни гелови и водички[41].

Намалување на симптомите на ксеростомија, овозможуваат подобрување на квалитетот на говорот и олеснување на употребата на орално-протетските помагала[21].

Инфекции со Херпес вирус

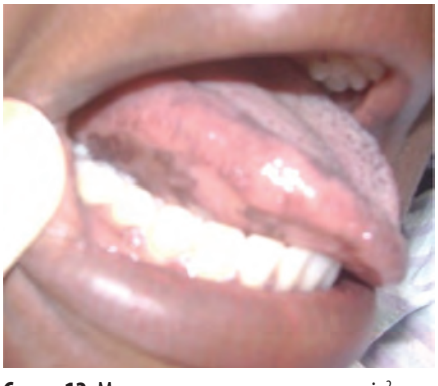
Вирусот на варичела зостер (ВЗВ) припаѓа на групата на Херпесвируси предизвикувајќи примарна и рекурентна инфекција која останува во латентна форма во сензорни ганглии. ВЗВ е одговорен за две големи клинички инфекции кај луѓето: овчи сипаници (варичела) и херпес

зостер [42]. Присуството на херпес зостер укажува на лош исход од ХИВ инфекција[43]. Во некои клинички случаи ВЗВ може да претставува ран симптом на компликација и потенцијална причина за смртност кај заболените од СИДА [44].

Слика 11. Херпес зостер на левата максиларна гранка и десна окципитална гранка од n.trigeminus[2]

Орална меланотична хиперпигментација

Кафеава или кафено црна макуларна орална хиперпигментација, типично поврзана со интралеукоцитичен меланин или пигмент присутен во базалниот клеточен слој или lamina propria, со прематурни меланозоми е опишана кај ХИВ-инфицирани пациенти[45]. Најчесто се појавува од непознат причинител и не реагира на антиретро-вирусната терапија.



Слика 12. Меланотична хиперпигментација[2]

Понекогаш стоматологот е првиот давател на здравствени услуги кој ја дијагностицира состојбата на пациентите со висока суспектност преку дијагностичките иследувања на главта и вратот и орални манифестации [15].

Иако намалувањето на смртноста кај заболените од ХИВ и СИДА се должи на брзата еволуција на успешен третман со високо-активна анти- ретровирусна терапија, сепак бројот на заболени ширум светот е сеуште висок. Од тука произлегува важноста на стоматолозите повеќе да се вклучат во спречувањето на ширење на ХИВ инфекцијата и нега на заразени лица.

Некои орални лезии на ХИВ / СИДА се улцеративни и болни и ја компромитираат способноста на пациентите да јадат и да голтаат, што последователно доведува до неухранетост и слабеење што ја влошува веќе имунокомпромитираната состојба. Оттука, потребен е навремен и ран третман на лезиите. Раниот третман на орални лезии е неопходен за да се намали морбидитетот и морталитетот кај пациенти заразени со ХИВ.

Потребата од одржување на оралното здравје е со цел да се спречат компликации во вид на микробиолошките инфекции, коишто можат да бидат фатални кај овој вид пациенти [2].

Некои од антивирусните лекови исто така може да дадат орални манифестации како несакани ефекти.

Затоа, важно е рутински да се вршат прегледи во стоматолошки и медицински ординации[46], кај пациенти заболени од ХИВ и пациенти со висок ризик од заболување[13].

Во моментов, се користат маркерите на вирусната застапеност и утврдување на статус на лимфоцитите ЦД4 за следење на прогресијата и третманот на болеста. Дијагностичките тестови како овие овозможуваат поголема одговорност на стоматолозите, кои треба да бидат претпазливи во однос на терапијата која ја ординираат [2].

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Pakfetrat A.,Farnaz F., Delavarian Z, Dalirsani Z, Sanatkhani M, Zabihi M M. Oral Manifestations of Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. 2015 Jan;27(78):43-54.
2. Agbelusi G.A., Eweka O.M., Ȣmeizudike K.A., Okoh M. Oral Manifestations of HIV. 2012 May-2012 Aug. DOI: 10.5772/52941
3. Gupta M, Lehl S S, Singh R. The Educational Environment of the Indian Undergraduate Medical Students: Is it Good Enough?. 2018 Jan;66(1):20-6.
4. Patton LL, McKaig RG, Strauss RP, Eron JJ Jr. Oral manifestations of HIV in a southeast USA population. Oral Dis. 1998 Sep;4(3):164-9. doi: 10.1111/j.1601-0825.1998.tb00274.x. PMID: 9972166.
5. Patton LL, McKaig R, Strauss R, Rogers D, Eron JJ Jr. Changing prevalence of oral manifestations of human immuno-deficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 Mar;89(3):299-304. doi: 10.1016/s1079-2104(00)70092-8. PMID: 10710453.
6. Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, Sauer G. Oral manifestations of HIV infection in 600 South African patients. J Oral Pathol Med. 1998 Apr;27(4):176-9. doi: 10.1111/j.1600-0714.1998.tb01936.x. PMID: 9563573.
7. Greenspan JS , Barr CE , Sciubba JJ, Winkler JR. Oral manifestations of HIV infection. Definitions, diagnostic criteria, and principles of therapy. The U.S.A. Oral AIDS Collaborative Group. 1992 Feb;73(2):142-4. doi: 10.1016/0030-4220(92)90185-s.
8. Kaminu HN, Naidoo S. Oral HIV lesions and oral health behavior of HIV- Positive patients attending the Queen Elizabeth II Hospital, 2002 Dec;57(11):479-82.
9. Greenspan D, Canchola A J, MacPhail L A, Cheikh B, Greenspan JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. 2001 May 5;357(9266):1411-2. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04578-5.
10. Miceli MC, Parnes JR. Role of CD4 and CD8 in T cell activation and differentiation. Adv.Immunol. 1993;53:59-122. doi: 10.1016/s0065-2776(08)60498-8.
11. Weinert M, Grimes RM, Lynch DP. Oral manifestation of HIV infection. 1996 Sep15;125(6):485-96. doi: 10.7326/0003-4819-125-6-199609150-00010.
12. Palmer GD, RobinsonPG, Challacombe SJ, Birnbaum W, Croser D, Erridge PL, et al. Aetiological factors for oral manifestations of HIV. 1996 Sep;2(3):193-7. doi: 10.1111/j.1601-0825.1996.tb00223.x.
13. Maeve MC, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with HIV. 2005 Sep;83(9):700-6. Epub 2005 Sep 30.
14. Arendorf TM; Bredekamp B, Cloete CAC, Sauer G. Oral manifestations of HIV infection in 600 South African patients. J. Oral Pathol Med. 1998 Apr;27(4):176-9. 27: 179-189. doi: 10.1111/j.1600-0714.1998.tb01936.x.
15. Agbelusi GA, Wright AA. Oral lesions as indicators of HIV infection among routine dental patients in Lagos, Nigeria. Oral Dis 2005 Nov;11(6):370-3. doi:10.1111/j.16010825.2005.01132.x.
16. Adurogbangba MI, Aderinokun GA, Odaibo GN, Olaleye OD, Lawoyin TO. Oro⊠facial lesions and CD4 counts associated with HIV/AIDS in an adult population in Oyo State, Nigeria. 2004 Nov;10(6):319-26. doi: 10.1111/j.1601-0825.2004.01036.x.
17. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection

and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. J Oral Pathol Med. 1993 Aug;22(7):289-91.
18. Reznik DA. Oral manifestations of HIV disease. Top HIV Med. 2005 Dec-2006 Jan;13(5):143-8.
19. Silverman S Jr, Migliorati CA, Lozada-Nur F, Greenspan D, Conant MA. Oral findings in people with or at high risk for AIDS: a study of 375 homosexual males. J Am Dent Assoc. 1986 Feb;112(2):187-92. doi: 10.14219/jada.archive.1986.0321.
20. Ryder MI, Nittayananta W, Coogan M, Greenspan D, Greenspan JS. Periodontal disease in HIV/AIDS. Periodontol 2000. 2012 Oct;60(1):78-97. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00445.x.
21. Narani N, Epstein JB. Classifications of oral lesions in HIV infection. J Clin Periodontol. 2001 Feb;28(2):137-45. doi: 10.1034/j.1600-051x.2001.028002137.x. PMID: 11168738.
22. Robinson PG, Adegboye A, Rowland RW, Yeung S, Johnson NW. Periodontal diseases and HIV infection. Oral Dis. 2002;8 Suppl 2:144-50. doi: 10.1034/j.1601-0825.8.s2.5.x. PMID: 12164648.
23. Holmstrup P, Glick M. Treatment of periodontal disease in the immunodeficient patient. Periodontol 2000. 2002;28:190-205. doi: 10.1034/j.1600-0757.2002.280108.x. PMID: 12013342.
24. Murray PA, Grassi M, Winkler JR. The microbiology of HIV-associated periodontal lesions. J Clin Periodontol. 1989 Nov;16(10):636-42. doi: 10.1111/j.1600-051x.1989.tb01032.x. PMID: 2693496.
25. Murray PA, Winkler JR, Peros WJ, French CK, Lippke JA. DNA probe detection of periodontal pathogens in HIV-associated periodontal lesions. Oral Microbiol Immunol. 1991 Feb;6(1):34-40. doi: 10.1111/j.1399-302x.1991.tb00449.x. PMID: 1945481.
26. Lamster IB, Begg MD, Mitchell-Lewis D, Fine JB, Grbic JT, Todak GG, el-Sadr W, Gorman JM, Zambon JJ, Phelan JA. Oral manifestations of HIV infection in homosexual men and intravenous drug users. Study design and relationship of epidemiologic, clinical, and immunologic parameters to oral lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994 Aug;78(2):163-74. doi: 10.1016/0030-4220(94)90140-6. PMID: 7936584.
27. Velegraki A, Nicolatou O, Theodoridou M, Mostrou G, Legakis NJ. Paediatric AIDS—related linear gingival erythema: a form of erythematous candidiasis? J Oral Pathol Med. 1999 Apr;28(4):178-82. doi: 10.1111/j.1600-0714.1999.tb02020.x. PMID: 10235372.
28. Grbic JT, Mitchell-Lewis DA, Fine JB, Phelan JA, Bucklan RS, Zambon JJ, Lamster IB. The relationship of candidiasis to linear gingival erythema in HIV-infected homosexual men and parenteral drug users. J Periodontol. 1995 Jan;66(1):30-7. doi: 10.1902/jop.1995.66.1.30. PMID: 7891247.
29. Holmes HK, Stephen LX. Oral lesions of HIV infection in developing countries. Oral Dis. 2002;8 Suppl 2:40-3. doi: 10.1034/j.1601-0825.2002.00010.x. PMID: 12164658.
30. Robinson PG, Sheiham A, Challacombe SJ, Wren MW, Zakrzewska JM. Gingival ulceration in HIV infection. A case series and case control study. J Clin Periodontol. 1998 Mar;25(3):260-7. doi: 10.1111/j.1600-051x.1998.tb02437.x. PMID: 9543197.
31. Winkler JR, Robertson PB. Periodontal disease associated with HIV infection. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992 Feb;73(2):145-50. doi: 10.1016/0030-4220(92)90186-t. PMID: 1532235.
32. Greenspan D, Greenspan JS, Conant M, Petersen V, Silverman S Jr, de Souza Y. Oral „hairy" leucoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. Lancet. 1984 Oct 13;2(8407):831-4. doi: 10.1016/s0140-6736(84)90872-9. PMID: 6148571.
33. Chapple IL, Hamburger J. The significance of oral health in HIV disease. Sex Transm Infect. 2000 Aug;76(4):236-43. doi: 10.1136/sti.76.4.236. PMID: 11026876; PMCID: PMC1744197.
34. Sturzl M, Konrad A, Alkharsah KR, Jochmann R, Mathias T et al : The contribution of systems biology and reverse genetics to the understanding of kaposi's sarcoma-associated herpes virus pathogenesis in endothelial cells. 2009. Thomb. Haemot.; 102: 1117-1134.
35. Tappero JW, Conant MA, Wolfe SF, Berger TG. Kaposi's sarcoma. Epidemiology, pathogenesis, histology, clinical spectrum, staging criteria and therapy. J Am Acad Dermatol. 1993 Mar;28(3):371-95. doi: 10.1016/0190-9622(93)70057-z. PMID: 8445054.
36. Ramos-Gomez FJ. Oral aspects of HIV infection in children. Oral Dis. 1997 May;3 Suppl 1:S31-5. doi: 10.1111/j.1601-0825.1997.tb00370.x. PMID: 9456653.
37. Nittayananta W, Chungpanich S. Oral lesions in a group of Thai people with AIDS. Oral Dis. 1997 May;3 Suppl 1:S41-5. doi: 10.1111/j.1601-0825.1997.tb00372.x. PMID: 9456655.
38. Katz MH, Mastrucci MT, Leggott PJ, Westenhouse J, Greenspan JS, Scott GB. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. Am J Dis Child. 1993 Jan;147(1):45-8. doi: 10.1001/archpedi.1993.02160250047015. PMID: 8418598.
39. Syebele K, Bütow KW. Oral mucoceles and ranulas may be part of initial manifestations of HIV infection. AIDS Res Hum Retroviruses. 2010 Oct;26(10):1075-8. doi: 10.1089/aid.2010.0051. Epub 2010 Sep 23. PMID: 20860533.
40. Kamulegeya A, Okello SM. Ranulas: possible signs for HIV/AIDS? 1 year Ugandan descriptive study. Acta Odontol Scand. 2012 Mar;70(2):149-53. doi: 10.3109/00016357.2011.600709. Epub 2011 Jul 25. PMID: 21780970.
41. Greenspan D, Greenspan JS. HIV-related oral disease. Lancet. 1996 Sep 14;348(9029):729-33. doi: 10.1016/S0140-6736(96)02308-2. PMID: 8806295.
42. Greenberg MS, Glick M, Nghiem L, Stewart JC, Hodinka R, Dubin G. Relationship of cytomegalovirus to salivary gland dysfunction in HIV-infected patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 Mar;83(3):334-9. doi: 10.1016/s1079-2104(97)90239-0. PMID: 9084195.
43. Scully C, Cawson RA, Porter S. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Br Dent J. 1983 Oct 8;155(7):221-5. doi: 10.1038/sj.bdj.4805181. PMID: 6227326.
44. Cawson RA. Infective endocarditis as a complication of dental treatment. Br Dent J. 1981 Dec 15;151(12):409-14. doi: 10.1038/sj.bdj.4804724. PMID: 7032551.
45. Langford A, Ruf B. Diagnose und Differentialdiagnose der oralen Hyperpigmentierung [Diagnosis and differential diagnosis of oral hyperpigmentation]. Quintessenz. 1990 Dec;41(12):1989-2001. German. PMID: 2101992.
46. Patel NJ, Sciubba J. Oral lesions in young children. Pediatr Clin North Am. 2003 Apr;50(2):469-86. doi: 10.1016/s0031-3955(03)00032-4. PMID: 12809335.

skm@skm.mk
www.skm.mk

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
Антон Попов бр. 1 - 4/5
за „Vox Dentarii"
Главен и одговоренуредник
Проф. д-р Марија Стевановиќ

Трудовите се испраќаат на следниве e-mail адреси:

на главниот и одговорен уредник:

e-mail: skm@skm.mk

или пак на официјалната адреса на Стоматолошката комора на Македонија: skm@skm.mk

Стручните трудови се рецензираат од рецензенти од соодветната област. Рецензиите се „двојно слепи" односно, авторите не знаат кои им се рецензенти, а рецензентите не ги знаат авторите.

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 подржуваат 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 коресподенција.

Втора страница (апстракт). Апстрактот треба да биде кус извадок на ракописот. Тој треба да биде напишан во структуриран облик. Структурираниот апстракт подразбира поодделно 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 целтта 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 медикамент, задолжително се цитира производителот, градот и земјата. Ако е применета апаратура, тогаш се именува апаратотот 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.

Апстракот 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 целтта 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 подделот статистичка обработка на податоците, цитирајте ја статистичката метода штобила користена во обработка 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 непожелно 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 непожелно 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, графиците и сликите не е ограничен, но од Вас се очекува да ги сведете на неоходен 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, едноподруго 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, фигурите и фотографиите) 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 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 непрепознатливи.

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 наодите од студијата, спротиставувајќи се или, пак, потврдувајќи ги резултатите со други релевантни истражувања. Посебно е важно, во

СТРУЧНИТЕ ТРУДОВИ ТРЕБА ДА СЕ ПОДГОТВАТ НА СЛЕДНИОТ НАЧИН:

- Word документ напишан со фонт „ariel" 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 фографии, 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.

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 покритие 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 фонт 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 референцата/ 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. 3 rd 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.

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 10 ноември 2021.

Дополнителни информации може да добите секој работен ден во Стоматолошката комора на Македонија или пак на телефон 02 3246 852.

BorDen Dental Company

ИНТРАОРАЛЕН СКЕНЕР

LAUNCA

DL-206

-Медицински карт
-Екран на допир
-Двојна камера во боја
-Скенирање на цела вилица за 40 секунди
-Висока прецизност 30um
-Длабина на скенирање 22mm
-Висока резолуција
-Отворен систем STL/PLY

Повеќе на www.borden-ltd.com

БОРДЕН ЛТД ДООЕЛ
бул.Партизански одреди120А Т.Ц.Антико
Тел: 02/3094-755 и 070/281-823

ПРОМЕДИКА
СТОМАТОЛОГИЈА И ЗАБНА ТЕХНИКА

KAVO
Dental Excellence

KaVo EXPERTSURG S201L

СВЕТЛОСЕН ХИРУРШКИ МИКРОМОТОР СО СВЕТЛОСЕН КОЛЕНИК

- 10 програми, секоја од нив со 10 програмирачки можности
- Светло S600 LED - највисок перформанс во светот (најдобар по перформанси)
- Со еден допир на копче се прави автокалибрација која ја гарантира прецизноста на брзината и овозможува сигурност
- Минимална вибрација
- Еден од најмалите јаки хируршки мотори на светот
- Можност за вртење на насадните инструменти во двете насоки

KaVo surgimatic S201L

ХИРУРШКИ КОЛЕНИК СО СВЕТЛО

- Редукција 20:1
- Ергономска површина лесно се одржува
- Grip-површина екстремно хигиенска
- Мала глава
- Надворешен систем за ладење
- Брзина: 15-2000 rpm, максимален торк 55 Ncm

Технички карактеристики:

- Максимален torque: 80 Ncm на инструментот;
- Брзина: 0-40.000 rpm;
- Снабдување волтажа 100 V - 240 V;
- Фреквенција: 50 /60 Hz;
- Перформанси на пумпата: 0-110 ml /min;

PROPHYflex 4

Инструмент за отстранување на меки наслаги, плак, пигментации и пескирање - multiflex конекција

- Брзо, едноставно и максимално ефективно отстранување на пигментации, меки наслаги и дентален плак
- можност за регулација на јачината на протокот на воздух во 3 степени, избор на боја на насадниот инструмент

ПРОМЕДИКА
ул. Св. Кирил и Методиј бр 50

телефон за контакт:
02/ 3248 403; 02/ 3248 419

Следете нè на:
facebook: promedika.dental