

ZBORNIK
referata i radova
XXXI, XXXII i XXXIII
SIMPOZIJUMA ZDRAVSTVENOG
VASPITANJA U STOMATOLOGIJI

Urednik
prof. dr Momir Carević

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
2017

Sadržaj

<u>ZBORNİK REFERATA I RADOVA XXXI SIMPOZIJUMA ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U STOMATOLOGIJI</u>	5
„BOLJE SPREČITI NEGO LEČITI“, Zrenjanin, 19. juni 2015. godine.....	6
<u>PLENARNI REFERATI</u>	7
Eleonora Marjanović, Aleksandra Rudnjanin	
<u>Unapredjenje oralnog zdravlja na teritoriji opštine Zrenjanin nekada i sad</u>	7
Biljana Kilibarda, Ivana Grubor, Gudelj Rakić, Nadežda Nikolić	
<u>Nedelja zdravlja usta i zuba u Srbiji 2015. godine</u>	15
Mirjana Ivanović	
<u>Protokol za primenu fluorida u stomatologiji</u>	18
Predrag V. Nikolić, Željko B. Milosavljević, Tijana Z. Sessa	
<u>Savremeni trendovi u preventivnoj ortodonciji</u>	25
Zoran Mandinić, Momir Carević	
<u>Etiologija i prevencija erozija zuba</u>	32
<u>POSTERI</u>	41
„KAKO UNAPREDITI ORALNO ZDRAVLJE“, Zrenjanin, 20. juni 2015. godine.....	60
<u>PLENARNI REFERATI</u>	61
Zora Pandurov, Zoran Panajotović, Ružica Bojanić, Jelica Radulović, Ivana Rodić	
<u>Zakon o pravima pacijenata – šta treba znati</u>	61
Ivan Tušek, Jasmina Tušek, Snežana Ukropina, Branislav Tušek	
<u>Program unapređenja prevencije karijesa ranog detinjstva u Vojvodini</u>	66
Jelena Mandić	
<u>Epidemiološki parametri za merenje učestalosti oboljenja zuba</u>	71
Momir R. Carević	
<u>Procena rizika za pojavu karijesa primenom anketnog upitnika</u>	74
<u>ZBORNİK REFERATA I SAŽETAKA XXXII SIMPOZIJUMA ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U STOMATOLOGIJI</u>	78
„ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI“, JAGODINA, 24. JUNI 2016. GODINE.....	79
<u>PLENARNI REFERATI</u>	80
Marko Jeremić, Dušan Petrović	
<u>Stomatološka zdravstvena zaštita na području grada Jagodine</u>	80
Biljana Kilibarda, Mirjana Tošić, Nadežda Nikolić, Marija Petković	
<u>XXVI nedelja zdravlja usta i zuba u Srbiji</u>	89

Momir R. Carević	
Zdravstveno vaspitni rad u kliničkoj stomatološkoj praksi	92
Mirjana Ivanović	
Značaj motivacije u zdravstveno-vaspitnom radu	98
Jelena Mandić	
Fluoridi u svakodnevnoj stomatološkoj praksi	101
Zoran Mandinić, Momir Carević	
Primena profilaktičkih mera u očuvanju oralnog zdravlja	103
„KAKO UNAPREDITI ZDRAVSTVENO-VASPITNI RAD U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI“, JAGODINA, 25. JUNI 2016. GODINE	106
PLENARNI REFERATI	107
Jovan Vojinović, Predrag Anđelić, Svetlana Blažić, Luka Anđelić	
Zdravstveno vaspitni rad u savremenoj privatnoj stomatološkoj praksi	107
Predrag V. Nikolić, Željko B. Milosavljević, Tijana Z. Sessa	
Savremeni trendovi u interceptivnoj ortodonciji	111
Vanja Petrović	
Mesto i uloga sredstava zdravstveno-vaspitanog rada u zdravstvenom vaspitanju i promociji oralnog zdravlja	123
Ivan Tušek, Jasmina Tušek, Branislav Tušek	
Kako prevenirati karijes putem ishrane	125
Tamara Perić, Bojan Petrović	
Značaj oralne higijene u stomatološkoj praksi	131
POSTERI	136
ZBORNİK REFERATA I SAŽETAKA XXXIII SIMPOZIJUMA ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U STOMATOLOGIJI	170
PLENARNI REFERATI	172
Milijana Popović	
Oralno zdravlje dece i omladine u mačvanskom okrugu 2007 - 2016. godine	172
Biljana Kilibarda, Mirjana Tošić, Nadežda Nikolić	
Nedelja zdravlja usta i zuba u Srbiji 2017. godine "Osmehni se zdravo"	177
Momir R. Carević	
Uloga zajednice u promociji oralnog zdravlja	180
Vanja Petrović	
Uloga medija u zdravstvenom vaspitanju	187
Jasmina Tekić	

Standardi u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti kao osnov dobrog kvaliteta zdravstvene usluge i vodiča dobre praksi.....	189
Lidija Kruškonja	
Značaj kolektivnog pranja zuba u predškolskim ustanovama.....	193
Ivanka Gajić	
Uloga politike hrane i ishrane u unapređenju oralnog i opšteg zdravlja stanovništva	199
„ULOGA ZAJEDNICE U ZDRAVSTVENO VASPITNOM RADU“, Šabac, 24. juni 2017. godine	206
<u>PLENARNI REFERATI</u>	207
Mirjana Ivanović	
Zdravstveno vaspitanje - zakonske obaveze davaoca i korisnika usluga.....	207
Jovan Vojinović, Predrag Anđelić, Svetlana Blažić, Luka Anđelić	
Društvena zajednica i unapređenje oralnog zdravlja u Republici Srbiji	214
Ivan Tušek, Jasmina Tušek, Branislav Tušek, Petrović Anđelija	
Uloga posebnih programa javnog zdravlja na zdravstveno vaspitanje vulnerabilnih grupacija stanovništva AP Vojvodine	220
Jelena Mandić	
Uloga zajednice u prevenciji povreda orofacijalne regije	226
Zoran Mandinić, Momir Carević	
Značaj zdravstvenih kampanja u promociji oralnog zdravlja	228
Ana Vuković	
Aspekti stomatološke nege pacijenata sa posebnim potrebama	232
<u>POSTERI</u>	235

ZBORNİK
referata i radova
XXXI SIMPOZIJUMA
ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U
STOMATOLOGIJI

Zrenjanin, 19. i 20. juni 2015. godine

„Bolje sprečiti nego lečiti“,
Zrenjanin, 19. juni 2015. godine

NAUČNI ODBOR:

Predsednik: **prof.dr Momir Carević**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **prof.dr Mirjana Ivanović**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Zoran R. Vuličević
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Dejan Marković
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Predrag Nikolić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Ivan Tušek
Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu
doc.dr Jelena Mandić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsednik: **dr Eleonora Marjanović**
Dom zdravlja „dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Sekretar: **prim.dr Slađana Purić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **dr Snežana Fibišan**
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Biljana Obradović
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Radmila Notaroš
SLD DLV
dr Milana Božović
Dom zdravlja Zrenjanin
dr med. sci Danica Popović Babić
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Sanja Mijatović
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Tibor Maković
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Vera Tapado
Dom zdravlja Zrenjanin
Vesna Kunovac
Dom zdravlja Zrenjanin
Mira Kostadinov
Dom zdravlja Zrenjanin
Ksenija Terzić
Dom zdravlja Zrenjanin

Sekretarijat: **dr sci.prim.dr Jasmina Tekić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
dr sci.dr Zoran Mandinić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
dr Jelena Juloski
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

UNAPREDJENJE ORALNOG ZDRAVLJA NA TERITORIJI OPŠTINE ZRENJANIN NEKADA I SAD

Eleonora Marjanović, Aleksandra Rudnjanin

Dom zdravlja „dr Boško Vrebalov“, Zrenjanin

Zrenjanin-geografski položaj i istorijat

Zrenjanin je grad multikulturalnosti, međunacionalne tolerancije, grad kulture, umetnosti, sporta, grad mostova i grad snažnog privrednog razvoja. Po površini zauzima najveću teritoriju u AP Vojvodini i drugi je po veličini teritorije u Republici Srbiji (posle Kraljeva). Površina Grada Zrenjanina iznosi 1.326 km². Grad čini gradsko sedište Zrenjanin sa 22 naseljena mesta. Zrenjanin je grad sa tradicijom dugom gotovo sedam vekova, a kao naselje pod imenom Bečkerek po prvi put u istorijskim spisima se pominje još 1326. godine. Tokom svoje duge i bogate istorije promenio je nekoliko naziva: Veliki Bečkerek od osnivanja do 1935.godine kada je dobio ime Petrovgrad, a od 1946. godine nosi ime Zrenjanin.



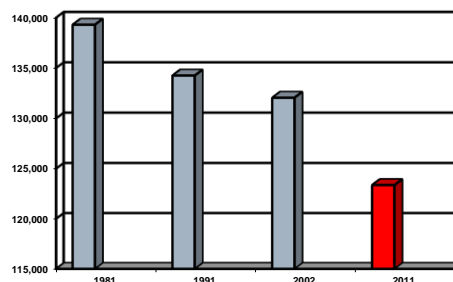
Slika 1. Trg Kralja Petra I



Slika 2. Ajfelov most na Begeju

Prema popisu iz 2011.g. Opština Zrenjanin ima 123.362 stanovnika i to: gradsko stanovništvo 76.511, a u seoskim naseljima je 46.851 stanovnik. Stopa nataliteta ima negativan trend i iznosi -4,9. Broj stanovnika je svakim popisom sve manji tako da je 2002. bio 132.051, 1991.godine 134.252, a 1981.g. 139.300.

Graf.1. Broj stanovnika na teritoriji opštine Zrenjanin prema podacima Republičkog zavoda za statistiku Srbije



Istorijat stomatološke zdravstvene zaštite u Zrenjaninu

Pionir stomatološke prakse u Zrenjaninu bio je dr Rudolf Šverer, lekar opšte medicine, specijalista-zubni lekar. Rođen je 30.8.1889. u Odžacima. Medicinski fakultet završio u Budimpešti, a dentističku struku usavršavao u Beču, Gracu i Cirihi. 1923. godine vraća se kući kao specijalista-zubni lekar. Ovo zvanje mu je potvrdilo Ministarstvo narodnog zdravlja Kraljevine SHS 18.1.1924. Iste godine otvara prvu stomatološku ordinaciju u Velikom Bečkereku. Privatnom praksom bavi se sve do zabrane privatne prakse 7.7.1951. Iz spisa fonda Istorijskog arhiva saznajemo da ga je Gradski narodni odbor Zrenjanin 1951.god. postavio za šefa Gradske zubne anibulante i na toj funkciji je ostao sve do kraja radnog veka, do 1960.god. kada je penzionisan. Dr Šverer je u svom dugogodišnjem radu ostavio dosta objavljenih radova o lečenju zuba, aktivno je učestvovao na mnogobrojnim kongresima o seminarima, predavao na Narodnom univerzitetu u Ohridu. Najpoznatiji stručni radovi su: „Zadah iz usta“, „Pljuvačne žlezde i njihov značaj u stomatološkoj praksi“, „Mikroorganizmi usne duplje u vezi sa zadahom iz usta“, „Nepravilnost zuba“, „Značaj pravilne ishrane i pravilno žvakanje“ i dr. Preminuo je 5.08.1979.god. u Zrenjaninu.



Slika 3. Dr Rudolf Šverer



Slika 4. Članak u listu „Zrenjanin“ 1960. godine

Nov period u razvoju zdravstvene zaštite nastaje 1953. godine kada u Zrenjanin dolazi da radi prvi zubni lekar sa završenim stomatološkim fakultetom dr Smiljko Slankamenac, da bi mu se sledeće godine pridružila još dva stomatologa dr Branko Grujić i dr Ružica Ajgenmaht, koja prva počinje organizovati rad na sanaciji karijesa kod dece. Dolaskom novih stomatologa zubari bivaju dislocirani u seoske ambulante.

Članak u listu “ Zrenjanin” iz 1960. godine nam svedoči da su u Stomatološkoj poliklinici u Zrenjaninu radila 2 lekara, 4 zubara, 8 asistenata i 15 tehničara. Pacijenti su dolazili u zakazano vreme, a na zubne proteze se čekalo 20 dana.

Mnogi Beograđani su dolazili u Zrenjanin da prave zube jer se u Beogradu čekalo i više od godinu dana. U predhodnoj godini obavljeno je 80.000 pregleda, izvađeno 10.500 zuba, a Zrenjaninci su dobili 5900

plombi i 1185 proteza. U tekstu se navodi da Društvo zubara i tehničara u Zrenjaninu vodi borbu protiv nadrilekara, berberina i kovača koji stanovnicima seoskih sredina vade zube.

Od 1965. godine zdravstvena služba je organizovana kao Zdravstvena stanica "Dr Boško Vrebalov". Tada Stomatološka služba ima Stomatološku polikliniku i petnaest ambulanti u gradu i naseljenim mestima. Služba je u ovom periodu i kadrovski ojačala. Dečja stomatološka zaštita se i dalje obavlja u Centru za zaštitu majke i deteta.

U Dispanzeru za decu formiraju se dva odeljenja:

- odeljenje dečje i preventivne stomatologije
- odeljenje ortopedije vilica.

Novom organizacijom zdravstvene službe, 1973. godine formira se Medicinski centar u kome Stomatološka služba dobija status osnovne organizacije udruženog rada. Služba se ubrzano razvija, pa 1975. godine pored Dispanzera za decu i odrasle ima još 33 jedinice pri zdravstvenim stanicama u gradu i naseljenim mestima i 3 ambulante u radnim kolektivima.

Program preventivne stomatološke zaštite je uveden 1981. godine. KIP dvanaestogodišnjaka bio je 6, a OHI index 2.



Slika 5. i 6. Kolektiv Dečjeg zubnog odeljenja

1982. godine za načelnika službe izabrana je prim.dr Desanka Paripović- spec. dečje i preventivne stomatologije, koja je veliki trud uložila u opremanje službe i otvaranje 3 školske ambulante, a 1985.godine otvaraju se i dve srednjoškolske ambulante. Preventivni tim čine: prim.dr Aleksandra Rudnjanin, prim.dr Mirjana Radaković, dr Velinka Novakov, dr Vladan Matić, sa specijalistima ortopedije vilica i lica dr Zoranom Marić, dr Slavinkom Mikei, prim mr.sci Branislavom Pavkovićem i dr Darinka Majkić. Prevenciju i sanaciju karijesa kod srednjoškolaca vrše dr Valeri Besu, dr Miloš Jovanović, dr Bojana Matić i dr Rada Kovrlija. Posle 4 godine primene Programa preventivne stomatološke zaštite **1985.g.** KIP dvanaestogodišnjaka bio je 4,4 , a OHI index 2.

U periodu od 1993.-2003.godine načelnik stomatološke službe bila je prim.dr Aleksandra Rudnjanin, specijalista dečje i preventivne stomatologije i subspecijalista zdravstvenog vaspitanja, koja je ostavila neizbrisiv trag i dala veliki doprinos na utemeljenju preventivne stomatologije i u promociji oralnog zdravlja u srednjobanatskom okrugu i šire. Svojom neiscrpnom energijom postavila je visoke ciljeve kako sebi tako i svojim saradnicima. Sva iskustva stečena u dugogodišnjem upornom, strpljivom i sistematičnom radu delila je sa svojim kolegama, a kao mentor nadahnjivala svojim vizionarstvom kako nekada tako i sada.



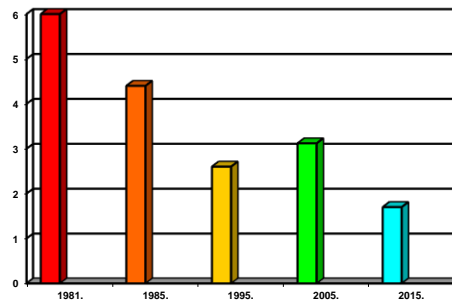


Slika 8. Kolektiv Dečjeg zubnog odeljenja krajem 80-tih

1995.g. KIP dvanaestogodišnjaka bio je 2,6 , a OHI index 1,4. **2005.g.** KIP dvanaestogodišnjaka bio je 3,12 OHI index 1,2. Porast KIP-a dvanaestogodišnjaka uzrokovao je dolazak velikog broja izbeglica sa ratnog područja na teritoriji bivše Jugoslavije. 2015. godine KIP je iznosio 1,7.

Slika 7. Prim. dr Aleksandra Rudnjanin

Graf. 2. Vrednost KIP-a dvanaestogodišnjaka



STOMATOLOŠKA SLUŽBA DOMA ZDRAVLJA “DR BOŠKO VREBALOV“ DANAS

Stomatološka služba je podeljena u nekoliko organizacionih jedinica i to:

1. Stomatološka poliklinika sa odeljenjima - oralna hirurgija (2 specijalista)
 - bolesti zuba (1 specijalista)
 - bolesti usta sa paradontologijom (1 specijalista)
 - stomatološka protetika sa zubnom tehnikom (1 specijalista)
2. 4 gradske i 19 seoskih stomatoloških ambulanti
3. Dečje zubno odeljenje - dečja i preventivna stomatologija (4 specijaliste)
 - ortodoncija sa zubnom tehnikom (3 specijaliste)
4. 3 školske ambulante i 1 ambulanta za srednjoškolce
5. Rendgen kabinet

Osnovni principi rada stomatološke službe su: dostupnost kako urbanom tako i ruralnom stanovništvu, zdravstveno vaspitni rad sa vurnelabilnim grupama, sanacija oralnih oboljenja, timski rad u okviru doma zdravlja sa ginekolozima, pedijatrima, patronažnom službom kao i saradnja sa vaspitaima, učiteljima, profesorima, sportskim trenerima.

Karijes i parodontopatija predstavljaju značajan socijalno medicinski problem u našem okruženju kako zbog rasprostranjenosti tako i zbog velikih troškova lečenja i rehabilitacije. Očuvanje i

unapređenje oralnog zdravlja kako pojedinca tako i celokupnog stanovništva je nerazdvojni deo očuvanja opšteg zdravlja čitave populacije.

Saradnja sa vrtićima

Obuhvat dece u vrtićima na teritoriji opštine Zrenjanin preventivnim programom je 96% u 2015. godini. Zdravstveno vaspitni rad sa malom decom i decom predškolskog uzrasta kao i sa njihovim roditeljima, starateljima i vaspitačima je od izuzetnog značaja za rano sticanje navika za očuvanje oralnog zdravlja. Predavanja na temu higijene usta i zuba, pravilne ishrane, fluorprofilakse i zalivanja fisura vrše se na roditeljskim sastancima i u različitim uzrasnim grupama uz korišćenje multimedijalnih sredstava.



Slike 9. i 10. Obuka pravilne tehnike pranja zuba i fluorizacija rastvorima srednje koncentracije u vrtiću "Crvenkapa"

Zdravstveno vaspitni rad u osnovnim školama

Zdravstveno vaspitnim radom obuhvaćena su školska deca u procentu od 92%. Zdravstveno vaspitnim radom unapređuju se znanja, stavovi, navike i ponašanje o zdravlju usta i zuba. Program zdravstvenog vaspitanja usmeren je na poboljšanje oralne higijene koja je jedan od osnovnih preduslova za dobro oralno zdravlje. Pravilan režim ishrane je od izuzetnog značaja i u okviru predavanja deca se uče šta znači i kako se primenjuje Piramida ishrane. Njihovi roditelji i prosvetni radnici se takođe upoznaju sa posledicama savremenog načina života koji podrazumeva dugotrajno odsustvo iz porodice tokom dana, neuobročen način ishrane, korišćenje industrijski prerađene hrane koja je neabrazivna, često konzumiranje grickalica i slatkiša kao i zaslađenih napitaka. Savetujemo fluorprofilaksu i zalivanje fisura i jamica prvih stalnih molara. Savremeni uslovi života dovode do učestalih povreda orofacijalnog sistema i poseban akcenat stavljamo na prevenciju povreda i savetujemo upotrebu štitnika. Osim toga vršio i skrining na ortodontske anomalije u okviru redovnih stomatoloških pregleda kao i sanaciju oralnih oboljenja.



Osnovna i srednja škola “9.maj”- škola za decu ometenu u razvoju

Ovu školu pohađaju deca koja imaju mentalno, intelektualno, fizičko, senzorno, emocionalno ili socijalno oštećenje ili hendikep. Svrstavaju se u grupu pacijenata sa visokim rizikom za nastanak oralnih oboljenja. Roditelji i staratelji ove dece zbog izuzetne posvećenosti i opterećenosti osnovnim oboljenjem obično su nedovoljno informisani na koji način da očuvaju oralno zdravlje dece sa posebnim potrebama. Medikamenti najčešće u obliku sirupa koji su zaslađeni, loša oralna higijena, malokluzije kao i loše navike u ishrani povećavaju rizik od nastanka oralnih oboljenja kod ove dece. Kod ovih pacijenata preovladava nizak stepen oralne higijene, veliki procenat nesaniranih zuba koji su oboleli kao i mali procenat saniranih zuba.

Preventivna, profilaktička i terapijska stomatološka zaštita zasnovana je na individualnom preventivnom programu. Mere prevencije sprovodi multidisciplinarni tim, a specijalisti dečje i preventivne stomatologije koriste posebne veštine komunikacije i vrše kontrolu bola pri sanaciji, a pri sanaciji koriste preporučene materijale. Edukuju se roditelji, staratelji kao i osoblje koje brine o deci da koriguju loše navike u ishrani kao što je učestalo uzimanje hrane, grickalica, slatkiša i zaslađenih napitaka tokom dana. Savetujemo ih da medicinske sirupe daju deci uz obrok. Da izbegavaju meku i kašastu hranu i da podstiču decu da koriste abrazivnu hranu.

Roditelji i staratelji moraju izabrati sredstva i metodu kojom će ukloniti dentalni plak kako mehanički tako i hemioprofilaktičkim sredstvima. Obavezna je upotreba sredstava na bazi fluora. Individualni preventivni stomatološki program zavisi od prirode osnovnog oboljenja, individualnih karakteristika deteta, uzrasta, denticije, stanja mekih i čvrstih tkiva, ortodontskih anomalija.



Slika 13. i 14. Zdravstveno vaspitni rad sa decom sa posebnim potrebama

SARADNJA SA DRUGIM MEDICINSKIM SLUŽBAMA U OKVIRU DOMA ZDRAVLJA Saradnja sa Savetovalištem za trudnice – Školica za trudnice



Slika 15. Psihofizička priprema trudnica

Ginekološki tim organizuje psihofizičku pripremu za porođaj posle 28 nedelje trudnoće i upućuje trudnice stomatologu. Stomatolog pregledom utvrđuje aktuelni oralni status trudnice, sprovodi preventivne mere i sanaciju oralnih oboljenja. Motiviramo trudnice na očuvanje sopstvenog oralnog zdravlja. Upotreba lekova mora biti racionalna i strogo kontrolisana. Dajemo informacije o značaju grudnog dojenja odojčadi. Savetujemo izbegavanje alkohola i pušenje duvana. Obučavamo trudnice pravilnoj tehnici pranja zuba i savetujemo ih koja pomoćna sredstva za održavanje oralne higijene da koriste da bi najefikasnije uklonile dentalni plak.

Saradnja sa telefonskim savetovalištem „Halo beba”

Zrenjanin je jedan od 25 gradova Srbije u kojem funkcioniše servis “Halo beba”- telefonsko savetovalište za roditelje. Ovaj servis pruža podršku trudnicama da ostvare zdravo materinstvo, edukuje porodilje za pravilnu negu i brigu o deci, pravilan rast i razvoj deteta, uspostavljane laktacije, pruža pomoć i daje savete roditeljima za negu bolesne dece, samo su deo savetodavnog rada iskusnih medicinskih sestara.



Ciljna grupa kojima je namenjeno ovo savetovalište jesu trudnice, porodilje, roditelji, članovi porodice i svi ukućani koji imaju decu do navršene šeste godine života.

Pitanja koja postavljaju roditelji odnose na dojenje i probleme vezane za dojenje, grčeve, štućanje, negu novorođenčeta, dohranu novorođenčeta, ishranu odojčeta, razvoj deteta do 6 godine, vakcinaciju, ali i kako da ublaže tegobe beba koje nastaju nicanjem zuba. Iskusne sestre obučene su i da daju savet o nezi zuba ali i da ih upute stomatologu u periodu od 9-12 meseca života. Kada im je dete bolesno, roditelji zovu zbog povišene telesne temperature, učestale stolice, povraćanje, kašalj, pojačana sekrecija iz nosa i drugo. Trudnice najčešće postavljaju pitanja vezana za mučninu, zatvor i korišćenje lekova u toku trudnoće.

Dugogodišnja saradnja sa pedijatrijskom službom



Slika 17. dr Eleonora Marjanović

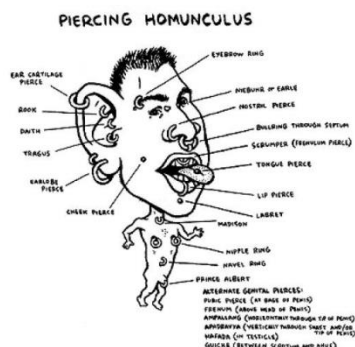
Pedijatri, pacijente starosti između 9-12. meseca upućuju stomatologu na preventivni pregled odojčeta.

Pri prvom pregledu roditelji popunjavaju upitnik na osnovu koga procenjujemo rizik za nastanak karijesa. Obučavamo roditelje kako da pravilno čiste i neguju usnu duplju odojčeta. Savetujemo grudno dojenje do 12. meseca života kao da i između obroka poje dete samo vodom. Odojče treba da je u ovom periodu već uobročeno i da nema noćni obrok.

Saradnja sa Savetovaništem za mlade

Savetovanište za mlade osnovano je 2003.godine u okviru projekta "Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih". Nosioi projekta su Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta, UNICEF i Republički centar za planiranje porodice uz podršku Ministarstva zdravlja. Pri osnivanju Savetovaništa za mlade akcenat je stavljen na teme iz reproduktivnog zdravlja, ali se vremenom ukazala potreba i za edukacijom o zdravim stilovima života kao što su: pravilna ishrana, prevencija zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, prevencija zanemarivanja i zlostavljanja i očuvanje mentalnog zdravlja mladih, prevencija pirsinga.

Tim čine: pedijatar, ginekolog, psiholog, stomatolog, medicinske sestre i vršnjački edukatori.



Slika 18. Tim Savetovaništa za mlade

Prevenција pirsinga je predavanje namenjeno učenicima prvog razreda srednje škole. Adolescenti se edukuju da upotreba nesterilnih instrumenata prilikom postavljanja pirsinga može da dovede do infekcije virusima: Hepatitisa B, C, D, HIV-a Epstein-Barr kao i da izazove **alergijske reakcije na metale, oštećenja nerava** - gubi se osećaj za dodir ili ukus, a često ostaje i trajno utrnuo. Može se javiti i otežano žvakanje, gutanje i govor (posebno glasova s, š, t, č, z, ž, dž, đ, lj, nj,...). Često "igranje jezikom" pirsing nakitom dovodi do: povređivanja desni (sa sledstvenim lokalnim povlačenjem desni) i povređivanja zuba (oštećenje i prelomi krunice zuba)

U ograničenim materijalnim resursima, na stomatološkim mašinama koje su donacija iz 1987. godine, vođeni ljubavlju prema svom poslu nastavljamo započeto.

NEDELJA ZDRAVLJA USTA I ZUBA U SRBIJI 2015. GODINE

Biljana Kilibarda, Ivana Grubor, Gudelj Rakić, Nadežda Nikolić

Institut za javno zdravlje Srbije "dr Milan Jovanović Batut"

Oralno zdravlje je značajna komponenta opšteg zdravlja, a veliki broj faktora rizika za oralna oboljenja je takođe faktor rizika za vodeće hronične nezarazne bolesti (1).

Uprkos značajnom poboljšanju oralnog zdravlja u pojedinim zemljama, problemi na globalnom nivou i dalje su prisutni. Opterećenje oralnim oboljenjima je posebno visoko u osetljivim i siromašnim populacionim grupama, kako u razvijenim tako i u nerazvijenim zemljama. Oralna oboljenja kao što su karijes, periodontalna oboljenja, gubitak zuba, lezije oralne sluzokože i maligna oboljenja usne dupe i farinksa, oboljenja povezana sa HIV/AIDS i orodentalne trauma su značajni javno zdravstveni problem, a na globalnom nivou loše oralno zdravlje ima veliki uticaj na opšte zdravlje i kvalitet života.(2)

Veliki broj oralnih oboljenja je povezan sa stilovima života, a smanjenje velikog broja tih oboljenja se je u vezi sa promenom ponašanja. Promene ponašanja su moguće, ali zahtevaju posvećenost, a sa aspekta intervencija i stručnost u oblasti promociju zdravlja. (4)

U Srbiji, kao i u svetu, prisutne su razlike u oralnom zdravlju. U 2013. godini tek nešto više od polovine stanovništva (51,7%) je navelo da pere zube više od jednom dnevno. Uprkos povećanju u odnosu na 2006. godinu (47.1%) to je i dalje zabrinjavajuće mali procenta koji ukazuje na neophodnost intenziviranja aktivnosti na prosvetivanju i motivisanju stanovništva o značaju oralnog zdravlja (3).

Za unapređenje oralnog zdravlja i primenu svih preventivnih mera potreban je organizovani i multidisciplinarni pristup zajednice.

Mere zaštite zuba treba sprovoditi tokom čitavog života počevši i pre nicanja zuba tj. tokom trudnoće. Stoga su posebno značajna cilja grupa za preventivan rad deca predškolskog i školskog uzrasta kod koje se mogu sprovesti skoro sve mere zaštite stalnih i preostalih mlečnih zuba. To je uzrast kada se navike o higijeni ustaljuju i mnogo toga nauči o oralnom zdravlju. Iz navedenog razloga, aktivnosti koje imaju za cilj promenu znanja i stavova stanovništva se u Srbiji sprovode kroz zdravstveno vaspitni rad u predškolskim ustanovama i školama kroz aktivnosti mreže instituta/zavoda za javno zdravlje i njihovih partnera, kao i kroz individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad u domovima zdravlja.

U cilju intenziviranja aktivnosti koje imaju za cilj da unapređenjem znanja i stavova utiču i na promenu ponašanja stanovništva, u Srbiji se, od 1991. godine, u trećoj nedelji maja obeležava Nedelje zdravlja usta i zuba. Cilj kampanje je informisanje stanovništva o značaju oralnog zdravlja i merama prevencije, a posebno o potrebi i mogućnostima da se ličnim i kolektivnim angažovanjem i pozitivnim ponašanjem čuva i unapređuje zdravlje usta i zuba. Kampanja ima za cilj i da se dodatno motivišu pojedinci, porodice, zajednica i donosioci odluka za aktivan odnos prema unapređivanju oralnog zdravlja, obzirom da oboljenja usta i zuba, karijes (zubni kvar) i parodontopatije (oboljenje potpornog aparata zuba), imaju veliki zdravstveni, socijalni i ekonomski značaj.

Nedelja zdravlja usta i zuba je 2015. godine obeležena od 18. do 24. maja 2016. godine pod sloganom „Osmehni se zdravo”. Kampanju su sproveli Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” sa mrežom instituta/zavoda za javno zdravlje i Stomatološkim fakultetom Univerziteta u Beogradu. Tema Kampanje „Osmehni se zdravo” naglašava značaj

dobrog oralnog zdravlja za svakodnevne aktivnosti kao što su govor i smeh. U obeležavanju Nedelje zdravlja usta i zuba tradicionalno učestvuju zdravstvene ustanove, predškolske ustanove, škole, udruženja građana, lokalna zajednica, stomatolozi i drugi zdravstveni radnici i saradnici, javnost i mnogi drugi.

U okviru konkursa za izbor likovnih i literarnih radova za decu predškolskih ustanova i učenike osnovnih škola na temu „Osmehni se zdravo“ izabrani su najuspešniji radovi koji su promovisani na svečanostima na okružnom nivou u organizaciji okružnih instituta i zavoda za javno zdravlje i dostavljeni su Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Ukupno je prikupljeno 378 likovna rada i 92 literarna rada, pri čemu je najveći broj likovnih radova bio iz predškolskih ustanova (173 od 378), dok je broj radova učenika od V-VIII razreda manji (71) i može da ukaže na smanjeno interesovanje za ovakav vid aktivnosti u ovom uzrastu.

Izveštaj o realizovanim aktivnostima sa okruga stigao je iz 22 okružna instituta i zavoda za javno zdravlje (Subotica, Zrenjanin, Kikinda, Pančevo, Vojvodina, Sremska Mitrovica, Šabac, Valjevo, Požarevac, Kragujevac, Čuprija, Zaječar, Užice, Čačak, Kraljevo, Kruševac, Niš, Pirot, Leskovac, Vranje, Kosovska Mitrovica i Beograd).

Prema podacima iz ovih izveštaja u okruzima su realizovane stručno-koordinativne aktivnosti i pružana stručno-metodološka pomoć u organizaciji i obeležavanju XXV Nacionalne nedelje zdravlja usta i zuba. Realizovane su sledeće aktivnosti: održano je 886 organizacionih sastanaka, 1028 predavanja sa 21453 učesnika, 290 nastupa u medijima (159 nastupa na TV, 74 emisija na radiju i 57 članaka u štampanim medijima), 102 priloga na sajtovima, 33 ostale aktivnosti, 149 javnih manifestacija (17 uličnih performansa, 9 bazara zdravlja, 3 akcije u tržnim centrima, 1 kviz takmičenje, 94 konkursa za likovna ostvarenja, 20 video projekcija, 1 bilbord, 1 sportsko takmičenje i 3 koncerta), 10 tribina (okruglih stolova), 16 konferencija za sredstva informisanja, 675 zdravstveno vaspitne izložbe, ukupno je distribuirano 80 postera, 16044 lifleta, 358 priručnika (brošura), 1 elektronska vežbanka, 1 model zuba, 1750 agitki, 2100 flajera, 30 kg voća, 70 paketa za školu, 50 četkica za zube, 300 pasti za zube. Individualnim zdravstveno vaspitnim radom obuhvaćeno je 12666 lica. Grupnim zdravstveno vaspitnim radom kroz 2908 radionica obuhvaćeno je 31607 lica. U kampanju je bilo uključeno 489 partnera (predškolske ustanove, osnovne i srednje škole, lokalne zajednice, Crveni krst, nevladine organizacije/udruženja građana, kancelarije za mlade i mnogi drugi).

U poređenju sa aktivnostima sprovedenim 2014. godine, uočava se porast broja realizovanih predavanja, medijskih nastupa, individualnog zdravstveno vaspitnog rada, distribuiranog zdravstveno promotivnog materijala i imenovanih najuspešniji partnera na okružnom nivou.

Veliki broj sprovedenih aktivnosti i veliki broj uključenih partnera u njihovu realizaciju ili podršku, ukazuje na motivisanost i zainteresovanost za učešće u Nedelji zdravlja i zuba. Podaci o oralnom zdravlju. Ukazuju da su ove aktivnosti potrebne i stoga je važno nastaviti sa obeležavanjem ovog značajnog datuma u kalendaru zdravlja sa najdužom tradicijom u obeležavanju. Kako interesovanje za učešće u likovnim i literarnim konkursima na temu oralnog zdravlja opada, potrebno je prilagoditi zdravstveno vaspitni rad na temu oralnog zdravlja ovim uzrastima. Takođe je važno, pored informisanja o značaju oralne higijene i redovnih kontrola kod stomatologa, potencirati i druge faktore rizika za oralno zdravlje.

Literatura:

1. WHO. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. 2003.*
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. *The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83:661-9.*

3. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention-WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community dental health*. 2004;21(4):319-29.
4. Boričić K, Vasic M, Grozdanov J, Gudelj Rakić J, Živković Šulović M, Jaćović Knežević N, et al. Results of the national health survey of Serbia, 2013. Belgrade: Institute of public health of Serbia, 2014 ISBN 978-86-7358-062-3.

PROTOKOL ZA PRIMENU FLUORIDA U STOMATOLOGIJI

Mirjana Ivanović

Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu

UVOD

Dostupna literatura pokazuje da se oralno zdravlje dece u našoj sredini i okruženju odlikuje izrazito visokim stepenom prevalencije i incidencije karijesa. To su potvrdila i najnovija istraživanja koja su pokazala da deca u Srbiji u 6. godini prosečno imaju 0.2 obolelih stalnih zuba, u 12. godini 2.8 a u 15. godini 5,6 (1). Upotreba fluorida je i dalje, neprikosnovena u prevenciji karijesa kod dece i omladine. Postoje brojne metode i sredstva za njihovu primenu, kako sistemsku tako i lokalnu (2). Kako bi fluoride koristili što efikasnije i bezbednije moramo ustanoviti i preporučiti odgovarajući protokol o primeni fluorida.

Udruženje dečjih i preventivnih stomatologa Srbije i Sekcija za dečju i preventivnu stomatologiju SLD-a u saradnji sa Evropskom akademijom za dečju stomatologiju (EAPD) ukazuju da je primena fluorida siguran i efikasan način u smanjenju rizika za nastanak karijesa. Protokol o primeni fluorida napisan je za potrebe prevencije karijesa u dece i omladine Srbije a u sklopu Programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite usvojenog od strane Ministarstva za zdravlje Republike Srbije 2009. godine a sa ciljem da preporuke zasnovane na dokazima o upotrebi fluorida u prevenciji karijesa kod dece i omladine budu dostupne zdravstvenoj javnosti u Srbiji (1). Preporuke sadržane u ovom protokolu predstavljaju deo sveobuhvatnog preventivnog pristupa u sprečavanju karijesa kako dece tako i čitave populacije. EAPD ponovo potvrđuje svoju podršku fluorisanju vode za piće kao društvenu meru u sprečavanju nastanka karijesa (3). S obzirom da sistemski efekat fluorida igra manje značajnu ulogu u sprečavanju karijesa može se polemisati da fluoride treba aplikovati, primenjivati lokalno a ne davati sistemski. Medjutim, efikasnost i bezbednost fluorisanja vode za piće pokazuju da sistemski distribucija fluorida može biti prihvatljiva kada ova forma izgleda kao najpogodniji pristup. Tablete fluorida i kapi fluorida mogu se razmotriti na individualnoj osnovi za decu sa visokim rizikom za karijes.

CILJ PROTOKOLA O PRIMENI FLUORIDA

Protokoli su dizajnirani tako da pomognu praktičarima u oceni i primeni dostupnih dokaza, čiji se broj stalno povećava, kao i mišljenja o trenutno najboljim mogućim kliničkim postupcima. Cilj protokola je da pomogne stomatolozima–kliničarima u donošenju pravilne odluke prilikom davanja saveta za primenu različitih vidova fluorida (tablete, lakovi, gelovi, rastvori, paste za zube sa fluoridima). Protokol takođe treba da pomogne nacionalnim službama koje su odgovorne za planiranje stomatološke nege kod dece i omladine u stvaranju programa za prevenciju karijesa koji uključuju lokalnu i sistemsku primenu fluorida kao deo ukupne nacionalne strategije za prevenciju karijesa (3).

Protokol za primenu fluorida od značaja je za sve zaposlene specijaliste dečje i preventivne stomatologije u nacionalni službama, kao što su domovi zdravlja, zatim ginekologe i pedijatre, kao i one koji su zaduženi za planiranje i rukovodjenje javnim stomatološkim službama, promoterima oralnog zdravlja, deci koja su korisnici socijalnog zdravstvenog osiguranja, njihovim roditeljima i nastavnicima. Takođe je od značaja za sve ostale specijalističke grane stomatologije i stomatologe zaposlene u privatnom sektoru.

OSNOVNA RAZMATRANJA

Optimalna koncentracija fluorida u vodi za piće u javnim vodovodima predstavlja efikasnu i jeftinu metodu u sprečavanju pojave karijesa .Epidemiološki podaci iz druge polovine prošlog veka ukazuju na smanjenje karijesa za 55-60%, a noviji za dodatnih 25%, pri čemu nije uočeno značajno povećanje

fluoroze ukoliko je dodavanje fluorida u lokalnim vodovodima na optimalnom nivou. Podaci takođe ukazuju da dugogodišnja primena fluorisane vode za piće smanjuje troškove stomatološke nege dece za 50%. Međutim, istraživanja su pokazala da je za uspešnu prevenciju karijesa značajnije lokalno dejstvo fluorida i njihovo prisustvo u tečnoj fazi međuprostora plak – gleđ (1,2,3,4). Prisustvo niskih koncentracije fluorida (0,10 ppm) u ovom mikro prostoru kao i u pljuvački dovoljno je za sprečavanje demineralizacije gleđi (5). Postoje brojne metode i sredstva za sistemsku i lokalnu primenu fluorida u prevenciji karijesa. Da bi se fluoridi što efikasnije i bezbednije koristili moraju se ustanoviti i preporučiti odgovarajući protokoli za njihovu upotrebu.

EPIDEMIOLOGIJA KARIJESA

Epidemiološka istraživanja stanja oralnog zdravlja ukazuju na veliku razliku u rasprostranjenosti bolesti usta i zuba između pojedinih zemalja. U razvijenim zemljama sveta ova oboljenja su u stalnom padu, a u zemljama u razvoju u stalnom porastu. Za razliku od zapadnih zemalja, u zemljama istočne i jugoistočne Evrope registrovan je veći broj obolelih stalnih zuba kod dvanaestogodišnjaka, i to: u Rusiji 3,7, Poljskoj 3,8, Bugarskoj 4,4, Mađarskoj 3,8 obolela zuba po detetu. Dostupna literatura ukazuje na visok stepen prevalencije i incidencije karijesa kod naše dece i dece u okruženju. Tako, 91% dvanaestogodišnjaka ima jedan ili više karijesnih zuba. U petnaestoj godini ovaj broj je veći i iznosi 97%, a u osamnaestoj čak 98%. Prema postojećim podacima, kod svakog stanovnika u proseku godišnje oboli još po jedan zub. Vršena su ispitivanja stanja oralnog zdravlja dece Srbije, sprovedenog od strane saradnika Klinike za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu, na 12 lokaliteta (urbanih i ruralnih sredina). Uzorak je formiran prema preporuci SZO i sastojao se od dece uzrasta 3, 6, 12 i 15 godina. Svaka grupa obuhvatila je 25-oro dece. U 2008. godini pregledano je 1200 dece. Podaci dobijeni ovim istraživanjem o rasprostranjenosti karijesa pokazali su da je kod šestogodišnjaka prosečan broj obolelih stalnih zuba 0,2, kod dvanaestogodišnjaka 2,8, a kod petnaestogodišnjaka 5,6. Karijes u ranom detinjstvu ima 8,3% trogodišnjaka. Ovakvo stanje oralnog zdravlja govori da je neophodno više pažnje posvetiti prevenciji karijesa. Zato je predloženi Preventivni program usvojen od strane Vlade Republike Srbije, koji sena žalost ne sprovođi.

FLUROZA ZUBA

Dokazi navode na mišljenje da se kariostatiki efekat fluorida uglavnom zasniva na njegovom lokalnom delovanju pre nego na sistemskom(4). Ovaj efekat bi mogao biti i veći ako se kombinuje sa dobrom oralnom higijenom, kao što je pranje zuba pastom za zube sa fluoridima(6). Zabrinutost u vezi sa rasprostranjenošću fluoroze kod neke dece uglavnom je dovođena u vezu sa dopunskom primenom fluorida, posebno tokom prvih šest godina života. Međutim, pokazalo se i da rano izlaganje pastama za zube sa fluoridima može da bude faktor rizika. Studije su ukazale da je rizik od nastanka fluoroze veći kod izloženosti fluoridima u fazama sekrecije i maturacije, tokom formiranja gledji. Stoga se tri starosne grupe mogu izdvojiti kao najrizičnije:

Od rođjenja do 4. godine starosti - bebe i odojčad mlađja od 4 godine pripadaju rizičnoj grupi za nastanak fluoroze stalnih sekutića i prvih stalnih molara zato što se kalcifikacija i maturacija zuba odvija u ovom periodu života. Preciznije, period od 15-og do 30-og meseca života naziva se prozor prijemčivosti (susceptibility window) pošto se smatra najrizičnijim). To je period kada se upotreba fluorida mora pažljivo kontrolisati i mora biti u ravnoteži sa potrebom za sprečavanja pojave karijesa u ranom detinjstvu. Posebnu pažnju treba posvetiti lokalnoj primeni fluorida u ovom periodu života zbog neodgovarajuće kontrole nad refleksom gutanja(1).

Od 4-6. godine - bočni zubi (premolari i drugi stalni molari) kalcifikuju se i sazrevaju tokom ovog perioda i tada su u riziku od nastanka fluoroze. Pored toga, nastanak fluoroze predstavlja manji estetski problem ako se uporedi sa značajnom koristi koju fluoridi imaju u sprečavanju nastanka karijesa.

Od 6. godine pa na dalje- rizik od fluoroze zuba u ovom periodu je zanemarljiv, sa izuzetkom trećih stalnih molara.

PROTOKOLI ZA PRIMENU FLUORIDA U SRBIJI

Prvi protokol za primenu u prevenciji karijesa donet je 1995. godine na osnovu Uredbe Republike Srbije od 26. marta 1994. godine o preventivnoj stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti stanovništva. Osnov za donošenje protokola bila su savremena shvatanja i potvrda ozitivnog dejstva fluorida na zdravlje usta i zuba, kao i potreba jedinstvene doktrine u primeni, kako bi se izbegle nepravilnosti, negativni efekti i konfuzija.

U periodu od 2007-2008. godine Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu sprovela je istraživanje u cilju procene stanja oralnog zdravlja stanovništva Srbije iz koga je proistekao je Program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite koji je usvojilo Ministarstvo za zdravlje Republike Srbije 2009 godine.

Uporedo s tim, u novembru 2008. godine Evropska akademija za dečju stomatologiju organizovala je seminar na kome su članovi radne grupe, sastavljeni od predstavnika svih evropskih zemalja, medju kojima i Srbija, ažurirali originalni protokol Evropske akademije za dečju stomatologiju iz 1997. godine o primeni fluorida. Protokol za primenu fluorida Evropske akademije za dečju stomatologiju objavljen je u septembarskom izdanju Evropskog arhiva za dečju stomatologiju za 2009. godinu (3).

Protokol za primenu fluorida u prevenciji karijesa kod dece i adolescenata u Srbiji u potpunosti je uskladjen sa protokolom Evropske akademije za dečju stomatologiju.

Stomatološki fakultet u Beogradu - Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Udruženje dečjih i preventivnih stomatologa Srbije, Sekcija za dečju i preventivnu stomatologiju SLD-a i Evropska akademija za deju stomatologiju (EAPD) podržavaju primenu fluorida kao siguran i efikasan način u smanjenju rizika za nastanak karijesa i zaustavljanje procesa demineralizacije i podstiču javnozdravstvene ustanove, one koji se brinu o oralnom zdravlju, roditelje i staraoce na primenu fluorida (1,2,3).

SADRŽAJ PROTOKOLA

Protokol za primenu fluorida donet je u cilju prevencije karijesa kod dece i omladine Srbije. Preporuke zasnovane na dokazima o upotrebi fluorida u prevenciji karijesa kod dece i omladine treba da budu dostupne zdravstvenoj javnosti u Srbiji. One predstavljaju deo sveobuhvatnog preventivnog pristupa u sprečavanju karijesa kako kod dece tako i kod čitave populacije. Preporuke iznete u Protokolu usaglašene su sa direktivama Evropske akademije za dečju stomatologiju o primeni fluorida (1,3).

METODOLOGIJA IZRADE PROTOKOLA

Protokol je napisan kao niz preporuka koje su zasnovane na dostupnim naučnim dokazima najvećeg kvaliteta.

NAČIN OCENJIVANJA DOKAZA I PREPORUKA

Nivo dokaza:

1++ Visoko kvalitetne meta analize, pregledni članci randomizovanih kontrolisanih studija, ili randomizovane kontrolisane studije sa veoma malim rizikom od pristrasnost

1+ Dobro sprovedene meta analize, pregledni lanci ili randomizovani kontrolisane studije sa malim rizikom od pristrasnost

1- Meta analize, pregledni članci ili randomizovani kontrolisane studije sa visokim rizikom od pristrasnost

2++ Visoko kvalitetni pregledni članci o case-control ili kohort studijama, visoko kvalitetne case-control i kohort studije sa veoma niskim rizikom od pristrasnosti i sa velikom verovatnoćom uzročne veze

2+ Dobro sprovedene case-control ili kohort studije sa veoma niskim rizikom od pristrasnosti i sa umerenom verovatnoćom da je veza uzročna

2- Case-control ili kohort studije sa visokim rizikom od pristrasnosti i sa značajnim rizikom da veza nije uzročna

3 Ne-analitičke studije kao sto su: prikazi sluajeva, serije kliničkih slučajeva

4 Mišljenje eksperta

STEPEN PREPORUKE

A - Bar jedna meta analiza, pregledni članak, ili randomizovana kontrolisana studija ocenjena sa 1++ i direktno primenjiva na ciljanu populaciju ili dokazi uglavnom iz studija ocenjenih 1+ direktno primenjivih na ciljanu populaciju koji pokazuju konzistentnost u rezultatima

B - Dokazi iz studija ocenjenih 2++ direktno primenjivih na ciljanu populaciju koji pokazuju konzistentnost u rezultatima ili ekstrapolarisani dokazi iz studija ocenjenih sa 1++ i 1+

C - Dokazi iz studija ocenjenih 2+ direktno primenjivih na ciljanu populaciju koji pokazuju konzistentnost u rezultatima ili ekstrapolarisani dokazi iz studija ocenjenih sa 2++

D - Nivo dokaza 3 ili 4 ili ekstrapolarisani dokazi iz studija ocenjenih sa 2+

GPP - Preporučena najbolja praksa zasnovana na kliničkom iskustvu

FINANSIRANJE PROTOKOLA

Izrada protokola je planirana i finansirana od strane Ministarstva zdravlja Republike Srbije u cilju primene Programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite.

IZMENE I DOPUNE PROTOKOLA

Protokol za primenu fluorida i preporuke sadržane u njemu nisu nepromenjivi standardi. Oni nemaju nameru da zamene profesionalnu ekspertizu ili kliničko iskustvo jer se standard stomatološke nege određuje individualno na osnovu svih dostupnih kliničkih nalaza za određenog pojedinca. Primena preporuka mora da bude usklađena sa individualnim potrebama pojedinca jer slepo pridržavanje, bez uzimanja u obzir individualnih karakteristika, ne obećava da će ishod biti pozitivan. Definitivnu odluku donosi kliničar posle razmatranja svih opcija sa roditeljima ili starateljima u svetlu dostupnih dijagnostičkih i terapijskih izbora. Ovaj protokol podložan je promenama i za dve godine biće uzeta u obzir njegova revizija u svetlu novih naučnih saznanja.

PROTOKOL ZA PRIMENU FLUORIDA

FLUORISANJE VODE ZA PIĆE

Fluorisanje vode za piće je efikasno u smanjenju karijesa i smatra se jednim od deset velikih dostignuća 20-og veka iz domena zdravlja populacije (8). Dostupno je svim socijalnim i starosnim grupama. Osim fluoroze zuba nije uočena povezanost između pojave neželjenih efekata i fluorisanja vode za piće. Ukupan unos fluorida iz svih izvora tokom razvoja zuba, uključujući paste za zube, utiče na razvoj fluoroze. U novije vreme više se koristi flaširana voda za piće. Kada sadrži optimalnu količinu fluorida, ona može da ima ulogu u sprečavanju karijesa. Međutim, dalja istraživanja o ulozi flaširane vode za piće koja sadrži fluoride, karijesa zuba i fluoroze su neophodna. Podržava se fluorisanje vode za piće kao društvena mera u cilju sprečavanja nastanka karijesa, posebno u sredinama sa visokom rasprostranjenosti karijesa, gde nije moguće dobro sprovesti druge mere (kontrola ishrane, pravilna i redovna oralna higijena).

TABLETE SA FLUORIDIMA, FLUORISANA SO I FLUORISANO MLEKO

Tablete sa fluoridima, pod tradicionalnim nazivom dopunski fluoridi (suplementi), fluorisano mleko i fluorisana so dostupni su društvu već decenijama. Danas je uvaženo mišljenje da fluoridi svoj karijes - preventivni efekat mnogo efikasnije ispoljavaju lokalno na površini zuba (4,6). Upotreba pastila za zube sa fluoridima je skoro univerzalna, ali drugi izvori fluorida mogu imati dodatni efekat ukoliko postoji povećan rizik za nastanak karijesa. S obzirom da sistemski efekat fluorida igra manje značajnu ulogu u sprečavanju karijesa, može se polemisati o tome da fluoride treba primenjivati lokalno, a ne davati sistemski. Međutim, efikasnost i bezbednost fluorisanja vode za piće pokazuju da sistemska distribucija fluorida može biti prihvatljiva kada je ova forma najpogodniji pristup. Efekat tzv.dopunskih fluorida u sprečavanju karijesa nije značajno veći u poredjenju sa efektom pastila za zube. Pojedinci kod kojih je otkriven veliki broj karijesnih lezija su pacijenti visokog rizika za nastanak karijesa. Tek nikli zubi više su skloni ka nastanku karijesa pa otuda i određeno starosno doba može biti rizično. Deca predškolskog uzrasta, mlađa od tri godine, naročito ona sa lošijim socijalnim statusom, imaju karijes, zbog čega treba razmišljati o ranom započinjanju karijes - preventivnog programa. S druge strane, što ranija primena dopunskih fluorida može dovesti do pojave fluoroze zuba koja može biti blaga ili umerena. Problem kod drugih izvora fluorida, osim pastila za zube, je neredovnost njihove primene. Upotreba pastila za zube sa fluoridima je osnovna karijes preventivna mera koja se preporučuje svima i treba da bude promovisana. U slučajevima kada se pranje zuba ne sprovodi prema preporukama ili je karijes rizik povećan iz drugog

razloga, onda dopunski izvori fluorida mogu biti od koristi. Ne postoji dovoljno dokaza kojima bi se mogle dati dobre preporuke o primeni metoda kao što su primena tableta i fluorisanje mleka i soli a i veliki broj studija je pristrasan. Međutim, nedostatak dobrih studija ili dokaza ne znači neminovno da ove metode ne deluju. Postoji opšta potreba za dobro dizajniranim studijama koje obradjuju ovu problematiku.

Fluorisano mleko - randomizovana, kontrolisana studija Maslak i saradnika (2004) pokazala je karijes preventivni efekat fluorisanog mleka. Šestogodišnjaci koji su pili fluorisano mleko od treće godine imali su 76.4% ($p < 0.05$) manji KEP (prvi stalni molari) u poređenju sa kontrolnom grupom. Kod mlečne denticije takodje je uočeno značajno smanjenje karijesa (31.3 %, $p < 0.05$). Fluorisano mleko se može koristiti kod ograničenog broja dece u obdaništima, ali ne postoje kvalitetne studije koje su ispitivale efekat fluorisanog mleka u prevenciji karijesa zuba. Koncentracija fluorida je obično u rasponu od 2.5 – 5.0mg F/L (3).

Fluorisana so - fluorisana so se široko primenjuje u Nemačkoj, Francuskoj i Švajcarskoj gde je od 100% soli za kućnu upotrebu dostupne na tržištu 30-80% fluorisano. Više od 30 zemalja u čitavom svetu koriste fluorisanu so i ovaj način primene fluorida je preporučen od strane SZO. So je najčešće fluorisana sa 250mg F po kilogramu. Neke studije preseka (cross-sectional) i kontrolisane klinike studije ukazuju na karijes - preventivni efekat soli, ali fluorisana so je najverovatnije manje efikasna medju decom zbog toga što se za njih preporučuje dijeta sa malo soli (3).

Tablete sa fluoridima - postoje kontradiktorni rezultati po pitanju efikasnosti tableta fluorida u prevenciji karijesa medju decom sa visokim karijes rizikom. Stoga se mogu dati samo dobri praktični saveti za primenu tableta sa fluoridima.

Preporučene doze, pod pretpostavkom da se u vodi za piće nalazi < 0.3 mg F/L su:

1. kod dece od rođenja do 2. godine ne preporučuju se tablete sa fluoridima
2. kod dece od 2. do 6. godine preporučuje se 0.25 mgF dnevno
3. kod dece od 7. do 18. godine preporučuje se 0.50 mgF/dnevno

Ako je nivo fluorida u vodi za piće između 0.3-0.6 mg F/L nije potrebna upotreba dodatnih fluorida sem pasti za zube sa fluoridima u grupi dece starosti od 2- 3 godine. U najstarijoj grupi dnevna doza tableta trebalo bi onda da se smanji na 0.25 mg F/day.

Preporuka - fluorisano mleko i fluorisana so mogu biti društvene mere kod ciljnih grupa sa visokom prevalencom karijesa i lošom saradnjom po pitanju pranja zuba u područjima gde voda za piće nije fluorisana. Tablete fluorida mogu se razmotriti na individualnoj osnovi za decu sa visokim rizikom za karijes.

GELOVI, RASTVORI I LAKOVI

Lokalno aplikovane fluoride trebalo bi upotrebljavati kod dece koja su ocenjena kao deca kod koje postoji povećan rizik za nastanak karijesa, uključujući i decu sa posebnim potrebama (deca koja zahtevaju posebnu brigu za oralno zdravlje).

GELOVI (profesionalna primena - 5000-12500 ppm F)

MLEČNA DENTICIJA - Dokaz: dve studije pokazale su da je efekat na mlečnim zubima neizvestan i nepouzdan (Stepen: 1++). **Preporuka:** Ne primenjivati kod dece mlađe od 6 godina pošto je odnos rizik - korist na strani rizika zbog opasnosti od gutanja (Ocena: D).

STALNA DENTICIJA - Dokaz: Efikasni u prevenciji karijesa (Stepen: 1++). **Preporuka:** Primenjivati u prevenciji karijesa u stalnoj denticiji (Ocena: A).

Dobri praktični saveti:

- Koristiti 2-4 puta godišnje, u zavisnosti od rizika za nastanak karijesa.
- Očigledne naslage plaka treba ukloniti pre aplikacije gela.
- Da se ne bi prekoračila moguća toksična doza kliničari bi trebalo da koriste kašike odgovarajuće veličine i sisaljku tokom i posle tretmana.
- Pacijent treba da sedi u uspravnom položaju i da se uzdrži od gutanja
- Detetu dozvoliti da ispljuvava

- Zube treba obrisati na kraju aplikacije pomoću gaze
- Detetu objasniti da ne sme da pije i jede narednih 20-30 minuta posle aplikacije

RASTVORI (kućna upotreba ili upotreba u školama; dnevno: 0.05% NaF (225ppm F); nedeljno: 0.2% NaF (900 ppm F))

MLEČNA DENTICIJA - Dokaz: Nema dostupnih podataka. **Preporuka:** Ne primenjivati kod dece mlađe od 6 godina jer je odnos između rizika i koristi na strani rizika zbog opasnosti od gutanja (Ocena: D).

STALNA DENTICIJA - Dokaz: Efikasni u prevenciji karijesa (Stepen: 1++). **Preporuka:** Primenjivati u prevenciji karijesa u stalnoj denticiji. (Ocena: A).

Dobri praktični saveti:

- Nadgledana primena je efikasnija nego ona bez nadzora
- 10 ml rastvora mućkati u ustima 1 minut
- Podučiti dete da ne pije i ne jede 20-30 minuta posle aplikacije

LAKOVI (profesionalna upotreba; 1000 – 56300 ppm F)

MLEČNA I STALNA DENTICIJA - Dokaz: Efikasni u prevenciji karijesa u obe denticije (Stepen: 1++).

Preporuka: Primenjivati u prevenciji karijesa u stalnoj i mlečnoj denticiji (Ocena: A).

Dobri praktični saveti:

- Upotrebljavati 2-4 puta godišnje, u zavisnosti od rizika za nastanak karijesa.
- Očigledne naslage plaka treba ukloniti pre aplikacije laka.
- Da se ne bi prekoračila moguća toksična doza, primenjivati ista uputstva kao i za gelove.
- Upotrebljavati minimalnu količinu da bi se formirao tanak sloj
- Primenjena količina je minimalna jer se aplikuje samo na površinama sa rizikom
- Podučiti dete da ne pije i ne jede 20-30 minuta posle aplikacije.

PASTE ZA ZUBE SA FLUORIDIMA

Obimna primena paste za zube sa fluoridima je verovatno jedan od glavnih razloga za drastično smanjenje karijesa zuba u poslednjih trideset godina. Pranje zuba pastama za zube sa fluoridima je blisko idealnoj društvenoj zdravstvenoj meri u tome što je njihova primena prikladna, jeftina, kulturološki prihvaćena i veoma rasprostranjena.

Problem koji se javlja kod mlađe dece u toku upotrebe paste za zube sa fluoridima je da često gutaju određene količine sa rizikom za nastanak fluoroze zuba. Pastama za zube sa fluoridima može se uneti do 80% od ukupnog dnevnog unosa fluorida i izgleda da su prve tri godine života najkritičnije. Stoga, roditeljima treba savetovati da koriste samo količinu paste za zube veličine zrna graška za veoma malu decu i da učestvuju ili nadziru pranje zuba do najmanje sedme godine života. Paste za zube za decu sa niskom koncentracijom fluorida mogu da budu indikovane mada nema dovoljno dokaza o karijes preventivnom efektu sa formulama koje sadrže manje od 500 ppm F

Na osnovu dostupnih dokaza može se zaključiti sledeće:

Svakodnevno pranje zuba pastom za zube sa fluoridima sprečava karijes	1++
Povećanjem frekvencije pranja zuba pastama sa fluoridima poboljšava se prevencija karijesa	1+
Nadzor odrasle osobe nad pranjem zuba dece poboljšava prevenciju karijesa	2+
Paste za zube koje sadrže veće koncentracije fluorida efikasnije su u prevenciji karijesa od onih sa nižim koncentracijama	1++
Započeto pranje zuba pre prve godine života smanjuje verovatnoću razvoja karijesa	3
Gutanje paste za zube sa fluoridima kod male dece povezano je sa povećanim rizikom od nastanka fluoroze zuba	2-

Pranje zuba trebalo bi da traje duže od jednog minuta i decu treba naučiti da ispljunu višak paste i da izbegavaju ispiranje usta vodom (7). Ne postoji čvrsti dokaz koji bi preporučio kada treba prati zube, ali je uobičajena preporuka da deci zube treba prati uveče neposredno pre spavanja i bar još jednom u toku dana. Uzimanje hrane neposredno posle pranja zuba trebalo bi izbegavati. Za pranje zuba dece mogu se koristiti obične četkice ili upotrebiti električne, a u oba slučaja mekane četkice sa malom glavom.

Preporuke za kliničare: Dnevna upotreba pasti za zube sa fluoridima u kombinaciji sa savetima o održavanju oralne higijene preporučuje se kao osnovni deo karijes-preventivnog programa uz dodatak drugih karijes-preventivnih metoda, kao što je savet o ishrani, lokalna upotreba fluorida i zalivanje fisura, koji su takodje važni.

Kod dece mlađe od šest godina zbirni efekat fluorida treba uzeti u obzir ako se pored pasti za zube koriste i drugi načini primene fluorida. Potrebno je voditi računa da se obezbedi ravnoteža između rizika od nastanka fluoroze i koristi od primene fluorida u sprečavanju nastanka karijesa(9). Konačna odluka mora da bude uskladjena sa ekspertizom stručnjaka i željama porodice, kao i sa prethodnim iskustvima primene fluorida i socijalno ekonomskim statusom pacijenta.

Preporučene paste za zube sa fluoridima za decu:

Starosna grupa	Koncentracija fluorida	Dnevna primena	Količina
6 meseci - <2 godine	500 ppm	dvaput	veličina zrna graška
2 - <6 godina	1000 (+) ppm	dvaput	veličina zrna graška
6 godina i više	1450 ppm	dvaput	1-2 cm

ZAKLJUČAK

Na osnovu ispitivanja stanja oralnog zdravlja dece u Srbiji zaključeno je da je neophodno više pažnje posvetiti prevenciji karijesa zbog visokog stepena prevalencije i incidencije ovog oboljenja kod naše dece. Primena fluorida je siguran i efikasan način u smanjenju rizika za nastanak karijesa i zaustavljanja procesa demineralizacije. Istraživanja su pokazala da je za uspešnu prevenciju karijesa značajnije lokalno dejstvo fluorida i njihovo prisustvo u tačnoj fazi međuprostora plak – gled. Optimalna koncentracija fluorida u vodi za piće u javnim vodovodima predstavlja efikasnu i jeftinu metodu u sprečavanju pojave karijesa, u sredinama gde je sprovođenje drugih preventivnih mera otežano.

Protokol za primenu fluorida od značaja je za sve zaposlene specijaliste dečje i preventivne stomatologije u nacionalni službama u donošenju pravilnih odluka kod njihove primene a u cilju očuvanja oralnog zdravlja. Preporuke sadržane u ovom protokolu predstavljaju deo sveobuhvatnog preventivnog pristupa u sprečavanju karijesa kako dece tako i čitave populacije

Literatura:

1. Ivanović M. *Protokol o promeni fluoride u prevencijikarijesa koddeceiomladine u Srbiji.Stomatološki fakultet Univerzitet u Beogradu 2009.*
2. Carević M. Ivanović M. i saradnici: *Preventivna stomatologija; Beograd 2016. Kuća štampe*
3. *Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. Eur Arch Paed Dent 2009; 10(3):129-135.*
4. Rošin-Grget K, Peroš K, Sutej I. *The cariostatic mechanisms of fluoride. Acta Med Acad 2013; 42(2):179-88.*
5. M. Memarpour, E. Fakhraei, S. Dadaein, and M. Vossoughi, "Efficacy of fluoride varnish and casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate for remineralization of primary teeth:a randomized clinical trial,"*Medical Principles and Practice, vol.24, no. 3, pp. 231–237, 2015.*
6. Rošin-Grget K, Peroš K, Sutej I. *The cariostatic mechanisms of fluoride. Acta Med Acad 2013; 42(2):179-88.*
7. Kuhnisch J, Ekstrand KR, Pretty I, et al.*Best clinical practice guidance for menagement of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2016; 17: 3-12*
8. Beloica D. *Fluoridi - zakonska regulativa. Stom Glas S 2006 :53 (1): 13-15.*
9. Mandić J. *Primena fluorida kod dece. XII Seminar Pedijatrijske škole, Zbornik radova 2009;360-366,*

SAVREMENI TRENDOWI U PREVENTIVNOJ ORTODONCIJI

Predrag V. Nikolić, Željko B. Milosavljević, Tijana Z. Sessa

Klinika za ortopediju vilica, Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Učestalost ortodontskih anomalija u svetu, pa i kod nas, je u porastu te je veća od 70%. Takvo stanje zahteva primenu intenzivnih preventivnih mera od strane stomatologa, kao i edukacionih programa u obdaništima i obrazovnim ustanovama. Veoma su važne informacije koje stomatolozi pružaju.

Preventivne mere u ortodonciji obuhvataju jednostavne zahvate i preporuke koji eliminišu ili smanjuju delovanje faktora koji dovode do nastanka ortodontskih anomalija, čime se obezbeđuju povoljni uslove za normalan rast i razvoj orofacijalne regije. Preventivne mere podrazumevaju promociju faktora koji pozitivno utiču na oralno zdravlje. Preporuke higijensko-dijetetski režim trudnica. Prevenciju u doba odojčeta, mešovite i stalne denticije. Ove mere se ne mogu sprovesti samo u ordinaciji već se moraju koristiti sva moguća sredstva da informacija stigne do krajnjeg korisnika

Ortodonska prevencija obuhvata mere koje se preduzimaju za očuvanje onoga što se smatra normalnom okluzijom u određenom stadijumu razvoja. Ima višestruk medicinski i socijalno-ekonomski značaj. Bazira se na dosadašnjim saznanjima da u etiologiji malokluzija osim nasledja, značajnu ulogu imaju opšti i lokalni etiološki faktori. Učestalost ortodontskih anomalija u svijetu, pa i kod nas je u porastu te je nemoguće lečiti svako dete sa malokluzijom. Deo rešenja leži u intenziviranju preventivnih mera u svakodnevnoj praksi. Zato je neophodno rano otkrivanje svih etioloških faktora koji mogu da dovedu do orofacijalne nepravilnosti i primenu svih raspoloživih mera koje će sprečiti razvoj malokluzije ili bar ublažiti njenu izraženost.

Zadaci ortodontske prevencije mogu se sažeti u sledeće:

- Uspostavljanje normalnih orofacijalnih funkcija
- Sprečavanje nastanka, tj. redukcija karijesa
- Sprečavanje stečenih i usporavanje razvoja naslednih ortodontskih anomalija
- Eliminacija potrebe za opsežnom i skupom ortodontskom terapijom

Za realizaciju ortodontske profilakse treba izaći iz ortodontskih i stomatoloških okvira i uključiti sve one koji su direktno ili indirektno bave zdravljem novorodjenčadi i male dece: savetovališta za trudnice i mlade majke, porodilišta, jaslice i vrtiće, školski dispanzer, ali i šire zajednice, medija.....¹

Preventivne mere u pojedinim razvojnim razdobljima

Prema vremenu kada se sprovođi ortodontska prevencija razlikujemo²:

- Prenatalnu prevenciju
- Prevenciju u vreme dojenja
- Prevenciju u doba malog deteta
- Prevenciju u predškolskom uzrastu
- Prevenciju u školskom uzrastu

Prenatalna prevencija, u vreme intenzivne organogeneze, kada se odvaja razvoj vilica, srastanje facijalnih procesusa i dobrim delom određuje struktura mlečnih zuba i prvih stalnih molara treba obezbediti optimalne uslove za normalno odvijanje ovih procesa. U okviru opšte brige o zdravlju trudnice treba upućivati na pravilan higijensko-dijetetski režim života

Pored poznatih higijensko-dijetetskih mera, trudnice treba da izbegavaju alkohol, nikotin, narkotike, nekontrolisano uzimanje medikamenata, hemikalije, intoksikacije, zračenja, psihičke i fizičkih trauma, naročito u prva 3 meseca. Ishrana treba da bude kvalitetna i pravilno izbalansirana, savetuje se izbacivanje preterano slatke hrane i prečeste konzumacije hrane. Majka treba da posebno vodi računa o oralnoj higijeni, kako bi pozitivne navike prenela i na svoje dete. Trudnica mora da izbegava kontakt sa obolelim osobama.

Satavni deo prenatalne prevencije predstavlja prenatalna dijagnostika. Sve trudnice starije od 35 godina, one koje su u predhodnoj trudnoći imale obolelo dete i one u čijoj porodici postoje oboljenja moraju se podvrgnuti prenatalnoj dijagnostici. Korišćenjem prenatalne dijagnostike i testova, drastično se smanjio broj dece sa kongenitalnim anomalijama

Prevenција u vreme dojenja ogleda se u obezbedjenju preduslova za normalno obavljanje funkcija, pre svega ishrane disanja i prevencija rahitisa. Ishrana u tom dobu može biti prirodna (dojenje), veštačka i kombinovana.

Novorodjenče se radja sa uvučenom donjom vilicom (embrijonalna retrogenija). Prirodna ishrana (dojenje) je najbolji stimulans za pravilan razvoj orofacijalnog sistema kao i uspostavljanje normalnog odnosa vilica. Dojenje bi trebalo da traje najmanje 4-6 meseci. Prestalja nastavak biološkog jedinstva majke i deteta. S ortodontskog stanovišta, sisanje je podstrek za normalni razvoj lica i vilica jer se razvija 60 puta veća snaga mišića nego kod veštačke ishrane na flašicu. Dete treba dobiti 3-4 sata. Podoj treba da traje 10-20 minuta. Kada majka nema dovoljno mleka pa dete treba da se dohranjuje preporučuje se da se to čini na kašičicu a ne na flašicu, da se izbegne opasnost od odbijanja dojenja, jer ono zahteva veći radni napor. Po prestanku dojenja najprirodnije je preći na ishranu pomoću čaše i kašičice.³

Kod isključivo veštačke ishrane treba koristiti fiziološku cuclu, koja imitira oblik bradavice dojke. Izbor cucle je od velikog značaja za pravilnu veštačku ishranu deteta. Cucula mora biti po veličini i obliku prilagođena anatomskim oralnim strukturama sa otvorom na vrhu koji obezbeđuje aktivnost orofacijalne muskulature slične kao i kod dojenja (NUK cucula). Povećavane otvora u cilju "olakšavanje" ima kontra efekat jer dovodi do perzistencije infantilnog gutanja je dete gura jezik prema otvoru da spreči brzo isticanje mleka. Kod dece koja se veštački hrane, mnogo je veća učestalost korišćenja varalice. Oblik i veličina varalice trebala bi da bude usaglašena sa cuculom. Njena upotreba trebala bi da prestane do nicanja frontalnih zuba. Korišćenje varalice posle ovoga smatra se lošom navikom.⁴

Preventivnim merama u period dojenja pripada i profilaksa rahitisa. Profilaksa rahitisa se sprovodi od sedmog dana života do kraja perioda dojenja, dete treba da dobija 1,000J vodenog rastvora vitamin D, bez obzira na godišnje doba. Danas su, zahvaljujući sprovođenju profilakse na široj osnovi, nestali teški oblici rahitisa.

Prevenција u doba malog deteta (od prve do treće godine) usmerena je na pravilno uzimanje hrane, disanje i obuku u održavanju oralne higijene. Ishrana mora biti raznolika a nicanjem mlečnih zuba hrana treba da bude sve tvrdja, kakao bi dete razvijalo funkciju žvakanja. Refleks sisanja treba da se zameni refleksom žvakanja, a infantilno gutanje, zrelim gutanjem⁵. Kada zubi počnu sa nicanjem, izazivaju probleme, kao što je otežano nicanje i uznemirenost deteta. Kako bi se ti problemi sprečili preporučuju se: tečnosti i gelovi za premazivanje bezubih lukova, gumeni i plastični predmeti za grickanje. U ovom periodu je redovno praćenje nicanja zuba od izuzetne važnosti, kako bi se uočile potencijalne anomalije (obrnut preklop ili ukršten zagrižaj). Poremećaji okluzije su česti u mlečnoj denticiji, ali nisu toliko značajni. Odsustvo veće razuđenosti u predelu mlečnih inciziva može ukazati na pojavu teskobe u frontalnoj regiji kod stalne denticije⁶.

Prisutne zube treba čuvati i sačuvati, zato se održavanje oralne higijene nameće od prvog dana. U početku to čine roditelji, kasnije uz kontrolu roditelja. Roditeljima treba ukazati na važnost odvikavanja od loših navika. Posebnu pažnju obratiti na disanje na usta zbog mogućnosti nastanka organskih poremećaja gornjih disajnih puteva.

Prevenција u predškolskom uzrastu podrazumeva odvikavanje i uklanjanje loših navika koje su se formirale u periodu odojčeta i malog deteta u dece predškolskog uzrasta predstavlja znatno veći problem i zahteva saradnju i odgovarajuću psihičku pripremu deteta. Kod izvesnog broja dece pored razgovora, adekvatnog psihološkog pristupa i dobre volje deteta neophodno je primeniti (kombinovano) i jednostavne ortodontske aparate kako bi se ovaj proces olakšao. Ortodontskom i vestibularnom pločom mogu se sprečiti navike sisanja prsta, sisanja usne i disanje na usta.

Gorući problem u ovom periodu je destrukcija i prerani gubitak mlečnih zuba, koji neminovno dovodi do gubitka prostora. Povraćaj prostora koji je prethodno izgubljen, kao i očuvanje tog prostora do nicanja stalnih zuba predstavlja deo interceptivne stomatologije u kome je najvažnija uloga dečijeg stomatologa. Ipak, da bi se izbegla kasnija vađenja zuba usled gubitka prostora, neophodno je problem dijagnostikovati što ranije i sa interceptivnom terapijom započeti na vreme. Rani gubitak mlečnih zuba smatra se najčešćim razlogom pojave malokluzija⁷

Do gubitka prostora u zubnom nizu dolazi usled tendencije pomeranja zuba ka praznom prostoru. Gubitak prostora u zubnom nizu može biti posledica ektopičnog nicanja prvih stalnih molara, ankiloze zuba, kao i zakasnelog nicanja zuba. Ipak, najčešći uzrok gubitka prostora jeste karijes zuba. Ovaj gubitak može biti uzrokovan bilo smanjenjem mezio-distalne širine zuba, bilo vađenjem zuba usled uznapređovalosti karijesa⁸. Prema tome, da bi se sprečila pojava karijesa, a samim tim i gubitka prostora kao posledice njegove pojave, neophodno je pre svega redovno održavanje dobre oralne higijene usta i zuba, a ukoliko se karijes pojavi na mlečnim zubima potrebno ga je što pre sanirati, da bi se izbeglo vađenje mlečnog zuba pre vremena. Zanemarivanje oralnog zdravlja mlečnih i kasnije stalnih zuba može dovesti do pojave mnogo većih nepravilnosti u kasnijem uzrastu. Rani gubitak mlečnog, ali i stalnog, zuba tokom perioda mešovite denticije, omogućava pomeranje preostalih zuba u vilici, dovodeći do poremećaja položaja zuba, koji se kasnije prenosi i na stalnu denticiju, čineći terapiju kod starije dece dugotrajnijom i komplikovanijom⁸.

Ako je do pomeranja zuba i posledičnog skraćivanja zubnog luka ipak došlo, neophodno je započeti sa terapijom vraćanja zuba na svoje mesto i obezbeđivanja potrebnog prostora za nicanje zuba zamenika. Terapija se ogleda u korišćenju mobilnih pločastih aparata sa šrafom za distalizaciju jednog ili grupe zuba koji su se pomerili ka mezijalno i na taj način smanjili prostor za nicanje stalnog zuba. Najčešće se vrši distalizacija prvog stalnog molara, a radi postizanja što boljih rezultata, terapiji je najbolje pristupiti pre potpunog formiranja njegovih korenova i pre nicanja drugih stalnih molara, odnosno pre 9 godina starosti pacijenta. Takođe, ukoliko je smanjenje prostora minimalno, mogu se koristiti i mobilni aparati sa oprugama za pomeranje zuba u mezio-distalnom pravcu. Aparat se nosi 12 do 14 časova u toku dana, a kada se obezbedi dovoljna količina prostora potrebnog za nicanje zuba zamenika, nastavlja se sa nošenjem ovog aparata tokom noći do trenutka nicanja stalnog zuba da bi se obezbedila retencija dobijenih rezultata i sačuvalo potrebni prostor.

Ukoliko vreme od trenutka gubitka mlečnog zuba do nicanja njegovog stalnog zamenika obuhvata duži period, neophodno je obezbediti da ne dođe do gubitka nastalog prostora. Najbolje je procenu vršiti na osnovu rendgen snimka gde se posmatra da li je stalni zamenik mlečnog zuba pokriven koštanim tkivom, kao i stepen razvijenosti njegovog korena. Ukoliko nema koštane barijere i ukoliko je razvijeno više od polovine korena zuba zamenika, izrada držača prostora nije

potrebna. Takođe, čuvari prostora se ne koriste ukoliko je indikovana kasnija serijska ekstrakcija zuba o kojoj će biti reči u narednom tekstu.

Čuvari prostora prema svom delovanju se dele na aktivne i pasivne. Aktivni držači prostora omogućavaju povećanje prostora svojim delovanjem, dok pasivni čuvari prostora samo zadržavaju već postojeći prostor bez njegove promene. Aktivni čuvari prostora sadrže opruge koje potiskuju zub na koji se naslanjaju u ustima, povećavajući na taj način izgubljeni prostor. U ovu grupu spadaju već pomenuti pločasti aparati koji u sebi sadrže šraf za distalizaciju zuba ili opruge za mezio-distalno pomeranje zuba, kao i čuvar prostora prema Jackscrew-u. Čuvar prostora prema Jackscrew-u sastoji se iz 2 metalna prstena koji su cementirani na susedne zube i metalne osovine koja ih povezuje, a na čijoj se sredini nalazi šraf za širenje⁹. Kao pasivni čuvari prostora mogu se koristiti i pločasti aparati koji imaju naliven akrilat celom širinom preko mesta gde treba da nikne stalni zub. Akrilat se uklanja na početku nicanja stalnog zuba zamenika.

Prema načinu fiksiranja, držači prostora se dele na mobilne (koje pacijent može sam izvaditi iz usta po želji) i fiksni (koji se cementiraju u ustima pacijenta i prisutni su do početka nicanja stalnog zuba). Mobilni držači prostora obuhvataju već pomenute pločaste aparate sa šrafom za distalizaciju zuba ili žabice. Fiksni čuvari prostora se izrađuju od metala, a predstavljaju metod izbora kod najmlađih pacijenata, kao i kod pacijenata koji ne saraduju. Ovim čuvarima prostora pripada već pomenuti čuvar prostora prema Jackscrew-u, kao i čuvar prostora prema Gerber-u. Ovaj poslednji sastoji se od metalnog prstena koji se cementira na susedni zub i metalne omče koja se pruža do zuba koji ograničava prostor na suprotnoj strani, a koja obezbeđuje čuvanje prostora na mestu nicanja zuba zamenika. Fiksni čuvari prostora se uklanjaju na početku nicanja stalnog zuba.

Serijska ekstrakcija je indikovana ukoliko se u mlečnoj denticiji ili na početku perioda mešovite denticije primeti da u zubnom nizu neće biti dovoljno prostora za smeštanje svih stalnih zuba, posebno u bočnom segmentu, neophodno je razmisliti o primeni serijske ekstrakcije zuba kod pacijenta. Serijska ekstrakcija predstavlja vid interceptivne terapije koji se koristi kod izrazite primarne teskobe zuba nastale usled uske apikalne baze odnosno nesklada između veličine vilica i mezio-distalnog promera zuba¹⁰. Kod ovih pacijenata najčešće je prisutna ozbiljna teskoba prednjih zuba. Blagovremenim započinjanjem terapije serijskom ekstrakcijom moguće je izbeći razvoj veće teskobe koja bi se prenela i na stalnu denticiju, kao i olakšati i ubrzati kasniju ortodontsku terapiju. Takođe, u pojedinim slučajevima moguće je i potpuno izbeći kasniji ortodontski tretman blagovremenom serijskom ekstrakcijom zuba. Ona obuhvata postupak vađenja mlečnih očajaka i prvih mlečnih molara tokom mešovite denticije i najčešće prvih premolara tokom stalne denticije. Najbolji rezultati postižu se kod pacijenata sa klasom I po Angle-u, ali je moguć i uspeh kod pacijenata sa dentoalveolarnom klasom II i III. Kod pacijenata sa dentoalveolarnom klasom II i uskošću i protruzije maksile, serijska ekstrakcija će se obaviti samo u gornjoj vilici. Nasuprot tome, kod pacijenata sa dentoalveolarnom klasom III i teskobom u prednjem segmentu mandibule, vadiće se samo zubi u donjoj vilici¹¹.

Pacijenti predviđeni za serijsku ekstrakciju karakterišu se nekom od sledećih osobenosti. Pacijenti uzrasta 8 do 9 godina imaju teskobu sekutića sa normalnom ili smanjenom visinom zagržajaja, a najčešće se nalaze u odnosu klase I po Angle-u. Analizom pacijenta uočava se razlika između dužine zubnih lukova i prostora potrebnog za smeštanje svih stalnih zuba što je i najvažnija indikacija za serijsku ekstrakciju. Ova razlika iznosi minimum 5 do 7 mm, a njeni uzroci mogu biti mnogobrojni – nedostatak fizioloških dijastema u primarnoj denticiji, rani gubitak jednog ili više mlečnih zuba, mezijalno pomeranje bočnih zuba, ektopično nicanje zuba,

nepravilnosti u redosledu nicanja stalnih zuba, kao i ankiloza pojedinih zuba. Takođe, kod ovih pacijenata može biti prisutan i nesklad između veličine zuba i same kosti koji se javlja usled slabijeg rasta koštanih struktura. Indikacija za serijsku ekstrakciju zuba su i pacijenti sa ravnim profilom i skladnog bočnog izgleda lica.

Pre konačne odluke o terapiji serijskom ekstrakcijom neophodno je uraditi ortopantomografski snimak i proveriti da su svi stalni zubi prisutni u vilicama, da imaju dobru prognozu nicanja, kao i da se prvi stalni premolari nalaze bliže mestu nicanja u odnosu na stalne očnjake. Ipak, treba obratiti pažnju i na prisustvo nekih faktora koji predstavljaju kontraindikacije za tretman serijske ekstrakcije zuba poput skeletnog odnosa vilica u klasi II i III po Angle-u, nedostatka jednog ili više stalnih zuba u vilici, morfoloških nepravilnosti zuba, prisustva otvorenog ili dubokog zagrižaja, diasteme mediane, velikih karijesnih lezija ili nepravilno endodontski zbrinutih prvih stalnih molara, kao i razlike dužine zubnih lukova i prostora potrebnog za smeštanje svih stalnih zuba koja je manja od 5 mm i može se rešiti stripovanjem aproksimalnih površina zuba.

Serijska ekstrakcija koristi fiziološku tendenciju zuba da se pomeraju u prazan prostor čime dolazi do rasterećenja teskobe u vilicama. Ovaj metod nema univerzalni princip već je individualan za svakog pacijenta ponaosob. Zbog ovih individualnih osobenosti tretmana izdvaja se nekoliko autora koji su opisali svoj predlog metoda serijske ekstrakcije.

Pre svega, treba pomenuti metod prema Dewel-u kod koga se vade mlečni očnjaci kod pacijenata uzrasta 8-9 godina da bi se obezbedio prostor za pravilno postavljanje sekutića koji su kao posledica teskobe u frontalnom segmentu zubnog luka zauzeli nepravilan položaj prilikom nicanja. Ekstrakcija mlečnih očnjaka dovodi do upadljivog poboljšanja položaja sekutića u zubnom nizu. Nakon otprilike godinu dana, kada se resorbuje više od polovine korenova prvih mlečnih molara, oni se vade da bi se potpomoglo brže nicanje prvog stalnog premolara. Na kraju terapije, kada počnu da niču stalni očnjaci, vade se prvi stalni premolari da bi se omogućilo nicanje stalnih očnjaka na njihovom mestu. U pojedinim slučajevima, poput primene serijske ekstrakcije u donjoj vilici, zbog redosleda nicanja stalnih zuba koristi se modifikacija Dewel-ovog metoda. Ova modifikacija obuhvata enukleaciju prvih stalnih molara prilikom ekstrakcije prvih mlečnih molara. Metoda prema Tweed-u obuhvata vađenje prvog mlečnog molara u uzrastu pacijenta od 8 godina, a potom istovremeno vađenje mlečnog očnjaka i prvog stalnog premolara. Slična ovoj je i metoda prema Nance-u kod koje se prvo vadi prvi mlečni molar a potom prvi stalni premolar i mlečni očnjak.

Prednosti serijske ekstrakcije su brojne – ona smanjuje vreme trajanja i pojednostavljuje naknadni ortodontski tretman ili potpuno eliminiše potrebu za istim. Otklanjanjem teskobe u zubnom nizu, omogućena je bolja oralna higijena zuba bez opasnosti od patoloških promena parodoncijuma i gingive, a ujedno je uspostavljena i neuromišićna ravnoteža orofacijalnog kompleksa. Ipak, treba imati na umu da postoje i neki nedostaci ove metode poput moguće pojave dubokog zagrižaja ili tiskanja jezika usled ekstrakcije bočnih zuba. Takođe, moguće je i skraćivanje dužine zubnog luka ukoliko dođe do mezijalnog pomeranja bočnog segmenta, ili, nasuprot tome, moguća je pojava zaostalih prostora između stalnog očnjaka i drugog premolara. Na kraju terapije serijskom ekstrakcijom, prisutan je disparalitet korenova stalnog očnjaka i drugog premolara koji se mogu uspraviti u pravilni položaj jedino naknadnom terapijom fiksnim ortodontskim aparatom. Što se tiče estetike, pacijenti nakon terapije serijskom ekstrakcijom imaju blago upale usne u odnosu na početak tretmana.

Kada se govori o krajnjim rezultatima, oni su slični rezultatima dobijenim nakon primene ekstrakcije premolara u kasnijoj dobi. Međutim, velika je razlika u vremenu trajanja aktivne faze tretmana koje je značajno kraće kod primene serijske ekstrakcije, kao i u vremenu trajanja

pasivne faze tretmana odnose nadgledanja pacijenta između aktivnih faza koje je mnogo duže (obično traje oko 2 do 3 godine) nego kod primene ekstrakcije premolara u kasnijem uzrastu. Takođe, vađenje stalnih premolara u kasnijem uzrastu zahteva istovremenu terapiju fiksnim aparatom, dok se u nekim slučajevima blagovremene primene serijske ekstrakcije terapija fiksnim aparatom može izbeći.

Uklanjanje prekobrojnih zuba, ankilotičnih zuba, kao i mekotkivnih i koštanih barijera koje ometaju nicanje stalnih zuba stvaraju se neophodni uslovi za pravilno nicanje stalnih zuba.

Problemi sa nicanjem stalnih zuba mogu dovesti do pojave malokluzija. Smatra se da zub ima problem sa nicanjem ukoliko je isti zub na suprotnoj strani vilice nikao u potpunosti. Kao uzroci ometanog nicanja stalnih zuba najčešće se pominju prekobrojni i ankilotični zubi. Prekobrojni zub se može javiti bilo gde u ustima, ali je najčešće mesto njihove pojave labijalni segment gornje vilice. Prekobrojni zubi mogu imati potencijal nicanja ili pak ostati u kosti ometajući rast i razvoj postojećih neizniklih zuba. Terapija prekobrojnih zuba podrazumeva njihovo uklanjanje i to obično onog zuba koji je klinički gledano manje vredan, odnosno manje veličine, nepravilnog oblika, nedovoljne morfoloske razvijenosti, nepravilnijeg položaja i sl.

Tretman ankilotičnih zuba najčešće obuhvata njihovo uklanjanje, mada se u pojedinim slučajevima može pokušati njihova hirurška luksacija i izvlačenje primenom lagane ortodontske elastične vuče¹². Ukoliko zub ne niče u odgovarajućem vremenu, kao interceptivna mera koristi se hirurško otkrivanje krunice zuba. Takođe, u cilju stvaranja dovoljno prostora da bi se omogućilo nicanje stalnog zuba bez poteškoća, uklanja se svo meko i koštano tkivo koje se nalaze na putu nicanja stalnog zuba, kao i koštano tkivo oko krunice zuba zamenika. Meko i koštano tkivo uklanjaju se u onolikoj meri koliko je potrebno da najširi promer krunice nesmetano niče¹³.

Preventivne mere podrazumevaju promociju faktora koji pozitivno utiču na oralno zdravlje. Preporuke higijensko dijetetski režim trudnica. Prevenciju u doba odojčeta, mešovite i stalne denticije. Ove mere se ne mogu sprovoditi samo u ordinaciji već se moraju koristiti sva moguća sredstva da informacija stigne do krajnjeg korisnika

Literatura:

1. Antolić I. Pogled na dvajesletno delovanje socijalne ortodoncije v Sloveniji. *Zobozdravstveni vestnik*, 1979 34:63-67
2. Marković M. ur *Ortodoncija*, *Ortodontska sekcija Srbije*, Beograd 1982.
3. Milić J. ur. *Osnovi ortopedije vilica* *Stomatološki fakultet Pančevo*, 2017
4. Laptar V. *Ortodoncija za praktičare* *Školska knjiga Zagreb* 1979
5. Lundstrom A. How much can we hope to reduce the incidence of malocclusion through prophylactic measures? *Dent Practic Dent Rec*, 1959, 9: 129-142.
6. Rerhrhaye W, Zaoui F, Aalloula E. Early treatment of mandibular incisor-canine crowding. [Article in French] *Odontostomatol Trop*. 2011 Mar;34(133):33-8]
7. Freeman JD. Preventive and interceptive orthodontics: a critical review and the results of a clinical study. *J Prev Dent*. 1977 Sep-Oct;4(5):7-14, 20-3.
8. Haavikko K, Rahkamo A. Changes in the dental arches induced by premature extractions of deciduous molars. *Proc Finn Dent Soc*. 1977 Feb;73(1):14-20.
9. Rao A. Preventive and Interceptive Orthodontics. In: *Principles and Practice of Pedodontics*, 2nd edition. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2008. p. 142-3.
10. Magdalenic-Mestrović M. Orthodontic Malocclusion and Treatment Planning. [Article in Croatian] *MEDICUS* 2010;19(1):75-90.
11. Kjellgren B. Serial extraction as a corrective procedure in dental orthopedic therapy. *Acta Odontol Scand*. 1948 Jan;8(1):17-43..

12. Vidović B, Karađinović D, Blagojević D, Vidović R. Uzroci, preventivne mere i terapijski aspekti lečenja ankilozе stalnih zuba. *Stomatološki informator*. 2004; 10(13):27-32.
13. Phulari BS, Bhagwandass AR. *Preventive and Interceptive Orthodontics*. In: *Orthodontics: Principles and Practice, 1st edition*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2011. p. 262.

ETIOLOGIJA I PREVENCIJA EROZIJA ZUBA

Zoran Mandinić, Momir Carević

Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu

Erozija zuba (*Erosio dentium*) je trajan gubitak tvrdog zubnog tkiva nastao u hemijskim procesima (izlaganje kiselinama i/ili helatorima), bez prisustva bakterijske infekcije. Progresivnim omekšavanjem površine zuba, kiseline uništavaju tvrdo zubno tkivo koje postaje osetljivije na delovanje mehaničkih sila (npr., atricija i abrazija).

Atricija (*Attritio dentium*) je fiziološki gubitak tvrdih zubnih tkiva na okluzalnim i incizalnim površinama, nastao pri direktnom kontaktu zub-na-zub (pri gutanju, govoru, dizanju teških predmeta).

Abrazija (*Abrasio dentium*) je patološki gubitak zubne supstance nastao nefiziološkim mehaničkim delovanjem (mlevenjem, trenjem ili struganjem), pri čemu strane supstance ili predmeti koji se unose u usnu duplju, mogu značajno pojačati ovu pojavu.

Prevalencija

Rezultati mnogobrojnih istraživanja pokazuju visoku rasprostranjenost erozije zuba koja varira sa godinama života pacijenata i čini se da direktno zavisi od sredine u kojoj pacijent živi. Najnoviji literaturni podaci pokazuju veću rasprostranjenost ovog oboljenja kod osoba srednje životne dobi (52-57 godina) u odnosu na pacijente mlađeg uzrasta (32-36 godina), od kojih većina ima blagu do umerenu formu erozije zuba. Istovremeno, brojne studije ukazuju da se ovo oboljenje sve češće javlja i u dečjem uzrastu, pri čemu se u jednoj epidemiološkoj studiji sprovedenoj u Velikoj Britaniji, spominje podatak da je polovina petogodišnjaka i šestogodišnjaka sa prisutnim erozijama koje se javljaju na 25% mlečnih zuba. Rezultati iste studije takođe pokazuju da je 2% erozija zuba u školske dece uzrasta 11-14 godina lokalizovano na stalnim zubima.

Etiologija

Erozije zuba se mogu ubrojati u oboljenja multikauzalne etiologije. Prema savremenom shvatanju, erozije zuba nastaju kao posledica hemijsko-mehaničkog delovanja na tvrda zubna tkiva. Hemijski uticaj se objašnjava rastvaranjem gleđi delovanjem kiselina ili procesima helacije. Smatra se da kiseline nisu produkt delovanja oralne bakterijske flore (za razliku od karijesa), već u usta dospevaju spolja - egzogeno (najvažniji izvori kiselina su u zakišeljenoj hrani ili u bezalkoholnim napicima) ili ređe iz samog organizma - endogeno (želudačna kiselina zbog povraćanja i refluksnih tegoba). Rezultati najnovijih istraživanja pokazuju da je često konzumiranje kisele hrane i bezalkoholnih napitaka vrlo važan faktor u nastanku tzv. "erozivnog trošenja" zuba.

Istovremeno, mehanički uticaji (atricija, abrazija) se nadovezuju na hemijski "pripremljenu" porozniju i mekšu površinu zuba (gleđi) (Tabela 1.).

Tabela 1. Faktori rizika u etiologiji erozije zuba.

Faktori rizika	
konzumiranje citrusnog voća (više od dva dnevno)	konzumiranje sportskih napitaka (jedan put nedeljno ili češće)
konzumiranje bezalkoholnih napitaka (4-6 ili	konzumiranje jabukovog sirćeta (jedan put

više puta nedeljno)	nedeljno ili češće)
poremećaji u ishrani	povraćanje (jedan put nedeljno ili češće)
bruksizam	ekstenzivna atricija
ukupna nestimulisana pljuvačka ($\leq 0,1$ ml/min)	simptomi ili istorija gastroezofagealnog refluksa

Spoljašnji faktori

Uključuju demineralizovanu kiselu hranu, kao citrusno voće i kisele napitke, te neke lekove i preparate poput šumećeg vitamina C, vitamina C u tabletama za žvakanje i napitke sa gvožđem. Dobro dokumentovani literaturni podaci su ustanovili povećanje incidencije erozije zuba koja je direktno povezana sa upotrebom sokova koji sadrže nekoliko različitih vrsta kiselina koje doprinose niskoj vrednosti pH jona. Voćni sokovi su napravljeni od koncentrovanih sastojaka voća koji sadrže organske kiseline voćnog porekla; limunska-citrusna (citrusno voće), vinska-tartarna (grožđe) i jabučna-maleinska (jabuke i kruške) (Tabela 2.).

Tabela 2. Spisak faktora koji utiču na modifikaciju kiselih sokova u cilju ublažavanja štetnih efekata na zubima.

Modifikacija kiselih sokova
redukcija koncentracije šećera
razblaživanje sokova dodatkom vode
dodavanje kalcijuma i/ili fosfatnih suplemenata
dodavanje umerene količine citrata
dodavanje fluorida
*modifikovani napici nisu pogodni za odojčad

Patološke promene u smislu gubitka tvrdih zubnih tkiva su kod ovih pacijenata lokalizovane na vestibularnim i okluzalnim površinama zuba .

Važno je napomenuti da voćni čajevi napravljeni od sasušeni sastojaka voća takođe poseduju izražen erozivni potencijal na tvrdim zubnim tkivima. Ostale kiseline koje takođe mogu da dovedu do erozije zuba se dodaju sokovima kao aditivi tokom industrijske proizvodnje radi poboljšanja organoleptičkih svojstava ovih namirnica - postupak gaziranja. Gazirani napici sadrže ugljenu kiselinu koja potiče od ugljen dioksida iz rastvora. Istraživanja pokazuju da pH vrednosti gaziranih napitaka, čak i posle gubitka "mehurića" ostaju na izuzetno niskoj razini, što jasno ukazuje da ovakvi sokovi poseduju izrazitu kiselost zbog dodatka drugih kiselina radi poboljšanja ukusa. Ove kiseline uključuju fosfornu i limunsku kiselinu, prisutne u vrstama tzv. kola-pića.

Poslednjih godina se povećala želja za što zdravijim načinom života, a dobar primer je pojava napitaka bez dodatka šećera. Ovakvi sokovi su zaslađeni veštačkim zaslađivačima, kako bi se smanjila njihova kalorijska vrednost. Međutim, najnovija istraživanja pokazuju da ovi sokovi takođe poseduju visok erozivni potencijal tvrdih zubnih tkiva koji može da dovede do demineralizacije gleđi.

Jedan od faktora nastanka erozija zuba je i postojanje kiselina u vazduhu. Pre nego što su bile prihvaćene mere zaštite radnika na radnom mestu, izlaganje kiselinama u vazduhu bilo je svakodnevno i uobičajeno u hemijskoj i metalnoj industriji. Naime, radnici izloženi kiselim aerosolima ili isparenjima (hlorovodonična, sumporna kiselina), imaju profesionalne erozije i to

uglavnom na sečivnim ivicama prednjih zuba, kao i laboratorijski radnici koji pipetiraju kiseline, te profesionalni probači vina. Danas se to može povezati i sa slobodnim aktivnostima, npr. čestim plivanjem u bazenima sa hlorisanom vodom.

Unutrašnji faktori

Uključuju često povraćanje zbog psihičkih poremećaja kao što su anoreksija i bulimija, ili vraćanje želudačnog sadržaja zbog postojanja poremećaja na nivou gastrointestinalnog trakta. Želudačna kiselina ima mnogo niži pH od kritičnog pH (5,5 - demineralizacija gleđi), što znači da nakon dužeg perioda, refluks u usnu duplju može prouzrokovati velike gubitke tvrdih zubnih tkiva. Kliničari moraju posumnjati na eroziju indukovanu refluksom ukoliko se kod pacijenta pojave simptomi refluksne bolesti ili oblik erozije koji bi mogao upozoravati na unutrašnje izlaganje kiselinu. Brojna klinička istraživanja pokazuju da su kod takvih pacijenata erodirane oralne površine gornjih frontalnih zuba koje pojedini autori nazivaju perimilolize (*pertymlyolysis*).

Jedan od dodatnih faktora nastanka erozije zuba je i loš protok pljuvačke, što dovodi do nedovoljnog ispiranja i puferisanja tih kiselina na zubnim tkivima. Iako brojna istraživanja ukazuju da su kisela hrana i napici glavni etiološki faktori koji utiču na početak procesa "erozivnog trošenja" tvrdih zubnih tkiva, studije pokazuju da pH-vrednost tih namirnica, ipak nije siguran prognostički pokazatelj u etiologiji erozije zuba. U obzir se moraju uzeti i drugi faktori, pre svega, hemijski (pH vrednost, adhezija i helirajuće sposobnosti, kalcijumski, fosfatni i fluoridni sadržaj) i biološki (protok i sastav pljuvačke, puferški kapacitet, stvaranje pelikule, sastav i anatomija zuba, te mekih tkiva), a ne smemo da zaboravimo ni ponašanje (navike prilikom konzumiranja jela i pića, način života, te preterano konzumiranje kiselina).

Ponašanje i navike

Tokom tzv. erozivnog napada i nakon njega u modifikovanju trošenja zuba, veoma je važno obratiti pažnju na ponašanje. Kiseline koje unosimo u usnu duplju deluju prvenstveno na one zube sa kojima prvobitno dolaze u kontakt. U 21 veku, način života je znatno drugačiji, a promenila se i količina, kao i učestalost konzumiranja kisele hrane i pića. Tako je potrošnja bezalkoholnih pića u SAD-u u poslednjih dvadeset godina porasla za 300%. Istraživanja kod dece i odraslih upućuju na to da je sa erozijom zuba i njenom progresijom povezan broj obroka na dan, zajedno sa postojanjem i ostalih faktora rizika. Nekoliko istraživanja *in vitro* i *in situ* pokazalo je da erozivni uticaj kiselih napitaka i jela nije isključivo vezan za njihovu pH-vrednost, već je važno pomenuti i uticaj sadržaja minerala, titrabilnu kiselost (puferški kapacitet) i sposobnost heliranja kalcijuma. Nizak stepen zasićenosti u odnosu prema gleđi ili dentinu rezultira inicijalnim površinskim lezijama koje slede lokalno povećanje pH-vrednosti, te povećani mineralni sadržaj u tečnom sloju odmah uz površinu zuba. To što se pića i hrana pojačanom puferškom aktivnosti pljuvačke odupiru promenama pH-vrednosti, možda je vrlo važno za početak erozije kod dece. Može se reći da voćni jogurti nemaju erozivni potencijal, a pojedini autori ističu da voćni jogurt *in vitro* ima najveći puferški kapacitet. Na osnovu ovih istraživanja, može se tvrditi da nije moguće indukovati eroziju gleđi s bilo kojom vrstom jogurta. U poređenju sa karijesom čini se da je erozija jače povezana sa bezalkoholnim pićima. Razorna snaga pića uglavnom se ogleda u njihovim pH-vrednostima i puferškom kapacitetu. Neka najnovija istraživanja su ustanovila inicijalne vrednosti pH-vrednosti i puferškog kapaciteta određenih napitaka, po kojima gazirana pića imaju niži pH od voćnih sokova. Prema dostupnim literaturnim podacima, puferški kapacitet imao je sledeći redosled: voćni sokovi > gazirana pića s voćnom osnovom < gazirana pića bez voćne osnove.

Biološki faktori

Pljuvačka, stečena pelikula, tvrda zubna tkiva i položaj zuba u odnosu na meka tkiva i jezik, u neposrednoj su vezi sa razvojem erozije zuba. Vrlo važan parameter je pljuvačka. Tokom erozivnog napada deluje nekoliko zaštitnih mehanizama pljuvačke; ona razređuje i uklanja erozivna sredstva iz usta, neutrališe i puferiše kiselinu, te usporava rastvaranje gleđi preko zajedničkih jonskih uticaja kalcijuma i fosfata. Stečena pelikula iz pljuvačke je proteinski sloj koji se ubrzo stvara na površini zuba nakon što je mehanički uklonjen četkanjem i zubnim pastama, te drugim profilaktičkim postupcima ili hemijskim rastvaranjem. Taj organski sloj postaje vidljiv na zubnoj površini nakon samo nekoliko minuta izlaganja oralnoj sredini. U ranoj fazi stvaranja pelikule može se takođe uočiti i enzimaska aktivnost. Smatra se da pelikula raste dok se ne postigne ravnoteža između proteinske izgradnje i razgradnje što su faze koje traju oko dva sata. Stečena pelikula može da štiti od erozije zuba tako što deluje kao difuziona prepreka ili polupropustljiva selektivna membrana koja sprečava neposredan kontakt kiselina i površine zuba, te na taj način smanjuje stepen rastvorljivosti hidroksiapatita.

Postavljanje dijagnoze

Vrlo je teško postaviti dijagnozu u ranim fazama erozije zuba jer nema gotovo nikakvih kliničkih znakova, a simptomi su malobrojni i retki. U Tabeli 3. je prikazan protokol za procenu stanja i postupci sa pacijentima kod kojih dolazi do gubitka površine tvrdih zubnih tkiva, koji može da dovede do lakšeg uspostavljanja diferencijalne dijagnoze sa atricijom i abrazijom.

Tabela 3. Protokol za dijagnostiku erozije zuba.

I. Sakupiti podatke za istoriju bolesti - proveriti sledeće:	
medicinsku istoriju bolesti <ul style="list-style-type: none">• pojačano povraćanje, ruminacija (prežvakavanje)• poremećaj u ishrani• gastroezofagealni refluks• simptomi refluksa• česta upotreba antacida• alkoholizam• autoimune bolesti (Sjögrenov sindrom)• radijaciona terapija glave i vrata• suvoća usta, suvoća očiju• lekovi koji uzrokuju smanjenu salivaciju• lekovi koji su kiseli	stomatološku istoriju bolesti <ul style="list-style-type: none">• bruksizam (škriganje ili stiskanje); zvukovi škripanja tokom sna, opazio ih je partner?, jutarnji zamor ili bol žvaćnih mišića?• korišćenje nagrizne ploče
istoriju ishrane <ul style="list-style-type: none">• učestalost unošenja kisele hrane i pića• način konzumiranja (sisanje, gutanje?)	metode oralne higijene <ul style="list-style-type: none">• učestalost i vrste četkanja• vrsta zubne paste (abrazivna?)• upotreba tečnosti za ispiranje usta• lokalna aplikacija fluorida
profesionana istorija <ul style="list-style-type: none">• redovan plivač?• probač vina?• opasnosti u radnoj sredini?	
II. Obaviti fizičku procenu – posvetiti pažnju sledećem:	
pregledu glave i vrata <ul style="list-style-type: none">• napeti mišići (bruksizam?)• hipertrofija maseteričnog mišića (bruksizam?)• povećane zaušne žlezde (autoimune bolesti,	intraoralnom pregledu <ul style="list-style-type: none">• znakovi salivarne disfunkcije-upala sluzokože-suvoća sluzokože

anoreksija, alkoholizam) •facijalni znakovi alkoholizma: crvenila, otoci lica, spider-angiomi na koži	-nemogućnost prolaska pljuvačke kroz izvodni kanal •sjajne fasete ili trošenja na ispunima (bruksizam?) •lokacija i stepen trošenja zuba (dokumentovati slikama, modelima, radiogramima)
opštem stanju • pothranjenost (anoreksija)	proceni salivarne funkcije • količina protoka • pH, puferski kapacitet

U svakodnevnoj stomatološkoj praksi ne postoje uređaji za otkrivanje erozije i merenje njenog intenziteta. Zbog toga je u postavljanju dijagnoze najvažnija klinička slika. Prvi znakovi “erozivnog trošenja” vide se kao promene optičkih svojstava gleđi – ona postaje glatka, svilenkasto sjajna i staklasta. Ako se gubitak tkiva nastavi, dolazi do promena u osnovnoj morfologiji zuba. Na glatkim površinama konveksne površine se izravnjavaju ili se razvijaju konkaviteti čija širina često prelazi njihovu dubinu. Lezije su lokalizovane koronarno od gleđno-cementne granice i uz gingivni rub ne postoji intaktna gleđ. Na okluzalnim i incizalnim površinama, kvržice se zaobljavaju i postaju tupe, što dovodi do udubljivanja incizalne ivice, a ispuni se izdižu u odnosu na okolnu površinu zuba. Kod uznapredovalih slučajeva nestaje celokupna okluzalna morfologija.

Stručnjaci se koriste mnogobrojnim metodama i merama kako bi otkrili eroziju zuba, uključujući kliničke indekse, analizu slike, kontaktnu profilometriju, ultrasonifikaciju, određivanje propustljivosti joda, skening-elektronsku mikroskopiju (SEM), određivanje površinske mikrotvrdoće, transverznu mikroradiografiju (TMR) i kvantitativnu svetlom indukovanu fluorescenciju (QLF). Većina ovih tehnika ima velike nedostatke zbog destruktivnog delovanja na ispitivano tkivo i nemogućnosti da se upotrebljava *in vivo* ili neprecizne kvalifikacije erozije. Može se reći da nema idealne tehnike, premda se QLF-om ipak možemo koristiti i *in vitro* i *in vivo*. Vrednost dosadašnjih dijagnostičkih kriterijuma erozije zuba, dosad nije sistemski proučena, iako je postignut dogovor o definiciji i predloženi novi indeksi. Svi ti novi indeksi za kliničku dijagnostiku “erozivnog trošenja” zuba su uglavnom modifikacija i kombinacija onih koje su predložili *Eccles*, *Smith* i *Knight*. Najčešće citirani primeri indeksa erozije razvijenih tokom poslednjih dvadeset godina su:

- *The Eccle’s Index* (1979)
- *The Smith and Knight Tooth Wear Index* (TWI) (1984)
- *Modified scoring system of Linkosalo and Markkanen* (1985)
- *Aine Index* (1993)
- *Erosion Index according to Lussi* (1996)
- *UK National Survey of Children’s Dental Health Index* (1999/2003)
- *The Larsen and Westergaard Index* (2000)
- *The O’Sullivan Index* (2000)

Nedavno je postavljeno pitanje koliko su pouzdani i dobri sadašnji dijagnostički kriterijumi za procenu erozije zuba. Indeksi korišćeni u poslednjih dvadeset godina ne mogu se uporediti, što nas dovodi do zaključka da ne postoji “zlatan” standard, kao ni respektivne studije koje nisu pomogle u identifikaciji indeksa koji bi mogao biti adekvatan standard za procenu stanja ovog oboljenja.

Ubrzo je osmišljen *Basic Erosive Wear Examination* (BEWE) kako bi se omogućilo jednostavnije bodovanje koje se može upotrebljavati zajedno sa dijagnostičkim kriterijumima svih dosadašnjih indeksa. BEWE je temeljna struktura za razvoj međunarodno prihvaćenog, standardizovanog i proverenog indeksa. Ova činjenica, svakako treba podstaći kliničare, kao i studente stomatologije da više pažnje posvete problemu “erozivnog trošenja” tvrdih zubnih tkiva,

što za krajnji cilj ima poboljšanje stomatološke zdravstvene zaštite pacijenata i na kraju poboljšan kvalitet života samog pacijenta.

Preventivne mere

Budući da je „erozivno trošenje” zuba multifaktorijalno oboljenje, preventivne mere se moraju primeniti uzimajući u obzir hemijske i biološke faktore, kao i ponašanje pacijenata uključeno u etiologiju i patogenezu erozije zuba.

Preventivne mere za faktore ponašanja

Na pojavu i progresiju erozije zuba odlučujuću ulogu ima i način ponašanja pacijenta. Ukoliko često unosimo mnogo kiselih obroka, to povećava opasnost od nastanka erozije zuba (Tabela 4.). U tom smislu, ukoliko je kod pacijenta klinički dijagnostikovana erozija zuba ili je pacijent u riziku za nastanak erozije, mnogi kliničari preporučuju popunjavanje tzv. četverodnevno dnevnika ishrane, koji uključuje i dva dana vikenda, kako bi se jasno definisala etiologija ovog oboljenja procenom unosa kiselih namirnica. Istraživanja takođe pokazuju uticaj oralne higijene na progresiju takvih lezija. Abrazivni postupci, poput četkanja, uklanjaju oslabljenu i demineralizovanu površinu tvrdih zubnih tkiva. Takvo četkanje nakon erozivnog napada i upotrebe abrazivne paste za zube, može direktno da utiče na progresiju “erozivnog trošenja” zuba.

Tabela. 4. Preporuke za sigurniju upotrebu napitaka u stomatologiji.

Preporuke
slediti uputstva proizvođača o upotrebi i rastvaranju napitaka
servirati isključivo u vreme obroka
što kraće napitak zadržavati u ustima i kontaktu sa površinama zuba
koristiti slamku kad god je moguće
hladni napici poseduju manji erozivni potencijal
izbegavati konzumiranje napitaka tokom noći
izbegavati pranje zuba, neposredno nakon unosa kiselog napitka
završiti glavni obrok sa namirnicom koja neutrališe kiseline npr., mleko ili sir
upotrebljavati napitke slabijeg erozivnog potencijala umesto kiselih

Mere za što manju izloženost kiselinama

Kako bi se prevenirala erozija zuba, najvažnije je smanjiti izloženost kiselinama. Spoljašnji izvori su uglavnom kiseline u hrani, ali tu se ubraja i način života i boravak u kiselom okruženju tokom rada. Da bi se smanjila opasnost od erozija uzrokovanih hranom, pacijente bi trebalo upozoravati da ne konzumiraju kisele međuobroke kako bi omogućili pljuvački da remineralizuje erodiranu površinu zuba ili da tokom konzumiranja kiselih napitaka koriste slamku i napitke što kraće zadržavaju u ustima, kako bi se smanjio kontakt kiselina sa tvrdim zubnim tkivima. Takođe ih treba upozoriti i na nezdrave načine života, kao što su uzimanje droga, alkohola i laktovegetarijanska ishrana, jer mogu povećati rizik od nastanka erozije. Zbog kisele radne sredine, najugroženiji su radnici u industriji baterija, u punionicama i oni u procesu galvanizacije, jer je tamo jako izraženo dejstvo sumporne ili hlorovodonične kiseline. Lična zaštitna oprema (maske za disanje) i oprez kako se ne bi prekoračile granične vrednosti koje su preporučili stručnjaci zaštite na radu, smatraju se važnim preventivnim merama za smanjivanje

nastanka erozije zuba u radnim okruženjima. Unutrašnji faktori uključuju poremećaje povezane sa želudačnom kiselinom u usnoj duplji, a tu ubrajamo povraćanje i gastroezofagealni refluks. Te tegobe zahtevaju kauzalnu terapiju (lekovi, psihoterapija) osnovnog oboljenja.

Mere za smanjivanje efekata mehaničkog dejstva

Iz istraživanja obavljenih *in vitro* i *in situ* može se zaključiti da mehanički stres na erodiranim površinama uzrokuje uglavnom četkanje zuba, ali i atricija zbog dodira zub-na-zub, trenje jezika ili abrazije okolnog mekog tkiva. U dosadašnjim istraživanjima istaknuto je da električne i ručne četkice zbog različitog pritiska variraju u mogućnostima da uklone krhku površinu demineralizovane gleđi i dentina. Za razliku od toga, abraziju tokom četkanja uzrokuju većinom paste za zube. Njihov abrazivni efekat određuje se prema veličini i količini abrazivnih čestica, pH-vrednosti, puferskom kapacitetu i koncentraciji fluorida. Smatra se da paste za zube sa fluoridima ne samo da smanjuju erozivnu demineralizaciju, nego i abraziju erodiranih površina. Zato bi pacijenti sa erozivnim lezijama trebali da koriste paste za zube sa fluoridima bez prisustva abrazivnih čestica. Kliničari takođe savetuju da pacijenti posle pranja zuba sa pastama sa fluoridima ne ispiraju usta vodom, jer će to sigurno dovesti do gubitka unetih fluorida. Istovremeno se pacijentima savetuje četkanje zube dva do tri časa nakon izlaganja kiselim namirnicama, kako bi se prevenirao nastanak erozije zuba.

Preventivne mere za uticaj bioloških faktora

Na razvoj erozije mogu uticati brojni biološki faktori od kojih su najvažniji: kvalitet tvrdih zubnih tkiva, svojstva pljuvačke, položaj zuba i anatomija mekih oralnih tkiva. Čini se da je pljuvačka najvažnija u smanjivanju procesa trošenja gleđi i dentina u erozivnim/abrazivnim napadima zbog njenog puferskog kapaciteta i svojstva remineralizacije, kao i stvaranja zaštitne pelikule na površini tvrdih zubnih tkiva. Kserostomija ili hiposalivacija dosta je česta kod pacijenata tokom radijacione terapije glave i vrata, ali i kod onih sa oboljenjima pljuvačnih žlezda (Sjögrenov sindrom). Takođe, može nastati jatrogenim dejstvom nekih sistemskih lekova. Neki autori ističu da stimulisana pljuvačka, upotrebom guma za žvakanje bez šećera, pomaže remineralizaciju kod erozivno/abrazivnog fenomena. Taj antierozivni efekat se može pojačati ispiranjem mlekom ili konzumiranjem sira. Unos ovih namirnica je izuzetno važan u prevenciji nastanka erozije zuba jer sadrže više kalcijuma i fosfata u odnosu na vodu ili pljuvačku, pospešujući remineralizaciju. Pljuvačka je takođe odgovorna za stvaranje stečene pelikule koja predstavlja fizičku barijeru i štiti zub od erozivnog napada.

Preventivne mere za uticaj hemijskih faktora

Istraživanja pokazuju da preparati sa visokom koncentracijom fluorida (tečnosti za ispiranje usta, gelovi i lakovi), povećavaju otpornost na abraziju i smanjuju razvoj gleđne i dentinske erozije *in vitro* i *in situ*. Istovremeno, studije pokazuju da za razliku od preparata sa visokim sadržajem fluorida, paste za zube sa 1000 ppm fluorida, vrlo malo i ograničeno utiču na abraziju erodiranog dentina i gleđi, slično pastama bez fluorida. Poslednji podaci upućuju na to da fluoridi mogu zaštititi tvrda zubna tkiva od teške kiselinske erozije kada se pH kreće između 2,35 i 3,0, pa se njihova upotreba savetuje kod pacijenata sa gastroezofagealnim refluksom. Jedna od preventivnih mera može biti i smanjenje erozivnog potencijala kiselih napitaka dodavanjem jona (kalcijuma, fosfata i fluora). Fluoridi su ključni u prevenciji nastanka oštećenja tvrdih zubnih tkiva. Otkriveno je da su vrlo delotvorni preparati fluora sa kalajem, koji osim što ima antimikrobna svojstva i štiti od demineralizacije, poseduje sposobnost preoblikovanja površine zuba, što smanjuje mogućnost nastanka erozije. Iako se preparati kalajnog fluorida promovisu kao lek izbora za smanjenje rastvorljivosti gleđi, ređe se upotrebljavaju u Evropi, zbog ograničene stabilnosti SnF₂ u pastama za zube ili loše formule, naročito kada je reč o ukusu.

Zbog toga se češće upotrebljavaju alternativni fluoridi kao što su natrijum- ili amin-fluorid (AmF), te natrijum-monofluorofosfat. Već preporučene mere u prevenciji erozije četkanjem uključuju i stvaranje zaštitnog filma od smole na zubima ili lokalnu aplikaciju fluorida, što povećava otpornost tvrdih zubnih tkiva na “erozivno trošenje”.

Dostupni literaturni podaci ukazuju da Xylitol može da stvara komplekse sa kalcijumom, prodrati u demineralizovanu gleđ i umešati se u prenos rastvorenih jona iz lezije u demineralizovanu tečnost, te tako smanjiti difuzioni koeficijent kalcijuma i fosfata iz lezije u rastvor.

Kiselim rastvorima se alternativno mogu dodati i metalni joni poput gvožđa koji smanjuju erozivni potencijal. Gvožđe može sudelovati u remineralizaciji gleđi, u nukleaciji apatita, zameni za kalcijum u apatitu i inhibiciji demineralizacije. Važno je istaći da su istraživanja u kojima se analizira efekat dodavanja gvožđa u bezalkoholna pića sa visokim koncentracijama jona, pokazala da joni mogu imati i toksične efekte. Zbog svega ovoga su neophodna dalja istraživanja koja će uzeti u obzir sve ostale faktore, naročito promenu ukusa, stabilnost rastvora i sistemski efekat na pacijente.

Aplikacija kalcijuma

Istraživanja o karijesu pokazuju da bi veća koncentracija kalcijuma u pljuvački i dentalnom plaku mogla povećati unos fluorida i njihovo zadržavanje, te pojačati proces remineralizacije, stvaranjem depoa CaF_2 . Trenutno postoji samo nekoliko studija o uticaju pasta za zube sa dodatkom kalcijuma (Topcal[®] - kazein-kalcijum fosfat; Tooth Mousse[®] - CPP-ACP: kazein fosfopeptid–amorfni kalcijum fosfat) na eroziju zuba koje značajno pokazuju smanjenje “erozivnog trošenja” tvrdih zubnih tkiva kako u kiseloj tako i u neutralnoj sredini.

Primena lasera

Poslednjih godina je poraslo interesovanje za istraživanje zaštitnog efekta lasera na demineralizaciju gleđi i dentina. U studijama se istraživao efekat nekoliko vrsta lasera (ruby, CO_2 , Nd:YAG i argonski), sa različitim operativnim modovima i izlaznom energijom. Rezultati ovih studija su pokazali da terapija laserom uzrokuje nekoliko hemijskih promena na površini zuba, uključujući smanjenje karbonata i promene hidroksiapatita u fluorapatit, ukoliko se primenjuju zajedno sa sredstvima fluorida. Sve te hemijske i morfološke promene površine zuba mogu smanjiti osetljivost na erozivnu demineralizaciju, međutim zbog nedostatka podataka još se ništa ne može zaključiti o uspešnosti primene lasera na eroziju zuba, pa su potrebna dodatna istraživanja.

Inhibitori matriks-metaloproteinaza (MMP-a)

Matriks-metaloproteinaze (MMP) su odgovorne za hidrolizu ekstracelularnog matriksa tokom procesa remodelacije i razgradnje u oralnoj sredini. Organski matriks dentina (kolagen) može se razgraditi MMP-om u dentinu i pljuvački. Ravnoteža između aktivisanog MMP-a i tkivnih inhibitora metaloproteinaza (TIMP-a) kontroliše količinu ECM-remodelovanja/ razgradnje. Čini se da je aktivacija MMP-a vrlo važna u progresiji karijesa dentina, budući da je neophodan u razgradnji kolagena u karijesnoj leziji. Pacijenti sa visokom koncentracijom MMP-a u pljuvački su osetljiviji na nastanak karijesa. Iako postoji izuzetno malo istraživanja o njegovom efektu na eroziju zuba, veruje se da se događaju slični procesi kao i kod karijesa. Studije savetuju da bi zbog uključenosti MMP-a domaćina u progresiju karijesne lezije na humanim zubima bilo interesantno pronaći inhibitore MMP-a za pacijente sa visokim rizikom od nastanka karijesa, ali i nastanka erozije zuba. Za polifenole iz zelenog čaja (epigalokatehin galat - EGCG), ustanovljeno je da imaju određen inhibitoryni efekat na MMP. U nedavnom istraživanju o preventivnom dejstvu zelenog čaja na “trošenje zuba”, istaknuto je da ispiranje tim napitkom smanjuje eroziju

zuba i abraziju *in situ*. Drugi mogući inhibitori MMP-a su hlorheksidin (CHX), antibakterijski preparat za koji je ustanovljeno da inhibira aktivnost MMPa 2, 8 i 9, avokado, zrna soje i oleinska kiselina. Njihov način delovanja i uticaj na eroziju zuba još uvek nije u potpunosti istražen, što će biti zadatak nekih budućih studija.

Restaurativna terapija

U odnosu na stepen “trošenja zuba”, restaurativni postupak može se sastojati od adhezivnog postavljanja kompozitnog ispuna u pojedinim područjima erozije, pa sve do potpune rekonstrukcije u slučajevima jako uništene denticije. Bez obzira na vrstu restaurativne terapije, prevencija progresije trebala bi biti osnova za lečenje pacijenata sa erozijom zuba. To će svakako povećati mogućnosti za uspeh i osigurati dugotrajnost restaurativnog zahvata.

Literatura:

1. O'Brien M. *Children's dental health in the UK 1993*. Pp74-76. London: HMSO, 1994.
2. Lussi A, Hellwig G, Zero D, Jaeggi T. *Erosive tooth wear: diagnosis, risk factors and prevalence*. *Am J Dent* 2006; 19: 319-325.
3. Dugmore CR, Rock WP. *Awareness of tooth erosion in 12-year-old children by primary dental care practitioners*. *Community Dent Health* 2003; 20: 223-227.
4. Shaw L, Smith A. *Erosion in children. An increasing clinical problem?* *Dent Update* 1994; 21: 103-106.
5. Mehta SB, Banerji S, Millar BJ, Suarez-Feito J-M. *Current concepts on the management of tooth wear: part 1. Assessment, treatment planning and strategies for prevention and passive management of tooth wear*. *BDJ* 2012, 1(14): 17-27.
6. Milosevic A. *The problem with an epidemiological index for dental erosion*. *British Dental Journal* 2011; 211: 201-203.
7. Amaechi BT, Higham SM, Edgar WM, Milosevic A. *Thickness of Acquired Salivary Pellicle as a Determinant of the Sites of Dental Erosion*. *J Dent Res* 1999; 78: 1821

POSTERI

01

ZNAČAJ KOMUNIKACIJE U DEČJOJ STOMATOLOGIJI

Vesna Tupajić¹, Dijana Trišić², Dejan Marković²

¹Dom zdravlja Požega, ²Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod: Komunikacija je proces slanja i primanja poruka između ljudi, odnosno proces razmene informacija. Može biti verbalna (7%) i neverbalna (93%). Efikasna komunikacija u dečjoj stomatologiji od suštinskog je značaja za sprovođenje preventivnih, profilaktičkih, i terapijskih mera u cilju očuvanja oralnog zdravlja

Cilj: Ukazati na značaj komunikacije između deteta (pacijenta), roditelja, i stomatološkog tima, u cilju očuvanja oralnog zdravlja i uspešnosti tretmana oralnih oboljenja, kao i prikaz praktičnih preporuka za rad stomatologa

Metod: Efikasnost komunikacije u dečjoj stomatologiji zavisi od razvoja pacijenta, uzrasta (mentalnog i fizičkog), kao i prethodnog iskustva sa stomatologom. Saradnji doprinose stavovi roditelja i organizacija stomatološkog tima

Rezultati: Komunikaciju sa detetom treba započeti neobaveznim razgovorom. Veoma je važno direktno obraćanje, vođenje računa o izboru reči, i izbegavanje žargona. Obraćati se direktno detetu, uz pravljenje kontakta očima. Verbalni kontakt održavati tokom pregleda. Kod mlađe dece preporučuje se princip: "kaži-pokaži-uradi", metoda koja upoznaje dete sa procedurom. Roditelji mogu oblikovati stavove svoje dece prema stomatologu, a dobra saradnja i podrška roditelja može se biti od velikog značaja i za sam ishod lečenja. Stomatolog organizuje tim, ima ključnu ulogu u proceni oralnog zdravlja, i sprovođenju profilaktičkih i terapijskih mera. Organizuje i deli informacije sa celokupnim timom, i obezbeđuje širenje informacija ka pacijentima.

Zaključak: Komunikacija sa decom mora biti u skladu sa njihovim uzrastom, stepenom razvoja, kao i prethodnim stomatološkim iskustvom. Dobra saradnja između članova stomatološkog tima, pacijenta, i roditelja može dovesti do unapređenja oralnog zdravlja i očuvanja postignutih terapijskih rezultata.

02

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U ZBRINJAVANJU OLIGODONCIJE STALNIH ZUBA -prikaz slučaja

Branislava Stojković¹, Donka Stojanović², Ljiljana Kostadinović¹, Marija Igić¹, Igor Stanković³

¹Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Klinika za stomatologiju Niš-Preventivna i dečja stomatologija, ²Klinika za stomatologiju-Ortopedija vilica, ³Dom zdravlja Bajina Bašta

Uvod: Oligodoncija ili multipla aplazija se definiše kao kongenitalni nedostatak grupe zuba (6 i više zuba). Može se javiti u obe denticije ali je znatno češća u stalnoj denticiji sa prevalencijom koja u proseku iznosi 0.7%.

Cilj: U ovom radu je prikazan multidisciplinarni pristup u zbrinjavanju oligodoncije stalnih zuba.

Metod: Pacijentkinja stara 23 godina javila se na Kliniku za stomatologiju u Nišu zbog perzistencije većeg broja mlečnih zuba. Uzeti su anamnestički podaci, izvršen je klinički pregled pacijentkinje kao i analiza ortopantomografskog snimka, na osnovu čega je dijagnostikovana oligodoncija stalnih zuba uz istovremenu perzistenciju odgovarajućih mlečnih zuba.

Nakon postavljanja dijagnoze, izvršen je detaljni pregled celokupne usne duplje kao i ortodontska analiza, i na osnovu toga je napravljen plan terapije koji je zbog kompleksnosti dijagnoze objedinio zajednički rad stomatologa različitih specijalnosti- ortopeda vilica, dečjeg stomatologa, protetičara i oralnog hirurga. Zadatak dečjeg stomatologa se ogledao u konzervativnoj restauraciji većeg broja mlečnih zuba u cilju očuvanja prostora za kasniju protetsku rehabilitaciju.

Zaključak: U slučaju oligodoncije, neophodna je blagovremena i ispravna dijagnostika uz adekvatan plan terapije. Terapija ove nepravilnosti u razvoju zuba je kompleksna, dugotrajna i zahteva multidisciplinarni pristup u zbrinjavanju.

03

INFORMISANOST RODITELJA O PRUŽANJU PRVE POMOĆI KOD AVULZIJA STALNIH ZUBA

Branislava Stojković, Ljiljana Kostadinović, Marija Igić, Olivera Tričković Janjić, Dušan Šurdilović

Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Klinika za stomatologiju Niš - Preventivna i dečja stomatologija

Uvod: Avulzija stalnih zuba spada u teške povrde zuba i okarakterisana je potpunim izbijanjem zuba iz zubne čašice pod dejstvom traumatske sile. Učestalost avulzija, u odnosu na ostale povrde stalnih zuba, je mala i iznosi oko 0.9% svih povreda. Pružanje adekvatne prve pomoći, u slučaju ove vrste povreda zuba, može značajno uticati na tok i ishod njihove terapije.

Cilj: Ispitati stepen informisanosti roditelja o pružanju prve pomoći u slučaju avulzije stalnih zuba

Metod: Anketiranjem roditelja, koji nisu imali predhodno iskustvo sa avulzijama stalnih zuba, dobijeni su podaci o stepenu njihove informisanosti u slučaju ove vrste povreda. Istraživanjem je obuhvaćeno 50 roditelja, dece uzrasta od 7 do 12 godina.

Rezultati: Anketiranjem roditelja dobijen je podatak da je samo 34% ispitanika upoznato sa mogućnošću vraćanja stalnog zuba u zubnu čašicu nakon izbijanja, pri čemu bi, ukoliko pronađu izbijeni zub, samo 3% ispitanika pokušalo da isti vrati u zubnu čašicu, dok bi 97% za to zatražilo stručnu pomoć. Prilikom podizanja izbijenog zuba, sa prljave površine, 64% ispitanika bi zub uhvatio za krunicu, 9% za koren zuba a 27% za bilo koji deo zuba. U pogledu vremena pružanja prve pomoći, 45% roditelja smatra da je naurgentnije pružiti prvu pomoć u prvih 30 minuta, 24% u prvih 60 minuta, 12% prvih par sati, a 19% u prvih 24 sati nakon povrede. Najveći procenat anketiranih roditelja smatra fiziološki rastvor najprikladnijim medijumom za transport izbijenog zuba.

Zaključak: Dobijeni rezultati sugerišu na neophodnost zdravstveno-vaspitnog rada sa ovom ciljnom grupom, u cilju pružanja adekvatne prve pomoći u slučaju avulzije stalnih zuba čime bi se komplikacije ovih povreda svele na najmanju moguću meru.

04

PREVALENCIJA KARIJESA RANOG DETINJSTVA KOD MALE I PREDŠKOLSKE DECE U NIŠU

Marija Igić, Ljiljana Kostadinović, Olivera Tričković Janjić, Dušan Šurdilović, Branislava Stojković

Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Klinika za stomatologiju Niš-Preventivna i dečja stomatologija,

Cilj: je bio da se prikaže prevalencija karijesa ranog detinjstva (KRD) kod male i predškolske dece u Nišu.

Metod: Istraživanje je urađeno u stomatološkoj ambulanti vrtića „Zvončići“ u Nišu. Ispitivanjem je obuhvaćeno 200 ispitanika. Radi dobijanja podataka o stanju zuba urađen je stomatološki sistematski pregled. Prevalencija karijesa je izražena statističkim koeficijentima: karijes indeks osoba (kio) i karijes indeks zuba (kiz); indeksom i merom prosečnih vrednosti, karijes indeks prosek (kip) i pokazateljem strukture karioznih, ekstrahiranih i plombiranih zuba (struktura kep-a). Karijes je prema težini oboljenja klasifikovan na caries superficialis (k_I), caries profunda (k_{II}), pulpitis (k_p), gangrena (k_g) i parodontitis (k_x).

Rezultati: Istraživanjem su utvrđene visoke vrednosti parametara prevalencije karijesa ranog detinjstva. Dobijeni rezultati pokazuju da je kod pregledane dece kip=2,49, kiz=12,45%, a kio=51,50%. Od 1200 zuba u maksilarnom interkaninom prostoru 1119 je zdavih zuba, 81 zub je oboleo, a plombiranih i ekstrahiranih zuba nije bilo. U mandibularnom interkaninom prostoru svi zubi (1200) su bili zdravi.

U strukturi kep-a uočena je razlika između karijesnih (81,13%), plombiranih (18,07%) i ekstrahiranih zuba (0,80%). Od svih pregledanih zuba koji su bili zahvaćeni karijesom, caries superficialis je prisutan u 74,75%, a caries profunda u 22,03%. Komplikacije karijesa (pulpitis, gangrena, parodontitis) nisu bile zastupljene u velikom broju: k_p=1,24%, k_g=1,48% i k_x=0,49%.

Zaključak: Visoka prevalencija KRD zahteva intenzivan preventivno-profilaktički i zdravstveno vaspitni rad, kako s decom tako i s roditeljima. Takođe, neophodna je i što ranija dijagnostika rizika za nastanak karijesa u ranom detinjstvu, a zatim i samog oboljenja kao i blagovremena terapija KRD, kako bi se mlečni zubi ostali u ustima do njihove fiziološke smene.

05

UTICAJ SKLADIŠTENJA UZORAKA SALIVE NA KONCENTRACIJU BIOHEMIJSKIH PARAMETARA

Biljana Andelski-Radičević, Ivan Dožić

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Opšta i oralna biohemija

Uvod: Analiza salive je brza, jednostavna i neinvazivna, pa se sve češće koristi kao biološki uzorak za analizu različitih markera. Način čuvanja uzoraka salive do analize može da utiče na njihovu koncentraciju.

Cilj: Ispitati uticaj različitih uslova čuvanja uzoraka salive na koncentraciju biohemijskih parametara.

Metod: Uzorci salive su sakupljeni od 34 zdrava dobrovoljca, muškog i ženskog pola, starosti 25-70 godina. U salivi su analizirani glukoza, urea, mokraćna kiselina, trigliceridi, kalcijum i gvožđe, spektrofotometrijskom metodom na aparatu Secomam Basic. Kalijum i natrijum u salivi određeni su na plamenom fotometru Hospitex Diagnostic. Analiza biohemijskih parametara je urađena u svežem uzorku salive na sobnoj temperaturi, zatim u uzorku koji je čuvan 7 dana na +4°C i na uzorku koji je čuvan 30 dana na -20°C

Rezultati: Srednje vrednosti koncentracije biohemijskih parametara u svežem uzorku salive odgovarale su vrednostima koje su dobili drugi autori. Nakon čuvanja salive 7 dana na +4°C, koncentracije glukoze (0,66 mmol/L), uree (5,3 mmol/L), mokraćne kiseline (228 µmol/L), triglicerida (0,27 mmol/L), kalcijuma (2,12 mmol/L), gvožđa (8,5 µmol/L), kalijuma (14,9 mmol/L) i natrijuma (10 mmol/L) nisu pokazale statistički značajnu razliku ($p > 0,05$) u odnosu na njihovu koncentraciju u svežem uzorku salive. Nema statistički značajne razlike između srednjih vrednosti koncentracije ispitivanih parametara u svežem uzorku salive i nakon 30 dana čuvanja na -20°C.

Zaključak: Različiti uslovi čuvanja salive nisu uticali na koncentraciju ispitanih biohemijskih markera. Stabilnost ovih biomarkera ukazuje da saliva ima sve više udela kao dijagnostička tečnost.

06

ODREĐIVANJE PROTROMBINSKOG VREMENA KOD RIZIČNIH PACIJENATA U STOMATOLOGIJI

Biljana Andelski-Radičević, Aleksandra Stojković

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Laboratorija za biohemiju i hematologiju

Uvod: Određivanje protrombinskog vremena (PT) danas je opšte prihvaćeno kao način praćenja pacijenata na dugotrajnoj oralnoj antikoagulantnoj terapiji (npr. varfarin, acenokumarol, aspirin itd.), kao i pacijenata sa urođenim ili stečenim poremećajima faktora koagulacije krvi.

Cilj: da se ukaže na značaj laboratorijskog određivanja protrombinskog vremena kod pacijenata na oralnoj antikoagulantnoj terapiji tokom stomatoloških intervencija.

Metod: U Laboratoriji za biohemiju i hematologiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu PT se određuje iz uzorka venske krvi, na koagulometru HumaClot Junior (Human, Nemačka), pomoću reagensa Hemostat Thromboplastin-SI (Human, Nemačka).

Rezultati: Za praćenje PT kod pacijenata na dugotrajnoj antikoagulantnoj terapiji najobjektivniji je internacionalni normalizovani koeficijent (International Normalised Ratio) – INR. Kod stabilne antikoagulantne terapije INR se kreće od 2 do 4. Ukoliko je INR ispod donje granice ($INR < 2$), povećan je rizik za stvaranje ugruška u krvnim sudovima, a ako je iznad gornje granice ($INR > 4$), povećava se rizik od nastanka krvarenja. Laboratorijsko određivanje INR-indeksa u venskoj krvi dostupno je za 15 minuta.

Zaključak: Pacijenti na oralnij antikoagulantnoj terapiji predstavljaju pacijente rizika u stomatologiji, posebno oralnoj hirurgiji, kao i drugim specijalnostima posle čijih intervencija može doći do krvarenja. Pacijentima kod kojih je izmereni INR veći od 2 treba savetovati prekid antikoagulantne terapije nekoliko dana pre zakazane stomatološke intervencije.

07

SEPARACIONI STRAH U STOMATOLOŠKOJ ORDINACIJI

Marina Relić¹, Ana Harhaji², Bojana Perić-Prkosovački²

¹Dom zdravlja, Sremska Mitrovica, ²Srednja medicinska škola „7. April“, Novi Sad

Cilj: Cilj rada je bio da se ispita koji je položaj deteta najpogodniji radi sprečavanja separacionog straha koji se javlja pri prvom stomatološkom pregledu.

Metod: Istraživanje je obavljeno u Sremskom okrugu, u prvom trimestru 2014. godine, pri redovnom sistematskom pregledu odojčadi. Istraživanjem je obuhvaćeno 41 odojče, a podeljeni su u dve grupe. Prvu grupu činilo je 21 dete, i ova deca su bili okrenuta licem ka ispitivaču, a roditelji su ih pridržavali na grudima. Drugu grupu činilo je dvadesetoro odojčadi koji su bili okrenuti licem ka roditelju u položaju „koleno ka kolenu“. Minimalna uznemirenost predstavljena je čak i u minimalnom opiranjju odojčeta pri pregledu.

Rezultati: Minimalna uznemirenost u prvoj grupi utvrđena je kod 82,3% odojčadi, dok je minimalna uznemirenost u drugoj grupi utvrđena kod 61,5% odojčadi.

Zaključak: Separacioni strah koji se javlja kao normalna faza razvoja kod odojčeta između 7-10 meseca života odojčeta, ukazuje na to da roditelj treba da bude u vidnim polju deteta. U skladu sa tim trebalo bi da stomatolog bude iza leđa detetu. Položaj „koleno ka kolenu“ sa roditeljem omogućava maksimalan učinak uz minimalnu uznemirenost odojčeta pri prvoj stomatološkoj poseti.

08

MOTIVACIJOM RODITELJA DO OČUVANJA ZDRAVIH PRVIH STALNIH MOLARA

Aleksandra Rajčević¹, Aleksandra Paljm-Bušetić²

¹Dom zdravlja, Stari grad, ²Dom zdravlja „dr Milutin Ivković“ Palilula

Najvažniji zadatak dečjih i preventivnih stomatologa je očuvanje zdravlja usta i zuba. Obzirom da je karijes infektivno, multikauzalno oboljenje za čiji nastanak je neohodna akumulacija dentalnog plaka, nameće se logičan zadatak: najpre obučiti dete da pravilnom higijenom usta i zuba ukloni sav dentalni plak, a potom preventivno-profilaktičkim merama očuvati oralno zdravlje.

Prvi stalni molari, zbog svoje morfologije i vremena nicanja, su najugroženiji. Iskustvo u praksi potvrđuje da je karijes na fisurama i jamicama u većem obimu zastupljen nego na aproksimalnim površinama. Sam tretman zalivanja fisura prvog stalnog molara, pored izuzetnog preventivnog značaja, ne predstavlja traum za pacijenta jer je potpuno bezbolan, ne traje dugo i stimuliše pacijente na ponovne dolaske kod stomatologa. I pored ovih pogodnosti, u poslednje vreme, trend je da roditelji odbijaju zalivanje fisura jer su se putem raznih medija informisali o „štetnosti“ zalivača.

U toku 2014 god. kod 150-oro dece sa izniklim prvim stalnim molarima, 12% roditelja nije dozvolilo ovu preventivno-profilaktičku meru, i od toga: 6% roditelja se plaši da nagrizanje kiselinom oštećuje zube, 4% smatra da će zalivač kamuflirati karijes u fisurama, 2% veruje da je tretman beskoristan. I pored svih pozitivnih aspekata po oralno zdravlje njihovog deteta, dečiji stomatolog nije uspeo da edukacijom roditelja pobedi medije.

Neophodno je kroz zdravstveno–vaspitanje rad objasniti značaj, način rada i terapijski učinak zalivanja fisura. Potrebno je otkloniti strah da ova metoda na bilo koji način štetno deluje na zube.

09

PRAĆENJE EFIKASNOSTI ZALIVANJA FISURA PRVIH STALNIH MOLARA

Aleksandra Paljm-Bušetić¹, Aleksandra Rajčević²,

¹Dom zdravlja "dr Milutin Ivković" Palilula, ²Dom zdravlja, Stari grad

Uvod: Zalivanje fisura kao potpuno bezbolna metoda stimuliše decu da češće posećuju stomatologa, oslobađa ih od straha od stomatološke intervencije i čuva integritet prvih stalnih molara.

Cilj: rada je praćenje efikasnosti zalivanja prvog stalnog molara kao preventivno- profilaktičke metode.

Metod: rada se sastojala u sakupljanju i obradi podataka iz stomatoloških kartona nakon obavljenih sistematskih pregleda 50-oro dece prvog razeda školske 2013/2014.

Rezultati: od 50-oro pregledana dece, zaliveno je 117 fisura na prvim stalnim molarima. Kontrolni pregledi su rađeni posle 5 nedelja, 6 meseci i godinu dana. Uočeno je da je kod zuba na kojima su zalivene fisure grizna površina ostala inaktna, bez ikakvih promena i pigmentacija, a nema ni akumulacije dentalnog plaka.

Zaključak: Uočeni rezultati jasno ukazuju na neophodnost zalivanja fisura zbog rane prevalencije okluzalnog karijesa. Rani gubitak prvih stalnih molara dovodi do poremećenih međuviličnih odnosa, ortodontskih anomalija i potrebe za ortodontskom terapijom. Pošto su prvi stalni molari „ključevi okluzije“, zalivanjem fisura izbegle bi se sve negativne posledice.

10

PRISUSTVO TEGOBA UZROKOVANIH CERVICALNIM SEGMENTOM KIČME KOD ZAPOSLENIH U OBLASTI STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Božana Radanović

Ordinacija opšte stomatologije "Tusk"

Uvod: Tegobe porekla vratnog dela kičme su zastupljene u velikoj meri kod stomatologa. Obzirom da stomatolozi, tokom rada, zauzimaju specifične položaje, a u većoj meri su ti položaji neergonomski, dolazi do promena na mišićno-koštanom sistemu, što se manifestuje bolom kao osnovnim simptomom.

Cilj: je da se ustanove uzroci tegoba, njihova najčešća lokalizacija, manifestacije, kao i metode lečenja.

Metod: Pregledana je i proučena dostupna literatura koja se bavi ovom tematikom.

Rezultati: Pregledom stručne literature, uočeni su uzroci tegoba lokalizovanih u cervikalnom delu kičme (nedekvatan položaj, fizička neaktivnost, degenerativne promene, povrede), kao i njihov uticaj na opšte zdravstveno stanje i radnu sposobnost stomatologa. Prisutni su i različiti stavovi vezani za prevenciju, kao i terapiju (fiziikalna, medikamentna).

Zaključak: Tegobe kod stomatologa uzrokovane cervikalnim delom kičmenog stuba, spadaju u grupu profesionalnih oboljenja i praćena su različitim stanjima koja onemogućavaju obavljanje profesionalnih, a takođe i svakodnevnih aktivnosti. Od velikog je značaja zdravstvena edukacija stomatologa, počev od perioda studija, o značaju zauzimanja pravilnog položaja tokom rada, kao i o dobrobiti bavljenja fizičkom aktivnošću, kako bi se tegobe prevenirale, ili bar mogućnost njihovog nastanka svela na minimum.

Ključne reči: ergonomija, bol u vratu, cervikalni sindrom

11

ZBRINJAVANJE FRAKTURE GORNJEG STALNOG CENTRALNOG SEKUTIĆA U DEČJEM UZRASTU

Božana Radanović

Ordinacija opšte stomatologije "Tusk"

Uvod: Frakture zuba, pre svega stalnih centralnih sekutića, predstavljaju jedno od najčešćih stanja u dečjoj stomatologiji. Osim što dolazi do narušavanja funkcije, narušen je i izgled deteta. Obzirom da se radi o veoma mladim pacijentima koji se nalaze u periodu intenzivnog psiho-fizičkog razvoja, od velikog je značaja terapija ovakvih stanja.

Cilj: Prikazati ishod terapije nakon frakture gornjeg stalnog centralnog sekutića uzrokovane traumom u dečjem uzrastu.

Metod: U radu je prikazana pacijentkinja starosti 8 godina koja se javila nakon frakture gornjeg stalnog centralnog sekutića, uzrokovane padom sa bicikla. Nakon uzete anamneze, sprovedenog pregleda i načinjavanja rtg snimka, pristupilo se terapiji. Fraktura klase II (prisutan prelom gleđi i dentina) na centralnom sekutiću je konzervativno zbrinuta kompozitnim materijalom (GRADIA DIRECT ANTERIOR), a kontrolni pregledi su sprovedeni nakon 1, 3 i 6 meseci.

Rezultati: Na kontrolnom pregledu izvršenom 6 meseci nakon terapije frakturiranog zuba, potvrđeno je da rekonstruisani zub ispunjava kako funkcionalne, tako i estetske zahteve.

Zaključak: Rekonstrukcija stalnih zuba nakon traume u dečjem uzrastu jeste veoma delikatna procedura. Od velikog je značaja pažljivo uzeti anamnezu, uraditi detaljan pregled pacijenta, kao i sprovođenje ostalih dijagnostičkih procedura. Rekonstrukcija frakturirane gleđi i dentina se može izvršiti kompozitnim materijalima, koji su takvih karakteristika da odgovaraju svim estetskim i funkcionalnim zahtevima savremene stomatologije.

Gljučne reči: trauma zuba, stalni zubi, fraktura krunice, restauracija zuba

12

NIVO ZNANJA STOMATOLOGA O TERAPIJI POVREDA ZUBA

Jelena Podgorac, Bojana Ćetenović, Dejan Marković

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Visoka prevalenca povreda zuba, kao i njihovi efekti na funkciju i estetiku orofacijalnog sistema, zaslužuju posebnu pažnju stomatologa.

Cilj: da se proveri nivo znanja doktora stomatologije o pravovremenoj terapiji povreda zuba i usklađenosti sa najnovijim doktrinarnim stavovima.

Metod: Upitnik sačinjen od 26 pitanja i 5 kliničkih situacija distribuiran je među 30 stomatologa između novembra 2014. i februara 2015. godine, koji su bili na specijalizaciji iz oblasti Dečija i preventivna stomatologija. Prosečna starost stomatologa uključenih u ispitivanje bila je $37,53 \pm 4,33$ god, a prosečno radno iskustvo $9,63 \pm 3,95$ god.

Rezultati: Pokazano je da ispitanici poseduju odgovarajuće znanje o povredama mlečnih zuba i pogodnom medijumu za transport avulziranih stalnih zuba. U slučaju preloma gleđi i dentina sa otvaranjem pulpe zuba sa završenim rastom korena kod pacijenta koji se javio nakon 15 min, terapijski postupak koji bi primenio najveći procenat ispitanika bi bio direktno prekrivanje pulpe (66,7%). Na pitanje koje je optimalno vreme nakon povrede da se obavi replantacija zuba, 14 (46,7%) ispitanika je odgovorilo do 5 min, njih 11 (36,7%) do 60 min, odnosno 5 (16,7%) u prva 24 sata. Pre replantacije, koagulum iz alveole potrebno je ukloniti fiziološkim rastvorom po mišljenju 18 (60%) ispitanika, 4 (13,3%) ispitanika bi postupak obavilo pomoću kirete, a njih 8 (23,7%) je smatralo da postupak zavisi od vremena proteklog od povrede. Dve trećine ispitanika navodi da je eksterna resorpcija korena siguran znak da nije nastupila revaskularizacija replantiranog zuba.

Zaključak: Nedovoljan nivo znanja anketiranih stomatologa o pravovremenoj terapiji povreda zuba naglašava potrebu za sprovođenjem kontinuiranih edukacija o najnovijim smernicama referentnih međunarodnih asocijacija u cilju poboljšavanja kvaliteta stomatološke usluge.

ZBRINJAVANJE MOLARNO-INCIZALNE HIPOPLAZIJE TEHNIKOM MIKROABRAZIJE I PRIMENOM PREVENTIVNIH I PROFILAKTIČKIH MERA - prikaz slučaja

Marija Paunović¹, Jelena Stanić², Zoran Mandinić³

¹Dom zdravlja Smederevo, ²Vojnomedicinska akademija Beograd, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Molarno-incizalna hipomineralizacija predstavlja lokalizovani nedostatak minerala sistemskog porekla koji zahvata jedan ili više stalnih molara, a često i inciziva. Klinički se manifestuje abnormalnom translucencijom gleđi koja dovodi do lokalizovane promeneboje gleđi, a u težim slučajevima do fraktura gleđi usled poroznosti

Cilj: Prikazivanje slučaja kompletnog zbrinjavanja pacijenta sa molarno-incizalnom hipomineralizacijom.

Metod: Dečak star 10 godina javlja se zbog estetskog problema u vidu bele, lokalizovane prebojenosti na incizalnoj trećini desnog gornjeg centralnog sekutića i frakturom klase I na istom zubu. Anamnezom i kliničkim pregledom je dijagnostikovana molarno-incizalna hipomineralizacija koja je zahvatila pomenuti sekutić i sva četiri prva stalna molara. Urađen je rtg snimak, test vitaliteta i napravljen je plan terapije. Nakon uklanjanja mekih naslaga i izolacije zuba, tehnikom mikroabrazije preparatom Opalustre (Ultradent, USA), koji sadrži 6,6% hlorovodoničnu kiselinu i silikokarbidne mikročestice, u jednoj poseti je uklonjen površinski, hipomineralizovani sloj gleđi na zubu 11 i postignuti su dobri estetski rezultati. U sledećim posetama urađen je estetski ispun od kompozitnog materijala na zubu 11, zalivanje fisura na zubima 16 i 26, uklanjanje hipomineralizovane gleđi i loših ispuna i restauracija kompozitnim materijalima zuba 36 i 46, kao i lokalna primena visoko koncentrovanih fluorida. Pacijentu je savetovana svakodnevna primena zubne paste sa fluoridima, korišćenje zubne paste Tooth Mousse (GC Europe) sa kazein fosfopeptid - amorfni kalcijum fosfatom, lokalna primena niskokcentrovanih fluorida, pravilan dijetetski režim, kao i redovni kontrolni pregledi.

Rezultati: Metodom mikroabrazije uklonjena je hipomineralizovana, porozna i plak prijemčiva gleđ i pored estetskog, postignut je preventivni učinak u vidu smanjenja mogućnosti nastanka karijesa na zubu 11. Profilaktičkim merama, postavljanjem pravilno indikovanih ispuna i savetima o pravilnim higijensko-dijetetskim merama postignut je visok estetski kao i preventivni učinak, kako na prvim stalnim molarima tako i u celoj usnoj duplji.

Zaključak: Molarno-incizalna hipomineralizacija je kompleksan problem koji zahteva primenu preventivno-profilaktičkih mera u ranom uzrastu pacijenta. Pravilnom primenom ovih mera, redovnim kontrolama i minimalno invazivnim tehnikama, uključujući i mikroabraziju, postižu se dobri estetski efekti, kao i očuvanje zdravlja zuba za duži vremenski period.

MESIODENS I SMENA DENTICIJE – prikaz slučaja

Tihomir Magazin, Slobodan Nikolić, Mihajlo Magazin

Stomatološka ordinacija "CANINUS", Beograd

Uvod: Mesiodens je uobičajen naziv za prekobrojne atipične zube, lokalizovane između i u predelu gornjih centralnih sekutića. Najčešći je u gornjoj vilici i u 75 % slučajeva je impaktiran. Oblik je pretežno klinast, a postoje i druge varijacije u krunskom delu. Mehanizam nastajanja prekobrojnih zuba nije potpuno razjašnjen. Hiperprodukcija dentalne lamine je istaknuta od vise autora. Kod nekih naslednih sindroma su redovna pojava kao *dysostosis cleidocranialis* i *Hallerman-Streiff-ov* sindrom.

Cilj: Ukazati na problem koji perzistencija mesiodensa izaziva u toku smene mlečne i stalne denticije.

Metod: Nakon ekstrakcije mlečnog centralnog sekutića na levoj strain gornje vilice dečaku starom šest godina niče zub sa atipičnom klinastom krunicom što navodi na sumnju o mesiodensu. Uradi se radiografija OPT-snimak, gde uočavamo zarotiran stalni centralni sekutić leve strane koji je onemogućen da pravilno izrasta. Terapijski postupak u ovom slučaju je ekstrakcija mesiodensa u lokalnoj anesteziji te izrada mobilnog ortodontskog aparata ali tek po nicanju centralnih sekutića. Na nicanje stalnog sekutića čekalo se deset meseci jer je bio impaktiran. Primenjen je mobilni pločasti aparat sa šrafom i labijalnim lukom.

Zaključak: Nošenje ortodontskog aparata jednu godinu uz redovne mesečne kontrole dalo je odlične rezultate, svi gornji sekutići su zauzeli normalnu poziciju u zubnom luku.

PREVALENCIJA KARIJESA KOD DECE SA POSEBNIM POTREBAMA

Zagorka Milosavljević¹, Marija Igić², Ljiljana Kostadinović², Branislava Stojković², Igor Janačković³, Maja Ostojić⁴

¹Dom zdravlja Niš, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu-Preventivna i dečja stomatologija, ³Dom zdravlja Bujanovac, ⁴Stomatološka ordinacija dr Mihajlo Đorđević

Cilj je bio da se prikaže prevalencija karijesa kod dece sa posebnim potrebama.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 76 dece sa posebnim potrebama, približno jednake polne zastupljenosti, iz Škole za osnovno i srednje obrazovanje dece ometene u razvoju "14 Oktobar" u Nišu. U istraživačivanje su bili uključeni samo ispitanici sa stalnom denticijom (uzrast od 12-18 godina). Radi dobijanja podataka o stanju zuba urađen je stomatološki sistematski pregled, uz pomoć sonde i stomatološkog ogledalca. Stanje zdravlja zuba registrovano je upotrebom Klein-Palmerovog KEP sistema. Prevalencija karijesa je izražena statističkim koeficijentima: karijes indeks osoba (KIO) i karijes indeks zuba (KIZ); indeksom i merom prosečnih vrednosti, karijes indeks prosek (KIP) i pokazateljem strukture karioznih, ekstrahiranih i plombiranih zuba (struktura KEP).

Rezultati: Dobijeni rezultati pokazuju da je kod dece sa posebnim potrebama KIP=27,13, KIZ=16,77%, a KIO=86,84%. U strukturi KEP-a karioznih zuba je bilo 77,87%, plombiranih 8,68%, a ekstrahiranih zuba 13,4%.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da je prevalencija karijesa kod dece sa posebnim potrebama velika. Zbog toga je potrebno intenzivirati zdravstveno vaspitni rad sa decom i roditeljima i ukazati na značaj i mogućnost očuvanja zdravlja zuba

UTICAJ NAČINA ODRŽAVANJA ORALNE HIGIJENE NA PREVALENCIJU KARIJESA MLEČNIH ZUBA

Marina Nikolić¹, Zoraida Milojković², Milena Stavrić³

¹Dom zdravlja Štrpce, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini, ³Dom zdravlja Gračanica

Uvod: Higijena usne duplje predstavlja veoma značajnu meru za očuvanje i unapređenje oralnog zdravlja.

Cilj: istraživanja je bio da se utvrdi uticaj načina održavanja i učestalosti izvođenja oralne higijene na prevalenciju karijesa mlečnih zuba kod dece predškolskog uzrasta.

Metod: Istraživanjem je obuhvaćeno 84 ispitanika, predškolskog uzrasta od 3 do 6 godina starosti. Svakom ispitaniku je upotrebom sonde i stomatološkog ogledalca, pod veštačkim osvetljenjem u stomatološkoj ambulanti Doma zdravlja Štrpce, urađen pregled mlečnih zuba. Podaci o načinu održavanja oralne higijene u ispitivanoj grupi dece dobijeni su anketiranjem njihovih roditelja.

Rezultati: Bez karijesa na mlečnim zubima je bilo 16% ispitanika, 13% ispitanika je imalo 1-2 mlečna zuba sa karijesom, 67% ispitanika 3-6 zuba sa karijesom a 4% ispitanika je bilo sa svim karijesnim mlečnim zubima. Anketiranjem roditelja je dobijen podatak da u grupi ispitivane dece kod koje je dijagnostikovao karijes na mlečnim zubima, 52% dece zube pere 1-2 puta nedeljno dok 30% ispitivane dece uopšte ne održava oralnu higijenu. Ispitanici kod kojih nije dijagnostikovao karijes na mlečnim zubima, oralnu higijenu održava svakodnevno, uglavnom jednom dnevno, obično ujutru.

Zaključak: Rezultati dobijeni ovim istraživanjem ukazuju na loše navike u načinu održavanja oralne higijene dece predškolskog uzrasta, što za posledicu ima visoku prevalenciju karijesa mlečnih zuba u ovoj grupi dece. Neophodan je intenzivan zdravstveno vaspitni rad sa roditeljima odmah nakon rođenja deteta, koji bi za cilj imao povećanje svesti o značaju oralne higijene na očuvanje zdravlja usta i zuba najmlađe populacije.

17

APIKOTOMIJA PRVOG MOLARA DONJE VILICE SA REVIZIJOM KANALSKOG PUNJENJA

Tihomir Magazin, Mihajlo Magazin, Slobodan Nikolić,

Stomatološka ordinacija "CANINUS", Beograd

Uvod: Najčešći uzrok periapikalnih lezija na molarima donje vilice su endodontski tretirani i nedovoljno punjeni kanali korenova. Nemogućnost dobrog punjenja je posledica morfologije, odnosno neprohodnosti kanala.

Cilj: Prikazati šta za posledicu donosi nenapunjen korenski kanal, i šta se nudi kao rešenje da bi se izbegla ekstrakcija zuba.

Metod: Dve godine nakon endodontskog tretmana na zubu 46 pojavio se tupi bol pri nagrizu kod žvakanja i to periodično. Pacijentkinja se javlja stomatologu nakon što je bol postao kontinuiran i sa приметnim otokom i crvenilom intraoralno u projekciji apeksa korenova. Po urađenoj radiografiji (OPT i retroalveolarni-rtg) izvrši se revizija punjenja do tačke prohodnosti i provede se ponovni endodontski tretman. U sklopu terapije oridinirani su antibiotici (Clindamycin tabl. 0,6) i analgetici (Brufen drag. 0,4). Apikotomija je izvedena u sprovodnoj anesteziji (PRIMACAINE adrenaline 1/100.000) uz prethodno definitivno punjenje kanala. U koštani defekt je augmentirana zamena za kost (Beta-tricalciumphosphate + collagen).

Zaključak: Odsustvo simptoma na kontrolnim pregledima u postoperativnom periodu i dobro regenerisana vilična kost potvrđuju opravdanost urađenog terapijskog postupka. Činjenica da se izbegla ekstrakcija i sačuvalo celovit zubni niz kod mlade osobe daje osećaj zadovoljstva.

18

BIHEJVIORALNI PRISTUP DENTALNOM STRAHU, ANKSIOZNOSTI I FOBIJI

Esad Kučević¹, Mithat Eminović¹, Cena Kajević², Adil Bukvić¹

¹Dom zdravlja Tutin, ²Dom zdravlja Rožaje

Uvod: Biheviorizam je psihološki pravac, eksperimentalno orijentisan na pretpostavku da je kratkotrajni simptom pogrešno naučeno ponašanje, koje se može prevazići. Iako je strah lični i subjektivni doživljaj, strah od stomatologa najčešće se deli na tri oblika: *Dentalna anksioznost* - u osnovi strah od nepoznatog. Anksioznost može da se prebrodi samopouzdanjem i izborom stomatologa koji ima razumevanje i strpljenje za ove pacijente. *Dentalni strah* - reakcija na poznato, neugodno iskustvo koje se već jednom dogodilo kod stomatologa, a za koje misle da će se ponoviti. Od dentalnog straha najčešće pate deca. Ovaj strah se sprečava preventivnim pregledima, adekvatnim pristupom stomatologa ili u slučaju potrebe premedikacijom. *Dentalna fobija* je najintenzivniji osećaj straha, a od njega pati između 8 i 16 posto populacije. Osoba koja pati od dentalne fobije nastoji da izbegne stomatološku intervenciju po svaku cenu, sve dok ne dođe do neizbežnog stanja s kojim pacijent ne može da se nosi. Kod dentalne fobije prva metoda izbora je intravenozna svesna sedacija.

Cilj rada je da se bihevioralnim pristupom uporedi dentalni strah, anksioznost i fobija.

Metod: Istraživanje je sprovedeno među 60 tutinskih osnovaca, podjednake polne zastupljenosti, hronološkog uzrasta od 10 do 15 godina. Svi ispitanici su popunili prvi deo upitnika pripremljenog po uzoru na Corahs Dental Anxiety Scale (CDAS), dok je u drugom delu terapeut klasifikovao odnos pacijenta prema strahu, anksioznosti i fobiji. Psihološkim upitnicima vrednovana su osećanja pre, tokom i posle intervencije.

Rezultati: su potvrdili očekivanje da je stomatološki tretman stresna situacija. Strah, anksioznost i fobija rastu u stresogenim stanjima, ali stomatološki tretman uzrokuje pojavu umerene anksioznosti kod svih ispitanika, bez obzira na kategoriju Corah skora. Uprkos bihevioralnom pristupu, posle tretmana nije došlo do pada straha, anksioznosti i fobije.

Zaključak: Iščekivanje predstojećeg stomatološkog tretmana pokreće akutnu reakciju na stres praćenu izraženim strahom, umerenom anksioznošću i fobijom, koja kod dentalno anksioznih osoba pokazuje tendenciju rasta pri ponovnom susretu sa stomatološkim okruženjem i tendenciju opadanja kod pacijenata koji nisu dentalno anksiozni. Intenzitet percepcije dentalnog straha nije u statistički značajnom odnosu sa polom i životnom dobi. Anksioznost kao individualna karakteristika ličnosti nije u signifikantnoj korelaciji sa percepcijom dentalne anksioznosti.

NATALNI I NEONATALNI ZUBI – prikaz slučaja**Esad Kučević***Dom zdravlja Tutin*

Uvod: Natalni zubi predstavljaju retku razvojnu anomaliju mlečne denticije. Iako su odstupanja u vremenu nicanja mlečnih zuba relativno mala, sa standardnom devijacijom od 2 do 3 meseca, nicanje obično počinje od 6. do 8. meseca, donjim centralnim sekutićem, a završava oko dve i po godine, nicanjem drugih gornjih molara. Međutim, natalni zubi su prisutni kod jednog na svakih 2 do 3 hiljade porodaja, a neonatalni se javljaju u prvih 30 dana, posle porodaja.

Cilj: je prikaz natalnih i neonatalnih zuba.

Metod: Metodom slučajnog izbora, na preporuku načelnika Pedijatrijske službe, tutinskog Doma zdravlja, u ordinaciji Službe za stomatološku zaštitu, uzeta je anamneza i obavljen klinički pregled bebe, u uzrastu od šest meseci.

Rezultati: Tokom kliničkog pregleda, registrovana su dva donja centralna sekutića, atipične morfologije i distalne inklinacije, sa dijastemom od jednog milimetra. Natalni desni centralni sekutić, zbog abradirane krunice i prilično resorbovanog, klimavog korena, ima izražen stepen klaćenja. Oštre vilice prouzrokovale su iritaciju i povredu jezika-sublingvalnu ulceraciju (Riga-Fede bolest) novorođenčeta, prilikom dojenja, zbog čega su tokom posete stomatologu malo zaglađene. U slučaju ponovljenih smetnji tokom sisanja planirana je ekstrakcija.

Zaključak: Zahvaljujući multidisciplinarnom pristupu, saradnji pedijatra i stomatologa, natalni i neonatalni zubi su pod kontrolom, radi izbegavanja eventualnog rizika od moguće aspiracije.

ZDRAVSTVENO VASPITANJE TUTINSKIH PREDŠKOLACA I OSNOVACA**Adil Bukvić, Esad Kučević***Dom zdravlja Tutin*

Cilj: je prikaz zdravstveno-vaspitnih aktivnosti kod predškolske i školske dece iz Tutina.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u poslednje tri školske godine. Individualno ili u grupi, obavljeni su sistematski pregledi, predavanja i ankete.

Rezultati: Dobijeni su sledeći rezultati:

Procenat trogodišnjaka sa cirkularnim karijesom 2012/13.-9,6, 2013/14.-8,1 i 2014/15.-7,5.

KIP stalnih zuba učenika prvog razreda je: 2012/13.-1,29, 2013/14.-9,82 i 2014/15.-8,51.

KIP stalnih zuba učenika petog razreda je 2012/13.-5,12, 2013/14.-4,61 i 2014/15.-4,11.

Pre predavanja o održavanju oralne higijene, 74,5% učenika prvog razreda nije znalo vreme pranja zuba, a posle predavanja se procenat smanjio na 19,1%.

Takođe, pre predavanja 52,8% učenika sedmog razreda nije znalo da nabroji sva sredstva za zubnu higijenu i šta je zubni konac, a posle predavanja samo 8,1%.

Od 323 anketirana roditelja pri pregledu dece za uspis u školu, tek svaki treći, 32,8%, davao je deci fluor, a posle zdravstveno-vaspitnog predavanja postotak je povećan na 85%. Predškolicima je pre predavanja 30% roditelja savetovalo pravilnu negu zuba.

Zaključak: Uprkos loših navika, poređenjem rezultata pre i posle zdravstveno-vaspitnih aktivnosti, očigledna je tendencija poboljšanja oralnog zdravlja tutinske dece. U svakom slučaju, neophodno je unapređivanje zdravstvene kulture kod svih korisnika stomatoloških usluga.

21

REKLAME ZA STOMATOLOŠKE PREPARATE

Marko Jeremić¹, Dejan Marković², Ana Vuković²

¹Dom zdravlja Jagodina, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: U medijima postoji veliki broj reklama za stomatološke preparate i sredstva. Cilj rada je utvrđivanje veze između reklama i učestalost njihove upotrebe u svakodnevnom životu.

Metod: Obuhvaćeno je ukupno 60 - oro učenika, 30 djevojčica i 30 dečaka uzrasta 12 i 13 godina, učenika 5. i 6. razreda Osnovne škole „Goran Ostojić“ u Jagodini. Korišćena je anonimna anketa koju su učenici popunjavali uz saglasnost i prisustvo roditelja. Pre pregleda je popunjavani upitnik, a stomatološki pregledi su obavljani standardnom metodom, ogledalcem i sondom u školskoj ambulanti.

Rezultati: Skoro svi ispitanici su primetili neku od reklama za pastu za zube (92%), ali 46% ispitanika nije uočilo reklamu za sredstva za ispiranje usta. Polovina ispitanika muškog pola i trećina ispitanika ženskog pola je izjavilo da ne uočava razliku između zdrave i nezdrave hrane. Više od 2/3 ispitanika (75%) ne koristi zubni konac, sredstvo za ispiranje usta ili interdentalne četkice. Iako je 53% ispitanika odgovorilo da na izbor proizvoda utiče cena, a ne reklama (32%), ipak anketom je utvrđeno da su skoro svi ispitanici probali neku od zubnih pasti koje se reklamiraju (90%).

Zaključak: I pored velikog broja reklama za preparate i sredstava za održavanje oralne higijene koji se svakodnevno reklamiraju, potreban je zdravstveno-vaspitni rad za njihovu odgovarajuću svakodnevnu primenu i zastupljenost.

22

UČESTALOST SAGITALNIH NEPRAVILNOSTI KOD OSMOGODIŠNJAKA

Tanja Ivanović¹, Marina Milinković¹, Dragan Ivanović¹, Ana Cicmil¹, Svjetlana Janković¹,
Bojana Davidović¹, Ružica Lukić²

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Istočnom Sarajevu-studijski program Stomatologija, ²Univerzitetna bolnica Foča

Uvod: Međuvilični odnosi u sagitalnom pravcu određuju se prema Angle-ovoj klasifikaciji. Prema odnosu očajnika i prvih stalnih molara u gornjoj i donjoj vilici, vrši se klasifikaciji na I, II i III okluzalnu klasu. I klasa podrazumijeva pravilan odnos očajnika i molara, ali postoje i nepravilnosti zuba u I klasi (tjeskoba, bimaksilarna protruzija). II klasa obuhvata distalan zagrižaj sa protruzijom, odnosno retruzijom gornjih frontalnih zuba (II/1 i II/2 klasa), dok III klasa obuhvata mezijalan zagrižaj.

Cilj: Osnovni cilj studije je bio da odredi stepen zastupljenosti sagitalnih nepravilnosti kod djece u Opštini Foča.

Metodologija: Studija je sprovedena na Medicinskom fakultetu u Foči, odsjek Stomatologija. U studiji je učestvovalo 75 djece, uzrasta 8 godina, koji su se javili na Kliniku u cilju pregleda zuba i liječenja malokluzije u toku 2014 godine. Svakom pacijentu uzeti su otisci zuba u alginatu radi izrade studijskih modela pomoću kojih je izvršena analiza.

Rezultati: Rezultati studije su pokazali da su nepravilnosti u I klasi zastupljene kod 42,6% ispitanika, II/1 klasa kod 34,6% ispitanika, II/2 klasa kod 17,3%, dok je treća klasa zastupljena kod 5,3% ispitanika.

Zaključak: Razvoj preventivnih programa, mjere interseptivne ortodoncije i rana terapija karijesa su neophodni u cilju smanjenja ortodontskih nepravilnosti.

Ključne riječi: djeca, malokluzije, studijski model

STANJE ZDRAVLJA PRVOG STALNOG MOLARA KOD SEDMOGODIŠNJAKA OPŠTINE GRAČANICA

Milena Stavrić¹, Zoraida Milojković², Marina Nikolić³, Nebojša Labović⁴

¹Dom zdravlja Gračanica, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini, ³Dom zdravlja Štrpce, ⁴Dom zdravlja Priština

Uvod: Prvi stalni molari su višestruko značajni zubi, zbog čega je očuvanjem njihovog zdravlja veoma važan zadatak dečijih stomatologa.

Cilj: da se ispita stanje zdravlja prvih stalnih molara u grupi sedmogodišnjaka opštine Gračanica.

Metod: Istraživanjem je bilo obuhvaćeno 145 sedmogodišnjaka, 83 dečaka i 62 devojčice. Upotrebom sonde i ogledalca pod veštačkim osvetljenjem u stomatološkim ambulantomama Doma zdravlja Gračanica, izvršen je pregled ispitanika. Pregledom su registrovani karijesni, ekstrahirani i plombirani prvi stalni molari. Procena stanja ispitivanih zuba izražena je statističkim koeficijentima i merama prosečnih vrednosti karijesa.

Rezultati: ukazuju na relativno visoku prevalenciju karijesa prvih stalnih molara u ispitivanoj grupi dece. KIO ispitanika je iznosio 37%, KIZ 36%, a svaki sedmogodišnjak je u proseku (KI_p) imao 1,45 zuba sa KEP-om. Analizom strukture KEP-a najviše je prvih stalnih molara sa površinskim karijesom, znatno manje sa dubokim karijesom, dok su komplikacije karijesa dijagnostikovane u 1,72% svih pregledanih prvih stalnih molara.

Zaključak: Rezultati dobijeni ovim istraživanjem ukazuju na visoku prevalenciju karijesa na prvim stalnim molarima u grupi sedmogodišnjaka opštine Gračanica. Istovremeno, dobijeni rezultati sugerišu na neophodnost primene Programa preventivne stomatološke zaštite dece uz intenzivan zdravstveno-vaspiti rad, još od predškolskog uzrasta, a u cilju očuvanja zdravlja ovih funkcionalno veoma značajnih zuba.

“ZUBAR, NAŠIH USTA NAJBOLJI DRUGAR” - zdravstveno-edukativni program

Ana Harhaji¹, Bojana Perić Prkosovački¹, Marina Relić²

¹Medicinska škola „7.april“ Novi Sad, ²Dom zdravlja Sremska Mitrovica

Uvod: Zdravstveno-edukativni program “Zubar, naših usta najbolji drugar” definisan je kao skup znanja iz relevantnih oblasti preventivne stomatologije, a koji je metodički utemeljen u primeni zdravstveno-edukativnih radionica. U programu poseban akcenat se poklanja preventivnom i edukativnom radu sa decom, kao najmlađim članovima društva, kojima će zdrave navike u ishrani, zdrav način života i pravilna primena oralne higijene dugoročno najviše koristiti.

Metod: Realizacija Zdravstveno-edukativnih radionica “Zubar, naših usta najbolji drugar” trajala je od oktobra 2014. do maja 2015. godine. U okviru radioničarskog oblika rada korišćene su metode: razgovor, modifikovano predavanje, diskusija, demonstracija; sredstva: radna sredstva, modeli i edukativni plakat, a od materijala: dečji crteži i radioničarski materijal.

Rezultati: Zdravstveno-edukativni program “Zubar, naših usta najbolji drugar” je rezultat zajedničkog rada profesora i učenika Medicinske škole “7. april”, smera stomatološka sestra-tehničar u saradnji sa pedagoško-psihološkom službom škole. U šestomesečnom periodu je izrađen radioničarski i edukativni materijal u vidu bojanke, slagalice i postera u čijoj su izradi učestvovala učenici i deca. Edukacijom je obuhvaćeno 8 vrtića i 150-ro dece uzrasta od 3 do 6 godina života.

Zaključak: Učenici su upoznali pravila rada u grupi, poštujući osnovne postulate radioničarskog oblika rada. Stečena znanja iz oblasti preventivne stomatologije su primenili u izradi edukativnog materijala i tokom vođenja radionica. U toku trajanja programa pokazali su veliku motivisanost za zdravstveno-vaspiti rad i želju da na što kreativniji, sažetiji i slikovitiji način približe ciljnom uzrastu obrađene sadržaje.

POTENCIJAL VASPITAČA U SPROVOĐENJU PREVENCIJE KARIJESA RANOG DETINJSTVA

Danijela Jakšić Gvozdić¹, Danka Pajović¹, Srđan Stefanović², Sandra Vidojević³, Anđela Milojević¹, Jasmina Milovanović²

¹Zavod za stomatologiju, Kragujevac, ²Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujecu, ⁴Privatna ordinacija, Kragujevac

Cilj ove studije je da utvrdi znanje, stavove i ponašanje vaspitača u vezi sa prevencijom karijesa ranog detinjstva (KRD) u predškolskoj ustanovi.

Metod: Istraživanje je sprovedeno kao opservaciona studija preseka u populaciji ispitanika koju su činili vaspitači i medicinske sestre vaspitači predškolske ustanove. Svi neophodni podaci prikupljeni su primenom polustrukturisanog validiranog upitnika. Ispitanici su odgovarali primenom modela modifikovane Likertove skale. Upitnik se sastojao iz 4 dela sa ukupno 31-im pitanjem. Prvi deo se odnosio na socio-demografske karakteristike, drugi na znanje, treći na stavove, a četvrti na ponašanje vaspitača u vezi sa prevencijom KRD-a.

Rezultati: Kronbahov alfa koeficijent je iznosio za celokupan upitnik 0,82. U delu o znanju o KRD-u, medicinske sestre su pokazale značajno veće znanje u poređenju sa vaspitačima ($p=0.006$). Kada su u pitanju stavovi, ispitanici sa kraćim radnim stažom su pokazali ispravnije stavove ($p=0.004$). U domenu o ponašanju u vezi sa prevencijom KRD-a, ispitanici sa višim obrazovanjem su pokazali bolje ponašanje ($p=0.016$). Zanimanje zaposlenih je imalo uticaja na njihovo ponašanje ($p=0.003$). Vaspitači su pokazali bolje ponašanje u odnosu na medicinske sestre. Uzrast dece o kojoj su se starali takođe, je bio povezan sa ponašanjem ($p=0.046$). Vaspitači koji su brinuli o deci uzrasta od 5,5 do 6 godina su demonstrirali bolje ponašanje.

Zaključak: Na osnovu ovog istraživanja, može se zaključiti da vaspitači treba više da budu uključeni u preventivne aktivnosti. Nameće se potreba za organizovanjem edukativnih predavanja i radionica za vaspitače sa ciljem podizanja njihove svesti o značaju oralnog zdravlja, i njihovoj ulozi u prevenciji KRD-a.

ZDRAVSTVENO STANJE DECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA U VRTIĆU

Zdravka Drekalović

Dom zdravlja „Sveti Đorđe“ Topola

Cilj: Prikazati značaj preventivnih mera i zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji, kod dece predškolskog uzrasta, u očuvanju oralnog zdravlja.

Metod: Sistematski pregled usta i zuba dece, 2008. godište, u periodu od 03.03. do 12.05.2015. g. pred upis u prvi razred osnovne škole. Kod 101 pregledanog deteta utvrđeno je: kio 86,13%, kiz 33,03%, kip 6,61, KIO 34,65%, KIZ 4,92%, KIP 0,21. Procenat dece sa svim zdravim zubima, mlečnim i stalnim, je 12,87%.

Rezultati: Poređenjem KIP indeksa 2015. KIP 0,2 i 2014. KIP 0,3, vidi se smanjenje za 0,1. Procenat dece sa zdravim zubima se povećao od 11,88% na 12,87%, za približno 1%.

Zaključak: Predškolski uzrast dece najbolje usvaja i pamti vaspitanje, za ceo život. Pozitivnu naviku u održavanju oralne higijene steći će u vrtiću. Potreban je plan i program vaspitačima da obaveste roditelje da donesu četkice za pranje zuba deci u vrtiću. Deca bi kolektivno prala zube posle jela, tako bi oralno zdravlje bilo bolje.

27

MOTIVACIJA 12-to GODIŠNJAKA U ODRŽAVANJU ORALNE HIGIJENE

Zdravka Drekalović

Dom zdravlja „Sveti đorđe“ Topola

Cilj: Značaj zdravstvenovaspitnog rada u stomatologiji za bolje oralno zdravlje.

Metod: Podaci su uzeti iz stomatoloških kartona sa sistematskih pregleda usta i zuba dece u 12-toj godini života, 2003. godišta, V i VI razred učenika osnovne škole u Topoli, Šatornji, Natalincima i Belosavcima, u periodu 24.09. do 04.12.2014.g.

Rezultati: Od 114 pregledanih kartona učenika, utvrđeno je: KIO je 78,007%, KIZ je 11,266%, KIP je 2,33. KEP 12-to godišnjaka je 2,33, KEP jedne osobe je 9,5. Procenat dece sa zdravim zubima je 21,92%.

Zaključak: Potrebna je motivacija dece i roditelja za održavanjem oralne higijene i sanacije zuba, i prihvatanje edukacije o kontroli dentalnog plaka, smanjenom unošenju šećera i primeni fluorida.

28

SARADNJA I NESARADNJA RODITELJA I NJEN UTICAJ NA ORALNO ZDRAVLJE DECE

Slavica Đurđević Todorović

Dom zdravlja Požarevac

Uvod: Saradnja roditelja sa dečijim stomatologom ima veliki uticaj na oralno zdravlje dece. Adekvatna saradnja omogućava nam očuvanje oralnog zdravlja malih pacijenata.

Cilj: Da se prikaže uticaj saradnje roditelja sa pedijatrom i dečijim stomatologom, a ne bi li se ukazalo na faktore rizika za nastanak bolesti usta i zuba, a i omogućilo njihovo ukljanjanje.

Metod: Direktnim kontaktom sa roditeljima ispitivan je uticaj poznavanja faktora rizika i pridržavanja datim savetima na zdravlje usta i zuba dece.

Rezultati: Roditelji znaju faktore rizika i pridržavaju se saveta stomatologa-10%, deca ovih roditelja u visokom procentu (preko 95%) imaju sve zdrave zube. Roditelji ne znaju faktore rizika, ali prihvataju savet-20% i u zavisnosti od faktora rizika dolaze na zakazan pregled (za mesec dana, tri meseca ili šest meseci). Poslednju grupu čine roditelji koji ne poznaju faktore rizika i ne prihvataju savet. Ova grupa je od velikog znacaja, najviše iz razlgoda sto se stomatlogu javljaju kasno, to jest onda kada su vec ispoljene komplikacije. Kod dece ovih roditelja čeće se razvija bolest zuba, ali, nazalost, i prateće metaboličke komplikacije (preko 95% ove dece ima karijes), $p < 0.001$.

Zaključak: Kod najvećeg procenta dece čiji roditelji adekvatno prihvataju saradnju sa stomatologom i pedijatrom najčešće postoji karijes u znacajno manjem procentu u odnosu na decu čiji roditelji neadekvatno saraduju sa stomatologom.

ŠTA DECA ZNAJU O ISHRANI

Zvezdan Stanojković

Dom zdravlja Vranje

Uvod: Karijes je, kao što znamo, infektivno oboljenje oralne sredine, direktno zavisno od ishrane. Učestalo konzumiranje bilo koje hrane sa šećerima između glavnih obroka, dovodi do kontinuirane izloženosti zuba produktima mikroorganizama i nastanka karijesa.

Cilj: Da se prikažu rezultati zdravstveno vaspitnog rada o pravilnoj ishrani kod školske dece.

Metod: Sprovedena je anonimna anketa na temu pravilne ishrane kod 250 učenika uzrasta 12 i 13 godina u kojoj su deca odgovarala sa da ili ne na sledeća pitanja: -da li česta upotreba slatkiša i sokova doprinosi nasanku karijesa? -da li česta upotreba slanah grickalica doprinosi nastanku karijesa? -da li hranu treba konzumirati uz glavne obroke?

Rezultati: -na prvo pitanje o slatkišima i sokovima sa da je odgovorilo 92% dece, -na drugo pitanje o slanah grickalicama sa da je odgovorilo 70% dece, -na treće pitanje o uobročenoj ishrani sa da je odgovorilo 42% dece

Zaključak: Treba nastaviti sa zdravstveno vaspitnim radom u Domu Zdravlja i u školskim ordinacijama u cilju korekcije negativnih navika o ishrani.

OBAVEŠTENOST RODITELJA O PRUŽANJU PRVE POMOĆI KOD NEKOMPLIKOVANIH PRELOMA KRUNICE STALNIH ZUBA

Stanković Igor¹, Milosavljević Zagorka², Janjićijević Igor³, Ostojić Maja⁴

¹Dom zdravlja Bajina Bašta, ²Dom zdravlja Niš, ³Dom zdravlja Bujanovac, ⁴Zubna ordinacija „dr Dorđević Mihajlo“, Aleksinac

Uvod: Nekomplikovani prelom krunice zuba obuhvata prelom gleđi i dentina bez otvaranja pulpe. Ova vrsta povreda se može javiti kao samostalna povreda ili udružena sa povredama potpornog aparata zuba. Blagovremenom terapijom ovih povreda može se sprečiti pojava brojnih komplikacija.

Cilj: Ispitati stepen informisanosti roditelja o pružanju prve pomoći kod nekomplikovanih preloma krunice stalnih zuba.

Metod: Podaci potrebni za ovo istraživanje dobijeni su anketiranjem 50 roditelja, dece uzrasta 7 do 12 godina, s obzirom da se ova vrsta povreda najčešće dešava u pomenutom uzrastu dece.

Rezultati: Od ukupnog broja anketiranih roditelja, 32% njih smatra da je stomatološki pregled obavezan nakon pada i/ili udarca u predeo brade čak i ukoliko nema vidljivih znakova povrede zuba (krvarenja, preloma krunice..). Najveći procenat ispitanika, njih 54%, navodi da bi glavni razlog javljanja stomatologu nakon preloma krunice zuba bila narušena estetika, dok 33% ispitanika navodi da bi to bile komplikacije-bol, promena boje zuba. Ukoliko bi pronašli, stomatologu bi fragmenat polomljenog zuba odnelo 70% roditelja dok 21% smatra da to zavisi od veličine defekta. Stomatologu bi se za pomoć obratilo 89% anketiranih roditelja ukoliko bi sa prelomom krunice stalnog zuba istovremeno došlo i do delimičnog rasklaćenja zuba. Većina ispitanika smatra da se povrede zuba ne mogu sprečiti, s obzirom da se najčešće javljaju tokom uobičajenih aktivnosti dece.

Zaključak: Neophodno je povećati stepen informisanosti roditelja o pružanju prve pomoći u slučaju preloma krunice zuba kako bi se izbegla pojava brojnih komplikacija koje bi mogle da proizađu iz ove vrste povreda.

ZA LEP OSMEH I ZDRAVE ZUBE

Radmila Ćirković

Dom zdravlja Bela Palanka

Uvod: Samo čisti i zdravi zubi pružaju zdrav osmeh. Zdravi zubi su od velike važnosti za pravilan razvoj dece. Školska ambulanta je mesto gde lekar pacijentu demonstrira pravilnu tehniku pranja zuba, preduzima različite mere i aktivnosti. Velikom broju dece školska ambulanta nije pristupačna. Postoji potreba, a i naša je dužnost, da svakog pojedinca zainteresujemo i uključimo u lanac promocije zdravlja.

Cilj: Stalni podsetnik namenjen široj populaciji sa važnim informacijama vezanim za očuvanje oralnog zdravlja.

Metod: Zdravstveno vapidni plakat je najbolji podsetnik. Potrebno je da se nađe u svakom : vrtiću, Domu zdravlja, školi itd. Trebalo bi ih menjati zbog bolje: pažnje, motivacije i edukacije dece i odraslih.

Rezultati: Pokazalo se kao uspešan metod u približavanju stomatologa deci i roditeljima.

Zaključak: Uspeh je neizbezan kada se značajna informacija nađe na pravom mestu i u pravo vreme.

ŠESTOGODIŠNJI IZVEŠTAJ STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE DOMA ZDRAVLJA “NOVI SAD” O STANJU ZUBA KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA

Danica Popović-Babić, Eleonora Marjanović, Nina Smiljanić

Dom zdravlja Novi Sad, Dom zdravlja „dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Uvod: Za kvalitet života svakog pojedinca je veoma važno oralno zdravlje. Oboljenja usta i zuba, karijes (zubni kvar) i paradontopatije (oboljenja potpornog aparata zuba) imaju veliki zdravstveni, socijalni i ekonomski značaj, te predstavljaju problem u mnogim zemljama sveta. Sprovođenje preventivnih mera od strane stomatološke službe doprinosi napretku kako samog pojedinca, tako i cele populacije za unapređenje oralnog zdravlja. U ovom radu, neophodan je timski rad celog sistema zdravstvene zaštite.

Cilj: Utvrditi stanje oralnog zdravlja dece uzrasta 12 godina u period od 2009.g. do 2014.g.

Metod: Podaci su dobijeni iz sistematskih pregleda dece uzrasta 12 godina. Statistička analiza je vršena na osnovu vrednosti: -KEP, -broj dece sa svim zdravim zubima, -broj dece obuhvaćene lokalnom aplikacijom flora.

Rezultati: Ukupno pregledane dece je bilo 14.276; broj dece sa svim zdravim zubima je 4.356; ukupan prosečni KEP je iznosio 2.44; lokalnom aplikacijom flora obuhvaćeno je 56.31% dece.

Diskusija: Rezultati pokazuju visok % oboljevanja od karijesa. Intenzitet ovako dobijenog karijesa, ocenjujemo kao visok, a ukupno dobijeni rezultati govore u prilog loše oralne higijene u ovoj populaciji. Ovi se podaci značajno razlikuju od podataka u nekim drugim zemljama. U nordijskim zemljama KEP kod 12-godišnjaka iznosio je 3.1; Češkoj 5.0; Mađarskoj 7.6; Meksiku; 3.24; na Filipinima 2.4; Španiji 1.07; Nikaragvi 0.65. Od zemalja EU, jedino Bugarska ima višu vrednost KEP indeksa (4,4), dok najniže vrednosti imaju Danska, Velika Britanija i Njemačka i to 0,7.

Zaključak: Zabilježeni pad prevalencije karijesa poslednjih decenija u pojedinim zemljama pripisuje se fluorizaciji vode za piće, primeni tableta sa fluoridima i lokalnoj aplikaciji fluorida. Primena fluorida u različitim oblicima i preventivni program oralnog zdravlja (pravilna ishrana, redovni stomatološki preventivni pregledi i oralna higijena) smatraju se odgovornim za inicijalno sniženje prevalencije karijesa.

BOLESTI USTA I ZUBA SE MOGU SPREČITI

Olivera Milovanović

Dom zdravlja Čuprija

Cilj: Ukazati na suštinu svih načela za očuvanje oralnog zdravlja.

Metod: Prikupljanje stručnog materijala uz odabir i sistematsku analizu određenih sadržaja iz udžbenika, brošura i časopisa.

Rezultati: Flajer je urađen povodom kampanje Nedelja zdravlja usta i zuba. S obzirom da godinama ne dobijamo promotivni materijal za naše zdravstveno-vaspitne aktivnosti, odlučila sam da sama uz pomoć sponzora, odštampam flajer. Njegov sadržaj je celovit i obuhvata sve preventivne mere na očuvanju oralnog zdravlja. Naslovna strana je slikovita sa simboličnim značenjem. Prva stavka opisuje funkciju organa za žvakanje, zatim kako treba razviti dobre navike za negu zuba uz pravilnu oralnu higijenu čvrstih i mekih tkiva usne duplje i kontrolisanu primenu preparata fluora. Takođe su opisani pojam i značaj karijesa u destrukciji organa za žvakanje, pravilna i izbalansirana ishrana kao važan preduslov zdravih zuba, stručni saveti za trudnice i porodilje, korigovanje loših navika i primena ortodontskih aparata, redovne posete stomatologu kao prevencija oboljenja organa usne duplje, a svaka stavka je ilustrovana odgovarajućom slikom.

ZAKLJUČAK: Flajer koji obuhvata sve preventivne mere zaštite oralnog zdravlja svih populacija stanovništva, ima naslov: *Bolesti usta i zuba se mogu sprečiti.*

UTICAJ STANJA ORALNE SREDINE NA ZDRAVLJE ZUBA

Dragoslava Nenadović, Dajana Jokić, Slavica Petreski

Dom zdravlja Šabac

Uvod: Metabolizmom ugljenih hidrata pod uticajem bakterijskih enzima u ustima dolazi do stvaranja kiselih produkata koji oštećuju gleđ zuba. Učestalim unošenjem slatke, ali i slane, kariogene hrane uz lošu oralnu higijenu, ovakvo stanje traje dugo, što dovodi do pojave karijesa zuba. Poboľšanjem oralne higijene i promenom loših navika u ishrani stvara se zdrava sredina u ustima i zaustavlja karijesni proces

Cilj: Pokazati kako promena stanja oralne sredine utiče na zdravlje zuba

Metod: Iz stomatološke dokumentacije dece prvog razreda beležimo podatke o stanju zdravlja zuba mlečne denticije i stanju zdravlja prvog stalnog molara. Takođe se beleže i podaci o sprovedenim zdravstveno-vaspitnim i profilaktičko-terapijskim merama u periodu pred i u toku nicanja zuba stalne denticije. Izdvajaju se tri grupe.

Rezultati: I grupa: Od 57-oro dece iz grada, koja su do polaska u školu imala stomatologa u obdaništu, 13-oro (22,8%) ima sve zdrave mlečne zube, 27-oro (47,3%) ima zdrave prve stalne molare. Zdravo je 178 (78%), a od toga zaliveno 140 (78,6%) stalnih zuba. KIp je 0,82 a kip je 4,4.

II grupa su 29-oro dece sa seoskog područja koja do polaska u školu nisu imala svog stomatologa. Sedmoro dece ima sve zdrave mlečne zube (24,1%), a 13-oro (45%) ima zdrave stalne molare. 89 (76,7%) molara je zdravo, a zaliveno je 64 (72%). KIp je 1,07 a kip je 3,8.

III grupu čini 23-oje dece koja su i ranije redovno posećivala stomatologa. Šestoro (27,2%) ima zdrave mlečne zube, a 17-oro (73,2%) ima zdrave stalne molare. 75 (81,5%) molara je zdravo, a od toga je 67 (89,5%) zaliveno. KIp je 0,73 a kip je 4. Deca i roditelji su imali individualnu obuku i uvežbavanje tehnike pranja zuba kao i obuku o pravilnoj ishrani na svaka 3 meseca.

Zaključak: Blagovremenom identifikacijom i uklanjanjem faktora koji su doveli do stvaranja kariogene sredine u ustima dovodimo do poboljšanja zdravlja zuba.

AKTIVNO UČEŠĆE DECE U OTKLANJANJU STRAHA OD STOMATOLOGA

Vesna Novaković¹, Marija Galić¹, Aleksandar Maksimović²

¹Dom zdravlja Zemun, ²OŠ „Vuk Karadžić“ Zemun

Uvod: Strah je prirodna reakcija na opasnost i (u najvećem broju slučajeva) zasnovan je na prethodnim bolnim iskustvima dece koja mogu biti zamenjena prijatnim i pozitivnim iskustvima (kontrauslovljavanje).

Cilj: Sprečavanje razvijanja, smanjivanje i otklanjanje straha od zubara kod dece, pravovremenim preventivnim programom zasnovanom na igri i druženju sa zubarom.

Metod: Program preventivnih radionica koji se sastoji iz dva dela: U prvom delu deca, u prisustvu zubara i psihologa slobodno pričaju i crtaju predmete iz stomatološke ordinacije koji im ulivaju strah u cilju izgradnje poverenja (strah se smanjuje i kada se on slobodno ispolji kroz crtež ili se o njemu slobodno razgovara); u drugom delu kroz interaktivnu igru (deca u ulozi kako pacijenta tako i zubara) oslobađaju se neprijatnih i bolnih iskustava koje doživljavaju pri odlasku kod zubara. Program preventivnih radionica se oslanja na međunarodni program smanjivanja straha od belih manitila kroz interaktivnu igru namenjen deci uzrasta 3-9 godina. U našem slučaju uzorak su učenici prvog razreda osnovne škole (tri odeljenja).

Rezultati: Pravovremenim preventivnim programom zasnovanom na bihevioralnoj metodi kontrauslovljavanja (zamenom bolnih i neprijatnih iskustava pozitivnim i prijatnim, čuveni eksperiment iz psihologije „Mali Albert“) redukuje se strah od posete zubarskoj ordinaciji. Metoda „pričaj-nacrtaj-uradi“ se pokazuje kao veoma delotvorna kod dece koja pokazuju jasan strah od zubara zasnovan na bolnim iskustvima.

Zaključak: Da bi se strah od zubara otklonio (redukovao) najefikasnije sredstvo je primena dobrog preventivnog programa koji uključuje aktivno učešće dece. Na taj način odlazak zubaru postaje znatno prijatnije iskustvo kako za decu, tako i za stomatologe.

SA OSMEHOM KROZ SVET

Miljana Petrović-Punoševac, Miloš Randelović, Snežana Nešić, Sanja Vujić

Udruženje „Stomatologija primarne zdravstvene zaštite“ Niš, Udruženje „Žene stomatolozi Srbije“ Niš, Centar „Mara“ Niš

Uvod: Stomatološki timovi udruženja „Stomatologija primarne zdravstvene zaštite“ (SPZZ) i „Žene stomatolozi Srbije“ (ŽSS) iz Niša uključuju, godinama unazad, u inkluzivni rad, iz svog ugla, osobe različitog potencijala u prevenciju i promociju oralnog zdravlja .

Cilj: prikaz rezultata inkluzivnog rada sa korisnicima usluga Centra „Mara“ u Nišu.

Metod: Angažovanjem kroz radionicu pod nazivom „Sa osmehom kroz svet“ korisnici (njih 47) proveli su nas kroz osam zemalja sveta.

Rezultati: U zemlje su nas uvodili kroz muziku, ples, zdravu ishranu i oralnu higijenu. Poseban naglasak je bio na zdravoj ishrani i redovnoj oralnoj higijeni. Pokazali su koliko je značajano zdravlje usta i zuba, koje osmeh čini lepšim. Zahvaljujući dugogodišnjoj stručnoj saradnji osoblja Centra „Mara“ i Stručnih timova udruženja SPZZ i ŽSS, unapređeno je oralno zdravlje korisnika ovog Centra. Pored zdrave ishrane u Centru je postignuto i uredno održavanje oralne higijene korisnika. Postignut je i viši nivo njihove zdravstvene edukacije, što su oni i predstavili kroz svoju radionicu.

Zaključak: Njihov scenski prikaz oduševio je publiku, od koje su dobili svesrdnu podršku.

DEO JEDNE CELINE**Miljana Petrović-Punoševac, Slobodan Grašić, Sanja Vujić, Dragana Lazić***Udruženje „Stomatologija primarne zdravstvene zaštite“ Niš*

Uvod: Udruženje „Stomatologija primarne zdravstvene zaštite“ (SPZZ) iz Niša već osam godina uspešno proslavlja Svetski dan oralnog zdravlja u Srbiji.

Cilj: Ovo udruženje ima za cilj da predstavi svoj uspeh u preventivnim i promotivnim aktivnostima proteklih godina, ne samo na nacionalnom već i na svetskom nivou.

Metod: Aktivno učešće udruženja SPZZ u poslednje tri godine obuhvatilo je celokupnu kampanju Svetskog dana oralnog zdravlja (World Oral Health Day – WOHD), uz izradu kompletnog promotivnog materijala na srpskom jeziku i promociju na sajtu Svetske stomatološke federacije (World Dental Federation – FDI).

Rezultati: Članovi udruženja SPZZ pridružili su se nastojanju FDI-aja da se obeleži WOHD da bi, nakon zvaničnog usvajanja datuma WOHD-a, preuzeli izradu kompletnog materijala. Stručni tim udruženja SPZZ ove tri godine je priređivao materijal za celokupnu kampanju. Na sajtu FDI-aja, svake godine, objavljivan je urađeni materijal na srpskom jeziku. Mimo rada na izdavanju Priručnika i izradi logoa i postera, članovi Stručnog tima za WOHD udruženja SPZZ preveli su i prilagodili knjigu ZUBOKRADICA. Ova knjiga donosi zanimljivu priču o detektivu Sirkoviću i Vili Mili koji, nakon imejl poruke, pritiču u pomoć Vili Zubić u rešavanju problema krađe mlečnih zuba. Zajedno su krenuli na posao kako bi rešili slučaj zbog koga su morali da obidu svet. Putovanjem po zemljama sveta upoznali su različite običaje naroda.

Zaključak: O aktivnostima udruženja SPZZ postoji svedočenje u Izveštaju WOHD-TIM-a na sajtu World Dental Federation- FDI-a. Od posebnog je značaja što je celokupni rad Stručnog tima WOHD udruženja SPZZ prepoznatljiv i koristan narodu sa ovog govornog područja, bez obzira na uzrast.

EVALUACIJA EFEKATA ZDRAVSTVENO VASPITNIH MERA KOD TRUDNICA**Brankica Jovanović***Dom zdravlja „dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin*

Cilj: Ukazati na značaj pravovremene edukacije, motivisanosti i buđenja odgovornosti za sopstveno oralno zdravlje, a sledstveno tome, i sveukupno zdravlje budućih beba, koristeći raspoložive resurse.

Metod: Korišćeni su raspoloživi podaci iz medicinske dokumentacije/knjiga protokola/ sa kompletnim dentalnim statusom trudnica u okviru preventivnih pregleda, obavljenih u domu zdravlja. Pregledano je ukupno 94 trudnica u prvom trimestru trudnoće, u periodu januar 2014-mart 2015. U 2015. godini je urađena anonimna anketa koja dotiče teme: edukacija, prisutnost loših navika, motivacija.

Rezultati: Od ukupnog broja pregledanih 57,4% je kompletno sanirano, ukupni KEP=687; KIO=100%; KIZ=23,9%, KIP=7,3. U strukturi KEP je: 4,3% karijes, 29,8% ekstrakcije, 65,7% plombe. Rezultati ankete su: 47,7% ima svog stomatologa, 56,8% je saniralo sve zube pre trudnoće, uputstva o pravilnom održavanju oralne higijene, detaljna je dobilo 47,7% površna 38,6% a 13,6% nije dobilo ikakva. Frekventnost unosa hrane: 41,5% tri puta dnevno, 52,3% pet puta, 4,3% više od pet puta dnevno. Vrsta napitaka: 36,4% konzumira sok od ceđenog voća, 2,5% konzumira gazirana pića, a 61,4% vodu. Preparati fluora: 36,4% redovno koristi, 43,2% ponekad, 20,5% nije čulo za preparate fluora. Uzimanje lekova nez preporuke lekara: 97,7% ne konzumira lekove bez kontrole svog lekara. Pušenje: 38,6% su pušači, Informisanos o karijesu: 43,2% je izjavilo da je karijes infektivno oboljenje, 2,3% da je to oboljenje prenosivo sa majke na dete, 54,5% ne zna šta je karijes, a motiv dolaska stomatologu je za 54,5% sopstveno zdravlje, za 0% je to zdravlje bebe, a za 45,5% je briga za sopstveno zdravlje i zdravlje bebe.

Zaključak: Kontinuiranom primenom zdravstveno-vaspitnih mera kod trudnica u prvom trimestru trudnoće, postigli smo dablizu 50% budućih majki imapravilne smernice na putu ka oralnom zdravlju. Prisustvo loših navila, nedovoljna motivisanost budućih majki za oralno zdravlje svojih bebe, kao i neznanje kada je u pitanju dentalna patologija, sve to rezultira visokom vrednošću KIO=100%, što znači da je rizik već realizovan.

„Kako unaprediti oralno zdravlje“,
Zrenjanin, 20. juni 2015. godine

NAUČNI ODBOR:

Predsjednik: **prof.dr Momir Carević**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **prof.dr Mirjana Ivanović**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Zoran R. Vuličević
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Dejan Marković
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Predrag Nikolić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Ivan Tušek
Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu
doc.dr Jelena Mandić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsjednik: **dr Eleonora Marjanović**
Dom zdravlja Zrenjanin

Sekretar: **prim.dr Slađana Purić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **dr Snežana Fibišan**
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Biljana Obradović
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Radmila Notaroš
SLD DLV
dr Milana Božović
Dom zdravlja Zrenjanin
dr med sci Danica Popović Babić
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Sanja Mijatović
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Tibor Maković
Dom zdravlja Zrenjanin
dr Vera Tapado
Dom zdravlja Zrenjanin
Vesna Kunovac
Dom zdravlja Zrenjanin
Mira Kostadinov
Dom zdravlja Zrenjanin
Ksenija Terzić
Dom zdravlja Zrenjanin

Sekretarijat: **dr sci.prim.dr Jasmina Tekić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
dr sci.dr Zoran Mandinić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
dr Jelena Juloski
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

PLENARNI REFERATI

ZAKON O PRAVIMA PACIJENATA – ŠTA TREBA ZNATI

Zora Pandurov, Zoran Panajotović, Ružica Bojanić, Jelica Radulović, Ivana Rodić

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Zdravstvena inspekcija

Cilj izlaganja je predstavljanje Zakon o pravima pacijenata na način koji bi mogao da zainteresuje kolege da isti pročitaju kako bi u svakodnevnom radu, obaveza poštovanja odredbi Zakona postala jednostavnija i lakša.

Zakonom o pravima pacijenata su utvrđene dužnosti pacijenata i to su: odgovornost pacijenta prema svom zdravlju, prema drugim korisnicima zdravstvenih usluga i prema zdravstvenim radnicima i saradnicima. Zakonom je definisano 19 (devetnaest) prava pacijenata i to: pravo na dostupnost zdravstvene zaštite, na informacije, preventivne mere, kvalitet pružanja zdravstvene usluge, bezbednost pacijenta, pravo na obaveštenje, na slobodan izbor, drugo stručno mišljenje, pravo na privatnost i poverljivost, pristanak, uvid u medicinsku dokumentaciju, na poverljivost podataka o zdravstvenom stanju pacijenta, pravo pacijenta koji učestvuje u medicinskim istraživanjima, pravo deteta u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, pravo na olakšanje patnji i bola, poštovanje pacijentovog vremena, prigovor i pravo na naknadu štete.

Kako pronaći put zdravstvenih radnik i saradnika u ovoj šumi prava pacijenata? Jedan od načina je bolja saradnja između zdravstvenih radnika i saradnika, menadžmenta zdravstvene ustanove, pravne službe i tehničke službe. Rezultat ove saradnje može biti Pravilnik o kućnom redu ili drugi akt zdravstvene ustanove koga izrađuje pravna služba i koji je istaknut na vidnom mestu u zdravstvenoj ustanovi. Osnivač privatne prakse, takođe može utvrditi kućni red i istaći na vidnom mestu u prostoru privatne prakse.

Kućni red može da sadrži obaveštenja za pacijenta, koje su njegove dužnosti tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi kao što su: poštovanje prava drugih pacijenata uključujući i pravo na **dostupnost u skladu sa stepenom hitnosti, bez obzira na vreme pristupa zdravstvenoj službi (prijem hitnih pacijenata)**, da u postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite prema zdravstvenim radnicima i drugim zaposlenim, se **odnosi sa poštovanjem i uvažavanjem**, da pri ostvarivanju zdravstvene zaštite aktivno učestvuje u zaštiti, očuvanju i unapređenju svog zdravlja, u potpunosti i istinito informiše zdravstvene radnike ili saradnike o svom zdravstvenom stanju, pridržava se uputstava i preduzima mere propisane od strane zdravstvenog radnika ili saradnika, da blagovremeno informiše zdravstvenu ustanovu o otkazivanju termina zakazanog pregleda i medicinskog postupka, kao i o promeni adrese stanovanja i broja telefona, a ukoliko pacijent želi da na sopstveni zahtev napusti zdravstvenu ustanovu, je dužan da da' pisanu izjavu i da je **zabranjeno** ometanje zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika prilikom pružanja zdravstvene zaštite. Kućni red može sadržati i informacije da pacijent može izjaviti

nezadovoljstvo pružanjem zdravstvene usluge –neposrednom rukovodiocu, direktoru zdravstvene ustanove, osnivaču privatne prakse, **savetniku pacijenata**, (navesti ime i prezime, broj telefona, adresu sedišta i radno vreme), **zaštitniku prava osiguranika (navesti radno vreme, broj telefona i kancelarije)**, pravo na drugo stručno mišljenje pacijent može ostvariti u zdravstvenoj ustanovi kod drugog zdravstvenog radnika i saradnika zaposlenog u zdravstvenoj ustanovi, ali da ostvarivanje ovog prava **plaća** iz sopstvenih sredstava, zahtev za uvid u medicinsku dokumentaciju, kopiranje iste, obrazloženja usluga iz cenovnika zdravstvenih usluga-pacijent može zatražiti **i od** određenog lica (navesti ime osobe, radno vreme, broj telefona i kancelarije), kao i od osnivača privatne prakse. Značajna informacija za pacijenta je da su zdravstveni radnici i saradnici dužni da preuzmu mere u skladu sa **zakonom** u slučaju kršenja odredbi iz kućnog reda ili akata Zdravstvene ustanove!!!

Saradnja u zdravstvenoj ustanovi između zdravstvenih radnika i pravne službe je značajna ukoliko zdravstveni radnici u Zdravstvenoj ustanovi žele da sprovedu medicinska istraživanja, zato što je Zdravstvena ustanova u obavezi da pre početka sprovođenja medicinskog istraživanja pribavi odluku Etičkog odbora, da osigura pacijenta za slučaj nastanka štete po zdravlje pacijenta i da sačini ugovor sa pacijentom kojim se određuje iznos neposrednih troškova koji pripadaju pacijentu.

Treba znati da je zabranjeno sprovođenje medicinskih istraživanja u privatnoj praksi, nad maloletnim licima i nad licima lišenim poslovne sposobnosti. Medicinska istraživanja su dozvoljena, izuzetno nad maloletnim licima i licima lišenih poslovne sposobnosti ako ova istraživanja imaju neposrednu korist za pacijenta. Izuzetno, dete koje je navršilo 15 godina života i sposobno je za rasuđivanje može uz pismeni pristanak, učestvovati u istraživanju u javnom zdravlju ukoliko istraživanje ne nosi rizik za dete, a ima za cilj bolje razumevanje stanje zdravlja ove populacije.

Tehnička služba pomaže (može da pomaže) zdravstvenim radnicima u sprovođenju Zakona na način da redovnim servisiranjem opreme utiče na poštovanja prava pacijenta na bezbednost pružanja usluga, tehnička služba učestvuje u izradi identifikacionih kartica čime je omogućena informisanost o imenu i prezimenu i profesionalnom statusu zdravstvenog radnika i saradnika, daje računarsku podršku npr. izrađuje obrazaca u skladu sa zakonom i vodi brigu da sve istaknute informacije u Zdravstvenoj ustanovi budu u ispravnom stanju. Saradnja zdravstvenih radnika i saradnika sa tehničkom službom se ogleda i u ažuriranju spiskova zaposlenih čime je pacijentu omogućeno pravo izbora lekara i izbora lekara radi dobijanja drugog stručnog mišljenja. Tehnička služba obezbeđuje prostorije u kojima se čuva zdravstvena i medicinska dokumentacija, dakle naročito osetljivi podaci o ličnosti. Treba naglasiti da obavezu čuvanja naročito osetljivih podataka o ličnosti imaju svi zaposleni u zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi, a ne samo zdravstveni radnici.

Pacijent ima pravo na zakazivanje zdravstvene usluge i zdravstveni radnici i saradnici tokom svog rada treba da ulože napor kako bi poštovali pacijentovo vreme, a u slučaju promene termina zakazane zdravstvene usluge Zdravstvena ustanova je dužna da pacijenta blagovremeno o tome obavesti.

Human odnos prema pacijentu se podrazumeva kao i olakšanje patnje i bola ali to ne podrazumeva eutanaziju. Kvalitet rada, zdravstveni radnici treba neprestano da unapređuju na svim nivoima zdravstvene zaštite kako bi se smanjio rizik za nastanak stručne greške. Pacijent koji pretrpi štetu na svom telu, ili se stručnom greškom prouzrokuje pogoršanje njegovog zdravstvenog stanja ima pravo na naknadu štete, a pravo na nadoknadu štete se ne može unapred isključiti i ograničiti.

Tokom pružanja zdravstvenih usluga pacijent ima pravo na privatnost. Pregledu pacijenta po pravilu prisustvuju zdravstveni radnici koji neposredno učestvuju u pružanju zdravstvene usluge. Druga lica mogu biti prisutna ukoliko pacijent da pristanak. Ukoliko se pacijent izričito ne protivi, pregledu pacijenta i preduzimanju medicinskih mera mogu prisustvovati učenici i studenti zdravstvene struke tokom praktične nastave, kao i zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici tokom obavljanja pripravničkog staža i stručnog usavršavanja. Na izričit zahtev pacijenta pružanju zdravstvene usluge ne mogu prisustvovati drugi zdravstveni radnici.

Poverljivost je osetljivo pravo pacijenta, zato što je zabranjeno da zdravstveni radnik i saradnik drugom licu saopšti lične informacije o pacijentu, uključujući i predložene dijagnostičke i terapijske procedure, podatke iz medicinske dokumentacije i *stanje zdravlja pacijenta*. Zdravstveni radnici su oslobođeni čuvanja službene tajne odlukom suda, pismenom izjavom pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika, ovlašćenjem overenim kod nadležnog organa, a članovi porodice imaju pravo na gore navedene informacije o pacijentu u slučaju izbegavanja zdravstvenog rizika, ukoliko pacijent ne razume dato obaveštenje ili bi davanje obaveštenja znatno naškodilo zdravlju pacijenta. Dokazi na osnovu kojih su zdravstveni radnici oslobođeni čuvanja službene tajne se čuvaju u medicinskoj dokumentaciji pacijenta.

Nakon pregleda, pacijent ima pravo na obaveštenje. Zdravstveni radnici i saradnici su u obavezi da pacijentu daju potrebna obaveštenja kako bi pacijent doneo odluku da pristane ili ne pristane na predloženu medicinsku meru. Obaveštenje sadrži: Dijagnozu i prognozu bolesti, kratak opis, cilj i korist od predložene medicinske mere, vreme trajanja i moguće posledice preduzimanja i nepreduzimanja predložene medicinske mere, moguće rizike, bolne i druge sporedne i trajne posledice, alternativne metode lečenja, moguće promene pacijentovog stanja, moguće nužne promene u načinu života pacijenta kao i dejstvo lekova i moguće sporedne posledice tog dejstva. Obaveštenje se daje **bez traženja pacijenta** i to: USMENO na način razumljiv pacijentu. Treba upoznati pacijenta da može opozvati pristanak u toku lečenja sve **Dok Ne Započne Izvođenje** medicinske mere koju je nemoguće prekinuti (usmeno ili **pismeno**). Obaveštenje se daje PISMENO, na zahtev pacijenta i u drugim, zakonom propisanim slučajevima. Posebno biti oprezan u slučaju pacijenata koji učestvuju u medicinskim istraživanjima i posebno ih upoznati **da mogu odbiti učešće u istraživanju u svako vreme** (pismeno). Obaveštenje se može dati uz prevodioca ili tumača, ukoliko ne razume jezik ili kod gluvo-nemih.

Obaveza zdravstvenih radnika je da u medicinsku dokumentaciju **unesu podatak** da je pacijentu, zakonskom zastupniku dao potrebna obaveštenja kako bi doneli odluku da pristanu ili ne pristanu na predloženu medicinsku meru, a tačnost unetih podataka zdravstveni radnik overava svojim potpisom i otiskom pečata. Nakon datog predhodnog potpunog obaveštenja, koje je na valjan način evidentirano u medicinsku dokumentaciju o preduzimanju predloženih medicinskih mera nad pacijentom odluku donosi Konzilijum (konzilijarno mišljenje) u hitnim stanjima kada je pacijent bez svesti, a zakonski zastupnik ili osoba određena da da' pristanak nisu dostupni. Po pravilu to čini pacijent, zakonski zastupnik (kad je pacijent dete, pacijent lišen poslovne sposobnosti) ili osoba koju je pacijent odredio da da' pristanak u slučaju da on postane nesposoban za donošenje odluke. Odluka pacijenta može biti pristanak ili odbijanje predložene medicinske mere.

Pristanak pacijent može dati na dva načina: jedan je **izričito**, usmeno ili pismeno. Pismeni pristanak se daje kod učestvovanja u medicinskim israživanjima, preduzimanju invazivnih dijagnostičkih i terapijskih procedura i drugim zakonom propisanim slučajevima. Pristanak pacijent može i na drugi način i to **prećutno** ako nije izričito protivan ali je obaveza zdravstvenog radnika da pristanak koji je dat usmeno i prećutno evidentira u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Odbijanje predložene medicinske mere je uvek pismeno. Ukoliko pacijent ne želi da da pisano odbijanje zdravstveni radnik je u obavezi da sačini

službenu belešku. Pisani pristanak, odbijanje ili službena beleška se čuvaju u medicinskoj dokumentaciji pacijenta.

Ovim zakonom su jasno utvrđena i prava deteta u zdravstvenom sistemu. Bez obzira na godine života dete sposobno za rasuđivanje ima pravo na poverljivo savetovanje i bez pristanka roditelja kada je to u najboljem interesu deteta. Do 15. godine života – kad je to moguće, dete ima pravo da bude smešteno na bolničko lečenje u pratnji jednog od roditelja. **Dete sa 15. godina života i sposobno za rasuđivanje ima pravo na:** uvid u svoju medicinsku dokumentaciju, poverljivost podataka iz medicinske dokumentacije i da samostalno odlučuje o predloženoj medicinskoj meri (uz prethodno obaveštenje). Odluka deteta o predloženoj medicinskoj meri može biti kao i kod odraslih: pristanak i odbijanje. Ukoliko postoji ozbiljna opasnost po život i zdravlje deteta **zdravstveni radnik ima pravo da prekrši pravo na poverljivost** i protiv volje deteta obavesti zakonskog zastupnika o potrebi preduzimanja medicinske mere i o odluci deteta.

Pacijent ima pravo da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarno lečenje, međutim ukoliko to učini dete ili pacijent lišen poslovne sposobnosti obaveza zdravstvenog radnika je da bez odlaganja obavesti zakonskog zastupnika. Ukoliko zakonski zastupnik postupa suprotno najboljem interesu pacijenta obaveza zdravstvenog radnika je da obavesti nadležni organ starateljstva. Ukoliko odrastao pacijent napusti stacionarno lečenje bez najave i bez pisane izjave zdravstveni radnik je u obavezi da podatke o napuštanju zdravstvene ustanove upiše i čuva u medicinskoj dokumentaciji pacijenta.

Pravo na preventivne mere su poznate ali ćemo ponoviti ono najbitnije. Zdravstvena ustanova ima obavezu sprovođenja preventivnih mera radi očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti i drugih poremećaja zdravlja u određenim intervalima i za grupacije stanovništva izloženim povećanom riziku od oboljevanja.

Ukoliko se pacijent ne pridržava odredbi ovog zakona zdravstveni radnik može da otkáže dalje pružanje zdravstvene zaštite pacijentu, izuzev hitne medicinske pomoći, o čemu je dužan da pismeno obavesti direktora, kao i da u medicinsku dokumentaciju pacijenta unese razloge za odbijanje pružanja zdravstvene zaštite. Zdravstvena ustanova je dužna da pacijentu obezbedi dalje pružanje zdravstvene zaštite.

Ono što je novo u ovom zakonu to je da poslove zaštite prava pacijenata sprovode:

-Savetnik za zaštitu prava pacijenata (savetnik pacijenata). Imenuje ga lokalna samouprava. Pacijentima pruža potrebne informacije i savete u vezi sa pravima pacijenata i obavlja poslove zaštite prava pacijenata **po podnetom prigovoru**. Postupa na način da vrši **samo uvid u medicinsku dokumentaciju pacijenta koja je u vezi sa prigovorom**, u prisustvu zdravstvenog radnika. ima pravo da zatraži pismene informacije, podatke i mišljenje od zdravstvenog radnika, saradnika, rukovodioca i direktora, a o utvrđenim činjenicama dostavlja izveštaj. Zaštitu prava koja se odnose na obavezno zdravstveno osiguranje sprovodi **-Savetnik za zaštitu prava osiguranih lica (zaštitnik osiguranika)** – imenuje ga organizacija zdravstvenog osiguranja.

Važno je da zdravstveni radnici i saradnici razlikuju inspekcijски nadzor od utvrđivanja činjenica od strane savetnika pacijenata. Ova razlika se, između ostalog, ogleda i u sledećem: u vršenju inspekcijskog nadzora zdravstveni inspektor ostvaruje uvidom u celokupnu dokumentaciju pacijenta, utvrđuje rokove dostavljanja izjava, mišljenja, informacija ili Izveštaja o izvršenoj unutrašnjoj proveri kvaliteta sručnog rada, nalaže otklanjanje nedostataka i kontroliše izvršenje naloženih mera. U postupku utvrđivanje činjenica Savetnik pacijenata ima pravo uvida **samo u deo medicinske dokumentacije** koji se odnosi na pravo pacijenta koje je navedeno u prigovoru. Savetniku se dostavljaju informacije, podaci, mišljenja, a vezano za prigovor u roku od 5 radnih dana. Direktor ili osnivač privatne prakse je u **obavezi**, da po dobijanju Izveštaja od savetnika pacijenata, dostavi savetniku pacijenata obaveštenje o postupanju po Izveštaju u roku od 5 radnih dana po prijemu.

Kao i svaki zakon i Zakon o pravima pacijenata se završava Kaznenim odredbama. Za kršenje nekih od 19 prava pacijenata, zakonom su propisane novčane kazne za prekršaj kako za zdravstvene radnike, direktora ili osnivač privatne prakse tako i za zdravstvenu ustanovu.

Zanimljiva je jedna odredba Zakona o zdravstvenom osiguranju u kojoj se između ostalog navodi i sledeće: „**Kazniće se za prekršaj - osiguranik** ako namerno prouzrokuje nesposobnost za rad, ili ako

namerno spreči ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad, ako se bez opravdanog razloga ne javi izabranom lekaru“.

Kada ste obavestili Republički fond za zdravstveno osiguranje o sumnji na prekršaj osiguranika?

Umesto zaključka: Nadam se da smo ovim izlaganjem uspeali da trasiramo put zdravstvenim radnicima i saradnicima kroz šumu prava pacijenata i da smo vas zainteresovali da isti čitate.

Literatura:

1. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik RS“, br. 107/05, 72/09- dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13-dr.zakon, 93/14, 96/15 i 106/15);*
2. *Zakon o pravima pacijenata („Službeni glasnik RS“, br. 45/13);*
3. *Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva („Službeni glasnik RS“, br.123/14 i 106/15);*
4. *Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 107/05, 109/05-ispravka, 57/11, 110/12-US, 119/12, 99/14, 126/14-US, 106/15 i 10/16-dr.zakon)*

PROGRAM UNAPREĐENJA PREVENCIJE KARIJESA RANOG DETINJSTVA U VOJVODINI

Ivan Tušek¹, Jasmina Tušek², Snežana Ukropina³ Branislav Tušek⁴

Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Klinika za stomatologiju Vojvodine¹, Stomatološka ordinacija „Palmadent“², Institut za javno zdravlje Vojvodine³, Univerzitet u Novom Sadu, Institut za plućne bolesti Vojvodine, Klinika za opstruktivne bolesti pluća i akutne pneumopatije, Sremska Kamenica⁴

U cilju ostvarivanja što zdravijeg i kvalitetnijeg života pojedinca i celokupnog stanovništva neophodno je posmatrati zdravlje u skladu sa definicijom Svetske zdravstvene organizacije (S.Z.O.) koja glasi: “Zdravlje je stanje potpunog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i onesposobljenosti”. Ova definicija zdravlja zahteva sveobuhvatnu akciju svih segmenata društva. S.Z.O. i u najnovijem dokumentu “Zdravlje 2020” (Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing) konstatuje da dobro zdravlje i briga za zdravlje ne mogu biti briga samo jednog sektora u društvu već da je održivo i pravedno unapređenje zdravlja rezultat efektivne politike kroz sve sektore i na svim nivoima vlasti kao i napora društva u celini. Pri tome se konstatuje da Vlade država članica OECD troše samo 3% zdravstvenog budžeta za promociju zdravlja i prevenciju bolesti, što nije dovoljno i racionalno. Odgovor naše države ovom zahtevu sadržan je u Nacionalnoj strategiji održivog razvoja Republike Srbije (“Sl. glasnik RS”, broj 57/08).

Pravni okvir za donošenje programskog zadatka čine:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (“Službeni glasnik RS”, br. 107/05 i 72/09, 88/10, 99/10, 57/11 i 119/12), član 13, stav 1 i 4;
- Zakon o javnom zdravlju (“Službeni glasnik RS”, br. 72/09), član 6;
- Zakon o utvrđivanju nadležnosti Autonomne Pokrajine Vojvodine (“Sl. glasnik RS”, br. 99/2009, 67/12-odluka US), član 47;
- Skupštinska odluka o pokrajinskoj upravi (“Sl. list APV” br. 4/10, 4/11 i 20/12),
- Pokrajinska skupštinska odluka o izmenama i dopunama Pokrajinske skupštinske odluke o pokrajinskoj upravi (Sl. list APV, br. 26/12), član 51;
- Uredba o Nacionalnom programu preventivne stomatološke zdravstvene zaštite (Sl. glasnik RS 22/09) i
- Strategija javnog zdravlja („Službeni glasnik RS”, br. 55/05, 71/05-ispravka, 101/07 i 65/08), specifični ciljevi 1.3, 2.4 i 3.1.

Karijes ranog detinjstva (KRD) i dalje predstavlja akutan javno-zdravstveni problem odojčadi i male dece u A.P. Vojvodini. Prema najnovijim podacima njegova prevalencija je izuzetno visoka i prelazi 40% u Vojvodini, što naglašava njegov zdravstveni i socioekonomski značaj za širu društvenu zajednicu. Ovo oboljenje predstavlja akutnu formu karijesa mlečnih zuba, koja se najčešće javlja u prvoj godini života deteta, na labijalnim površinama maksilarnih sekutića, brzo progredira i rezultira frakturama krunica i brojnim lokalnim i opštim komplikacijama. U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i uzroka smrti Svetske zdravstvene organizacije – 10. revizija /MKB-10/ (Knjiga 1), ovaj dijagnostički entitet obuhvaćen je šifrom K02.4 (Odontoclasia; Kružni karijes zuba; Melanodontia infantilis; Melanodontoclasia). Etiologija KRD najčešće se povezuje sa nekim nepromenljivim činiocima (nasledni faktori, prevremeno

rođena deca i ročna novorođenčad mala za gestacijsku starost) i promenljivim činiocima rizika (prenošenje bakterijskih uzročnika sa majke na dete, dugotrajno noćno hranjenje i pojenje na flašicu, dodati šećeri u hrani i napicima u ishrani male dece, neadekvatna oralna higijena i izostanak preventivnih stomatoloških pregleda u ranom detinjstvu). Prisustvo KRD dovodi do poremećaja ishrane zbog bolova i/ ili nedostatka zuba usled prevremene ekstrakcije, oboljenja digestivnog trakta, česte pojave respiratornih infekcija i poremećaja opšteg fizičkog razvoja. Neblagovremena prevencija, dijagnostika i sanacija KRD dovodi do zaostajanja razvitka kostiju lica i vilica, pojave malokluzija, dentalnih infekcija, afekcije zametaka stalnih zuba dentalnom infekcijom, gingivitisa, parodontalnih oboljenja, afekcije udaljenih sistema i organa, sa mogućnošću generalizacije infekcije. KRD utiče i na psihosocijalni razvoj deteta. Pojava nervoze, nesаницe zbog bolova, uznemirenosti i straha od stomatoloških intervencija, ortodontski, fonetski poremećaji i narušena estetika potenciraju odsustvanje deteta iz kolektiva, povlačenje u sebe, interpersonalnu diskomunikaciju i narušen kvalitet života. Način rutinskog prikupljanja podataka o dijagnostičkom entitetu karijesa (šifra u MKB-10 – K02) u okviru Izveštaja o radu Službi za stomatološku zdravstvenu zaštitu domova zdravlja u našoj zemlji, ne omogućava posebno sagledavanje broja slučajeva karijesa ranog detinjstva u bilo kojoj vremenskoj seriji (K02.4). Takođe, način izveštavanja o izvršenju plana rada doma zdravlja, ne omogućava posebno sagledavanje broja pruženih preventivnih stomatoloških pregleda odojčadi i dece od 1-3. godine, jer se ovi podaci prikazuju sumarno sa pruženim preventivnim stomatološkim pregledima svih uzrasnih kategorija stanovništva već više godina. Slično, Izveštaji o pokazateljima kvaliteta rada stomatološke zdravstvene zaštite domova zdravlja ne omogućuju uvid u obim preventivnih stomatoloških pregleda dece uzrasta 0-3 godine. Iako je 2009. godine Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu izradio Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite za period 2009-2015. god., sa pripadajućim Akcionim planom („Sl. glasnik RS“ 22/09) ne postoji posebna programska aktivnost koja se odnosi na unapređenje stomatološke zdravstvene zaštite prevremeno rođene dece i ročne novorođenčadi telesne mase manje od 2.500 grama, niti postoji način da se, na osnovu rutinske zdravstvene statistike, utvrdi da li je došlo do povećanja ili smanjenja obuhvata preventivnim stomatološkim pregledima odojčadi i male dece, kao osnovnim merama specifične prevencije KRD. Opšti cilj programskog zadatka je usmeren na unapređenje oralnog zdravlja odojčadi i male dece u A.P. Vojvodini pod većim rizikom za razvoj KRD, putem evaluacije faktora rizika za nastanakovog oboljenja, radi primene odgovarajućih strategija promocije zdravlja, obuke stomatologa i izabranih lekara male dece za podršku i izvođenje većeg obima i kvaliteta preventivnih stomatoloških pregleda kod dece u ranom detinjstvu i razvoja specifičnog preventivnog stomatološkog programa u A.P. Vojvodini za period 2016-2020. godine.

Specifični ciljevi predloženog Programa su:

- Podizanje svesti, informisanje i povećanje znanja roditelja odojčadi i male dece o merama prevencije i kontrole KRD, putem socijalno-marketinške intervencije
- Edukacija stomatologa – predstavnika svih domova zdravlja u A.P. Vojvodini, za rano sprovođenje terapijskih intervencija pre nastanka ireverzibilnih promena na zubima i lokalnih i opštih komplikacija
- Edukacija pedijatarata i lekara opšte medicine (izabranih lekara odojčadi i male dece) - predstavnika svih domova zdravlja u A.P. Vojvodini, za podršku preventivnim stomatološkim merama u ranom detinjstvu,
- Izrada predloga Programa preventivne stomatološke zaštite porodice sa odojčadima i malom decom za teritoriju A.P. Vojvodine, 2016-2020. godine.

- Evaluacija faktora rizika za pojavu KRD, putem anketnog istraživanja roditelja novorođenčadi u A.P. Vojvodini, sa posebnim akcentom na roditelje prevremeno rođene dece i ročne novorođenčadi sa telesnom masom manjom od 2.500 grama, sa utvrđivanjem kohorte za praćenje efekata Programa;

U okviru Programa unapređenja prevencije KRD, metodološki su precizirani nosioci programskog zadatka i sledeće aktivnosti:

1. Definisanje sadržaja zdravstveno-vaspitnih sredstava (edukativni film, plakat, agitke i interaktivne internet stranice IZJZV). Stručnjaci Instituta za javno zdravlje Vojvodine (IZJZV) će u saradnji sa angažovanim stručnjacima u oblasti preventivne stomatologije izraditi zdravstveno-vaspitna sredstva (edukativni film, plakat, agitku i interaktivnu internet stranicu) namenjene roditeljima dece uzrasta do 3 godine, sa ciljem senzibilizacije i informisanja roditelja na činioce rizika za nastanak KRD.

2. Izrada i podela edukativnih sredstava. Edukativna sredstva izradiće se u tiražu koji omogućava da budu raspoređena u sve zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite u A.P. Vojvodini (44 domova zdravlja), devet opštih bolnica, Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Klinički centar Vojvodine, Kliniku za stomatologiju Vojvodine, šest Zavoda za javno zdravlje i Institut za javno zdravlje Vojvodine. Sva zdravstveno-vaspitna sredstva biće dostupna na internet stranici Instituta za javno zdravlje Vojvodine.

3. Izrada programskog sadržaja edukacija

Stručnjaci Instituta za javno zdravlje Vojvodine, u saradnji sa stručnjacima u oblasti preventivne stomatologije, sačinice programski sadržaj dve vrste edukacije za izabrane lekare/ pedijatre dece predškolskog uzrasta i stomatologe domova zdravlja. Programski sadržaj edukacija akreditovaće se u vidu seminara kod Zdravstvenog saveta Srbije.

4. Organizacija i izvođenje edukacija

Organizovaće se pet edukacija - tri edukacije za izabrane lekare/pedijatre dece predškolskog uzrasta u A.P. Vojvodini (obuhvatiće načelnike službi za opštu medicinu i službi za zdravstvenu zaštitu dece) i dve edukacije za stomatologe – izabrane lekare dece u domovima zdravlja,

5. Evaluacija faktora rizika za karijes ranog detinjstva

Evaluacija faktora rizika za pojavu KRD sprovedeće se putem anketnog istraživanja roditelja novorođenčadi u A.P. Vojvodini, u periodu 30. april – 31. oktobar 2015. godine. Obuhvatiće se sve majke novorođene dece pri otpustu iz porodilišta, sa posebnim akcentom na majke prevremeno rođene dece i ročne novorođenčadi sa telesnom masom manjom od 2.500 g., sa utvrđivanjem kohorte za praćenje efekata Programa. Stručnjaci preventivne stomatologije i Instituta za javno zdravlje Vojvodine kreiraju plan anketnog istraživanja. Podaci će se uneti u elektronsku bazu podataka i obraditi primenom deskriptivne i inferencijalne statistike i generisanjem statističkih modela koji objašnjavaju međudnose različitih faktora rizika za KRD.

6. Izrada predloga Programa preventivne stomatološke zaštite porodice sa odojčadima i malom decom za teritoriju A.P. Vojvodine, 2016-2020. godina. Po završenoj evaluaciji faktora rizika za pojavu KRD angažovani stručnjaci preventivne stomatologije i Instituta za javno zdravlje Vojvodine sačinice predlog Programa preventivne stomatološke zaštite porodice sa odojčadima i malom decom za teritoriju AP Vojvodine, za period 2016-2020. godina.

7. Izrada izveštaja

Izveštaj o izvršenom programskom zadatku će sačiniti stručnjaci Instituta za javno zdravlje Vojvodine do kraja januara 2016. godine.

Evaluacija faktora rizika za nastanak KRD sprovedena je putem anketnog istraživanja roditelja novorođenčadi u A.P. Vojvodini. Anketni upitnik korišćen u Programu, kreiran je na osnovu prethodnih sličnih istraživanja i pregledom stručne i naučne literature, a sadržavao je 35 pitanja o

potencijalnim faktorima rizika za nastanak KRK. Anketni upitnici su poštom dostavljani okružnim Zavodima za javno zdravlje u A.P. Vojvodini. Svaka opšta bolnica i klinika za ginekologiju i akušerstvo A.P. Vojvodine dobila je pored anketnih upitnika:

- Obrasce za Informisanu saglasnost za učešće u istraživanju
- Uputstvo za medicinske sestre u porodilištu tokom sprovođenja anketnog istraživanja i
- Evidencioni obrazac za mesečnu evidenciju broja porodilja i popunjenih anketa

Anketni upitnik su samostalno popunjavale porodilje, dan pre ili na dan otpusta iz porodilišta. Nakon predaje upitnika u zatvorenu kutiju, medicinska sestra je dala porodilji agitku: „Sprečite ranu pojavu karijesa kod vaše bebe“. Upitnici sakupljeni nakon anketnog istraživanja, poslani su u Institut za javno zdravlje Vojvodine (Centar za promociju zdravlja, Centar za biostatistiku i informatiku u zdravstvu i Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene službe), gde su šifrirani, uneti u elektronsku bazu podataka i obrađeni primenom deskriptivne i inferencijalne statistike i generisanjem statističkih modela koji objašnjavaju međudnose različitih faktora rizika za nastanak KRK. Po završenoj evaluaciji faktora rizika angažovani stručnjaci preventivne i dečije stomatologije Klinike za stomatologiju i Instituta za javno zdravlje Vojvodine, koji su doneli zaključke, sačinili Izveštaj o izvršenom programskom zadatku i dali predlog Programa preventivne stomatološke zaštite porodice sa odojčadima i malom decom za teritoriju A.P. Vojvodine, za period 2016 - 2020. god. Izvršioi programskog zadatka su: Institut za javno zdravlje Vojvodine; Klinika za stomatologiju Vojvodine, Zavodi za javno zdravlje u A.P. Vojvodini, Klinički centar Vojvodine (Klinika za ginekologiju i akušerstvo) i 9 opštih bolnica u A.P. Vojvodini (Odeljenja/službe za ginekologiju i akušerstvo), Subotica, Sombor, Vrbas, Senta, Kikinda, Zrenjanin, Pančevo, Vršac, Sremska Mitrovica, sve zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite u AP Vojvodini (44 domova zdravlja) i spoljni stručni saradnici.

U programu su prezentirani kvalitativni i kvantitativni procesni indikatori:

- Sadržaj edukativnih sredstava (postera, agitke i dve vrste letaka) - štampani primerci edukativnih sredstava i elektronski primerci dostupni na internet stranici IZJZV;
- Sadržaj kontinuirane medicinske edukacije - Power-Point prezentacije objavljene na internet stranici Instituta za javno zdravlje Vojvodine;
- Fotodokumentacija sa održanih edukativnih seminara;
- Protokol anketnog istraživanja - sadržaj protokola (dokument);
- Izveštaj o anketnom istraživanju o faktorima rizika za pojavu KRK
- Tiraž edukativnih sredstava (postera i agitke) - spisak sa specifikacijom tiraža po vrsti zdravstvenih ustanova i jeziku nacionalnih zajednica;
- Broj prisutnih učesnika edukacija;
- Prosečne ocene evaluacionih karakteristika edukacija od strane učesnika;
- Proporcija činilaca rizika za nastanak karijesa ranog detinjstva;
- Numerički indikatori koji objašnjavaju međudnose faktora rizika za KRK.

Kao ishodni indikator definisana je izrada dokumenta predloga Programa preventivne stomatološke zaštite porodice sa odojčadima i malom decom za teritoriju A.P. Vojvodine, za period 2016 - 2020. godina. Diskusije u okviru kontinuiranih medicinskih edukacija, u kojima su verovatno po prvi put zajednički učestvovali lekari/pedijatri, medicinske sestre/tehničari, ginekolozi, stomatolozi i stomatološke sestre/tehničari su svojim konstruktivnim predlozima u vezi efikasnije međusobne komunikacije u znatnoj meri doprineli formulisanju zaključaka i definisanju Programa unapređenja prevencije karijesa ranog detinjstva u Vojvodini. Definisanje Programa kroz zakonske regulative stvara uslove za preventivni a ne terapijski pristup u

rešavanju KRD koji zahteva izuzetno velika materijalna sredstva i s obzirom na njegovu visoku prevalenciju predstavlja ogroman teret za društvenu zajednicu u celini.

EPIDEMIOLOŠKI PARAMETRI ZA MERENJE UČESTALOSTI OBOLJENJA ZUBA

Jelena Mandić

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Epidemiološki parametri u stomatologiji služe za egzaktno i kvantitativno prikazivanje pre svega pojave, distribucije i patološkog značaja određenog stomatološkog oboljenja, nepravilnosti ili traume. Praćenjem epidemioloških pokazatelja incidence, prevalencije i uznapređivosti određenog oboljenja, moguće je utvrditi i potreban tretman sa medicinskog, finansijskog i kadrovske aspekta. Na osnovu dobijenih objektivnih prikaza i praćenjem epidemioloških pokazatelja moguće je utvrditi i poboljšanje zdravlja kao rezultat primene određenih medicinskih postupaka, mera ili programa, tj. epidemiološki se mogu procenjivati uspehi preduzetih mera i koje će preduzete mere imati najveću efikasnost u terapiji određenog oboljenja. Epidemiološka istraživanja imaju za cilj i prikupljanje podataka koji su bitni za ukazivanje na faktore rizika, etiološke faktore u patogenezi oboljenja, ali i za planiranje i organizaciju prevencije, kontrolu i lečenje bolesti.

Prema podacima SZO iz 1978. god, oko 50% dece i 90% odraslih boluje od karijesa i parodontopatije. Takođe, epidemiološke studije poslednjih nekoliko decenija dvadesetog veka, pokazuju trend i značajan pad prevalencije i incidence svih oralnih oboljenja u dece i mlađih osoba širom sveta. Međutim, najnoviji podaci, zadnjih desetak godina pokazuju ponovo povećanje prevalencije i incidence karijesa na globalnom nivou. Povećana zastupljenost karijesa i parodontopatije, odnosi se pre svega na grupe sa niskim socijalno-ekonomskim statusom, nove imigrante u Evropi, SAD-u i Aziji, kao i migraciju stanovništva iz ruralnih u urbane uslove života, menjajući tako sastav stanovništva, i donoseći sopstvene stavove i navike u higijeni, ishrani i ostalim oblastima života. Moguće uzroke povećane patologije stomatoloških oboljenja treba tražiti u nedovoljnom obuhvatanju ovih karijes rizičnih grupa preventivnim programima. Svakako uticaj su imali i novi trendovi korišćenja flaširanih voda mnogo više od vodovodske koja je fluorisana. Promene u načinu ishrane, unošenje brze, lepljive i nezdrave hrane, takođe je odnelo svoj danak.

Za epidemiološko praćenje karijesa najšire prihvaćen indeks je onaj koji se odnosi na prisustvo ili odsustvo karijesa, a koji su definisali *Klein i Palmer DMF* (decay, mised, feeled) ili srpski KEP (nesanirana lezija, izvađen zub kao posledica karijesa i sanirana lezija). Za mlečnu denticiju se koristi isti indeks, ali označen malim slovima, anglosaksonski dmf ili srpski kep. On se koristi kao kumulativni dokaz prisustva karijesnog procesa. Ako je statistička jedinica ceo zub, onda se indeks označava kao DMFT (KEPZ), a ako su u pitanju površine zuba, tada se označava kao DMFS (KEPS) Da bi se KEP odredio moramo utvrditi standarde za procenu karijesa. Prema standardima prebojena fisura bez zpadanja sonde ne predstavlja karijes. Svi slučajevi gde postoji sumnja na karijes ne moraju se registrovati kao prisutan karijes. Kao zdravi zubi za potrebe epidemiološkog istraživanja registruju se zubi sa beličastim ili kredastim mrljama, zubi sa prebojenim ili neravnim površinama, prebojenim jamicama i fisurama čak i u slučajevima gde zapada sonda ali nema razmekšalog dna ili podminiranih ili razmekšalih zidova. Standardi za procenu karijesa prema WHO (1986.god) su obavezujući i odnose se na: razmekšalu površinu gleđi, podminirane zidove ili razmekšalo dno jamica i fisura.

Pokazatelj koji daje preciznu sliku o stanju zuba, tj. stepenu oboljenja (odnosi se na vrstu i težinu) je struktura KEP-a. Struktura KEP-a označava odnose nesaniranog (površinskog, dubokog, komplikacije karijesa) sa jedne i saniranog (plombiranog), kao i zuba izgubljenih zbog komplikacije karijesa s druge strane. Generalno posmatrajući struktura KEP-a je bolja ako ima više saniranih (plombiranih), a manje karijesnih i ekstrahiranih zuba. Nije samo važna kvantitativna zastupljenost pojedinih komponenti KEP-a, već i njihov kvalitet (karakteristike). Formula za učešće karijesnih (nesaniranih) zuba u KEP-u je broj karijesnih zuba kroz ukupan KEP, puta 100%, pošto se izražava u procentima. Po istom principu se može izračunati učešće i saniranih (plombiranih) kao i zuba izgubljenih zbog komplikacije karijesa (ekstrahirani). Preciznije strukture KEP-a mogu se izraziti strukturom KEPK-a ili strukturom KEPS-a (KEP stranica). Tako u okviru komponente **K** (nesanirani karijes) mogu perzistirati: superficijalni, duboki karijes, pulpitisi, pri čemu je kvalitet ove komponente utoliko nepovoljniji ukoliko je veći stepen progresije karijesa. Pri procenjivanju komponente **P** (plombirani zubi) važno je da li je P na 1 ili više površina. Takođe u okviru **E** komponente nije svejedno da li su izvađeni gornji centralni sekutići koji imaju ulogu u estetskom izgledu ili prvi stalni molarnosoci funkcije žvakanja ili su to terminalni zubi čije vađenje ne utiče ni na estetiku niti remeti funkciju i okluziju.

Koristeći Klein - Palmerov indeks (KEP), moguće je izračunati različite pokazatelje prevalencije i incidence karijesa. Prevalenca je deo populacije zahvaćen karijesom u određenom trenutku (pregleda), a patološko stanje je posledica kumulativnog efekta bolesti od momenta nicanja do pregleda. Prevalenca karijesa najčešće se prikazuje indeksima kao što su KIO, KIZ i KIP.

KIO se malo koristi tamo gde je izražena prevalenca karijesa jer gotovo 100% stanovništva poseduje najmanje jedan oboleo zub ili površinu. On se izračunava tako što se broj osoba sa KEP-om podeli sa brojem pregledanih osoba i pomnoži sa 100%. Padom prevalencije karijesa u mnogim razvijenim zemljama postaje sve značajniji pokazatelj stanja zdravlja u reverznoj varijanti, tkz. caries free osoba (% osoba sa svim zdravim zubima). U tumačenju KIO indeksa, treba naglasiti da ukoliko dve grupe ispitanika imaju slične ili iste vrednosti KIO, ne mora značiti da je stanje zuba slično u ovim grupama, već može biti značajno različito. U jednoj grupi svaka osoba sa KEP-om može imati prosečno po 1 ili 2 obolela zuba i to kao početna lezija, a u drugoj grupi više obolelih i izvađenih zuba što se iz ovog indeksa ne da zaključiti.

Da bi se dobili podaci o broju obolelih zuba koristi se stopa zahvaćenosti karijesom ili KIZ. Statističku jedinicu posmatranja u ovom slučaju predstavlja zub i u statističkoj masi od ukupnog broja zuba posmatra se koliko ima zuba sa KEP-om, bez obzira na vrstu i stepen oboljenja. Dakle važno je samo da li je zub zdrav ili ne, a ne da li je površinski, srednji, duboki karijes ili komplikacija karijesa. Ako je KIZ 37% to znači da je od 100 pregledanih zuba 37 zuba obolelo (pod KEP-om), a 63 zuba su zdrava. Ako u dve grupe isti KIZ, u jednoj grupi su nesanirani i izvađeni zubi, pa je stanje lošije, dok su u drugoj grupi plombirani zubi pa je stanje bolje. KIZ se sve manje primenjuje za epidemiološki prikaz stanja, jer se odnosi na procenat obolelih zuba u odnosu na sve pregledane pacijente, pri čemu se zna samo broj, a ne i težina oboljenja (da li su: K ili E ili P ili da li je reč o površinskom, dubokom kar. ili pulpitisu ili gangreni). Ovim indeksom se eliminiše osoba kao statistička jedinica.

Najčešći način prikazivanja prevalencije karijesa u populaciji je KIP indeksom. Predstavlja prosečan broj obolelih zuba po osobi, a dobija se tako što se ukupan KEP podeli sa brojem pregledanih osoba. Još je precizniji indeks koji pokazuje prosečan broj površina zuba zahvaćenih karijesom (KIPS), jer omogućava praćenje promena od momenta nastanka karijesa do gubitka

zuba. Izračunava se tako što se saberu karijesne površine zuba sa plombiranim površinama i ekstrahirani zubi, koji se pomnože sa 5 (strane zuba), i podeli sa zbirom prisutnih i ekstrahiranih zuba, koji su pomnoženi opet sa 5, i sve to puta 100%. Nije isto ni sa aspekta zdravlja ni planiranja kadrova i materijala, da li će karijes da zahvati samo jednu ili više površina zuba. Ako bi se na osnovu KIP-a planirala sanacija i kadrovi, planovi ne bi bili realni, a greška bi bila veća što je populaciona grupa starija. Sa povećanjem uzrasta karijes napreduje i zahvata veći broj površina zuba.

Indeks koji označava aktivnost, odnosno promene vrednosti priraštaja karijesa u kvantitativnom i kvalitativnom smislu u jedne ili više osoba za godinu dana je indeks „godišnjeg priraštaja karijesa. GPK je razlika KIP-a za godinu dana. Najverodostojniji način utvrđivanja karijes incidence je longitudinalno praćenje KIP-a kod iste generacije (realni godišnji priraštaj karijesa). Da bi se sagledale sve dimenzije karijesa potrebni su i dodatni indeksi koji bi prikazali uspešnost lečenja i rehabilitacije karijesa zuba u posmatranom periodu. On je izražen kroz indeks sanacije karijesa (ISK) i predstavlja procenat saniranih zuba. Izračunava se tako što se broj saniranih zuba podeli sa zbirom karijesnih i saniranih zuba i pomnoži sa 100%.

Na osnovu opisanih indeksa može se sagledati: prevalenca, incidenca karijesa, mortalitet zuba kao i redukcija karijesa (smanjenje aktiviteta). Epidemiološki indeksi se koriste u svrhu procene kretanja oboljenja, procenu efekata primenjenih profilaktičko-terapijskih mera; planiranje stomatološke zaštite i razvoj stomatološke zdravstvene delatnosti.

Literatura:

1. WHO oral health country/area profile programme, global oral health-CAPP. Available on: [http:// www. Whocollab.od.mah.se/index.html](http://www.Whocollab.od.mah.se/index.html)
2. WHO Tooth decay Trends (12 years olds) in Fluoridated vs. Unfluoridated Countries. Available on: [http:// www. Whocollab.od.mah.se/index.html](http://www. Whocollab.od.mah.se/index.html)
3. Bagramian RA; Garcia-Godoy F, Volpe AR. : The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent.* 2009.; 22:3-8.
4. Manev I. et al. Comparative evaluation of mean DMFT (dmft) and Sic indexes in mixed dentition. *Balkan Journal of Stomatology, 10th Congress of the BaSS, Belgrade 2005, P170.*
5. Jamieson LM, Thomson WM, mCgE r. Caries prevalence and severity in urban Fijians school children. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2004;14:
6. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent.* 2009;22: 3-8.
7. Anderson DO. *Epidemiology as a fundamental science.* Oxford University Press, New York, 1976.
8. Praćenje pokazatelja kvaliteta zdravstvene zaštite. Institut za javno zdravlje Srbije, Beograd, 2010.
9. Mandić J., Jovanović S. Epidemiološka istraživanja. U “ Preventivna stomatologija”, Beograd 2016.

PROCENA RIZIKA ZA POJAVU KARIJESA

PRIMENOM ANKETNOG UPITNIKA

Momir R. Carević

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Brojna istraživanja kako kod nas tako i u svetu su ukazala da je period odojčeta i malog deteta izuzetno značajan zbog mogućih brojnih pozitivnih i negativnih uticaja na pravilan razvitak organa za žvakanje i pojavu oboljenja usta i zuba. Ovaj period je takođe najosetljiviji za unapređenje oralnog zdravlja, jer se tada završava maturacija tek izniklih mlečnih zuba, počinje mineralizacija stalnih zuba, a dolazi i do sticanja određenih loših životnih navika koje se vrlo teško kasnije u životu mogu korigovati. Uprkos tome, u ovom periodu stomatološka zdravstvena zaštita nije koristila adekvatne mere primarne prevencije, usmeravajući svoje aktivnosti na period posle nicanja zuba, a najčešće posle već uznapredovanih manifestovanja oboljenja organa za žvakanje.

Mnogobrojna saznanja su odavno ukazala da je visoka prevalencija karijesa u dece najčešće posledica prenošenja loših navika sa roditelja na decu baš u ovom ranom ali veoma važnom periodu odrastanja. Dojenje deteta je skoro totalno zanemareno, česta je prehrana odojčeta upotrebom bočice sa cuclom, obroci su frekventni i dugotrajni, dodatno se slade mleko i napitci, često se daju slatka hrana i sokovi, čime se od najranijeg uzrasta stvara nepotrebna navika na slatku hranu, koja se kasnije tokom života teško može korigovati. Takođe, veoma često izostaje održavanje redovne oralne higijene, primene fluor profilakse, kao i korigovanje nakih loših navika (sisanje palca, usana, upotreba cucle, disanje na usta i dr.), što sve u svemu ukazuje na potpuno odsustvo zdravstvene kulture roditelja, koju oni prenose na svoju decu u njihovom najranijem uzrastu.

Sve ovo ukazuje da je od posebnog značaja da se programom preventivne stomatološke zaštite prvenstveno obuhvate trudnice i roditelji male dece koji su i najodgovorniji za pojavu ovog oboljenja u ranom detinjstvu. Iz tih razloga usmeravanje preventivnih aktivnosti na trudnice i roditelje male dece doprinosi kako korigovanju njihovih loših navika tako i favorizovanju i prenošenju samo pozitivnih navika po zdravlje usta i zuba na decu u njihovom najranijem uzrastu.

Imajući sve pomenuto u vidu, najnovijim Zakonom, za stomatološku zdravstvanu zaštitu dece i omladine Srbije, preporučuje se prva procena stanja oralnog zdravlja male dece tokom prve godine života u cilju sagledavanja i otklanjanja mogućih rizika za nastanak karijesa u ovom ranom dečjem uzrastu.

Shodno tome, na osnovu poznatih faktora za nastanak ovog oboljenja, definisan je **Anketni Upitnik** kojim se procenjuje prisutan rizik za pojavu karijesa kod deteta na osnovu testiranja, odnosno procene znanja o oralnom zdravlju i zdravstvenom vaspitanju budućih majki (trudnica) i roditelja male dece, kako bi se na vreme sagledao nivo prisutnog rizika, kao i mogući uticaj loših navika i oskudnog znanja o oralnom zdravlju koje bi preneli na svoje dete. Analizom podataka u toku trudnoće majke i tokom prve godine života deteta, dobijenih iz Anketnog upitnika, moguće je definisati stepen rizika numeričkim vrednovanjem svakog odgovora pri čemu se na osnovu ukupno prikupljenih poena procenjuje prisustvo niskog, srednjeg ili visokog rizika po oralno zdravlje deteta. Rezultati ovog testa, koji se obavlja u okviru obaveznog preventivnog pregleda (šifra za fakturisanje

2400059), treba da budu vodič stomatolozima u objektiviziranju stepena rizika za pojavu karijesa u svakodnevnoj stomatološkoj praksi, a istovremeno i da ukažu na mere i aktivnosti kojima bi se taj rizik otklonio i pre nicanja prvih zuba. Takođe, pomoću ovog testa obezbedilo bi se racionalnije i efikasnije sprovođenje preventivnih mera i aktivnosti na korigovanju znanja i edukaciji roditelja, formulisanjem individualnih preventivnih programa, prilagođenih stepenu rizika i drugim zahtevima malog deteta, kako bi nakon nicanja zdravi zubi ostali zdravi za duži vremenski period.

Pomenuti koncept procene rizika za pojavu karijesa u svakodnevnoj stomatološkoj praksi, koji pruža savremena stomatologija, daje velike mogućnosti da umesto relativno neuspešnog saniranja posledica narušenog zdravlja, precizno isplaniramo i primenimo mere i postupke koje treba preduzeti ciljano, radi čuvanja i unapređenja oralnog zdravlja za duži vremenski period.

Prilog: ANKETNI UPITNIK

PROCENA RIZIKA ZA NASTANAK KARIJESA

<u>A. Rizik u toku trudnoće majke (prenatalni period)</u>	broj
poena	
1. Trudnoća: normalna (0 poena), održavana (1 poen)	_____
2. Uzimani lekovi: nisu (0), retko (1), često (2)	_____
3. Oboljenja: bez (0), retka-lakša (1), česta (2)	_____
4. Povraćanje: retko-nikako (1), svakodnevno-često (2)	_____
5. Ishrana:	
a. normalna težina (0), ugojila se preko 13 kg (1), smršala (2)	_____
b. mleko-mlečni proizvodi: svakodnevno-često (0), retko (1)	_____
c. meso-riba-jaja: svakodnevno-često (0), retko (1)	_____
d. voće-povrće: svakodnevno-često (0), retko (1)	_____
e. slatkiši: retko-nikako (0), često (2), svakodnevno-noću (3) (šećer, med, slatko, bombone, čokolade, kolači i dr.)	_____
6. Oralna higijena: redovno održavana (0), povremeno (2), nikako (3)	_____
7. Fluor: u vodi za piće (0), tablete povremeno (1), tablete nikako (2)	_____
8. Porodaj: na vreme (0), prevremen (1), prematuritet (3)	_____

9. Oralno zdravlje majke: b.o (0), sanirana usta (1), nesanirana (2)	_____
10. Oralno zdravlje oca: b.o (0), sanirana usta (1), nesanirana (2)	_____
 <u>B. Rizik kod malog deteta (postnatalni period)</u>	
1. Težina na rođenju: iznad 2.500 gr (0), ispod 2.500 gr (2)	_____
2. Ishrana:	
a. dojenje: od 7-9 meseci (0), od 3-6 meseci (1), manje od 2 meseca (2)	_____
b. broj podoja dnevno: od 4-8 (0), ostalo (1)	_____
c. dohranjivanje: od 5 meseca (0), od 3 mes. (1), od 2 mes. (2)	_____
d. bočica sa cuclom: ne (0), danju (2), danju i noću (3)	_____
e. hranjenje : kašičicom (0), cucla (3)	_____

- f. broj obroka dnevno: manje od 5 (0), više od 6 (1) _____
- g. dužina trajanja obroka: do 20 min. (0), duže (1) _____
- h. vrsta hrane: čvrsta-prirodna (0), kašasta (1) _____
- i. dodavanje šećera hrani/napitcima: ne (0), povremeno (2),
često/svakodnevno (3) _____
- j. umakanje cucle/laže u šećer, med i sl.: ne (0), da (3) _____
- k. slađena voda: ne (0), da (3) _____
3. Oralna higijena: redovno održavana (0), povremeno (2), nikako (3) _____
4. Fluor tablete: od 2. godine/konstantno (0), povremeno (2),
nisu davane (3) _____
5. Preležana opšta oboljenja: ne (0), da (1) _____
6. Dijareje: ne (0), retko (1), česte/dugotrajne (2) _____
7. Rahitis: ne (0), da (1) _____
8. Upotreba medicinskih sirupa: ne (0), retko (1), više od 5 puta godišnje (2) _____

EVALUACIJA RIZIK ZA NASTANAK KARIJESA

A. RIZIK U TRUDNOĆI	B. RIZIK KOD MALOG DETETA	C. UKUPAN RIZIK
(max. 27 poena)	(max. 36 poena)	(max. 63 poena)
0-9 poena - nizak rizik	0-12 poena - nizak rizik	0-21 poena - nizak rizik
10-18 poena - srednji rizik	13-24 poena - srednji rizik	22-42 poena - srednji rizik
19-27 poena - visok rizik	25-36 poena - visok rizik	43-63 poena - visok rizik

Analizom podataka u trudnoći određuje se stepen rizika za nastanak karijesa numeričkim vrednovanjem odgovora od 0-9 poena (**nizak**), od 10-18 (**srednji**) i od 19-27 (**visok**) rizik, a za malo dete stepen rizika za pojavu karijesa se definiše kao **nizak** (0-12), **srednji** (13-24) i **visok** rizik (25-36 poena).

Sabiranjem ostvarenih poena u prenatalnom i posnatalnom periodu dobija se **UKUPAN RIZIK** i to ukoliko je od maksimalnih **63 poena**, ostvareno ukupno od 0-21 poena što predstavlja **nizak**, od 22-42 **srednji** i od 43-63 poena **visok rizik** za pojavu karijes u testiranom periodu.

Literatura:

1. Vulović M., Ivanović M., Carević M.: Dostignuća u stomatološkoj dijagnostici i terapiji. SGS, Vol. 40, Suppl. 1, 1993.
2. Carević M., Vulović M.: Dijagnostika rizika za pojavu karijesa. SGS, Vol. 39, Suppl. 2, S 47-70, 1992.
3. Klock B. & Krasse B.: A comparasion between differen methods for prediction of caries activity. Scand. J. Dent. Res. 87: 129-139, 1979
4. Larmas M., Oulu, Finland: Simple tests for caries susceptibility. International Dental Journal 35, 109-117, Printed in Great Britan, 1985
5. Vulović M., Ivanović M., Carevic M.: Dijagnostika rizika za pojavu oralnih oboljenja. SGS, Suppl.1., Vol.40:28-40, 1993
6. Tušek I., Tušek J., Carević M.: Karijes ranog detinjstva – faktori rizika. SGS: Vol. 56, Suppl. 1:71, 2009
7. Axelsson P.: Diagnosis and risk prediction of Dental Caries, Quintessence publishing, UK, Catalogue,2007

8. *Batchelor P, Sceiham A. The imitations of a „high-risk“ approach for the prevention of dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 302-312.*
9. *Hausen H, Kärkkäinen S, Seppä L. Application of the high-risk strategy to control dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 26-34.*
10. *National Institute of Health: The diagnosis and management of dental caries throught life. National Institutes of Health Consensus Development Conference, Washington March 26 th, 28 th 2001. J Dent Educ 2001; 65: 1162-1168.*
11. *Vulović M., Ivanović M., Carević M. Dijagnostika rizika za pojavu oralnih oboljenja. SGS, Suppl.1, Vol.40:38-40, 1993*
12. *Vulović M., Carević M. Health behavior as a risk factor for dental caries among infants. International Dental Journal, Vol.48, No 5:433, October 1998.*
13. *Klock B. & Krasse B.: A comparasion between differen methods for prediction of caries activity. Scand. J. Dent. Res. 87: 129-139, 1979*
14. *Vulović M. i sar. Preventivna stomatologija. Draslar. Beograd. 2005.*
15. *Murray J.J. Prevention of oral disease. Oxford University Press, Oxford, 1996*
16. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. Glasnik RS 107/05*
17. *Anderson M. Risk assessment and epidemiology of dental caries: reviev of the literature, Pediatr. Dent 2002; 24: 377-385.*
18. *Anusavice KJ. Present and future approaches for the control of caries. J Dent Educ 2005; 69:538-554*

ZBORNİK
referata i radova
XXXII SIMPOZIJUMA
ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U
STOMATOLOGIJI

Jagodina, 24. juni 2016. godine

„Zdravstveno vaspitni rad u stomatološkoj praksi“,
Jagodina, 24. juni 2016. godine

NAUČNI ODBOR:

Predsjednik: **prof.dr Momir Carević**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **prof.dr Mirjana Ivanović**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Zoran R. Vuličević
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Dejan Marković
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Predrag Nikolić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Vanja Petrović,
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Jelena Mandić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Ivan Tušek
Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsjednik: **dr spec. Marko Jeremić**
Dom zdravlja Jagodina

Sekretar: **prim.dr Slađana Purić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **dr spec. Mica Stavrić**
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Dušan Petrović
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Nada Marjanović Stefanović
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Boris Milosavljević
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Branislav Krstić
Dom zdravlja Jagodina
mr ph spec. Mirjana Petrović
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Zvonko Milovanović
Dom zdravlja Jagodina
VMT Gordana Pribanović
Dom zdravlja Jagodina
Sonja Jović
Dom zdravlja Jagodina
Nataša Marković
Dom zdravlja Jagodina
Marija Ilić
Dom zdravlja Jagodina
Ljiljana Pavlović
Dom zdravlja Jagodina

Sekretarijat: **drsci.prim.dr Jasmina Tekić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
dr sci.dr Zoran Mandinić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

STOMATOLOŠKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA NA PODRUČJU GRADA JAGODINE

Marko Jeremić, Dušan Petrović

Dom zdravlja Jagodina, Služba za stomatološku zdravstvenu zaštitu

Jagodina je gradsko naselje i najveće mesto u Pomoravskom okrugu. Nalazi se u centralnoj Srbiji, prostire se na površini od 470 km², i ima 53 naseljena mesta. Prema popisu iz 2011., Jagodina je imala 71852 stanovnika, a u samom gradu 37.282 stanovnika.

ZNAČAJNI DATUMI U ISTORIJI JAGODINE

Za 6 vekovagradjeimaotriimena: Jagodna, Jagodina i Svetozarevo. Po arheološkim nalazima na prostoru grada se živelo još u doba neolita, a potom u kontinuitetu tokom bronzanog i gvođenog doba, do antike i dolaska Slovena. **Između VIII i IX veka formirana su prva slovenska naseljena teritorija u Pomoravlju. Veće plemenske zajednice ili župe formirane su u periodu od IX do XI veka. Pod velikim županom Stefanom Nemanjom, 1138. godine priključenisuteritorijisrednjevekovne Srbije oblastiokoreke Belice, župe Belica i Levač, apodređenesuZičkojeparhiji 1219. godine. Župa Belica je po prostoru koji je zauzimala teritorijalno odgovarala sadašnjoj teritoriji grada. Kao župa se navodi početkom XIII veka u poveljama Hilandarua Stefana Nemanje I Stefana Prvovenčanog, kao i u žitiju Sv. Simeona.**

Prvi sačuvani pisani dokument u kome se spominje ime Jagodine-Jagodna (Jagodina po legendama od biljke jagode ili po devojci Jagodi), je razrešnica iz 1399. godine, koju je dvorska kancelarija despota Stefana Lazaravića dala Dubrovčaninu Živulinu Stanišiću kada mu je prestala carinska služba u Srbiji, a 1411. godine je održan državni sabor u Jagodini i tada je izdata hrisovulja manastiru Hilandarua od strane despota Stefana Lazarevića. U Jagodini u srednjem veku je postojao i vladarski dvor koji se nalazio na tzv. Đurđevom brdu, kraj samog naselja. Brdo je dobilo ime po despotu Đurđu Brankoviću, koji je, po predanju, na njemu podigao crkvu. Tragovi srednjovekovne Jagodine nalaženi su duž toka reke Belice, a trg sa prvobitnom crkvom i nekropolom postojao je u današnjem središnjem delu grada.

Padom Smedereva, 1459. godine, Jagodina ulazi u sastav Osmanlijskog carstva. 1660. godine turski putopisac Evlija Čelebija navodi da varoš ima 1500 kuća i da celokupno stanovništvo čine islamizovani hrišćani. Turci tokom 15. i 16. veka na temeljima srušenog srpskog srednjovekovnog seoceta Jagodine, podižu svoju palanku, koju strani putnici u dnevnicima nazivaju Jadunum, Eperis ili Jasince.

Posle prvog austrijsko-turskog rata (1716-1718.), Jagodina je po odredbama Požarevačkog mira iz 1718. ušla u sastav Habzburške monarhije. Prema austrijskom popisu iz 1721. godine, imala je 162 porodice.

Posle novog austrijsko-turskog rata, ponovo došla pod tursku vlast 1739. godine. Po sklapanju mira 1815. godine, Jagodina je do Hatišerifa 1830. godine nahija sa kneževinama Levač i Temnić i sa 140 sela. Posle Hatišerifa 1833. godine postaje sedište Rasinskog serdarstva u koje ulaze Rasina, Temnić, Levač i Belica, sa zgradama Načelstva i Magistrata. 1846. godine otvorena je fabrika stakla „Avramovac“, između Jagodine i sela Belica. Osnivač i vlasnik je bio Avram Petronijević. To je prva fabrika stakla u Srbiji i jedna od prvih fabrika na prostoru tadašnje Srbije. U samoj Jagodini je 1852. osnovana poznata Jagodinska pivara. U Jagodini 1836. ima već 339 raznih zanatlija. Prva železnica u Srbiji je 1884. stigla u Jagodinu.

Jagodina je u XIX veku dala i trojicu srpskih premijera, i to su Avram Petronijević (1791-1852), Stefan Stevča Mihailović (1804-1888) i Milan Piroćanac (1837-1897), ličnosti koje su imale značajnu ulogu u borbi za oslobođenje i formiranje srpske države.

U Jagodini su boravile i poznate ličnosti kao što su Đura Jakšić i Josif Pančić. 1885. godine Branislav Nušić kao regrut boravi u Jagodini gde je dobio ideju za lik Jovanče Micića, praveći ga po ugledu na kafedžiju Jovanču Simića u kafani Dardaneli. Prva osnovna škola u Jagodini otvorena je 1808. godine, prva srednja škola 1851. godine, a 1898. je osnovana Muška učiteljska škola, kao treća po redu u tadašnjoj Srbiji. Osnivač je bio Sreten M. Adžić.(1) Škola je prerasla u današnji Fakultet pedagoških nauka Univerziteta u Kragujevcu, koji je školovao brojne generacije učitelja i vaspitača.

Početak dvadesetog veka Jagodina je dočekala sa brojnim industrijskim preduzećima, zanatskim i trgovinskim radnjama. Posle Drugog svetskog rata nastavlja se dalji razvoj Jagodine u važni privredni i kulturni centar centralne Srbije. Povodom stogodišnjice rođenja Svetozara Markovića, 22. septembra 1946. godine dobija ime Svetozarevo u spomen velikanu koji je u Jagodini sahranjen 1875. godine. Na referendumu 1992. godine vraća joj se staro ime Jagodina. U XXI veku Jagodina postaje moderan turistički, industrijski i administrativni centar Pomoravskog okruga.

ISTORIJAT RAZVOJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U JAGODINI

Izveštaji o školovanim lekarima u Jagodini se javljaju početkom dvadesetih godina XIX veka. Prvi lekar koji je službovao u Jagodini bio je Đorđe Novaković, odnosno Leonid Erlih, pokršteni Jevrejin iz Galicije. Na osnovu jednog pisma Kneza Miloša pretpostavlja se da je Đorđe Novaković boravio i radio u Jagodini do kraja 1829. godine.(2) Dolaskom Kneza Miloša i obnavljanjem srpske države i pored veoma zastupljene narodne medicine, počinje organizovanje zdravstvene zaštite i angažovanje školovanih lekara.(3)

Naredbom Đorđa Protića, ministra Unutrašnjih dela i privremenog načelnika saniteta dr Karla Paceka, a pod pokroviteljstvom Kneza Miloša 1839. godine, počelo je postavljanje okružnih lekara po okruzima po Srbiji. Ukazom Kneza Miloša od 7. avgusta 1839. godine, na predlog načelnika saniteta dr Karla Paceka, dr Karlo Beloni (1812-1877), Slovak po nacionalnosti, sa diplomom Medicinskog fakulteta u Budimpešti, vojni lekar, zvanično je postavljen za jagodinskog fizikusa i to se smatra početkom organizovane zdravstvene zaštite u Pomoravlju. (4) Dr Karlo Beloni je živeo i radio u Jagodini od avgusta 1839. do juna 1841. godine. (5) Prva apoteka Rumljanina Đorđa Krstića je otvorena 1852. godine, a 1867. godine je osnovana prva bolnica. Njen osnivač je bio okružni fizikus dr. Milosav Pavlović, prvi školovani lekar iz pomoravskog kraja, koji je medicinu završio u Istanbulu. (6) Bolnica je otvorena u kući Avrama Petronijevića, a u bolnici se u proseku lečilo leti 10-15, zimi 30-35 bolesnika. (7)

Zdravstvena služba na području grada po završetku Drugog svetskog rata bila je oskudna, slabo organizovana, lose opremljena i siromašna u kadrovima. Prva medicinska ambulanta posle rata, van grada je otvorena u Bagrdanu, a 1953. godine otvorene su ambulante u drugim selima u okolini grada. 1962. godine je počela druga etapa u razvoju zdravstvene zaštite, osnivanjem Medicinskog centra u čiji sastav ulaze skoro sve postojeće zdravstvene ustanove u gradu. (8) Treća faza počinje reformom sistema zdravstvene zaštite, od 1. Januara 2008. godine, Medicinski centar se deli na Dom zdravlja, Opštu bolnicu i Zdravstvenu ustanovu apoteka Jagodina.

RAZVOJ STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U JAGODINI

Stomatologija se u jagodinskom okrugu razvijala sporo, kao i u ostalim delovima Srbije, a zubnolekarska praksa svodila se na ekstrakcije zuba. Takvo stanje se zadržalo u stomatologiji do dvadesetih godina XX veka, kada počinju da se pojavljuju stomatolozi u većim gradovima sa diplomama medicinskih i stomatoloških fakulteta u inostranstvu. Do februara 1947. godine zubna služba u Jagodini je bila u potpunosti u privatnim rukama. Držali su je jedan stomatolog specijalista dr Miloš Putrić, i tri zubara zanatlije. Privatna zubno-lekarska praksa bila je jedna od osnova stomatološke zaštite sve do formalnog ukidanja 8. jula 1959. godine.

Uprvo polovini 1947. godine je formirana Gradska zubna ambulanta. (9) Povereništvo društva zubara za područje Okruga moravskog osnovano je iste godine. Prvi šef zubne ambulante je bio zubar Novica Jevremović, a radili su kao zubari Sima Jevremović i Branislav Ćurković. (10) Prvi školovani viši zubari su bili Jovan i Ksenija Drča, koji su stupili na rad 1952. godine. Oni su počeli kao zubni tehničari, a kasnijim posleratnim dodatnim školavanjem u Beogradu, koje je trajalo 6 meseci, prekvalifikovani su u zubare. Stomatološku zaštitu pružala su 4 zubara, dva zubna tehničara i jedan asistent.

Po podacima iz 1953. godine, Dom narodnog zdravlja, u čijem sastavu su bile ambulante u Svetozarevu, Bresju, Bagrdanu, kao i zubna ambulanta, savetovalište i dečji dispanzer, je izvršio ukupno 46837 lekarskih i stomatoloških intervencija što predstavlja 3% svih stomatoloških usluga u Srbiji. Prema zvaničnoj statistici u 1954. godini sanirano 362000 zuba, izvađeno 655000 i napravljeno 595000 veštačkih zuba (11)

Prvi stomatolog sa diplomom Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu koji je došao u Jagodinu, je bio dr Živko Paunović, koji je 1955. godine počeo da radi u okviru Dečjeg dispanzera. (12) Po izveštaju dr Paunovića, iz 1956. godine, u Školskoj zubnoj ambulanti u Svetozarevu je pregledano 3515 dece, uzrasta 6-18 godina. Od tog broja sa svim zdravim zubima bilo je 17%, sa karijesnim 83%, sa oboljenjima mekih tkiva 18%, dijagnozu ortodontske nepravilnosti imalo je 23%, a sa saniranim zubima je bilo svega 8% pregledane dece. (13) Do ulaska u sastav Medicinskog centra 1962. godine, služba je imala 3 stomatologa, 4 zubara, 8 tehničara, 7 zubnih asistenata i 3 administrativna službenika. Šezdesetih godina se otvaraju stomatološke ambulante u selima Bunar, Bagrdan i Ribare, koje su sa manjim ili dužim prekidima, radile do sredine osamdesetih godina, dok je ambulanta u selu Glogovac radila do kraja devedesetih godina.

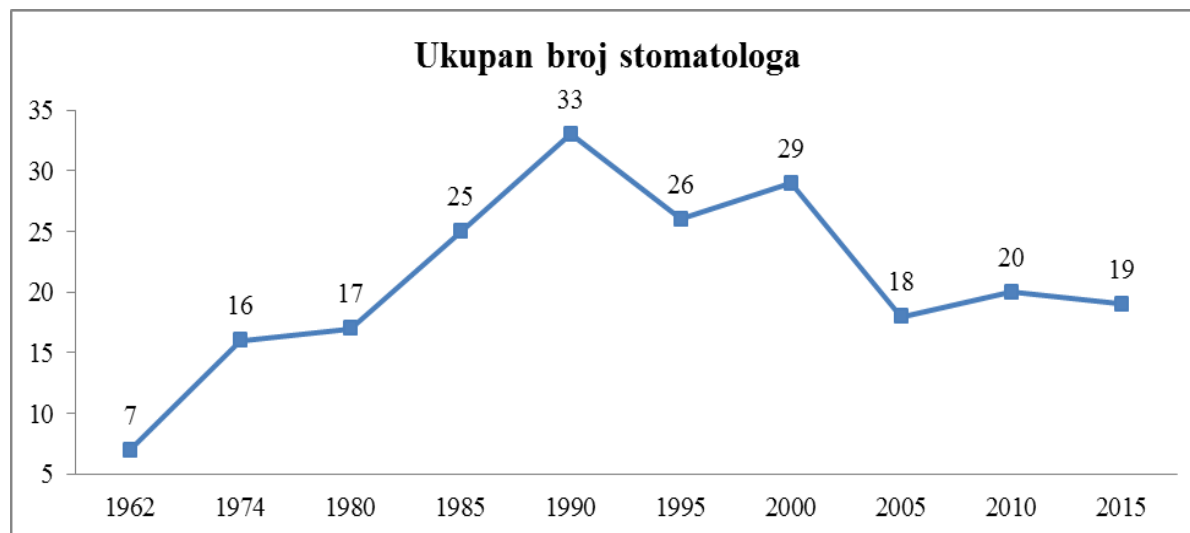
Stomatološka služba u Svetozarevu je 1971. godine dobila svoju zasebnu zgradu. U periodu od narednih 5 godina u službu dolaze i drugi stomatolozi. Prvi specijalista preventivne i dečje stomatologije je bila dr Milena Trujić Ilić, a prvi specijalista za ortopediju vilica dr Ljiljana Đorđević. Po podacima iz 1974. godine, u Zubnoj ambulanti Svetozarevo je radilo 10 stomatologa, 1 viši zubar, 9 zubnih tehničara i 18 zubnih asistenata, a u zubnoj ambulanti za decu i školsku omladinu 5 stomatologa. Ambulanta u Glogovcu je imala jednog stomatologa i jednog asistenta. (14)

Prikaz broja stomatologa zaposlenih u službi u periodu od 1962. do 2015. godine – tabela 1

Godina	Doktori stomatologije	Specijalisti dečje i preventivne stomatologije	Specijalisti ortopedije vilica	Specijalisti stomatološke protetike	Specijalisti bolesti zuba sa endodoncijom	Specijalisti oralne hirurgije	Specijalisti opšte stomatologije	Specijalisti za bolesti usta i zuba	Viši zubari	Stomatolozi na specijalizaciji	Ukupno
1962	4	/	/	/	/	/	/	/	3	/	7
1974	13	/	/	1	/	1	/	/	1	/	16
1980	10	1	/	1	/	1	/	/	/	4	17
1985	13	2	1	2	/	2	1	1	/	3	25
1990	13	4	2	1	/	2	2	3	/	6	33
1995	6	4	2	3	/	2	1	4	/	4	26
2000	3	5	3	4	3	2	2	2	/	5	29
2005	2	4	1	2	3	4	1	/	/	1	18
2010	6	2	2	3	3	2	/	/	/	2	20
2015	5	3	2	3	3	2	/	/	/	1	19

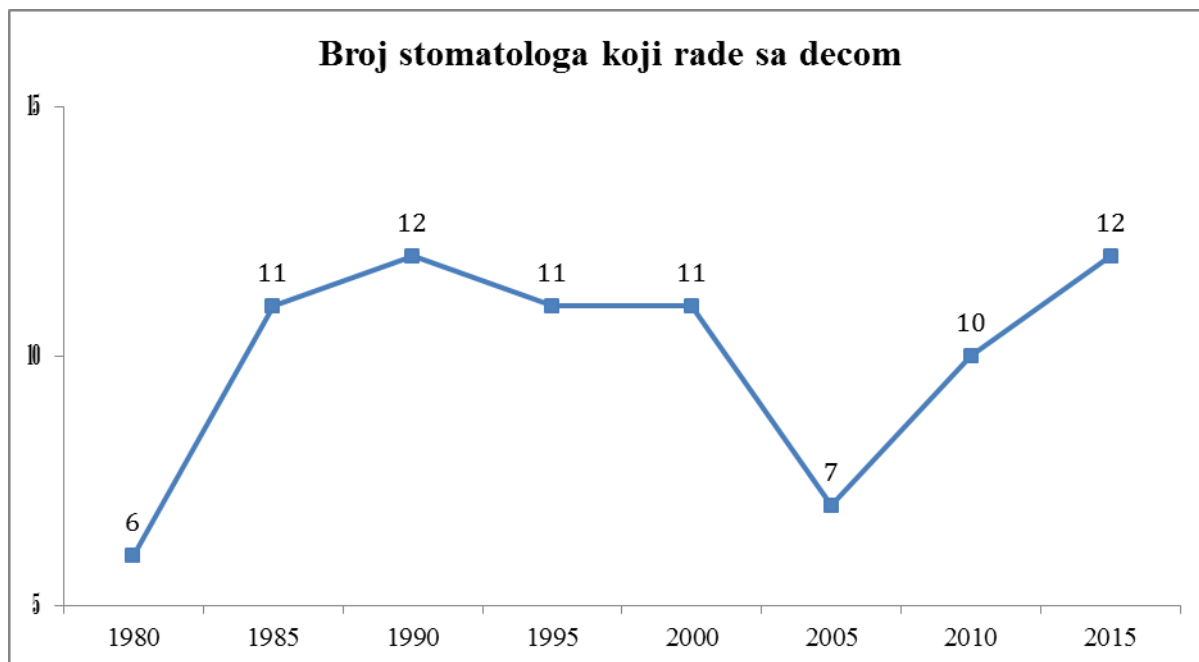
tabela 1

Otvaranjem privatnih ordinacija i prelaskom izvesnog broja stomatologa zaposlenih u Zdravstvenom centru u privatnu praksu, broj zaposlenih u službi postepeno opada. – grafik 2



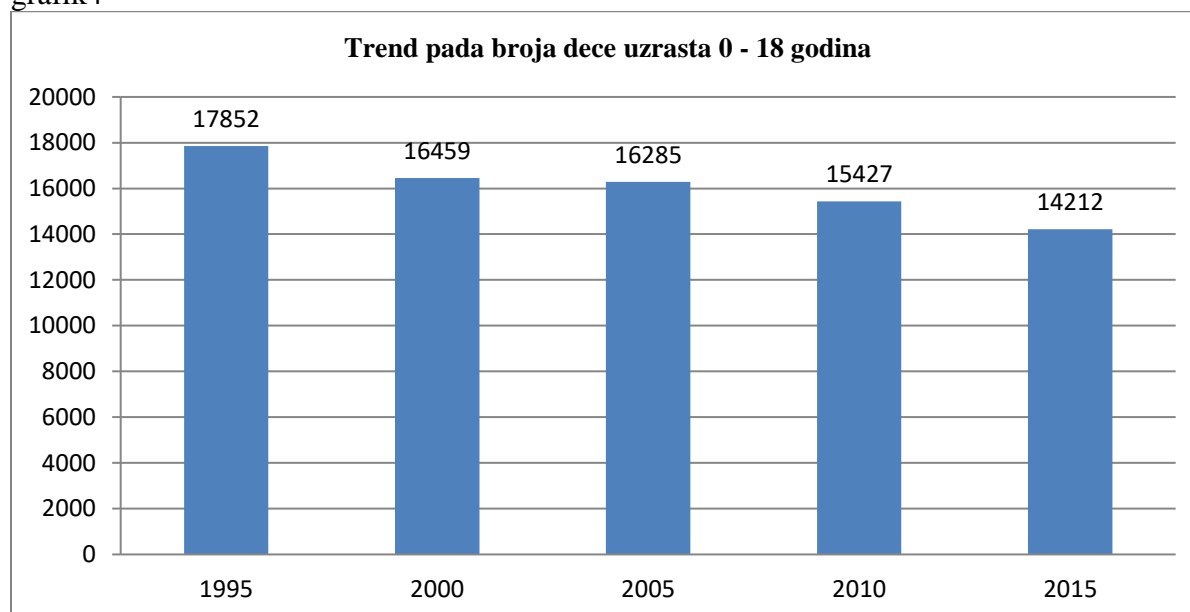
grafik 2

Broj stomatologa angažovanih za rad u dečjoj i preventivnoj stomatologiji se uvek kretao u rasponu od 10 do 12. – grafik 3



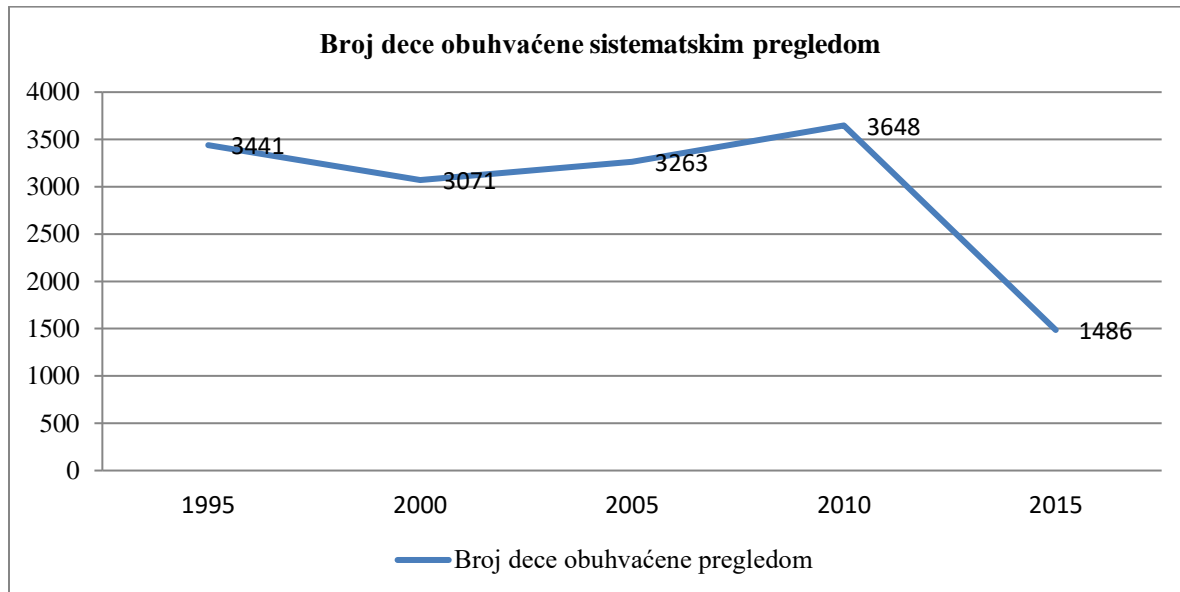
Grafik 3

Prikaz pada ukupnog broja dece, uzrasta 0 do 18 godina, u periodu od poslednjih 20 godina – grafik4



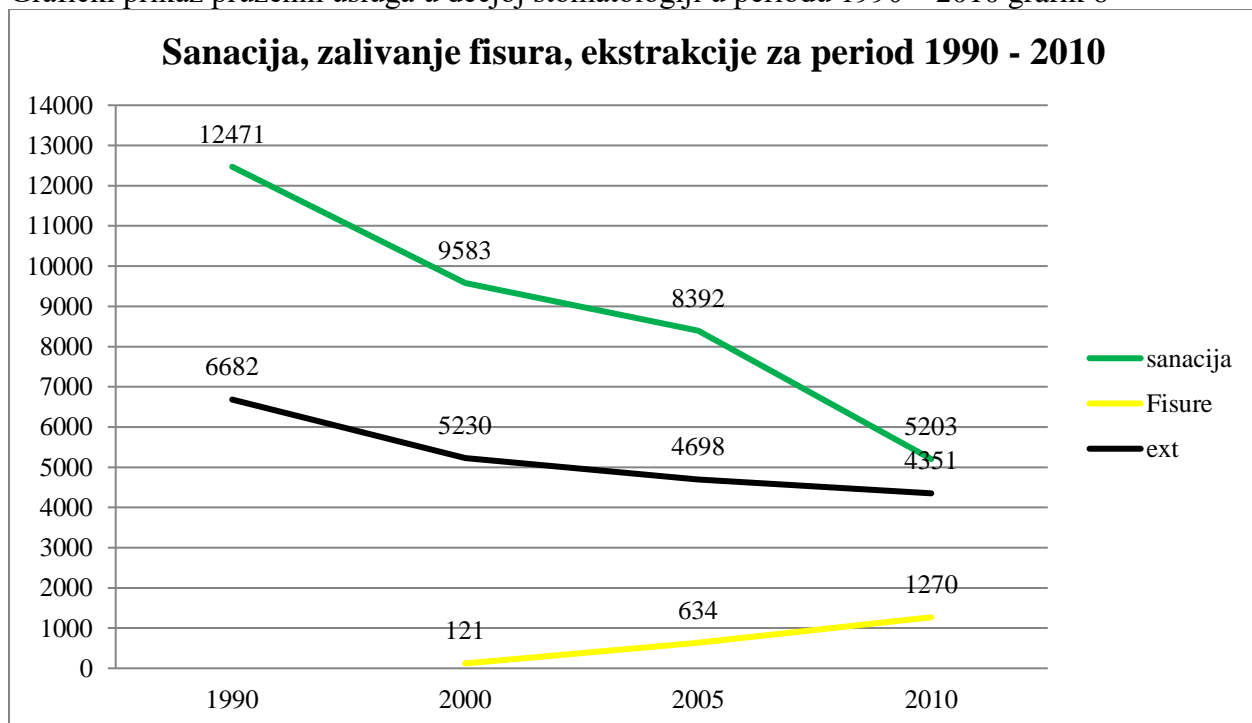
Grafik 4

Broj dece u periodu od 1995 do 2015 obuhvaćene obaveznim sistematskim pregledom – grafik 5



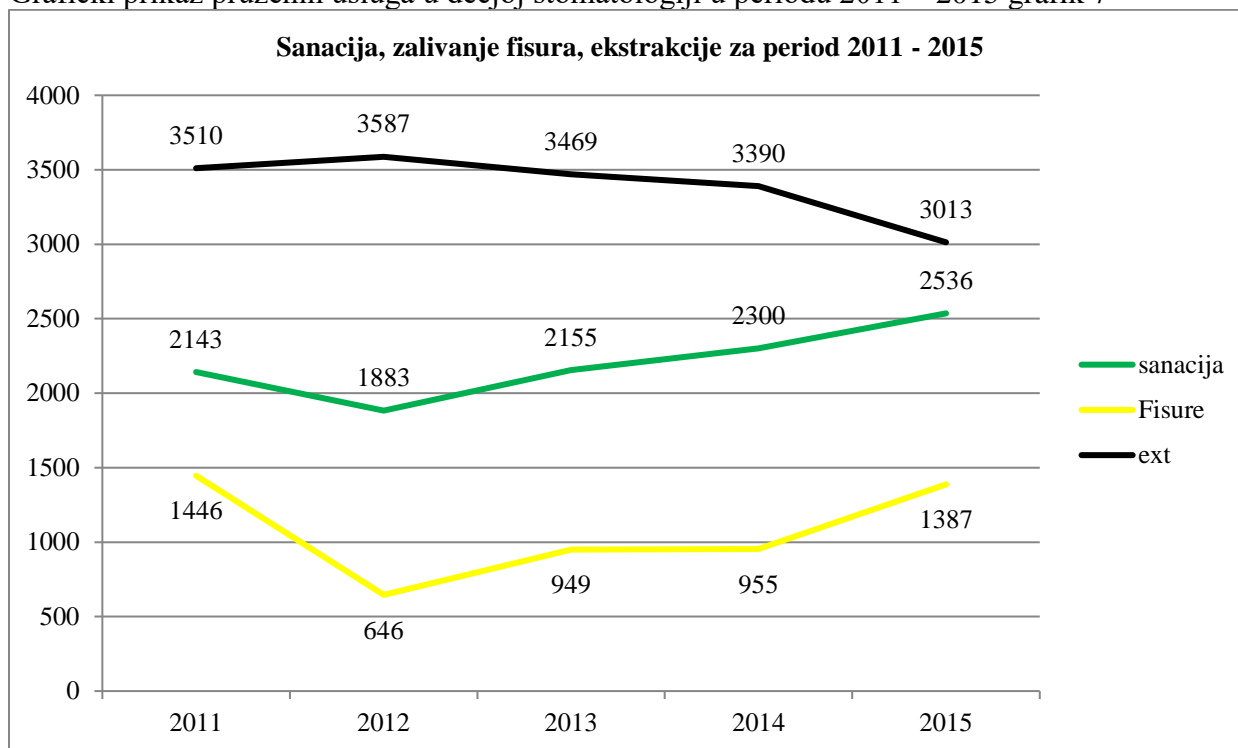
Grafik 5

Grafički prikaz pruženih usluga u dečjoj stomatologiji u periodu 1990 – 2010 grafik 6

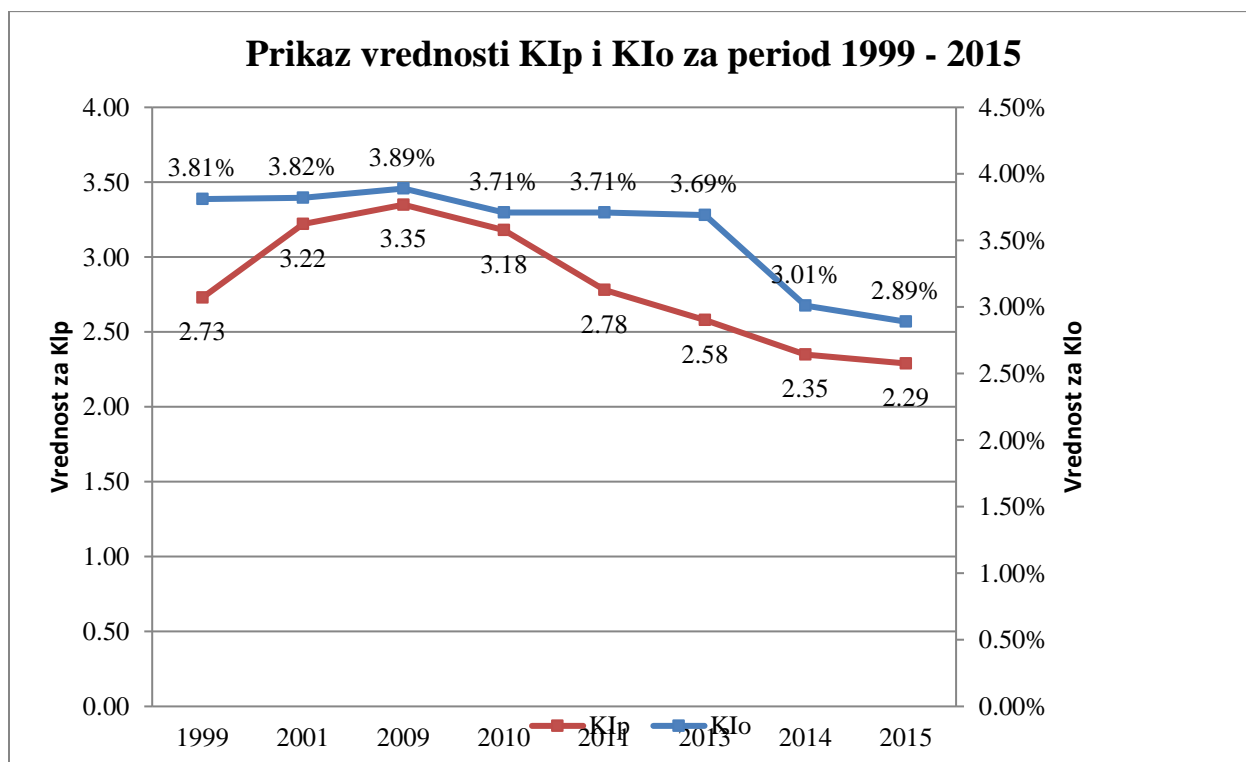


Grafik 6

Grafički prikaz pruženih usluga u dečjoj stomatologiji u periodu 2011 – 2015 grafik 7



Grafik 7



Prva stomatološka ambulanta namenjena za dečju stomatologiju je otvorena 1979. godine u predškolskoj ustanovi Pionir, a u prvoj polovini osamdesetih godina se otvaraju ambulante u

osnovnim školama.

Od 1984. godine, Stomatološka služba se seli u novoizgrađenu zgradu Medicinskog centra Svetozarevo.

Otvaranjem stomatoloških ordinacija u namenskim prostorijama u ustanovi, školama i vrtiću, sa novom i savremenom opremom, stvoreni su optimalni uslovi za sprovođenje i organizovanu primenu savremenih preventivnih i profilaktičkih mera i sredstava kod predškolske i školske dece . Uspornost stomatološke službe prekida se devedesetih godina uvođenjem sankcija i ekonomskom krizom. Nemogućnost nabavke odgovarajućih materijala, odlazak lekara odražava se na rad i organizaciju . Svojim zalaganjem i u u takvim uslovima preostali lekari su održavali funkcionisanje službe.

Početak novog milenijuma, služba se postepeno oporavlja, nabavkom novih stomatoloških mašina i dolaskom mladih lekara. U okviru službe je otvoreno i savetovništvo za trudnice, i posebna pažnja se posvećuje zdravstveno-vaspitanom radu. Uključivanjem stomatologa postižu se odgovarajuće korekcije ponašanja u smislu prihvatanja stavova i navika značajnih kako za trudnicu i za buduće potomstvo.

U centralnoj ambulanti u Domu zdravlja dečja služba zauzima 3 ordinacije. Osim njih, u sastav Doma zdravlja ulazi i 8 stomatoloških ordinacija, i to u predškolskoj ustanovi Pionir i u svim osnovnim školama, kao i u dve srednje škole, a ambulante su poslednjih godina otvorene u selima Ribare i Majur kao i u Kočinom selu. Danas je stomatološka služba, deo Doma zdravlja Jagodina i ima ukupno 47 zaposlenih: 19 stomatologa, 20 stomatoloških sestara, 7 tehničara i 1 administrativni radnik.

Organizovana je kao zasebna služba koju čine: odeljenje preventivne i dečje stomatologije sa ortopedijom vilica, odeljenje oralne hirurgije sa prijemno- trijažnim odeljenjem i operativnim blokom, odeljenje protetike sa zubnom tehnikom, odeljenje za bolesti usta i zuba, rendgen-kabinet.

U okviru „Nedelje zdravlja usta i zuba“ svake godine se u saradnji sa predškolskom ustanovom Pionir, osnovnim školama, Zavodom za javno zdravlje u Čupriji i Institutom za javno zdravlje Srbije „Milan Jovanović Batut“ organizuju priredbe, likovni i literarni konkursi.

Planovi za budućnost uključuju povezivanje novih informacionih sistema koji sadrže stomatološki elektronski karton sa školama, otvaranje novih ordinacija, nabavka digitalnog ortopantomograma, poslovanje po tržišnim principima i konkurentnost..

Jagodina traje, menja se vekovima i čuva u zajedničkom pamćenju svojih stanovnika događaje i ličnosti koje su obeležile vreme u kome su živele, posao kojim su se bavile i ono što su za sobom ostavile. Danas je stomatologija samostalna nauka, a stomatološka zdravstvena zaštita i stanje oralnog zdravlja predstavljaju merilo životnog standarda, kulture, zdravstvene svesti i odnosa prema zdravlju. Kao i drugi gradovi u Srbiji i Jagodina je prešla put od seoskih brica do današnjih savremenih stomatoloških službi i privatnih stomatoloških ordinacija

Literatura:

1. *Peruničić B. Grad Svetozarevo: 1806-1915. Beograd [tj.] Svetozarevo: Skupština opštine Svetozarevo; 1975.*
2. *Marjanović V. Zdravstvena kultura Jagodine u XIX veku: [1852-1972]. Svetozarevo: Medicinski centar; 1972.*
3. *Gavrilović V. Pregled istorije srpske stomatologije. Beograd: Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu; 1988.*
4. *Jovanović D, Tanić D, Dedić D. Rad dr Karla Belonija: prvog fizikusa okruga jagodinskog 1839-1841. sv. 1 ed. Jagodina: Istorijski arhiv; 1995.*
5. *Jovanović D, Tanić D. Od Karla Belonija do Josifa Pančića: 1839-1847: prilozi za istoriju zdravstva u jagodinskom okrugu sv. 2 ed. Jagodina: Istorijski arhiv; 2005.*

6. *Jovanović D, Tanić D. Od Josifa Pančića do Spiridona Jeftimijadesa: prilozi za istoriju zdravstva u jagodinskom okrugu: 1847-1860. sv. 3 ed. Jagodina: Istorijski arhiv; 2009.*
7. *Jeremic M, Vukovic A, Stanojlovic N, Vukovic R, Markovic D. Istorija medicine u Jagodinskom okrugu. Stomatoloski Glasnik Srbije 2015;62(4)doi 10.1515/sdj-2015-0019*
8. *Slavujević Đ, Šaranović R Razvoj zdravstvene službe na pod ručju Svetozareva od oslobođenja do danas Arhiv za istoriju zdravstvene kulture Srbije Beograd 1971, godina I, sveska1 1*
9. *Marinković G. Otpočela s radom okružna zubna ambulanta u Svetozarevu. Novi put. 1947 29. mart;22:4.*
10. *Jeremić M. Svedočenja Branke Ćurković, ćerke Branka Ćurkovića, intervju s autorom.*
11. *Nikolić M. Prvi rezultati rada Doma narodnog zdravlja u Svetozarevu. Novi put. 1953 23. maj;4:5*
12. *Jevtić M. Aktivnosti zubarske sekcije u Svetozarevu. Novi put. 1954;7(44):6.*
13. *Paunović Ž. Značaj preventivne zubne zaštite. Novi put. 1956 1. septembar;35:2.*
14. *Petrović M, Služba socijalne medicine, godišnji statistički podaci, Dom zdravlja Jagodina*

XXVI NEDELJA ZDRAVLJA USTA I ZUBA U SRBIJI

Biljana Kilibarda, Mirjana Tošić, Nadežda Nikolić, Marija Petković

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"

Uprkos napretku u pokazateljima oralnog zdravlja na globalnom nivou, u mnogim zemljama širom sveta i dalje postoje brojni problemi, a posebno među osetljivim grupama stanovništva. Karijes i periodontalne bolesti se smatraju bolestima koje značajno opterećuju oralno zdravlje(1). Prema rezultatima poslednjeg istraživanja koje je sprovedeno na nacionalno reprezentativnom uzorku, samo 8,3% stanovnika Srbije uzrasta 25 godina i više, ima sve svoje zube. Rezultati pokazuju i da manje od polovine (45,6%) stanovništva procenjuje stanje svojih zuba i usne duplje kao dobro. Posebno su ugroženi stanovnici nižeg obrazovnog statusa i lošeg materijalnog stanja koji u značajno većem procentu sopstveno oralno zdravlje procenjuju kao loše i u značajno manjem procentu redovno peru zube(2). Ovi pokazatelji oralnog zdravlja stanovništva Srbije ukazuju na neophodnost znatno intenzivnijeg sprovođenja svih mera koje su u skladu sa dokazima.

Brojne studije su pokazale značajnu ulogu socio-bihevijoralnih faktora i okruženja u kojima ljudi žive u očuvanju oralnog zdravlja. Neke od značajnijih teorija promene ponašanja kao što je teorija socijalnog učenja (4) impliciraju da se promene znanja, stavova i ponašanja mogu postići pristupom koji uključuje interakciju medija, zajednica i pojedinca.

Aktivnosti koje imaju za cilj promenu znanja i stavova stanovništva se u Srbiji sprovode kroz zdravstveno vaspitni rad u predškolskim ustanovama i školama kroz aktivnosti mreže instituta/zavoda za javno zdravlje i njihovih partnera, kao i kroz individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad u domovima zdravlja. Oralno zdravlje je jedna od tema zdravstveno vaspitnog rada, ali strukturirani programi koje je moguće evaluirati se ne sprovode zbog nedostatka sredstava i nedovoljnog broja ljudskih resursa.

U cilju intenziviranja aktivnosti koje imaju za cilj da unapređenjem znanja i stavova utiču i na promenu ponašanja stanovništva, u Srbiji se, od 1991. godine, u trećoj nedelji maja obeležava Nedelje zdravlja usta i zuba. Ciljevi ove kampanje su:

- Ukazati na značaj oralnog zdravlja i na mogućnost da se primenom adekvatnih mera dobro oralno zdravlje može održati tokom čitavog života.
- Uticati na poboljšanje zdravlja usta i zuba dece i na stvaranje navike pravilnog održavanja higijene i primenu mera neophodnih za očuvanje oralnog zdravlja.
- Doprineti da se poveća broj ljudi sa očuvanim oralnim zdravljem.
- Podsticati donosiocima odluka za podršku merama za unapređenje oralnog zdravlja stanovništva.
- Mobilisati sve sektore društva na zajedničke akcije koje imaju za cilj promociju oralnog zdravlja.

U skladu sa postavljenim ciljevima, tokom Nedelje zdravlja usta i zuba intenziviraju se aktivnosti na informisanju stanovništva o značaju oralnog zdravlja i merama prevencije, a posebno o potrebi i mogućnostima da se ličnim i kolektivnim angažovanjem i pozitivnim ponašanjem čuva i unapređuje zdravlje usta i zuba. Kampanja ima za cilj i da se dodatno motivišu pojedinci, porodice, zajednica i donosioci odluka za aktivan odnos prema unapređivanju oralnog zdravlja, obzirom da oboljenja usta i zuba imaju veliki zdravstveni,

socijalni i ekonomski značaj, te predstavljaju javno zdravstveni problem u mnogim zemljama sveta.

Nedelja zdravlja usta i zuba je 2016. godine obeležena od 17. do 23. maja pod sloganom „Osmehni se zdravo”. Kampanju su sprovedeli Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” sa mrežom instituta/zavoda za javno zdravlje i Stomatološkim fakultetom Univerziteta u Beogradu. Nosioi i koordinatori aktivnosti tokom Nedelje zdravlja usta i zuba na nivou okruga su okružni instituti i zavodi za javno zdravlje, a za teritoriju svake opštine službe stomatološke zaštite domova zdravlja, uz aktivno učešće privatne stomatološke prakse, lokalne zajednice, privatnog sektora i udruženja građana.

U okviru konkursa za izbor likovnih i literarnih radova za decu predškolskih ustanova i učenike osnovnih škola na temu „Osmehni se zdravo“ izabrani su najuspešniji radovi koji su promovisani na svečanostima na okružnom nivou u organizaciji okružnih instituta i zavoda za javno zdravlje i dostavljeni su Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Radovi su dostavljeni iz 20 okruga, 57 predškolskih ustanova i 112 osnovnih škola. Ukupno je primljeno 535 likovna rada i to 223 iz predškolskih ustanova, 204 rada dece I-IV razreda i 108 radova učenika V-VIII razred. Pored likovnih, dostavljeno je i 107 literarnih radova i to 67 radova učenika I-IV razreda i 40 radova učenika V-VIII razreda.

Izveštaj o realizovanim aktivnostima sa okruga stigao je iz 13 okružna instituta i zavoda za javno zdravlje (Novi Sad, Subotica, Zrenjanin, Pančevo, Sremska Mitrovica, Šabac, Kraljevo, Novi Pazar, Požarevac, Kragujevac, Čuprija, Kruševac i Kosovska Mitrovica).

Prema podacima iz ovih izveštaja u okruzima su realizovane sledeće aktivnosti: održano je 590 organizacionih sastanaka, 582 predavanja sa 19839 učesnika, 235 nastupa u medijima (112 nastupa na TV, 75 emisija na radiju i 48 članaka u štampanim medijima), 52 priloga na sajtovima, 50 dodatnih aktivnosti različitih formata, 123 javne manifestacije sa procenjenim brojem od 2662 učesnika, 5 tribina (okruglih stolova), 5 konferencija za sredstva informisanja, 223 zdravstveno vaspitne izložbe. Ukupno je distribuirano 877 postera, 5848 lifleta, 50 priručnika (brošura), i preko 2000 primeraka zdravstveno vaspitnog materijala proizvedenog sredstvima učesnika kampanje na okružnom nivou. Individualnim zdravstveno vaspitnim radom obuhvaćeno je 6592 lica. Grupnim zdravstveno vaspitnim radom kroz 1376 radionica obuhvaćeno je 17463 učesnika.

U obeležavanju Nedelje zdravlja usta i zuba, pored okružnih instituta/zavoda za javno zdravlje, učestvovalo je 345 partnera tj. ustanova kao što su vrtići, osnovne i srednje škole; lokalni mediji; lokalne samouprave; Crveni krst i nevladine organizacije, pojedine Kancelarije za mlade i zdravstvene ustanove i imenovano je 53 najuspešnija partnera.

U poređenju sa aktivnostima sprovedenim 2015. godine, uočava se pad u broju skoro svih aktivnosti, iako se mora imati na umu da su obrađeni izveštaji iz 13 zavoda za javno zdravlje. Padu broja aktivnosti, doprinosi, između sve veće opterećenje zaposlenih, te tako u velikom broju partnerskih institucijama, isti ili manji broj zaposlenih sprovodi veći broj aktivnosti na promociji zdravlja, uključujući i obeležavanje sve većeg broja datuma iz kalendara zdravlja. S druge strane, ohrabruje to da je broj radova koji su prispeli u Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” u okviru likovnog i literarnog konkursa veći u odnosu na prethodnu godinu. Imajući u vidu da se časovi na kojima se sa učenicima pripremaju ovi radovi, koriste i za prenos zdravstveno vaspitnih poruka, potrebno je i dalje podsticati ovakav rad, uz iznalaženje načina za što bolju promociju najboljih dečijih radova.

U cilju većeg obuhvata stanovništva, u narednim godinama, bilo bi korisno, sprovesti i ciljanu medijsku kampanju u okviru Nedelje zdravlja usta i zuba koja bi bila podrška aktivnostima koje

se tradicionalno sprovode, što se pokazalo kao efikasno u pojedinim evaluiranim projektima. (4) U svakom slučaju, je potrebno nastaviti i intenzivirati individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad, koji je svakako efektivn za unapređenje znanja stavova i ponašanja u vezi sa oralnim zdravljem(5).

Literatura

1. WHO. Oral health [cited 2017 5/1272017]. Available from: <http://www.who.int/oral-health/disease-burden/global/en/>.
2. Boričić K, Vasic M, Grozdanov J, Gudelj Rakić J, Živković Šulović M, Jaćović Knežević N, et al. Results of the national health survey of Serbia 2013. Belgrade: Institute of public health of Serbia, 2014 ISBN 978-86-7358-062-3.
3. Bandura A, Walters RH. Social learning theory. 1977.
4. Friel S, Hope A, Kelleher C, Comer S, Sadlier D. Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary school children in Ireland. *Health Promotion International*. 2002;17(2):119-26.
5. Nakre PD, Harikiran AG. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2013;3(2):103-15.

ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD U KLINIČKOJ STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Momir R. Carević

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju

Poznato je da oboljenja usta i zuba ne ugrožavaju život, ali zato imaju značajan uticaj na opšte stanje i kvalitet svakodnevnog života, jer samo zdrava usta i zubi omogućavaju pravilnu ishranu, govor, lep osmeh i komunikaciju. Izostanak jedne od ovih važnih funkcija može da utiče na poremećaj kao oralnog tako i opšteg stanja zdravlja.

Najčešća oboljenja usta i zuba, karijes i parodontopatije, su pored ostalog posledica hroničnih poremećaja ponašanja od značaja za zdravlje, koja predstavljaju kompleksan odraz složenih socijalnih i kulturoloških okolnosti kao i individualnog opredeljenja svakog pojedinca. Iz tih razloga pacijenti treba da se upoznaju sa osnovnim karakteristikama oboljenja usta i zuba, uzrocima koji do njih dovode, novonastalim okolnostima, posledicama do kojih može da dovede dalja progresija ovih oboljenja, kao i merama i sredstvima za unapređenje i dugoročno održavanje postignutog stanja oralnog zdravlja. Shodno tome, zdravstveno vaspitanje, kao složena multidisciplinarna nauka, sa svojim programskim zdravstveno-vaspitnim radom, postala je u svim razvijenim sistemima zdravstvene zaštite u svetu veoma značajna i permanentno prisutna naučna delatnost koja je prvenstveno usmerena na zaštitu i unapređenje zdravlja kako pojedinca tako i celokupnog stanovništva.

Definiše se kao „deo opšte zdravstvene zaštite koje ima za cilj podizanje svesti pojedinca i celokupne populacije o značaju zdravlja, da bi se na osnovu tako stečenog znanja stvorile navike, stavovi i postupci koji u tom vremenu, shodno stepenu saznanja savremene medicinske nauke, najbolje služe očuvanju individualnog i kolektivnog zdravlja“. (Stošić i sar. 1986)

Iz tih razloga zdravstveno vaspitanje je usmereno prvenstveno na najosetljivije populacione grupe stanovništva u kojima izostanak zdravstvenog vaspitanja može uticati na značajno pogoršanje oralnog zdravlja, ali i obrnuto, pravilnim usmeravanjem i sveobuhvatnim pristupom, može značajno i unaprediti oralno zdravlje. Ovo se prvenstveno odnosi na decu i omladinu, populaciju koja tek formira određene obrasce ponašanja, odnosno usvaja određene stavove i navike u vezi sa zdravljem. Prihvatanje novih informacija i saznanja kroz zdravstveno-vaspiti rad predstavlja jaku motivacionu volju za promenu navika, stavova i ponašanja pojedinca prema sopstvenom zdravlju, pogotovu kada su terapeut i pacijent izgradili međusobno poverenje i kada pacijent traži logična objašnjenja za preduzete mere i aktivnosti od svog terapeuta. Stoga strateški ciljevi zdravstvenog vaspitanja u kliničkoj stomatološkoj praksi treba da su usmereni na unapređenje pozitivnih oblika zdravstvenog ponašanja kao neodvojivog dela sveukupnog zdravlja, jer usna duplja nije zdrava ili bolesna - zdravi su ili bolesni samo ljudi. Zbog toga je od posebnog značaja prepoznavanje faktora rizika, odnosno faktora uzročnika za pojavu i razvitak oboljenja usta i zuba.

Međutim, brojna istraživanja u nas su ukazala da se zdravstveno vaspitni rad u svakodnevnoj kliničkoj stomatološkoj praksi sprovodi veoma sporadično tako da skoro uopšte i ne postoji. Umesto toga, još uvek se bavimo isključivo saniranjem posledica oralnih oboljenja, a ne prevencijom ili prvenstveno lečenjem uzroka koji su do njih doveli. Dosadasnja iskustva govore da se terapeuti ustežu da pacijentima ukažu na prisutne loše navike po oralno zdravlje (nepravilna ishrana, odsustvo oralne higijene i td.). Umesto toga skupi stomatoloski materijali se ugrađuju u prljava i neizlečena usta, što značajno umanjuje njihovu trajnost, pa samim tim zdravstveno-ekonomsku i stručnu opravdanost njihove primene.

Identifikacija i uklanjanje faktora rizika, odnosno faktora uzročnika, koji su doveli do poremećaja integriteta oralnih struktura najčešće izostaju, tako da se u većini slučajeva posle dijagnostikovanog stanja odmah prelazi na sanaciju i rehabilitaciju posledica bolesti, što može kompromitovati efikasnost, kvalitet i trajnost primenjenih mera, a samim tim volju i motivisanost pacijenata da prihvate i promene, stavove i navike koje unapređuju njihovo zdravlje.

Narušen estetski izgled ili prisutan bol u većini slučajeva predstavljaju jedinu motivaciju pacijenta za sanaciju tegoba i odlazak kod stomatologa.

Imajući u vidu da se pacijenti najčešće obraćaju stomatologu za pomoć sa već obolelim oralnim strukturama (najčešće karijesom i njegovim komplikacijama) poseban značaja u kliničkoj stomatološkoj praksi ima zdravstveno vaspitni rad, koji ima za cilj izlečenje postojećeg oboljenja, odnosno prvenstveno indentifikaciju i uklanjanje faktora koji su doveli do ove bolesti.

Za razliku od verovanja da se karijes leči plombiranjem zuba, što predstavlja samo sanaciju posledica, eliminacija faktora uzročnika dovodi do zaustavljenja daljeg napredovanja karijesa i ugrožavanja ostalih oralnih struktura za duži vremenski period.

Imajući u vidu da se oralna oboljenja (posebno karijes) zarađuju kod kuće, samim tim se i vrlo jednostavno i leče kod kuće. Zdravstveno vaspitnim radom u stomatološkim ordinacijama vrši se indentifikacija i upoznavanje pacijenta sa najznačajnijim faktorima koji utiču na pojavu oralnih oboljenja i daju instrukcije za njihovo bezuslovno uklanjanje pre početka bilo kakve sanacije posledica, što daje dodatnu sigurnost i opravdanost preporučenih mera, a samim tim kod pacijenta podstiče dodatnu želju i motivisanost za prihvatanje istih.

Iz tih razloga savremeni klinički pristup zbrinjavanja već prisutnog oboljenja (karijesa) podrazumeva prevashodno zdravstveno vaspitni rad sa pacijentima/roditeljima i primenu svih preventivno-profilaktičkih mera i aktivnosti u cilju sprečavanja daljeg širenja, odnosno izlečenja i stavljanja oboljenja pod kontrolu. Dijagnostika i uklanjanje svih faktora koji su doveli do ovog oboljenja je esencijalan postupak pre početka bilo kakvih terapijskih aktivnosti, jer svi restaurativni radovi koji bi se preduzeli u kariogeno-oboleloj oralnoj sredini opstali bi u njoj veoma kratko.

Neophodni podaci za dijagnostiku i indentifikaciju faktora koji su doveli do karijesa mogu se dobiti na osnovu anamnestičkih podataka.

Anamneza

Kod osoba sa prisutnim karijesom treba da se uzme što je moguće detaljnija anamneza kroz razgovor sa pacijentima odnosno roditeljima. Tokom razgovora treba indentifikovati faktore koji imaju direktan ili indirektan uticaj na pojavu ovog oboljenja.

Svi ovi faktori se mogu svrstati u četiri osnovne grupe kao što su :

- a)* Loše navike u ishrani
- b)* Odsustvo oralne higijene
- c)* Odsustvo fluor profilakse
- d)* Ostali faktori

- a)* Loše navike u ishrani

Danas se smatra da je ishrana jedan od najvažnijih faktora u etiopatogenezi kako oralnih tako i mnogih opštih oboljenja. Dosadašnja iskustva, nedvosmisleno ukazuju da je najefikasniji način kontrole oboljenja usta i zuba, a takođe i mnogih drugih, korigovanje loših navika u ishrani.

Na osnovu anketa, intervjuja, dnevnika ishrane itd. u stomatološkoj ordinaciji, mogu se dobiti precizni podaci o lošim navikama u ishrani kao što su:

- frekventno unošenje slatkih proizvoda
- dodatno slađivanje hrane i napitaka

- stvaranje nepotrebne navike na slatku hranu još od najranijeg uzrasta
- neadekvatno sastavljeni i distribuirani svakodnevni obroci
- dugotrajni ili učestali obroci itd.

Analizom upitnika i dobijenih rezultata vrši se procena rizika kao i davanje uputstava za korigovanje loših navika u svakodnevnoj ishrani. Pacijentima treba ukazati da je od posebnog značaja da se stvore navike korišćenja namirnica koje imaju pozitivan, a izbegavati one koje imaju negativan uticaj na zdravlje usta i zuba, jer loše navike u ishrani lako mogu od prijatelja (nekih važnih i neophodnih sastojaka hrane za funkciju organizma kao što su šećeri), preteranim i čestim unošenjem da naprave neprijatelja, koji može ugroziti kako oralno tako i celokupno zdravlje čoveka.

Zbog toga deci i roditeljima u okviru zdravstveno vaspitnog rada u stomatološkoj ordinaciji treba savetovati da se ograniči količina, a naročito učestalost unošenja slatkih proizvoda, i da se sugeriše konzumiranje hrane i pića sa sadržajem šećera samo posle glavnih obroka. Između obroka treba uzimati sveže voće i povrće, mleko i mlečne proizvode, grickalice koje nisu slatke i dr. Ovo je jako važno apostrofirati s obzirom da slatki proizvodi igraju značajnu ulogu u iskazivanju ljubavi, pridobijanju naklonosti, a u velikoj meri podmićivanju i odobrovoljavanju dece i to u njihovom najranijem uzrastu kada se i formiraju loše navike, koje se kasnije tokom života vrlo teško mogu korigovati.

Treba ukazati da se pravilna ishrana sastoji iz pravilno izbalansiranih i pravilno distribuiranih svakodnevnih obroka

b) Odsustvo oralne higijene

Higijena usta i zuba predstavlja još jednu od najznačajnijih mera za očuvanje i unapređenje oralnog zdravlja. Loša oralna higijena predstavlja takođe još jedan od bitnih faktora za nastanak karijesa, jer se često susrećemo sa prisutnim lošim navikama u održavanju oralne higijene kao što su:

- neredovno pranje zuba
- nepravilno pranje zuba
- nedovoljno dugo pranje zuba
- potpuni izostanak pranja zuba

Pravilno i redovno održavanje oralne higijene je od izuzetnog značaja jer se ova dobro formirana i stečena navika zadržava po pravilu tokom celog života. Od posebnog značaja je da se jasno i razumljivim jezikom za pacijenta objasni cilj pranja zuba tako što se zubi peru kako bi se sa njih uklonili ostaci hrane, jer u protivnom, bakterije koje su normalno prisutne u usnoj duplji te ostatke razgrađuju do jakih kiselina koje prave „rupe“ na zubima, a nekoliko puta su te kiseline jače ukoliko su ti ostaci hrane slatki, odnosno sadrže šećera u sebi. Ovim se ukazuje na jasnu razliku između pranih i opranih zuba, što predstavlja čestu polemiku i nerazumevanje između lekara i pacijenata. Pored jasnog obrazloženja cilja, ova obuka po principu individualnog zdravstveno-vaspitnog rada treba decu i roditelje da obučiti kako se ovaj cilj i postigne, što podrazumeva i davanje saveta o pravilnoj tehnici održavanja oralne higijene, izboru i upotrebi odgovarajućih sredstava, kao i uključivanju i motivisanu samog deteta za održavanje sopstvene oralne higijene.

Uputstva o održavanju redovne i pravilne oralne higijene treba takođe da se obezbede i pokažu na modelima kao i na samim pacijentima u stomatološkim ordinacijama kroz individualne zdravstveno-vaspitne programe za unapređenje oralnog zdravlja. Individualna obuka zahteva intenzivno zalaganje pacijenata i roditelja, ali je vrlo važna jer angažuje i motiviše decu da i ona sama brinu o sopstvenim zubima.

c) Odsustvo fluor profilakse

Nakon što je utvrđeno da je fluor element koji je najefikasniji u sprečavanju karijesa zuba, a koji unet u optimalnim dozama nije štetan po opšte zdravlje, njegova primena u razvijenim zemljama sveta dovela je do značajne redukcije karijesa. Jednim delom iz potpune neobaveštenosti o efikasnom dejstvu fluora, a drugim delom što još uvek vlada konfuzija u nas oko njegove toksičnosti, česta je pojava da je fluor profilaksa kod nas sporadična ili potpuno odsutna sa retkim primerima adekvatne i redovne primene fluoroda u prevenciji karijesa. Primena fluorida ima posebno značajnu ulogu u prevenciji karijesa kod dece visokog rizika. Ona se mora usaglasiti i primenjivati na osnovu Protokola za primenu fluorida u Republici Srbiji iz 2009 godine. Ovim protokolom se daju osnovne smernice i preporuke deci i roditeljima za primenu fluorida koja se zasniva na individualnim potrebama pojedinaca u zavisnosti od stepena rizika za pojavu karijesa.

d) Ostali faktori

Pored ova tri osnovna uzročna faktora za pojavu oralnih oboljenja, treba ukazati da postoje takođe i neki drugi manje prisutni faktori, koji posredno ili neposredno mogu da dovedu do nastanka oboljenja usta i zuba.

Iz tih razloga kod uzimanja anamnestičkih podataka treba posebno ukazati i obratiti pažnju na podatke o:

- Prisutnim ili preležanim opštim oboljenimja, koja mogu imati direktan ili indirektan uticaj na oralne bolesti.
- Čestoj upotrebi slatkih medicinskih sirupa, koji u sebi pored aromatičnih materija sadrže i saharozu koja služi kao korigens neprijatnog ukusa lekovite komponente sirupa.
- Socijalno ekonomskom statusu za koji se u poslednje vreme smatra kao izuzetno važanim faktorom za pojavu oralnih oboljenja. Mnogobrojna istraživanja su ukazala da je karijes oboljenje karakteristično za niže socijalno ekonomske populacione grupacije zbog smanjenog interesovanja za održavanje oralne higijene, uzimanja jeftinije (kariogene) hrane i većeg izlaganja stresu koji utiče na lučenje pljuvačke i kapacitet odbrambenog sistema organizma, što sve zajedno olakšava pojavu karijesa.
- Prisustvu (odsustvu) oralne zdravstvene kulture s obzirom da se oralno zdravlje ne shvata kao neraskidivi deo opšteg zdravlja čoveka i stoga mu se ne pridaje važnost koju ima. Često se ne prepoznaje povezanost karijesa zuba sa nastankom nekih sistemskih oboljenja, otežanim govorom i narušenim izgledom, što može da dovede i do težih sistemskih i psihičkih poremećaja kod pacijenata sa obolelim zubima.

e) Profilaktičke mere

Izuzetno važan deo zdravstveno vaspitnog rada u kliničkoj stomatološkoj praksi predstavlja i primena profilaktičkih mera u prevenciju nastanka i sprečavanja daljeg napredovanja (širenja) oralnih oboljenja.

Pored preporučenih preventivnih mera koje se sprovode kod kuće, neophodno je ukazati na značaj primene i profilaktičkih mera koje treba sprovesti u ordinaciji, koje će takođe neutralisati dejstvo faktora za nastanak oralnih oboljenja ili sprečiti njegovu dalju progresiju za duži vremenski period kao što su:

1. Profesionalno uklanjanje mekih i čvrstih naslaga
2. Hemioprofilaksa
3. Lokalna aplikacija fluorida
4. Zalivanje fisura.

1. Profesionalno uklanjanje mekih i čvrstih naslaga je laka i jednostavna intervencija, koja se sprovodi isključivo u stomatološkim orsinacijama od strane profesionalnog lica, 2-4 puta godišnje. Od velike je važnosti za motivaciju pacijenata jer nakon mehaničkog uklanjanja plaka i kamenca zubi ostaju čisti i glatki što pacijentima stvara bolje i lakše uslove za održavanja oralne higijene.

2. Hemioprofilaksa - Primena različitih antimikrobnih jedinjenja dovode do redukcije broja bakterija u i usnoj duplji i plakama. Najznačajnije hemioprofilaktično sredstvo je hlorheksidin glukonat koji se najčešće koristi u obliku 0,12% rastvora za ispiranje usta ili 0,8% hlorheksidina u obliku želea.

3. Lokalna aplikacija fluorida - Od posebne važnosti za individualnu prevenciju karijesa u dece sa povećanim rizikom je lokalna primena fluorida koja može da bude u vidu rastvora, želea, lakova itd., i to u obliku visoko koncentrovanih, srednje koncentrovanih i niskokcentrovanih jedinjenja fluora.

4. Zalivanje fisura - Zalivanje fisura je jedna od kliničkih procedura individualne zaštite zdravih površina zuba od pojave karijesa. S obzirom da je neinvazivna, bezbolna, metodološki jednostavna, ekonomična i bezbedna profilaktička metoda, dobro je prihvaćena od strane dece najmlađeg uzrasta. Kod pacijenata povećanog rizika za pojavu karijesa, preporučuje se zalivanje jamica i fisura na svim zdravim mlečnim i stalnim zubima i to odmah nakon njihovog potpunog nicanja.

f) Redovni kontrolni pregledi

U okviru zdravstveno vaspitnog programa za prevenciju pojave i lečenje oralnih bolesti preporučuju se i redovni kontrolni pregledi dva do četiri puta godišnje u zavisnosti od prisutnog rizika. Ovim pregledima se procenjuju efekti zdravstveno vaspitnog rada i primenjenih preventivno-profilaktičkih mera u cilju daljeg održavanja postignutog stanja oralnog zdravlja, odnosno sprečavanja pojave i daljeg širenja oralnih bolesti. Oni su od izuzetnog značaja takođe za proveru stanja oralnog zdravlja s obzirom da pacijenti mogu vrlo brzo da izgube postignutu motivisanost za brigu o sopstvenom zdravlju. Tokom ovih pregleda utvrđuje se stepen pridržavanja preporučenih preventivnih i profilaktičkih mera, kao i stanje oralnih struktura. Iz tih razloga ovi pregledi se mogu iskoristiti i za remotivaciju pacijenata kroz ponovnu obuku ili dodatnu instrukciju kako da uz primenu odgovarajućih mera i aktivnosti postignu optimalni efekat u održanju sopstvenog oralnog zdravlja. Pacijente sa visokim standardom održavanja postojećeg stanja to će ohrabriti da istraju i očuvaju uspostavljeni stepen zdravlja usta i zuba. One druge, kod kojih je iz bilo kog razloga došlo do pada nivoa, ovaj poastupak će upozoriti na posledice i istovremeno stimulisati na dodatne napore u cilju postizanja zadovoljavajućeg stanja. Treba imati na umu da se kontrolnim pregledima uspostavlja prisniji odnos i izgrađuje veće poverenje pacijenata i roditelja sa celokupnim stomatološkim timom.

Preporučene mere u okviru zdravstveno vaspitnog rada u kliničkoj stomatološkoj praksi pre svega treba da imaju jasnu i nedvosmislenu poruku, da budu efikasne, zasnovane na naučnim činjenicama i proverenim iskustvima, ubedljive i ohrabrujuće, jednostavne za primenu, lako dostupne i ekonomski pristupačne svima, kako bi njihova primena motivisala pacijente i omogućila stvaranje uslova za unapređenje sopstvenog oralnog zdravlja za duži vremenski period.

Literatura:

1. Anderson H.M., at all. *Professional prevention in dentistry*. William&Wilkins. London, 1994

2. Anderson M.H., Bratthall D., Einwag J., Elderton R.J., Ernst C.P., Levin R.P., Tynelius-Bratthall G., Willershausen-Zonnchen B.: *Professional Prevention in Dentistry. Advances in Dentistry 1.* Williams & Wilkins. Baltimore, Philadelphia, Hong Kong, London, Munich, Sydney, Tokyo, 1994
3. Vulović M., Đukanović D., Popović V., Grujičić S., Janjanin M., Popović R., Stojanović T.: *Individualni zdravstveno-vaspitni rad u stomatologiji. Stomatološki Glasnik Srbije, Vol. 39, Suppl. 2, S 1-9, 1992*
4. Vulović M., Carević M., Korać V.: *Osnovi za planiranje primarne stomatološke zaštite. Stomatološki Glasnik Srbije: Vol. 53, Suppl. 1: 23-27, 2006.*
5. Vulović M. i sar.: *Program preventivne stomatološke zaštite stanovništva Srbije. Udžbenik za posle diplomanske studije. Univerzitet u Beogradu, Stomatološki fakultet. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1996.*
6. Vulović M., Carević M., Korać V.: *Osnovi za planiranje primarne stomatološke zaštite. Stomatološki Glasnik Srbije: Vol. 53, Suppl. 1: 23-27, 2006.*
7. Carević M, Mandinić Z.: *Mogućnosti prevencije karijesa na početku XXI veka. Acta Stomatologica Naissi 2012; Vol.28: 8-13.*
8. Vulović M. i sar. *Preventivna stomatologija. Draslar. Beograd. 2005.*
9. Carević M. *Mesto stomatologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srbiji. Stomatološki Glasnik Srbije: Vol. 53, Suppl. 1: 11-12, 2006.*
10. Carević M., Vulović M., Šindolić M.: *Integrated approach in combating early childhood caries. Balk J Stom. 2009;13:15-20.*
11. Sheiham A., Bonecker M., et all. *Promoting children's oral health - Theory&Practice. Quintessence Editora Ltda. London 2006.*
12. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. *A systematic review of selected caries prevention and management methods. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 399-411.*
13. *Department of Health: Modernising NHS dentistry-implementing the NHS plan, Department of Health, London, 2000.*
14. Kidd E, Joyston-Bechal S.: *Essentials of Dental Caries (2nd ed.), Oxford University Press, Oxford, 2000*
15. Carević M., Vulović M.: *Predlog programa stomatološke zaštite dece, omladine do 18 godina i trudnica. Stomatološki Glasnik Srbije: Vol. 56, Suppl. 1: 6-10, 2009*
16. Fejerskov O. *Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. Caries Res 2004; 38:182-191*
17. Köning KG. *Clinical manifestations and treatment of caries from 1953 to global changes in the 20th century. Caries Res 2004; 38: 168-172.*
18. Marthaler TM. *Changes in dental caries 1953-2003. Caries Res 2004; 38: 173-81.*
19. Stošić i sar. *Dečja i preventivna stomatologija. Treće izdanje. Udžbenik za osnovne studije. Dečje Novine, Gornji Milanovac 1991.*

ZNAČAJ MOTIVACIJE U ZDRAVSTVENO-VASPITNOM RADU

Mirjana Ivanović

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju

Uvod: Motivacija u zdravstveno-vaspitnom radu je pokretačka snaga koja pomaže da se stečene informacije pretvore u aktivno znanje kojim se menjaju navike i ponašanje u skladu sa principima preporučenog, zdravog načina života. Naziv potiče od latinske reči *motivum* što znači podstrek ili povod. Motiv je unutrašnji faktor koji podstiče, usmerava i integriše ponašanje jedne osobe za ostvarenje određenog cilja (1). Po Rotovoj definiciji (1990.) motivi su oni unutrašnji činioci koji pokreću na aktivnost, koji je usmeravaju i njome upravljaju radi ostvarivanja određenih ciljeva(2). U naukama koje izučavaju ljudsko ponašanje, motivacija je jedno od najvažnijih pitanja jer ovim pitanjem pokušava se da se sazna zašto ljudi u određenoj situaciji čine upravo ono što čine, a ne nešto drugo (3). Pod motivacijom podrazumevamo sve ono što nas iznutra podstiče na određenu aktivnost, što nas usmerava u toj aktivnosti, što nam omogućava da istrajemo u toj aktivnosti i ostvarivanju određenih ciljeva(3). Motivacija je značajan deo zdravstvenog vaspitanja, posebno u stomatologiji. Neophodna je da se znanja o zdravom načinu života prenesu na željeni oblik ponašanja i promene stavovi i navike a sa ciljem očuvanja oralnog zdravlja. Kada govorimo o prevenciji oboljenja usta i zuba, u budućnosti je neophodno više uključiti nauku o ponašanju i to sa aspekta motivacije i edukacije roditelja i dece sa jedne strane i motivacija i edukacija stomatologa sa druge strane.

Cilj rada je da se steknu saznanja o motivaciji i njenoj ulozi u zdravstvenovaspitnom radu u stomatologiji.

Značaj očuvanja oralnog zdravlja je u činjenici da je ono integralni deo opšteg zdravlja. Takođe sigurne i efikasne preventivne metode omogućavaju poboljšanje oralnog zdravlja za sve (4). Obzirom da oralna oboljenja, još uvek, predstavljaju značajan problem i da je karijes zuba najčešće oboljenje ranog detinjstva, pet puta češće nego astma i sedam puta češće nego visoka temperatura, mora se mnogo više napora uložiti na prevenciju oralnih oboljenja(5). Prema podacima WHO iz 2010 uzroci hroničnih nezaraznih oboljenja su u 20% nasleđe, 20% spoljašnji faktori, 10% zdravstveni sistem i **50% stil života i navike**. Značajan deo zdravstveno-vaspitnog rada je motivacija. Danas je pojam zdravstvenog vaspitanja sužen i predstavlja deo promocije zdravlja. Zdravstveno vaspitanje nije samo prenošenje informacija, već i **podsticanje motivacije**, izgradnja veština neophodnih da bi se preduzele akcije za poboljšanje zdravlja. Zdravstveno vaspitanje uključuje i prenošenje informacija vezanih za determinante zdravlja. Pruža informacije u cilju unapređenja oralnog zdravlja, preveniraju se faktora rizika i motiviše javnost za prihvatanje određenih propisa kao i fikasno i efektivno korišćenje zdravstvenih tehnologija. Cilj zdravstvenog vaspitanja je da u svakom pojedincu razvije odgovornost za sopstveno zdravlje i zdravlje najbližih u okolini.

Ključne komponente procesa zdravstvenog vaspitanja su razvoj, učenje, **motivacija** i navike. Preduslovi za uspešno upostavljanje potreba u vezi sa dobrim oralnim zdravljem i oralnohigijenskim navikama su dobro motivisani, dobro informisani i dobro obučeni pacijenti. Akselson je rangirao važnost pozitivnog iskustva u stomatološkoj nezi(1). To su: redovno održavanje oralnog zdravlja, pozitivni stavovi stomatološkog tima, visok kvalitet stomatološke brige i prevencije i razumne nadoknade (honorari). Najčešća negativna iskustva su bol, negativni stavovi prema stomatološkom timu, nizak nivo kompetencija i odsustvo

preventivnih mera. Motivacija u zdravstvenovaspitnom radu pomaže da se stečene informacije pretvore u aktivno znanje, kojim se menjaju navike i ponašanje u skladu sa principima preporučenog, zdravog načina

života. Motivacija je proces vesnog pokretanja i usmeravanja aktivnosti

čoveka radi postizanja određenog cilja. Svaki proces motivacije počinje sa određenim potrebama i završava se nakon njihovog zadovoljenja. Uloga brige o očuvanju oralnog zdravlja je očuvanje prirodne denticije tokom celog života. Relevantno pitanje je zašto su karijesni zubi i gingivitis prihvatljivi i od strane pacijenata ali i od strane profesije. Intaktni zubi i zdrava gingiva su atraktivni, lep, funkcionalni deo tela i morali bi da budu više cenjeni od strane populacije. S druge strane, karijesni zubi, otekla, crvena gingiva, koja krvari i zadah su manje atraktivni. Pod istim uslovima, pacijenti nikada ne prihvataju destrukcije drugih delova tela, iako mogu biti prekriveni garderobom. Zašto bilo ko prihvata karijesne zube? U motivaciji je veoma značajna promena stavova prema oralnom zdravlju. Dužnost stomatologa je edukacija i motivacija pacijenata, zdravstvenih radnika, članova zajednice, političara o značaju očuvanja oralnog zdravlja kao i opšteg zdravlja, promena stavova i prioriteta uz isticanje da je dobro oralno zdravlje – dobro opšte zdravlje. S druge strane, treba istaći odgovornost pacijenta za dugotrajnu motivaciju za očuvanje oralnog zdravlja i veću odgovornost za sopstveno oralno zdravlje i zdravlje svoje okoline.

Motivi predstavljaju faktore koji podstiču na pokretanje aktivnosti, izazivaju određeno ponašanje, održavaju ga i usmeravaju ka određenom cilju. Motivi mogu biti **prirodni (nagoni)** i **stečeni**. Prirodni se javljaju kada se poremeti ravnoteža između potreba i njihovog zadovoljavanja a stečeni nastaju kroz iskustvo tokom godina. S druge strane, motivi su opisani kao: **biološki** i **socijalni** gde se u okviru socijalnih motiva kao posebna kategorija mogu izdvojiti motivi koji su usmereni na vlastitu ličnost- personalni. Socijalni motivi mogu biti univerzalni, i to su oni koji se sreću u svim društvima, dok su drugi karakteristični samo za određene sredine. Biološki motivi su rezultat reakcije koja nastaje kao posledica poremećaja biološke ravnoteže u organizmu. Manifestuju se kao biološke potrebe i aktiviraju organizam da ih zadovolji (glad, žeđ). Socijalni motivi nastaju kao posledica psihološkog razvoja ličnosti u društvu. Razvijaju se tokom celog života (motiv za uspehom i afirmacijom, estetski motiv, ekonomski status). Situacioni – instiktivni se javljaju u momentima čovekove ugroženosti (strah, borbenost). Prema piramidi potreba po Maslovu u zadovoljavanju motiva je moguće uočiti hijerarhiju. S toga se javlja dominantan motiv od koga čovek ne želi da odustane. Prema Maslovu, najviši motivi upućuju na razvoj a najniži na opstanak(6).

Motivacija, kao složena pojava, zavisi od mnogo različitih faktora. Može se postepeno razvijati i popravljati učenjem. Takođe se razlikuje **pozitivna** i **negativna** motivacija. Pozitivna se primenjuje na principu pohvala i nagrada i treba je primenjivati u radu sa decom. Efikasnost ubeđivanja pacijenta zavisi od autoriteta. Neodmerena primena ovih metoda može da dovede do smanjenja motivacije. Stidljivoj, plašljivoj i uzdržanoj (introvertna) deci više odgovaraju pohvale.

Negativna motivacija se oslanja na prekore i kažnjavanja i daje dobre rezultate ali sa ograničenim, kratkotrajnim efektom. Razlog je to što se određena aktivnost upražnjava samo iz razloga da se izbegne prekor ili da bi se dobio poklon. Nazvana je negativna zbog tog što se određena aktivnosti vrši samo da bi se izbegle negativne posledice (prekor). Kod dece koja su slobodna i otvorena (ekstrovertna) kritika može da deluje pozitivno, pa se ovaj vid motivacije primenjuje kod ovakve dece.

Motivacija takođe može biti i *endogena* i *egzogena*. Endogena se odnosi na osobe koje su obolele, odnosno osoba je ovde motivisana unutrašnjom potrebom povrati zdravlje. Egzogenom motivacijom se spoljašnjim faktorima, na primerima i uzorima, pokreću pojedinci ili grupe da usvoje i primenjuju navike koje se odnose na zdrav način života. Ovde je značajna uloga ključnih ličnosti. Najčešće su to ličnosti iz neposrednog okruženja, visoke reputacije, afirmisanosti, ugleda i popularnosti, ličnosti kojima se veruje, koje se slede, oponašaju u stavovima i postupcima. Neophodno je utvrditi ključnu ličnost u porodici, školi ili radnom mestu. Maloj deci, ključne ličnosti mogu biti junaci iz crtanih filmova.

Motivacija dece je izuzetno teška. Polovina do trećina dece je sposobna da prihvati savete. Značajna je uloga dečjeg stomatologa u motivaciji za očuvanje oralnog zdravlja, da detetu kaže, pokaže i da ga uključi u celokupni proces. Motivacija dece je kontinuirani proces. Uspostavljanje poverenja i veze sa pacijentom u toku mnogobrojnih poseta kao i u nastojanju stomatologa da pronađe motive koji će pozitivno uticati na promenu ponašanja deteta. Ne treba davati veliki broj informacija u jednoj poseti (mogu biti *zanemarene* i *zaboravljene*). Uvek bolje dati jednu ili dve informacije i proveriti dali ih je dete razumelo. Edukativna poruka treba da bude jasna, jednostavna, precizna, kratka i prilagođena uzrastu. plasirana detetu tačno u određenom trenutku. Takođe ne bi trebalo davati poruku kada je dete došlo sa bolom ili dentogenom infekcijom.

Zaključak: Motivisanje dece je uspešnije ukoliko se uključe sva čula. Broj informacija koji se daje deci treba da bude ograničen i u skladu sa njihovim uzrastom i mentalnim razvojem. Na taj način se obezbeđuje da one budu bolje prihvaćene sa razumevanjem i kasnije primenjene a ne zaboravljene. Poruke treba da budu jednostavne, precizne i ništa ne treba ostaviti nagađanju ili stavu da se nešto samo po sebi- podrazumeva. Treba izabrati pravo vreme za edukativne poruke, treba ih ponoviti i proveriti da li se primenjuju. Motivacija nije jednokratna poruka već kontinuirani proces koji se usklađuje sa uzrastom i promenama rizika u odnosu na oralno zdravlje tokom celog života.

Literatura:

1. Carević M., Ivanović M. i saradnici: *Preventivna stomatologija*, Beograd 2016.
2. Rot N. *Opšta psihologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1990. Beograd
3. Gvoić Lj. *Osnovi nauke o ponašanju*, Samostalno autorsko izdanje, Beograd 2007.
4. *Quotes from text of: DHHS. U.S. Public Health Service. (2001, May). Oral Health in America: A Report of the Surgeon General.*
5. *National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2001, Feb). A Plan to Eliminate Craniofacial, Oral, and Dental Health Disparities.*
6. Vojinović J.: *Organizovana prevencija u stomatologiji*, Banja Luka 2012.

FLUORIDI U SVAKODNEVNOJ STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Jelena Mandić

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju

Moderni način terapije karijesa podrazumeva individualnu procenu rizika za nastanak karijesa, razumevanje samog procesa nastanka karijesa tj. procese de i remineralizacije, razumevanje protektivnih ili favorizujućih patoloških faktora koji utiču na zaustavljanje ili aktivaciju karijesa. Na osnovu ovih saznanja, formiraju se kriterijumi za izradu kliničkog protokola za prevenciju i terapiju karijesa i sprovodi primena ciljanih individualnih intenzivnih postupaka neinvazivne terapije tamo gde je to moguće. Deo tih postupaka je i primena fluorida.

Primena fluorida u svakodnevnoj stom praksi, predstavlja jednu od najznačajnijih mera prevencije karijesa i pored pravilnog i redovnog pranja zuba, korekcije loših navika u ishrani i zalivanja fisura, WHO, ADA i EAPD veoma podržavaju svakodnevnu upotrebu fluorida. Sa druge strane fluoridi će i terapijski, tamo gde postoje početne karijesne lezije, izvršiti njihovu remineralizaciju.

Primena fluorida trebalo bi da bude usklađena sa protokolom o njegovoj primeni. Savremeni aspekti mehanizma dejstva fluorida naglašavaju važnost stalno prisutnih niskih koncentracija fluorida u pljuvački koji imaju optimalni efekat, a minimalne neželjene nuspojave. Stomatolozi iz tih razloga promovišu i preporučuju svim pacijentima upotrebu pasta sa fluoridima koja predstavlja osnovnu karijes preventivnu meru. One se preporučuju u zavisnosti od: uzrasta deteta, toga da li se fluorise voda za piće i karijes rizika u koncentracijama od: 500, 1000 i 1450 ppm F. Savetuje se da se posle pranja, jezikom razmaže pasta i pena preko zuba, a višak ispljune bez suvišnog ispiranja. Što se količine paste tiče, deci ispod tri godine se ordinira tanak razmaz veličine zrna pirinča, a deci preko tri godine veličina zrna graška⁸. Ako je karijes rizik povećan, tada dopunski izvori fluorida mogu biti od koristi. Visok karijes rizik se definiše: ako su majka ili dadilja imale aktivni karijes u prethodnih godinu dana, ako dete pije iz flašice često tečnost koja nije voda, ako se unose više od tri užine ili tri napitka sa šećerom, ako pripadaju grupi dece sa posebnim potrebama, ako je redukovana saliva zbog lekova ili medicinskih razloga i ako postoje „bele mrlje“, dekalifikacije, hipoplazije, vidljivi plak, prethodni ispuni, karijes^{1;2}. Tablete sa fluoridima stomatolog preporučuje deci sa visokim rizikom za karijes, samo ako je koncentracija F u vodi za piće manja od 3 mg F/L. Deci uzrasta od 2-6. god od 0,25mg F dnevno, a deci od 7-18 god 0,50mg F^{3;4;5}. Preporuka: posle pranja zuba tabletu lagano izgrickati, a pacijentu savetovati da ne unosi tečnost 30 minuta posle primene tableta. Ako se koriste preparati za lokalno fluorisanje sa izuzetno visokim koncentracijama, tada treba prekinuti tablete⁵. Pacijenti koji žive u mestima gde se voda fluorise ne koriste tablete već samo fluorisanu flaširanu vodu i/ili vodice za ispiranje usta sa fluoridima^{2;4}.

Profesionalno aplikovani fluoridni lakovi 5% NaF (22.500 ppm F) svakih 6 meseci su visoko efikasni tretmani u redukciji karijes prevalence⁶. Kao metoda su pogodni za aplikaciju kod dece jer se lepe i ostaju duži period čak i na nedostupnim karijes rizičnim mestima. U odnosu na druge preparate sa fluorom imaju najdublju penetraciju kroz gleđ zuba, a zbog svoje konzistencije i lepljenja dobro se lokalizuju na površini zuba, tako da je potrebna mnogo manja količina fluorida u odnosu na sistemski unos. Posle sušenja površine zuba aplikuje se sopstvenom četkicom, tako da ne zahteva profesionalnu opremu. Za sada nisu poznate i egzaktno utvrđene doze i frekvencija aplikacije fluorida da bi se zaustavilo formiranje lezije i otpočela remineralizacija. U svetu se najčešće koriste lakovi sa 2,26% fluora (22.600 ppm F), 2 do 4 puta godišnje (jedna seansa 3 puta nedeljno). Savetuje se mekša ishrana, i da to veće posle fluorisanja preskoče pranje zuba da bi produžili kontakt laka sa površinom zuba. Kod rampantnih formi karijesa aplikuju se jednom u tri meseca.

Sa promenom kategorije rizika, menja se i frekvencija preventivnih intervencija. U savremenoj stomatološkoj praksi mogu se primenjivati lokalno i gelovi sa fluorom 1,23% APF(12,300 ppm F), kao i visokokoncentrovani rastvori srebrnog diamino fluorida i kalajnog fluorida, ali sa izuzetnim oprezom i to kod dece starije od 6. godina zbog opasnosti od gutanja preparata^{6,7}.

Za kućnu upotrebu se preporučuju i rastvori za dnevno korišćenje fluorida 0,05%NaF(225ppm F) ili nedeljno korišćenje 0,2%(900 ppm F), samo kod dece starije od 6 god. Ovi rastvori izgrađuju sloj kalcijum fluorida u vidu globula u interfazi između kutikule i gleđi, koji služe kao depoi fluorida koji se oslobađaju kad pH padne ispod 4. Kućna upotreba uveće tokom jedne godine omogućiće: povećanu remineralizaciju i smanjiti demineralizaciju, smanjiće produkciju kiselih metabolita, inhibirati rast streptokokus mutansa i inhibirati rast plaka.

Kod visoko karijes rizične dece se uz primenu fluorida preporučuje i primena mineralnih pasta sa kalcijumom i fosfatom, i ksilitola kao sredstva za redukciju mikrobne flore. Za redukciju mikrobne flore preporučuje se kod dece uzrasta iznad 6 godina tretman rastvorom hlor heksidina 2 do 4 nedelje, a kod manje dece korišćenje hlorheksidin laka. Za kontrolu infekcije koristi se takođe i 10% povidon jodid, lokalno aplikovan svake dve nedelje.

Literatura:

1. Ramos-Gomez F, Crystal Y, Ng MW, Crall J, Freatherstone J. *Pediatric Dental Care: Prevention and Management Protocols Based on Caries Risk Assessment*. CDA Journal 38:746-761, 2010.
2. American Academy of Pediatric Dentistry, *Policy Guidelines on Caries-Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents*. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_CariesRiskAssessment.pdf 2011. Accessed May 2, 2011.
3. American Academy of Pediatric Dentistry, *Policy on Fluoride Therapy*. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_FluorideTherapy.pdf Accessed May 2, 2011.
4. American Academy of Pediatric Dentistry, *Policy on Use of Fluoride*. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_FluorideUse.pdf. Accessed May 2, 2011.
5. Rozier G, Adair S, Graham F, Iafolla, T, et al. *Evidence-Based Clinical Recommendations on the Prescription of Dietary Fluoride Supplements for Caries Prevention*. JADA 141(12): 1480-1489, 2010.
6. Arruda AO, Senthamarai Kannan R, Inglehart MR, Rezende CT, Sohn W. *Effect of 5% fluoride varnish application on caries among school children in rural Brazil: A randomized controlled trial*. Community Dent Oral Epidemiol 2012;40(3):267-76.
7. Marinho VC, Higgin JP, Logan, S, Sheiham A. *Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children*. J Dent Ed 2003;67(4):448-58.
8. American Dental Association Council on Scientific Affairs. *Fluoride toothpaste use for young children*. J Am Dent Assoc 2014;145(2):190-1.
9. American Academy of Pediatric Dentistry. *Policy on use of xylitol in caries prevention*. Pediatr Dent 2010; 32 (special issue):36-8.
10. Rosenblatt A, Stamford TCM, Niederman R. *Silver diamine fluoride: A caries "silver-fluoride bullet"*. J Dent Res 2009;88(2):116-25.
11. Mandić J., Ivanović M., Mandinić Z., Beloica M. *Fluoridi i oralno zdravlje*. U Preventivna stomatologija, Beograd 2016.

PRIMENA PROFILAKTIČKIH MERA U OČUVANJU ORALNOG ZDRAVLJA

Zoran Mandinić, Momir Carević

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju

Mikroorganizmi dentalnog plaka su primarni etiološki faktor u nastanku karijesa i oboljenja parodontalnih tkiva. Iako je najjednostavniji način uklanjanja dentalnog plaka moguće uspešno sprovesti u kućnim uslovima pravilnom i redovnom upotrebom osnovnih i pomoćnih sredstava za održavanje oralne higijene, mnogi pacijenti nisu dodatno motivisani u održavanju oralne higijene.

Ipak, i kad je higijena usne duplje zadovoljavajuća, postoji potreba za profesionalnim uklanjanjem naslaga kod pacijenata sa prisutnim zubnim kamencom i izraženim pigmentacijama na površinama zuba. Ove pigmentacije mogu da budu posledica prisustva hromatogenih bakterija ili vode poreklo iz hrane i pića i teško se mogu odstraniti četkicom, a predstavljaju ne samo estetski nedostatak, već i bitan uzročni faktor u nastanku oralnih oboljenja. Kliničke studije ukazuju da je samo-propisana plak kontrola, bez periodične profesionalne pomoći, nedovoljna u prevenciji nastanka gingivitisa.

Profesionalno uklanjanje naslaga podrazumeva uklanjanje mekih i čvrstih naslaga sa zuba od strane stomatologa ili oralnog higijeničara u stomatološkoj ordinaciji u cilju prevencije nastanka karijesa i oboljenja parodonticijuma.

Indikacije za profesionalno uklanjanje naslaga uključuju:

1. uklanjanje dentalnog plaka, pigmentacija i zubnog kamenca;
2. eliminaciju predisponirajućih faktora koji pogoduju nastanku i retenciji dentalnog plaka (npr. uklanjanje uzroka impakcije hrane, jatrogenih faktora);
3. demonstraciju adekvatnih tehnika u održavanju oralne higijene i
4. omogućavanje detaljnog kliničkog pregleda.

Vrste i učestalost metoda profesionalnog uklanjanja naslaga zavise od individualnog rizika pacijenta za nastanak karijesa i parodontalnih oboljenja.

Profesionalno uklanjanje mekih naslaga

Uklanjanje dentalnog plaka u stomatološkoj ordinaciji vrši se odgovarajućim četkicama ili gumicama montiranim u nasadni instrument uz dodatak profilaktičke paste za uklanjanje mekih naslaga. Četkice mogu biti kupaste i namenjene su za uklanjanje dentalnog plaka sa širokih ravnih površina zuba (vestibularne i oralne) ili točkaste pomoću kojih se dentalni plak uklanja sa aproksimalnih površina zuba i oralnih površina prednjih zuba.

Četkice za uklanjanje dentalnog plaka su izrađene od sintetičkih vlakana sa oštrim krajevima zbog čega postoji mogućnost nastanka mehaničkog oštećenja mekih oralnih tkiva. Kliničari savetuju upotrebu malog broja obrtaja nasadnog instrumenta, a ruka u kojoj se drži nasadni instrument mora da bude fiksirana.

Za profesionalno uklanjanje mekih naslaga u kliničkoj praksi se koriste i gumice oblika kupe izrađene od mekše ili tvrđe gume. Ukoliko su izrađene od tanje gume, obično su veoma savitljive, što omogućava nesmetan pristup u interdentalne prostore, pri čemu je opasnost od nastanka mehaničkog oštećenja mekih tkiva (gingiva, interdentalna papila) mnogo manja, nego prilikom upotrebe četkice.

U kliničkoj praksi danas postoje i rotirajući instrumenti za profesionalno uklanjanje mekih naslaga koji predstavljaju kombinaciju kupaste gumice i četkice postavljene u sredinu rotirajućeg

instrumenta, a njihova indikacija osim za profesionalno uklanjanje mekih naslaga je i u postupku aplikacije sredstava za mikroabraziju gleđi tokom kontrolisanog metoda uklanjanja lokalizovanih diskoloracija u površinskim slojevima gleđi.

Takođe se u svakodnevnoj stomatološkoj praksi specijalnim setom četkica i gumica, preporučuje redovno profesionalno uklanjanje mekih naslaga pacijentima sa ugrađenim implantima, kako bi se produžio vek trajanja implanta i sprečio gubitak parodontalnih tkiva usled nastanka perimplantitisa.

Pored četkica i gumica, prilikom profesionalnog uklanjanja mekih naslaga koriste se i specijalne tzv. profilaktičke paste. Takve paste sadrže različite abrazivne materije (CaCO_3 , CaPO_4 , Al_2O_3), koje lakše odstranjuju dentalni plak dovodeći do poliranja površine tvrdih zubnih tkiva, što ima preventivni značaj jer se na glatku površinu zuba dentalni plak sporije akumulira. Istovremeno, česta upotreba sredstava za profesionalno uklanjanje mekih naslaga, može da dovede do mehaničkih oštećenja tvrdih zubnih tkiva (erozivno trošenje gleđi), a istraživanja su pokazala da uklanjanje mekih naslaga uz upotrebu gumica i abrazivne paste uklanja 0,6-4,0 mikrona površinskog sloja gleđi bogatog fluoridima, što direktno zavisi od brzine poliranja, abrazivnosti paste i dužine trajanja kliničkog tretmana. U tom smislu, kliničari savetuju upotrebu slabo abrazivnih profilaktičkih pasti sa što manjim pritiskom, kao i preparate sa lokalnu aplikaciju visokokoncentrovanih fluorida, nakon poliranja zuba.

Takođe se savetuje da se kod pacijenata kod kojih je ustanovljen veći rizik za nastanak karijesa, profesionalno uklanjanje mekih naslaga vrši češće (na tri meseca), kako bi se omogućila optimalna plak kontrola, reevaluacija promena ponašanja u održavanju oralne higijene i lokalna aplikacija visokokoncentrovanih fluorida.

Air-flow (peskiranje)

Osim konvencionalnih metoda profesionalnog uklanjanja naslaga postoje i savremene metode uklanjanja mekih naslaga i pigmentacija „peskiranje“, upotrebom vazduha pod pritiskom (air-flow).

Korišćenjem kontrolisanog mlaza sitnih čestica natrijum bikarbonata (veličina čestica, 100 μm) u spreju vode i komprimovanog vazduha, ovaj uređaj efikasno uklanja meke naslage poput dentalnog plaka, kao i površinske pigmentacije iz fisura, aproksimalnih prostora i bukalnih i oralnih površina krunice zuba i inhibira ponovni nastanak dentalnog plaka neutralizacijom kiselina iz plaka, tako što natrijum bikarbonat alkalizuje područje na kome se primenjuje. Sam postupak sprovodi stomatolog ili oralni higijeničar, a tretman traje zavisno od količine prisutnih naslaga (15 – 30 minuta), bezbolan je, a budući da prah ima dodat korigens ukusa limuna, višnje ili maline, ugodan je za pacijenta. Važno je napomenuti da se ovim tretmanom ne odstranjuju čvrste naslage. Kod pacijenata koji imaju i zubni kamenac, potrebno je prethodno konvencionalnom metodom ukloniti kamenac, a potom peskiranje odstraniti sve pigmentacije. Peskiranje se najbolje čiste međuzubni prostori u koje je teško dopreti ostalim instrumentima (četkicama i gubicama). Na taj način zubi ponovo dobijaju svoju prirodnu boju i sjajan izgled. U nastojanju da se ova metoda unapredi i prošire njene indikacije od nedavno se na tržištu pojavila najnovija generacija praha - tzv. perio-prah, čija veličina čestica iznosi 25 μm i sadrži minimalno abrazivnu aminokiselinu glicin. Ovaj prah koristi se u stanjima kad su dentalni plak i čvrste naslage lokalizovane subgingivalno pa je indikovana kiretaža parodontalnih džepova. Nakon sprovedenog tretmana peskiranja zuba, savetuje se lokalna aplikacija visokokoncentrovanih fluorida kako bi se zaštitile površine zuba od štetnog uticaja kiselina iz usne duplje u prvih nekoliko sati dok se na zubima ne stvori zaštitni sloj taloženjem glikoproteina iz pljuvačke. Bitno je uputiti pacijenta na završenog kliničkog tretmana, trisatanesmedapuši, jede,

nitidakonzumiraobojenaigaziranapićaihranu. Nakon sat vremena, preporučuje se unos isključivo vode. Za informaciju pacijentima, ova metoda je potpuno bezopasna za zube jer se njome ne oštećuju tvrda zubna tkiva. Natrijum bikarbonat je relativno mekan materijal koji se lako rastvara i biokompatibilan je ukoliko dođe do ingestije.

Uklanjanje čvrstih naslaga

Neravna i hrapava površina zubnog kamenca je idealno mesto za stvaranje i akumulaciju dentalnog plaka, na kojoj se dentalni plak zadržava i posle četkanja zuba, pa je zbog toga uklanjanje čvrstih zubnih naslaga veoma važno u cilju prevencije nastanka parodontalnih oboljenja.

Uklanjanje čvrstih naslaga se vrši pomoću ručnih instrumenata ili ultrazvukom. Osnovni komplet ručnih instrumenata podrazumeva upotrebu srpastog instrumenta, instrumenta oblika povijenog mirtinog lista, levog i desnog trapezastog instrumenta i instrumenta oblika dleta. Za obradu parodontalnih džepova se koriste i kirete.

Srpasti instrument i instrument oblika povijenog mirtinog lista služe za uklanjanje zubnog kamenca sa aproksimalnih, bukalnih i oralnih površina zuba. Instrument oblika dleta služi za uklanjanje zubnog kamenca sa aproksimalnih površina prednjih zuba, dok su trapezasti instrumenti parni i služe za uklanjanje kamenca sa većih ravnih površina zuba (bukalne i oralne). Zubni kamenac se može uspešno ukloniti i pomoću ultrazvuka uz pomoć aparata čiji generator proizvodi ultrazvučne vibracije.

Ultrazvučne vibracije se prenose do radnog dela ovog instrumenta koji podseća na srpasti instrument na čijem vrhu se pretvaraju u mikromehaničke udare koji dovode do odlamanja čvrstih zubnih naslaga. Instrument se u odnosu na uzdužnu osovinu zuba postavlja pod uglom od 15° do 20°, pri čemu veći ugao dovodi do povećanja razorne moći ultrazvuka. Ultrazvukom se mogu ukloniti i subgingivalni konkrementi iz plićih parodontalnih džepova.

Literatura:

1. Nyman S, Rosling B, Lindhe J. *Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. Journal of Clinical Periodontology*, 1975;2: 80-6.
2. Drisko CH. *Root instrumentation. Power-driven versus manual scalers, which one? Dent Clin North Am*. 1998;42:229-44.
3. Drisko CL, Cochran DL, Blieden T, Bouwsma OJ, Cohen RE, Damoulis P, Fine JB, Greenstein G, Hinrichs J, Somerman MJ, Iacono V, Genco RJ. *Position paper: sonic and ultrasonic scalers in periodontics. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. J Periodontol*. 2000;71:1792-801.
4. Drisko CH. *Nonsurgical periodontal therapy. Periodontol 2000*. 2001;25:77-88.
5. Arabaci T, Çiçek Y, Canakçi CF. *Sonic and ultrasonic scalers in periodontal treatment: a review. Int J Dent Hyg*. 2007;5:2-12.

**„Kako unaprediti zdravstveno-vaspitni rad u stomatološkoj
praksi“,**

Jagodina, 25. juni 2016. godine

NAUČNI ODBOR:

Predsjednik: **prof.dr Momir Carević**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **prof.dr Mirjana Ivanović**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Zoran R. Vulićević
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Dejan Marković
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Predrag Nikolić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Vanja Petrović,
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Jelena Mandić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Ivan Tušek
Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsjednik: **dr spec. Marko Jeremić**
Dom zdravlja Jagodina

Sekretar: **prim.dr Slađana Purić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **dr spec. Mica Stavrić**
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Dušan Petrović
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Nada Marjanović Stefanović
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Boris Milosavljević
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Branislav Krstić
Dom zdravlja Jagodina
mr ph spec. Mirjana Petrović
Dom zdravlja Jagodina
dr spec. Zvonko Milovanović
Dom zdravlja Jagodina
VMT Gordana Pribanović
Dom zdravlja Jagodina
Sonja Jović
Dom zdravlja Jagodina
Nataša Marković
Dom zdravlja Jagodina
Marija Ilić
Dom zdravlja Jagodina
Ljiljana Pavlović
Dom zdravlja Jagodina

Sekretarijat: **drsci.prim.dr Jasmina Tekić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
dr sci.dr Zoran Mandinić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD U SAVREMENOJ PRIVATNOJ STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Jovan Vojinović^{1,2}, Predrag Anđelić², Svetlana Blažić², Luka Anđelić²

¹Univerzitet u Banja Luci, Medicinski fakultet, Katedra za dečju i preventivnu stomatologiju,

²Privatna Stomatološka ordinacija DENT VAF Beograd

Sažetak: Postojeći podatci o stanju oralnog zdravlja u uzrastima iznad 15 godina ukazuju na zabrinjavajuće trendove. Već više godina za redom izveštaji Zavoda za javno zdravlje pokazuju da se ispod 50% anketiranog stanovništva izjašnjava da svakodnevno pere zube. Podatci i u Srbiji, ali i Republici Srpskoj, pokazuju da je KIP kod trudnica oko 11, a broj osoba bez karijesa zanemarljiv. Broj izvađenih zuba kao i bezubih osoba je daleko ispod standarda u EU. Istovremeno proces tranzicije i reforme zdravstva se veoma nepovoljno odrazio na stomatološku službu, pogotovu na organizovanu promociju oralnog zdravlja koja praktično i ne postoji. Dosadašnje istraživanja klasičnih metoda zdravstvenog vaspitanja u stomatološkoj ordinaciji pokazuju neefikasnost u promenama ponašanja, što ugrožava i opstanak skupih stomatoloških radova. Privatna praksa, koja bi trebalo da preuzme najveći teret je još uvek veoma neorganizovana i prepuštena tržištu. Stomatolog u privatnoj ordinaciji ne može da bude nosilac promocije zdravlja, što je ipak zadatak države, ali je značajna karika u sprovođenju individualne prevencije. Da bi se to moglo sprovesti neophodne su dodatne edukacije struke, postojanje obavezujućih programa i uvođenje novih tehnika poput motivacionog intervjua, ali i podizanje same zdravstvene svesti građana koji treba da pre svega imaju pravu informaciju šta je zdravlje zuba i šta sve stomatolog može da učini u tome pravcu.

Prema istraživanjima sprovedenim u Srbiji i okruženju zdravlje usta i zuba u našoj sredini i okruženju se odlikuje izuzetno visokim stepenom prevalencije i incidence karijesa. Zvanični izveštaj Vlade Republike Srbije navodi da 91% dvanaestogodišnjaka ima jedan ili više karijesnih zuba, u petnaestoj godini 97%, a u osamnaestoj čak 98% i da svaki stanovnik godišnje dobija po jedan oboleli zub.¹

Iako retki i metodološki nedovoljno precizni, noviji podatci o stanju oralnog zdravlja koje prezentuje Institut za Javno zdravlje Srbije Milan Jovanović Batut u 2013 godini. pokazuju da KIP iznosi 5,5 za uzrast od 15 a 17,6 za uzrast 35-44 god. Samo 8,3% stanovništva uzrasta iznad 25 godina ima sve svoje zube, 10% ukupnog stanovništva nema ni jedan zub, a kod 70% nedostaje barem dva zuba. Broj bezubih osoba je povećan sa 10,2% u 2006. na 12,4% u 2013. godini.² Pri tome samo 45,6% stanovništva procenjuje stanje svojih zuba i usne duplje kao dobro. Isto tako prema, istom istraživanjau stanovnici nižeg obrazovnog statusa i lošeg materijalnog stanja u značajno većem procentu sopstveno oralno zdravlje procenjuju kao loše i u značajno manjem procentu redovno peru zube.³

Podatci i u Srbiji, ali i Republici Srpskoj pokazuju da je KIP kod trudnica oko 11, a broj osoba bez karijesa zanemarljiv. Broj obolelih, izvađenih zuba kao i broj bezubih osoba je daleko ispod standarda u EU.^{1,3,4} Još više zabrinjavaju trendovi porasta broja dece sa karijesom ranog detinjstva, već do druge godine života (kreće se i preko 30%), pre svega kao posledica nepravilne ishrane i potpunog odustva oralne higije, sa kojom se, prema izjavama roditelja, uglavnom započinje posle 2 godine života.^{1,5}

Već više godina za redom izveštaji Zavoda za javno zdravlje pokazuju da se oko 50% anketiranog stanovništva izjašnjava da svakodnevno barem jedan put pere zube.⁶

Na osnovu predloga Klinike za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu Vlada Republike Srbije je usvojila Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite.¹ U programu je istaknuto da postoji potreba iznalaženja načina da se poveća obuhvat stanovnika takozvane „nulti grupe“ (trudnice i odojčad,) zdravstveno vaspitanim radom i preventivnim stomatološkim pregledima. Jasno su data i metodološka uputstva. Program je trajao do 2015 godine i nije produžen. Opšti je zaključak da predložena metodologija, a pogotovu kada je reč o kontroli i evaluaciji i protokolima promocije oralnog zdravlja nije ispoštovana.

Istovremeno proces tranzicije i reforme zdravstva se veoma nepovoljno odrazio na stomatološku službu, pogotovu na organizovanu promociju oralnog zdravlja koja praktično i ne postoji. Kao mera racionalizacije, stomatološka služba za odrasle se neprekidno redukuje, smanjujući kadrovski potencijal, prebacujući sav teret na privatnu stomatološku praksu.

Privatna stomatološka praksa se potpuno nekontrolisano razvijala od njenog ponovnog uvođenja 1987 godine. Osnovni problemi su bili i ostali:

1. **Neregulisan status u sistemu zdravstvene zaštite.** Privatna stomatološka praksa ni u jednom trenutku nije bila deo sistema zdravstvene zaštite. Kao takva uopšte nije uključena u programe (koji se inače samo formalno sprovode) promocije zdravlja i preventivne stomatološke zaštite niti je za to podsticana na bilo koji način.
2. **Stihijska, neplanska hiperprodukcija kadra** na postojećih 6 stomatoloških fakulteta u Srbiji, plus otpušteni kadrovi iz racionalizovane državne službe. Ne postoje plansko ograničavanje broju ordinacija na određenim teritorijama kao i po broju stanovnika što sve utiče do stvaranja surovog tržišta gde je osnovno merilo borba za opstanak i kranja komercijalizacija.
3. **Nelojalna konkurencija nelegalne prakse,** koje država ne uspeva (ili ne želi) da reši.

U postojećim uslovima privatna stomatološka praksa nije uopšte motivisana da sprovodi preventivne mere i zdravstveno vaspitanje svojih pacijenata. Ukoliko se uzme u obzir i osiromašenje stanovništva, u borbi za opstanak na meregulisanom tržištu, ona se pre svega prepušta zahtevima pacijenata, koji su sami po sebi potpuno zdravstveno neobrazovani. Pojavu oralnih oboljenja pacijenti najčešće tumače naslednim i lošom srećom, dominira „instant filozofija“ rešavanja isključivo estetskih problema. Za razliku od zapadnih zemalja gde je istinsko zdravlje zuba „statusni simbol“, ovde je su to visokotehnoška terapijska rešenja poput impantata, protetike, beljenja zuba i sl. ipak nedostupna većem delu stanovništva.

Država se ne meša mnogo u svoj zadatak promocije zdravlja, dok mediji težeći senzacionalizmu uglavno veću pažnju poklanjaju atraktivnim i skupim terapijskim intervencijama koje same po sebi ne doprinose poboljšanju nivoa zdravlja. Neretko u samoj privatnoj praksi postoji i potajni strah od „gubitka posla“ ukoliko bi se smanjila patologija.

Privatna stomatološka praksa nije ni osposobljena za promociju oralnog zdravlja i zdravstveno vaspitni rad zasnovan na naučnim dokazima. Veoma malo prostora u kontinuiranoj edukaciji se daje preventivnim granama. Uglavnom dominiraju visoke tehnologije i komercijalni estetski zahvati. Izbor edukacije je ostavljen na slobodnoj volji stomatologa koji, sasvim razumljivo,

retko odabiraju preventivne teme, a pogotovi iz zdravstvenog vaspitanja. Veštine komunikacije sa pacijentima i prenošenja zdravstveno vaspitnih poruka su veoma slabo zastupljene u programima kako osnovnih tako i posle diplomskih studija. Drzava se pri tome ne meša u određivanje prioriteta edukacije, niti obezbeđuje adekvatna zdravstveno-vaspitna sredstva.

Posledica svega je da je mali broj stomatologa svestan da restaurativne i protetske tehnike ne zaustavljaju razvoj karijesa i parodontalnih oboljenja. I oni malo svesniji nisu dovoljno obučeni savremenim dokazanim metodama zdravstvenog vaspitanja, poput motivacionog intervjua, i za neuspeh svojih „edukacija“ optužuju pacijente. U svetu su sprovedena obimne analize dosadašnjih istraživanja, kada je reč o efikasnosti klasičnih metoda zdravstvenog vaspitanja u stomatološkoj ordinaciji. Dokazano je da kasičan pristup samo saveti i demonstracija nisu dovoljni da pokrenu motivacione mehanizmi ka promeni ponašanja, što ugrožava i opstanak skupih stomatoloških radova. Osnovni principi savremenog, na dokazima zasnovanog zdravstvenog vaspitanja u stomatološkoj ordinaciji su:

1. Izbegavati „nametanje rešenja“. Voditi pacijenta da sam dolazi do zaključaka i rešenja
2. Postavljati precizno oročene ciljeve sa postepenim ostvarljivim napredovanjem u formiranju navike.
3. Razumeti individualne faktore motivacije kod pacijenta
4. Aktivno slušanje pacijenta
5. Ohabrivati pacijenta sa podrškom, optimizmom i obukom *veština- korak po korak pokazivanjem malih rezultata*⁷

Najvažniji, dokazani način poboljšanja oralnog zdravlja nacije je, oganizovana promocija od najranijeg uzrasta, pre svega u trudnoći i prvim godinama života. Racionalizacija u stomatološkoj državnoj službi, posebno u sektoru za odrasle, značajno ugrožava upravo rad sa trudnicama. Problem je postojao i ranije, jer je besplatna stomatološka nega trudnica bila ograničena samo na državni sektor i uglavnom se svodila na pružanje terapijskih usluga. Veliki broj trudnica već imao svoga porodičnog privatnog stomatologa i ne želi da ga napušta. Uspeh u promociji oralnog zdravlja u trudnoći, može da se očekuje samo ako kompletnu brigu preuzima porodični stomatolog. Zdravstveno vaspitni rad bi trebao da bude prisutan i pre trudnoće i da se tokom nje samo dopunjava sa određenim specifičnostima. On treba da pruži pre svega:

- Informacije o očuvanju zdravlja usne duplje i izgradnji zdravih zuba kod bebe
- Određivanje rizika i preduzimanje individualnih preventivnih mera za njihovo neutralisanje.
- Motivacija za sprovođenje svih preventivnih mera
- Predaja dodatnih promotivnih zdravstveno-vaspitnih materijala,
- Tek na kraju, terapiju postojećih oboljenja zuba i desni.

I sve je to potrebno da bude u strogoj koordinaciji sa radom ginekološke službe i raznih savetovališta. Nažalost kompletna preventivna stomatološka zaštita trudnica se svodi na terapijske usluge.

Zadatak države bi bio izrada programa, protokola i promotivnih materijala kao i stroga kontrola obuhvata izvršavanja predviđenih aktivnosti i evaluacija rezultata poboljšanja zdravlja. U trenutnim uslovima privatna stomatološka praksa niti je motivisana niti obučena za tako odgovornu ulogu promociji oralnog zdravlja koji joj se silom prilika nameće sa ukidanjem državne službe za odrasle

Stomatolog u privatnoj ordinaciji ne može da bude organizator i nosilac promocije zdravlja u zajednici, što je ipak zadatak države, ali je značajna karika u sprovođenju individualne prevencije. Da bi se to moglo sprovođiti neophodne su dodatne edukacije struke, ali i podizanje same zdravstvene svesti građana koji treba da pre svega imaju pravu informaciju šta je zdravlje zuba, šta sve stomatolog može da učini u tome pravcu, i da je zdravlje najisplativije dugoročno

rešenje. Tek onda će biti spremni da to i plate, a tada će i privatna praksa biti zainteresovana da pruža preventivne usluge. Istovremeno država sa svojim resorima i državna stomatološka služba treba najveće napore da usmere u sprovođenje organizovane promocije oralnog zdravlja u sklopu integrisanih preventivnih programa.

Literatura:

1. Uredba Vlade Republike Srbije: Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite. Sl.glasnik RS 22/09 od 30. marta 2009 god. <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/reg/viewAct/bd83ed3a-8072-4c01-9a56-5642cf0e72e8>
2. IPSOS: Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2013
3. <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2014/jul2014/Jul2014IzvestajPreliminarni.pdf>
4. Institut za javno zdravlje Srbije: Statistički godišnjak za 2015 god <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>
5. Tekić J. Dijagnostika rizika za pojavu karijesa kod trudnica. Stomatološki glasnik Srbije 2004, vol. 51, br. 4, str. 188-193
6. Obradović M i sar. Caries Prevalence among 24 to 71-Month Old Children from Banja Luka Balk J Dent Med, 2016; 20:168-171
7. IZJZS „Milan Jovanović Batut“: Statistički godišnjak za 2015, Beograd 2016 <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>
8. Gao X, et al. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. J Periodontol. 2014, 85(3):426-37. doi: 10.1902/jop.2013.130205.

SAVREMENI TRENDovi U INTERCEPTIVNOJ ORTODONCIJI

*Predrag V. Nikolić, Željko B. Milosavljević, Tijana Z. Sessa
Klinika za ortopediju vilica, Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu*

Interceptivna ortodoncija obuhvata jednostavne zahvate koji eliminišu ili smanjuju delovanje faktora koji dovode do nastanka ortodontskih anomalija, čime se obezbeđuje povoljne uslove za normalan rast i razvoj orofacijalne regije. Pravovremena interceptivni ortodontski tretman kao i u drugim granama medicine i stomatologije podrazumeva terapiju početnih simptoma i sprovodi se u vreme mlečne i rane mešovite denticije. Za upeh ove vrste terapije bitan faktor je odnos na relaciji pacijent-pedodont-ortodont. Pedodont vrši trijažu u okviru sistematskih, ciljanih i kontrolnih pregleda i pacijenta sa početnim simptomima ortodontskih anomalija upućuje ortodontu, objašnjavajući roditeljima značaj pravovremene terapije. Bilateralni transver podrazumeva da ortodont posle opservacije pacijenta daje detaljno uputstvo pedodontu šta treba činiti.

Savremena interceptivna ortodoncija sem standardnih čuvara prostora, selektivnog brušenja zuba, kosih ravni, vestibularne ploče i miofunkcionalnih vežbi koristi savremene materijale i tretmane.

Interceptivna ortodoncija uz preventivnu ortodonciju spada u najraniji ortodontski tretman. Ove dve grane ortodoncije obuhvataju čak i nekoliko istih postupaka, ali se razlikuju po vremenu njihovog sprovođenja. Za razliku od preventivne ortodoncije koja se bavi predviđanjem eventualnih odstupanja od normalnog rasta i razvoja zuba i vilica, interceptivna ortodoncija se bavi postupcima koji se sprovode kada se problem već javio.

Cilj interceptivne ortodoncije je da spreči mogućnost da se malokluzija koja se nalazi u početnoj fazi nastajanja razvije u potpunosti i time oteža i produži kasnije lečenje. Takođe, ona se bavi nadgledanjem i usmeravanjem pravilnog razvoja zuba i skeletnih struktura. Ipak, iako smanjuje razvoj malokluzija, interceptivna ortodoncija zahteva praćenje pacijenta tokom njihovog rasta i razvoja, kao i sprovođenje kasnijeg ortodontskog tretmana, ukoliko ne dođe do sprečavanja razvoja malokluzije u potpunosti.

U zavisnosti od težine malokluzije tretman može obaviti stomatolog, dečiji stomatolog ili specijalista ortopedije vilica¹

Zajednički ciljevi preventivne i interceptivne ortodoncije obuhvataju:

- Stalnu denticiju sa dobrim rasporedom zuba, adekvatnim aproksimalnim kontaktima i zdravim periodoncijumom,
- Zubne lukove pravilnog položaja u sve 3 prostorne ravni i pravilnu interkuspidaciju,
- Najoptimalniji izgled denticije kako gledano sprema, tako i gledano sa strane, kao i
- Stabilnost koštanih, zubnih i mišićnih struktura lica²

Interceptivna ortodoncija obuhvata lečenje pacijenata u periodu mlečne i rane mešovite denticije. Da bi se lečenje malokluzije započelo što ranije i time omogućio brži i jednostavniji tretman, i u nekim slučajevima eliminisala potreba za kasnijom terapijom u potpunosti, neophodno je ortodontsku nepravilnost uočiti rano, odnosno prvi pregled pacijenta obaviti na vreme. Iako se većina malokluzija tretira u periodu između 8. i 14. godine, neke nepravilnosti je potrebno lečiti i ranije, pa se zbog toga savetuje da prvi ortodontski pregled bude još u periodu mlečne denticije

čim se pojavi prvi problem koji nagoveštava neku nepravilnost, a najkasnije do 7. godine života. Na taj način, čak i u slučajevima kada nije potrebno odmah početi sa tretmanom, moguće je napraviti plan praćenja pacijenta tokom vremena i procenu najadekvatnijeg trenutka za početak tretmana. Pregled obavljen tokom mlečne denticije omogućava pravovremeno otkrivanje problema, kao i širi opseg mogućnosti terapije koja je ujedno kraća i efikasnija.

Interceptivna ortodoncija obuhvata mnogobrojne postupke koji će detaljnije biti opisani, a kao najznačajniji izdvajaju se:

- Uklanjanje loših navika i terapija eventualnih nepravilnosti
- Miofunkcionalna terapija
- Korekcija obrnutog preklopa sekutića i bočno ukrštenog zagrižaja
- Sprečavanje razvoja skeletnih nepravilnosti

Uklanjanje loših navika i terapija eventualnih nepravilnosti

U loše navike ubrajaju se sisanje prsta, sisanje donje usne, grickanje usne ili obraza, grickanje noktiju ili nekog predmeta (npr. olovke), tiskanje jezika, oralna respiracija i bruksizam.⁷ Ukoliko su zubi i vilice izloženi makar i blagoj sili koja se javlja u dovoljno dugom vremenskom intervalu (npr. nekoliko časova) u toku dana, kao posledica dejstva te sile javiće se pomeranje zuba i koštanih struktura i stvaranje malokluzije. Takođe, česta je pojava nadovezivanja jedne loše navike na drugu, npr. sisanje palca uz kasniju pojavu tiskanja jezika. Upraznjavanje loših navika se toleriše do kompletiranja mlečne denticije odnosno do treće godine starosti. U ovom uzrastu, ukoliko dođe do prestanka dejstva loših navika, još uvek je moguća spontana korekcija eventualnih nepravilnosti zahvaljujući fiziološkom dejstvu mišića obraza, usana i jezika. Iako se ne nalaze na prvom mestu prema učestalosti javljanja među decom, loše navike koje najčešće dovode do pojave malokluzija u mlečnoj, a kasnije i u stalnoj denticiji su sisanje prsta, tiskanje jezika i disanje na usta.

Sisanje prsta. Sisanje prsta, najčešće palca, je uobičajena pojava kod dece u najmlađem dobu, koja na ovaj način otkrivaju svoje ruke i stvaraju osećaj utehe. Iako je uticaj ove navike na pojavu većih nepravilnosti tokom mlečne denticije mali ili nikakav, ukoliko dođe do produženog zadržanja ove navike kroz kasniji utrast može se očekivati pojava malokluzije. Verovatnoća javljanja malokluzije i njena težina zavisi od dužine trajanja sisanja i, u mnogo manjoj meri, od intenziteta sisanja. Terapija vezana za naviku sisanja prsta zavisi od dužine trajanja loše navike. Ukoliko se sa navikom prestane do otprilike 5. godine života, sisanje prsta najverovatnije neće izazvati pojavu malokluzija kod dece koja nemaju sklonosti ka skeletnim nepravilnostima⁹ a eventualne promene u položaju zuba se mogu spontano ispraviti zahvaljujući uspostavljanju ravnoteže pritiska između obraza i jezika. Ukoliko navika perzistira i nakon početka smene zuba, za očekivati je da će biti potrebna neka vrsta ortodontske terapije. Pre svega, terapija podrazumeva prestanak navike sisanja prsta. Želja pacijenta da se oslobodi loše navike je veoma bitan faktor za rezultat tretmana. Kod najmlađih pacijenata, terapija se odvija metodom odvrćanja odnosno preusmeravanja pažnje na druge radnje, kao i primenom vestibularne ploče. Kod starije dece moguće je korišćenje pločastog aparata ili cementiranih prstenova sa metalnom mrežom iza gornjih sekutića koja onemogućava postavljanje palca iza gornjih inciziva¹⁰. Cementirani aparat je efikasniji, ali su moguće poteškoće u spavanju i nervoza u prvim danima privikavanja. Trajanje terapije podrazumeva period od 6 do 12 meseci, a tretman daje najbolje rezultate ukoliko se započne pre nicanja stalnih sekutića. Nakon terapije ovim aparatom sledi ortodontski tretman eventualnih nepravilnosti zuba i vilica nastalih kao posledica sisanja prsta.

Tiskanje jezika. Uticaj tiskanja jezika na stvaranje malokluzije zavisi od toga da li se tiskanje odvija tokom funkcije gutanja ili tokom perioda mirovanja¹¹. Iako se navika tiskanja jezika prilikom gutanja u prošlosti okrivljivala za stvaranje otvorenog zagrižaja u frontu, istraživanja su pokazala da je ova radnja vrlo česta pojava kod dece ispod 10 godina života, kao i da ne može direktno da se poveže sa nastankom malokluzija¹².

Tiskanje jezika tokom gutanja traje u proseku oko 1 sekundu, a imajući u vidu da čovek u poseku proguta 1200-2000 puta u toku dana, ovaj pritisak je prisutan u manje od 30-ak minuta dnevno što nije dovoljno da dovede do pomeranja zuba i nastanka malokluzija. S druge strane, istureni položaj jezika tokom mirovanja ne treba zanemariti u potpunosti. S obzirom da periodi mirovanja jezika zauzimaju veći deo dana, pritisak koji protrudirani jezik pravi na prednje zube, pa makar i neznatan, svojom dužinom trajanja može dovesti do pojave malokluzije odnosno protruzije zuba i otvaranja zagrižaja.

Terapija tiskanja jezika zavisi od njegove etiologije. Tiskanje jezika kao prelazna faza gutanja predstavlja normalno fiziološko stanje koje spontano nestaje prilikom prelaska na zrelo gutanje. Ukoliko se tiskanje javlja kao adaptacija na otvoren zagrižaj i protruziju zuba, neophodno je pre svega ukloniti faktore koji su doveli do otvaranja zagrižaja nakon čega će u većini slučajeva doći do spontane korekcije tiskanja jezika. Međutim, ukoliko je tiskanje jezika uzrokovano njegovim protrudiranim položajem, neophodna je terapija koja se sastoji iz 2 dela. Pre svega, pacijentu se daju vežbe za jezik koje ga usmeravaju u distalniji položaj poput vežbe gutanja sa jezikom na nepcu. Istovremeno, detetu se daje mobilni aktivni aparat sa filaretama iza gornjih prednjih zuba koji ometa jezik u aktu interponiranja između prednjih zuba. Preporučuje se nošenje aparata 12 do 14 časova u toku dana. Aktivator po Grud-u predstavlja još jednu mogućnost u terapiji tiskanja jezika. Ovaj pločasti aparat spada u grupu funkcionalnih aparata, a pored terapije otvorenog zagrižaja nastalog usled interponiranja jezika između prednjih zuba može uticati i na odnos gornje i donje vilice u sagitalnoj ravni. Zbog specifičnosti izrade konstrukcionog zagrižaja neophodnog za izradu ovog aparata savetuje se da terapiju ovim aparatom sprovede specijalisti ortopedije vilica.

Disanje na usta. Oralna respiracija se smatra fiziološkom funkcijom ukoliko se javlja funkcionalna kao pomoćni mehanizam odnosno dodatna respiracija. Naime, prosečna osoba zadovoljava potrebe za kiseonikom od 40 do 45 L/min pomoću disanja na nos. Međutim, ukoliko potrebe za kiseonikom pređu ove vrednosti doći će do aktiviranja mehanizma dodatne respiracije odnosno disanja na usta.¹³ Ipak, prisustvo nazalne opstrukcije uzrokuje disanje na usta kako u stanju mirovanja, tako i prilikom fizičkog napora.

U zavisnosti od faktora koji dovode do oralne respiracije razlikuju se opstrukciona, anatomska ili habitualna. Uzroci opstrukcione i anatomske nazalne konstrikcije mogu biti hipertrofija nazalne sluzokože kod uskog nazofarinksa, uvećanje adenoidne vegetacije, hronični i alergijski rinitisi, polipi i tumori u nosnoj duplji, devijacije nosnog septuma, strana tela i nazalne traume¹⁴. Habitualna oralna respiracija najčešće se javlja postoperativno kod pacijenata nakon uklanjanja opstrukcije kod kojih se navika disanja na usta još uvek zadržala¹⁵.

U dečjem uzrastu, najčešći uzrok prelaska sa nazalne na oralnu respiraciju jeste uvećanje adenoidnih vegetacija. Uvećanje adenoidnih vegetacija, najčešće trećeg krajnika, zajedno sa disanjem na usta, otvorenim i ukrštenim zagrižajem, kao i uskim nozdrvama čine obeležja sindroma opstrukcije vazdušnih puteva¹⁶.

Takođe, povećano strujanje vazduha kroz usnu duplju smanjuje mogućnost vlaženja oralne sluznice pa je pojava gingivitisa češća kod ovih pacijenata u odnosu na one sa nazalnom respiracijom¹⁷. Nazalna konstrikcija može dovesti do poremećaja u veličini incizalnog stepenika, dubini preklopa, kao i učestalosti javljanja teskobe u donjoj vilici. Takođe, primećuje se njeno češće javljanje kod pacijenata sa dentoalveolarnom klasom II po Angle- u¹⁸.

Terapija pacijenata sa disanjem na usta zavisi od njegovog uzroka. Ukoliko je oralna respiracija izazvana hipertrofijom adenoida ili tonzila, polipima ili tumorima u nosnoj duplji ili devijacijom nosnog septuma, njihovim hirurškim odstranjivanjem očekuje se spontani prelazak na nazalnu respiraciju. Povratak na disanje na nos moguć je i uklanjanjem uzroka hroničnog i alergijskog rinitisa, kao i zbrinjavanjem nazalne traume i uklanjanjem stranog tela. Ukoliko ne dođe do spontanog vraćanja nazane respiracije, odnosno navika disanja na usta perzistira, odvikavanje od navike disanja na usta je moguće pomoću vežbi disanja, vežbanja usana, kao i pomoću vestibularne ploče¹⁹. Nakon vraćanja nazalne respiracije, moguće je sprovesti ortodontsku terapiju u skladu sa potrebama pacijenta.

Miofunkcionalna terapija

Miofunkcionalna terapija ili mioterapija predstavlja terapiju mišićnog disbalansa orofacijalne regije, kao i uklanjanja loših navika poput sisanja prsta, tiskanja jezika i disanja na usta. Ciljevi mioterapije su uspostavljanje kompetentnosti usana, pravilne pozicije jezika, usana i vilica tokom perioda mirovanja, nazalne respiracije i izjednačavanje pritisaka koji vrše mišići usana, obraza i jezika, kao i odvikavanje od loših navika. Mioterapija posebno ističe važnost shvatanja pravilnog odnosa usana i jezika tokom mirovanja, potom pravilne tehnike gutanja kako pljuvačke, tako i tečnosti i hrane, kao i korišćenje vežbi za adekvatnu aktivaciju mišića.

Glavni mišići na koje utiče mioterapija su m. masseter, m. temporalis, m. pterygoideus lateralis, m. buccinator, m. orbicularis oris i m. mentalis. Vežbe mišića podrazumevaju dva suprotna principa dejstva u zavisnosti od željenog cilja. Prvo, vežbanje mišića može biti u cilju aplikovanja sile odnosno jačanja tonusa mišića koji usled svoje slabosti ne mogu obavljati pravilnu funkciju i njene sekundarne adaptacije. S druge strane, ponekad je potrebno eliminisati silu tj. smanjiti nepotrebnu napetost mišića u orofacijalnoj regiji. Na ovaj način, omogućava se pravilan razvoj dentalnih i skeletnih struktura u vidu erupcije zuba, balansa mišića jezika i lica, kao i repozicioniranja mandibule. U oba slučaja, mioterapija ne predstavlja samo vežbanje mišića, već i uspostavljanje novih obrazaca aktivacije mišića u samom mozgu.

Kao deo interceptivne ortodoncije, u miofunkcionalnoj terapiji najčešće se koristi vestibularna ploča.

Upotreba vestibularne ploče. Vestibularna ploča spada u grupu jednostavnih funkcionalnih aparata. Ovaj aparat se sastoji iz akrilatnog dela koji se nalazi u vestibulumu zalazeći duboko u labijalne i bukalne sulkuse. Ova ploča predstavlja barijeru između mišića usana i obraza sa jedne strane i dentoalveolarnih struktura sa druge strane. Vestibularna ploča se prostire od distalne površine drugog mlečnog molara sa jedne strane do distalne površine drugog mlečnog molara sa druge strane. U frontu ona dodiruje površine zuba dok bočno odstoji 2-3 mm od površine zuba. Na ovaj način sila se preko aparata prenosi na zube i dentoalveolarne strukture u frontu, dok bočno omogućava izostanak pritiska mišića obraza čime omogućava transverzalno širenje zubnih lukova u bočnom segmentu. Na prednjoj strani ploče nalazi se kotur koji služi za miofunkcionalnu terapiju.

Indikacije za korišćenje vestibularne ploče obuhvataju:

- uklanjanje loših navika (sisanja prsta, tiskanja jezika, grickanja usne, disanja na usta),
- korigovanje dentoalveolarnog otvorenog zagrižaja koji se javlja u mlečnoj denticiji kao posledica prisustva neke loše navike,
- korigovanje blažeg distalnog zagrižaja koji se javlja kao posledica maksilarnog prognatizma,
- vežbanje orofacijalne muskulature usled njene hipotonije²⁰.

S obzirom da vestibularna ploča onemogućava pristup zubnim nizovima u potpunosti, dete je fizički sprečeno da ubaci prst ili usnu između njih, što čini ovaj aparat odličnim za odvikavanje od sisanja palca ili usne, kao i tiskanja jezika. Aparat za odvikavanje od tiskanja jezika ima rešetku za jezik iza frontalnih zuba. Takođe, prisustvo vestibularne ploče sprečava i prolaz vazduha kroz usnu duplju, terajući dete da diše na nos. Međutim, u slučajevima terapije oralne respiracije treba biti vrlo pažljiv u vezi njihovog uzroka, odnosno vestibularna ploča se može koristiti isključivo kod habitualne oralne respiracije dok je kod opstrukcije i anatomske strogo kontraindikovana. Uklanjanjem loše navike, najčešće dolazi do spontanog zatvaranja dentoalveolarnog otvorenog zagrižaja u frontu što se pospešuje korišćenjem vestibularne ploče modifikovane za otvoreni zagrižaj. Još jedna od modifikacija služi za korekciju blažeg distalnog zagrižaja gde vestibularna ploča svojim pritiskom na gornji front usporava razvoj gornje vilice, omogućavajući na taj način da je donja vilica dostigne u razvoju, kao i formiranje neutralne okluzije uz retruziju gornjih

Vestibularna ploča je našla posebnu primenu u interceptivnoj ortodonciji gde se koristi za različite vežbe jačanja tonusa mišića usana i obraza. Vežbe se ponavljaju nekoliko puta u toku dana u trajanju od 10 do 15 minuta po seansi. Jedna od najjednostavnijih vežbi je povlačenje modifikovane vestibularne ploče po Hotz-u za kružić sa spoljašne strane i pokušavanje da se ploča izvuče iz usta dok se pacijent skupljanjem usana odupire njenom potpunom izvlačenju.

Vestibularna ploča može biti fabrička i individualna. Kod fabričkih vestibularnih ploča razlikujemo silikonske koje su već formirane u potpunosti i autoadaptivne vestibularne ploče. Autoadaptivne vestibularne ploče oblikovane su prema prosečnim vrednostima dužine i širine alveolarnih nizova pacijenata, ali se zagrevanjem u ključaloj vodi mogu dodatno prilagoditi svakom pacijentu. Za izradu individualnih vestibularnih ploča neophodna je izrada konstrukcionog zagrižaja i saradnja sa tehničarem, ali sa druge strane, sam tretman je efikasniji jer je ploča potpuno prilagođena pacijentu.

Najbolje rezultate pokazuje upotreba vestibularne ploče u periodu rane mlečne denticije, odnosno kod pacijenata uzrasta 3 do 4 godine. U ovom uzrastu, pacijenti najlakše prihvataju tretman vestibularnom pločom jer su dosta motivisani njenom sličnošću sa cuclom varalicom pa im nošenje aparata ne pada teško. U slučaju kada se aparat koristi za odvikavanje od loših navika, korekciju otvorenog i distalnog zagrižaja, neophodno je nošenje aparata od minimum 14 časova u toku dana. U slučaju njegovog korišćenja za jačanje tonusa orofacijalnih mišića, korišćenje obuhvata češće i kraće periode vežbanja.

Upotreba trenažera. U poslednje vreme na tržištu su se pojavile prefabrikovani interceptivni aparati tzv. preortodontski trenažeri (Trainers; Myofunctional Research Co., Queensland, Australija) koji se koriste za uklanjanje loših navika sisanja prsta, tiskanja jezika i disanja na usta. Ovi aparati utiču kako na položaj jezika, obraza i usana, tako i na položaj zuba u vilicama. Zahvaljujući njihovoj konstrukciji, dete se uči disanju na nos, pravilnom pozicioniranju jezika tokom mirovanja, kao i njegovoj pravilnoj funkciji tokom gutanja. Preortodontski trenažeri se nose minimum 1 sat u toku dana plus tokom spavanja noću. Ovi aparati se mogu koristiti i za vežbanje mišića usne i obraza poput vestibularne ploče. Takođe, među ovim aparatima nalaze se i trenažeri za ranu intercepciju razvoja klase II i III po Angle-u. Iako trenažeri kombinuju principe terapije drugih funkcionalnih aparata – vestibularne ploče, branika za usne, bionatora po Balters-u, kao i regulatora funkcije po Fränkel-u, ovi aparati pokazuju prvenstveno dentoalveolarno dejstvo.

Korekcija obrnuti preklap sekutića

Obrnuti preklap sekutića ili prednji ukršteni zagrižaj karakteriše lingvalno postavljen jedan ili više gornjih prednjih zuba u odnosu na zube donje vilice. Rani tretman ove nepravilnosti sprečava njeno napredovanje u mnogo ozbiljniju skeletnu malokluziju i skraćuje vreme eventualnog ortodontskog tretmana u kasnijem uzrastu²¹. Takođe, ukoliko se ne leči, obrnut preklap sekutića može uzrokovati traumatsku okluziju gornjih centralnih sekutića što tokom vremena dovodi do učestalije pojave problema sa parodontcijumom, pokretljivosti, pa čak i frakture zuba²². Zavećinometodaterapijeukrštenozagrižaja, kakoprednjeg, takoibočnogneophodnajesaradnjapacijenta. Ishod terapije pre svega zavisi od volje pacijenta da prati uputstva stomatologa vezana za način terapije. Najčešće na decu pozitivno utiče kada im stomatolog na početku terapije objasni prirodu problema, zašto je bitno ukloniti ga, kao i to koje su tačno njihove odgovornosti tokom terapije. Prilikom svake naredne posete neophodno je podsticanje malog pacijenta na nošenje i pravilno korišćenje aparata. Nedostatak saradnje pacijenta vodi dugotrajnoj i mukotrpnjoj terapiji na kraju koje će rezultati izostati. Ukoliko se proceni da pacijent neće adekvatno saradivati, treba se odlučiti za neki od fiksnih aparata koji ne uključuju nikakvo angažovanje pacijenta.

Razlikuju se 3 vrste obrnutog preklopa sekutića:

- dentoalveolarni (terapija špatulom, kosinom, mobilnim aparatom sa oprugom ili šrafom za protruziju sekutića, fiksnim aparatom),
- funkcionalni (terapija selektivnim brušenjem) i
- skeletni (terapija podbradnom kapom, facijalna maskom).

Dentoalveolarni obrnut preklap sekutića podrazumeva najjednostavniji poremećaj preklopa sekutića koji se obično javlja prilikom nicanja gornjih stalnih sekutića. Ukoliko je obrnut preklap nastao kao posledica nedovoljne količine prostora neophodnog za njihovo nicanje, potrebno je obezbediti prostor brušenjem aproksimalnih strana ili vađenjem susednih mlečnih zuba. Za terapiju dentoalveolarnog obrnutog preklopa sekutića može se koristiti špatula, kosina, pločasti mobilni aparat sa oprugom za protruziju sekutića, kao i fiksni aparat.

Terapija špatulom predstavlja jednostavni vid terapije kod naznaka da će potpunim nicanjem zuba doći do njegovog obrnutog preklopa, kao i kod obrnutog preklopa samo jednog zuba²³. Drvena špatula treba da bude uska, odnosno ne šira od zuba koji se pomera da ne bi dovela do pomeranja susednih zuba. Pacijent treba da postavi vrh špatule iza incizalne ivice zuba, a potom da odupire donji kraj špatule o bradu čime se stvara pritisak za pomeranje zuba. S obzirom da je u pravilnom položaju špatula paralelna ravni zuba koji se pomera, kosina špatule predstavlja ravan koja usmerava zub prilikom nicanja ka labijalno. Kao druga vežba preporučuje se grickanje špatule zubom koji je u obrnutom preklopu, nekoliko puta u toku dana u serijama od 50 ponavljanja odnosno u trajanju 5-10 minuta²⁴. Ova vežba se sastoji od aktivne faze u kojoj pacijent jako zagriže špatulu i taj položaj zadrži dok izbroji do pet, i faze relaksacije u trajanju od 3 sekunde. Rezultati terapije vidljivi su već nakon par dana u vidu incizalnog odnosa sekutića il čak blagog pravilnog preklopa sekutića što utiče vrlo pozitivno na dalju motivaciju pacijenta.

Upotreba kosine. Kosina predstavlja najjednostavniji funkcionalni aparat čiji se princip delovanja zasniva na direktnom prenosu sile mišića na dentalne strukture što rezultuje pomeranjem zuba. Koristi se za ispravljanje obrnutog preklopa prednjih zuba koji je duže vreme prisutan u usnoj duplji. Razlikuju se mobilne i fiksne kosine. Mobilne kosine omogućavaju lakše održavanje oralne higijene zuba i usta, ali direktno zavise od saradnje pacijenta. Fiksne kosine se cementiraju na donje zube pacijenta i isključuju uticaj pacijenta na ishod terapije, a prosečno vreme njihovog nošenja je 2 do 3 nedelje²⁵. Kosinomogubitiizgrađeneodakrilatailikompozita. Običnokosinaprelazipreko incizalneisrednjetrećinedonjihsekutićaiočnjakadoksunjihovegingivalne

trećineslobodnedabiseizbeglaeventualnairitacijagingive. Vrh kosine se nalazi iza gornjih zuba koji su u obrnutom preseku otprilike do polovine njihove krunice. Preporučuje se da ravna kosina zahvata ugao od 45° sa okluzalnom ravni gornje vilice. Što je ova jago oštrije, veći je pritisak na zub gornje vilice koji se protrudira i obrnuto. Kosinu ne bi trebalo koristiti duže od 4 nedelje zbog moguće pojave prekomerne erupcije bočnih zuba i otvaranja zagrižaja.

Mobilni pločasti aparat sa oprugom ili šrafom za protruziju sekutića, kao i terapija bilo kojim mobilnim pločastim aparatom, zahteva uzimanje otiska pacijenta, saradnju sa zubnim tehničarem i izradu mobilnog aparata u laboratoriji. Ovi aparati mogu imati opruge zatvorenog tipa za protruziju samo jednog zuba ili opruge otvorenog tipa koje mogu obuhvatati i dva zuba istovremeno. Takođe, često se upotrebljavaju i mobilni aparati sa tzv. "z" oprugama. Za pomeranje više zuba odjednom moguće je ubaciti šraf za njihovo pomeranje u akrilatnu bazu aparata. Jedna od varijanti mobilnih aparata za protruziju gornjih zuba jeste i Bruckl-ov aparat²⁶ koji ima nalivenu kosinu u predelu donjeg fronta, a zahvaljujući prisustvu labijalnog luka može se koristiti i za retruziju donjih sekutića. Ovaj aparat se koristi kada se 1/3 ili 2/3 zuba u obrnutom preklopu nalaze iza donjih zuba. Da bi rezultati bili vidljivi neophodno je nošenje mobilnih pločastih aparata u trajanju od minimum 12 do 14 sati u toku dana.

Funkcionalni obrnuti preklon sekutića se javlja kao pseudo ili lažna progeenija kada mandibula pri liko mza tvaranja nailazi na rani kontakt sa nekim od zuba gornje vilice i skreće unapred stvarajući obrnuti preklon. Ukoliko se rani kontakt javi u mlađem uzrastu i prođe neprimećen, može doći do stvaranja malokluzije koju je kasnije mnogo teže ispraviti²⁷. Kod pacijenata sa obrnutim preklonom sekutića uzrokovanim ranim kontaktima i posledičnim skretanjem mandibule put napred, prilikom vođenja mandibule u položaj centralne okluzije prisutan je pravilan preklon sekutića ili eventualno ivični zagrižaj²⁸. Sa tretmanom ovih pacijenata treba započeti odmah po dijagnozi uzroka obrnutog preklopa. Što ranije krene sa terapijom to će onabiti kraćai učinkovitija, a rezultat stabilniji. Terapija je vrlo jednostavna i podrazumeva selektivno brušenje ranih kontakata i omogućavanje pravilnog vođenja mandibule do položaja centralne okluzije. Prisustvo ranih kontakata određuje se pomoću artikulacionog papira, a oni se potom uklanjaju pomoću dijamantskog borera skraćivanjem visine krunice zuba na kome se prevremeni kontakt nalazi. Ipak, u nekim slučajevima uzrok obrnutog preklopa sekutića je lingvalno postavljen gornji lateralni sekutić ili očnjak u kojim slučajevima je neophodno vratiti malpozicioniran zub na svoje mesto u luku bez potrebe za selektivnim brušenjem.

Skeletni obrnuti preklon sekutića se javlja kao obeležje kliničke slike prave progeenije gde se donja vilica nalazi ispred gornje usled nepravilnog rasta i razvoja koštanih struktura, bilo zbog smanjenog rasta maksile bilo zbog povećanog rasta mandibule²⁹. Unajranijem uzrastu deca za terapiju ovog poremećaja koriste se podbradna kapa i facijalna maska. O principu njihovog delovanja biće više reči u daljem tekstu. Takođe, kod skeletnog obrnutog preklopa sekutića nastalog kao posledica smanjenog rasta gornje vilice i normalnog rasta donje vilice (tzv. pseudoprogeenije) može se koristiti i funkcionalni pločasti aparat iz grupe regulatora funkcije po Fränkel-u tip III. Ovaj tkivno nošeni aparat odvaja muskulaturu obraza i usana od gornjeg alveolarnog grebena omogućavajući na taj način njegov nesmetani rast. Zbog svoje gracilnosti neophodna je pažljiva obuka i motivacija pacijenata za nošenje ovog aparata.

Bočno ukršten zagrižaj

Bočnoukrštenizagrižajpredstavlja poremećaj vilica u transverzalnom pravcu kadapalatalnekvržicejednogilivišegornjihzubaneokludirajusacentralnimfosamazuba antagonistu, odnosnokadasuzubiugornjojvilicioralnijepostavljeniuodnosunazubedonjevilice.

Bočnoukrštenizagrižajmožebiti prisutan sajedneilisaobe strane vilica.

Kod decesamlečnom denticijom, najčešće je prisutan unilateralni bočnoukrštenzagrižajkojisekasnije, ukoliko senepreduzmepotrebni tretman, preneseinastalnu denticiju. Izostanak tretmana ove nepravilnosti vodi asimetriji lica, nepoklapanju sredine lica sa sredinom donje vilice i vrhom brade, pa čak i promenama u načinu rasta struktura lica³⁰. Poreklo unilateralnog bočnog ukrštenog zagrižaja može se dovesti u vezu sa korišćenjem cuclilivaralica ili hranjenja na bočnicu tokom dužeg perioda, kratkim frenulumom jezika, smanjenom širinom zubnog luka gornje vilice ili povećanom širinom zubnog luka donje vilice³¹.

Razlikuju se 3 vrste bočno ukrštenog zagrižaja:

- dentoalveolarni (terapija pokretnim mobilnim aparatima),
- funkcionalni (terapija selektivnim brušenjem) i
- skeletni (terapija pokretnim mobilnim aparatima, aparatom sa “RPE” šrafom, Quad Helix-om).

Dentoalveolarni bočno ukršteni zagrižaj najčešće zahvata manji broj zuba u luku, a nastaje isključivo kao posledica pomeranja zuba. Terapija ove nepravilnosti podrazumeva upotrebu mobilnog pločastog aparata sa šrafom na sredini baze aparata u cilju jednakog širenja zubnog luka ukoliko je reč o obostrano bočno ukrštenom zagrižaju. Kod terapije unilateralnog bočno ukrštenog zagrižaja, ploča se seče asimetrično, a šraf se postavlja tako da vestibularno pomera jedan ili više zuba koji se nalaze u obrnutom preklopu³². Po potrebi, može se dodati nagrizni greben na tretiranoj strani radi lakšeg pomeranja zuba gornje vilice. Aparatjenezepohodnonositiminimum 12 do 14 časovautokudana.

Funkcionalni bočno ukršteni zagrižaj. Kao što je već pomenuto, pojava ranih kontakata može dovesti do skretanja mandibule put napred, put nazad ili bočno. Ukoliko mandibula sklizne bočno doći će do pojave bočno ukrštenog zagrižaja. Kod ovog poremećaja uobičajena je pojava blage obostrane uskosti gornjeg zubnog luka što usmerava mandibulu na skretanje u bočni položaj radi uspostavljanja komfornije i stabilnije okluzije. U suprotnom, ukoliko do skretanja donje vilice ne bi došlo, zubi bi okludirali “krunica-na-krunicu”, što je i vidljivo u položaju centralne relacije³³. Kao posledica skretanja mandibule u slučaju blage uskosti maksilarnog luka dolazi do formiranja normalne okluzije sa jedne strane i bočno ukrštenog zagrižaja sa druge strane. Terapija se ogleda u selektivnom brušenju ranih kontakata na zubima mlečne denticije, najčešće u predelu očnjaka.

Skeletni bočnoukrštenizagrižaj prisutan je kod neusklađenosti razvoja gornje i donje vilice u transverzalnom pravcu. Uzrok nepravilnosti može biti uskost gornje vilice ili povećana širina donje vilice. Ukoliko se nepravilnost javlja sa jedne strane zubnog luka najčešće se lako uočava već inspekcijom pacijenta usled prisustva asimetrije lica. Ipak, kod obostrano bočno ukrštenog zagrižaja, asimetrije lica nisu prisutne. Iako se širina zubnog luka povećava tokom prelaska iz mlečne u mešovitu denticiju kako u interkaninomu tako i u intermolarnom sektoru, ponekad je ova razlika nedovoljna i neophodno je započeti sa terapijom. Pored aparata koji su pomenuti u terapiji dentoalveolarnog tipa bočno ukrštenog zagrižaja, skeletni tip može se lečiti i aparatom za otvaranje palatalne suture mediane koji omogućava brzo širenje zubnih lukova. Ovaj aparat sadrži tzv. “RPE” (Rapid Palatal Expansion) šraf. U zavisnosti od vremena nošenja (koje je minimalno 12 do 14 sati u toku dana), okretanjem šrafa može se dobiti i do 10 mm više širine zubnog luka, odnosno 1.5 do 3.5 mm na svakih 7 dana terapije. Ovaj aparat može biti

mobilni ili cementiran u ustima u zavisnosti od procene saradnje pacijenta. Takođe, širenje gornje vilice u transversalnom pravcu moguće je i pomoću aparata Quad Helix koji se sastoji iz žice sa 2 ili 4 spiralna navoja, a može biti mobilan ili cementiran prstenovima za gornje prve stalne molare. Pomoću ovog aparata može se dobiti i do 8 mm širine zubnog luka, odnosno 0.5 do 1.0 mm tokom nedelju dana. Quad Helix omogućava stabilnije rezultate u odnosu na "RPE" šraf, kao i manji recidiv nakon terapije. Recidiv se može izbeći hiperkorekcijom nepravilnosti tokom terapije ili dužim periodom retencije nakon tretmana.

Spontana korekcija ukršenog zagrižaja se navodi u literaturi³⁵, mada je u svakodnevnoj praksi vrlo retko prisutna pa se pre može smatrati izuzetkom nego pravilom.

Sprečavanje razvoja skeletnih nepravilnosti

Sprečavanje razvoja skeletnih nepravilnosti buhvata intercepcijom nastanka i razvoja malokluzija klase I i klase III. Terapija ovih malokluzija bazira se na obuzdavanju tj. kočenju ili podsticanju rasta koštanih struktura gornje i donje vilice. Aparati koriste period rasta i razvoja koštanih struktura za ispravljanje skeletnih anomalija samim tim smanjujući potrebu za eventualnom kasnijom ortognatom hirurgijom.

Skeletna klasa II ili distalni zagrižaj podrazumeva distalni položaj donje u odnosu na gornju vilicu. Interceptivna terapija ove malokluzije se razlikuje u zavisnosti od uzroka nastanka klase II koji mogu biti:

- povećan rast maksile u sagitalnom pravcu (maksilarni prognatizam),
- smanjen rast mandibule u sagitalnom pravcu (mandibularni retrognatizam) ili
- njihova kombinacija.

Ukoliko je reč o **povećanom rastu gornje vilice**, terapija se ogleda u obuzdavanju njenog rasta pomoću headgear-a u kombinaciji sa elastičnom vučom. Headgear predstavlja aparat koji se sastoji od dvostrukog metalnog luka, ekstraolarnog uporišta i elastičnih traka koje ih povezuju. Krajevi unutrašnjeg luka ulaze u tube na ortodontskim prstenovima cementiranim na gornjim prvim stalnim molarima čime se sila prenosi na ceo maksilofacijalni kompleks³⁶. Krajevi spoljašnjeg luka završavaju se kukama koje se kače elastičnim trakama. U zavisnosti od usmerenosti elastičnih traka razlikujemo cervikalni, parijetalni i okcipitalni headgear. Primena headgear-a u mešovitoj denticiji omogućava kočenje rasta gornje vilice putem vršenja pritiska u suturama i sprečavanja apozicije kosti. Ove dejstvo omogućavaju intermitentne sile jačine 250 do 480 g po strani. Najbolje rezultate headgear pokazuje tokom nošenja kod pacijenata sa mešovitom denticijom³⁷. Preporučeno vreme nošenja headgear-a je 12 do 14 časova u toku dana, a po mogućstvu tokom večeri i noći jer je količina lučenja hormona rasta najveća u ovom periodu. Takođe, headgear se može koristiti i u terapiji skeletno otvorenog zagrižaja.

Ako je uzrok pojave klase II **smanjen rast mandibule**, u tretmanu se koriste miofunkcionalni aparati poput aktivatora tj. monobloka. Monoblok predstavlja mobilni bimaksilarni miofunkcionalni aparat koji služi za vođenje mandibule u mezijalni položaj. Takođe, aktivator se može koristiti i u terapiji loših navika usled nemogućnosti postavljanja prsta ili jezika između zubnih lukova. Kod terapije klase II, monoblok dovodi do stimulacije rasta donje vilice, zaustavljanja rasta gornje vilice, retruzije gornjih sekutića, protruzije donjih sekutića, kao i mezijalnog dentoalveolarnog pomaka u donjoj vilici. Zbog ovih pomeranja njegova primena je kontraindikovana kod otvorenog zagrižaja. Takođe, kod pacijenata sa opstrukcijom nosa, neophodno je napraviti rupice u akrilnoj bazi da bi se omogućila oralna respiracija. U slučaju loše navike disanja na usta, ove rupice se nakon nekog vremena postepeno zatvaraju. Monoblok može

sadržati i aktivne delove poput šrafa za širenje vilica ili opruga za protruziju pojedinih zuba. Aparat je neophodno nositi 12 do 14 sati u toku dana.

Skeletna klasa III ili mezijalni zagrižaj podrazumeva mezijalni položaj mandibule u odnosu na maksilu. Uzroci nastanka i razvoja ove malokluzije mogu biti:

- povećan rast mandibule u sagitalnom pravcu (mandibularni prognatizam),
- smanjen rast maksile u sagitalnom pravcu (maksilarni retrognatizam) ili
- njihova kombinacija.

Terapija klase III uzrokovane **mandibularnim prognatizmom** ogleda se u korišćenju podbradne kape sa ili bez headgear-a. Podbradna kapa obuzdava povećani rast mandibule uz njenu eventualnu distalizaciju i pregradnju u zglobu. Ipak, podbradna kapa ne zaustavlja rast donje vilice već dovodi do njene posteriorne rotacije. Sastoji se iz kalote za bradu ili headgear-a, kape za glavu i elastičnih traka koje ih povezuju. Ovaj mobilni ekstraoralni ortodontski aparat koristi se u terapiji progenije, kao i otvorenog zagrižaja. Prilikom primene u terapiji progenije, rezultanta sile elastičnih traka jačine 800 – 1200 grama usmerena je prema nazad (paralelno sa mandibularnom ravni), dok se je u tretmanu otvorenog zagrižaja usmerena prema nazad i gore. U oba slučaja kraci elastične trake treba da budu iste dužine i jačine sile vuče da tokom terapije ne bi došlo do skretanja brade u jednu stranu. Nošenje aparata se preporučuje u trajanju od 12 do 14 sati u toku dana, a kao i drugi mobilni ortodontski aparati, nakon aktivnog dela terapije koristi se i tokom perioda retencije kada se vreme nošenja u toku dana postepeno smanjuje.

Klasa III kojoj je uzrok **maksilarni retrognatizam** zahteva terapiju facijalnom maskom. Na tržištu se mogu naći facijalne maske koje nose ime po različitim proizvođačima poput Delar-a, Petit-a i dr., a koje imaju isti princip dejstva³⁸. Facijalna maska sastoji se od glavnog rama, kalote za bradu, čeonog dela i poprečnog dela za koji se kače elastične gumice. Ovaj aparat oslanja se na čelo i bradu i koristeći ih kao uporište primenjuje ekstraoralne sile koje za posledicu imaju pomeranje maksile put napred. Terapiju najbolje započeti čim se nepravilnost dijagnostikuje, odnosno još u periodu mlečnedenticije ukoliko je to moguće³⁹. Za delovanje maske, neophodno je i prisustvo intraolarnog aparata koji se cementira na gornje mlečne očnjake i na gornje prve stalne ili druge mlečne molare u zavisnosti od uzrasta pacijenta. Ovaj intraolarni aparat pored prstenova sadrži i palatinalni luk koji povezuje prstenove, kao i vestibularni luk na kome se nalaze omče. Omče se elastičnim gumicama povezuju sa facijalnom maskom omogućavajući njeno dejstvo. Elastične gumice stvaraju sile intenziteta 300 do 500 g na svakoj strani vilice, a ravan njihovog prostiranja pokazuje pravac pomeranja maksile. Preporučeno vreme nošenja je 12 do 14 časova u toku dana.

Bilo da se koristi facijalna maska ili fiksni aparati, ukoliko se terapija klase III sprovede u najranijem uzrastu pacijenta, najveći broj pacijenata neće imati potrebu za kasnijom ortodontskom terapijom ili ortognatom hirurģijom

Interceptivna ortodoncija ima brojne prednosti. Pre svega, tu je uticaj na oralno zdravlje pacijenta u vidu stvaranja dovoljno prostora za zube koji niču i čuvanja prostora za neiznikle zube, samim tim smanjujući potrebu za eventualnim kasnijim vađenjem zuba. Takođe, interceptivna ortodoncija se bavi terapijom loših navika pacijenta kao što su sisanje prsta, sisanje usne i disanje na usta. Terapijom u ranom uzrastu može se uticati na tip rasta lica i vilica i delovanje ne samo na dentalne, već i na skeletne nepravilnosti poput nerazvijene donje ili gornje vilice. Interceptivna stomatologija koriguje nepravilnosti u sva tri pravca – sagitali (obrnuti preklap), vertikalni (otvoren zagrižaj) i transverzalni (ukršten zagrižaj)^{3,4} Bez obzira da li je reč o uticaju na dentalne ili skeletne strukture, rezultati rane terapije su mnogo stabilniji u odnosu na

isti tretman u starijem uzrastu, a kasnija terapija preostalih nepravilnosti je znatno skraćena, a često nije ni potrebna. Takođe, saradnja pacijenata u mlađem uzrastu je mnogo bolja u odnosu na pacijente u uzrastu tinejdžera.⁵ Tako, korišćenjem postupaka i aparata koji su jeftiniji, jednostavniji i iziskuju kratkotrajniji tretman, primena interceptivne ortodoncije u odgovarajućem uzrastu utiče i na smanjenje ukupnih troškova zdravstvenog osiguranja⁶

I ako literaturni podaci pokazuju zadovoljavajuće rezultata u rehabilitacije poremećenih funkcija i odvikavanja od loših navika, kao i ublažavanju nepravilnosti zagrižaja u sva tri pravca, u praksi najveći problem u prestavlja što uspeh zavisi od saradnje pacijenta i njegove uže okoline kao i vremena kad je pacijent upućen kod ortodonta.

Literatura:

1. Proffitt WR. *Treatment planning for preadolescents (early mixed dentition)*. In: Proffitt WR, Fields HW, Sarver DM, editors. *Contemporary orthodontics, 4th edition*. St. Louis: Mosby Year Book; 2007. p. 431-432.
2. Rao A. *Preventive and Interceptiv Orthodontics*. In: *Principles and Practice of Pedodontics, 2nd edition*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2008. p. 122.
3. Serhal JB, Bassil-Nassif N, Steil-Hutereau O. *Interceptive treatments for deformities in the vertical dimension*. Article in *FrenchOrthod Fr*. 2006 Jun;77(2):215-45. ;
4. Glineur R, Boucher C, Balon-Périn A. *Interceptive treatments (ages 6-10) of transverse deformities: posterior crossbite*. Article in *FrenchOrthod Fr*. 2006 Jun;77(2):249-52.
5. de Mûelenaere KR, Wiltshire WA. *The status of the developing occlusion of 8-9 year-old children from a lower socio-economic group in a developing country*. *J Dent Assoc S Afr*. 1995 Mar;50(3):113-8.
6. Karaiskos N, Wiltshire WA, Odlum O, Brothwell D, Hassard TH. *Preventive and interceptiv orthodontic treatment needs of an inner-city group of 6- and 9-year-old Canadian children*. *J Can Dent Assoc*. 2005 Oct;71(9):649.
7. Shetty SR, Munshi AK. *Oral habits in children--a prevalence study*. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 1998 Jun;16(2):61-6.
8. Proffitt WR. *The Etiology of Orthodontic Problems*. In: Proffitt WR, Fields HW, Sarver DM, editors. *Contemporary orthodontics, 4th edition*. St. Louis: Mosby Year Book; 2007. p. 151-153.
9. Ngan P, Fields H. *Orthodontic diagnosis and treatment planning in the primary dentition*. *ASDC J Dent Child*. 1995 Jan-Feb;62(1):25-33.
10. Ngom PI, Fall AT, Toure KO, Badiane A, Diouf JS, Ba KD. *Passive correction of an anterior open bite related to non-nutritive sucking habits: report of a case* Article in *French Odontostomatol Trop*. 2011 Dec;34(136):5-10.
11. Fraser C. *Tongue thrust and its influence in orthodontics*. *Int J Orthod Milwaukee*. 2006 Spring;17(1):9-18.
12. Lebrun Y. *Tongue thrust, tongue tip position at rest, and sigmatism: a review*. *J Commun Disord*. 1985 Aug;18(4):305-12.
13. Schlenker WL, Jennings BD, Jeiroudi MT, Caruso JM. *The effects of chronic absence of active nasal respiration on the growth of the skull: a pilot study*. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2000 Jun;117(6):706-13.;
14. Ricketts RM. *Respiratory obstructionsyndrome*. *Am J Orthod*. 1968 Jul;54(7):495-507.
15. Gulati MS, Grewal N, Kaur A. *A comparative study of effects of mouth breathing and normal breathing on gingival health in children*. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 1998 Sep;16(3):72-83.
16. Preston CB. *Chronic nasal obstruction and malocclusion*. *J Dent Assoc S Afr*. 1981 Nov;36(11):759-63..
17. Jonas I, Schlechter W, Mann W. *The effect of the perforated vestibular screen on nasal respiration*. *EurJOrthod*. 1983 Feb;5(1):59-65
18. Rakosi T, Graber TM. *Functional Orthodontic and Functional Orthopedic Treatment*. In: *Orthodontic and Dentofacial Orthopedic Treatment, 1st edition*. Stuttgart – New York: Thieme;2009. p. 69-70..
19. Patti A, Perier G. *Preface*. In: *Clinical success in early orthodontic treatment*. London: Quintessence Publication; 2005. p. 8.
20. Richardson A. *Interceptive orthodontics in general dental practice. Part I--Early interceptiv treatment*. *Br Dent J*. 1982 Feb 2;152(3):85-9.
21. Riccioli GA. *Social orthodontics (use of a tongue blade for the correction of tooth malposition)*. Article in *Italian Mondo Odontostomatol*. 1971 Dec 31;14(1):73-4.

22. Phulari BS, Naik P. Correction of Anterior Crossbite. In: *Orthodontics: Principles and Practice, 1st edition.* New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2011. p. 553-4..
23. Prakash P, Durgesh BH. Anterior Crossbite Correction in Early Mixed Dentition Period Using Catlan's Appliance: A Case Report. *ISRN Dent.* 2011;2011:298931. Epub 2010 Nov 23..
24. Jirgensone I, Liepa A, Abeltins A. Anterior crossbite correction in primary and mixed dentition with removable inclined plane (Bruckl appliance). *Stomatologija.* 2008;10(4):140-4.
25. Mok CW, Wong RW. Self correction of anterior crossbite: a case report. *Cases J.* 2009 Jul 14;2:6967..
26. Kapur A, Chawla HS, Utreja A, Goyal A. Early class III occlusal tendency in children and its selective management. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2008 Sep;26(3):107-13.
27. Ngan P, Hu AM, Fields HW Jr. Treatment of Class III problems begins with differential diagnosis of anterior crossbites. *Pediatr Dent.* 1997 Sep-Oct;19(6):386-95.
28. Petrén S. Correction of unilateral posterior crossbite in the mixed dentition. *Studies of treatment effects, stability and cost-effectiveness.* *Swed Dent J Suppl.* 2011;(212):11-83.
29. Melink S, Vagner MV, Hocevar-Boltezar I, Ovsenik M. Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010 Jul;138(1):32-40.
30. Deshayes MJ. Dentofacial Orthopedics to treat facial asymmetries before six years of age. How to balance craniofacial growth and enhance temporomandibular function. Article in *French Orthod Fr.* 2010 Sep;81(3):189-207. Epub 2010 Aug 17.
31. Malandris M, Mahoney EK. Aetiology, diagnosis and treatment of posterior cross-bites in the primary dentition. *Int J Paediatr Dent.* 2004 May;14(3):155-66..
32. Sangwan S, Chawla HS, Goyal A, Gauba K, Mohanty U. Progressive changes in arch width from primary to early mixed dentition period: a longitudinal study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011 Jan-Mar;29(1):14-9.
33. Faber RD. The differential diagnosis and treatment of crossbites. *Dent Clin North Am.* 1981 Jan;25(1):53-68.
34. Ram S, Nanda RS, Dandajena TC. The Role of the Headgear in Growth Modification. *Semin Orthod.* 2006 Mar; 12(1):25-33..
35. Pirttiniemi P, Kantomaa T, Mäntysaari R, Pykäläinen A, Krusinskiene V, Laitala T, Karikko J. The effects of early headgear treatment on dental arches and craniofacial morphology: an 8 year report of a randomized study. *Eur J Orthod.* 2005 Oct;27(5):429-36. Epub 2005 Jun 16..
36. Aileni KR, Rachala MR. Early treatment of class III malocclusion with Petit facemask therapy. *Int J Orthod Milwaukee.* 2011 Winter;22(4):41-5.
37. Glišić B, Šćepan I, Nikolić Z, Đorđević D. Changes in Position and Relationship Between Jaws in Children Treated With Delair's Mask. *Serbian Dental J.* 2004;51(4):177-82.
38. Gebeile-Chauty S, Perret M, Schott AM, Akin JJ. Early treatment of Class III: a long-term cohort study. Article in *French Orthod Fr.* 2010 Sep;81(3):245-54. Epub 2010 Aug 17.

MESTO I ULOGA SREDSTAVA ZDRAVSTVENO-VASPITNOG RADA U ZDRAVSTVENOM VASPITANJU I PROMOCIJI ORALNOG ZDRAVLJA

Vanja Petrović

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju

Stavovi o zdravstvenom vaspitanju i ciljevi su se manjali tokom vremena, a najviše kroz razumevanje socijalnih i ekonomskih činilaca koji određuju zdravlje. Nekada je to bio koncept- sprečiti bolest, a danas- očuvati zdravlje.

Postoje brojne definicije zdravstvanog vaspitanja, a jednu od prvih dao je Ekspertni komitet za edukaciju stanovništva u oblasti zdravlja, formiran od SZO gde se kaže da je zdravstveno vaspitanje skup iskustava i situacija koje u životu pojedinca, grupe ili zajednice mogu da dovedu do promena njihovih verovanja, stavova i ponašanja u odnosu na zdravstvene probleme.

SZO je takođe dala svoju definiciju: zdravstveno vaspitanje je aktivan proces učenja i osposobljavanja pojedinca i zajednice da se koristi znanjem o psihičkom i socijalnom zdravlju. Ima za cilj podizanje svesti pojedinaca i celokupnog stanovništva o značaju zdravlja da bi se na osnovu stečenog znanja formirale navike, stavovi i postupci koji najbolje služe očuvanju kako individualnog tako i kolektivnog zdravlja stanovništva.

U praksi se poistovećuje sa zdravstvenom propagandom ili zdravstvenim prosvetivanjem. Treba naglasiti da je zdravstvena propaganda samo početni segment zdravstvenog vaspitanja gde je cilj da se šira javnost informiše i zainteresuje u vezi aktuelnih zdravstvenih problema. Zdravstvenim prosvetivanjem se stiču znanja o čuvanju zdravlja. Zdravstveno vaspitanje je širi pojam koji podrazumeva da se znanje usvoji i primeni.

Sredstva zdravstveno vaspitnog rada se dele prema tome na koja čula deluju: audio, vizuelna i audio- vizuelna. Ona predavaču pomažu u radu a podučavanoj osobi da lakše nauči sa ciljem da se na neposredan i slikovit način prenesu zdravstveno-vaspitne informacije. Kao što je pomenuto, njima se deluje na čula, a najefikasnija je kombinacija vizuelnih i govornih informacija gde su angažovani čulo vida i sluha istovremeno. Dele se na očigledna i sredstva masovnog informisanja. U očigledna sredstva zdravstvenog vaspitanja spadaju: izložbe, film slike, crteži, štampa (plakati, slikovnice, knjige, brošure, članci, priče) i živa reč (ploče, CD). Izložbe mogu biti opšte i specijalizovane. Opšte su većeg obima i opšte tematike, napr. higijena, ishrana, oralno zdravlje. Specijlizovane izložbe se organizuju u obdaništima, školama, savetovaništima, čekaonicama i namenjene su određenim grupama sa istim potrebama.

Štampana sredstva su najčešći oblik masovnih informacija i zdravstvenog vaspitanja. Mogu biti u vidu plakata, postera, brošura, slikovnica, knjiga, pisama, novina, časopisa. Sve je veći broj usko orjentisanih časopisa sa aktelnim zdravstvenim temama, informacijama i savetima za rešavanje određenih zdravstvenih problema. Namenjena su zdravstvenom informisanju na određenu temu koja se odnosi na život i zdravlje čoveka. Štampa i novine uopšte, posmatrane kao način zdravstvenog informisanja mogu biti dobar vid informisanja, ali dešava se da iako su autori kompetentne i stručne ličnosti, novinari senzacionalističkim naslovima mogu navesti na pogrešne zaključke („bezbolna popravka zuba“ „lečenje karijesa savremenim materijalima“ i sl.). Štampana sredstva su najčešći oblik masovnih informacija i zdravstvenog vaspitanja. Mogu biti u vidu plakata, postera, brošura, slikovnica, knjiga, pisama, novina, časopisa. Sve je veći broj usko orjentisanih časopisa sa aktelnim zdravstvenim temama, informacijama i savetima za rešavanje određenih zdravstvenih problema. Namenjena su zdravstvenom informisanju na

određenu temu koja se odnosi na život i zdravlje čoveka. Štampa i novine uopšte, posmatrane kao način zdravstvenog informisanja mogu biti dobar vid informisanja, ali dešava se da iako su autori kompetentne i stručne ličnosti, novinari senzacionalističkim naslovima mogu navesti na pogrešne zaključke („bezbolna popravka zuba“ „lečenje karijesa savremenim materijalima“ i sl.). Plakat je dizajniran da privuče pažnju, bez previše teksta, sa slikama i ciljem da zainteresuje posmatrača i pokrene ga na aktivnost. Brošure i leci se najčešće nalaze u stomatološkim ordinacijama i čekaonicama i sadrže različite savete i informacije. U današnje vreme se ne može isključiti internet kao vid masovnog informisanja pa i u cilju zdravstvenog vaspitanja. Ljudi su više nego ranije motivisani da sami traže savete ili odgovore na pojedine teme i zdravstvene probleme. Mora se naglasiti da je potrebna doza opreza jer dostupne informacije ne moraju poticati od kompetentnih ličnosti, ustanova i stručnih tela ili priznatih međunarodnih organizacija.

KAKO PREVENIRATI KARIJES PUTEM ISHRANE

Ivan Tušek¹, Jasmina Tušek², Branislav Tušek³

Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Klinika za stomatologiju Vojvodine¹, stomatološka ordinacija "Palmadent"², Univerzitet u Novom Sadu, Institut za plućne bolesti Vojvodine, Klinika za opstruktivne bolesti pluća i akutne pneumopatije, Sremska Kamenica³

Disbalans nutrienata u toku odontogeneze, naročito u stadijumima morfodiferencije, apozicije i maturacije zuba, može rezultovati različim poremećajima u rastu i razvoju, koji direktno i/ili indirektno predisponiraju novoiznikle zube za nastanak karijesa. Brojna istraživanja ukazuju da malnutricija i deficit nutritivnih faktora ima uticaja na nastanak linearne gleđne hipoplazije (LGH), povećanu rastvorljivost gleđi i redukciju salivarnog protoka u usnoj šupljini što upliviše na veću akumulaciju dentalnog biofilma i povećava prijemčivost zuba za karijes. Preporukama za unos nutrienata, američke asocijacije za hranu i lekove (FDA) navode se referentne vrednosti u odnosu na pol i uzrast, ukazujući na prevenciju strukturnih i morfoloških anomalija zuba kao faktora rizika za nastanak karijesa kao najrasprostranjenije bolesti XXI veka¹. Ishrana je integralna komponenta celokupnog, a samim tim i oralnog zdravlja. Hrana koja se konzumira može direktno ili indirektno uticati na zdravlje zuba. Sa druge strane, zdravlje zuba odnosno njihov gubitak, utiče na izbor hrane koja može da se konzumira. Dentalgija ili gubitak zuba onemogućava osobi da uzima čvrstu, vlaknastu i nedovoljno termički obrađenu zdravu hranu a često je uzrok malnutricije što čini *circulus vitiosus*. Istraživanja u svetu jasno ukazuju na uticaj ishrane na nastanak i progresiju karijesa. Pozitivna korelacija između unosa saharoze, i prevalencije i težine karijesa je u tolikoj meri izražena da su šećeri pored prijemčivosti domaćina i prisustva kariogenih bakterija, prepoznati kao jedan od najznačajnijih etioloških faktora. Međutim, karijesni proces neće nastati i pored povećane prijemčivosti zuba i visoke koncentracije mutantnih streptokoka (MS) ukoliko je zastupljena nekariogena ishrana. Kariogenost, kariostatičnost ili antikariogenost hrane je u tesnoj vezi sa njenim oblikom, sastavom, frekvencijom unošenja, retencionim vremenom, kao i njenom sposobnošću da stimuliše lučenje pljuvačke. Primećeno je da osobe sa lakto-vegetarijanskom ishranom i niskim unosom šećera, kao i deca sa naslednom intolerancijom fruktoze, manje oboljevaju od karijesa. Kada se govori o šećerima prvenstveno se misli na saharozu, međutim dosta se često u ishrani upotrebljavaju i tzv. „slobodni šećeri“, koji su pridodati hrani tokom proizvodnje, termičke obrade ili su prirodno zastupljeni u medu, voću i voćnim sokovima. Kariogeni mikroorganizmi iz dentalnog biofilma metabolišu ugljene hidrate, stvarajući kiseline koje smanjuju pH dentalnog biofilma i forsiraju demineralizaciju gleđi. Na kariogenost hrane utiču: konzistencija, adhezivnost, abrazivnost, viskoznost, vlažnost, termička obrađenost i dr. Dugotrajno zadržavanje hrane u ustima takođe predstavlja potencijalni rizik za nastanak karijesa. Povećan sadržaj vode u hrani smanjuje njenu kariogenost, mada i suviše tečna hrana može predstavljati problem ukoliko se često uzima i/ili su u njoj zastupljeni šećeri. Fizičke-hemijske karakteristike hrane utiču i na sam akt žvakanja kao i lučenje, količinu i sastav pljuvačke. Intenzivno žvakanje hrane daje veću količinu alkalnije pljuvačke, koja sadrži više kalcijuma i fosfata nego nestimulisana pljuvačka što smanjuje prijemčivost zuba za karijes. Istraživanja su takođe pokazala da tečna ishrana dovodi do atrofije salivarnih žlezda i redukcije salivarnih proteina što se negativno odražava na dentalni i oralni morbiditet uopšte². Stoga je neophodno da u cilju povećanja samočišćenja odn. smanjenja retencije hrane u ustima, konzumiramo čvrstu, abrazivnu, vlaknastu, nerafiniranu

hranu koja će stimulisati lučenje pljuvačke i smanjiti količinu dentalnog biofilma. Dokazano je da svako uzimanje hrane dovodi do sniženja pH vrednosti u dentalnom biofilmu, i demineralizacionih procesa na površini gleđi³. Vreme koje je neophodno za neutralizaciju kiselog sadržaja iznosi i do 90 min., zavisno od adhezivnosti i kiselosti hrane i napitaka. Ukoliko se poveća učestalost uzimanja hrane i napitaka, drastično se smanjuje vreme za remineralizaciju, što dovodi do nastanka prvo nekavitetne a zatim i kavitetne karijesne lezije. S obzirom da ne postoji hrana koja nije kariogena, racionalnije je govoriti o „nekariogenoj“ ishrani. Analizirajući hemijski uticaj hrane, prvenstveno mislimo na dejstvo „kisele“ hrane koja utiče na pH pljuvačke i dentalnog biofilma. Konzumacija citričnog voća, limuna, voćnih i gaziranih sokova, belih vina kao i zakišljenih rafiniranih povrća zahvaljujući stimulisanoj hipersalivaciji i puferima pljuvačke, nije u stanju da toliko snizi pH da dovede do demineralizacije gleđi. Mnogo „opasnija“ je hrana koja nije kisela, a sadrži tzv. „skrивene šećere“ (kečap, konzervirana jela, dehidrirano povrće) koji se metabolišu, pri čemu nastali kiseli metaboliti uzrokuju demineralizaciju gleđi. Ishrana je ključni faktor za rast, razvoj i održavanje oralnih tkiva. U toku intenzivnog ćelijskog rasta u odontogenezi, različiti poremećaji i deficiti u ishrani mogu uticati na rast i razvoj zuba. U preeruptivnom periodu nutricija može uticati na hemijski sastav, morfologiju, veličinu zuba i maturaciju gleđi. Malnutricije u ovom periodu povećavaju prijemčivost zuba za karijes. Nakon erupcije zuba uticaj ishrane je lokalnog karaktera. U zavisnosti od vrste ishrane kao i navika u ishrani može se ubrzati ili usporiti nastanak karijesa. Savremena kariologija definiše karijes kao multikauzalno, multifazno, reverzibilno oboljenje infektivne prirode koje je direktno zavisno od ishrane. Ukoliko je godišnja potrošnja šećera po osobi manja od 10 kg, nivo dentalnog karijesa je nizak i obrnuto. U vezi sa tim, preporučuje se redukcija šećera na manje od 10% od ukupnih energetske potrebe. Skrob, saharoza, fruktoza i glukoza su najzastupljeniji u ljudskoj ishrani. Saharoza je najkariogenija jer se njenim metabolisanjem sintetišu ekstracelularni polimeri koji omogućavaju adherenciju bakterija na površinu zuba i intracelularni polisaharidi, glikogen-amilopektinskog tipa koji su energetske depo kariogenih mikroorganizmima. Katabolizam intra i ekstracelularnih polisaharida značajno produžava nizak nivo pH u dentalnom biofilmu i ima dominantnu ulogu u etiologiji karijesa posebno kada je količina pljuvačke smanjena. Za implantaciju MS je dovoljna i niska koncentracija saharoze. Istraživanja su pokazala da je u inicijaciji i progresiji karijesa značajnija frekvencija unošenja ovog metabolita nego ukupno unešena količina. *Trehaloza i izomaltoza* imaju niži kariogeni potencijal od saharoze dok su polisaharidi u ishrani najmanje kariogeni ukoliko nisu termički obrađivani. Termički obrađen skrob može biti više acidogen od manje atezivnih šećera koji se brzo eliminišu pljuvačkom. Posebnu pažnju treba obratiti na frekvenciju unosa ugljenih hidrata i njihovu kombinaciju sa proteinima i mastima u toku obroka („model ishrane“). Dokazano je da osobe koje konzumiraju slatkiše između obroka češće obolevaju od karijesa od onih koji ih uzimaju u toku glavnog obroka. Masna ishrana u posteruptivnoj fazi zuba, korelira sa redukcijom karijesa. Lipidi ubrzavaju oralni klirens partikula hrane nakon obroka stvarajući tanak film te površina gleđi biva fizički izolovana od kariogenih nutrienata i zaštićena od demineralizacije. Utvrđeno je i da određene masne kiseline (linoleinska, oleinska) imaju antimikrobno dejstvo ometajući glikolizu i time inhibiraju rast kariogenih bakterija. Masti stvaraju tanak film i oko ugljenih hidrata i na taj način onemogućavaju mikroorganizme da ih koriste. Epidemiološka istraživanja su pokazala znatno nižu prevalenciju karijesa (do 80%) kod određenih populacionih grupa (Eskimi) koje svoje energetske potrebe uglavnom zadovoljavaju unosom masne hrane⁴. Savremeni nutricionisti ne zagovaraju ovaj način prevencije karijesa i predlažu da ukupan unos masti ne bude više od 25 do 35% ukupnih

energetskih potreba. Izražene malnutricije u sklopu nekih metaboličkih poremećaja (kwashiorkor) generalno negativno utiču na sintezu proteina pa i na sintezu gleđnog matriksa u periodu formiranja klice zuba, što se kasnije i klinički manifestuje u vidu LGH, zakasnelog nicanja zuba, povećane rastvorljivosti gleđi i samim tim veće sklonosti karijesu. Proteinski deficit, prvenstveno glikoproteina, salivarne peroksidaze, laktoferina i kazeina značajno povećava prijemčivost zuba za karijes što je potvrđeno i na animalnom modelu. Danas se smatra da proteini u ishrani nisu kariogeni ali njihov manji unos povećava zastupljenost ugljenohidratnih nutrienata u ukupnim energetskim potrebama što je u direktnoj korelaciji sa višom rasprostranjenosti karijesa. Interesantno je da konzumacija tvrdih sireva deluje protektivno čak i u prisustvu kariogene hrane što je verovatno posledica visokog sadržaja proteina, kalcijuma i fosfata u njima ali i fizičke stimulacije salivacije u toku akta žvakanja. Vitamin D zajedno sa parat hormonom i kalcitoninom igra primarnu ulogu u regulaciji koncentracije kalcijuma i fosfata u plazmi i ekstracelularnim tečnostima u toku mineralizacije kostiju i zuba. Deficit vitamina D u ishrani kao i poremećaj paratireo-kalcitonin kompleksa tokom odontogeneze manifestuje se različitim poremećajima mineralizacije u obliku LGH i pojave interglobularnog dentina. Eksperimentalne studije na životinjama čija je ishrana bila deficitarna u vitaminu A, su takođe pokazale atrofične promene na ameloblastima što se kasnije klinički manifestovalo poremećajima u morfologiji zuba sa i bez LGH. Nedavna istraživanja su pokazala da visoke doze piridoksina, kod trudnica, značajno utiču na redukciju karijesa prvenstveno modifikovanjem oralne flore⁵. Sposobnost hrane da indukuje i/ili ubrza nastanak karijesa može se utvrditi na razne načine. Sa aspekta kariologije, a na osnovu *in vivo* i *in vitro* testova (sposobnost produkcije kiselina, snižavanja pH biofilma, demineralizacije gleđnog modela) sva hrana je svrstana u tri kategorije: visoko kariogena, nisko kariogena i protektivna hrana. Poznato je da prirodni šećeri (fruktoza u voću, laktoza u mleku i dr.), kao i šećeri koji se dodaju hrani (saharoza, dekstroza, med) i rafinirana skrobna hrana koja dugo perzistira u ustima, povećavaju rizik za nastanak karijesa. Mlečni proizvodi se globalno smatraju relativno nekariogenim jer redukuju adherenciju kariogene hrane na zube, a prisustvo kazeina i visokih koncentracija kalcijuma i fosfora stimulišu remineralizaciju gleđi. Da li će acidogenahrana istovremeno biti i kariogena zavisi od: vrste i količine mikroorganizama u dentalnom biofilmu, količine, sastava i puferskog kapaciteta pljuvačke, lokalne i/ili sistemske upotrebe fluorida, imunobiološkog statusa, količine i frekvencije uzimanja hrane kao i načina odn. „modela“ uzimanja hrane (pojedinačno ili sa nekom drugom hranom). Telemetrijskim merenjima pH dentalnog biofilma na humanom materijalu utvrđeno je da „zreli“ tvrdi sirevi, pojedino voće i povrće, meso, riba i koštunjavo voće imaju nizak kariogeni potencijal. To se može objasniti niskim sadržajem ugljenih hidrata u njima i potrebom da se ova hrana intenzivno žvaće što dovodi do mehaničke stimulacije lučenja pljuvačke⁶. Takođe, pojedine namirnice, sadrže antikariogene komponente kao što su fitohemijski alkaloidi (brusnica), polifenoli (ljuska kakaoa) i katehini (zeleni čaj) koji inhibiraju rast kariogenih bakterija i redukuju nastanak karijesa. Čovek se rađa s potrebom za slatkim, ali se kod šećera često zbog „viška“ kalorija i povećanog rizika za nastanak karijesa nameće potreba njegove zamene. Veštački zaslađivači, kao supstituenti ili aditivi u ishrani, ulaze u naš svakodnevni život kao niskokalorična zamena šećerima. Naučnici već duže vreme tragaju za idealnim dijetetskim proizvodom koji bi bio manje kalorijske vrednosti, tehnološki jednostavan za proizvodnju, termički stabilan, jeftin, nekarcinogen, nemutagen i bez propratnih neželjenih efekata uključujući metalan ukus nakon korišćenja. Od kraja 19. veka pa sve do danas na tržištu se pojavio čitav niz zaslađivača ali nijedan nije ispunio sve navedene kriterijume. U toku rafinacije, najčešće je vršena izmena

hemijske strukture šećera pri čemu se dobijalo „slatko“ jedinjenje koje je bilo slabo fermentabilno, te ga mikroorganizmi nisu mogli koristiti za stvaranje kiselina, te nije bilo kariogeno. Danas više od 87 miliona Amerikanaca konzumira hranu sa veštačkim zaslađivačima koja sadrži oznake „niskokalorično, bez šećera“ i sl. Obično je u takvoj hrani šećer zamenjen sa K - acesulfamom, aspartamom ili saharinom. FDA je dala je smernice koje treba da ispuni zaslađivač da bi bio odobren kao dijetetski aditiv ili proizvod koji je bezbedan za ljudsku upotrebu (GRAS). Prema tim uslovima *saharin, aspartam, acesulfam K, sukraloza i neotam* su odobreni kao aditivi u ishrani, a *sorbitol, manitol, ksilitol, eritrol, tagatoza i stevija* kao zaslađivači bezbedni za ljudsku upotrebu. Istraživanja sa intezivnim i voluminoznim veštačkim zaslađivačima prvenstveno sa ksilitolom, su pokazala da ovaj šećerni alkohol najviše obećava s obzirom na njegovu nekariogenost, odnosno antikariogenost⁶. Ksilitol ima slatkoću saharoze i sposobnost da povećava aktivnost salivarne peroksidaze i puferski kapacitet pljuvačke, te sprečava nastanak novih karijesnih lezija i ubrzava remineralizaciju postojećih. Svakodnevna upotreba žvakaćih guma sa ksilitolom, redukuje količinu dentalnog biofilma i nivo MS a povećava produkciju pljuvačke. *Sorbitol i manitol* imaju 50–70% slatkoće šećera, takođe imaju nizak kariogeni potencijal ali imaju i blagi laksativni učinak, ako se pretera sa dozom. Poslednjih godina razvila se rasprava o štetnosti veštačkih zaslađivača, zbog čega su utvrđeni limiti u pogledu ukupne dnevne doze. Takođe, istraživanja pokazuju da veštački zaslađivači podstiču gojaznost. Deca koja odrastaju na nisko kaloričnim napicima ne povezuju slatki ukus sa kalorijama, te kad im se ponudi hrana koja sadrži šećer, često se prejedaju. Sledeći nedostatak veštačkih zaslađivača je relativno laka razgradljivost na povišenim temperaturama, što ih čini neupotrebljivim u proizvodima koji se termički obrađuju. Ipak može se zaključiti da zaslađivači nisu opasni u ishrani ako se pridržavamo propisanih dnevnih doza. S obzirom da deficitarna i neadekvatna ishrana može dovesti do poremećaja u izgradnji tvrdih zubnih tkiva i stvoriti preduslove za nastanak karijesa neophodno je što ranije preduzeti preventivne, profilaktičke i higijensko-dijetetske mere. Još u toku trudnoće neophodno je upoznati buduće majke o značaju adekvatne, kvalitativno i kvantitativno suficijentne ishrane za razvoj kako mlečne tako i stalne denticije. Neophodno je izabrati nekariogeni model ishrane i pravilnim izborom hrane i napitaka, smanjiti rizik za nastanak karijesa kako kod majke tako i kod deteta. U vezi sa tim *Američka akademija za dečju stomatologiju (AAPD)* u skladu sa preporukama tzv. „piramide ishrane“ jasno ističe značaj izbalansirane ishrane u trudnoći, za očuvanje zdravlja zuba budućeg deteta. S obzirom na optimalan, kvalitativno-kvantitativno izbalansiran sastav nutrienata u majčinom mleku, preporučuje se dojenje (najmanje šest meseci), pre svega, zbog opšteg zdravlja, pravilnog rasta i razvoja odojčeta i značajno smanjenog rizika za nastanak karijesa. Ukoliko nije moguća prirodna ishrana, bočica sa cuclom treba da se koristi po tačno utvrđenom protokolu stomatologa, pedijatra i neonatologa. Treba obratiti pažnju da prolongirana i „*ad libitum*“ upotreba flašice sa cuclom koja sadrži slatke napitke, voćne sokove ili zasećereno mleko predisponira odojče za nastanak specifične forme tzv. karijesa u ranom detinjstvu (KRD), koji se javlja vrlo rano, neposredno posle erupcije zuba, brzo progredira uz kasnu simptomatologiju, rezultirajući destrukcijom krunica zuba i brojnim komplikacijama⁷. Da bi eliminisali veštačku ishranu kao faktor rizika za nastanak ove agresivne forme karijesa, neophodno je po nicanju zuba a najkasnije sa navršenom godinom dana života, prevesti odojče na ishranu pomoću kašičice i čaše uz izbegavanje dugotrajnih obroka i štetnih navika kao što su umakanje cucle u šećer, med, sirupe i dr. S obzirom da se navika na slatko formira još u toku intrauterinog života i razvija u skladu sa kulturološkim i dijetetskim navikama roditelja, neophodno je edukaciju prvenstveno majki, usmeriti u pravcu formiranja zdravih navika u ishrani i konzumacije raznovrsne hrane sa

niskim karijes potencijalom, posebno u toku trudnoće i do druge godine života deteta. U predškolskom uzrastu neophodno je „učvrstiti“ formirane zdrave navike u ishrani sa posebnim akcentom na „uobroćenje“ hrane i izbegavanje „grickanja i pijuckanja“ u toku celog dana i/ili između obroka. Istraživanja su pokazala, da deca koja u ranom detinjstvu konzumiraju dosta šećera pokazuju tendenciju korišćenja slatke hrane i u starijem uzrastu, što rezultira znatno višom prevalencijom karijesa kako mlečnih tako i stalnih zuba. Deca sa posebnim potrebama su izložena povećanom riziku za nastanak karijesa najčešće zbog uzimanja tečno kašaste hrane, slabe oralne higijene kao i učestale upotrebom slatkih medicinskih sirupa. Obroci kod njih najčešće traju dugo i zubi su duže vreme izloženi kariogenim noksama te češće oboljevaju. Česta upotreba slatkih medicinskih sirupa, značajno utiče na veću učestalost i pojavu težih oblika karijesa kod dece sa nekim opštim obolenjem. Razvoj i komplikacije karijesa kod njih dodatno otežavaju već postojeće opšte obolenje a usled bolova, koji prate uzimanje hrane i prolongiraju ozdravljenje. Iregularna, samoinicijativna upotreba medicinskih sirupa može biti značajan prediktor karijesa s obzirom na učestalo, tačno „dozirano“ uzimanje najčešće saharoze kao zaslađivača u njima⁸. Rešenje za ovu paradoksalnu situaciju u kojoj sanirajući opšte obolenje istovremeno povećavamo rizik za nastanak karijesa, nameće potrebu da zdravstveni radnici, prvenstveno lekari i stomatolozi, uz pomoć strukovnih udruženja i šire društvene zajednice, utiču da se zakonski reguliše proizvodnja i „izdavanje“ medicinskih sirupa i da u vezi sa tim farmaceutske industrije saharozu supstituišu sa zdravstveno bezbednim zamenama za šećer. U nedavno objavljenim američkim preporukama za zdravu ishranu (Dietary Guidelines for Americans, 2010.) predlaže se kombinovan pristup u eradikaciji karijesa, koji uključuje raznovrsnu ishranu, prilagođenu kalorijskim potrebama rasta i razvoja, sa dosta voća, povrća i integralnih žitarica, sa umereno zastupljenim ugljenim hidratima i sa niskim sadržajem lipida uglavnom nezasićenih⁹. Potrebno je smanjiti unos slanih grickalica, gaziranih i voćnih sokova naročito između obroka. Predlaže se manja frekvencija unošenja kariogene hrane i napitaka kao i njihov unos isključivo u sklopu glavnih obroka. Takođe, dnevni unos „slobodnih šećera“ treba da bude ispod 40 grama odnosno 6-10% ukupnih energetske potrebe. Pojedine namirnice kao što su sirevi, čokolada i dr. koje sadrže visoke koncentracije kalcijuma, fosfata i kazeina pružaju mogućnost da se adekvatnom izbalansiranom ishranom utiče na smanjenje kariogenog potencijala dentalnog biofilma, a samim tim i rizika za nastanak karijesa. Posebna pažnja u novije vreme, poklanja se prirodnoj organskoj ishrani, organski gajenom voću i povrću, nepasterizovanom mleku i mlečnim proizvodima bogatim nutrientima koji su neophodni za pravilnu izgradnju kostiju i zuba. Sa druge strane, mehanička kontrola dentalnog biofilma moguća je oralno-higijenskim merama ali nažalost nije uvek i dovoljna. Dodatak antiplakovnih i/ili antimikrobnih konstituenata, sredstvima za održavanje oralne higijene smanjuje akumulaciju biofilma na površinu gleđi ali nažalost vrši i eradikaciju „korisnih“ bakterijskih sojeva. Američka akademija za dečju stomatologiju (AAPD), Američka dentalna asocijacija (ADA) i Svetska dentalna federacija (WDF), ukazuju na značajan uticaj ishrane u najranijem uzrastu kako na oralno tako i na opšte zdravlje, prepoznaju značaj veštačkih zaslađivača a posebno *ksilitola* i promovišu žvakanje guma bez šećera jer stimuliše salivaciju, podiže pH, uklanja ostatke hrane i potpomaže remineralizaciju gleđi zuba⁸.

S obzirom da karijes predstavlja značajan javno zdravstveni problem, u promociji zdravlja i zdravstveno-vaspitnom radu neophodno je koristiti sve raspoložive komunikacione tehnologije na individualnom i opštem planu, uz primenu različitih audiovizuelnih sredstava, sa ciljem motivisanja roditelja i njihove dece za očuvanje oralnog zdravlja, adekvatnom ishranom, oralnom higijenom, fluorprofilaksom i korišćenjem usluga preventivne stomatološke službe kakou društvenom tako i u privatnom sektoru. Teško je globalno preporučiti idealan preventivni organizacioni model. Univerzalna strategija ne mora uvek biti

primenjiva u različitim ekonomskim i kulturološkim sredinama. Svaka zemlja u skladu sa svojim mogućnostima, stepenom razvoja, karakteristikama opšte nacionalne patologije i nacionalne strategije zdravstvene zaštite, treba da planira najefikasnije preventivne metode i sredstva. U eradikaciji karijesa neophodno je angažovanje celokupne društvene zajednice u eliminaciji faktora rizika jer je to „bolest društva“ sa važnim socioekonomskim implikacijama i za čije je rešavanje neophodna reorganizacija društvenih vrednosti. Pravilan higijensko-dijetetski režim treba biti zastupljen u zdravstvenovaspitnim i promotivnim aktivnostima počev od savetovališta za trudnice do pedijatrijskih i stomatoloških ustanova, što implicira tesnu saradnju stomatologa sa nutricionistima, lekarima i pedagozima.

Literatura

1. Huew R, Waterhouse P, Moynihan P, Kometa S, Maguire A. *Dental caries and its association with diet and dental erosion in Libyan schoolchildren. International Journal of Pediatric Dentistry.* 2012;22(1):68–76.
2. Meneghel LL, Fernandes KBP, Lara SMH, Ferelle A, Sturion L, Walter LRF. *Evaluation of food retention in occlusal surfaces of first primary molars. Int J Odontostomat.* 2010;4(2):117-22.
3. Kitchens M, Owens B. M. *Effect of carbonated beverages, coffee, sports and high energy drinks, and bottled water on the in vitro erosion characteristics of dental enamel. Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2007;31(3):153–9.
4. Hooley M, Skouteris H, Millar L. *The relationship between childhood weight, dental caries and eating practices in children aged 4.8 years in Australia, 2004-2008. Pediatric Obesity.* 2012;7(6):461-70.
5. Bergel E, Gibbons L, Rasines MG, Leutich A, Belizan JM. *Maternal calcium supplementation during pregnancy and dental caries of children at 12 years of age: follow-up of randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89:1396-402.
6. Yung Q. *Gain weight by „going diet?“ Artificial sweeteners and the neurobiology of sugar cravings: Neuroscience 2010 (Review). Yale Journal of Biology and Medicine.* 2010;83 (2):101-8.
7. Tušek I. *Ishrana i karijes. Acta stomatologica Naissi. Zbornik rezimea, referata i stručnih radova, XXVIII Simpozijum zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji.* 2012; 28(1):47.
8. Roberts MW, and Wright J.T. *Nonnutritive, Low Caloric Substitutes for Food Sugars: Clinical Implications for Addressing the Incidence of Dental Caries and Overweight/Obesity. Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry Volume 2012, Article ID 625701, 8 pages doi:10.1155/2012/625701*
9. *U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government. Printing Office, Dec. 2010.*

ZNAČAJ ORALNE HIGIJENE U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

Tamara Perić¹, Bojan Petrović²

¹Klinika za dečiju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, ²Stomatološka klinika Vojvodine, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Oralna higijena je neodvojivi deo oralnog zdravlja, a u zdravstveno-vaspitnom radu i edukaciji stanovništva zauzima jedno do najistaknutijih mesta. Bez obzira na karakteristike populacije obuhvaćene preventivnim programom, uvek je neophodno obaviti opsežnu analizu navika u održavanju oralne higijene, odnosno *kako i kada* se zubi peru, a u dečijem uzrastu i *ko* sprovodi mere oralne higijene, kao i sagledati poteškoće koje se mogu javiti.

U individualnom radu, izbor tehnika i sredstava za održavanje oralne higijene treba prilagoditi kliničkoj situaciji i riziku za nastanak oralnih oboljenja. U kliničke parametre od kojih će zavisiti izbor tehnika i sredstava za održavanje oralne higijene ubrajaju se: zdravlje prisutnih zuba i parodontijuma, veličina usne duplje, oblik i nepravilnosti zubnog luka, broj, oblik i položaj pojedinačnih zuba, prisustvo i položaj bezubih područja, kao i fiksne/mobilne protetske nadoknade i ortodontski aparati. Pored toga, u obzir treba uzeti opšte zdravlje pacijenta, sa posebnim akcentom na oboljenja lokomotornog sistema, oštećenja čula vida i mentalni hendikep usled kojih pacijent nije u mogućnosti da u potpunosti usvoji ili primeni preporučene mere održavanja oralne higijene, kao i karakteristike samog pacijenta (uzrast, manuelne sposobnosti, zainteresovanost i motivacija pacijenta, mogućnost objašnjenja i demonstracije).

Sredstva i tehnike za mehaničku kontrolu plaka

Osnovno sredstvo za mehaničku kontrolu plaka predstavljaju četkice za zube. Više nego bilo koji drugi proizvod za održavanje oralne higijene, četkice za zube variraju u veličini, obliku teksturi i dizajnu.¹ Podaci o efikasnosti četkica za zube različitog dizajna su kontradiktorni usled nepostojanja standardizovanih protokola istraživanja (četkice različitih proizvođača, različite tehnike pranja zuba), kao ni standardizovane metode za procenu stepena čišćenja.²

Četkice konveksnog profila bolje čiste bukalne površine zuba, dok se četkicama konkavnog profila lakše čiste oralne površine zuba.¹ Četkice sa vlaknima različitih dužina (tzv. multilevel profil) su efikasnije od četkica ravnog profila, posebno u čišćenju aproksimalnih površina.³⁻⁷ Radi lakše manipulacije, preporučljivo je da drška i glava četkice budu pod uglom.⁴ Danas se pacijentima najčešće preporučuju meke četkice (promera vlakna R=0,20 mm), eventualno se odraslim pacijentima mogu preporučiti četkice srednje tvrdoće (R=0,25 mm). Na tržištu su takođe dostupne i super soft (R=0,12 mm), ultra soft (R=0,10 mm) i mega soft hirurške četkice (R=0,06 mm), pri čijoj je upotrebi mogućnost oštećenja oralnih tkiva značajno smanjena. Kada je u pitanju izbor četkice za zube kod najmlađih pacijenata, preporučuje se četkica za zube prilagođena određenom uzrastu što bi uvek trebalo da bude naglašeno na pakovanju. Na uvek interesantno pitanje da li su bolje „električne“ ili „obične“ četkice za zube, savremeno shvatanje je da su najnovije geeneracije električnih četkica superiornije u uklanjanju naslaga sa zuba.⁸

Kada je reč o uklanjanju naslaga sa aproksimalnih površina, upotreba konca za zube se preporučuje od najmlađeg uzrasta kada taj proces obavljaju roditelji, dok sa sazrevanjem i razvojem manuelnih sposobnosti dete počinje da ga koristi samostalno. Konac za zube nije efikasan u čišćenju širokih interdentalnih prostora, korenova zuba i konkavnih površina zuba, u kom slučaju se preporučuje primena interdentalnih četkica. Pored uklanjanja plaka, uz pomoć

interdentalnih četkica se lako može obaviti aplikacija hemioterapeutskih agenasa. Interdentalne četkice blago većeg promera od aproksimalnog prostora povećavaju pritisak na površine zuba i obezbeđuju bolje uklanjanje plaka u poređenju sa koncem ili čačalicama, ali njihova primena zahteva dodatnu manuelnu spretnost.²

Tehnike pranja zuba se, prema pokretima kojima se zubi četkaju, dele na: horizontalnu, vibracione (Bass (sulkusna tehnika), Stillman, Charters), vertikalne (Leonard, Gottlieb-Orban-Kürer (klizna metoda), Smith-Bell (fiziološka metoda), modifikovana Stillman-ova, modifikovana Charters-ova, modifikovana Bass-ova metoda) i rotacionu metodu (Fones).^{2,9} Važno je naglasiti da ni jedna tehnika ne zadovoljava potrebe svakog pacijenta. Većini pacijenata danas se preporučuje klizna metoda koja je relativno jednostavna i adekvatno čisti glatke i aproksimalne površine zuba, bez opasnosti od oštećenja gingive. Odraslim pacijentima sa dobro razvijenom motorikom može se preporučiti modifikovana Bass-ova metoda koja, uz prethodno navedeno, najefikasnije uklanja naslage sa gingivalne trećine krunice i iz gingivalnog sulkusa. Rotaciona metoda se, zbog svoje jednostavnosti, može preporučiti samo deci najmlađeg uzrasta u fazi savladavanja prvih koraka u održavanju oralne higijene, dok se ostale tehnike ne preporučuju zbog relativne neefikasnosti i premeštanja umesto uklanjanja naslaga, kao i mogućih oštećenja zubnih tkiva (klinaste erozije) i povreda i recesije gingive ukoliko se koriste u dužem vremenskom periodu.

Sredstva za hemijsku kontrolu plaka (paste za zube)

Mehanička kontrola plaka danas se dopunjava različitim hemioprofilaktičkim i hemioterapeutskim sredstvima koja za cilj imaju prevenciju/terapiju: karijesa (fluoridi), gingivitisa/periodontitisa (Zn soli, triklosan, hlorheksidin) i osetljivosti zuba (KNO₃, SrCl₂, Na-citrat, arginin, Novamine).

Fluoridi su danas nezaobilazni faktor u očuvanju oralnog zdravlja, a preporučena doza u pastama za zube zavisi od uzrasta i opšteg zdravlja pacijenta, kao i rizika za nastanak karijesa. Kod dece uzrasta 1-2 godine sa niskom rizikom za nastanak karijesa preporučuje se uklanjanje naslaga sa zuba pomoću odgovarajuće četkice dva puta dnevno, dok se kod dece sa umerenim i visokim rizikom za nastanak karijesa preporučuje tanak sloj paste sa 500 ppm F.¹⁰⁻¹² Deca uzrasta 3-5 godina treba da dva puta dnevno koriste pastu za zube sa 1000 ppm F u količini veličine zrna graška, a starija od 6 godina pastu za odrasle koja sadrži 1450 ppm F.¹⁰⁻¹² Pojedini autori kod pacijenta sa visokim rizikom za nastanak karijesa preporučuju pažljivu upotrebu gelova sa 0,5% NaF.¹⁰

Oralna higijena kod pacijenata sa posebnim potrebama

Zdravstveno-vaspitni rad u grupi pacijenata sa posebnim potrebama treba da bude usklađen sa potrebama i mogućnostima pacijenta. Edukacija roditelja/stratelja je od presudnog značaja za adekvatno i konstantno održavanje svakodnevnih mera oralne higijene. Pacijentu i roditelju treba demonstrirati ispravne tehnike pranja zuba, a u zavisnosti od potreba pacijenta, preporučiti određene modifikacije ovih tehnika i specifična sredstva za održavanje oralne higijene (posebno dizajnirane četkice za zube- četkica za zube sa podesivim nosačem za ruku, četkica sa drškom koja se može postaviti na prst, četkica koja istovremeno čisti više površina zuba, štapić za čišćenje mekih tkiva usne duplje, itd., električne četkice, držači zubnog konca, itd.). Primena hemioprofilaktičkih sredstava zavisiće od mogućnosti pacijenta da ispljune. Za održavanje postignutih rezultata, redovni kontrolni pregledi su od neporcenjivog značaja.¹³

Oralna higijena u promociji oralnog zdravlja

Promocija oralnog zdravlja podrazumeva kombinaciju edukativnih, organizacionih, ekonomskih i faktora okruženja koji podržavaju ponašanje pojedinca u smislu održanja oralnog zdravlja.¹⁴ Javno-zdravstveni programi treba da za cilj imaju promenu stavova stanovništva, promociju brige o sopstvenom zdravlju i povećanje svesti o koristima dobre oralne higijene. Poželjno je da promocija oralnog zdravlja bude sastavni deo edukativnih programa koji se odnose na opšte zdravlje i da se čistoća zuba naglasi kao deo opšte higijene. Takođe, javno-zdravstveni programi treba da budu kontinuirani, a ne ograničeni na kratke kampanje.¹⁵ U promociji zdravlja uopšte, pa i oralnog zdravlja, mediji (televizija, radio, internet i društvene mreže) danas imaju izuzetno značajnu ulogu.

Međutim, iako u populaciji postoje teoretska znanja da se karijes i oboljenja potpornog aparata relativno jednostavno preveniraju i kontrolišu, ove bolesti su i dalje univerzalno prisutne. Iz tog razloga, samo prenošenje znanja o oralnoj higijeni i zdravlju nije dovoljno da se promeni ponašanje pacijenta- neophodna je individualna motivacija. Poruka u vezi sa stanjem oralnog zdravlja treba da bude iz pouzdanog izvora, upečatljiva i pozitivna, kao i da privlači i održava pažnju (npr. prebojavanje plaka, demonstracija krvarenja gingive u ogledalu, itd.). Najčešće primenjivan model u stomatološkoj praksi je tzv. edukacioni model koji podrazumeva predavanje o etiologiji oralnih oboljenja i ulozi oralne higijene u njihovoj prevenciji, a zatim naglašava razvoj veštine pranja zuba kroz verbalne instrukcije, pokazivanje na modelu i proveru usvojenih veština sa pacijentom.¹⁶ Nažalost, iako se ovakav pristup koristi preko 50 godina, utvrđeno je da ne daje dugotrajna poboljšanja u održavanju oralne higijene.^{17,18} Zbog toga se u poslednje vreme preporučuje kognitivno-bihejvioralni model koji za cilj ima usvajanje novih ili promenu pogrešnih uverenja pacijenata, a zatim i preuzimanje odgovornosti za očuvanje sopstvenog zdravlja.

Sticanje dobrih navika i pravilno izvođenje oralne higijene nije jednostavno. Kao i u svakom procesu učenja, zdravstveno-vaspitni rad treba da bude u skladu sa uzrastom i drugim karakteristikama populacije kako bi se znanja o oralnom zdravlju i oralnoj higijeni postepeno usvajala.

Detinjstvo, tj. predškolski uzrast je kritičan uzrast za sticanje dobrih navika i veštine održavanja oralne higijene. Ukoliko se usvoje u tom periodu, dobre navike će biti manje podložne promeni u starijim uzrastima. Ključnu ulogu u procesu učenja u periodu ranog detinjstva ima majka, zbog čega je neophodno održavati i podizati zdravstvenu svest roditelja kroz savetovališta i radionice još u toku trudnoće i neposredno nakon rođenja deteta.¹⁹

Programi školske stomatološke nege imaju dokazan efekat u poboljšanju znanja i motivaciji, budući da obuhvataju svu decu određenog uzrasta.⁹ Edukacija o oralnoj higijeni se može sprovesti na više načina kroz programe koji su deci pristupačni i interesantni, a koji podrazumevaju: rad u grupi, učenje kroz aktivnost (crtanje npr.), edukativne filmove i interaktivne kompjuterske programe, druženja sa decom i roditeljima, priredbe i festivale zdravlja namenjene deci. Svakako, dobra saradnja sa školskim vlastima je od neprocenjivog značaja za uspešnu promociju oralnog zdravlja. Program učenja oralne higijene treba da bude koncipiran tako da stariji uzrasti poznaju osnovnu terminologiju, anatomiju i fiziologiju usne duplje, etiologiju oralnih oboljenja i njihove posledice, kao i da poseduju raznovrsna i kompleksna znanja o sredstvima i tehnikama čišćenja zuba i imaju visok nivo praktične obuke kako bi mogli da preuzmu odgovornost za očuvanje i kontrolu oralnog zdravlja.

Kod adolescenata, navike usvojene u dečijem uzrastu uglavnom ostaju iste. U motivaciji i u ovom uzrastu roditelji zadržavaju dominantnu ulogu, dok je uticaj škole manji, a značajan je uticaj stomatologa i medija.²⁰ Navike u odražavanju oralne higijene su u snažnoj vezi sa stilom

života i socijalizacijom, pa adolescenti najčešće oralnu higijenu održavaju prvenstveno iz kozmetičkih razloga, što treba uzeti u obzir prilikom zdravstveno-vaspitanog rada i motivacije ove populacione grupe.

Iako su stomatološki javno-zdravstveni programi u našoj zemlji usmereni pre svega na mlađe uzrastne grupe, odrasla populacija ne bi trebalo da bude zanemarena. Socijalni kontakti kod ove grupe imaju pozitivan uticaj na održavanje i poboljšanje oralne higijene, a radno mesto predstavlja idealnu sredinu za promociju zdravih navika i očuvanja opšteg i oralnog zdravlja. Ovakav vid edukacije korisno dopunjava javno-zdravstvene programe na nivou zajednice.

Sa produženjem životnog veka, neminovno je sve aktuelniji problem očuvanja oralnog zdravlja starijih osoba. U poređenju sa prethodnim, današnje generacije starijih osoba imaju više očuvanih, a manje ekstrahovanih zuba, što otvara i veće mogućnosti za negativan uticaj parodontopatija i karijesa. Posledice loše oralne higijene i lošeg oralnog zdravlja mogu biti: slabija ishrana, malnutricija, stid, izbegavanje socijalnih kontakata, depresija, itd. Kao što je poznato, loše oralno zdravlje može ostaviti značajne posledice i na opšte zdravlje. Kako su znanja o oralnoj higijeni u današnjoj populaciji starijih najčešće ograničena samo na pranje zuba, neophodno je integrisati znanja o oralnoj higijeni i očuvanju oralnog zdravlja u već postojeća uverenja pacijenta.

Edukacija zahteva posebnu pažnju i više vremena za usvajanje novih ideja i donošenje odluka. Učenje novih veština treba da se obavlja kroz različite načine prezentacije, spore, kratke i jasne verbalne instrukcije i jednostavna pisana uputstva.²¹ Pri sprovođenju zdravstveno-vaspitanog rada u populaciji starijih osoba treba imati u vidu dostupnost medicinske i stomatološke nege, kao i nivo samostalnosti ovih osoba. Kod aktivnih lica, uz javno-zdravstvene programe na nivou zajednice koji uključuju sve uzrastne grupe, idealnu sredinu za promociju zdravlja predstavljaju klubovi penzionera, rekreativni i medicinski centri.

Zaključak

Savremena sredstva za održavanje oralne higijene uz redovnu profesionalnu stomatološku negu od ključnog su značaja za prevenciju karijesa i parodontalnih oboljenja i očuvanje oralnog zdravlja. Ipak, efikasna promocija značaja oralne higijene i dugotrajna i uspešna motivacija pojedinca i populacije za očuvanje oralnog zdravlja i dalje ostaju izazov za stomatološku struku.

Literatura

1. Yankel SL, Emling RC. *Understanding dental products: What you should know and what your patient should know. U Pa Cont Dent Educ 1978;1:1-43.*
2. Haris NO, García-Godoy F. *Primary Preventive Dentistry, 6th ed. Pearson Prentice Hall. Upper Saddle River, New Jersey, 2004*
3. Volpe AR, Emling RC, Yankel SL. *The toothbrush- a new dimension in design, engineering and clinical evaluation. J Clin Dent 1992; 3:S29-S32.*
4. Saxer UP, Yankel SL. *Impact of improved toothbrush on dental diseases. Quintessence Int 1997; 28:573-593.*
5. Volpnhain DW, Handel SE, Hughes TJ, Wild J. *A comparative evaluation of the in vitro penetration of the improved Crest Complete toothbrush versus the current Crest Complete toothbrush, the Colgate Precision toothbrush and the Oral-B P40 toothbrush. J Clin Dent 1996; 7:21-25.*
6. Saxer UP, Yankel SL. *A review of laboratory methods to determine toothbrush safety and efficacy. J Clin Dent 1997; 8:114-119.*
7. Beals D, Ngo H, Feng Y, Cook D, Grau DJ, Weber DA. *Development and laboratory evaluation of a new toothbrush with a novel brush head design. Am J Dent 2000; 13:5A-14A.*

8. Warren PR, Smith Ray T, Cugini M, Chater BV. A practice-based study of a power toothbrush: assessment of effectiveness and acceptance. *J Am Dent Assoc* 2000; 131:389-394.
9. Vulović M i sar. *Preventivna stomatologija*. Elit-Medica. Beograd, 2002
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assessment and management of infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2013; 35:157E-164E.
11. European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10:129-135.
12. Protokol za primenu fluorida u prevenciji karijesa kod dece i omladine u Srbiji. U: Ivanović M, Carević M, Marković D, Vulićević Z, Stevanović R, Apostolović M, Blagojević D, Petrović V, Živojinović V, Mandić J, Jovičić O, Radović I, Perić T. *Protokoli u stomatologiji*. Stomatološki fakultet. Beograd, 2009.
13. Marković D, Perić T, Petrović B, Blagojević D. Stomatološko zbrinjavanje osoba sa posebnim potrebama. U: Beloica D: *Dečja stomatologija- praktikum*. Stomatološki fakultet. Beograd, 2010.
14. Croxson LJ. Periodontal awareness: the key to periodontal health. *Int Dent J* 1993; 43:167-177.
15. Choo A, Delac DM, Brearley Messer L. Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. *Aust Dent J* 2001; 46:166-173.
16. Wolfe GR, Stewart JM, Maeder LA, Hartz GW. Use of Dental Coping Beliefs Scale to measure cognitive changes following oral hygiene interventions. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:37-41.
17. Lovdal A, Arno A, Schei O, Waerhaug J. Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. *Acta Odontol Scand* 1961; 19:537-555.
18. Arnim S. The use of disclosing agents for measuring tooth cleanliness. *J Periodontol* 1963; 34:277-345.
19. Astrom AN, Jakobsen R. Stability of dental health behavior: a 3-year prospective cohort study of 15-, 16- and 18-year-old Norwegian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26:129-138.
20. Macgregor IDM, Balding J, Regis D. Motivation for dental hygiene in adolescents. *Int J Paediatr Dent* 1997; 7:235-241.
21. Entwistle BA. Oral health promotion for the older adult: implications for dental and dental hygiene practitioners. *J Dent Educ* 1992; 56:636-639.

POSTERI

01

ZDRAVSTVENO VASITNI RAD SA PREDŠKOLSKOM DECOM I RODITELJIMA

Zdravka Drekalović

Dom zdravlja "Sveti Đorđe" Topola

Cilj: Prikazati oralno zdravlje dece sistematskim prgledom zuba i usta, na teritoriji Opštine Topola.

Metod: Sistematski pregled zuba dece rođene 2009. i 2010. godine, pred upis u prvi razred osnovne škole urađen u vremenu od 01.03. do 23.05.2016.godine u stomatološkoj ordinaciji dečje i preventivne stomatologije, uz prisustvo roditelja.

Rezultati: pregledano je ukupno 101 dete i utvrđeno je: kio=81,18%, kiz=33,24%, kip=6,44; KIO=81,18%, KIZ=3,78% , KIP=0,13; procenat dece sa zdravim stalnim i mlečnim zubima je 18,81%.

Zaključak: Karijes indeks prosek mlečnih zuba je visok (6,44) i može se smanjiti zdravstveno-vaspitnim radom sa roditeljima. Pri sistematskom pregledu pričamo o značaju zdravih mlečnih zuba, da stalni zubi rastu pored karijesnih mlečnih zuba, da se šestice mogu zaštititi zalivanjem fisura, lokalnom aplikacijom fluorida, redovnim dolaskom kod stomatologa, redovnom i pravilnom higijenom usta i zuba, zdravom ishranom. Svake godine se organizuje promocija zdravlja usta i zuba raspisivanjem konkursa za najbolji dečiji likovni i literarni rad, koji se nagrađuje u nedelji zdravlja usta i zuba, organizuje se izložba radova. Deca učestvuju i raduju se poklonima, a roditelji ne znaju šta znači ova manifestacija, da je potrebno decu motivisati da bi bili svesni o značaju zdravlja usta i zuba.

02

SISTEMATSKI PREGLEDI ZUBA I ZDRAVSTVENO-VASBITNI RAD SA 12-TO GODIŠNJACIMA

Zdravka Drekalović

Dom zdravlja "Sveti Đorđe" Topola

Uvod: Sistematski pregled zuba i zdravstveno-vaspitni rad, mogu biti osnova za promociju zdravlja usta i zuba i prevenciju oralnih oboljenja i ortodontskih anomalija.

Cilj: Prikazati rad sa učenicima O.Š. na teritoriji opštine Topola u periodu od 2002. do 2015. godine.

Metod: Sistematski pregledi zuba urađeni su u O.Š. Iz stomatoloških kartona kip, kio, kiz 12-to godišnjaka i zabeleženi u dnevnik stomatologa, vremenski period od 09.09 -17.12. školske g.

Rezultati: 2002.g.O.Š. Belosavci: br.pr. 42, KIO je 57,14%, KIZ 9%, KIP 1,64
2003.g. O.Š. Topola: br.pr. 141, KIO 74,5%, KIZ 14,4%, KIP 3,21
2004.g. O.Š. Topola, Belosavci, Natalinci: br.pr.187, KIO 72,72%, KIZ 8,2%, KIP 1,75
2005.g. O.Š. Topola: br.pr.125, KIO 63,2%, KIZ 7,29%, KIP 1,55
2006.g. O.Š. Topola, Belosavci, Šatornja: br.pr.195, KIO 71,28%, KIZ 10,08%, KIP 1,88
2007.g. O.Š. Topola: br.pr. 102 KIO 64,7%, KIZ 8,26%, KIP 1,69
2008.g. O.Š. Šatornja, Topola: br.pr.166, KIO 65,06%, KIZ 7,51%, KIP 1,57
2009.g. O.Š. Topola, Šatornja, Natalinci: br.pr.163, KIO 66,25%, KIZ 9,56%, KIP 1,91
2010.g. O.Š. Topola, Šatornja, Natalinci: br.pr.158, KIO 77,84%, KIZ 12,06%, KIP 2,41
2011.g. O.Š. Topola, Belosavci, Trnava, Natalinci, Šatornja: br.pr.117, KIO 51,28%, KIZ 7,81%, KIP 1,08
2012.g. O.Š. Topola, Belosavci, Trnava, Natalinci, Šatornja: br.pr.113 KIO 72,56%,KIZ 8,69%,KIP 1,8
2013.g. O.Š. Topola, Belosavci, Trnava, Natalinci, Šatornja: br.pr. 111 KIO 70,27%, KIZ 9,52%, KIP 2,06
2014.g. O.Š. Topola, Belosavci, Natalinci, Šatornja: br.pr. 114 KIO 78,0%, KIZ 11,26%, KIP 2,33
2015.g. O.Š. Topola, Natalinci, Šatornja: br.pr. 149 KIO 94%, KIZ 18,5%, KIP 4,22

Zaključak: Prosek karioznih zuba nije isti, vidi se gde je manji i veći i niz godina je približan, pa opet raste. Zdravstveno vaspitni rad sa 12-to godišnjacima je potreban zbog specifičnog uzrasta, jer su oni u fazi rasta i razvoja pa ih treba zainteresovati za oralnu higijenu.

03

HIRURŠKA EKSTRAKCIJA IMPAKTIRANOG UMNJAKA U MANDIBULI

Tihomir Magazin¹, Slobodan Nikolić², Mihajlo Magazin¹

¹Stomatološka ordinacija "CANINUS" Beograd, ²Stomatološka ordinacija "LIONDENT" Beograd,

Uvod: Pojam impaktirani zub (*dens impactus*) podrazumeva potpuno formiran zub unutar kosti, koji ne može izaći. Retencija umnjaka se najčešće javlja zbog uske vilice.

Cilj: Ukazati na posledice koje mogu nastati ako se problem impakcije ne uoči i ne tretira na vreme. Prikazati tehniku rada i indikacije za ekstrakciju impaktiranog donjeg umnjaka.

Metod: Impaktirani zubi se uglavnom otkrivaju slučajno prilikom uzimanja radiografskog dentalnog statusa OTP-snimanjem. Neretko, neuralgični i pulpitični bolovi upućuju na sumnju impakcije ako nema vidljivog uzroka. U novije vreme dijagnostika je unapređena 3D – CONE BEAM CT tehnikom snimanja. U zavisnosti od položaja impaktiranog zuba opredeljujemo se koji dizajn mukoperiostalnog režnja radimo. Poštujući pravila hirurškog rada na kosti, uz pomoć fiziodispenzera i adekvatnih borera i frezova oslobađamo putanju u kosti i vršimo ekstrakciju zuba integralno ili separacijom krunice i korenova. Posle ekstrakcije nastali defekt popunjavamo nekim zamenikom za kost kako bi se izbegla eventualna patološka fraktura korpusa mandibule. Urade se primarne suture koje se uklone osmi dan postoperativno.

Rezultati: Primena zamenika za kost ima ulogu brže i efikasnije regeneracije kosti kao i očuvanje vitalnosti susednog zuba (drugog molara) jer po ekstrakciji distoaproximalna strana krunice i korena zuba su uglavnom bez interdentalnog dela grebena.

Zaključak: Ovako nezaštićeni zubi direktno su izloženi fizičkim i hemijskim uticajima prilikom ishrane jer je često eksponiran zubni cement i periodoncijum. Opisanom metodom rada pomenute nuz-pojave se preveniraju i u kliničkoj praksi daju zavidne rezultate.

04

RESEKCIJA KORENOVA DRUGOG MOLARA U MANDIBULI

Slobodan Nikolić¹, Tihomir Magazin², Mihajlo Magazin²

¹Stomatološka ordinacija "LIONDENT" Beograd, ²Stomatološka ordinacija "CANINUS" Beograd

Uvod: Lečenje periapikalnih lezija je najčešće hirurškim putem. Kad je u pitanju drugi molar u mandibuli retko se odlučujemo na resekciju korenova zbog same anatomije korpusa mandibule gde se gubi mnogo koštane mase da bi se prišlo leziji i apeksima korenova.

Cilj: Pokazati tehniku rada kod resekcije korenova donjih molara. Indikacija za ovu intervenciju je relativna, ali kad je u pitanju mlada osoba koja je već ostala bez prvog molara, onda je opravdanost indikacije apsolutna.

Metod: Pacijentkinja starosti 18 godina javlja se zbog bola na opterećenje u toku žvakanja u regiji 47. Takođe se u vestibulumu pomenute regije klinički uočava crvenilo i blagi otok mekih tkiva. Radiografski nalaz pokazuje svetlinu ovalnog oblika i razređenje kosti periapikalno na oba korena što jasno govori o: *periodontitis apicalis chronica*. Uradi se sulkusna incizija i podigne mukoperiostalni režanj, a zatim fiziodispenzerom uz obilno hlađenje uklanjamo koštano tkivo hirurškim svrdlima i prilazimo leziji. Nakon kiretiranja periapikalnog tkiva odsecamo apekse korenova i dobro do zdrave kosti izkiretiramo koštani defekt. Nastali defekt popunjavamo zamenikom za kost (Bet-Tricalciumphosphate + collagen). Postavljanjem sutura reponiramo režanj na prvobitno mesto i time je intervencija okončana, suture uklanjamo osmi dan.

Zaključak: Odluka o resekciji pokazala se opravdanom jer će taj zub biti sidrište za budući most, a augmentacija zamenika za kost je ubrzala regeneraciju kosti i rešila parodontološki problem koji je već postojao.

05

ZNAČAJ STOMATOLOŠKE ORDINACIJE U ŠKOLI

Snežana Ivanović, Zorka Lalović, Slavica Aleksić, Miodrag Stojanović

Dom zdravlja Valjevo

Uvod: Stomatološka služba D.Z Valjevo ima dobro organizovanu preventivnu i dečju stomatologiju, kroz rad savetovališta, ambulantne i školskih ordinacija 7.OŠ i 3.SŠ. Stanje oralnog zdravlja, prevenciju i sanaciji prati od 2009.god putem e-kartona programa STOMIS. Najveći obuhvat školske populacije zdravstveno vaspitnim radom je u stomatološkim ordinacijama u školama, zahvaljujući saradnji svih učesnika.

Cilj: Potpun obuhvat svih učenika stomatološkim pregledima, prevencijom i sanacijom. Prioritet je na zdravstveno vaspitnom radu, povećanju procenta zdravih i saniranih učenika i smanjenju komplikacija karijesa.

Metod: Kroz KEP e- kartona STOMIS praćeni su učenici I/10 (20 učenika) i I/4 (23 učenika) Tehničke škole u Valjevu upisani 2012/13god, do kraja školovanja 2015/16 god. (I/10 – IV/7; I/4 – IV/3). Sve usluge unošene su u e-karton. Iz obrasca KEP-a, vidi se broj zdravih i saniranih učenika, broj obolelih zuba, ortodonske nepravilnosti i sve pružene preventivne usluge. Učenici I/4 bili su motivisani ocenom više za predmet razrednog profesora da posete stomatologa, dok učenici I/10 nisu imali motivaciju. Komplikacije karijesa: ETNP i ETIP praćene su za sve učenke od 2012- 2015/16.god, kroz usluge lečenja.

Rezultati:

I grupa : I/4 – IV/3 , 23 učenik	II grupa : I/10 – IV/7 , 20 učenika
motivisani	nemotivisani
svi pregledani	svi pregledani
100% obuhvat preventivnim radom	100% obuhvat preventivnim radom
1 zdrav učenik	0 zdravih učenika
22 sanirana učenika	13 saniranih učenika
100% obuhvat sanacijom	72.22 % obuhvat sanacijom
Komplikacije karijesa: ETNP i ETIP od 2012 – 2015/16. god (870 učenika) smanjene su tri puta	

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata, može se zaključiti da dobra saradnja svih učesnika: pacijent, stomatološki tim, profesor, uz dodatnu motivaciju ocena više, doprinosi sprovođenju prevencije i sanacije samo ako je stomatološka ordinacija u školi. Kontinuiranim preventivnim radom, otkrivanjem oboljenja, njegovim praćenjem kroz KEP e-kartona STOMIS i blagovremenim lečenjem oboljenja smanjuju se i komplikacije.

06

ZNAČAJ PREVENCIJE DENTALNIH TRAUMA KOD SPORTISTA

Marina Relić¹, Ana Harhaji², Bojana Perić Prkosovački²

¹Dom zdravlja, Sremska Mitrovica, ²Medicinska škola „7. april“, Novi Sad

Cilj: Prikazati značaj prevencije i lečenja posledica orofacijalnih povreda u sportskim aktivnostima.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja Sremska Mitrovica na uzorku od 24 dece koja su se bavila različitim sportovima (kontaktni i ne kontaktni). Podaci su unošeni u unapred pripremljen anketni upitnik. Svaki ispitanik je davao odgovore vezane za dentalne povrede i nošenje štitnika.

Rezultati: Ukupno 24 dece je pregledano. Od ukupno pregledane dece njih šest se bavilo kontaktnim a osamnaest ne kontaktnim sportom. Samo jedno dete od svih je koristilo konfekcijski intraoralni štitnik. Ukupno dvanaestoro dece od pregledanih imalo je dentalne trauma od čega je samo četvoro bilo iz grupe kontaktnih sportova.

Zaključak: Protektivna uloga štitnika za zubesastoji se u prevenciji posekotina jezika, usana i obraza od povreda oštrim incizalnim ivicama najčešće prednjih gornjih zuba, u smanjenom riziku traume prednjih zuba, u smanjenoj mogućnosti loma donje i gornje vilice te u oštećenju zadnjih zuba i viličnog zgloba.

07

STANJE ORALNOG ZDRAVLJA BUDUĆIH PRVAKA U I OŠ VALJEVO

Snežana Đurić, Milena Radović

Dom zdravlja Valjevo

Uvod: Karijes zuba predstavlja značajan zdravstveni problem kod dečije populacije. To nameće potrebu za primenom svih profilaktičkih mera, prvenstveno zdravstveno vaspitnog rada i redovnih pregleda u svim uzrastima, dok traje školovanje.

Cilj: Redovnim stomatološkim pregledom sagledati stanje oralnog zdravlja dece pri upisu u I razred, kako bi se preventivnim merama sprečio nastanak oboljenja, uočile ortodonske nepravilnosti, otkrilo oboljenje u početnoj fazi i uradila blagovremena sanacija da bi se sprečio nastanak komplikacija.

Metod: u periodu od 15.02 – 30.04.2016.god obavljen je stomatološki pregled dece pri upisu u I razred I OŠ Valjevo. Ukupan broj učenika je 104. Preventivne usluge su unete u e-karton. Iz obrasca KEP-a sagledano je stanje oralnog zdravlja zuba svih budućih prvaka. Sproveden je IZVR, fluorizacija, UMN, zalivene su fisure prvog stalnog molara, urađena je sanacija obolelih zuba i ekstrakcija mlečnih zuba.

Rezultati: Svi su pregledani u školskoj ambulanti I OŠ,

100 % obuhvat zdravstveno vaspitnim radom i fluorizacijom.

45 % učenika pri upisu bilo je sa svim zdravim mlečnim i stalnim zubima .

6,7 % učenika imalo je karijes prvog stalnog molara.

7 % učenika imalo je ortodonske nepravilnosti.

Zaključak: stomatološka ordinacija u školi, redovni pregledi, sprovođenje preventivnih mera, rana dijagnoza bolesti, savremeni pristup terapiji karijesa i edukaciji pacijenta, daje rezultate.

08

STANJE ORALNOG ZDRAVLJA OSOBA SA SHIZOFRENIJOM

Vladan Đorđević¹, Mila Jovanović², Gorica Đokić¹, Vanja Petrović², Biljana Miličić², Ljiljana Janković², Slavica Đukić-Dejanović^{1,3}

¹Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ Beograd, Srbija, ²Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija, ³Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

Uvod/cilj: Osobe sa shizofrenijom predstavljaju visoko rizičnu grupu za nastanak oralnih oboljenja. Negativni simptomi shizofrenije smanjuju sposobnost i želju za održavanjem oralne higijene, dok kognitivni nedostaci smanjuju mogućnost sagledavanja problematike sopstvenog oralnog zdravlja i potrebe u redovnom i pravilnom održavanju oralne higijene. Cilj rada bio je da se identifikuju navike osoba sa shizofrenijom u pogledu oralne higijene i odredi vrednost indeksa mekih naslaga po Greene-Vermillionu (OHI-S).

Metod: Istraživanje je sprovedeno među 190 osoba sa shizofrenijom koji se leče u Klinici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“. Svim ispitanicima su rađeni stomatološki pregledi, u cilju određivanja vrednosti OHI-S indeksa. Ispitanici su anketirani, u cilju određivanja karakteristika osnovne bolesti, demografskih obeležja i navika u održavanju oralne higijene.

Rezultati: U istraživanju je učestvovalo 95 osoba muškog i 95 osoba ženskog pola, srednjeg starosnog doba 43.59 ± 11.96 godina. Srednja vrednost OHI-S indeksa bila je 2.06 ± 0.9 . Pre hospitalizacije 37.4% ispitanika, a u toku hospitalizacije 54.7% ispitanika, nije redovno održavalo oralnu higijenu. Čak 65.8% njih nije koristilo pomoćna sredstva u održavanju oralne higijene, a 33.3% nije znalo kakvu četkicu za zube koriste.

Zaključak: Neophodno je unaprediti oralno zdravlje osoba sa shizofrenijom stavljajući akcenat na sisteme primarne zdravstvene zaštite i primenu optimalnih mera za njgovu poboljšanje.

09

PROMOCIJA ORALNOG ZDRAVLJA U PREDŠKOLSKOM UZRASTU - PUT DO ZDRAVIH USTA

Nebojša Novaković, Vladislav Graovac

Dom zdravlja „Dr Milorad Mika Pavlović“ Inđija

Cilj: prikazati stanje oralnog zdravlja dece predškolskog uzrasta u Inđiji i ukazati na značaj promocije oralnog zdravlja.

Metod: podaci o stanju oralnog zdravlja dobijeni su na osnovu obavljenih stomatoloških pregleda 122 dece iz predškolskih ustanova u Inđiji u septembru i oktobru 2015.g. Nakon šest meseci od prvog pregleda i intenzivnog sprovođenja mera primarne i sekundarne prevencije oralnih oboljenja, urađena je analiza stanja kod iste dece na osnovu podataka iz stomatoloških kartona sa ciljem da se utvrdi efikasnost sprovedenih mera.

Rezultati: pregledano je 122 dece predškolskog uzrasta i utvrđeno je: KEP mlečnih zuba prisutan je kod 81 deteta (66%), a sa svim zdravim zubima je bilo 41 dete (34%)

Stanje stalnih zuba: ukupno je izraslo 355 stalnih zuba kod 86 dece, karijes je bio prisutan kod 4 detetana 7 stalnih zuba (5%), ispunom je saniran 1 stalni zub kod 1 deteta (1%), zaštićene fisure 32 prva stalna molara kod 13 dece, a sa svim zdravim stalnim zubima 81 dete (94%)

Rezultati analize podataka nakon pola godine od prvog pregleda: Saniran je veliki broj karioznih mlečnih zuba. Ukupno je izraslo 417 stalnih zuba, izraslo su 262 prva stalna molara, zdravih nezaštićenih šestica bilo je 78(30%), zalivene fisure na šesticama 173 (66%), karioznih 2 stalna zuba kod 2 deteta (1%), sanirano ispunom 9 stalnih zuba kod 6 dece (3%).

Zaključak: Kod predškolske dece imamo veliki broj potpuno zdravih stalnih zuba. Promocijom oralnog zdravlja u ovom uzrastu možemo značajno povećati broj osoba sa zdravim zubima i dugoročno smanjiti potrebu za terapijskim intervencijama u stomatologiji.

10

COLGATE U SLUŽBI ZDRAVLJA MLADIH JAGODINACA

Nada Marjanović Stefanović, Marko Jeremić, Dušan Petrović

Dom zdravlja Jagodina

Uvod: Promocijom oralnog zdravlja kroz odgovarajuća zdravstveno-vaspitna sredstva, i primarnom prevencijom oralnih bolesti, unapređuje se preventivna stomatološka zdravstvena zaštita stanovništva Srbije.

Cilj: Sprovođenjem kompleksa mera primarne i sekundarne prevencije, među kojima su najbitnije promocija oralnog zdravlja i zdravstveno vaspitanje, mogu se postići odgovarajući pozitivni rezultati i pospešiti kako oralno, tako i opšte zdravlje..

Metod: U periodu od 26.marta do 1. aprila 2016. godine, zahvaljujući kompaniji Colgate i angažovanju stomatologa Doma zdravlja u Jagodini, malim Jagodincima, uzrasta 7– 13. godina, ukupno je podeljeno 240 pasti za zube Colgate Maximum Cavity protection i Colgate senisitivity Pro relief, kroz organizovane susrete na otvorenom u igraonicama i na skupovima.

Rezultati: Kroz razgovore o pravilnom pranju, značaju i učestalosti održavanja oralne higijene, motivaciju i obuku, značaju pravilne ishrane i redovnim kontrolama, su korigovane određene nepravilnosti u tehnici i učestalosti, skrenuta pažnja na određene nedostatke i propuste u ishrani i navikama.

Zaključak: Željeni rezultati mogu se postići sprovođenjem kompleksa mera primarne i sekundarne prevencije, među kojima su najbitnije promocija oralnog zdravlja i zdravstveno vaspitanje.

11

ETIOLOGIJA POVREDA MLEČNIH I STALNIH ZUBA KOD DECE U JAGODINI

Marko Jeremić¹, Ana Vuković², Dušan Petrović¹

¹Dom zdravlja Jagodina, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Povrede zuba i potpornog aparata su relativno retka pojava u dečjem uzrastu. U zavisnosti od vrste povrede, mogu ostaviti posledice na rast i razvoj vilica, na estetiku i funkciju orofacijalnog aparata, kao i socijalizaciju deteta.

Cilj: Utvrđivanje najčešćeg uzroka preloma čvrstih zubnih tkiva i povreda potpornog aparata u mlečnoj i stalnoj denticiji, kod 46 pacijenata koji su se javili u Stomatološku službu Doma zdravlja u Jagodini, u periodu januar 2015 - mart 2016., sa nekom od povreda.

Metod: Od ukupno 46 povreda, 23 povrede su bile u mlečnoj a 23 u stalnoj denticiji. Analizom anamnestičkih podataka, utvrđeno je da je u mlečnoj denticiji najčešći uzročnik bila trauma pri padu, a u stalnoj direktan udarac. U mlečnoj su bile češće povrede potpornog aparata, a u stalnoj čvrstih zubnih tkiva.

Rezultati: U mlečnoj denticiji su povrede bile najčešće u martu, češće kod dečaka (60%) nego kod devojčica. Povrede potpornog aparata su bile više zastupljene (65%), i više kod dečaka (80%). Najčešće su bile luksacije. Frakture su bile manje zastupljene, (30%), i to više kod dečaka (57%). Pad u kući ili dvorištu je bio najčešći uzročnik. U stalnoj denticiji su frakture tvrdih zubnih tkiva bile najčešće u januaru, više zastupljene (39%) od povreda potpornog aparata i kombinovanih povreda, više kod dečaka (78%). Prelomi gleđi i dentina (frakture II klase) su bile najzastupljenije. Uzročnik je bio direktan udarac na sportu ili u učionici i kući.

Zaključak: Potrebna je izrada odgovarajućih preventivnih protokola, edukacija i aktivno uključivanje roditelja, vaspitača i profesora za pružanje prve pomoći pri povredama, s obzirom na značaj povreda na celokupan fizički i psihički razvoj dece, i moguće posledice.

12

ORALNO ZDRAVLJE U TRUDNOĆI - značaj motivacije i edukacije

Milica Šljivić¹, Vesna Nešović², Milena Radičević¹, Ana Antonijević¹

¹Dom zdravlja Kruševac, ²Stomatološka ordinacija „Vitadent”

Uvod: U cilju unapređenja opšteg zdravlja, posebno trudnica, neophodno je uspostaviti i sačuvati i oralno zdravlje. Stvaranje dobrih navika, sa posebnim akcentom na pravilnu ishranu i dobru higijenu usne duplje je preduslov za neometen, optimalan razvoj deteta, uključujući i rast i razvoj svih struktura lica i vilica.

Cilj: Pokazati da je, i pored mnogostrukih tehničkih mogućnosti, interaktivan razgovor i kontinuirano predavanje i dalje najoptimalniji izbor.

Metod: U toku dve godine, održano je 50 predavanja i obuhvaćeno oko 400 trudnica. Predavanja su koncipirana tako da je, uz osnovne informacije o održavanju oralnog zdravlja trudnica, zakonskim odredbama i olakšicama koje se odnose na period trudnoće i do navršene prve godine deteta, budućim majkama omogućeno i da aktivnim učešćem u razgovoru dođu do preciznih podataka koja se tiču promena oralnog stanja u trudnoći. Pošto su edukacije održavane u malim grupama, 5-8 trudnica, predavač je mogao da se potpuno posveti svakom pojedinačnom slučaju.

Rezultati: Nakon kontinuiranih, redovnih predavanja, postignut je veći odziv trudnica, remotivacija u ordinacijskim uslovima kao i mogućnost da se organizovano obave preventivni pregledi i sanacija usne duplje.

Zaključak: Uprkos savremenoj tehnologiji i mogućnosti širenja informacija, edukacija u uslovima neposrednog kontakta ostaje i dalje najoptimalniji način u stvaranju i održavanju dobrih životnih navika, a samim tim i u unapređenju zdravlja, kako oralnog, tako i celokupnog organizma. Trudnice, kao naša ciljna grupa, su bile u mogućnosti da u sažetoj formi dobiju bitne informacije vezane za promene u sopstvenom telu i usnoj duplji, kao i elementarnja znanja o razvoju i početnoj nezi usne duplje novorođenčeta.

Ključne reči: trudnice, oralno zdravlje, pravilna ishrana i higijena.

13

PROCENA STANJA ORALNE HIGIJENE GINGIVE I PARODONCIJUMA KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA U NIŠU

Marija Igić, Ljiljana Kostadinović, Branislava Stojković, Ana Todorović, Kosta Todorović

Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Klinika za stomatologiju Niš - Preventivna i dečja stomatologija

Uvod: Uredna oralna higijena je dominantan faktor za očuvanje zdravlja gingive i parodontijuma. Rana dijagnoza parodontalnih oboljenja je važna, jer svaki gingivitis u početnoj fazi, ukoliko se ne leči, prelazi u ireverzibilnu formu parodontalnog oboljenja

Cilj rada je bio da se proceni stanje oralne higijene, gingive i parodontijuma kod dvanaestogodišnjaka u Nišu.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 100 dvanaestogodišnjaka (50 dečaka i 50 devojčice). Svim ispitanicima urađen je stomatološki sistematski pregled. Za dobijanje podataka o stanju oralne higijene, gingive i parodontijuma korišćeni su sledeći indeksi: Plak indeks po Greene-Vermillion-u (GVI), Indeks krvarenja iz interdentalne papile po Muhlemann-u (MI) i CPITN.

Rezultati: Zdrav parodontijum zabeležen je kod 17% ispitanika. Prosečna vrednost plak indeksa bila je 1,88 (1,94 kod dečaka i 1,82 kod devojčica). Indeks krvarenja iz interdentalne papile u proseku je bio 1,82 (1,90 kod dečaka i 1,74 kod devojčica), a CPITN 1,58 (1,66 kod dečaka i 1,50 kod devojčica).

Zaključak: Stanje oralne higijene, gingive i parodontijuma kod dvanaestogodišnjaka nije na zavidnom nivou. Zbog toga je neophodno intenzivirati preventivni rad i podstaći promociju oralnog zdravlja, kako bi stanje oralne higijene, gingive i parodontijuma bilo bolje.

14

MOTIVACIJA I OBUKA PACIJENATA O PRAVILNOM ODRŽAVANJU ORALNE HIGIJENE

Ana Knežević¹, Tamara Perić²

¹Dom zdravlja Rakovica, Beograd, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Higijena usta i zuba predstavlja jednu od najznačajnijih mera u očuvanju i unapređenju oralnog zdravlja.

Cilj: je da se prikaže značaj zdravstveno-vaspitnog rada i edukacije pacijenata o pravilnom održavanju oralne higijene.

Metod: U 10 obdaništa na teritoriji Opštine Rakovica sprovedena je akcija pod nazivom "Posle jela zube treba prati", u kojoj je učestvovalo pet stotina dece uzrasta od 5 do 6 godina. Zdravstveno vaspitni rad je podrazumevao motivaciju i obuku o pravilnom održavanju oralne higijene (pokazivanje na modelu), odabir četkice (veličina, oblik, tvrdoća), koliko dugo treba prati zube, da li se pasta za zube nanosi na mokru ili suhu četkicu, kada se četkica menja, kao i značaj pravilne ishrane i redovnost posete stomatologu.

Rezultati: Znanje dece i obučenost o pravilnom održavanju oralne higijene kao i značaju pravilne ishrane za očuvanje i unapređenje oralnog zdravlja se znatno poboljšalo nakon obuke.

Zaključak: Rano stvaranje pozitivnih navika i informacija o značaju svakodnevne higijene za očuvanje zuba može znatno umanjiti mogućnost nastanka karijesa i oboljenja desni. Zdravstveno-vaspitni rad, motivacija i edukacija doprinose većem broju pacijenata sa zdravim zubima.

15

PROMENE U STRUKTURI KEP-A KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA OPŠTINE MALI ZVORNIK U PERIODU OD 2010-2015. GODINE

Sanja Spasenović¹, Momir Carević², Vesna Nedeljković³, Ivana Zdravković⁴

¹Dom zdravlja, Mali Zvornik, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja „Marinko Marin“ Loznica, ⁴Zdravstveni centar „Sveti Luka“ Smederevo

Uvod: Uzrast od dvanaest godina je period kada najbolje možemo proceniti uspešnost primene savremenih preventivnih mera i programa implementiranih kroz sistem primarne zdravstvene zaštite.

Cilj: analiza efekata sprovedenih preventivnih i profilaktičkih mera na strukturu KEP-a.

Metod: Korišćeni su podaci sa redovnih sistematskih pregleda dece, učenika petog razreda OŠ “Branko Radičević” Mali Zvornik u periodu od 2010-2015. godine. Posmatrali smo rasprostranjenost karijesa i promene u strukturi KEP-a u periodu od šest godina.

Rezultati: Na sistematskom pregledu 2010. godine Kiz je iznosio 22,3%, a ukupan KEP je bio K=34,9%, E=9,6%, P=55,5%. Sledeće godine smo imali bolje rezultate, pa je Kiz bio 19,5%, a struktura KEP-a: K=34,8%, E=8,2%, P=57,0%. Na sistematskom pregledu 2013. godine Kiz je iznosio 14,6%, K=33,1%, E=7,6%, P=59,3%. Na poslednjem sistematskom pregledu Kiz je bio 8,3%, a ukupan KEP je iznosio: K=31,3%, E=6,0%, P=62,7%.

Zaključak: Nakon ovog istraživanja zaključujemo da je intenzitet karijesa u dece ovog uzrasta značajno smanjen za period od šest godina. Iako su postignuti odlični rezultati, potrebno je ukazati na veliki značaj daljeg preventivnog rada, kontinuiranom promocijom oralnog zdravlja i primenom preventivno-profilaktičkih mera.

16

POVREDE USTA I ZUBA U SPORTU - SPECIFIČNA ZAŠTITA, ŠTITNICI I ZUBE

Konstantinović Tatjana

Dom zdravlja, Sremska Mitrovica

Cilj: ukazati na veliku učestalost povreda usta i zuba u toku bavljenja sportom, kao i na značaj korišćenja kvalitetnih štitnika za zube u prevenciji nastanka povreda.

Metod: edukacija i promocija upotrebe štitnika za zube u školskim sredinama. Prezentacija štitnika deci, njihovog značaja u sprečavanju ozbiljnih povreda, kao i animacija dece štitnicima sa različitim bojama i motivima omiljenih sportskih klubova.

Edukacija roditelja o značajnom preventivnom dejstvu ovih štitnika, sa aspekta brojnih komplikacije povreda, koje su traumatične po decu i njihovo dalje bavljenje sportom, ali i veoma značajne sa aspekta dugoročnog i često veoma skupog oporavka u odnosu na relativnu nisku cenu štitnika. Poseban akcenat na saradnju stomatologa sa trenerima raznih sportskih disciplina, i to ne isključivo borilačkih sportova, već i timskih sportova gde je učestalost povređivanja takođe visoka. Neophodnost angažovanja trenera u promociji najkvalitetnijih oblika štitnika, a to su individualni štitnici, u odnosu na jeftinija rešenja koja nemaju gotovo nikakvog efekta, a niz negativnih osobina.

Zaključak: na prvom mestu edukacija roditelja i animacija dece i komfor koji pružaju individualni štitnici pružiće nesmetano bavljenje omiljenim sportom deteta a sprečiti povrede i komplikacije. Drugo, zakonskom regulativom bi trebalo uvrstiti individualne štitnike u obavezan sastavni deo sportske opreme dece, kao i odraslih u profesionalnom i rekreativnom bavljenju sportom.

VRIJEDNOSTI INDEKSA MEKIH NASLAGA KOD DJECE ŠKOLSKOG UZRASTA

Aleksandra Šarac¹, Dragan Ivanović², Svjetlana Janković², Ivana Grujičić², Tanja Ivanović²

¹Javno-zdravstvena ustanova Sokolac, ²Medicinski fakultet, studijski program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu

Cilj rada je bio da se utvrdi stanje oralne higijene kod djece III, V i IX razreda.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 140 ispitanika, 71 djevojčica i 69 dječaka učenika u dvije Osnovne škole u Foči. Stomatološki pregled je obavljen u školskim učionicama sa standardnim stomatološkim instrumentima. Za procjenu stanja oralne higijene korišten je index mekih naslaga po Green-Vermillionu.

Rezultati: Na osnovu dobijenih rezultata se pokazalo da učenici III razreda imaju najveći index mekih naslaga. On je iznosio 1,05 (dječaci 1,18, djevojčice 0,93). Kod učenika V razreda indeks je iznosio 0,99 (dječaci 1,05, djevojčice 0,93). Najmanji index mekih naslaga imali su učenici IX razreda. On je iznosio 0,56 (dječaci 0,72, djevojčice 0,41). Dobijeni rezultati ukazuju da učenici III i V razreda imaju zadovoljavajuću, a učenici IX razreda dobru oralnu higijenu.

Zaključak: Stanje oralne higijene kod ispitivane djece u ovom istraživanju nije zadovoljavajuće. Zbog toga je potrebna kontinuirana promocija oralnog zdravlja. Sprovedenjem zdravstveno - vaspitnog rada uticati na loše navike i stavove i time doprinjeti poboljšanju oralnog zdravlja djece školskog uzrasta. Obavezno uvesti predmet „Higijena” i „Zdravstveno vaspitanje” u školske nastavne programe u cilju promocije oralnog zdravlja.

ISPITIVANJE PROCENTA PREDISPONIRAJUĆIH FAKTORA ZA NASTANAK POVREDA I INFORMISANOST SPORTISTA O ZNAČAJU ŠTITNIKA ZA ZUBE

Ivana Grujičić¹, Dragan Ivanović¹, Svjetlana Janković¹, Aleksandra Šarac², Dijana Popović Grubač¹

¹Medicinski fakultet, studijski program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, ²Javno-zdravstvena ustanova Sokolac,

Cilj: Osnovni cilj studije bio je utvrditi procenat predisponirajućih faktora, prevalencu predhodnih povreda i informisanost sportista o štitnicima za zube.

Metod: Studija je sprovedena u sportskim beogradskim klubovima (košarka, rukomet). Ukupno je pregledano 300 sportista. Dijagnostika je sprovedena stomatološkim pregledom i na osnovu informacija dobijenih iz ankete koje su popunjavali sportisti.

Rezultati: Na osnovu stomatološkog pregleda utvrđen je stepen predisponujućih faktora za nastanak povreda i prevalenca predhodnih povreda. Došli smo do sledećih rezultata: protruziju sjekutića je imalo 11%, otvoren zagrižaj 9% a restauracije u frontu 7% pregledanih sportista. Povrede usana i obraza su imali 50% sportista a prelom zuba 21% sportista. Na osnovu ankete koju su popunjavali ustanovili smo da samo 6% sportista nosi štitnike a 78% nije obavješteno da su im štitnici potrebni.

Zaključak: Na osnovu ove studije ustanovljeno je da je kod malog broja aktivnih sportista mlađeg uzrasta prisutna svijest o potrebi štitnika za zube. Zahvaljujući zaštiti koju pruža oralnim tkivima, individualni štitnik bi trebalo da bude uvršten u neobhodan dio sportske opreme svakog sportiste.

ANALIZA STANJA PRVIH STALNIH MOLARA SA ZALIVENOM FISUROM, DVE GODINE NAKON ZALIVANJA

Igor Jaćimović¹, Ljiljana Kostadinović², Maja Ostojić³, Aleksandra Stojković Dikić⁴

¹Dom zdravlja Bujanovac, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Preventivna i dečja stomatologija, ³Volonterska specijalizacija, ⁴Dom zdravlja Niš

Uvod: Prvostalnimolarjeprvitalnizubkojiniče, najčešćeuustimadecesaveć prisutnimvećimbrojemkarijesnihmlečnihzuba. Zbograzgranatogfisurnogsistemaibrojnihjamica, kojeosuosnovnamorfološkakarakteristikaovogzuba, kaoibrzineprocesamineralizacijekojatrajeodrođenjaili 8-9 mesecaintrauterinog životado 2-3. godine životadeteta, struktura šesticajeloša. Iztihrazlogajeneophodnoprimitipreeruptivneiposteruptivnepreventivneiprofilaktičkemereipostupkekakobisesaču valozdravljeprvihstalnihmolara. Jedna od jednostavnijih i neinvazivnih metoda je da se odmah nakon nicanja šestica primeni zalivanje zdravih fisura.

Cilj: Utvrditi stanje prvih stalnih molara dve godine nakon zalivanja fisura. Uporediti stanje šestica kod kojih nije rađeno zalivanje fisura a koje su bile zdrave na sistematskom pregledu.

Metod: Istrživanje je sprovedeno u Osnovnoj školi "Branko Radičević" u Bujanovcu. Pregledom je obuhvaćeno 52 ispitanika uzrasta sedam godina. Zalivanje fisura na prvim stalnim molarima je rađeno kod zuba gde je okluzalna površina bila dostupna radu, a kod kojih su fisure bile indikovane za zalivanje. Nakon dve godine provereno je stanje šestica koje su bile zalivene i onih koje nisu bile zalivene. Pregledi su obavljani u školskoj ambulanti ogleđalcetom i stomatološkom sondom pod veštačkim osvetljenjem.

Rezultati: 2014.god. je pregledano osamdesetdva (82) zdrava stalna molara od kojih je bilo pedesetpet (55) zalivenih fisura (67%) i dvadesetsedam (27) zdravih i nezalivenih fisura (33%). Nakon dve godine (2016.god.), sistematskim pregledom je ustanovljeno da je kod šestica gde je urađeno zalivanje fisura ispalo (19) tj. 34,5% zalivača. Kod tih zuba dijagnostikovano je četiri karijesna zuba (4) ili 21%, na pet zuba (5) ili 26,3% je stavljen definitivni ispun, dok su deset zuba - 52,7% bila zdrava. Šestice kod kojih nije rađeno zalivanje fisura, osam zuba 29,6% je imalo karijes, petnaest - 55,5% je plombirano, jedan - 3,7% je ekstrahiran, a samo tri - 11,2% su ostala zdrava. Od 67% zalivenih fisura na šesticama sačuvano je zdravlje tih zuba u 52,7%, dok kod zuba gde nije urađeno zalivajne fisura -33%, ostala su zdrava samo 11,2%

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da je zalivanje fisura jedna od veoma značajnih i uspešnih profilaktičkih mera u zaštiti zdravlja zuba od karijesa i njegovih komplikacija.

TRUDNOĆA DONOSI RADOST ALI I ODGOVORNOST

Radmila Ćirković

Dom zdravlja Bela Palanka

Uvod: Ponašanje buduće majke utiče na zdravlje, pravilan rast i razvoj deteta.

Cilj: Motivacija trudnica da brigom o sebi, svom zdravlju, pomaže detetu da se pravilno razvija. Dobre navike daju zdravo potomstvo.

Metod: Individualni zdravstveno vaspitni rad, rad u maloj grupi, podela prigodnih brošura, postavljanje plakata u čekaonicama našeg Doma zdravlja.

Rezultati: Naša iskustva pokazuju da dolazi do korekcija u ponašanju trudnica, posebno romske populacije. Pokazuju veću brigu za svoje zdravlje, posetu stomatologu ne doživljavaju kao neprijatnu, bolje su pripremljene za bilo kakvu intervenciju u odnosu na ranije. Prihvataju pozitivne navike. Upoznate su da alkohol, cigarete, droga, štete njihovom budućem detetu.

Zaključak: Kontinuirani timski rad pruža trudnicama informacije da bolje čuvaju svoje zdravlje i donesu zdravo dete na svet.

PREVALENCIJA KARIJESA PRVOG STALNOG MOLARA KOD SEDMOGODIŠNJAKA U PETROVCU NA MLAVI

Nadežda Nikolić¹, Marija Igić², Aleksandra Stojković Dikić³, Maja Ostojčić⁴,

¹Dom zdravlja Petrovac na Mlavi, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ³Preventivna i dečja stomatologija, ⁴Dom zdravlja Niš, ⁴Volonterska specijalizacija

Uvod: Prvi stalni molari su podložni karijesu gotovo odmah nakon nicanja. S obzirom na kratak period mineralizacije i nepovoljno vreme nicanja, patologija ovog zuba je izuzetno kompleksna.

Cilj: da se odredi prevalencija karijesa prvog stalnog molara kod sedmogodišnjaka u Petrovcu na Mlavi.

Metod: Istraživanje je obavljeno u OŠ "Mladost" u Petrovcu na Mlavi. Ispitivanjem je obuhvaćen 91 sedmogodišnjak (43 devojčica i 48 dečaka). Svim ispitanicima urađen je stomatološki sistematski pregled uz pomoć sonde i ogledalca pri veštačkom osvetljenju. Prevalencija karijesa je izražena statističkim koeficijentima: karijes indeks osoba (KIo) i karijes indeks zuba (KIz); indeksom i merom prosečnih vrednosti, karijes indeks prosek (KI_p) i pokazateljem strukture karioznih, ekstrahovanih i plombiranih zuba (struktura KEP-a).

Rezultati: Dobijeni podaci pokazuju da je ukupan Kio bio 38,46% (kod dečaka 39,58% i 37,20% kod devojčica). Vrednost za Kiz bila je 21,15% (kod dečaka 21,35% i 20,93% kod devojčica). Prosečan broj obolelih prvih stalnih molara bio je 0,84 (kod dečaka 0,85 i 0,37 kod devojčica). Struktura KEP-a je nepovoljna: K=85,71%, P=14,28%. Ekstrahiranih prvih stalnih molara nije bilo.

Zaključak: Veliki broj zdravih prvih stalnih molara može ukazati na adekvatan higijensko-dijetetski režim i primenu preventivnih i profilaktičkih metoda. S obzirom na višestruki značaj prvih stalnih molara, kontinuirano sprovođenje zdravstveno - vaspitnih mera i rana sanacija karijesa ovih zuba predstavlja imperativ u radu sa sedmogodišnjacima.

PRVI STOMATOLOŠKI PREGLED - UPOREDNA ANALIZA KROZ DVA PETOGODIŠNJA PERIODA

Ljubica Pavlović Trifunović¹, Tatjana Vukojević¹, Duška Blagojević², Sanja Milkov¹, Kristina Vicko²

¹Dom zdravlja Novi Sad, ²Klinika za stomatologiju Vojvodine, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Uvod: Preventivnim stomatološkim pregledom već u doba odojčeta se obezbeđuje edukacija i motivacija roditelja za pravilnu ishranu, redovnu i pravilnu oralnu higijenu u cilju formiranja pozitivnih navika, kako bi se očuvalo i unapredilo oralno zdravlje kod deteta.

Cilj: Utvrditi trend promene uzrasta deteta koje roditelji dovode na prvi pregled kod stomatologa.

Metod: Analizirani su podaci o prvim pregledima odojčadi (0-1. godine života) i male dece (2-6. godine života). U prvom posmatranom periodu od 2006. do 2010. godine obuhvaćeno je 150 dece, a u drugom periodu od 2011. do 2015. godine 120 dece. Korišteni podaci dobijeni su iz medicinske dokumentacije Doma zdravlja Novi Sad.

Rezultati: Analiza dobijenih podataka pokazala je da je u periodu 2006-2010. godine, u prvoj godini života 12,1% dece imalo prvi susret sa stomatologom; u drugoj 11,7%; u trećoj 23,5%; četvrtoj 22,3%; petoj 17,8% i u šestoj 12,5%. U drugom evaluacionom periodu 2011-2015. godine, rezultati su sledeći: prvi susret sa stomatologom u prvoj godini života imalo je 31,1% dece, u drugoj 25,5%; u trećoj 24,4%; u četvrtoj 11,1%; u petoj 7,7% i nije bilo dece koja do šeste godine života nisu bila kod stomatologa.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata možemo zaključiti da je svest roditelja odojčadi i male dece o važnosti preventivnih stomatoloških pregleda porasla. Potrebno je nastaviti kontinuirani zdravstveno vaspitni rad sa roditeljima kako bi se povećao obuhvat odojčadi za prvi preventivni stomatološki pregled.

ORALNO HIGIJENSKJE NAVIKE KOD PETNAESTOGODIŠNJAKA U NIŠU

Aleksandra Stojković Dikić⁴, Marija Igić², Nadežda Nikolić³, Igor Jaćimović⁴,

¹Dom zdravlja Niš, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Preventivna i dečja stomatologija, ³Dom zdravlja Petrovac na Mlavi, ⁴Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Pravilno i redovno održavanje oralne higijene ima veliki značaj u očuvanju zdravlja usta i zuba.

Cilj: Utvrditi navike održavanja oralne higijene kod petnaestogodišnjaka u Nišu. Takođe je ispitivana i učestalost i razlozi odlaska kod stomatologa.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 150 petnaestogodišnjaka približno jednake polne zastupljenosti (78 dečaka i 72 devojčice). Istraživanje je obavljeno u Ugostiteljsko-turističkoj školi u Nišu. Svi ispitanici su popunili anketu koja je sadžala relevantna pitanja vezana za održavanje oralne higijene i učestalost i razloge odlaska kod stomatologa.

Rezultati: Na osnovu analize ankete dobijeno je da najveći broj petnaestogodišnjaka (72,66%) pere zube ujutru i uveče (84,72% devojčica i 61,53% dečaka). Vreme od 1-3 minuta za pranje zuba je najzastupljenije – 61,33% (kod devojčica 66,66%, a kod dečaka 56,41%). Od ukupnog broja ispitanika, 41,33% osim paste i četkice za zube ne koristi druga sredstva za održavanje oralne higijene (40,27% devojčica i 42,30% dečaka). Veliki broj ispitanika-60,66% (61,11% devojčica i 60,25% dečaka) ne koristi rastvore sa fluoridima za ispiranje usta i zuba. U proteklih 12 meseci 83,33% petnaestogodišnjaka je posetilo stomatologa (87,50% devojčica i 79,48% dečaka), a najčešći razlog te posete je bila redovna kontrola - 56% (58,33% devojčica i 53,84% dečaka).

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da su navike održavanja oralne higijene relativno zadovoljavajuće, s tim da se uz aktivniji zdravstveno vaspitni rad može stanje značajno poboljšati.

POVREDE MLEČNIH ZUBA- DVANAESTOGODIŠNJA RETROSPEKTIVNA STUDIJA

Jelena Galović¹, Ivana Demko Rihter², Mirjana Perin³, Bojan Petrović¹

¹Dom zdravlja Novi Sad, ²Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu, ³Dom zdravlja Nevesinje

Cilj ovog istraživanja je bio da se ispita stopa komplikacija i preživljavanje traumatizovanih mlečnih zuba.

Metod: Uzorak se sastojao od svih kartona traume zuba evidentiranih tokom 12 godina na Odeljenju za dečju i preventivnu stomatologiju Klinike za stomatologiju Vojvodine, Novi Sad. Podaci su analizirani u odnosu na sledeće parametar: pol, starost, vrstu traume, vrsta i vreme preduzetog tretmana.

Rezultati: Studija je zamišljena kao retrospektivna i obuhvatila je 161 dete, sa 324 povredena mlečna zuba. Zastupljenost traume bila je veća kod dečaka (58,4%) i kod dece do 4 godine starosti. Luksacije su bile češće (84,5%) u odnosu na izolovane frakture zuba (13,3%), dok su kombinacije ove dve vrste povreda bile retke (2,2%). Godinu dana nakon traume 172 zuba (0.67) je razvilo komplikacije. Padovi su bili glavni uzrok traume (68,9%) i prisustvo više od jednog povređenog zuba je bilo često. Kod 61,4% dece stomatološki tretman je ukazao tokom prvih 24. Sveukupno preživljavanje iznosilo je 0,79 u trenutku nesreće, 0,63 u naredna 24 sata, 0,49 7 dana nakon povrede, 0,48 mesec dana nakon traume, 0,39 tri meseci nakon povrede, 0,33 6 meseci nakon povrede i 0,24 godinu dana nakon povrede.

Zaključak: Stopa preživljavanja u dugotrajnom praćenju trauma mlečnih zuba je relativno niska, bez obzira na vrstu traume, vremenski interval između povrede i tretmana i vrste preduzetog tretmana.

RASPROSTRANJENOST POVREDA ZUBA U DECE SA PODRUČJA KOSOVSKE MITROVICE

Sandra Miljković-Andić

Dom zdravlja Leposavić

Uvod: U savremenim uslovima života deca su sve češće izložena povredama, među kojim značajno mesto imaju povrede zuba. Na području Kosovske Mitrovice još uvek nema dovoljno podataka o rasprostranjenosti povreda zuba kod dece.

Cilj: je analiza rasprostranjenosti povreda zuba u dece uzrasta od 3 do 16 god. u odnosu na pol i uzrast.

Metod: Istraživanje povreda zuba sprovedeno je po principu retrospektivne studije u periodu od decembra 2009. do decembra 2012. godine. Obuhvaćeno je 2030 dece, uzrasta od 3 do 16 godina, izabrane metodom slučajnog izbora iz četiri predškolske ustanove i obdaništa, četiri osnovne, i četiri srednje škole.

Rezultati: od ukupno 2030 dece uzrasta od 3-16 godina, prosečne starosti 9,3 godina bilo je 1103 (54,3%) dečaka i 927 devojčica (45,7%). U odnosu na uzrast, deca su razvrstana u tri grupe: 589 (29,0%) dece od 3-6 god., 856 (42,2%) od 7-11 god. i 585 (28,8%) od 12-16 godina. Traumatsku povredu zuba imalo je 15,2% (N=309) dece starosti 8,67 godina, od čega 8,8% dečaka i 6,4% devojčica. Od ukupno 1103 dečaka povredu zuba imalo je 16,2%, a od 927 devojčica 14,0%. Od 309 dece sa povredom zuba bilo je 179 dečaka (57,9%), i 130 devojčica (42,1%). U odnosu na uzrast sa povredom bilo je 107 dece u grupi od 3-6 god. (34,6%), 106 dece od 7-11 god. (34,3%) i 96 dece od 12-16 godina (31,1%). Raspodela dece sa povredom zuba po uzrastnim grupama je iznosila: u grupi (N = 589) od 3-6 god. 107 (18,2%), u grupi (N=856) od 7-11 god. 106 (12,4%) i u grupi (N=585) od 12-16 god. 96 (16,4%).

Raspodela dece sa povredom zuba prema polu u odnosu na uzrast, pokazuje da je povredu imalo: 61 (34,1%) dečak i 46 (35,4%) devojčica od 3-6 god., 65 (36,3%) dečaka i 41 (31,5%) devojčica od 7-11 god. i 53 (29,6%) dečaka i 43 (33,1%) devojčica od 12-16 god. Razlika je najviše izražena u grupi od 7-11 godina.

Zaključak: Analizom rezultata izvedeni su sledeći zaključci: 1) Prevalencija povreda zuba je umereno visoka i iznosi 15,2%; 2) Povrede su učestalije kod dečaka od 7-11 godina, a devojčica od 3-6 god.; 3) Najveća prevalencija povreda je u uzrastu 3-6 god.; 4) Prevalencija povreda se razlikuje između grupa 3-6 i 7-11 god. i grupa 7-11 i 12-16 godina.

ANALIZA STANJA DRUGOG MLEČNOG MOLARA I NJEGOV UTICAJ NA STANJE PRVOG STALNOG MOLARA

Maja Ostojić¹, Ljiljana Kostadinović², Nadežda Nikolić³, Igor Jaćimović⁴

¹Volonterska specijalizacija, ²Medicinski fakultet Niš, ³Dom zdravlja Petrovac na Mlavi, ⁴Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Zbog velikog značaja prvog stalnog molara za pravilan razvoj i funkciju organa za žvakanje, neophodno je sačuvati njegovo zdravlje. Da bi sprečili ili na vreme otkrili karijes treba koristiti sva preventivno-profilaktička sredstva i mere u kombinaciji sa profilaktičko-terapeutskim i zdravstveno-vaspitnim radom. Veliki značaj u očuvanju zdravlja prvog stalnog molara imaju zubi mlečne denticije, posebno drugi mlečni molar.

Cilj: Utvrditi da li postoji korelacija u prevalenciji karijesa prvog stalnog molara i drugog mlečnog molara kod školske dece uzrasta od 8 godina.

Metod: Istraživanje je obavljeno u OŠ "Mika Antić,, u Nišu. Ispitivanjem je obuhvaćeno 64-oro dece uzrasta 8 godina. Stomatološki pregled obavljen je u školskoj stomatološkoj ambulanti stomatološkom sondom i ogledalcem pri veštačkom osvetljenju. Prevalencija karijesa je izražena statističkim koeficijentima: KIO, KIZ, indeksom prosečnih vrednosti KIP i indeksom strukture KEP.

Rezultati: Dobijeni podaci pokazuju sledeće rezultate: -Za drugi mlečni molar, $kep=148$, struktura $kep-a k=68,2\%$, $e=26,4\%$, $p=5,4\%$; $kio=78,12\%$; $kiz=57,81$; $kip=2,31$. -Za prvi stalni molar: $KEP=29$, struktura $KEP-a K=82,76\%$, $E=0, P=17,24\%$; $KIO=26,56$; $KIZ=11,33\%$; $KIP=0,45$

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da je zdravlje mlečnih zuba, posebno drugog mlečnog molara, vrlo značajno i da utiče na stanje prvog stalnog molara. Potrebno je sprovesti istraživanje kod dece starijeg uzrasta zbog dužine prisustva drugog mlečnog molara u ustima i shodno tome utvrditi stanje prvog stalnog molara.

STANJE ZDRAVLJA STALNIH ZUBA ŠKOLSKE DECE UZRASTA 12 GODINA U SUBOTICI

Sonja Milenković Kotlajić¹, Katarina Madić², Dejan Marković³

¹Dom zdravlja Subotica, ²Dom zdravlja Pećinci, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Oralno zdravlje je veoma važno za funkcionisanje i kvalitetan život dece i ljudi. Jednostavno i proverene efikasne metode (tehnika prilikom oralne higijene, frekvencije izvođenja, pravilan izbor u odabiru osnovnih i pomoćnih sredstava za izvođenje oralne higijene), ishrana, kontrola kod stomatologa (sprovođenje i primena preventivnih i profilaktičkih mera), doprinose očuvanju oralnog zdravlja. Opština Subotica ima 9145 đaka u osnovnim školama, a sam grad Subotica 8043 đaka.

Cilj: je da se pokaže stanje zdravlja stalnih zuba na osnovu preventivnog delovanja.

Metod: analizirali smo rezultate dobijene sistematskim pregledom stalnih zuba 60 dece, đaka, Osnovne škole "Kizur Ištvan" iz Subotice. Ovaj broj predstavlja 0,75% od ukupnog broja dece ovog uzrasta u gradskom delu opštine Subotice. Prilikom prvog sistematskog pregleda, deca su bila uzrasta 12 godina, a praćenje je trajalo od 2014-2016. godine.

Rezultati: su izraženi pomoću indeksa Kio, Kiz, Kip, a poredili su se rezultati dobijeni 2014. i 2016. godine. Iz dobijenih podataka se vidi da su rezultati na kraju posmatranog perioda bolji u odnosu na početak posmatranja. Ako se pogledaju Kep vrednosti, vidimo da je broj karioznih zuba po pregledanom đaku u blagom opadanju, broj plombiranih zuba ima tendenciju rasta, a broj ekstrahovanih zuba je u blagom porastu (zubi su ekstrahovani i iz ortodontskih razloga).

Zaključak: da bismo sačuvali zdravlje usta i zuba dece, moramo se baviti zdravstveno vaspitnim radom sa decom i roditeljima i primenjivati sve preventivne i profilaktičke mere.

ZNAČAJ ZDRAVSTVENO-VASPITNOG RADA KOD PACIJENATA SA HEMOFILIJOM

Sanja Vujkov¹, Duška Blagojević¹, Bojan Petrović¹, Isidora Nešković¹, Jelena Komšić², Branko Svilengaćin³, Vera Batanjski²

¹Univerzitet u Novom Sadu, Katedra za stomatologiju, ²Dom zdravlja Novi Sad, ³Dom zdravlja Novi Bečej

Uvod: Hemofilija pripada grupi urođene koagulopatije, koje karakteriše sklonost ka spontanim krvarenjima i krvarenjima nakon povreda, medicinskih i stomatoloških intervencija. Nastaje usled smanjene količine ili funkcionalne abnormalnosti VIII i IX faktora koagulacije.

Na Klinici za stomatologiju Vojvodine izvršeno je ispitivanje zastupljenosti oralnih oboljenja, karijesa, gingivitisa i parodontopatije kod pacijenata sa urođenim koagulopatijama u odnosu na zdrave ispitanike. Gingivalni indeks (GI) dece sa hemofilijom (1.57 ± 0.77) je bio statistički značajno viši u odnosu na kontrolnu grupu (0.12 ± 0.35) ($p < 0.05$). Nije utvrđena statistički značajno viša vrednost KEP-a u studijskoj grupi (4.21 ± 4.14) u odnosu na kontrolnu (4.45 ± 4.19) ($p > 0.05$), dok je zastupljenost karijesa (K) bila značajno viša (2.26 ± 2.86) u odnosu na kontrolnu grupu (1.47 ± 2.16) ($p < 0.05$).

Zaključak: Veća zastupljenost oralnih oboljenja kod pacijenata sa hemofilijom ukazuje na neophodnost unapređenja zdravstveno-vaspitanog rada kod ove grupe pacijenata. Svetska Federacija za Hemofiliju (WHO) prepoznala je značaj očuvanja oralnog zdravlja kod pacijenata sa koagulopatijama, te je izdato nekoliko vodiča za unapređenje oralnog zdravlja, prevenciju oralnih oboljenja i sprovođenje stomatološkog tretmana kod ove grupe pacijenata.

ZNAČAJ ZDRAVSTVENO VASPITNOG RADA SA AUTISTIČNOM DECOM

Jelena Komšić¹, Sanja Vujkov², Isidora Nešković², Duška Blagojević², Bojan Petrović², Danijela Tamas³

¹Dom Zdravlja Novi Sad, ²Klinika za stomatologiju Vojvodine, ³ŠOSO "Milan Petrović"

Uvod: Prema definiciji SZO zdravstveno vaspitanje predstavlja aktivan proces učenja i osposobljavanja pojedinca i zajednice da se koriste stečenim znanjima o psihičkom, fizičkom i socijalnom zdravlju. Autizam je širok pojam upotrebljen za definisanje multiplog, biološkog poremećaja razvoja mozga koji pogađa decu do treće godine i traje do kraja života.

Zbog specifičnosti uspostavljanja saradnje sa autističnom decom sproveden je multidisciplinarni zdravstveno vaspitni rad u saradnji sa školom "dr Milan Petrović" i Klinike za stomatologiju Vojvodine u cilju učenja kroz iskustvo kao i motivisanje autistične dece i njihove okoline o značaju očuvanja oralnog zdravlja. Metode koje su korišćene bile su usmerene na specifičnost autistične dece: modeli usmereni na ponašanje-bihevioralni pristup, razvojni modeli rada, terapijski bazirane intervencije gde se jasno definisao značaj oralnog zdravlja, kao i drugi modeli rada sa porodicom. Dvomesечna saradnja, sa 18 korisnika, se bazirala na postepenom uspostavljanju kontakta, u dnevnom boravku škole, kroz bihevioralne metode. U narednoj etapi saradnje koristile metode usmerene na učenje kroz iskustvo kao što su tehnike pranja zuba i stomatološkog pregleda. Nakon slikovitog prikaza Klinike za stomatologiju Vojvodine i individualne pripreme, deca sa autizmom su uspešno pregledana na Klinici. U narednim posetama vršene su postepene stomatološke intervencije i uspostavljeno je međusobno poverenje.

Zaključak: Multidisciplinarni pristup zdravstveno vaspitnog rada u cilju uspostavljanja saradnje i očuvanja oralnog zdravlja osoba sa autizmom daje odlične rezultate i uspešnu saradnju.

PREVENCIJA KARIJESA KOD TRUDNICA

Mirjana Perin¹, Bojan Petrović², Duška Blagojević²

¹Dom zdravlja Nevesinje, ²Klinika za stomatologiju Vojvodine, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Cilj: je da pokaže važnost prevencije karijesa i oralnih obolenja kod najvulnerabilnijeg dela stanovništva, kao i jednostavnost njegovog sprovođenja u jednoj lokalnoj zajednici.

Metod: Pre samog početka provođenja konkretnih mera neophodno je ostvariti saradnju na relaciji stomatolog – ginekolog. Potrebno je da ginekolozi, u prvoj poseti, trudnicu šalju stomatologu. Stomatolozi kroz individualan rad ili rad u manjoj grupi održavaju predavanja o značaju oralnog zdravlja, uravnotežene ishrane, sanacije postojećih karijeznih lezija i značaju primene fluorida i njihovoj efikasnosti. Stomatolog kroz zdravstveno-vaspitni rad buduće majke takođe informiše o značaju dojenja i značaju i načinu održavanja oralne higijene od perioda novorođenčeta pa na dalje.

Rezultati: Ovaj program je sproveden u lokalnoj zajednici koja broji 16.000 stanovnika. U organizaciji savetovališta za trudnice održano je predavanje, a trudnice su na ginekološki i stomatološki pregled zakazivane istog dana. Od ukupno 51 trudnice prisutne na predavanju, njih 43 su počele da dolaze na redovne stomatološke preglede. Pored sanacije postojećih karijeznih lezija kod njih je sprovedena topikalna aplikacija fluorida (u formi laka) koja je ponavljana na tri meseca. Nakon poroda na kontrolu se javilo njih 31 i potvrdile pozitivan stav prema programu kroz koji su prošle.

Zaključak: Sprovođenjem ovakvog programa i zajedničkom saradnjom sa ginekološkom službom značajno se unapređuje oralno zdravlje kako trudnica tako i njihove dece od najranijeg doba što pokazuje i veliki odziv budućih majki u našem programu.

31

PREVALENCA KARIJESA KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA, DANAS I PRE 15 GODINA, U OBRENOVCU

Sladana Filić Stefanović, Stanica Belanović

Dom zdravlja Obrenovac

Cilj: je bio utvrđivanje rasprostranjenosti karijesa stalnih zuba kod dvanaestogodišnjaka i poređenje sa stanjem od pre 15 godina.

Metod: Istraživanje je rađeno 2015/16. godiine u Obrenovcu. Standardnim stomatološkim pregledom je obuhvaćeno 436 ispitanika oba pola, uzrasta 12 godina, u 4 osnovne škole. Urađena je analiza nađenog stanja pomoću Klein-Palmerov, KEP indeksa i na osnovu arhivskih podataka, komparacija sa stanjem 2002. godine.

Rezultati: Od ukupno 436 pregledane dece, prosečno 21,6% dece ima zdravu stalnu denticiju, dok je kod 78,4% ispitanika konstatovan kaijes, ekstrakcija ili ispun. Prema podacima iz 2002 g. samo je 2% dece bilo bez KEPa, odnosno Kio-98%. Za 15 godina je desetstruko smanjen broj dvanaestogodišnjaka sa obolelim stalnim zubima. Analizom vrednosti KIz uočava se smanjenje sa 22,5% koliko je iznosio 2002.g. na 7,1% u 2016-oj godini. KIp u ispitivanoj populaciji se kreće od 1,4 kod dečaka do 2,01 kod devojčica, prosečno 1,7, dok je pre 15 godina zabeležen prosečan Kip 5,02.

Zaključak: Rezultati pokazuju značajno poboljšanje oralnog zdravlja dvanaestogodišnjaka u Obrenovcu u poslednjih 15 godina, što se može objasniti aktivnim sprovođenjem preventivnog programa kao i odgovarajućom dostupnošću stomatološke zdravstvene zaštite koja je ostvarena otvaranjem školskih stomatoloških ordinacija u tom periodu.

32

PRIKAZ AKTIVNOSTI POVODOM 26. NEDELJE ZDRAVLJA USTA I ZUBA U OPŠTINI OBRENOVAC

Sladana Filić Stefanović, Stanica Belanović, Radmila Živanović, Milanka Branković

Dom zdravlja Obrenovac

Sa ciljem promocije zrdavlja i edukacije o merama za očuvanje i unapređenje zdravlja sproveden je niz aktivnosti u osnovnim školama i predškolskim ustanovama. U predškolskim ustanovama je održano 8 radionica sa decom do četvrte godine starosti. U jednom danu 65-oro dece, u 4 grupe je pratilo demonstraciju pravilne tehnke pranja zuba na modelu i vežbala četkanje zuba. Približno 60-oro petogodišnjaka imalo je sledećeg dana edukaciju o ishrani. Deca su kroz igru razvrstavala "zdravu" i "nezdravu" hranu. Takođe u obdaništu, za 30-oro dece starije predškoske dobi organizovan je kviz znanja "Šta znam o zdravlju zuba".

U školskoj populaciji je intenziviran zdravstveno vaspitni rad sa akcentom na grupne metode. Održano je ukupno 9 predavanja za 370 učenika, u tri osnovne škole. U Power Point prezentaciji su učenicima starijih razreda predstavljeni etiološki činioci oralnog zdravlja i mogućnosti prevencijije bolesti zuba i parodonticijuma. U tri osnovne škole u prigradskim naseljima je podeljeno 200 zubnih pasti i oko 300 lifleta.

Na likovni i literarni konkurs odazvalo se pet osnovnih škola i jedan vrtić. Izložba likovnih radova je svečano otvorena uz prikladan kulturno umetnički program. Tom prilikom su pročitani nagrađeni literarni radovi, podeljene nagrade, diplome i zahvalnice. Priredbi su pored dece, prisustvivali predstavnici veća za zdravstvo i prosvetu gradske opštine Obrenovac. Takođe prisutni su bili i roditelji, prosvetni radnici kao i zaposleni DZ Obrenovac. Aktivnosti je medijski propratila lokalna televizija. Snimljeni material je emitovan i repriziran više puta. Objavljen je na zvaničnom sajtu gradske opštine Obrenovac, YouTube-u, Facebook-u i u lokalnoj štampi.

Zaključak: Zravstveno vaspitanje, individualno ili u grupama su deo svakodnevnih aktivnosti stomatologa, dok u toku kampanje posvećene oralnom zdravlju, pažnju treba usmeriti na širu javnost sa ciljem da se uspostavi i održava interesovanje za zdravlje.

STANJE NACIJE I KAKO GA PROMIJENITI

Aneta Sekulić¹, Olivera Jovičić², Vladimir Milanović¹, Mirjana Petković-Mrvić³

¹Dom zdravlja Zemun, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Šabac

Uvod: Karijes je i dalje najrasprostranjenije oboljenje. Apsurdno je to što se radi o oboljenju koje se u teoriji može vrlo jednostavno suzbiti.

Cilj: Utvrditi koliko su roditelji informisani o uzroku nastanka karijesa, koliko čine da do karijesa ne dođe i kakve su posledice njihove (ne)informisanosti.

Metod: Sprovedena je anonimna anketa u Domu zdravlja "Zemun" među roditeljima djece uzrasta 0-18 godina. Roditelji su odgovarali na osnovna pitanja o uzroku nastanka karijesa, oralnoj higijeni, ishrani...

Rezultati: Većina roditelja zna da je osnovni uzrok nastanka karijesa neadekvatna oralna higijena i neadekvatna ishrana. Uprkos tome, sa održavanjem oralne higijene se ne započinje na vrijeme, a frekvencija unošenja ugljenih hidrata kod djece je povećana. O primjeni fluorida su nedovoljno informisani. Posledice su mnogo lošije stanje usta i zuba od zadovoljavajućeg.

Zaključak: Potrebno je mnogo više angažovanja na edukaciji cjelokupne populacije kroz razne vidove preventivnih programa. Na žalost, u našem društvu to ne bi bilo dovoljno da se postignu željeni rezultati. Neophodno je drastično povećati cijenu nekih usluga, npr. ekstrakcije stalnih zuba koja je posledica karijesa, kao i endodontske terapije zuba.

PRIMENA FRC KOČIĆA U PREVENCIJI ORTODONTSKIH NEPRAVILNOSTI – ptikaz slučaja

Katarina Madić¹, Dejan Marković², Sonja Milenković Kotlajić³

¹Dom zdravlja Pećinci, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Subotica

Uvod: Kompozitni kanalni kočići ojačani staklenim vlaknima (FRC) našli su veliku primenu u dečjoj stomatologiji, posebno u restauraciji krunica traumatizovanih endodontski lečenih zuba koji imaju manju biološku vrednost i koji su podložni frakturama zbog značajnog gubitka zubne supstance. Primena FRC kočića je brza, jednostavna i efikasna zbog niza dobrih osobina koje poseduju, kao što su fizičke osobine slične dentinu, translucencija, retencija i postupka jednostavnije revizije kada je to indikovano. Ortodontske nepravilnosti najčešće su rezultat uzajamnog dejstva naslednih faktora i loših navika. Nasledni faktori mogu da odrede tip nepravilnosti, a a loše navike mogu uticati na definitivni oblik i stepen nepravilnosti.

Cilj: je da se prikaže tretman endodontski lečenog stalnog zuba kompozitnim kočićem i kompozitnom nadogradnjom a istovremeno mogu i prevenirati ortodontske nepravilnosti.

Metod: Na Klinici za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu javila se pacijentkinja uzrasta trinaest godina. Kliničkim pregledom i analizom medicinske dokumentacije doneta je odluka da se zub, nakon ortodontskog izvlačenja restaurira kompozitnim kočićem i kompozitnom nadogradnjom. Radno polje je izolovano koferdamom, setom borera preporučenim od proizvođača preparisano je ležište u kanalu korena gornjeg desnog centralnog sekutića za kompozitni kočić (Rely X Fiber Post, 3M ESPE). FRC kočić je cementiran samoadhezivnim cementom (Rely X Unicem). Krunica zuba izmodelovana je slaganjem slojeva kompozita (GC Gradia Direct) koristeći gleđne i dentinske nijanse.

Zaključak: Primenom FRC kočića ojačanih staklenim vlaknima u dečjem uzrastu moguće je postići ne samo restauraciju traumatizovanih endodontski lečenih zuba, već i prevencija ortodontskih anomalija, odnosno gubitak prostora migracijom susednih zuba, kao očuvanje međuviličnih odnosa.

REZULTATI ZDRAVSTVENO VASPITNOG RADA U OSNOVNOJ ŠKOLI "KOSTA DJUKIĆ" U MLADENOVCU

Ivana Maksimović¹, Darko Stojanović¹, Ivana Radović²

¹Dom zdravlja Mladenovac, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu,

Cilj: Analiza uticaja zdravstveno vaspitnog predavanja kao metode zdravstveno vaspitnog rada na učestalost poseta stomatološkoj službi DZ Mladenovac školske dece uzrasta od 6 do 15 godina OŠ "Kosta Djukić" u Mladenovcu u vremenskom razdoblju od maja meseca 2014. do maja meseca 2016.godine.

Metod: Studijska grupa obuhvatila ukupno 872 dece uzrasta od 6 do 15 godina, pri čemu je bilo 411 dečaka i 472 devojčice. Upoređivan je broj poseta stomatologu u okviru dva uzastopna vremenska razdoblja. Prvi period trajao je od maja 2014 do maja 2015 godine, kada deca nisu bila obuhvaćena programom zdravstvenog vaspitanja.

Rezultati: Zabeleženo je ukupno 1154 posete stomatologu. U drugom periodu koji je trajao od maja 2015 do maja 2016 godine, kada su deca iste posmatrane grupe bila obuhvaćena programom zdravstvenog vaspitanja, zabeleženo je ukupno 1958 poseta stomatologu. Ostvareno je 69,7% više poseta u odnosu na prvi period.

Zaključak: Imajući u vidu da je uočen trend povećanja broja poseta stomatologu nakon blagovremenog angažovanja stomatološkog tima, potrebno je nastaviti primenu zdravstvenog predavanja kao i drugih metoda (individualnih, grupnih, kompleksnih...) i sredstava zdravstveno vaspitnog rada, kako bi se ostvarila još bolja motivacija izabrane studijske grupe za očuvanje zdravlja usta i zuba.

RASPROSTRANJENOST KARIJESA KOD PREDŠKOLSKE DECE U LOZNICI

Vesna Nedeljković¹, Ivana Radović², Sanja Spasenović³, Katarina Madić⁴

¹Dom zdravlja Loznica, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Mali Zvornik, ⁴Dom zdravlja Pećinci

Uvod: Karijes je najrasprostranjenije hronično, progresivno oboljenje tvrdih zubnih tkiva, kompleksne i multikauzalne etiologije.

Cilj: je bio da se ispita rasprostranjenost karijesa kod dece uzrasta od 6 godina u Vrtiću "Pčelica" u Loznici.

Metod: Istraživanje je obuhvatilo 108 dece sa teritorije grada Loznica u 2015 godini. Istraživanje se baziralo na podacima dobijenim iz dokumentacije sprovedenog preventivnog programa tokom obavljenih sistematskih stomatoloških pregleda pred upis dece u školu. Korišćeni su indeksi KIo, KIzi KIp kao i struktura KEP-a.

Rezultati: Od 108 pregledane dece 22-oje je bilo bez karijesa dok je 86 imalo kariozne zube. Karijes indeks osoba iznosi 79,6% a karijes indeks zuba 31,2%. Prosečan broj obolelih zuba po ispitaniku (KI_p) je 7,2. U strukturi KEP-a dominira nesaniрани karijes sa 44,4%, zatim slede ekstrahovani zubi sa 22,2% i zubi sa ispunima 33,3%.

Zaključak: Stanje zdravlja zuba kod ispitivane dece u ovom istraživanju nije zadovoljavajuće. S obzirom na dobijene rezultate, neophodno je blagovremeno angažovanje stomatologa i pacijenata u sprovođenju stomatoloških preventivnih programa i profilaktičkih mera.

SUBGINGIVALNA PRIMJENA HLORHEKSIDIN GLUKONAT GELA U LIJEČENJU HRONIČNE PARODONTOPATIJE

Jelena Lečić¹, Ana Cicmil¹, Olivera Vukotić¹, Ognjenka Janjić-Pavlović¹, Sasa Čakić², Smiljka Cicmil¹

¹Medicinski Fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: je bio da se uporedi efikasnost subgingivalne primjene hlorheksidin glukonat (CHX) gela u liječenju oboljelih od hronične parodontopatije.

Metod: Parodontalni džepovi, dubine ≥ 5 mm, ukupno 40, su randomiziranom metodom podjeljeni u grupu I koja je tretirana mehaničkom obradom parodontalnih džepova i subgingivalnom aplikacijom CHX gela (CURASEPT® ADS 350, Curaden Healthcare, Saronno, Italy) 3 puta u toku 10 minuta jedan dan, i grupu II koja je tretirana mehaničkom obradom parodontalnih džepova i subgingivalnom aplikacijom CHX gela 3 puta u toku 10 minuta pri čemu je aplikacija gela na ovaj način ponavljana jednom dnevno u toku pet dana. Za verifikaciju nivoa oralne higijene i procjenu stanja parodontalnih tkiva, prije početka terapije te nakon 1 mjesec, mjereni su sledeći parametri: plak indeks po Silness- Løe (PI), indeks krvarenja gingive po Mühlemann- Son-u (IKG), dubina parodontalnog džepa (DPDŽ) i nivo pripojnog epitela (NPE).

Rezultati: Prije započet terapije, ne uočavaju se statistički značajne razlike ($p > 0,05$) ispitivanih kliničkih parametara između grupa I i II. Nakon jednog meseca uočavaju se razlike u srednjim vrijednostima PI ($p < 0,01$) i DPDŽ ($p < 0,05$) u korist grupe II.

Zaključak: Višestruka subgingivalna primjena hlorheksidin gela daje određene kliničke benefite mehaničkoj obradi parodontalnih džepova.

ORALNO-HIGIJENSKE NAVIKE DJECE SA ASTMOM

Bojana Davidović¹, Mirjana Ivanović², Jovanka Antić³, Ivana Dmitruk⁴, Igor Radović¹, Brankica Davidović¹, Ružica Lukić¹

¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Republika Srpska, BiH, ²Stomatološki fakultet Beograd, Univerzitet u Beogradu, Srbija, ³Zdravstveni centar Kruševac, Srbija, ⁴JZU Dom zdravlja Bijeljina, Republika Srpska, BiH

Cilj: Utvrditi oralno-higijenske navike djece oboljele od astme.

Metod: U ovom ispitivanju učestvovala su djeca starosti od 6 do 16 godina ($10,49 \pm 3,28$). Cjelokupni uzorak od 136 djece podjeljen je u dvije grupe. Studijsku grupu (SG) ($n = 68$) činila su djeca kod kojih su utvrđeni simptomi astme. Kontrolnu grupu (KG) ($n = 68$) su predstavljala zdrava djeca. Za potrebe ovog istraživanja kreiran je anketni upitnik koji sadrži pitanja o oralno-higijenskim navikama.

Rezultati: Djeca iz kontrolne grupe u odnosu na djecu sa astmom su osim standardnog pribora za održavanje oralne higijene upotrebljavala i dodatna sredstva (konac za zube, tečnosti za ispiranje usta) ($p < 0,05$). Većina djece sa astmom (47,1%) zube četka dva puta na dan (ujutru i naveče), iako zdrava djeca to čine više od dva puta na dan ($p < 0,05$). Četkanje zuba u trajanju od 2 minute je nedovoljno, ali tu naviku najviše upražnjavaju djeca sa astmom (36,8%) ($p < 0,05$). Ishrana bogata ugljenim hidratima prisutnija je u obrocima djece sa astmom (54,4%), dok slatke napitke konzumiraju svi gotovo u jednakim količinama.

Zaključak: Analizom ovog anketnog upitnika može se zaključiti da su navike koje upražnjavaju djeca sa astmom neadekvatne i mogu imati štetne posledice po njihovo oralno zdravlje. Iz tog razloga je neophodno organizovati individualni plan prevencije i/ili liječenja ove grupe djece u cilju postizanja boljeg oralnog zdravlja.

Ključne riječi: djeca, astma, oralno-higijenske navike.

ZNAČAJ KOMUNIKACIJE IZMEĐU STOMATOLOGA I RODITELJA U DEČJOJ STOMATOLOGIJI

Vesna Tupajić¹, Vesna Tričković², Dijana Trišić³

¹Dom zdravlja Požega, ²Vojnomedicinska akademija Beograd, ³Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod: Komunikacija je proces razmene informacija. Može biti verbalna i neverbalna. Efikasnost komunikacije na relaciji roditelj - stomatolog je od suštinskog značaja za sprovođenje preventivnih, profilaktičkih i terapijskih mera u cilju očuvanja oralnog zdravlja.

Cilj: Ukazati na značaj komunikacije između roditelja i stomatološkog tima u cilju očuvanja oralnog zdravlja i uspešnosti tretmana oralnih oboljenja.

Metod: Efikasnost komunikacije u dečjoj stomatologiji između roditelja i stomatološkog tima zavisi od nivoa obrazovanja roditelja, stepena razumevanja, kao i prethodnog stomatološkog iskustva.

Rezultati: Roditelj može da oblikuje stavove svoje dece prema stomatologu. U slučaju dobre saradnje i podrške roditelja može se dobiti veoma dobra saradnja i komunikacija sa detetom što je od velikog značaja i uticaja na ishod lečenja. Roditelji mogu podržati sve savete o načinu prevencije oralnih oboljenja koje je stomatolog uputio deci, posebno ako sami imaju pozitivan stav prema oralnom zdravlju. U komunikaciji sa roditeljima treba im preporučiti da ne prenose svoja negativna iskustva i lični stav deci i da nikada ne koriste stomatološke intervencije da kazne i uplaše decu.

Zaključak: Dobra komunikacija između stomatološkog tima i roditelja može dovesti do unapređenja oralnog zdravlja i očuvanja postignutih terapijskih rezultata.

KOMPARATIVNA ANALIZA IZMEĐU DRŽAVNIH I PRIVATNIH STOMATOLOŠKIH USTANOVA U OBEZBJEĐIVANJU STOMATOLOŠKE ZAŠTITE

Igor Radović¹, Ljiljana Bjelović¹, Bojana Davidović¹, Ružica Lukić², Milka Kapuran³

¹Medicinski fakultet u Foči, studijski program Stomatologija, ²Univerzitetska bolnica Foča, ³JZU Dom Zdravlja Rogatica

Cilj: ovogistraživanja bio je da se utvrdi stepen korišćenja privatnih i državnih stomatoloških ustanova u stomatološkoj zaštiti, kao i da se procijeni zdravlje zuba kod petnaestogodišnjaka u odnosu na vrstu ustanove u kojoj obezbjeđuju stomatološku zaštitu.

Metod: U istraživanje je bilo uključeno 359 osoba oba pola, starosti 15 godina. Pregledi su obavljani u 8 opština u Republici Srpskoj (BIH). Ispitanici su popunili anketni upitnik kreiran za ovo istraživanje koji je sadržavao pitanja o socioekonomskom statusu, vrsti ustanove u kojoj obezbjeđuju stomatološku zaštitu, načinu plaćanja stomatoloških usluga kao i razlozima zadnje posjete stomatologu. Stomatološki pregledi obavljani su uz primjenu vještačkog osvjetljenja, stomatološkog ogledalca i stomatološke sonde. Stanje zuba u odnosu na vrstu zdravstvene ustanove u kojoj ispitanici obezbjeđuju stomatološku zaštitu (privatne/državne) analizirano je primjenom KEP indeksa.

Rezultati: Ispitanici u nešto većem broju stomatološku zaštitu obezbjeđuju u državnim ustanovama (56%), u odnosu na privatne (44%). Glavni razlog posjete stomatologu kako u državnim (43%), tako i u privatnim ustanovama (28,8%) bila je zubobolja. Analiza stanja zuba je pokazala da nije bilo statistički značajne razlike u vrijednostima KEP indeksa i njegovih komponenti među ispitanicima koji koriste usluge državnih ustanova u odnosu na privatne stomatološke ustanove ($p > 0,05$).

Zaključak: Petnaestogodišnjaci više koriste državne ustanove u liječenju oboljenja usta i zuba u odnosu na privatne. Stanje zuba je približno isto kod korisnika državnih i privatnih stomatoloških ustanova u Republici Srpskoj (BIH).

NIVO ZNANJA PROSVETNIH RADNIKA I VASPITAČA U SMEDEREVU O PRVOJ POMOĆI KOD POVREDE ZUBA U DECE

Ivana Zdravković¹, Mirjana Ivanović², Marija Paunović¹, Sanja Spasenović³

¹Dom zdravlja Smederevo, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Mali Zvornik

Uvod: Škole i vrtići su mesta gde se povrede zuba često dešavaju. Adekvatno i pravovremeno ukazana prva pomoć značajno utiče na prognozu, izbor i ishod terapije povređenih zuba.

Cilj: ovog istraživanja bio je ispitati iskustvo, znanje i informisanost prosvetnih radnika i vaspitača o postupanju u slučaju povrede zuba .

Metod Istraživanje je sprovedeno tokom maja 2016.god. na teritoriji Smedereva. Anonimni anketni upitnik sačinjen od pitanja vezanih za znanje o povredama zuba distribuiran u osnovne škole i vrtiće u gradu i prigradskim naseljima popunilo je 54 učitelja, 13 nastavnika fizičkog vaspitanja i 46 vaspitača pretežno ženskog pola starosti 29 do 50 godina sa radnim iskustvom od 2 do 37 godina.

Rezultati: Čak 56,5 % ispitanika se susrelo sa povredom zuba na radnom mestu, samo 9.04 % ima neko znanje o tome uglavnom stečeno na osnovu ličnog iskustva ili pretraživanjem stručne literature i članaka na Internetu, a svega 6.78% je posetio nadležni stomatolog radi edukacije o pružanju prve pomoći u takvim slučajevima. Zato i ne čude podaci da će u zamišljenim situacijama povrede zuba različitog tipa prvo zvati roditelje (88%), hitnu pomoć (64%), a samo 4% bi dete poslalo stomatologu sa pratiocem uprkos njenoj dostupnosti. 48,67% bi pokušalo da pronađe deo zuba koji nedostaje (u slučaju preloma krunice zuba), a izbijeni zub samo 31,2%, a svega 1 od 113 ispitanika bi pokušao da zub vrati u alveolu. Visok procenat netačnih odgovora je i kod pitanja koja se odnose na pripremu i transport izbijenog zuba, vreme odlaska stomatologu, ordiniranje antibiotske i antitetanusne zaštite.

Zaključak: Nedovoljan nivo znanja o postupanju kod povreda zuba u dece, činjenica da u toku svog obrazovanja nisu imali adekvatnu obuku i zainteresovanost ispitanika, ukazuje na potrebu da se sprovođenjem intenzivne edukacije podigne javni nivo svesti o značaju prve pomoći kod povrede zuba a naročito u zanimanjima koja podrazumevaju rad sa decom.

KONVENCIONALNE I SAVREMENE DIJAGNOSTIČKE METODE U DIJAGNOSTICI POČETNE KARIJESNE LEZIJE

Marija Paunović¹, Olivera Jovičić², Miloš Beloica², Ivana Zdravković¹

¹Dom zdravlja Smederevo, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: je da se ispituju neslaganja u dijagnostici i planu terapije početne karijesne lezije kod stomatologa približnog iskustva u praksi.

Metod: U toku istraživanja pregledane su "sumnjive" fisure 20 zuba od strane 5 istih stomatologa sa sličnim iskustvom, korišćeno je isto osvetljenje, ista stomatološka sonda. Doktori su radili pregled bez uticaja jedni na druge i u upitnik upisivali dijagnozu i plan terapije za zube koje su pregledali. Konačna dijagnoza postavljena je DIAGNOdent pen aparatom (KaVo, Germany). Na zubima na kojima je aparatom dijagnostikovana karijes, rađene su odgovarajuće preparacije radi provere tačnosti rezultata.

Rezultati: Analizom podataka uočeno je neslaganje u dijagnozi kod 64% zuba, a kod 78% zuba je bilo razlike u predloženoj terapiji. Kod 7 zuba DIAGNOdent pen aparatom postavljena dijagnoza potvrđena je odgovarajućom preparacijom, a na ostalim pregledanim zubima su primenjene odgovarajuće profilaktičke mere.

Zaključak: Korišćenjem standardnih dijagnostičkih metoda dijagnoza početne karijesne lezije zasniva se na iskustvu kliničara i subjektivnoj proceni koja se dosta razlikuje i kod stomatologa sa sličnim brojem godina provedenih u praksi. Savremene dijagnostičke metode nude mogućnost objektivnosti u dijagnostici. Njihovim pravilnim korišćenjem, vodeći računa o ukupnom riziku za nastanak karijesa, moguće je postaviti tačnu dijagnozu početne karijesne lezije i tako prevenirati destrukciju dubljih zubnih tkiva.

STANJE ORALNE HIGIJENE PREDŠKOLSKE DECE U SMEDEREVU

Ivanka Dorđević¹, Manuela Đokić¹, Nikolina Bogdanović², Vanja Petrović³

¹Dom zdravlja Smederevo, ²Dom zdravlja "dr Simo Milošević" Beograd, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Pravilno i redovno održavanje oralne higijene, uz ostale preventivne mere, predstavlja osnovni preduslov zdravlja kako usta i zuba tako i celog organizma.

Cilj: Utvrditi stanje oralne higijene i gingive kod dece uzrasta 7 godina u Smederevu.

Metod: U ambulanti dečje i preventivne stomatologije Doma zdravlja u Smederevu pregledano je 220 dece uzrasta 7 godina, kao deo obaveznih sistematskih pregleda pred upis u školu. Korišćeni su parametri (indeksi) za procenu stanja oralne higijene po Silness- Loe-u i stanje gingive po Loe- Silnesu. Ispitanici su pregledani u skladu sa metodologijom i kriterijumima Svetske Zdravstvene Organizacije. Sva deca iz uzorka pregledana su stomatološkim dijagnostičkim sredstvima (stomatološko ogledalce i stomatološka sonda, pri veštačkom osvetljenju na svim zubima).

Rezultati: Plak indeks: Kod 90.7% dece plak indeks iznosi 1.1-2.0, a kod 2.8% dece plak indeks iznosi 2.1-3.0. Gingivalni indeks: Kod 9.0% gingivalni indeks je 0 (nije prisutna inflamacija), 8.2% ima gingivalni indeks 1 (blaga inflamacija), a 1.8% ima gingivalni indeks 2 (prisutna umerena inflamacija praćena crvenilom i edemom gingive).

Zaključak: Nakon ovih istraživanja zaključujemo da stanje oralnog zdravlja tj. higijene dece ovog uzrasta u Smederevu nije zadovoljavajuće. Shodno tome, trebalo bi naglasiti značaj savremenih preventivnih mera i programa i intenzivno raditi na promociji oralnog zdravlja.

PROCENA ORALNO-ZDRAVSTVENOG STATUSA I KVALITETA ŽIVOTA KOD DECE ŠKOLSKOG UZRASTA

Bjelović Ljiljana¹, Erić Jelena², Radović Igor¹, Milinković Marina³, Ivanović Tanja³, Davidović Bojana³

¹Katedra za Bolesti zuba i endodonciju, Medicinski fakultet, Foča, ²Katedra za Oralnu rehabilitaciju, Medicinski fakultet, Foča, ³Katedra za preventivnu i dečiju stomatologiju sa ortodoncijom, Medicinski fakultet, Foča

Cilj: je bio da se utvrdi oralno-zdravstveni status i kvalitet života kod školske dece na području opštine Foča.

Metod: Studija preseka urađena je na klinici za Stomatologiju, Medicinskog fakulteta u Foči, Univerziteta u Istočnom Sarajevu. Uzorak su činila školska deca oba pola (42,47% dečaka i 57,53% devojčica) starosti od 12-14 godina (prosečna starost bila je 13 godina). Podaci su prikupljeni pomoću upitnika i kliničkog pregleda. OIDP (*Oral Impacts on Daily Performance*) upitnik se koristio za procenu zastupljenosti oralnih poteškoća, njihove učestalosti i intenziteta uticaja na svakodnevne aktivnosti dece školskog uzrasta. Svakom detetu je postavljeno po osam pitanja o poteškoćama u usnoj duplji koje su se javljale u poslednjih šest meseci. Za određivanje stanja zuba korišćen je indeks KEP.

Rezultati: Od ukupno 73 ispitanika školskog uzrasta, 52,05% dece je imalo najmanje jednu oralnu poteškoću u poslednjih 6 meseci. Tegobe su najviše bile izražene tokom jela (42,5%), pranja zuba (24,7%), uživanja u druženju sa drugim ljudima (12,3%) i uticale su na održavanje uobičajnog emocionalnog stanja (4,1%). Maksimalni OIDP skor bio je 37,5, dok srednja vrednost OIDP skora iznosila je 4,59±8,40. Prosečan broj prisutnih zuba je bio (25,61%). Srednja vrednost indeksa KEP je bila 5,5, a dominantnu komponentu činili su restaurisani zubi (59,45%).

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da loše stanje zuba je dovelo do pogoršanja kvaliteta života kod dece školskog uzrasta, pri čemu su deca imala najviše problema tokom jela.

PREVALENCIJA KARIJESA STALNIH ZUBA KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA UČENIKA OSNOVNE ŠKOLE „BRANKO RADIČEVIĆ“ U SMEDEREVU

Manuela Đokić¹, Zoran Mandinić², Ivanka Đorđević¹

¹Dom zdravlja Smederevo, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Karijes predstavlja infektivno oboljenje čvrstih zubnih tkiva. Tiha epidemija karijesa u razvijenim zemljama je zaustavljena, dok u zemljama u razvoju, u koje spada i naša, i dalje predstavlja veliki zdravstveni, socijalni i ekonomski problem.

Cilj: je da se utvrdi prevalencija karijesa stalnih zuba kod dece uzrasta dvanaest godina.

Metod: Istraživanjem su obuhvaćeni dvanaestogodišnjaci, učenici šestog razreda OŠ „Branko Radičević“ u Smederevu. Prema kriterijumima SZO stomatološkim pregledom, upotrebom stomatološke sonde i ogledalca, pri veštačkom svetlu, registrovani su zdravi, karijesni, ekstrahovani i plombirani stalni zubi. Prevalencija karijesa je izražena karijes indeksima (KIP,KIO).

Rezultat: U grupi pregledane dece utvrđeno je da svaki dvanaestogodišnjak ima u proseku 3,14 obolela stalna zuba (KIP=3,14) a da procenat dece koje imaju najmanje jedan zub sa KEP-om je 80,95% (KIO).

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja upućuju na veoma visoku prevalenciju karijesa stalnih zuba, a samim tim na potrebu za intenzivnijim sprovođenjem zdravstveno-vaspitanog rada i redovnom primenom preventivno-profilaktičkih mera. Time bi se uticalo na očuvanje zdravlja stalnih zuba kao i oralnog zdravlja uopšte.

ISPITIVANJE ISPLATIVOSTI PRIMENE PROFILAKTIČKIH U ODNOSU NA TERAPIJSKE MERE

Vladimir Milanović¹, Momir Carević², Marija Paunović³, Aneta Sekulić¹

¹Dom zdravlja Zemun, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Smederevo

Uvod: Koncept konvencionalne strategije koja je usmerena na ambulantnu dijagnostiku i terapiju oralnih oboljenja prevazidjen je i skup, samim tim prednost treba dati promociji zdravlja i daleko jeftinijim merama primarne prevencije

Cilj: da se ispita isplativost primene profilaktičkih mera u odnosu na terapijske.

Metod: U radu su ispitivani i korišćeni nasumično izabrani kartoni pacijenata starosti od 4 do 18 godina sa Klinike za dečju i preventivnu stomatologiju u Beogradu. Retrospektivnom analizom obuhvaćeno je 100 pacijenata. Korišćen je cenovnik stomatoloških usluga koje se pružaju na teret sredstava obaveznog osiguranja (RFZO)

Rezultati: Od ukupno 100 dece, utvrđeno je postojanje 1230 zuba pod KEP-om. Ukupni troškovi lečenja iznosili su 1799000 dinara. Pod lečenjem se podrazumeva postavljanje ispuna, terapija dubokog karijesa, lečenje kanala korena i ekstrakcija zuba. Ukoliko bi se umesto terapijskih, pravovremeno primenile profilaktičke mere (UMN, fluorizacija i zalivanje fisura) troškovi bi se višestruko smanjili, tj.iznosili bi 759000 dinara, a što je mnogo važnije, zdravlje zuba bi bilo očuvano.

Zaključak: Karijes je jedno od najrasprostranjenijih oboljenja današnjice, sa statusom pandemije, koje ima, ne samo veliki zdravstveni, nego i ekonomski i socijalni značaj. Idući od primarne ka tercijarnoj prevenciji, cena očuvanja zdravlja se značajno povećava. Upotrebom profilaktičkih mera postiže se očuvanje celokupnog zdravlja pacijenata, ali i značajna finansijska ušteda.

INFORMISANOST TRUDNICA O ZNAČAJU ORALNOG ZDRAVLJA

Ivana Dmitruk¹, Bojana Davidović², Bosiljka Stanojlović¹, Jelena Lečić², Jelena Erić², Milka Kapuran³

¹JZU Dom zdravlja Bijeljina, Republika Srpska, BiH, ²Medicinski fakultet – studijski program Stomatologija, Univerzitet u I. Sarajevu, Republika Srpska, BiH, ³JZU Dom zdravlja Rogatica, Republika Srpska, BiH

Cilj: Ispitati stepen informisanosti i navike trudnica o značaju oralnog zdravlja.

Metod: Anketnim upitnikom je ispitano 100 trudnica opštine Bijeljina. Trudnice su bile podeljene u grupe prema: starosti (starije i mlađe trudnice od 30 godina), broju trudnoća (sa jednom ili dve i sa tri i više trudnoća), stepenu obrazovanja [OSS(osnovna stučna sprema), SSS(srednja stručna sprema) i VSS(viša stručna sprema)] i sredine u kojoj žive (gradska i seoska). Za potrebe istraživanja kreiran je upitnik koji je osim generalija sadržavao i 22 pitanja vezana za informisanost trudnica o oralnom i opštem zdravlju, kao i navikama koje su upražnjavane pre i tokom trudnoće.

Rezultati: Mlađe trudnice ($p < 0,01$), trudnice sa manjim brojem trudnoća ($p < 0,05$), kao i one koje imaju veći stepen obrazovanja ($p < 0,001$) i žive na teritoriji grada ($p < 0,05$) su bolje informisane o učestalosti održavanja oralne higijene. Obrazovanije trudnice su bolje informisane o dopunskim sredstvima za održavanje oralne higijene ($p < 0,01$), kao i činjenici da pušenje štetno utiče na plod ($p < 0,01$). Često konzumiranje hrane primećeno je kod trudnica sa VSS ($p < 0,05$) i sa područja grada ($p < 0,05$).

Zaključak: Pored relativno dobre informisanosti trudnica, pokazano je da im se treba više pažnje posvetiti u vidu edukacije i promena pojedinih navika u cilju očuvanja sopstvenog, ali i detetovog oralnog i opšteg zdravlja.

Ključne reči: trudnice, oralno zdravlje, informisanost, navike.

NAVIKE U ODRŽAVANJU ORALNE HIGIJENE KOD DECE UZRASTA 3-6 GODINA

Katarina Untenecker¹, Jelena Mandić²

¹Dom zdravlja Stari Grad, Beograd, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Karijes mlečnih zuba, kao posledica loših navika i neadekvatne ishrane, javlja se veoma rano, nekad i ubrzo po nicanju zuba. Tokom perioda predškolskog deteta roditelji imaju presudnu ulogu u formiranju zdravih navika u ishrani i primenjivanju pravilne higijene zuba deteta.

Cilj: je ispitivanje navika u održavanju oralne higijene dece uzrasta od 3-6 godina.

Metod: Na osnovu stomatološkog pregleda sedamdesetoro dece u četiri vrtića opštine Stari Grad, uzrasta od 3-6 godina, 43 devojčica i 27 dečaka, kao i zdravstveno-vaspitanog rada sa roditeljima, prikupljeni su podaci o navikama i stavovima obe grupe.

Rezultati: Analizom dobijenih rezultata utvrđeno je koliko dece pere zube, koliko često, kao i uticaj zdravstveno - vaspitnog rada na poboljšanje nivoa oralne higijene i redukciju karijes indeksa.

Zaključak: Neodgovarajući stavovi i navike roditelja dece ovog uzrasta imali su presudni uticaj na loše oralno zdravlje njihove dece.

Ključne reči: oralna higijena, oralno zdravlje, zdrave navike, zdravstveno-vaspitni rad

STANJE ORALNOG ZDRAVLJA ŠKOLSKE DECE SA POSEBNIM POTREBAMA

Marija Ralević¹, Azra Dreković², Zoran Vulićević³, Jelena Juloski³

¹Dom zdravlja "Dr Simo Milošević", Beograd, ²Dom zdravlja Tutin, ³Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Cilj: Ispitivanje stanja oralnog zdravlja dece sa posebnim potrebama uzrasta između 7 i 15 godina.

Metod: Istraživanjem je obuhvaćeno 61 dete sa posebnim potrebama O.Š. "Miloje Pavlović", Beograd. Ispitanici su podeljeni u dve grupe prema prisutnoj denticiji: I grupu činila su deca sa mešovitom denticijom (25 ispitanika), dok su u II grupi bila deca sa stalnom denticijom (36 ispitanika). Stomatološki pregled je obavljen u stomatološkoj ordinaciji D.Z. "Dr Simo Milošević" pri veštačkom osvetljenju korišćenjem sonde i stomatološkog ogledalca. Stanje oralnog zdravlja pregledane dece zabeleženo je u stomatološki karton.

Rezultati: Analizom podataka dobijeni su rezultati koji ukazuju na visoku prevalenciju karijesa u obe ispitivane grupe. KIo dece sa mešovitom denticijom iznosio je 92%, dok je kod dece sa stalnom denticijom bio 80,55%. KIp ispitanika I grupe iznosio je 4,72%, a ispitanika druge grupe 4,08%. Međutim, značajna razlika je uočena u strukturi KEP-a ove dve ispitivane grupe. U I grupi ispitanika sa mešovitom denticijom % K zuba je iznosio 78,81%, % E zuba bio je 4,24%, dok je % P zuba iznosio 16,9%. U II grupi dece sa stalnom denticijom %K, %E i %P zuba bili su 29,25%, 13,60% i 57,14%, respektivno.

Zaključak: Kod dece mlađeg uzrasta značajno je veći procenat zuba sa karijesom, a procenat saniranih zuba znatno manji u poređenju sa decom starijeg uzrasta, gde je smanjen procenat karijesnih zuba a povećan procenat saniranih zuba. Shodno tome, neophodno je sprovesti zdravstveno vaspitni rad sa roditeljima dece sa posebnim potrebama od najranijeg uzrasta, motivisati i obučiti ih o pravilnom održavanju oralne higijene i ukazati na značaj oralnog zdravlja.

KARIJES PRVOG STALNOG MOLARA KOD DECE UZRASTA OD 8-10 GODINA

Vesna Šoškić, Vesna Slavković

Dom zdravlja Smederevo

Uvod: Karijes je infektivna bolest, koja je u direktnoj zavisnosti od ishrane. Stanje prvih stalnih molara školske dece, uzrasta od 8-10 god. je od izuzetnog značaja sa stanovišta dečje stomatologije. Prvi molar je pravi pokazatelj oralnog zdravlja i karijes prvog molara, u prvoj godini posle erupcije, svrstava tu decu u pacijente sa povećanim karijes rizikom. Takođe, po tim ispitivanjima, verovatnoća da će se karijes pojaviti i na drugom stalnom molaru je za 40-70 % veća, u naredne dve godine

Cilj: je bio utvrđivanje stanja prvog stalnog molara kod dece uzrasta 8-10 godina.

Metod: Pregledi su obavljeni konvencionalnm metodom, introspekcijom, pri veštačkom osvetljenju, korišćena sonda i ogledalce. Registrovani su zdravi, kariozni, ekstrahovani i zubi sa ispunima.

Rezultat: Kod 164 dece, uzrasta 8-10 god. pregledano je 578 prvih stalnih molara kod pregledane dece je bilo ekstrahovano 12 molara, što predstavlja 5,33%. Od ukupnog broja zatečenih molara obolelo od karijesa (k-1, k-2, k-p, k-lt) je 151, što predstavlja 67,11%, a sa ispunima je bilo 62 prva stalna molara, 27,56%. U strukturi kep-a preovladava karijes sa 67,11%.

Zaključak: Iz navedenih podataka u O.Š. „Branko Radičević“ u Smederevu se i pored sprovedenih terapijskih mera, ukazuje se potreba za intenziviranjem saradnje sa roditeljima i decom, radi podizanja nivoa zdravstvene svesti, kao i potreba za intenziviranjem profilaktičkih i preventivnih mera u školskim ambulantomama i kroz sistem primarne zaštite.

MOGUĆNOSTI REDUKCIJE BROJA TRETMANA U OPŠTOJ ANESTEZIJI KOD OSOBA SA SMETNJAMA U INTELEKTUALNOM RAZVOJU

Bojan Petrović¹, Duška Blagojević¹, Sanja Vujkov¹, Tamara Perić², Kristina Vicko¹

¹Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu, Klinika za stomatologiju Vojvodine, ²Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beograd

Cilj: Ispitati mogućnost smanjenja broja stomatoloških intervencija u opštoj anesteziji kod osoba sa smetnjama u intelektualnom razvoju na osnovu analize kodova ICF klasifikacije.

Metod: Istraživanje je sprovedeno na Klinici za stomatologiju Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, kao prospektivna klinička studija na Odeljenju za dečju i preventivnu stomatologiju, u periodu od dve godine, i uključivala je 400 pacijenata sa intelektualnim smetnjama u razvoju, 200 saniranih na konvencionalni način (I grupa) i 200 u opštoj anesteziji (II grupa) uz pomoć standardizovanog seta kodova ICF klasifikacije. Statistička obrada podataka je rađena ROC analizom.

Rezultati: Značajne razlike između dve grupe ispitanika pojavile su se u vezi sa sledećim kodovima: b117, b28010, d310, e310 i e5400. Pripadnost grupi u odnosu na ispitivane kodove je varirala od 60-90%, uz zadovoljavajuće parametre pripadnosti grupi na čitavom modelu. Kao najradikalniji kriterijum pripadnosti grupi II istakao se kod e5400, koji se odnosi na dostupnost stomatološke nege i mogućnost transporta. Analizom zbirne predikcije svih kodova, pogrešna pripadnost grupi je identifikovana kod 16% ispitanika grupe II

Zaključak: Na osnovu rezultata dobijene studije može se smatrati da se u značajnoj meri može smanjiti opseg, frekvencija i radikalnost stomatološkog tretmana u opštoj anesteziji kod osoba sa smetnjama u intelektualnom razvoju, samo ukoliko se prilikom razmatranja indikovanog tretmana u obzir uzme širi kontekst indikovane intervencije, funkcije i mogućnosti učestvovanja pacijenta, te faktori sredine koji mogu delovati ili kao facilitatori ili barijere konvencionalnom stomatološkom tretmanu.

ZBRINJAVANJE KOMPLIKACIJA AVULZIJE STALNIH ZUBA

Branislava Stojković, Simona Stojanović, Ljiljana Kostadinović, Milica Petrović

Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Preventivna i dečja stomatologija

Uvod: Avulzija stalnih zuba je često je praćena komplikacijama, čija pojava i brzina napredovanja zavise od velikog broja faktora.

Prikaz slučaja: Prikazan je slučaj pacijenta, starosti 12 godina, koji se stomatologu, na redovni kontrolni pregled javio 4 nedelje nakon uklanjanja imobilizacionog splinta, postavljenog posle replantacije avulziranog zuba 21 (replantacija avulziranog zuba je izvršena 17 sati od trenutka povrede). Analizom kontrolnog rendgenskog snimka, dijagnostikovana je početna eksterna resorpcija korena. U cilju zaustavljanja nastale komplikacije, kanal korena avulziranog zuba je napunjen sterilnom pastom kalcijum-hidroksida, a zatim je periodično punjen tokom prve godine od uklanjanja imobilizacionog splinta. Postignuti terapijski rezultati su praćeni klinički i rendgenološki. Zbog nastale komplikacije, ortodontska terapija pacijentkinje je odložena.

Zaključak: Najteža komplikacija avulzije stalnih zuba je eksterna resorpcija korena, koja u krajnjem ishodu dovodi do gubitka zuba sa sledstvenom resorpcijom alvealarnog nastavka. Cilj terapije avulziranog zuba je izbegavanje odnosno usporavanje eksterne resorpcije korena, kako bi se sprečila ekstrakcija zuba, očuvao kvantitet kosti i odložila protetska rehabilitacija mladih pacijenata.

MOGUĆNOSTI PROTETSKOG ZBRINJAVANJA STALNIH ZUBA U DECE - prikaz slučaja

Branislava Stojković, Ljiljana Kostadinović, Olivera Tričković Janjić, Marija Igić

Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Preventivna i dečja stomatologija

Uvod: Povrede, komplikacije karijesa i nasledne anomalije zuba predstavljaju najčešće indikacije za protetsko zbrinjavanje stalnih zuba u dečjem uzrastu.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja, stara 12 godina, se na Kliniku za stomatologiju u Nišu, Službi za preventivnu i dečju stomatologiju, javila zbog sanacije velikog broja karijesnih zuba. Na osnovu detaljnog kliničkog pregleda i analize ortopantomografskog snimka napravljen je plan terapije. Najpre je izvršena ekstrakcija zuba koje nije bilo moguće konzervativno zbrinuti, a zatim se pristupilo konzervativnom zbrinjavanju (kompozitnim ispunima i nadogradnjama) preostalih, karijesom zahvaćenih zuba. Ekstrahirano je ukupno 7 frontalnih zuba, 3 u gornjoj i 4 u donjoj vilici. Estetska i funkcionalna rehabilitacija je izvršena gornjom i donjom parcijalnom akrilatnom protezom sa redukovanim vestibularnim krilom. Redovni kontrolni pregledi su, u toku prve godine od izrade parcijalnih protezi, vršeni jednom mesečno.

Zaključak: U starijem školskom uzrastu, primena parcijalnih akrilatnih proteza sa redukovanim vestibularnim krilom može biti solidno rešenje u terapiji bezubih prostora nastalih ekstrakcijom stalnih zuba. U cilju postizanja i održanja dobrih terapijskih rezultata neophodni su redovni kontrolni pregledi koje treba sprovoditi do trenutka izrade definitivne protetske nadoknade, a čija izrada je preporučena tek po punoletstvu pacijenta.

ULOGA STOMATOLOGA U PRAVILNOM ODRŽAVANJU ORALNE HIGIJENE

Aleksandra Babić, Milena Miličić, Aleksandar Acović

Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, IAS Stomatologije

Oralno zdravlje kao deo opšteg zdravlja utiče na kvalitet života ljudi, pa je pravilno održavanje oralne higijene jedan od faktora kojima stomatolog mora da se posveti. Dentalni plak je glavni etiološki faktor za nastanak dva najrasprostranjenija oboljenja usne duplje. Njegova identifikacija, uklanjanje i sprečavanje ponovnog formiranja je jedan od uslova za dobro oralno zdravlje i jedan od ciljeva svih specijalnosti naše struke.

Uloga stomatologa u zdravstvenom vaspitanju, motivaciji i obučavanju pacijenta o pravilnom održavanju oralne higijene je od presudnog značaja. Često nije dovoljno samo objasniti na koji način se održava oralna higijena i kako se peru zubi, već i obrazložiti zašto je to neophodno. Da bi pacijenti održavali dobru oralnu higijenu, pored volje, potrebno je da poseduju i adekvatna sredstva koja znaju pravilno da koriste.

Pored odabira odgovarajućih sredstava za održavanje oralne higijene, uz sugestiju stomatologa, potrebno je pacijenta obučiti kako se pravilno peru zubi. Svaka tehnika pranja je prihvatljiva ako se njenom primenom uspešno odstranjuje dentalni plak, ukoliko ne oštećuje zube i meka tkiva. Svaki pacijent je jedinka za sebe, pa terapeut mora da odredi individualni pristup i način prihvatanja i sprovođenja ovih pravila i sredstava.

Na ovaj način, pacijentu se predočava značaj sprovođenja, kao i posledice nesprovođenja svih preporučenih mera. Stomatolog bi trebalo da prati napredak, kontroliše i usmerava čitav proces, da bi i sam pacijent uvideo koliko njegovo angažovanje i trud vrlo brzo poboljšavaju oralnu higijenu, kao i subjektivni osećaj zadovoljstva.

SVEST RODITELJA O OČUVANJU ORALNOG ZDRAVLJA DECE

Marko Čaldović¹, Jelena Podgorac², Mirjana Ivanović³

¹Dom zdravlja "Dr Simo Milošević" Beograd, ²Zdravstveni centar Kosovska Mitrovica, ³Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta Beograd

Cilj: Usporedno ispitivanje stavova roditelja prema oralnom zdravlju dece.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 50 roditelja dece koji su se javili Klinici za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu i 50 roditelja dece koji su se javili Službi za dečju i preventivnu stomatologiju Doma zdravlja "Dr Simo Milošević" Čukarica, Beograd, tokom januara, februara i marta 2016. godine. Podaci su prikupljeni anonimnom anketom, a obrađeni su i prikazani korišćenjem procentnog računa.

Rezultati: 24(28)% roditelja misli da se nastanak karijesa može sprečiti samo pranjem zuba. 90(94)% roditelja učestvuje u održavanju oralne higijene deteta. 4(16)% roditelja nikada nisu prali zube svom detetu. 28(42)% smatra da dete sve o pravilnom održavanju oralne higijene treba da nauči od stomatologa. 16(14)% roditelja misli da mlečni zubi ne utiču na zdravlje stalnih zuba. 28(40)% smatra da fluoridi nemaju uticaja na prevenciju oboljenja zuba. 96% ispitanika zna da česta upotreba slatkiša loše utiče na oralno zdravlje. 16(12)% roditelja uspavljuje decu flašicom sa zaslađenim napitkom. 72% roditelja daje deci u toku dana slatkiše. 32(36)% roditelja vodi dete kod stomatologa samo kada postoji neki problem. 88(84)% smatra da društvo ne vodi dovoljno računa o stomatološkoj zaštiti.

Zaključak: Rezultati ukazuju da je neophodno uticati na loše navike i stavove i time doprineti poboljšanju oralnog zdravlja dece i odraslih, naročito na nivou primarne zdravstvene zaštite (Dom zdravlja), kontinuiranom promocijom oralnog zdravlja uz intenzivan zdravstveno-vaspitni rad

STRAH OD STOMATOLOŠKOG LEČENJA

Svjetlana Janković¹, Milka Kapuran², Mirjana Ivanović³, Igor Radović¹, Jelena Lečić¹, Ljiljana Bjelović¹

¹Medicinski fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, BiH, ²Javna zdravstvena ustanova, Dom zdravlja Rogatica, BiH, ³Stomatološki Fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Uvod: Za veći procenat dece poseta stomatologu predstavlja stresnu situaciju. Razlog za to su potencijalno neugodni zvukovi i mirisi, susret sa nepoznatim osobljem i autoritetima, a u nekim sluajevima i bol. Dentalna anksioznost odnosno strah od stomatološke intervencije je često prisutan, posebno prije izvođenja stomatološkog tretmana. Obuhvata oba pola i sve uzraste.

Cilj: rada je bio utvrditi nivo dentalne anksioznosti kod dece školskog uzrasta.

Metod: U studiju je bilo uključeno 105 ispitanika, oba pola, starosti 11, 13 i 15 godina. Za procenu nivoa dentalne anksioznost, korišten je upitnik Dental Anxiety Scale (DAS). Upitnik se sastoji se od 4 pitanja koji se odnose na situacije vezane za stomatološki tretman. Odgovori su se bodovali od 1 do 5, pri čemu veći bod označava izraženiju anksioznost.

Rezultati: istraživanja pokazuju da najmanji strah imaju učenici petog (7,2/20) a najveći učenici sedmog razreda (8,9/20). Nešto više od 25% dece se raduje odlasku kod stomatologa. Dok sede u čekaonici oko 55% dece se oseća opušteno. Dok sede u stomatološkoj stolici i čekaju stomatologa više od 10 % njih je napeto a 7,6% dece se jako boji. Izrazit strah dok im stomatolog pregleda zube ima 6,7% dece.

Zaključak: Dentalna anksioznost predstavlja veoma važan razlog izbegavanja odlaska kod stomatologa, što svakako može doprineti lošem oralnom zdravlju i razvoju komplikacija dentalnih oboljenja. Dobijeni rezultati ukazuju na neophodnost primene preventivnih metoda i bihejvioralnih tehnika za oslobađanje straha kod pacijenata.

STANJE PRVOG STALNOG MOLARA KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA

Milka Kapuran¹, Svjetlana Janković², Jelena Lečić², Ivana Dimitruk³, Ljiljana Bjelović²

¹Javna zdravstvena ustanova, Dom zdravlja Rogatica, BiH, ²Medicinski fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, BiH, ³Javna zdravstvena ustanova, Dom zdravlja Bijeljina, BiH

Uvod: Prvi stalni molar ima veliki značaja, kako zbog pravilne funkcije organa za govor i žvakanje, tako i zbog pravilnog razvoja stalne denticije. Često nije prepoznat kao stalni zub od strane roditelja i djece te mu se ne posvećuje adekvatna pažnja što povećava rizik za nastanak karijesa. Zbog toga se nameće potreba za primjenom preventivnih i profilaktičkih mjera.

Cilj: ovog istraživanja je bio da se utvrdi stanje zdravlja prvih stalnih molara kod dvanaestogodišnjaka.

Metod: U istraživanja je učestvovalo 120 ispitanika, oba pola, uzrasta od 12 godina. Isti broj ispitanika je pregledan u dva grada u Republici Srpskoj (Foči i Rogatici). Pregledi su obavljani u školama uz pomoć standardnih stomatoloških instrumenata. Registrovan je broj zdravih, karioznih, ekstrahovanih, plombiranih kao i zalivenih prvih stalnih molara

Rezultati: istraživanja pokazuju da je 41,6% prvih stalnih molara potpuno zdravo. Od ukupnog broja zdravih zuba samo 3,7% njih ima zalivene fisure. Procenat karioznih molara je 13,5%, ekstrahovanih je oko 6%, dok je plombiranih oko 39%. Karioznih zuba je znatno više u Foči što je potvrđeno statistički značajnom razlikom, $p > 0,05$.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja pokazuju jako nizak stepen primjene preventivnih i profilaktičkih mjera. Jedino ovim mjerama moguće je očuvati zdravim, kako prvi stalni molar tako i sve ostale zube. Takođe je neophodan aktivan zdravstveno vaspitni rad sa učenicima da bi se postigli još bolji rezultati zdravlja zuba i usta.

ANALIZA RADA DEČJE STOMATOLOŠKE SLUŽBE U ŠAPCU U PERIODU 2011-2015. GODINE

Mirjana Petković-Mrvić¹, Vesna Tričković², Aneta Sekulić³

¹Dom zdravlja Šabac, ²VMA, ³Dom zdravlja Zemun

Uvod: Stomatološka služba kao organizaciona jedinica Doma zdravlja u Šapcu prati i proučava zdravstveno stanje usta i zuba stanovništva sa područja grada Šapca. Rad se organizuje na osnovu sistematskih i kontrolnih pregleda, kroz preventivno-profilaktičke i kurativne mere. Podaci se statistički obrađuju i služe za praćenje rada stomatološke službe.

Cilj: Analiza rada dečje i preventivne stomatološke službe u Šapcu u periodu od 2011. do 2015. god.

Metod: Analitičko deskriptivni na osnovu podataka statistike Zavoda za javno zdravlje u Šapcu.

Rezultati: Rezultati ovog istraživanja pokazuju smanjenje broja dece starosti 0-18god. u periodu od 2011. do 2015.god sa 25196 na 22507, što iznosi smanjenje u procentu od 10,7%. U istom periodu imamo smanjenje broja stomatologa sa 16 na 14 (2 na specijalizaciji, neaktivni u službi)

Broj preventivnih mera iznosio je: 2011.god- 38539, a 2015.god.- 32894 što predstavlja smanjenje od 14,65% u odnosu na 2011.god, stim da je procenat izvršenja u odnosu na plan službe u 2011.god bio 83%, a u 2015. god. 76%.

Broj terapijskih mera iznosio je: 2011.god.-69561, a 2015. -51569 što predstavlja smanjenje od 25,9% u odnosu na 2011.god, stim da je procenat izvršenja u odnosu na plan službe bio 112% u 2011. god. a 77% u 2015.god.

Zaključak: Na osnovu analiziranih podataka, posledica smanjenja stomatološkog kadra rezultira smanjenjem preventivno-profilaktičkih i terapijskih mera. Efikasnost izvršenja preventivno-profilaktičkih usluga bi se povećala ukoliko bi se u sistem primarne zdravstvene zaštite uključili i dentalni higijeničari, koji bi radili na edukaciji i motivaciji dece i roditelja, kao i povećanjem broja stomatologa.

PREVENCIJA POSLEDICA POVREDA PRIMENOM INDIVIDUALNIH ŠTITNIKA ZA ZUBE

Milena Starčević¹, Azra Dreković², Momir Carević³

¹Dom zdravlja "Dr Milenko Marin" Loznica, ²Dom zdravlja Tutin VMA, ³Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Uvod: U cilju prevencije povreda orofacijalne regije, pored zdravstvenog vaspitanja, značajnu ulogu imaju štitnici za zube. Ovi štitnici mogu biti gotovi, polugotovi i individualni. Samo individualni štitnik pruža maksimalnu prevenciju orofacijalnih povreda.

Cilj: da se ukaze na mogućnosti prevencije posledica povreda primenom individualnih štitnika za zube.

Metod: Na Kliniku za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta javio se pacijent uzrasta četrnaest godina zbog povrede gornjeg levog centralnog i bočnog sekutića dobijenog na sportskom treningu. Nakon zbrinjavanja povređenih zuba, radi prevencije budućih povreda, pristupilo se izradi individualnog štitnika za zube. Nakon uzimanja anatomske otiske gornje vilice izliven je radni model. Na obrađeni radni model adaptirana je razgrejana polivinil plastična folija debljine 3 mm pod vakuumom uz površinu modela. Zatim su rubovi štitnika obrađeni karbidnom frezom tako da se nalaze 2-3 mm ispod pokretne sluzokože u vestibulumu i 4-6 mm na palatinalnoj strani. U narednoj poseti individualni štitnik predat je pacijentu adaptiran.

Rezultati: Zaštitna uloga izrađenog štitnika smanjuje rizik od ponovnih povreda prednjih zuba, mogućnosti loma donje i gornje vilice i oštećenje zadnjih zuba i viličnih zglobova.

Zaključak: Izrada intraoralnog individualnog štitnika je efikasna i jednostavna metoda i preporučuje se njihova obavezna primena kod svih osoba koje se bave kontaktnim sportovima (fudbal, košarka, odbojka, rukomet, borilački sportovi, klizanje), koji su već imali povrede orofacijalne regije kako ne bi došlo do njihovog ponovnog povređivanja.

Preporuke: Potrebno je takođe sprovesti edukaciju trenera, sportista i roditelja o sportskim povredama zuba i na taj način promovisati upotrebu individualnih štitnika za zube.

PREVALENCIJA I INCIDENCIJA KARIJESA DRUGOG STALNOG MOLARA KOD DVANAESTOGODIŠNJAKA

Dragoslava Nenadović, Zorica Žegarac

Dom zdravlja "dr Draga Ljočić" Šabac

Uvod: Kod većine dece u dvanaestoj godini je završena smena zuba i svi prisutni zubi u ustima pripadaju zubima stalne denticije. Često se na okluzalnoj površini drugog stalnog molara neposredno po useljavanju u usnu duplju može uočiti prisustvo karijesa.

Cilj: ovog rada je da prikaže rasprostranjenost, kao i aktivitet karijesa drugog stalnog molara u odnosu na karijes celokupne denticije kod dvanaestogodišnjaka u periodu od šest meseci.

Metod: Korišćenjem podataka sa dva pregleda kod iste grupe dece koji su urađeni u ordinaciji sondom i ogledalcetom pod veštačkim osvetljenjem u razmaku od šest meseci, izračunati su KI, kao pokazatelji stanja zdravlja svih zuba kod 87 dece. Korišćenjem podataka sa oba pregleda urađeni su indeksi kao pokazatelji stanja zdravlja drugog stalnog molara. Na prvom pregledu drugi stalni molar je bio prisutan kod 35 dece, a na drugom je bio prisutan kod 58 dece.

Rezultati: Stanje zdravlja zuba celokupne denticije na osnovu podataka sa prvog pregleda, izraženo KI je: KIo=78,1%; KIz=13,7%; KI_p=2,87. U istom momentu podaci o stanju zdravlja drugog stalnog molara kod 35 dece su: KIo=34,3%; KIz=24,4%; KI_p=0,68. Na drugom pregledu vrednosti indeksa za celokupnu denticiju su bile: KIo=79%; KIz=15% i KI_p=3,34. Stanje zdravlja drugog stalnog molara kod 58 dece je: KIo=36,2%; KIz=20,3%; KI_p=0,55.

Zaključak: Prevalencija i incidencija karijesa kod ove grupe dece je zabrinjavajuća, posebno zbog kratkog vremenskog perioda u kome je aktivitet karijesa veoma izrazen. Potrebno je sprovesti zdravstveno-vaspitni rad sa decom ali i sa roditeljima u smislu korekcije načina ishrane i redovnijeg sprovođenja oralne higijene.

61

ZDRAVSTVENO-VASPITNI RAD SA DECOM ŠKOLSKOG UZRASTA

Ksenija Anđušić - Milosavljević¹, Olgica Lešević¹, Tamara Perić²

¹Dom zdravlja Kraljevo²Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Cilj: Ukazati na značaj zdravstveno vaspitnog rada predavanjima i obukom o održavanju oralne higijene kao i korekcijom u ishrani, motivacijama i individualno zdravstveno vaspitnim radom u školskoj ordinaciji gde pacijenti stiču pozitivne navike u očuvanju oralnog, a time i celokupnog zdravlja.

Metod: od ukupno 772 dece uzrasta od 7-14 godina OŠ „Čibukovački partizani“ u Kraljevu, 320 je obuhvaceno sistematskim, a ostali kontrolnim stomatološkim pregledom. Predavanjima je demonstrirana pravilna tehnika pranja zuba gde su deca odgovarala na anketni upitnik o usvojenim informacijama koja su stekla tokom predavanja

Rezultati: Na osnovu popunjenog anketnog upitnika sva deca su se izjasnila da znaju kako se pravilno peru zubi. 42% od ukupnog broja anketirane dece pere zube redovno (dva puta dnevno), 49% je potrebno da ih podsećaju roditelji a 9% pere neredovno. Najveći procenat 63% dece su roditelji učili da peru zube, 25% je učilo u vrtiću a 12% po polasku u školu. Redovno na stomatološki pregled ide 42% dece, a 58% samo po potrebi.

Zaključak: Stanje oralnog zdravlja nije zadovoljavajuće uprkos postojanju školske stomatološke ambulante. Razlog ovakvog nalaza je nedovoljna saradnja roditelja sa stomatologom iako se ulaže veliko angažovanje u podizanju svesti i boljoj motivaciji u očuvanju oralnog zdravlja.

62

RAZLOZI UPUĆIVANJA I OBRAZAC TRETMANA REKURENTNIH AFTOZNIH ULCERACIJA KOD DECE

Jelena Ivošević Nikolić¹, Jelena Galović², Kristina Vicko³, Bojan Petrović³

¹Dom zdravlja, Subotica, ²Dom zdravlja, Novi Sad, ³Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu

Cilj: Identifikovati postojeće razloge upućivanja, metode dijagnostike i tretmana rekurentnih aftoznih ulceracija kod dece, od strane različitih specijalista.

Metod: Istraživanje je sprovedeno na Klinici za stomatologiju Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, kao prospektivna klinička studija na Odeljenju za dečju i preventivnu stomatologiju, u periodu od dve godine. Kriterijumi za uključivanje bili su: deca i adolescenti mlađi od 18 godina, prisustvo RAS. Trideset pet pacijenata je podeljeno u dve grupe u zavisnosti da li je dijagnostikovana sistemska bolest povezana sa aftama (grupa 1, n=11) ili ne (grupa 2, n=24). Razlozi upućivanja, dijagnostike i algoritam tretmana je analiziran u pogledu ordinirajućeg specijaliste koji je uspostavio dijagnozu. U anamnezi je dodatno analizirana terapija koja je prethodno ordinirana.

Rezultati: Bol zbog oralnih ulceracija je bio glavni razlog za obraćanje pacijenata sa RAS u grupi 2, dok je većina pacijenata u grupi 1 dečjem i preventivnom stomatologu upućeno od strane pedijatra, imunologa ili dermatologa radi daljeg tretmana ili praćenja. Polovina pacijenata sa izolovanim RAS nije bilo ni pod kakvim tretmanom, dok je druga polovina dobijala lokalne antiseptičke ili anestetičke preparate. U prvoj grupi većina pacijenata je takođe koristila lokalne agense, dok je 18% (2/11) uzimala sistemske kortikosteroide. Tretman preporučen od strane dečjeg stomatologa je uvek bio ograničen na lokalne antiseptičke, anestetičke ili adstringentne agense.

Zaključak: Interdisciplinarni pristup i tretman pacijenata sa RAS neophodan je jer se stavovi različitih specijalnosti značajno razlikuju, u pogledu dijagnostičkih procedura, ali i terapijskih mogućnosti. Postoje potrebe za usvajanjem jedinstvenog kliničkog protokola kod dece sa izolovanim RAS.

MOGUĆNOSTI PREVENCIJE I RANE TERAPIJE DISFUNKCIJA TEMPOROMANDIBULARNOG ZGLOBA U ADOLESCENATA

Tatjana Vukojević¹, Kristina Vicko², Jelena Nikolić Ivošević³, Jelena Galović¹, Bojan Petrović⁴

¹Dom zdravlja Novi Sad, Bulevar Cara Lazara, ²Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, ³Dom zdravlja Subotica

Uvod: Bol, ograničeno otvaranje usta i zvučni efekti viličnog zgloba pri pokretanju donje vilice su sve češći razlog zbog koga deca traže pomoć stomatologa.

Cilj: Prikazati mogućnosti prevencije i rane terapije disfunkcija temporomandibularnog zgloba (TMD) u odnosu na definisani klinički nalaz.

Metode: Istraživanje je rađeno na Klinici za stomatologiju Vojvodine, na Odeljenju dečje i preventivne stomatologije. U studiju uključeno je 20 dece sa tegobama TMZ, prosečne starosti 14,5 godina. U okviru analize korišćen je upitnik sa pitanjima vezanim za bolove u predelu zgloba, mastikatornih mišića i prisustvo loših navika. Ekstra i intraoralni pregled je izvršen procenjujući obrazac i opseg pokreta mandibule koristeći nonius, a bolna osetljivost mišića određena je bimanuelnom palpacijom. Auskultacija zgloba je rađena stetoskopom. U odnosu na klinički nalaz, date su preporuke za eliminisanje loših navika, obuka za izvođenje vežbe postavljanja jezika na nepce, prevremeni kontakti su uklonjeni selektivnim brušenjem, dok u slučajevima kliktanja i krepitacije uzeti su otisci za okluzalni splint.

Rezultati: Kliktanje zgloba je uočeno kod 40% (8/20) dece, dok kod tih pacijenata nije utvrđeno postojanje subjektivnih bolova, niti bolova prilikom palpacije regije TMZ. Krepitacije su bile prisutne kod 50% (10/20) ispitanika, uz bolnu osetljivost kod 80% (8/10) dece. Kliktanje i luksacije TMZ se češće javljaju kod devojčica nego kod dečaka. Prevremeni kontakti su uočeni kod 10% (2/20) pacijenata. Prosečan broj okluzalnih kontakata je bio 10,7.

Zaključak: Rezultati ističu potrebu za edukaciju dece o preventivnim merama TMD, dok rana dijagnoza i terapija je od posebnog značaja da bi se sprečio razvoj disfunkcija zgloba u punoj kliničkoj slici u odraslom dobu.

BUDIMO JEDNAKI - prikaz slučaja

Aleksandra Stanković, Svetlana Stracenski

Dom zdravlja Sremska Mitrovica

Uvod: Ne tako retko, deca sa nekom psihofizičkom smetnjom predstavljaju neopravdanu prepreku stomatologu u svakodnevnoj praksi. Često bez udubljanja u problematiku osnovne bolesti, vrlo lako takvi pacijenti budu automatski prosledjni u ustanovu tercijarne zaštite. Posledice su stigmatizacija, materijalno opterećenje porodice, tehnički teško izvodljivo.

Cilj: jeste upravo pokazati da se velikom broju dece koja se vode pod određenom šifrom u MKB stomatološka pomoć može pružiti u standardnim uslovima, izbegavajući opštu anesteziju, bespotrebnu kilometražu, stigmatizaciju.

Metod: prilikom posete školi za decu sa psihofizičkim smetnjama, održano je predavanje o važnosti sprovođenja pravilne oralne higijene i zdravom načinu ishrane, izdemonstrirano pravilno pranje zuba. Potom je održana radionica gde su deca na pripremljenim modelima, formirani kavitet popunjavali gipsom, a sa ciljem da im se približi ambulantna situacija. Na taj način im je trebalo pokazati da je važno da saradjuju sa lekarom i pri samoj intervenciji pri realnoj situaciji, radi lakšeg i bržeg obavljanja iste..

Rezultat: Dolazak dečaka od 16 godina sa Dg Cerebralne paralize u ambulantu uz pomoć majke i druga, sa željom da „konačno“ počne lečenje, s obzirom da je do tada nailazio na odbacivanje i prosledjivanje u ustanove tercijarnog tipa. Sprovedjene terapija bez radikalizacije, spram realne patologije.

Zaključak: Kada pružimo ruku nemoćnom pokažemo dobru volju, dodamo iskustvo, onda je moguće izvršiti inkluziju pacijenata sa psihofizičkim nedostatkom u redovnu stomatološku proceduru na obostrano zadovoljstvo

PEREM ZUBE DA NE BIH IŠAO KOD STOMATOLOGA

Dragana Antić, Lidija Arandelović, Ljiljana Božić, Dragana Lilić

Dom zdravlja Pirot

U Odeljenju za stomatološku zdravstvenu zaštitu dece Pirota danas radi sedam stomatologa: tri specijalista i četiri doktora stomatologije. Od 1994. god kada je radilo petnest stomatologa, kontinuirano se radi na promociji oralnog zdravlja. Blagovremeno smo uvideli da je model "bolest i kako je izbaći" neefikasan i bez rezultata. Zdravlje se mora sačuvati i obezbediti, što je kvalitativno bolji pristup. Decenijski promotivni rad je pokazao svoje rezultate. Pedijatri, prosvetni radnici, mediji, javna preduzeća, lokalna samouprava, porodica, poštujući naš rad, prepoznali su svoju ulogu i odgovornost. Zahvaljujući odličnoj saradnji sa našim partnerima, mi uspešno odrađujemo naše planirane preventivne zadatke - preglede, preventivne mere i usluge na zahtev pacijenata. Naše rezultate ispitivanja stanja oralnog zdravlja dece Pirota prikazaćemo tabelarno. Takodje ukazaćemo na problem preopterećenosti dečjeg stomatologa u svakodnevnom radu. Cilj nam je da povećamo broj dece sa svim zdravim zubima, da smanjimo broj dece sa cirkularnim karijesom. Da bi se ciljevi uspešno realizovali neophodno je povećati broj stomatologa u radu sa decom i obezbediti na vreme stručne edukovane kadrove jer specijalistima "vreme ide". Odgovori anketirane dece, na pitanje kako i zašto perem zube, su nam najbolji dokaz da smo svih ovih godina dobro radili. Roditelji ove dece su bili naši pacijenti. Poverenje i vernost su zasluženi i ne sme se izneveriti

ZNANJA SPORTISTA I TRENERA O UKAZIVANJU POMOĆI KOD POVREDA ZUBA

Vesna Tričković¹, Mirijana Petković- Mrvić², Nikolina Bogdanović³, Vanja Petrović⁴

¹VMA, ²Dom zdravlja Šabac, ³Dom zdravlja "dr Simo Milošević" Čukarica, Beograd, ⁴Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Sekundarna prevencija povrede zuba, treba da bude brzo sprovedena proverenim i stručnim ukazivanjem prve pomoći, blagovremenim tretmanom povredjenog zuba, kako bi se sačuvala njegova aktivna funkcija i izbegle komplikacije. Kod bilo koje povrede zuba, imperativ je što pre doći do stomatologa. Poseban naglasak aktivnog učešća povredjenog (ili nekog iz njegovog okruženja) se stavlja na dve vrste povrede zuba. To su avulzija i zub sa odlomljenim delom krunice tj. fragmentom.

Cilj: Ispitati informisanost trenera i sportista o pravilnom reagovanju u slučaju povrede zuba.

Metod: Anketa o načinu reagovanja u slučaju povrede zuba je sprovedena kod sportista i trenera u kontaktnim sportovima na teritoriji Leskovca i Loznice.

Rezultat: Od 24-oro anketiranih sa teritorije Leskovca i 20-oro sa teritorije Loznice: 90% je odgovorilo, da je povreda zuba hitan slučaj, 100% ispitanika bi uzeli avulziran zub i odnelo kod stomatologa, 0% niko od ispitanika ne bi vratio zub u alveolu, 0% nijedan tačan odgovor nismo imali o načinu transporta avulziranog zuba, 0% niko od ispitanika nije odgovorio da bi uzeo fragment krunice zuba i odneo kod stomatologa, 100% sportskih radnika je odgovorilo da su dovoljno informisani o povredama zuba.

Zaključak: Anketa je pokazala nedovoljnu informisanost sportskih radnika u situacijama kada se dešavaju povrede zuba. Trebalo bi više raditi na informisanju sportskih radnika na temu ukazivanja prve pomoći kod povrede zuba.

STOMATOLOŠKI „BONTON“**Aleksandra Stanković, Milana Zeković, Violeta Vladimirov***Dom zdravlja Sremska Mitrovica*

Iako živimo u 21. veku, na žalost, postoji još uvek veliki broj obolele dece od karijesa ranog detinjstva, puno „izazvanih ortodontskih anomalija“, roditelja i dece koja smatraju da se kod stomatologa ide samo kad zub zaboli, onih koji ne shvataju značaj pravilnog održavanja oralne higijene i pravilne ishrane. Među mnogima vlada mišljenje da se nakon „popravke“ i postavljanja fiksne proteze više ništa ne čini za oralno i opšte zdravlje, da je sve kupljeno što je potrebno! Ove činjenice potkrepljuju i statistički podaci o broju obolelih. Stoga se nameće potreba da se ciljnoj grupi roditelj-dete-vaspitač, obratimo na lak, privlačan i zanimljiv način, putem priručnika ili zdravstveno vaspitnog plakata.

- CILJ - OBUČITI RODITELJA, VASPITAČA, STARATELJA NA VREME O NAČINU OČUVANJA ORALNOG ZDRAVLJA
- METOD - "STOMATOLOŠKI BONTON" zdravstveno vaspitni priručnik
- REZULTAT - LAKO BRZO I VOLJNO USVAJANJE AKSIOMA ORALNOG ZDRAVLJA
- ZAKLJUČAK - PODIZANJE SVESTI CILJNE GRUPE SA DOBRIM ISHODOM ZA ZDRAVLJE

ZBORNIK
referata i radova
XXXIII SIMPOZIJUMA
ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U
STOMATOLOGIJI

Šabac, 23. i 24. juni 2017. godine

„Zdravstveno vaspitni rad u društvenoj zajednici“,

Šabac, 23. juni 2017. godine

NAUČNI ODBOR:

Predsjednik: **prof.dr Momir Carević**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **prof.dr Mirjana Ivanović**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Zoran R. Vulićević
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Dejan Marković
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Predrag Nikolić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Vanja Petrović
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Jelena Mandić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Ivan Tušek
Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsjednik: **drDejanPavlović**
pomoćnikdirektoraakvalitetDZ Šabac

Sekretar: **prim.dr Slađana Purić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **dr Gordana Lekić**
načelnik Stomatološke službe DZ Šabac
dr Slavica Petreski
šef Odseka Preventivne i dečje stomatologije DZ Šabac
dr Petar Knežević
šef Odseka Stomatološke službe za odrasle DZ Šabac
dr Slađana Kaurin Miletić
pom. dir. za medicinske poslove DZ Šabac
prim. dr Zorica Božić
DZ Šabac
dr Zorica Žegarac
DZ Šabac
Sandra Mičić
direktor PU „Naše dete“ Šabac
dr Jasmina Vrščaj
Udruženje privatnih stomatologa Šabac
Sanja Ivanović
DZ Šabac
Rade Pantelić
DZ Šabac
Jelena Petrović
ZJZ Šabac
Željka Ninković
ZJZ Šabac
Milan Maksimović
ZJZ Šabac

Sekretarijat: **drsci.prim.dr Jasmina Tekić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Zoran Mandinić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

PLENARNI REFERATI

ORALNO ZDRAVLJE DECE I OMLADINE U MAČVANSKOM OKRUGU 2007 - 2016. GODINE

Milijana Popović

Zavod za javno zdravlje Šabac

Uvod: Velika rasprostranjenost oralnih oboljenja, multikauzalnost u njihovom nastanku, posledice koje uzrokuju i visoki procenat preventabilnosti, zahteva mnogo šire angažovanje ukupne društvene zajednice kako bi se moglo značajnije uticati na zaustavljanje njihovog rasta i postupnu eradikaciju ovih oboljenja. Karijes i parodontopatija su bolesti koje se ne mogu u celokupnoj populaciji staviti pod kontrolu terapijskom stomatologijom. S druge strane, činjenica da su to i bolesti izrazito preventibilnog karaktera, stvorila je obavezu definisanja strateških opredeljenja koji daju pravac i putokaz ka obezbeđenju dobrog oralnog zdravlja.

Prema Uredbi o preventivnoj stomatološkoj zaštiti Vlade Republike Srbije, donete 1994.g., kao njen integralni deo donet je i Program preventivne stomatološke zaštite stanovnika Srbije. II Program preventivne stomatološke zaštite donet je 2009.godine. Program je izazov stručnoj praksi preventivne stomatološke delatnosti i definisan je kao novo opredeljenje u obezbeđenju oralnog zdravlja, koje daje pravac buduće strategije i prakse, od modela „kako izbeći bolest“ do suštinski novog modela „kako biti zdrav“.

Preventivni programi su se se, različito uspešno, sproveli na ukupnoj teritoriji Republike Srbije, sa jasnim ciljevima čijom realizacijom je trebalo da se, sa jedne strane, kontinuiranim zdravstveno-vaspitnim radom edukuju stanovnici Srbije kako da svojim aktivnim učešćem pomognu u očuvanju oralnog zdravlja, a sa druge strane da se pravovremenom intervencijom počev od najranijeg uzrasta na dalje, oboljenja usta i zuba stave pod kontrolu.

Osnovno polazište u zakonskim i podzakonskim aktima za uspešnu realizaciju Programa zacrtano je kao programska orijentacija za obezbeđenje zdravlja uz nužnu alokaciju raspoloživih resursa u odnosu na prioritete zdravstvene probleme, a sve to kroz stručnu i naučnu usmerenost, javnu i finansijsku podršku i operativno rukovođenje kako bi se osigurala baza za dostizanje programskih ciljeva i dobrog ukupnog i u okviru njega, dobrog oralnog zdravlja.

Metod rada: Podaci o oralnom zdravlju su prikupljeni u periodu 2007-2016.godine na jednoobraznim tabelama iz stomatoloških službi domova kao rezultati sistematskih stomatoloških pregleda, nakon čega su obrađivani u Zavodu za javno zdravlje u Excel programu.

Rezultati:

Tabela br. 1: kio i kip trogodišnjaka

Godina	kio	kip
2007.	28%	1,14
2016.	55%	0,63

Tabela br. 2: KIO i KIP šestogodišnjaka

Godina	denticija	kio/KIO	kip/KIP
2007.	mlečna	84%	5,9
	stalna	56%	0,5
2016.	mlečna	89%	5,2
	stalna	45%	0,6

Tabela br. 3: KIO i KIP učenika u osnovnim školama

Godina	Uzrast	KIO	KIP
2007.	5. razred	86%	3,5
	8. razred	92%	5,8
2016.	5. razred	72%	2,8
	7. razred	79%	4

Tabela br. 4: KIO i KIP učenika u srednjim školama

Godina	Uzrast	KIO	KIP
2007.	1. godina	94%	6,5
	3. godina	97%	7,1
2016.	3. godina	82%	5,2
	1. godina	86%	6

Tabela br. 5: Struktura karijesnih zuba

Denticija	Godina	Uzrast	Sanirani zubi	Zubi sa karijesom	Ekstrahirani zubi
Mlečna	2007.	šestogodišnjaci	9%	87%	4%
	2016.		13%	81%	6%
Stalna	2007.	šestogodišnjaci	11%	89%	
	2016.		39%	59%	1%
	2007.	5. razred	33%	60%	7%
		8. razred	40%	48%	11%
	2016.	5. razred	46%	51%	3%
		7. razred	50%	44%	6%
	2007.	1. godina SŠ	44%	45%	11%
		3. godina SŠ	54%	35%	11%
	2016.	1. godina SŠ	44%	48%	8%
		3. godina SŠ	50%	42%	8%

Diskusija: Preventivna stomatološka zaštita na području Mačvanskog okruga se realizuje kroz rad stomatoloških službi domova zdravlja od njihovog začetka. Program preventivne stomatološke zaštite stanovnika Srbije realizuje se u kontinuitetu počev od 1995.g. na ukupnoj teritoriji Okruga. Nosioci aktivnosti su stomatološke službe domova zdravlja uz stručno metodološku podršku Zavoda za javno zdravlje Šabac.

U programske aktivnosti su više manje ili vrlo malo bili uključeni partneri iz drugih službi domova zdravlja, obrazovnih institucija lokalnih samouprava. Velika podrška realizaciji Programa je Prtavlilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za svaku kalendarsku godinu. Ipak, izraženo u brojkama, u periodu 2007-2016.godine dostignuti nivo oralnog zdravlja dece i omladine Mačvanskog okruga ne pokazuje očekivane rezultate.

Razlozi za ovakvo stanje su kompleksni i brojni. Najveća pažnja je bila usmerena na zdravstveno vaspitanje, kao važan deo zdravstvene politike u obezbeđenju oralnog zdravlja školske dece, sa naglaskom na ulogu profesionalnih stomatoloških timova, bez uključivanja škole kao primarne sredine u kojoj se program odvija u sklopu redovnih školskih aktivnosti, kao ni šire društvene zajednice, bez koje nema merljivih rezultata.

Naime, programski rad sa decom u cilju obezbeđenja oralnog zdravlja mora biti značajnije zastupljen pre perioda školskog doba, još u periodu planiranja porodice, kada se radi sa budućim roditeljima, zatim u ranom dečjem uzrastu, kada se pre svega majka uči kako da zaštititi dete, a zatim i u predškolskom periodu, posebno sa decom u kolektivu, gde se različitim sadržajima i prigodnim metodama programskog zdravstveno vaspitnog rada utiče na formiranje zdravih navika i osnažuje motivacija za očuvanje oralnog zdravlja.

U strateškim opredeljenjima za ostvarivanje ovih ciljeva u prvom kvartalu XXI veka, koji je proglašen vekom preventivne stomatologije, potrebno je unaprediti preventivnu stomatologiju u Srbiji pomeranjem aktivnosti sa statičnog koncepta konvencionalne strategije usmerenog na ambulantu profilaksu, ranu dijagnostiku i terapiju oralnih bolesti na **PROMOCIJU ZDRAVLJA** i **PRIMARNU PREVENCIJU**. Naime, treba poći od činjenice da su oralne bolesti, bolesti sredine i da su povezane sa brojnim zajedničkim faktorima rizika za druge hronične nezarazne bolesti, (kardiovaskularne, gojaznost, maligna oboljenja, dijabet itd.) i da su u tesnoj korelaciji sa navikama i stila života, i da se njihovim korigovanjem uspešno mogu prevenirati i oralne bolesti. Takođe treba naglasiti da je multidisciplinarni pristup rešavanja zajedničkih rizika za više bolesti izuzetno značajan jer se na taj način poboljšavaju uslovi za obezbeđenje boljeg zdravlja celokupne populacije, naravno specijalno one visokog rizika, ali ima i vrlo značajan efekat na smanjenje nejednakosti u pravu na zdravlje.

Strateška opredeljenja za realizaciju ovih ciljeva postizanja oralnog zdravlja treba jasno da definišu obavezu i odgovornost svih segmenata društva za zdravlje ljudi i obezbeđivanje uslova da se zdravlje očuva, isto tako i zdravstvene i stomatološke delatnosti, ali i obaveze i odgovornosti porodice i svakog pojedinca za svoje sopstveno zdravlje. **PROMOCIJA ORALNOG ZDRAVLJA** u pravom smislu značenja tog pojma treba da bude apsolutni prioritet u narednom periodu da bi se realizovao cilj za dostizanje oralnog zdravlja.

Zaključak i predlog mera

1. Pokazani rezultati oralnog zdravlja dece i omladine Mačvanskog okruga u periodu 2007.-2016.god. jasno pokazuje da evidentno veliki napor stomatološke službe Okruga, da se izbori za bolje oralno zdravlje posmatrane populacije i da ne daje očekivani rezultat, što se mora shvatiti kao alarm za pomoć i novu akciju.
2. Programski ciljevi u vezi oralnog zdravlja, koji su sastavni deo planova stomatoloških službi domova zdravlja koji sprovode Program, dati su samo deklarativno, kao popis usluga koje će se raditi, bez obaveza njihovog dostizanja, osim kod sistematskih stomatoloških pregleda i donekle zdravstveno vaspitnog rada. Realizacija tih ciljeva ne sme biti prikazana kao obuhvat populacije, broj zdravstveno vaspitnih i profilaktičkih i terapijskih usluga, već kao **izmeren pomak u odnosu na početno stanje**. U suprotnom, stomatološke usluge koje se ne prate kroz učinak na oralno zdravlje koji su proizvele,

nisu i ne mogu biti deo programskog paketa koji smo obavezni da sprovodimo, koji se i finansijski ugovara sa filijalom RFZO-a i koji predstavlja ugovorenu obavezu koju treba pravdati prema poslodavcu.

3. U saradnji sa osnivačem i finansijerom, preko stručnih institucija koje se bave definisanjem i metodološkim usmeravanjem stomatološke struke u svom radu, preduzeti mere za redefinisavanje Pravilnika o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciju, u smislu uvođenja obaveze zadanog obima i sadržaja zdravstveno vaspitnih, promotivnih, profilaktičkih i terapijskih usluga sanacije usta i zuba i dostizanja **merljivog rezultata** koje govori o promeni oralnog zdravlja.

Literatura:

1. Blinkhorn AS. *Dental Health Education. Dental public health: An introduction to company dental health. 2nd ed. Bristol: John Wright & Sons 1981; 270-286.*
2. Craft M, Croucher R: *The 16-20 study. Dental visiting, attitudes and reported behavior of a national sample of young adults, 16-20 years old. Dental health Study. University of Cambridge, 1979.*
3. Cucić V, Bjegović V, Živković M, Vuković D, Dokić-Stefanović D, Ananijević-Pandej J. *Socijalna medicina. Savremena administracija Beograd, 2000.*
4. Dovijanić P, Dmitrović R, Vulović D. *Strategija naučno-istraživačkog rada u preventivno-medicinskoj delatnosti. Beograd: Gradski zavod za zaštitu zdravlja, 1993.*
5. Gajić M. *Fluoridi u prevenciji karijesa. Stomatološki fakultet Beograd, Beograd, 1998.*
6. Gonzaga HF, Buso L, Jorge MA. *Intrauterine Dentistry: An Integrated Model of Prevention. Braz Dent J 2001; 12(2): 139-42.*
7. Green L. *Health education models, in: Matarazzo J, editor. Behavioral Health. New York: John Wiley and Son; 1984:181-193.*
8. Günay H, Dmoch-Bockhorn K, Günay Y. *Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. Clin Oral Invest 1998; 2: 137-42.*
9. Jakovljević Đ., Grujić V. *Primarna zdravstvena zaštita – teorija i praksa. Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Publikacija 4. Beograd, 1994.*
10. Janjanin M. *Model zdravstveno-vaspitnog programa za prevenciju faktora rizika za pojavu karijesa (doktorska disertacija). Beograd: Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, 1993.*
11. Korać V. *Znanji i ponašanje trudnica u odnosu na ishranu i oralno zdravlje. Specijalistički rad. Stomatološki fakultet Beograd, Beograd, 2000.*
12. Lingström P, Johansson I, Birkhed D; *Kost och karies. The journal of the SDA 1997; 89: 41-7.*
13. Linn EL. *What dental patients do not know about preventive care? J Pub Hlth Dent 1994; 34: 39-41.*
14. Milnes AR. *Description and epidemiology of nursing caries. J Public Health Dent 1996; 56: 38-50.*
15. Murray JJ. *The Prevention of Oral Diseases. 1995; 3rd edn. Chaps 2,3 and 4. Oxford University Press. Oxford.*
16. Nizel AE. *Nutrition in preventive dentistry, 1981.*
17. Popović V. i sar. *Bolesti usta i zuba u stanovništva Beograda. Stomatološki fakultet Beograd, Beograd, 1987.*
18. Sheiham A, Joffe M. *Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. Cambridge, England: Cambridge University press; 1991: 445-82.*
19. Stošić P. i sar. *Dečja i preventivna stomatologija. Stomatološki fakultet Beograd, Beograd, 1984.*
20. Vulović M, Vulović D, Popović V, Carević M. *Uticaj ishrane na bolesti usta i zuba. Hrana i ishrana. Beograd: 1992; 33: 161-164.*
21. Vulović M, redaktor. *Program preventivne stomatološke zaštite stanovnika Srbije. Beograd: Zavod za ud`benike i nastavna sredstva, 1996.*
22. Vulović M, Beloica D, Gajić M, Stevanović R, Ivanović M, Carević M, Vulićević Z, Marković D. *Preventivna stomatologija Stomatološki fakultet Beograd, Beograd, 2005.*
23. WHO Expert Committee. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases; WHO Technical Report Series, 797, 1990*
24. WHO. *Zdravlje za sve u 21.veku. Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Beograd, 2000.*

25. Winter GB. Prediction of high caries risk diet, hygiene and medication. *Int Dent J* 1988; 38: 227-30

NEDELJA ZDRAVLJA USTA I ZUBA U SRBIJI 2017. GODINE "OSMEHNI SE ZDRAVO"

Biljana Kilibarda, Mirjana Tošić, Nadežda Nikolić

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"

Oralno zdravlje je značajna komponenta opšteg zdravlja i utiče na fizičko zdravlje, ali i na govor, samopouzdanje, socijalne odnose i uopšte kvalitet života. Faktori rizika za oralna oboljenja su najčešće i faktori rizika za hronične nezarazne bolesti, a oboljenja usta i zuba imaju veliki zdravstveni, socijalni i ekonomski značaj pa predstavljaju javno zdravstveni problem. Na globalnom nivou postoji napredak u pokazateljima oralnog zdravlja, međutim, u mnogim zemljama širom sveta i dalje postoje problemi sa oralnim zdravljem, posebno među osetljivim grupama stanovništva. Bolesti koje značajno opterećuju oralno zdravlje su karijes i periodontalne bolesti. U svetu 60-90% školske dece i blizu 100% odraslog stanovništva ima zubni kvar; kod 15-20% svetske populacije starosti od 35-44 godine prisutna su oboljenja potpornog aparata zuba koja mogu dovesti do gubitka zuba, a trećina stanovništva starosti od 65-74 godine nema nijedan zub.

Prema rezultatima poslednjeg istraživanja zdravlja koje je sprovedeno na nacionalno reprezentativnom uzorku 2013. godine u Srbiji, samo 8,3% stanovnika Srbije uzrasta 25 godina i više ima sve svoje zube, a manje od polovine (45,6%) stanovništva procenjuje stanje svojih zuba i usne duplje kao dobro. Posebno su ugroženi stanovnici nižeg obrazovnog statusa i lošeg materijalnog stanja koji u značajno većem procentu sopstveno oralno zdravlje procenjuju kao loše i u značajno manjem procentu redovno peru zube. Stanovnici nižeg obrazovnog statusa i lošeg materijalnog stanja u značajno većem procentu sopstveno oralno zdravlje procenjuju kao loše i u značajno manjem procentu redovno peru zube. Prema rezultatima ovog istraživanja samo nešto više od polovine školske dece (58,4%) redovno pere zube, a najviši procenat onih koji redovno peru zube (72,9%) su uzrasta od 15-24 godine.

Rezultati nacionalnog istraživanja naglašavaju neophodnost intenziviranja zdravstveno vaspitnog rada i iznalaženja načina za povećanje obuhvata stanovništva preventivnim stomatološkim pregledima.

Zdravstveno vaspitni rad, koji ima za cilj promenu znanja, stavova i ponašanja stanovništva, u Srbiji se realizuje u predškolskim ustanovama i školama, kroz aktivnosti mreže instituta/zavoda za javno zdravlje i njihovih partnera, kao i kroz individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad u domovima zdravlja.

U cilju intenziviranja aktivnosti koje imaju za cilj da unapređenjem znanja i stavova utiču i na promenu ponašanja stanovništva, u Srbiji se, od 1991. godine, u trećoj nedelji maja obeležava Nedelje zdravlja usta i zuba. Ciljevi ove kampanje su:

- Ukazati na značaj oralnog zdravlja i na mogućnost da se primenom adekvatnih mera dobro oralno zdravlje može održati tokom čitavog života.
- Uticati na poboljšanje zdravlja usta i zuba dece i na stvaranje navike pravilnog održavanja higijene i primenu mera neophodnih za očuvanje oralnog zdravlja.
- Doprineti da se poveća broj ljudi sa očuvanim oralnim zdravljem.
- Podsticati donosioce odluka za podršku merama za unapređenje oralnog zdravlja stanovništva.
- Mobilisati sve sektore društva na zajedničke akcije koje imaju za cilj promociju oralnog zdravlja.

- Motivisanje pojedinaca, porodica, zajednice i donosioca odluka za aktivan odnos prema unapređivanju oralnog zdravlja, svako u svom domenu.

Opšte preporuke za očuvanje oralnog zdravlja koje se plasiraju u okviru ove kampanje nisu usmerene samo na značaj održavanje adekvatne higijene i redovnih poseta stomatologu, već obuhvataju i preporuke za smanjenje unosa šećera, bezbedno fizičko okruženje, a preporučuje se da se u narednom periodu u većoj meri uključe i poruka o uticaju uzimanja alkohola i pušenja na oralno zdravlje.

Kao i prethodne, 2016. godine, slogan XVII Nedelje zdravlja usta i zuba „Osmehni se zdravo” sprovedene od 15-21. maja 2017. godine, ukazao je, pored ostalog, i na značaj dobrog oralnog zdravlja za svakodnevne aktivnosti kao što su govor i smeh.

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, mreža instituta/zavoda za javno zdravlje i Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu obeležili su Nedelju zdravlja usta i zuba, brojnim aktivnostima kao što su javne i druge manifestacije u kojima je učestvovala stručna javnost, ali i opšta populacija. Nosioci i koordinatori aktivnosti tokom Nedelje zdravlja usta i zuba na nivou okruga su okružni instituti i zavodi za javno zdravlje, a za teritoriju svake opštine službe stomatološke zaštite domova zdravlja, uz aktivno učešće privatne stomatološke prakse, lokalne zajednice, privatnog sektora i udruženja građana.

Pošto je preporuka da mere zaštite zuba treba sprovoditi tokom čitavog života posebno značajna ciljna grupa za preventivni rad su trudnice i deca školskog i predškolskog uzrasta. U predškolskom i školskom uzrastu se može mnogo toga naučiti o oralnom zdravlju i steći higijenske navike pa su iz navedenih razloga, u okviru ove kampanje posebno angažovana deca predškolskog i osnovno školskog uzrasta, nastavnici i roditelji.

U okviru konkursa za izbor likovnih i literarnih radova za decu predškolskih ustanova i učenike osnovnih škola na temu „Osmehni se zdravo“ izabrani su najuspešniji radovi koji su promovisani na svečanostima na okružnom nivou u organizaciji okružnih instituta i zavoda za javno zdravlje i dostavljeni su Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”.

Centar za promociju zdravlja Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” u okviru kampanje »XXVII Nedelja zdravlja usta i zuba 2017. godine raspisao je likovni i literarni konkurs za izbor najboljih literarnih i likovnih radova na temu „Osmehni se zdravo“. Konkurs je bio namenjen deci predškolskog uzrasta i učenicima osnovnih škola u Republici Srbiji. Cilj ovog konkursa koji se tradicionalno raspisuje svake godine je da se podstakne zdravstveno vaspitni rad u vrtićima i osnovnim školama na temu oralnog zdravlja i edukuju deca o značaju i načinima očuvanja zdravlja usta i zuba. Najbolji radovi prezentovani su na Simpozijumu zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji i biće korišćeni za pripremu zdravstveno promotivnog materijala u cilju kontinuirane promocije zdravlja usta i zuba među opštom populacijom.

Na konkurs je ove godine ukupno pristiglo 664 rada od toga 576 likovnih radova (od čega 259 iz predškolskih ustanova, 131 od I – IV razreda i 156 od V-VIII razreda osnovnih škola) i 88 literarnih radova (od čega 2 iz predškolskih ustanova, 52 od I – IV razreda i 34 od V-VIII razreda osnovnih škola). Radovi su pristigli iz 20 okružnih instituta i zavoda (76 predškolskih ustanova, 110 osnovnih škola i 3 specijalizovane ustanove za rad sa decom ometenom u razvoju). U okviru svake kategorije izabrani su najbolji radovi. Radove je ocenjivao žiri sastavljen iz stručnjaka u oblasti likovnih umetnosti i preventivne medicine. Žiri je pregledao sve pristigle radove, napravio selekciju i uži izbor radova i potom odabrao najbolje radove u šest kategorija.

Na osnovu izveštaja iz 11 instituta/zavoda za javno zdravlje, u okviru kampanje je održano 276 organizacionih sastanaka, 551 predavanje sa 14.378 učesnika, 51 nastup u medijima, 19 javnih

manifestacija sa oko 3000 učesnika, 11 konferencija za sredstva informisanja i 234 zdravstveno vaspitnih izložbi.

Intenziviran je i zdravstveno vaspitni rad te je u okviru kampanje realizovano 6573 individualnih zdravstvene vaspitnih aktivnosti, 1401 adiona kojom je obuhvaćeno 16 812 lica.

Prema izveštajima instituta/zavoda za javno zdravlje u kampanju je bilo uključeno 315 partnera (predškolske ustanove, osnovne i srednje škole, lokalne zajednice, Crveni krst, nevladine organizacije/udruženja građana, kancelarije za mlade i mnogi drugi).

Praćenje aktivnosti i poređenje broja i vrste aktivnosti u odnosu na prethodne godine je otežano jer nisu pripremljeni izveštaji svih domova zdravlja za okružne institute/zavode za javno zdravlje, kao i zbog činjenice da je smanjen broj instituta/zavoda koji su poslali izveštaje o aktivnostima u okviru Kampanje.

U cilju uspešnijih kampanja, u narednim godinama, bilo bi korisno, sprovesti i medijsku kampanju u okviru Nedelje zdravlja usta i zuba koja bi bila podrška tradicionalnim aktivnostima, što se pokazalo kao efikasno u pojedinim evaluiranim projektima.

Takođe, uzimajući u obzir da je rizik obolevanja od malignih bolesti usne duplje 15 puta veći kada se kombinuje više faktora rizika kao što su upotreba duvana i alkohola, kao i visok procenat pušača u Srbiji (34,7% stanovništva starijeg od 15 godina) potrebno je da se i stomatolozi uključe aktivnije u prevenciju pušenja.

Takođe bi bilo korisno naći način za motivisanje dece starijeg uzrasta kao i odraslog stanovništva za učešće u kampanji i povećati obuhvat populacionih grupa. Potrebno je nastaviti i intenzivirati individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad, koji je svakako efektivan za unapređenje znanja, stavova i ponašanja u vezi sa oralnim zdravljem.

Literatura:

1. WHO. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.* 2003.
2. WHO. *Oral health* [cited 2017 5/1272017]. Available from: http://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en/.
3. Boričić K, Vasic M, Grozdanov J, Gudelj Rakić J, Živković Šulović M, Jaćović Knežević N i saradnici. *Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije 2013. godina.* Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2014 <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeZdravljaStanovnistvaRS2013.pdf>
4. Bandura A, Walters RH. *Social learning theory.* 1977.
5. Friel S, Hope A, Kelleher C, Comer S, Sadlier D. *Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary school children in Ireland.* *Health Promotion International.* 2002;17(2):119-26.
6. Nakre PD, Harikiran AG. *Effectiveness of oral health education programs: A systematic review.* *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry.* 2013;3(2):103-15.

ULOGA ZAJEDNICE U PROMOCIJI ORALNOG ZDRAVLJA

Momir R. Carević

StomatološkifakultetUniverzitetuBeogradu

Brojna istraživanja do sada su ukazala na izuzetno veliki uticaj oralnih oboljenja na opšte stanje zdravlja čovečanstva koji se ogleda u visokoj prevelenciji, poremećaju kvaliteta svakodnevnog života, kao i značajnom finansijskom opterećenju kako svakog pojedinca tako i celokupnog društva.

Pored ovako komplikovanog uticaja, olakšavajuća okolnost je što se ova oboljenjalako dijagnostikuju, etiologija im je poznata, lečenje je takođe poznato ali većinom neefikasno, dok je prevencija laka i jednostavna uz veoma mala finansijska i materijalna ulaganja.

Iz tih razloga oralna oboljenja se mogu vrlo efikasno sprečiti primenom odgovarajuće zdravstvene politike i spremnosti društva za obezbeđenje zdravlja, koje se može ostvariti stvaranjem preduslova i promocijom faktora koji utiču pozitivno na oralno zdravlje, kao i usmeravanjem zdravstvene politike na redukciju ovih oboljenja u određenim populacionim grupama. Ovako organizovanom naporu zajednice da unapredi stanje oralnog zdravlja stanovništva danas se u savremenom svetu pridaje veliki značaj i prioritet u rešavanju mnogobrojnih problema u oblasti stomatološke zdravstvene zaštite.

Verovanja da se isključivo biomedicinskim modelom zdravstvene zaštite baziranom na skupocenim terapijskim metodama, koja su se pokazala u većini slučajeva i neefikasana, može poboljšati opšte stanje zdravlja, dostigla su vrhunac 70' godina prošlog veka. Razlog ovome je bilo u tome što su se otprilike u isto vreme pojavila sve aktuelnija mišljenja koja su zastupala teoriju da su socijalni, politički, ekonomski, obrazovni, psihološki i ostali društveni faktori od presudnijeg značaja za poboljšanje opšteg zdravstvenog stanja stanovništva. Ove teorije su se bazirale na čvrstim dokazima da je izčežavanje masovnih infektivnih oboljenja, koja su bila najveći uzrok smrtnosti u svetu tokom srednjeg veka, stavljena pod kontrolu ne samo zahvaljujući primenom medicinskih mera i aktivnosti (imunizacija, vakcinacija i primena antibiotika), već dugogodišnjim socijalnim i ekonomskim napretkom društva koji je potencirao osećaj individualne odgovornosti za brigu o sebi i željom za poboljšanjem kvaliteta svakodnevnog života.

Ovako podeljena mišljenja dovela su do međunarodne konferencije u Alma Ati 1978 godine i poznate Deklaracije iz Alma Ate (SZO/UNICEF, 1978), koja je napravila doktrinarni preokret zhtevajući promene konvencionalnog načina razmišljanja. Po prvi put su siromaštvo i zavisnost od pružene zdravstvene zaštite povezani sa opštim stanjem zdravlja i uobličeni u zvaničan dokument potpisan od strane zemalja članica sa međunarodnim organizacijama, koji je postavio osnovna načela novog javnog zdravstva. Najvažniji zaključci deklaracije iz Alma Ate sumirani su u pet osnovnih načela:

- 1. Podjednaka raspodela** - Zemlje potpisnice se obavezuju na podjednaku ditribuciju zdravstvenih resoursa
- 2. Učešće zajednice** - Pojedinci i zajednica treba da uzmu aktivnog učešća u svim odlukama koje se tiču njihovog zdravlja
- 3. Fokusirati se na prevenciju** - Zadatak svih onih koji planiraju i odlučuju u zdravstvu je da se preorijentišu sa lečenja posledica na prevenciju i promociju zdravlja.

4. Primena adekvatne tehnologije - Obavezno osposobljavanje kadrova i tehnologije koji bi odgovorili ovim zadacima

5. Multidisciplinarni pristup - Pored zdravstvenog segmenta i ostali segmenti društva kao što su ekonomija, industrija, poljoprivreda, vodoprivreda, prosveta, mediji, kultura i td, moraju aktivno da daju svoj doprinos u obezbeđenju zdravlja.

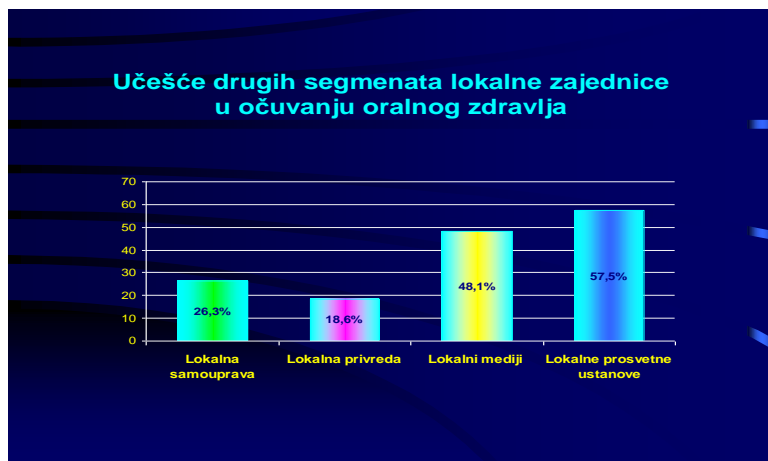
Iz tih razloga sve više na značaju unutar jedne zajednice ili društva, kao osnovna strategija za unapređene zdravlja, dobija **promocija zdravlja** koja se definiše kao: „*Proces osposobljavanja pojedinaca i društva da kontrolišu faktore koji obezbeđuju zdravlje i da ga na taj način unaprede, predstavljajući se tako kao osnovna strategija u posredovanju između ljudi i sredine u kojoj žive, povezujući njihova lična opredeljenja i odgovornost društva za unapredjenje sopstvenog zdravlja*“ (SZO, 1984). Promocija zdravlja se u naj širem smislu definiše kao osposobljavanje ljudi i zajednice za unapređenje zdravlja u kome se pravo na zdravlje ostvaruje kroz političke i socijalne procese, kako bi se postiglo socijalno, mentalno i fizičko blagostanje kao i podjenak pristup i pravo na zdrav život svakog pojedinca. Drugim rečima promocija zdravlja predstavlja kombinaciju različitih pristupa da bi se unapredilo zdravlje pojedinaca, njihovih porodica, zajednice i populacije u celini.

Da bi se bolje razumela **uloga zajednice** u promociji oralnog zdravlja neophodno je podsetiti se na njene osnovne principe koje je proklamovala SZO 1984. godine:

- Promocija zdravlja se usmerava na celokupnu populaciju, a ne samo na bolesne ili one sa visokim rizikom, sa idejom da se prvenstveno obezbede uslovi za očuvanje zdravlja populacije;
- Ona se fokusira na faktore koji doprinose zdravlju kao i na učešće, doprinos i blisku saradnju različitih sektora u društvu;
- Zahteva organizacione promene i aktiviranje celokupnog društva i lokalne zajednice na prepoznavanju i kontroli rizika po zdravlje;
- Promocija zdravlja treba da bezbedi što efikasnije učešće javnosti na osposobljavanju pojedinaca i društva da prepoznaju probleme i donosu odluke u cilju poboljšanja načina života koji bi obezbedio zdravlje
- Pošto se radi o aktivnostima u oblasti zdravlja i društvenih potreba, a ne o službi za lečenje obolelih, zdravstveni radnici treba da daju svoj udeo i doprinos u oblasti edukacije i zdravstvenog vaspitanja, zastupajući tako koncept zdravlja u društvu i pred ljudima koji donose zdravstvene odluke i strateška opredeljenja.

Učešće zajednice, odnosno svih segmenata društva, predstavlja suštinu holističkog prilaza zdravlju zasnovanog na vrednostima i potrebama kako pojedinaca tako i celokupnog društva.

Graf.1. Učešće drugih segmenata lokalne zajednice u očuvanju oralnog zdravlja



Predstavlja kvalitetno novi pristup za razliku od ranijeg, primarno profesionalno orijentisanog, koji se bazirao na usko medicinskom modelu „bolesti i kako je izbeći“ novim modelom „kako je biti zdrav“. Implementacija promocije zdravlja treba da ukaže i definiše stepen do koga su članovi zajednice uključeni u procese donošenja i realizacije odluka u vezi sa oralnim zdravljem.

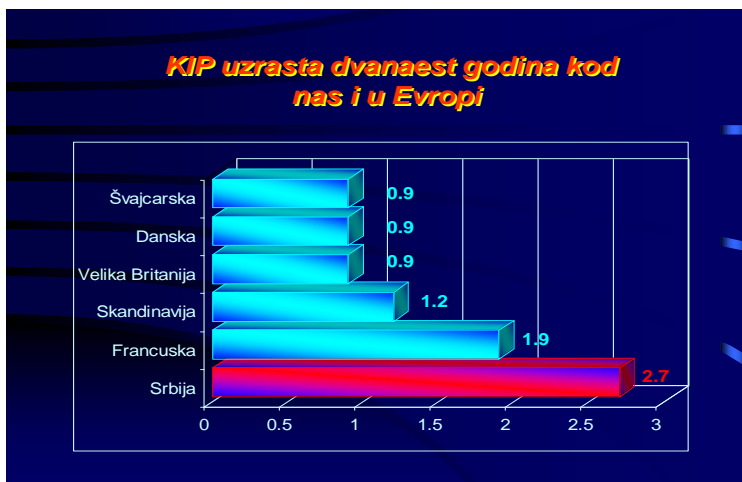
Iako se u Republici Srbiji danas prepoznaje socijalno-medicinski značaj oralnih bolesti na šta ukazuju i mnoga donešena zakonska dokumenta, stvarnost je sasvim drugačija.

Učešće lokalne zajednice i ostalih segmenata društva u promociji oralnog zdravlja ne zadovoljava postojeće potrebe, a da zdravstveno vaspitni rad kao deo promocije oralnog zdravlja, osim nešto malo u školske dece, još uvek nije na zadovoljavajućem nivou (graf. 1)

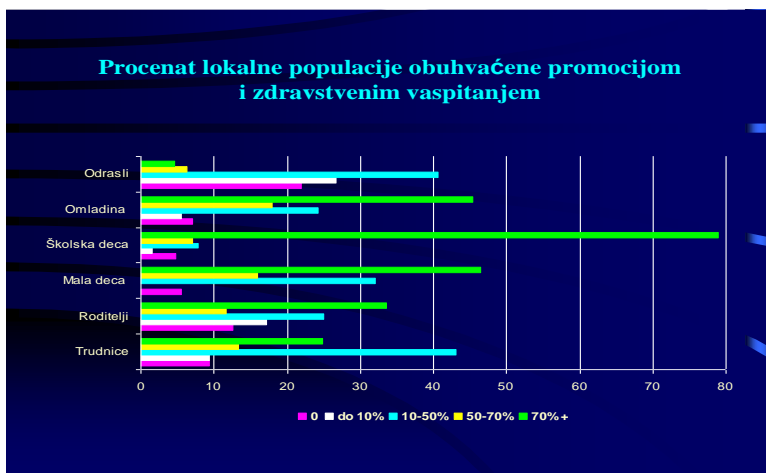
Brojni zakonski projekti su ostali nerealizovani (Zakon o fluorisanju vode za piće, 1971-2007), aktiviranje drugih segmenata društva i multidisciplinarna saradnja se gube u procesu tranzicije, kampanje promocije oralnog zdravlja od strane struke i zajednice su nedovoljne i sporadične, stomatološko zdravstveno vaspitanje još uvek nije jasno definisano u zakonskim dokumentima itd. Sve pomenuto ukazuje da je promocija oralnog zdravlja u Srbiji još uvek samo na deklarativnom nivou i da je njena realizacija prepuštena isključivo entuzijastima i volonterima.

Skorašnja istraživanja stanja oralnog zdravlja dobijena na osnovu izveštaja domova zdravlja u Republici Srbiji, ukazala su na prisustvo još uvek visoke rasprostranjenosti oralnih oboljenja (naročito karijesa) u dece i omladine. (graf.2)

Graf.2. KIP kod dece uzrasta 12 godina



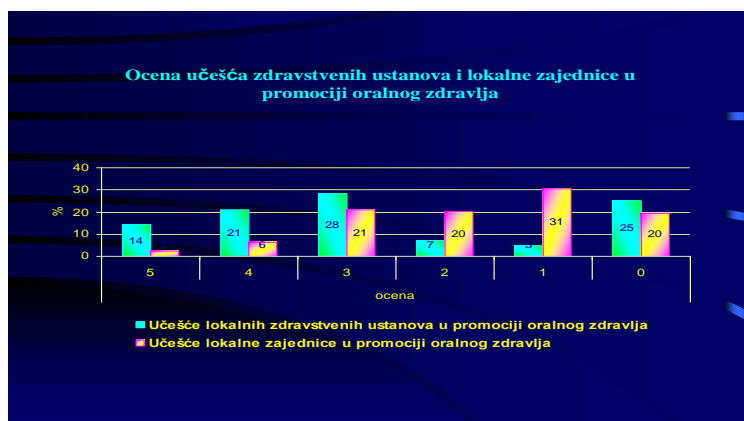
Graf.3. Populacione grupe obuhvaćene promocijom i zdravstvenim vaspitanjem



Procentualna obuhvaćenost različitih populacionih grupa promocijom oralnog zdravlja i zdravstvenim vaspitanjem je najveća u školske dece, upola manja u male dece i omladine, a najmanja u trudnica i odraslih osoba (graf.3)

Analiza učešća zdravstvenih ustanova i lokalne zajednice u promociji oralnog zdravlja ocenama od 1 do 5, ukazuje da je učešće zdravstvenih ustanova ocenjeno sa ocenom 3 (tri), a učešće lokalne zajednice jako nisko, odnosno ocenom 1 (jedan). (graf.4)

Graf.4. Ocena učešća u promociji oralnog zdravlja



Ova istraživanja jasno ukazuju da ovako visoka rasprostranjenost oralnih oboljenja koja pored medicinskog, imaju veliki socijalni i ekonomski uticaj na čitavu populaciju, zahtevaju i organizovano učešće svih segmenata društva, odnosno lokalne zajednice, koji treba da daju svoj pun doprinos očuvanju kako opšteg tako i oralnog zdravlja, a ne samo da se oslone na zalaganje entuzijasta jednog dela društva, zdravstvene struke, odnosno stomatološke zdravstvene službe.

Organizovano delovanje zajednice ogleda se kroz njen razvoj, međusobnu povezanost i saradnju svih konstitutivnih struktura, društvene akcije, društveno planiranje i edukativne procese. Sprovođenje promocije oralnog zdravlja u okviru primarne zdravstvene zaštite treba da se bazira na socijalno-medicinskom pristupu prevencije oralnih bolesti, koje se javljaju kao interakcija mnogih uzročnih faktora kao što su faktori sredine (socijalna sredina), etiopatogeneze i karakteristike oralnih bolesti.

Aktiviranje kako celokupne zajednice tako isvakog pojedinca je od ključnog značaja za realizaciju promocije oralnog zdravlja, kako bi u okviru svojih nadležnosti i delatnosti dali svoj pun doprinos promociji i unapređenju oralnog zdravlja u svojoj sredini. Iz tih razloga od posebnog značaja je;

- da se osposobi zajednica i pojedinci da prepoznaju značaj oralnog zdravlja, svoju obavezu i odgovornost za obezbeđenje zdravlja.
- aktiviranje, uključivanje i koordinacija različitih segmenata zdravstvene zaštite na promociji opšteg i oralnog zdravlja
- uključivanje lokalne samouprave, privrede, obrazovanja i dr., da svojim opredeljenjima, finansijskim sredstvima i drugim mehanizmima doprinesu stvaranju uslova za poboljšanje oralnog zdravlja.
- edukacija i motivacija ljudi koji donose odluke o promociji zdravlja i zdravstvene zaštite
- donošenje i realizacija zakonskih akata i podakata od značaja za promociju oralnog zdravlja (realizacija zakona o fluorisanju vode za piće, proizvodnji zdrave hrane, finansiranje zdravstveno-vaspitnih materijala, prateća poreska politika – smanjenje poreza na sredstva za održavanje oralne higijene i dr.)
- sprovođenje kampanja kao osnov promocije oralnog zdravlja (Nedelja zdravlja usta i zuba, Simpozijum zdravstvenog vaspitanja, Svetski dan zdravlja i dr.).
- aktiviranje medija (elektronskih medija, štampe, filmova i dr.) na promociji oralnog zdravlja u cilju podizanja nivoa zdravstvene kulture, razumavanju značaja oralnih bolesti i mogućnostima za njihovo sprečavanje i lečenje.
- aktiviranje obrazovanih ustanova – uvođenjem predmeta „higijena“ i „zdravstveno vaspitanje“ u redovni školski program itd.

- saradnja lokalne zajednice, ostalih segmenata zdravstva i nezdravstvenih radnika (psihologa, pedagoga, prosvetnih radnika, vaspitača i dr.) u multidisciplinarnom pristupu i saradnji na promociji oralnog zdravlja.

Jedan od najznačajnijih segmenata promocije zdravlja je **zdravstveno vaspitanje** koje se često poistovećuje sa promocijom, a čiji se veoma važan deo i odnosi na društvenu delatnost iz oblasti zdravstva i definiše se kao: „*aktivan proces učenja i osposobljavanja zajednice i pojedinca za korišćenje stečenih znanja o zdravlju*“ (SZO)

Osnovni cilj zdravstvenog vaspitanja je podizanje opšteg nivoa zdravstvene kulture i motivisanja pojedinaca i društva da se brinu o sopstvenom zdravlju, promenom ponašanja štetnih po zdravlje, usvajanjem novih saznanja, navika i pozitivnih stavova o sopstvenom zdravlju, ali isto tako da ih uči kako da se ponašaju u bolesti i da što duže održavaju bolest u remisiji.

Iz tih razloga sadržaj zdravstveno-vaspitnog rada u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti podrazumava;

- podizanje nivoa znanja i svesti o značaju oralnog zdravlja u široj populaciji
- razumevanje socijalnog, medicinskog i ekonomskog značaja oralnih oboljenja
- podizanje nivoa znanja o uzrocima oralnih bolesti i mogućnostima za njihovo sprečavanje i očuvanje oralnog zdravlja u široj populaciji
- upoznavanje sa faktorima rizika i etiologijom najčešćih bolesti usta i zuba
- edukaciju, motivaciju i remotivaciju pojedinaca i društva za očuvanje oralnog zdravlja

Zdravstveno-vaspitnim radom treba obuhvatiti što širu populaciju, posebno trudnice i roditelje predškolske i školske dece u savetovalištim primarne zdravstvene zaštite kako bi se obezbedilo dugoročno bolje oralno zdravlje populacije u celini.

Da bi se realizovalo učešće zajednice u promociji oralnog zdravlja, potrebno je da ona bude osposobljena da prepozna svoju ulogu i da deli i snosi odgovornost kako za zdravlje svakog pojedinca tako i zdravlje celokupne populacije. Iz tih razloga savremena strateška opredeljenja u prevenciji oralnih bolesti se i definišu kao čitav niz aktivnosti koje treba preduzeti u svim segmentima društva da bi se ostvarili postavljeni ciljevi za obezbeđenje oralnog zdravlja za sve, za duži vremenski period.

Literatura:

1. Carević M.: *Programska prevencija karijesa u dečjem uzrastu. Stomatološki Glasnik Srbije: Suppl. 1: 45-48, 2011.*
2. Vulović M., Carević M.: *Program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite. Stomatološki Glasnik Srbije, Vol. 50, Suppl.1: 58-61, 2003*
3. Pine M.C.: *Community Oral Health. Reed Educational & Professional Publishing Ltd., Oxford, 1997.*
4. Carević M., Ivanović M. isar.: *Preventivnastomatologija. Udžbenikzastudenteintegrisanihstudijastomatologije. StomatološkifakultetuBeogradu. Kuća štampe plus. Beograd 2016*
5. Carević M, Vulović M.: *National Program for Prevention of Oral Diseases Effecton Caries Distribution in Population of Serbia. In: Scientific Thought and ClinicalPractice (10 Years of BaSS), Monography - Marković D. (ed) pp 89-96, 2005.*
6. WHO/UNICEF: *Primary Health Care, Alma Ata 1978. "Health for All" series no.1.Geneva, World Health Organization, 1978.*
7. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. Glasnik RS 107/05*
8. Vulović M., Carević M., Korać V.: *Osnovi za planiranje primarne stomatološke zaštite. Stomatološki Glasnik Srbije: Vol. 53, Suppl. 1: 23-27, 2006.*
9. Carević M.: *Mesto stomatologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u republici Srbiji. Stomatološki Glasnik Srbije: Vol. 53, Suppl. 1: 11-12, 2006.*

10. WHO: *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*. World Health Organization, Copenhagen, 1985
11. WHO: *Research and Action for the Promotion of Oral Health within Primary Health Care*. Basel, WHO/Ciba/Geigy, 1989.
12. WHO: *Oral Health in Community Health Programmes*. Copenhagen, WHO/Regional Office for Europe, 1990.
13. WHO: *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. World Health Organization. Global, 1981.
14. Petersen P.E: *Community Dentistry and Sociology*. Scandinavian Journal Society of Medicine 14: 1-2, 1986.
15. WHO: *Oral Health in Community Health Programmes*. Copenhagen, WHO/Regional Office for Europe, 1990.
16. Vulović M., Carević M.: *Program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite*.
17. *Stomatološki Glasnik Srbije*, Vol. 50, Suppl.1: 58-61, 2003
18. *Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite*. Sl.glasnik RS 22/09
19. Petersen P.E., Kwan: *Evaluation of community-based oral health promotion and oral diseases prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice*. Community Dental Health, Supplement 21:319-329, 2004.
20. World Health Organization: *Oral Health Promotion: an essential element of a health promoting school*. WHO Information Series on School Health, Document Eleven. Geneva. World Health Organization 2003.
21. World Health Organization: *Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy makers*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2001.

ULOGA MEDIJA U ZDRAVSTVENOM VASPITANJU

Vanja Petrović

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Masovni mediji (mas-mediji) kao pojavu saopćuju početkom XX veka pojavom štampe, radija i televizije. Istorijski gledano, početak masovnih medija učeke reneiz XV veka pojavom prvima štampanje. Prve komercijalne novine pojavile su se u Nemačkoj 1609.g., a u Velikoj Britaniji 1702.g. U XX veku prvi put se angažuju novinari da pišu o određenim zdravstvenim problemima, a zdravstvenovaspitna aktivnost se proširuje kroz radio emisije, plakate i štampane materijale. Tek se krajem XX veka sredstva uložena u zdravstvenovaspitanje i javnozdravlje prepoznaju kao ključni pokretači ekonomskog rastajanja države. Odsuivhažnih uloga koje zdravstveni radnici imaju u zdravstvenom vaspitanju, navodi se i na to da treba da razvijaju i masmedijske kampanje. Jednostavno rečeno, zdravstvenim vaspitanjem se želi poboljšati zdravlje, poboljšati kvalitet života i produžiti životni vek stanovništva.

Mas mediji su dizajnirani da ih koristi široka publika za koju se smatra da ima zajednički interes. Imaju veliki uticaj u formiranju opšte kulture, zdravstvene kulture i obrazovanja, a služe za prenošenje informacija, plasiranje reklama i zabavu. Dele se na štampana (dnevne novine, magazini, časopisi), radiodifuzna (televizija i radio), i internet (forumi, internet strane, društvene mreže). Osnovne odlike su im da snažno utiču na formiranje "masovnog konzumentskog društva", imaju veliki uticaj na formiranje javnog mnjenja i političku propagandu, potpuno su integrisani u moderno društvo (tj. bez njih se ne može!), imaju informativnu i obrazovnu ulogu i da utiču na oblikovanje svesti mladih ljudi. Prednosti su da obuhvataju veliki broj stanovništva a nedostatak je svakako nepostojanje povratne informacije o prihvatanju ispravnih stavova.

Poslednjih godina internet je transformisao način na koji funkcionišu komunikacioni sistemi postao važan način na koji se ljudi informišu o različitim temama. Internet enciklopedija, Vikipedija, jedobrotvorna organizacija koja sadrži 30 miliona članaka na 285 jezika. Po Vikipediji (Velika Britanija), mnogi volonteri iz medicinske profesije proveravaju enciklopediju kako bi ispravili netačne činjenice. Ipak, princip otvorenog pristupa je „izazvao zabrinutost“ među lekarima u vezi pouzdanosti Vikipedije, pošto je ova enciklopedija na šestom mestu po popularnosti među internet stranama, tvrde američki autori istraživanja (koje je objavljeno u "Časopisu američkog osteopatskog udruženja"). Isti autori tvrde da čak 70 posto lekara i studenata medicine koriste ovaj pretraživač.

Glavni autor Dr. Robert Hejsti iz Škole za osteopatsku medicinu u Valasu, u Severnoj Karolini, rekao je: „*Iako je Vikipedija podesan alat za sprovođenje istraživanja, sa gledišta javne zdravstvene brige, pacijenti ne treba da koriste Vikipediju kao primarni izvor zato što te članke ne rediguju kolege iz zdravstva kao što se to radi u medicinskim časopisima*“. Dr. Hejsti dodaje da je lekar „najbolji izvor“ za one koji su zabrinuti za svoje zdravlje.

Mnogi autori koji izučavaju uticaj medija na ponašanje ljudi u smislu primanja informacija o čuvanju zdravlja, saglasni su da mediji imaju veliku ulogu u promovisanju zdravih načina ponašanja i naglašavaju nezamenljivu ulogu stručnih lica, medicinskog osoblja, u kreiranju takvih kampanja. Psihologija medija je popularna oblast i psiholozi se danas sve više bave izučavanjem medija na ponašanje ljudi uopšte, a samim tim i usvajanje i primenjivanje

informacija o zdravlju, što i jeste najvažniji cilj zdravstvenog vaspitanja. U popularnoj knjizi „Psihologija medija” David Giles navodi da je zdravlje jedna od najpopularnijih oblasti za podizanje nivoa svesti putem medija. U sapunicama se redovno pojavljuju priče o kanceru, HIV-u i drugim pitanjima važnim u tom trenutku. Vlada može da bude direktno uključena u upotrebu medija sa ciljem unapređenja zdravih oblika ponašanja (napr. antipušачka kampanja koja se godinama prenosi putem reklama).

Televizija se u mnogim zemljama sve više koristi za prikupljanje novca za različite dobrotvorne svrhe (Live aid, Teleton) što je nedvosmisleni primer prosocijalnog efekta medija.

STANDARDI U STOMATOLOŠKOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI KAO OSNOV DOBROG KVALITETA ZDRAVSTVENE USLUGE I VODIČA DOBRE PRAKSI

Jasmina Tekić

StomatološkifakultetUniverzitetuBeogradu

Rezime: Standardi ISO 9000 serije, doneti 1987. godine, bili su pokretač razvoja i primene menadžmenta kvalitetom (QM-a) u različitim oblastima, pa i u zdravstvenoj zaštiti. Danas u svetu postoji preko milion sertifikata za QMS, tako da se može reći da su oni bili osnovni generator unapređenja kvaliteta. Pored modela za upravljanje kvalitetom proizvoda / usluge danas se, u ovoj oblasti, koriste različiti modeli., Cilj ovog rada je bio da predstave metode i tehnike unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga, sa posebnim akcentom na dizajniranje zdravstveno vaspitne intervencije u stomatološke zdravstvene zaštite (SZZ), kao i aspekt unapređenja kvaliteta u njoj.

Ključne reči: Menadžment kvalitetom, Stomatološka zdravstvena zaštita.

Uvod: Menadžment kvalitetom (QM) u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti (SZZ), mora se posmatrati kao sistem koji obezbeđuje definisani nivo kvaliteta usluge za sve korisnike. Elementi kvaliteta ove usluge su: efektivnost tretmana, prihvatljivost tretmana za korisnika, rasprostranjenost tretmana, efektivnost i kontinuitet SZZ. Ponekad se konfuzija stvara oko kontinuiteta kompetencije ove usluge, koji je u stvari samo jedan od elemenata menadžmenta kvalitetom. Težište koncepta menadžmenta kvalitetom usmereno je na nivo zadovoljstva korisnika usluge.

Razvoj koncepta menadžmenta kvalitetom zdravstvene usluge

Obezbeđenje kvaliteta (QA) i menadžment kvalitetom (QM) su koncepti i modeli, koji u zdravstvenoj zaštiti, i SZZ, nisu novi, već imaju svoju istoriju. Prvi podaci su vezani za 1854. godinu, kada su u Engleskoj standardizovane procedure sestriinske nege. [1]U Kanadi je 1958. godine od Nacionalnog Komiteta za akreditaciju zdravstvenih ustanova razvijen prvi nacionalni model. Kasnije, 1992. godine uspostavljen je Nacionalni Savet za akreditaciju zdravstvenih ustanova, koji je do 2002. godine akreditovao 1934 ustanove. [2] Ovi primeri su predstavljali prve primere primene QA i QM modela u zdravstvenoj zaštiti, uključujući i SZZ.

Pozitivna iskustva prakse E. Deminga, posebno u oblasti primene statističkih metoda, bili su okvir za razvoj i primenu ovog koncepta i u unapređenju kvaliteta usluge u zdravstvenoj zaštiti. Težište u primeni ovih metoda je bilo da se kroz preventivu za kvalitet obezbedi ostvarivanje ciljeva kvaliteta u odnosu na pacijenta – korisnika zdravstvene usluge. Ciljevi kvaliteta su bili fokusirani na zadovoljenje zahteva pacijenata.[4]

Posebno pitanje koje se ovde postavlja je definisanje izlaznih parametara kvaliteta različitih tipova. (Tabela 1). [5]

Tabela 1. Klasifikacija preventivnih usluga SZZ sa parametrima kvaliteta

<i>rb</i>	<i>Stomatološke usluge / grupe</i>	<i>Osnovne karakteristike usluge</i>	<i>Parametri kvaliteta usluge</i>
1.	<i>Pregledi i zdravstveno vaspitanje</i>	<i>Nacionalni vodič dobre prakse</i>	<i>Usklađivanje standarda i akreditacija usluga</i>
2.	<i>Preventiva i profilaksa</i>	<i>Standardizacija usluge</i>	<i>Poslovnik o primeni standarda</i>
3.	<i>Testovi, dijagnostika i analiza</i>	<i>Nacionalni vodič dobre</i>	<i>Usklađivanje standarda i</i>

Kada se prema Tab.1, detaljno razrade usluge iz grupe stomatoloških usluga, dobija se na primer za grupu: Preventiva i profilaksa, njenu strukturu koja je prikazana u Tab.2.

Ova grupa usluga ima 10 stomatoloških usluga koje definišu karakteristike i parametre kvaliteta za svaku od njih. Radi ilustracije ove klasifikacije za usluge: **Zalivanje fisura i Uklanjanje mekih naslaga**, detaljno su definisane karakteristike i parametri kvaliteta Tab.2. Može se zaključiti da se nivo kvaliteta pružene usluge u ovoj oblasti odnosi na: kvalitet stomatoloških materija i uređaja koji se koristi pri vršenju usluge, kvalitet i nivo stručnosti terapeuta odnosno visok nivo kvaliteta zdravstvene stomatološke kulture pacijenta (znanje, ponašanje i navike u odnosu na oralno zdravlje)^[5]. (Tabela 2)

Tabela 2. Klasifikacija usluga iz grupe Preventiva i Profilaksa sa parametrima kvaliteta

<i>rb</i>	<i>Stomatološke usluge / grupa Preventiva i profilaksa</i>	<i>Osnovne karakteristike usluge</i>	<i>Parametri kvaliteta usluge</i>
19.	<i>Uklanjanje naslaga</i>		
20.	Zalivanje fisura (po zubu)	<i>Specijalista dečje i preventivne stomatologije: mehaničko uklanjanje mekih naslaga sa zuba četkicama i pastama, izolacija radnog polja, sušenje zuba, premazivanje okluzalne površine rastvorima za kondicioniranje, ispiranje viška kiseline, sušenje zuba, zalivanje fisura, polimerizacija, unos podataka u dokumentaciju.</i>	<i>Nivo kvaliteta stomatološkog materijala – zalivača. (M) Manuelna spretnost terapeuta (rad sa decom), prepoznavanje i kvalitetno uklanjanje mekih naslaga sa zuba i strogo pridržavanje propisane procedure za aplikaciju zalivača (uklonjene naslage, suvo radno polje i td.) (T) Strogo pridržavanje principima dobre oralne higijene, kontrola na 6 meseci (P)</i>
21.	<i>Lokalna aplikacija fluorida srednje koncentracije</i>		
22.	<i>Serijska aplikacija koncentrovanih fluorida</i>		
106.	Uklanjanje mekih naslaga i poliranje zuba po vilici	<i>Specijalista: priprema i pregled pacijenta, detekcija plaka prebojavanjem, uklanjanje naslaga odgovarajućim instrumentima, čišćenje zuba odgovarajućim četkicama i pastama, primena spreja, unos podataka u</i>	<i>Nivo kvaliteta stomatološkog materijala za detekciju zubnog plaka, nivo kvaliteta instrumenata za čišćenje zuba - četkica, nivo kvalitetapasta za uklanjanje mekih naslaga. (M)* Kvalitet rada terapeuta (detekcija plaka, uklanjanje plaka po jasno definisanoj proceduri, obuka pacijenta u pravilnom održavanju oralne higijene – izbor četkice, paste sa fluorom, optimalna dužina trajanja pranja zuba.) (T)* Strogo pridržavanje principima dobre</i>

		dokumentaciju.	oralne higijene, visok nivo kvaliteta znanja, ponašanja i navika pacijenata u odnosu na oralno zdravlje (P)*
--	--	----------------	--

**(M) stomatološki materijali, (T) terapija, (P) pacijent*

Osnovi cilj svih aktivnosti je da se korisnicima usluga zdravstvene zaštite pružaju usluge istog ili višeg kvaliteta.

Vodiči dobre kliničke prakse su možda najbolji primer dobre QM prakse i njihove ocene. Njihova efektivnost u primeni se ocenjuje nivoom razvoja i primene strategije njihove implementacije, kao i ostvarenim rezultatima u primeni (zapisi). Ovi vodiči su najviše razvijeni i primenjeni u SAD i Evropi. Njihova praktična primena i iskustva u njoj, preko povratne sprege omogućuju njihovu izmenu i unapređenje, što značajno doprinosi i unapređenju kvaliteta usluge. Dobra klinička praksa se može posmatrati i kao standard, koji ima definisane indikatore za oblast preventivne stomatološke zaštite, merljive za uslugu na koju se odnose. Oni predstavljaju okvir za razvoj i primenu QM modela za organizaciju, kao i bazu za obrazovanje zaposlenih i inovaciju znanja iz oblasti na koju se odnose. Dosadašnja iskustva pokazuju da su vodiči značajno doprineli razvoju i primeni novih QM metodologija. Tako je na primer Američko udruženje za bol razvilo pet standarda u obliku upitnika, pomoću koga se ocenjuje uspešnost lečenja na bazi njegovog mišljenja. Takođe je na bazi ovog standarda razvijen i drugi upitnik kojim se ocenjuje zadovoljstvo pacijenta. Koristeći ova dva Upitnika, menadžment zdravstvene ustanove ocenjuje i nivo kvaliteta izvršene usluge. [7]

Metodologija QA primenom statističkih indikatora je model koji omogućuje komparaciju parametara dva uzorka, ocenjivanjem očekivanja i zadovoljstva korisnika. Naime ovaj model poredi dva mišljenja korisnika, koja se odnose na kvalitet usluge zdravstvene zaštite. Prva grupa parametara se odnosi na očekivanja korisnika u vezi sa planiranom uslugom, a drugi daje iste te parametre, ali kao parametre zadovoljstva korisnika pruženom uslugom. Razlike, koje se pri tome uoče, predstavljaju okvir za unapređenje kvaliteta ove usluge, i predstavljaju determinisane vrednosti indikatora kvaliteta određene usluge. [9]

Akreditacija zdravstvenih ustanova je QM alat koji ima široku primenu u svetu u poslednjoj deceniji. Na osnovu toga vrši se akreditacija ovih ustanova i sa druge strane ocenjuje dostignuti nivo QM prakse u određenoj ustanovi.

Zaključak

SZZ je važan aspekt ukupne zdravstvene zaštite u jednoj zemlji. U našoj zemlji je ovaj vid zdravstvene zaštite, doživeo različite promene, posebno organizacione prirode u poslednjih dvadeset godina. Danas se ovom vidu zdravstvene zaštite posvećuje se posebna pažnja, a posebno u oblasti unapređenja kvaliteta. Za to stoji na raspolaganju više metoda, ali se smatra da je QMS važan model, koji može da bude dobra osnova za dalja unapređenja – TQM i BE model. Takodje, veliku ulogu u njihovoj implementaciji ima i zajednica koja mora dati podršku za primenu ovih modela, primenu jasno definisanih standarda, i vodiča dobre prakse, koji za cilj imaju kvalitetnu stomatološku uslugu i zadovoljstvo pacijenata uslugom koju dobijaju u ordinaciji. Standardi i vodiči, jasno definišu šta pacijent može da očekuje i koliko će ga to koštati, a stomatolog se štiti kvalitetnim radom i primenom procedura.

Literatura:

1. Bilawka, E., Craing, B., *QA in health care, Int. Jour. Dental. Hygiene, 1, pp. 159 – 168, 2005.*
2. Donabedian, A., *Models of QA, Journal of Med. Systems, 12, pp. 307 – 313.*
3. Walton, M., *The Deming Management Methods, New York, 1992.*
4. Epstain, A., *Performance report on quality, Nat. Engl. Jour. Med. Pp. 157 – 161, No. 16, 1999.*
5. Tekic, J., *Istraživanje i razvoj modela izvrsnosti u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti, Doktorska teza, (u toku), Stomatološki fakultet, Beograd, 2010*
6. Minkman, M., *ett all, Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review, International Journal for Quality in Health Care; Volume 19, Number 2: pp. 90–104.*
7. Walshe, K., *Understanding what works and why in quality improvement: the need for theory-driven evaluation, International Journal for Quality in Health Care; Volume 19, Number 2: pp. 57–59*

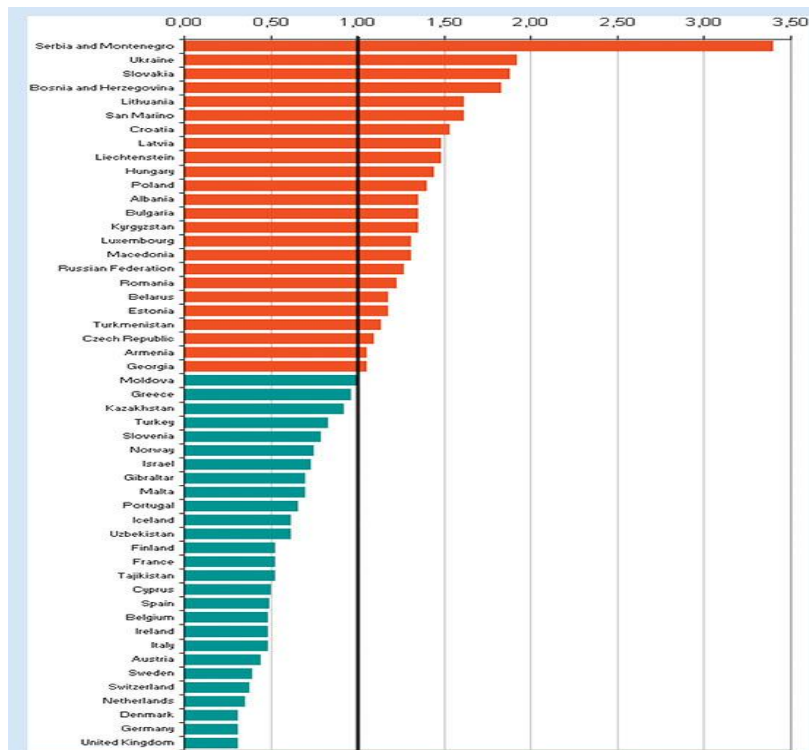
ZNAČAJ KOLEKTIVNOG PRANJA ZUBA U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA

Lidija Kruškonja

Dom zdravlja Rakovica, Beograd

Uvod: Savremena stomatologija za nastanak i razvoj karijesa i parodontopatije u najvećoj meri „okrivljuje“ nagomilavanje dentalnog plaka, odnosno biohemijske procese u njima. Pravovremena primena oralne higijene i pravilne ishrane predstavlja važne faktore u očuvanju usta i zuba. Presudnu ulogu u stvaranju navika kod dece i za njihovu motivaciju imaju prvenstveno roditelji, a potom stručan stomatološki tim. Zapaženo je da individualni metod zdravstvenog vaspitanja, ma koliko puta ponovljen, obično ne daje očekivane rezultate kao što se postiže grupnom metodom. Samim tim, kolektivnim pranjem zuba u obdaništu pojedinac lakše prihvata te navike, ukoliko su saveti usvojeni od ostalih u grupi. Iz tog razloga je neophodno ukazati važnost i značaj kolektivnog pranja zuba dece u cilju očuvanja zdravlja usta i zuba, kako mlečne tako i stalne denticije. Cilj kolektivnog pranja zuba i jeste da se smanji broj dece sa karijesnim zubima, a poveća broj dece sa svim zdravim zubima. Kolektivnim pranjem zuba rezultati u očuvanju oralnog zdravlja ne bi izostali a stvorile bi se pravilne oralno-higijenske navike koje će se zadržati i u njihovom kasnijem životnom dobu.

Posebno je potrebno izuzetnu pažnju posvetiti problemu pojave karijesa i razvoju nacionalnih preventivnih programa u očuvanju oralnog zdravlja u što ranijim uzrastima, imajući u vidu da je stanovništvo Srbije u relativnom riziku od oboljevanja od karijesa na nezahvalnom prvom mestu u zemljama evroregiona, prema podacima iz 2012. godine (Grafikon 1.).



Grafikon 1. RR karijes prema zemljama evroregionat (Silveira, Moreira, R Epidemiologija karijesa u svetu, 2012)

Oralno zdravlje predškolske populacije u Evropi: istraživanje kod dece uzrasta 5 i 12 godina, iz osam evropskih zemalja /1997./

Komparativne studije zdravlja zuba, izvedene su 1997. godine u zemljama Evropske unije o potrebama lečenja i stavovima prema stomatološkoj zaštiti u grupama dece, starosti 5- i 12-godina, iz sledećih osam gradova u zemljama EU: Atina-Grčka, Berlin- Nemačka, Kork-Irska, Dandi-Škotska, Gent-Belgija, Sasari-Italija, Stokholm-Švedska i Valensija-Španija. Ukupno 3.200 dece, 200 u svakoj starosnoj grupi, su klinički ispitana po stomatološkim standardima. Roditelji su popunjavali upitnike o stomatološkim navikama svoje dece, kao i o stavovima prema stomatološkoj zaštiti, navikama i roditeljskim zanimanjima. Rezultati koji su otkriveni ukazuju na razlike u zdravlju zuba i potrebama u lečenju među decom iz različitih zemalja. Škotski, italijanski i nemački 5-godišnjaci su po ovoj studiju pokazali najveću sklonost ka kvarovima zuba, gde sledi najveći broj ekstrahovanih zuba i ispuna na istim (KEP index). K komponenta dominira kod škotskog uzorka, E komponenta u italijanskom i P u nemačkom uzorku.

Analize uticaja socio-demografskih i ponašanja faktora na zdravlje zuba, izražen KEP index, pokazali su da su najvažniji faktori koji objašnjavaju razlike u nivou karijesa: zubobolja, društvena klasa porodice i strah od stomatologa kod dece. Učestalost sličnih stavova (strah) kod subjekata i roditelja je ili viši od 50% u svim uzorcima, i učestalost sličnih stomatoloških obrazaca u deteta i roditelja je 42% ili više u svim uzorcima. Za obe starosne grupe procenat ispitanika koji su imali redovne navike u održavanju oralnog zdravlja, bio je najveći kod švedske, belgijske, nemačke i škotske dece. Ovi nalazi, zajedno sa visokom frekvencijom dece koja redovno posećuju stomatologa, bez potrebe lečenja u švedskoj na uzorku 5-godišnjaka, ukazuju na to da postoji potreba da se organizacija stomatološke zaštite usko prilagodi stanovništvu, kojem i služi.

Među osam zemalja, postoji veća sličnost u boljoj organizaciji stomatološke zaštite za školsku, nego za decu predškolskog uzrasta. Samo švedski sistem nudi i preventivni i restorativni tretman, bez obzira na inicijativu roditelja. U drugim zemljama roditelji su uglavnom odgovorni za organizovanje restorativnog tretmana, pre svega za decu predškolskog uzrasta.

Različite politike za promovisanje zdravlja zuba u dece stanovništva su jasno vidljive. Fluorisanje domaćih vodovoda je implementirano u Irskoj, a česta upotreba preventivnih ispuna, kod dece iz Škotske, Irske i takođe Belgije (kod 12-godišnjaka), je još jedan primer kako su efektivne mere prevencije oralnog zdravlja i njihov uticaj na zdravlje zuba.

Poljska /2010./

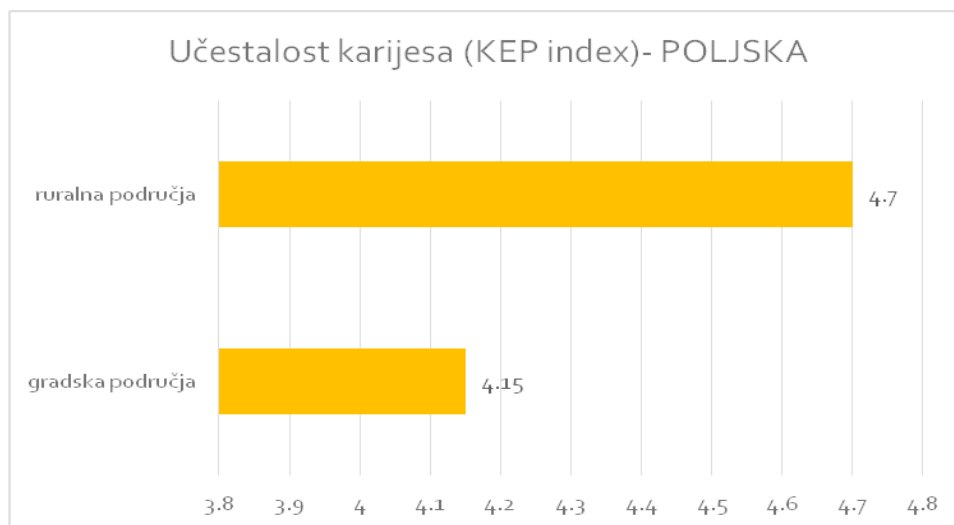
Karijes se smatra da modernom civilizacijskom bolešću, a loše stanje oralnog zdravlja negativno utiče na psihološke i sociološke odnose kod dece i dovodi do osećanja nelagodnosti u ranoj mladosti. Cilj istraživanja bio je procena povezanosti između učestalosti karijesa (KEP indeks) kod predškolske dece iz urbanih i ruralnih područja, kao i utvrđivanje odnosa između intenziteta karijesa i higijenskih navika.

Tretman karijesa stvara visoke troškove koji su samo marginalno pokriveni Nacionalnim fondom za zdravstveno osiguranje. Važno je napomenuti da je u Poljskoj broj sprovedenih preventivnih programa protiv karijesa koji se finansiraju iz nacionalnog budžeta nedovoljan. Ovaj problem je podstakao razmatranje odnosa između uzroka i posledice ove bolesti, i eventualno mogućnost kontrole i prevencije kod dece od najranijeg uzrasta, bez obzira na mesto stanovanja.

Prvobitno, ciljevi prevencije karijesa Svetske zdravstvene organizacije pretpostavili da će se do 2010.godine procenat dece bez karijesa povećati na 60%. Međutim, i u 2010. godini, kada je organizovano praćenje ove bolesti, Poljska nije kvalifikovana u grupu zemalja koje su ispunile potrebne standarde. Danas su ovi ciljevi za Poljsku odloženi do 2025. godine, dok je u drugim evropskim zemljama zabeležen pad oboljevanja od karijesa kod dece uzrasta 3-6 godina i, u isto vreme, povećanje udela dece sa nedostatkom mlečnih zuba.

Ukupno 844 dece, uzrasta 3-6 godina, iz gradskih i seoskih naselja je obuhvaćeno ispitivanjem. Istraživanje je sprovedeno i među roditeljima / starateljima o deci u vezi stomatološke nege dece. Uz saglasnost roditelja, deca su imala stomatološki pregled.

Rezultati su pokazali učestalost karijesa na nivou od 52,61%, sa prosečnom vrednošću od 4.31 po KEP indeksu; Međutim, za decu iz gradskog područja ovaj odnos iznosio je 4,15, a u selu je dostigla vrednost od 4,7. Korelacija je pronađena između starosti i mesta boravka dece i različitih komponenti higijenskog ponašanja (pranje zuba pre i posle obroka, kao i vreme trajanja pranja zuba).

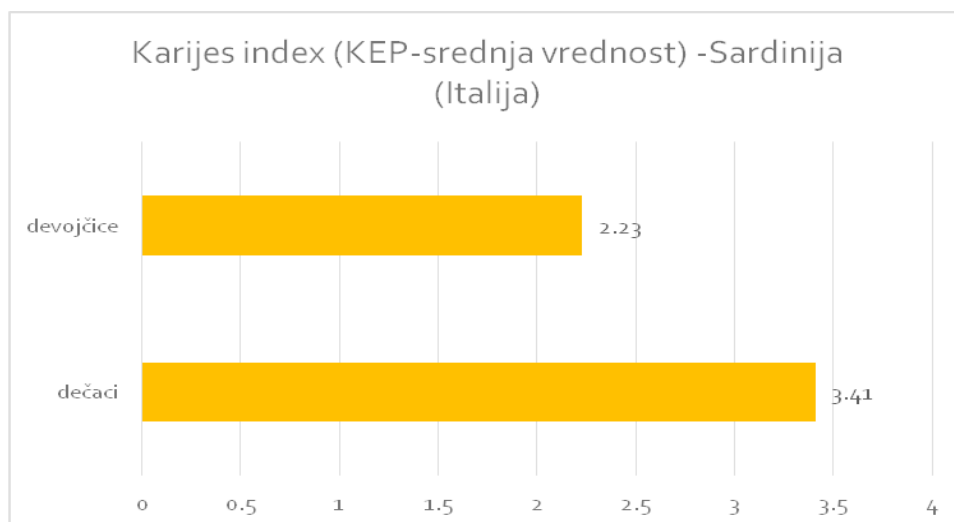


Grafikon 2.

Istraživanje je pokazalo da više od polovine dece, koja nisu imala odgovarajuće higijenske navike ima karijes u kombinaciji sa velikom frekvencijom nezadovoljavajuće oralne higijene.

Italija /2004./

Cilj istraživanja oralnog zdravlja predškolske dece u Italiji je bio da se opiše iskustvo sa problemom pojave karijesa u Sardiniji, kod dece, kao i moguća povezanost sa socijalnim statusom, navikama u održavanju oralne higijene i načina ishrane.



Grafikon 3

Samo istraživanje je sprovedeno na 418 dece predškolskog uzrasta (209 dečaka, 209 devojčica), starosti od 2.5-6.5 godine. Karijes index (KIP) i prisustvo plaka je pregledom utvrđivao stomatolog, specijalista preventivne dečije stomatologije. Socijalni, bihevioralni i dijetetskih faktori su ispitivani ad hoc pripremljenim upitnikom.

Karijes index (KIP-srednja vrednost) stopa je 3.26. Srednja vrednost je bila statistički veća kod dečaka 3.41 u odnosu na 2.23 kod devojčica (tabela 2.). Prisustvo plaka je zabeleženo u 142 slučajeva (34,0%), a bilo je povezano sa prisustvom karijesa kod te dece (karijes 20,1% bez karijesa i 13,9% sa karijesa). Ostalim analizama je utvrđen uticaj porodičnog društveno-ekonomskog statusa, u pozitivnom smislu, sa pojavom karijesa. Subjekti sa čestom konzumacijom slatkiša su pokazali veći rizik (60%) od pojave karijesa, nego oni koje ih nisu konzumirali u toj meri.

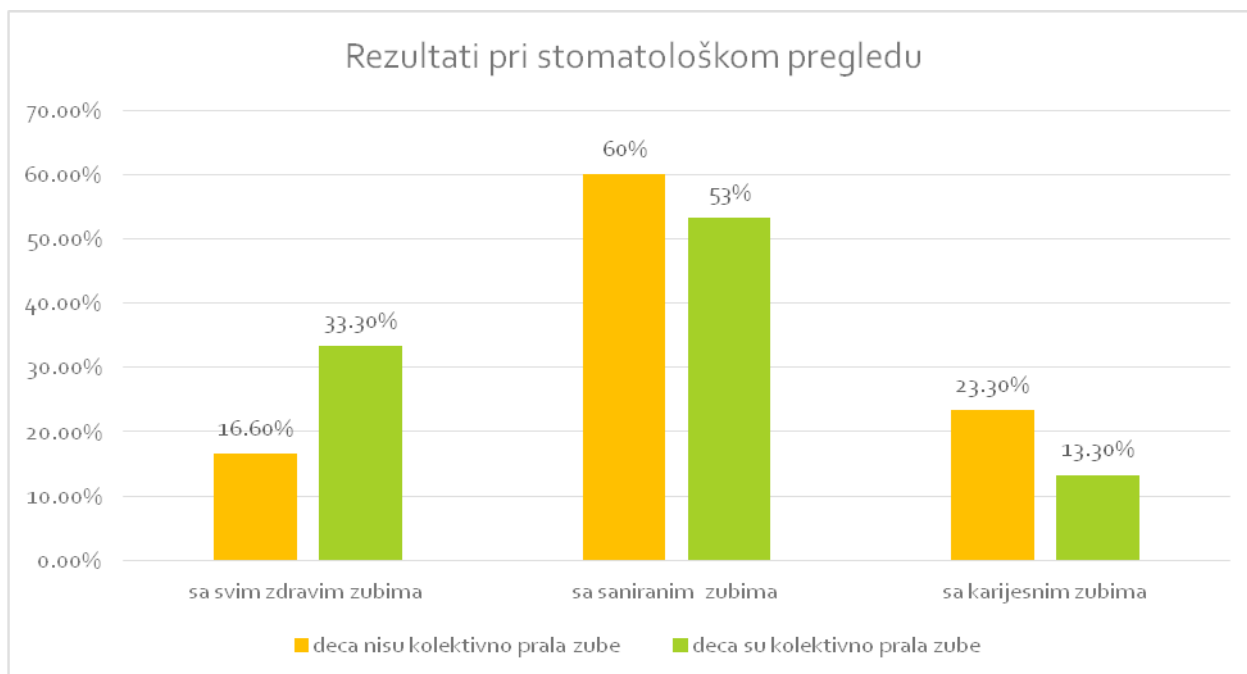
Deca koji su sprovodila pravilnu oralnu higijenu i bar dva minuta prala zube posle obroka su pokazala manji rizik za karijes.

Ova studija dokumentuje rasprostranjeno zanemarivanje zdravlja zuba predškolske dece u Sardiniji. Nelečeni karijesni zubi su dominirali u oceni među ispitivanom populacijom, što ukazuje na visoku stopu za potrebnim lečenjem.

CILj istraživanja je da se prikaže važnost i značaj kolektivnog pranja zuba dece u cilju očuvanja zdravlja usta i zuba, kako mlečne tako i stalne denticije.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u PU "Dimitrije Koturović" u Rakovici. Deca su tokom tri godine prala zube u obdaništu posle doručka, pod nadzorom stručnog osoblja, preventivne sestre u obdaništu ili vaspitača. Sistematski pregled je urađen sa stomatološkim ogledalcem i sondom pri dnevnoj svetlosti. Prva grupa od 30 ispitanika (6 godina) je pregledana marta 2013.godine, i podaci su upisani u stomatološki karton. Ova grupa (kontrolna) nije imala kolektivno pranje zuba. Druga grupa od 30 ispitanika (4 godina) je pregledana marta 2013.godine, i podaci su upisani u stomatološki karton, ali ova grupa je obučena o: *Pravilnoj tehnici pranja zuba, Pravilnoj ishrani Uvedeno je obavezno pranje zuba u obdaništu*

Rezultati: Tokom ovog istraživanja, stomatološkim pregledom ispitanika (mart 2013. godinedo septembra 2016.godine.) došli smo do sledećih rezultata:



Grafikon 4

- a) **Prva grupa** ispitanika, kontrolna (30 dece), koji nisu kolektivno prali zube, pri stomatološkom pregledu (tabela 3.) imala je:
- 5 ispitanika sa svim zdravim zubima - 16,6 %
 - 18 ispitanika sa saniranim zubima - 60 %
 - 7 ispitanika sa karijesnim zubima - 23,3%
- b) **Druga grupa** ispitanika, deca koja su kolektivno prala zube posle doručka, pri stomatološkom pregledu imala je:
- 10 ispitanika sa svim zdravim zubima - 33,3 %
 - 16 ispitanika sa saniranim zubima - 53,3 %
 - 4 ispitanika sa karijesnim zubima - 13,3 %

Kolektivnim pranjem zuba u obdaništu posle doručka, zdravstveno - vaspitnim radom i razgovorom sa roditeljima povećao se broj dece sa svim zdravim zubima za 49,8%, ali i smanjio broj dece sa karijesnim zubima. Cilj kolektivnog pranja zuba i jeste da se smanji broj dece sa karijesnim zubima, a poveća broj dece sa svim zdravim zubima.

Zaključak: Ovim istraživanjem smo potvrdili da kolektivno pranje zuba dovodi do smanjenja broja dece sa karijesnim zubima i povećanja broja dece sa zdravim zubima. Kolektivnim pranjem zuba rezultati u očuvanju oralnog zdravlja ne bi izostali, a stvorile bi se pravilne oralno – higijenske navike koje će se zadržati i u njihovom kasnijem životnom dobu.

Potrebno je formirati posebne strategije, za implementiranje preventivne stomatološke zaštite dece. Pouzdani epidemiološki podaci su neophodni za planiranje, tako da resursi mogu biti usmereni na pojedince sa najvećim potrebama. Međutim, da bi do dece stigli pre početka bolesti zuba, roditelji, nastavnici, zdravstveni radnici, sportski treneri, itd. moraju zajedno raditi sa stomatolozima i preventivnim stomatološkim sestrama na razvoju i održavanju oralnog zdravlja. Učestalost karijesa kod predškolske dece ukazuje da postoji potreba za analizu faktora koji utiču na ovaj parametar, kao ostvarivanje pravilne oralne higijene od najranijeg uzrasta. Oralno zdravstveno stanje predškolske deca je uglavnom pod uticajem efikasnosti prevencije i

obrazovanja. To u velikoj meri zavisi od stava roditelja i procene njihove svesti o važnosti dobre oralne higijene. Ovo može biti koristan instrument za razumevanje mogućnosti i načina promene zdravstvenog ponašanja u cilju poboljšanja oralnog zdravlja dece.

Reforma obrazovnog sistema pruža priliku da se uvede nacionalni preventivni program edukacije o oralnom zdravlju, sličan razvijenim zemljama, što može da doprinese poboljšanju zdravlja i pravljenju značajne razlike u smanjenju karijesa kod dece.

Literatura:

1. *Children's dental health in Europe. An epidemiological investigation of 5- and 12-year-old children from eight EU countries.*; Bolin AK1.; *Swedish Dental Journal Supplement* 1997;122:1-88.
2. *The dependence of dental caries on oral hygiene habits in preschool children from urban and rural areas in Poland* ; Aneta Kamińska1, Leszek Szalewski1, Justyna Batkowska2, Jan Wallner3, Eliza Wallner4, Anna Szabelska1, Janusz Borowicz1, ; *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2016, Vol 23, No 4, 660–665
3. *Oral health condition in an Italian preschool population* G. CAMPUS, A. LUMBAU, A.M. SANNA, G. SOLINAS, P. LUGLIÈ, P. CASTIGLIA , *Dental Institute, Institute of Hygiene and Preventive Medicine, Laboratory of Epidemiology and Biostatistics, University of Sassari, Italy*; *EUROPEAN JOURNAL OF PAEDIATRIC DENTISTRY*
4. *Allukian M Jr. The neglected epidemic and the surgeon general's report: a call to action for better oral health.* *Am J Public Health* 2000; 90: 843–845.
5. *Matthews-Brzozowska T, Nęcka A, Babijczuk T. Status of Deciduous Molars and Evaluation of After-Effects of their Premature Loss in Preschool Children.* *Dent Med. Prob.* 2003; 40(2): 313–317.
6. *Reisine St, Psoter W. Socioeconomic status and selected behavioral determinations as risk factors for dental Karies.* *J Dent Educ.* 2001; 65: 1009–1016.
7. *Irigoyen ME, Luengas I F, Yashine A, Mejia A M, Maupome G. Dental Caries experience In Mexican Schoolh children from rural and Urban communities.* *Int Dent J.* 2000; 24: 41–45.
8. *Słowik-Gabryelska A, Stępień-Słodkowska M. Frequency of appearing of the dental caries at children.* *Research Notebooks Of Szczecin University.* 2010; 27: 107–119.
9. *Meneghetti B, Besostri A, Fero R. Dental Caries experience in preschool children In Veneto region (Italy).* *Community DentHealth* 2006; 23(2): 91–94.
10. *Monaghan N, Davies G M, Jones C M, Neville JS, Pitts N B. The cariesexperience of 5-year-oldchildren in Scotland, Wales and England in 2011–2012: reports of cross-sectional surveys using BASC Dcriteria.* *Community Dent Health* 2014; 31(2): 105–10.
11. *Puacz P, Pilipczuk-Paluch K, Lempe B. The occurrence of dental caries in 7-year old children in an urban environment.**Art Dent.*2012; 10: 50–55.
12. *Oral Health Surveys. Basic Methods.* *World Health Organization. Genewa, 1997; 34–35.*
13. *IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.*
14. *Cook S L, Martinez-Mier E A, Dean J A, et al. Dental caries expierience and association to risk indicators of remote rural populations.* *Int J Peadiatr Dent.* 2008; 18: 275–283.
15. *Mohebbi S Z, Virtanen J I, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti M M. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood.* *Int J Paediatr Dent.* 2008; 18: 48–55.
16. *Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, et al. Influence of parrent's oral health behavior on oral health status of their school children: an exploratory study employing a casual modeling technique.* *Int J Paediatr Dent.* 2002; 12: 101–108.

ULOGA POLITIKE HRANE I ISHRANE U UNAPREĐENJU ORALNOG I OPŠTEG ZDRAVLJA STANOVNIŠTVA

Ivanka Gajić

StomatološkifakultetUniverzitetuBeogradu

U mnogim zemljama svetui našoj zemlji postoji više javnozdravstvenih problema koji značajno smanjuju zdravstvenu potencijal stanovništva. Unjih, osim hroničnih nezaraznih oboljenja, kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih oboljenja, malignih bolesti, dijabetesa, gojaznosti, hipertenzije, dislipidemija, spadaju oralna oboljenja, karijes i parodontitis, odnosno parodontopatija. Karakteristike javnozdravstvenih problema su velika rasprostranjenost, odnosno visoke stope incidencije i prevalencije, njihov veliki uticaj na pojedinca, uži širudruštvenusredinu, multifaktorijalnost nastanka i veliki ekonomski troškovi dijagnostike i terapije. Poslednja, ali vrlo važna karakteristika javnozdravstvenih problema je njihova preventabilnost.

Rasprostranjenost nekih hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja

Kardiovaskularna i cerebrovaskularna oboljenja, odnosno srčani i moždani udar, ne samo da predstavljaju vodeći uzrok smrti u našoj zemlji već više decenija, već i dalje imaju rastuće trendove i oboljevanja i umiranja. Od svih uzroka smrti našeg stanovništva gotovo šezdeset procenata otpada na ova oboljenja. Ono što posebno zabrinjava je to što se starosna granica ljudi koji boluju i umiru od ovih bolesti sve više smanjuje. Na drugom mestu po smrtnosti u našoj zemlji, sa više od petnaest procenata u odnosu na sve smrti, nalaze se maligne neoplazme, sa takođe rastućim stopama i oboljevanja i umiranja.

Sve veći zdravstveni, a time i javnozdravstveni problem kod nas je ogroman broj osoba koje boluju od dijabetesa. Njihov broj se u poslednjih nekoliko decenija udvostručio, i sada u našoj zemlji od ove veoma teške bolesti, koja je istovremeno i veliki rizik za kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti, boluje više od 700.000 građana. Gotovo 2,5 građana Srbije boluje od hipertenzije, a svaki osmi stanovnik ima dislipidemiju. I ove bolesti, kao i dijabetes istovremeno su značajan faktor rizika za srčani i moždani udar.

Ne manji problem u poslednjim decenijama predstavlja i povećanje broja gojaznih osoba u svim populacionim grupama. Od ove bolesti različitog stepena, koja je praćena brojnim komorbiditetima, a pre svega rizikom za srčani i moždani udar, dijabetes, hipertenziju, dislipidemije i neka maligna oboljenja, u našoj zemlji boluje oko četiri miliona ljudi, a trendovi su i dalje rastući.

Gojaznost danas predstavlja veliki javnozdravstveni problem koji značajno utiče na morbiditet, mortalitet i kvalitet života mnogih ljudi širom sveta. Broj gojaznih osoba u svetu, kao i kod nas, počinje rapidno da raste u drugoj polovini 20. veka i do danas ima rastuće trendove u mnogim zemljama.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije u svetu je početkom ovog veka prekomerno uhranjeno ili gojazno bilo oko milijardu ljudi, dok je poslednjih godina taj broj iznosio već više od 1,5 milijardi. Gojaznost je češća u siromašnijim i manje obrazovanim slojevima stanovništva i u razvijenim zemljama i u zemljama u razvoju u koje spada i naša zemlja.

Oralno zdravlje je neodvojivi deo opšteg zdravlja, a parodontopatije i karijes zuba, kao najčešća oralna oboljenja, predstavljaju najrasprostranjenija oboljenja ljudi u svim krajevima sveta. Ova

oralna oboljenja su učestalija u siromašnim zemljama i u siromašnim populacijama razvijenih zemalja i zemalja u razvoju i predstavljaju vrlo veliki javnozdravstveni problem.

Istraživanja u svetu i u našoj zemlji pokazala su da preko 95% odraslih stanovnika boluje od parodontitisa, 20-50% dece i mladih od gingivitisa, a da 60-90% dece i 100% odraslih ima karijes. U Srbiji se od 2006. do 2013. godine broj bezubih osoba povećao sa 10,2% na 12,4%.

Zajednički faktori rizika nekih hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja

Etiologije većine hroničnih nezaraznih oboljenja i najčešćih oralnih oboljenja, parodontitisa, odnosno parodontopatije i karijesa zuba su kompleksne i multifaktorske. Ove bolesti su posledica uzajamnog dejstva endogenih činilaca i brojnih činilaca koji potiču iz čovekove životne sredine. Dosadašnja istraživanja su pokazala da u etiologiji ovih oboljenja ima više zajedničkih i kompatibilnih činilaca, koji počinju da ispoljavaju svoje dejstvo već u dečjem uzrastu. To su loš socijalni i ekonomski status, neznanja, loše navike, stavovi i ponašanje u odnosu na sopstveno opšte i posebno oralno zdravlje, nedovoljno korišćenje zdravstvenih preventivnih usluga, bilo zbog nedovoljne razvijenosti ili zbog nedostupnosti građanima. Posebno značajan etiološki činilac i faktor rizika za sva ova opšta i oralna oboljenja je nepravilna ishrana, koja je često praćena nedovoljnom fizičkom aktivnošću.

U nutritivne faktore rizika spadaju: prevelik energetske unos, prevelik unos ukupnih masti i zasićenih masnih kiselina, holesterola i soli i nedovoljan unos polinezasićenih i mononezasićenih masnih kiselina, dijetnih vlakana, nekih vitamina i mineralnih materija.

Već decenijama je poznato da je gojaznost, koja je u svetu pandemijski problem, vrlo značajan faktor rizika za srčani i moždani udar, dijabetes, hipertenziju, dislipidemije, karcinom jednjaka, želuca, debelog creva, mokraćne bešike, dojke i druga brojna oboljenja. Međutim, poslednjih godina posebno se ukazuje na veliki uticaj gojaznosti i na pojavu najčešćih oralnih oboljenja, karijesa i parodontopatije.

Masno tkivo je aktivan endokrini „organ“ koji sekretuje brojne citokine ili protein-medijatore, poznate i kao adipokini, koji nepovoljno deluju na tkiva, organe i organske sisteme u celom organizmu i u usnoj duplji, a štetno dejstvo se naročito ispoljava kod androidnog ili centralnog tipa gojaznosti. Neki od adipokina, kao što su faktor nekroze tumora (TNF-alfa), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8) i inhibitor-1 plazminogen aktivatora (PAI-1) dovode do hiperinflamacije u gingivi, smanjuju protok krvi u periodoncijumu, dovode do zadebljanja endotelu gingivalnih krvnih sudova, mogu da stimulišu fibroblaste da sintetišu matriks-degradirajuće ćelije i da stimulišu osteoklaste koji razgrađuju koštano tkivo, dovodeći tako do destrukcije periodontalne alveolarne kosti i vezivnog tkiva.

Nepravilne navike u ishrani imaju značajan uticaj na nastanak epidemije i gojaznosti i karijesa u dečjem uzrastu. Već se više od pedeset godina zna da šećeri, rafinisani ugljeni hidrati, povećavaju incidenciju karijesa, naročito ukoliko su duže u kontaktu sa zubima, što doprinosi stvaranju dentalnog plaka. Istovremeno, češća konzumacija šećera povećava dečji dnevni energetske unos i tako doprinosi nastanku gojaznosti. Osim saharoze ovakvo nepovoljno dejstvo imaju i mono i disaharidi i skrob, koji se nalaze u većim količinama u dečjim užinama i bezalkoholnim pićima koje deca sve češće i više konzumiraju. Deca koja ne doručuju i koja imaju manje od pet porcija povrća i voća dnevno češće su gojazna i imaju veću incidenciju karijesa. Povećana konzumacija slatkih pića takođe dovodi do povećanja kalorijskog unosa, što rezultira gojaznošću i češćim nastankom karijesa. Nezavisno od količine šećera, bezalkoholna pića i sokovi sadrže kiseline, fosforu ili limunsku, koje, ukoliko se često konzumiraju, pospešuju demineralizaciju zubne gledi i lakše nastajanje karijesa.

Smanjenje fizičke aktivnosti dece povezano je sa učestalijom konzumacijom „grickalica“ i slatkih napitaka, smanjenim unosom povrća i voća i redovnih glavnih obroka, što sve povećava kalorijski unos, doprinosi gojaznosti i omogućava dugotrajniji kontakt ugljenjnih hidrata sa zubima, čime se povećava rizik za nastanak karijesa.

Nepravilne navike u ishrani dece često su posledica nedostupnosti hrane deci zbog lošeg ekonomskog statusa i nižeg stepena obrazovanja roditelja, jer je hrana bogata mastima i ugljenim hidratima najjeftinija i time najdostupnija. Nedovoljno dugo dojenje dece takođe predstavlja rizik i za gojatnost i za karijes kasnije u detinjstvu. Osim češće pojave karijesa kod gojazne dece postoje i dokazi o tome da predškolska deca sa karijesom češće postaju gojazna od svojih vršnjaka sa zdravim zubima.

Integrisani pristup unapređenju opšteg u oralnog zdravlja

Značajna zajednička karakteristika hroničnih nezaraznih oboljenja i najčešćih oralnih oboljenja je prevetnabilnost. To znači da je sprovođenjem mera prevencije, pre svega na primordijalnom i primarnom nivou moguće sprečiti, pa čak i iskoreniti neke od ovih bolesti. Posebno je važno to što je karijes, za razliku od nekih drugih hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja, neizlečiva bolest. Zbog toga je prevencija, ne samo nabolji, najefikasniji i najjeftiniji, već kod karijesa i jedini način „uspešne borbe“ protiv ove najrasprostranjenije bolesti.

Hronična nezarazna i oralna oboljenja imaju u svom nastanku brojne zajedničke faktore rizika, među kojima je nepravilna ishrana posebno značajan, i ono što je najvažnije, gotovo u potpunosti preventabilan činilac. Nutritivni faktori rizika za ova oboljenja počinju da deluju u najranijem detinjstvu, pri čemu su tok i prognoza svih ovih bolesti teži i lošiji ukoliko bolesti nastanu ranije u detinjstvu.

Savremena prevencija mnogih bolesti u 21. veku podrazumeva integrisani pristup sprečavanja onih oboljenja koja u svom nastanku imaju zajedničke faktore rizika. To znači da delovanjem na jedan ili nekoliko faktora rizika možemo da preveniramo više oboljenja. U tom cilju radi istovremene prevencije hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja važno je sprovođenje integrisanih preventivnih programa, zajedničkih akcija i kampanja u zajednici, povezanost u radu zdravstvenih ustanova koje se bave prevencijom na svim nivoima zdravstvene zaštite sa ustanovama koje se bave socijalnom zaštitom, edukacijom (vrtići, škole, domovi, internati i dr.). Osim državnog sektora važnu ulogu u prevenciji hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja treba da ima i privatni zdravstveni sektor, nevladine organizacije, sportske i humanitarne organizacije, društva, udruženja, mediji, i istaknuti i ugledni pojedinci u društvu. Posebno važno mesto u ovim aktivnostima treba da ima porodica.

Integrisanim pristupom prevenciji hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja postižu se bolji i dugotrajniji efekti, racionalnije se iskorišćavaju svi resursi, odnosno kadrovi, novac i vreme.

Upravo zbog navedenih razloga sve razvijene zemlje u Evropi i svetu već više decenija sprovode svoje nacionalne politike hrane i ishrane. Zahvaljujući tim politikama ishrana i uhranjenost stanovništva ovih zemalja značajno su poboljšani, a oboljevanja od hroničnih nezaraznih oboljenja i najrasprostranjeniji oralnih oboljenja već godinama imaju opadajuće trendove.

Politika hrane i ishrane

Svetska zdravstvena organizacija i Prva konferencija o politici hrane i ishrane u Evropi definišu Politiku hrane i ishrane (PHI) kao: “Dogovoren i usaglašen skup akcija baziran na naučnim principima, koji ima za cilj da obezbedi svim populacionim grupama snabdevenost kvalitetnom i zdravstveno ispravnom, etiketiranom hranom po pristupačnim cenama, kao i da olakša i potpomogne pravilno korišćenje hrane radi zaštite i unapređenja zdravlja ljudi.“

Pri formulisanju PHI najbitnije je dobro definisati sadržaje, odnosno najznačajnije elemente ove politike. Na osnovu iskustva iz zemalja u kojima se one sprovode zaključuje se da su najznačajnija tri elementa: 1. Preduslovi, koji obuhvataju dobro razvijen informacioni sistem u oblasti hrane i ishrane i ciljeve politike; 2. Aktivnosti koje utiču na dostupnost hrane stanovništvu, na znanja ljudi o hrani i ishrani i na kvalitet, zdravstvenu ispravnost i obeležavanje namirnica i 3. Organizaciona odgovornost svih učesnika u PHI.

Informacioni sistem o hrani i ishrani

Razvoj informacionog sistema o hrani i ishrani predstavlja prioritet u formiranju PHI. Dobar informacioni sistem podrazumeva postojanje dovoljno relevantnih podataka, odnosno informacija o proizvodnji hrane, uvozu hrane, dostupnoj ukupnoj količini hrane i pojedinih vrsta namirnica na tržištu, kvalitetu i zdravstvenoj ispravnosti hrane koja je građanima na raspolaganju. Osim ovih, neophodni su podaci o kvalitetu i načinu ishrane celokupnog stanovništva i pojedinih populacionih grupa, kao i informacije o tome kakva je uhranjenost, odnosno nutritivni status celokupnog stanovništva. Posebno važan deo informacionog sistema je prikupljanje podataka o oboljevanju stanovništva od onih bolesti koje se dovode u vezu sa hranom i ishranom. Uzimajući u obzir dosadašnja naučna istraživanja važno je imati informacije o morbiditetu i mortalitetu stanovništva od hroničnih nezaraznih oboljenja, kao i informacije o najrasprostranjenijim oralnim oboljenjima – karijesu i parodontopatiji.

Neke od funkcija informacionog sistema su sledeće: 1. Omogućavanje učesnicima u PHI da spoznaju povezanost ishrane i zdravlja ljudi o da to prezentuju javnosti i svim strukturama od kojih zavisi formiranje i sprovođenje PHI; 2. Formulisanje ciljeva i podciljeva PHI; 3. Planiranje i sprovođenje svih aktivnosti u okviru PHI; 4. Praćenje efekata akcija i aktivnosti koje se sprovode u okviru PHI i 5. Evaluiranje procesa i rezultata dobijenih sprovođenjem PHI na jednom ili više nivoa u različitim vremenskim periodima, što će omogućiti eventualne promene u aktivnostima ili podciljevima politike.

Informacioni sistem o hrani i ishrani treba da obezbeđuje i podatke o relevantnim demografskim kretanjima; potrebama pojedinih populacionih grupa (deca, omladina, trudnice, stari); mogućnostima i ometajućim činiocima koji proističu iz celovite situacije u zemlji; o proceni stanja zdravstvene i socijalne zaštite; o mogućnostima obrazovnog sistema zemlje; o mogućnostima snabdevanja hranom, uzimajući u obzir i zaštitu životne sredine; o kvalitetu i zdravstvenoj ispravnosti namirnica i sl.

Dovoljan broj relevantnih podataka, koje će obezbediti informacioni sistem hrane i ishrane je preduslov za formiranje ciljeva i podciljeva PHI.

Ciljevi i podciljevi PHI

Svaka politika koja ima jasno definisane ciljeve ima mogućnosti da bude mnogo lakše i efikasnije sprovedena. Glavni cilj postavlja se globalno i u vezi je sa zdravljem, proizvodnjom i snabdevenošću hranom, kao i sa socijalnom kategorijom hrane, odnosno znanjima i navikama u ishrani. Podciljevi su specifičniji, a postavljaju se za jednu određenu kategoriju stanovnika, za jedan određeni nutrijens ili namirnicu, ili za jednu kulturološku ili tradicionalnu osobinu potrošača.

Uzimajući u obzir postojeće podatke o ishrani našeg stanovništva i stanju opšteg i oralnog zdravlja naših građana glavni cilj naše nacionalne PHI trebalo bi da bude prevencija i suzbijanje hroničnih nezaraznih i najrasprostranjenijih oralnih oboljenja celokupnog stanovništva. Podciljevi bi trebalo da se odnose na najvažnije probleme u ishrani i oboljevanju, odnosno na prioritarna stanja i oboljenja. U skladu sa tim jedan od podciljeva trebalo bi da bude unapređenje ishrane i prevencija karijesa kod dece predškolskog i školskog uzrasta.

Aktivnosti koje utiču na dostupnost hrane stanovništvu

Jedna od važnih aktivnosti u svakoj PHI je proizvodnja hrane i agrarna politika. Od planova i realizacije proizvodnje hrane zavisi koje će se namirnice nalaziti na tržištu, u kojim količinama i po kojim cenama. Planovi poljoprivredne i industrijske proizvodnje hrane, kao i transport i trgovina hranom treba da su u najvećoj meri prilagođeni ciljevima PHI.

Dostupnost hrane građanima uslovljena je i društvenom, odnosno kolektivnom ishranom u pretškolskim ustanovama, školama, domovima, internatima, bolnicama, fabrikama. Poseban oblik kolektivne ishrane, naročito u urbanim populacijama dece i mladih, ostvaruje se preko različitih javnih objekata, restorana, kafića, kioska, prodavnica „brze“ hrane i sl. Poslednjih godina značaj kolektivne ishrane se reafirmiše u mnogim zemljama u Evropi, a u tom pravcu se kreću i savremena gledišta Svetske zdravstvene organizacije. Pобољшanje kolektivne i javne ishrane zahteva, ne samo odgovarajuće tehnologije i opremljenost, već i pobољшanje znanja osoblja, kao i motivisanje industrije da proizvodi hranu za ove potrebe, a takođe i da pobољša znanja i zainteresovanost potrošača za ovakve oblike ishrane.

Na pristupačnost hrane ljudima veliki uticaj ima politika cena. U mnogim zemljama se proizvodnja pojedinih vrsta hrane dopunski finansira od strane države i/ili se za određene vrste „nepoželjne“ hrane plaćaju veći porezi.

Aktivnosti koje utiču na znanja o hrani i ishrani

Edukacija u oblasti hrane i ishrane, kao osnova zdravstvenog vaspitanja, zauzima centralno mesto u svim aktivnostima PHI. Ona se odnosi na celokupno stanovništvo, na pojedine populacione grupe, kao i na sve učesnike PHI.

Dovoljni nivoi znanja treba da obezbede potrošačima sposobnost da načine pravi izbor hrane i načina ishrane i predstavlja osnovu za formiranje ispravnih stavova, navika i ponašanja u vezi sa ishranom, ili pak promenu eventualno loših navika. Zdravstveno vaspitanje stanovništva o hrani i pravilnoj ishrani treba da se sprovodi kroz programe u predškolskim ustanovama, školama, domovima, internatima, izdavanjem stručnopolularnih publikacija, preko medija i na mnoge druge načine.

Edukacija edukatora, koji učestvuju u sprovođenju PHI treba da se ostvaruje inovacijama u programima učenja na fakultetima, višim i srednjim školama, kao i posebnim oblicima usavršavanja u ovoj oblasti. Posebno je važno inovirati programe na medicinskim i stomatološkim fakultetima, jer lekari i stomatolozi imaju posebno značajnu ulogu u sprovođenju PHI.

Etiketiranje namirnica smatra se značajnom merom u edukaciji, odnosno zdravstvenom vaspitanju celokupnog stanovništva. Međutim, etiketiranje namirnica imaće efekte samo ukoliko potrošači razumeju ono što im se nudi, i jedino će tako moći da izaberu namirnicu, odnosno proizvod zbog njenog sastava i sopstvenog zdravlja, a ne zbog izgleda ambalaže.

Aktivnosti koje utiču na kvalitet hrane

Kvalitet i zdravstvena ispravnost namirnica, kao i uvid potrošača u ove kategorije, jesu osnovni preduslov pravilne ishrane. Kvalitet hrane zavisi od aktivnosti koje se sprovode radi zaštite životne sredine od zagađivanja, od prerade, transporta, skladištenja, obogaćivanja pojedinim nutrijensima, ili oduzimanja nekih sastojaka, a sve više i od genetskog inženjeringa.

U našoj zemlji bi trebalo mnogo veću pažnju posvetiti, ne samo mikrobiološkoj i hemijskoj ispravnosti hrane, već i ispitivanju kompletnog sastava namirnica, odnosno njihovoj biološkoj vrednosti.

Organizaciona odgovornost i učesnici u PHI

U našoj zemlji je unapređenje zdravlja građana i rešavanje brojnih javnozdravstvenih problema u koje spadaju i najrasprostranjenija oralna oboljenja regulisano Zakonom o javnom zdravlju. Prema tom Zakonu nosioci aktivnosti u oblasti delovanja javnog zdravlja su instituti i zavodi za javno zdravlje koji treba da planiraju, sprovode, prate i vrednuju sve aktivnosti, a takođe da koordiniraju i stručno povezuju rad ostalih učesnika u sistemu javnog zdravlja za teritoriju za koju su osnovani. Nosioci glavnih aktivnosti pri formiranju i sprovođenju PHI na nacionalnom nivou treba da bude Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, a u lokalnim zajednicama okružni zavodi za javno zdravlje.

U skladu sa ovim Zakonom učesnici u PHI treba da budu, ne samo najviši organi Republike Srbije, već i lokalne zajednice sa svojim zdravstvenim službama, organizacijama zdravstvenog osiguranja i socijalne zaštite, vaspitno-obrazovnim i drugim ustanovama, sredstvima javnog informisanja, fabrikama hrane i preduzećima, objektima i preduzećima za transport i distribuciju hrane, objektima kolektivne i javne ishrane, individualnim poljoprivrednim proizvođačima hrane, a takođe i humanitarnim, verskim, sportskim i drugim organizacijama i udruženjima na lokalnom nivou.

Jedinice lokalne samouprave u saradnji sa okružnim zavodima za javno zdravlje treba da donose posebne programe, da organizuju i sprovode akcije i druge aktivnosti u okviru PHI u zavisnosti od prioritetnih problema u oblasti opšteg i oralnog zdravlja na određenoj teritoriji, kao i da za sve te aktivnosti obezbede finansijska sredstva.

Zakon o javnom zdravlju RS predviđa da svaka lokalna samouprava treba da formira svoj savet za zdravlje, čiji učesnici moraju da planiraju, koordiniraju i sprovode brojne akcije i aktivnosti u lokalnoj zajednici koje se odnose na poboljšanje zdravlja stanovništva. Zbog toga je važno da svi članovi saveta budu dobro, na samo informisani, već i obučeni, o svim aspektima značaja, formiranja i sprovođenja lokalne PHI, a u cilju unapređenja opšteg i oralnog zdravlja stanovništva na njihovim lokalnim teritorijama.

Zaključak

Dosadašnja naučna saznanja nedvosmisleno ukazuju na to da mnoga hronična nezarazna oboljenja i najrasprostranjenija oralna oboljenja u svom nastanku i razvoju imaju zajedničke faktore rizika. Među brojnim faktorima, važno mesto zauzimaju nutritivni faktori rizika.

Iskustva iz mnogih razvijenih zemalja u svetu i Evropi pokazala su da se najbolji rezultati u prevenciji i suzbijanju hroničnih nezaraznih i oralnih oboljenja mogu postići integrisanim pristupom prevenciji. Integrisani pristup prevenciji nutritivnih faktora rizika podrazumeva formiranje i sprovođenje PHI, koje osim na nacionalnom, treba sprovoditi i na lokalnim nivoima. Uzimajući u obzir veliku rasprostranjenost hroničnih nezaraznih i nekih oralnih oboljenja u našoj zemlji, kao i prisustvo brojnih nutritivnih zajedničkih faktora rizika za ova oboljenja, neophodno je i u Republici Srbiji formirati PHI.

Osim Instituta i zavoda za javno zdravlje, u formiranju, a naročito u sprovođenju PHI treba da učestvuje celokupno društvo, pri čemu poseban značaj i odgovornost treba da pripadne jedinicama lokalne samouprave.

Literatura:

1. *Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja; Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije 2013.godina Beograd, 2014.*
2. *World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020., Geneva, Switzerland, WHO, 2013.*

3. *Gaining health, The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.*
4. *World Health Organization. A Comprehensive Global Monitoring Framework, Including Indicators and a Set of Voluntary Global Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO, 2012.*
5. *Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol, 28:399-406, 2000.*
6. *Saito T, Shimazaki Y, Kiyohara Y, Kato I, Kubo M, Lida M, Yamashita Y. Relationship between obesity, glucose tolerance, and periodontal disease in Japanese women: the hisayama study. J PerioRes. 40(8):346-353, 2005.*
7. *Östberg AL, Nyholm M, Gullberg B, Råstam L, Lindblad U. Tooth loss and obesity in a defined Swedish population. Scand J public Health,37;427-33, 2009.*
8. *Östberg AL, Bengtsson C, Lissner L, Hakeberg M. Oral health and obesity indicators. BMC Oral Health 12;50:2-7, 2012.*
9. *Macek MD, Mitola DJ. Exploring the association between overweight and dental caries among US children. Pediatr dent, 28:375-80, 2006.*
10. *Levine R. Obesity and oral disease – a challenge for dentistry. British Dental Journal, 213:453-6, 2012.*
11. *Helsing E. Nutrition policies in Europe – the state of the art. Nutrition Unit, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1989.*
12. *Food and Nutrition policy in Europe. Report on a Who Conference. Budapest 1-5 October 1990.*
13. *Danish Parliament (Folketinget). Proposal for parliamentary resolution regarding the implementation of a nutrition policy in Denmark 1984.*
14. *Klepp KI, Forste JL. The Norwegian nutrition and food policy; an integrated policy approach to a public health problem. J Publ Health Policy 1985;447-63.*
15. *Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, the Netherlands. Food and nutrition policy in the Netherlands 1985.*
16. *Zakon o javnom zdravlju. Sl.glasnik RS, br.15/2016.*

„Uloga zajednice u zdravstveno vaspitnom radu“,
Šabac, 24. juni 2017. godine

NAUČNI ODBOR:

Predsjednik: **prof.dr Momir Carević**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **prof.dr Mirjana Ivanović**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Zoran R. Vulićević
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Dejan Marković
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Predrag Nikolić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Vanja Petrović
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Jelena Mandić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
prof.dr Ivan Tušek
Medicinski fakultet Univerzitet u Novom Sadu

ORGANIZACIONI ODBOR

Predsjednik: **drDejanPavlović**
pomoćnikdirektorazakvalitetiDZ Šabac

Sekretar: **prim.dr Slađana Purić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi: **dr Gordana Lekić**
načelnik Stomatološke službe DZ Šabac
dr Slavica Petreski
šef Odseka Preventivne i dečje stomatologije DZ Šabac
dr Petar Knežević
šef Odseka Stomatološke službe za odrasle DZ Šabac
dr Slađana Kaurin Miletić
pom. dir. za medicinske poslove DZ Šabac
prim. dr Zorica Božić
DZ Šabac
dr Zorica Žegarac
DZ Šabac
Sandra Mičić
direktor PU „Naše dete“ Šabac
dr Jasmina Vrščaj
Udruženje privatnih stomatologa Šabac
Sanja Ivanović
DZ Šabac
Rade Pantelić
DZ Šabac
Jelena Petrović
ZJZ Šabac
Željka Ninković
ZJZ Šabac
Milan Maksimović
ZJZ Šabac

Sekretarijat: **drsci.prim.dr Jasmina Tekić**
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu
doc.dr Zoran Mandinić
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

ZDRAVSTVENO VASPITANJE - ZAKONSKE OBAVEZE DAVAOCA I KORISNIKA UZLUGA

Mirjana Ivanović

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Oralna oboljenja pripadaju grupi najrasprostranjenijih oboljenja čoveka i kao takva predstavljaju značajan javnozdravstveni problem u mnogim zemljama sveta. Epidemiološka istraživanja rasprostranjenosti ovih oboljenja ukazuju na velike razlike u pojedinim zemljama. U razvijenim zemljama, oboljenja usta i zuba su u stalnom, laganom opadanju, a sa druge strane, u zemljama istočne i jugoistočne Evrope je rasprostranjenost karijesa značajno veća (1). Stanje oralnog zdravlja dece u Srbiji je takodje na nezadovoljavajućem nivou, što su pokazala i poslednja istraživanja koja su obavljena 2008. godine za potrebe izrade Programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite. Dobijeni podaci su pokazali da je prosečan broj obolelih zuba u dvanaestogodišnjaka 2,8 i nalazi se u rasponu od 1,0 do 5,1. Naročito zabrinjava podatak da je u ovom uzorku teška forma karijesa ranog detinjstva, cirkularni karijes, zastupljen u 8,3% pregledane dece(2). Brojna istraživanja, obavljena do sada, su pokazala da se biohemijski model zdravstvene zaštite koji se bazirao na skupim terapijskim metodama pokazao neefikasan. Savremenije teorije su ukazale da su socijalni, politički, ekonomski, obrazovni, psihološki i ostali društveni faktori presudniji za unapredjenje opšteg stanja zdravlja. Iz tih razloga, promocija zdravlja, se pokazala kao osnovna strategija za unapredjenje stanja opšteg zdravlja unutar jedne zajednice ili društva, koja se bazira na uključivanju struke, celokupne zajednice, porodice i svakog pojedinca da daju svoj pun doprinos u obezbeđenju kako celokupnog, tako i oralnog zdravlja(1,3). Značajan deo promocije zdravlja, je zdravstveno vaspitanje. Pojam zdravstvenog vaspitanja, danas, je sužen i predstavlja deo promocije zdravlja(4). Da bi se ostvarilo učešće zajednice potrebno je da ona bude osposobljena da prepozna svoju ulogu i da deli i snosi odgovornost kako za zdravlje celokupne populacije tako i za zdravlje svakog pacijenta(1,3). Zdravstveno-vaspitanje ne treba zasnivati samo na pružanju jednokratnih informacija, već na procesu aktivnog učenja i obrazovanja, kako dece tako i roditelja i čitave društvene zajednice. Za uspeh zdravstvenog vaspitanja u cilju očuvanja oralnog zdravlja mora postojati odgovornost onih koji ga sprovode (edukatora) i društvene zajednice s jedne strane tako i korisnika, onih na koje se vrši uticaj, s druge strane.

Cilj je da ukaže na zakonske obaveze u sprovođenju zdravstvenog vaspitanje, zdravstvenih radnika kao i korisnika usluga.

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) promocija zdravlja (Ottavska deklaracija) ,zdravstveno vaspitanje, obuhvata svesno stvorene mogućnosti za učenje, koji uključuje neki oblik komunikacije čiji je cilj poboljšanje zdravstvene pismenosti (sticaje znanja) i razvijanje životnih veština od značaja za zdravlje pojedinca i zajednice (1998)(5). U najširem smislu,

promocija zdravlja, predstavlja osposobljavanje ljudi i zajednice za unapređenje sopstvenog zdravlja, u kome se pravo na zdravlje ostvaruje kroz političke i socijalne procese kako bi se postiglo socijalno, mentalno i fizičko blagostanje kao i podjednak pristup i pravo na zdrav život svakog pojedinca. (1) Zdravstveno vaspitanje, prema SZO, je aktivan proces učenja i osposobljavanja pojedinca i zajednice da se koriste znanjem o psihičkom i socijalnom zdravlju. (6) Zdravstveno vaspitanje je sastavni deo celokupnog vaspitanja koje ostvaruje porodica, predškolske i školske ustanove, zdravstvene i radne organizacije i zajednice. Predstavlja integralni deo zdravstvene zaštite, obavezan deo rada svih zdravstvenih radnika, njihovu moralnu i **zakonsku obavezu** i deo svakodnevne delatnosti. Cilj zdravstvenog vaspitanja jeste podizanje svesti pojedinca i celokupnog stanovništva o značaju zdravlja da bi se na osnovu stečenog znanja formirale navike, stavovi i postupci koji najbolje služe očuvanju kako individualnog tako i kolektivnog zdravlja stanovništva. Osnovni cilj zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji je da ukaže na uzročnike oboljenja zuba i parodontijuma, mogućnostima njihovog sprečavanja i lečenja, kao i na neophodnost pravilne ishrane sa akcentom na rafinirane ugljene hidrate. Očuvanje zdravlja i kvalitet života u jednoj populaciji u velikoj meri zavisi od zdravstvenog vaspitanja koje svoje aktivnosti usmerava na sve one faktore koji ugrožavaju zdravlje.

Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite, je baziran na savremenom konceptu organizacije preventivne stomatološke zaštite po ugledu na slične programe skandinavskih zemalja, uz korišćenje iskustva Programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite stanovnika Srbije (1996-2000. godine) i preporuka SZO za dostizanje ciljeva „Zdravlje za sve do 2025. godine”.

Na osnovu člana 16. stav 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik Republike Srbije", broj 107/05 i člana 42. stav 1. Zakona o Vladi ("SG RS", br.55/05- ispravka, 101/05 i 65/08), Vlada je donela **Uredbu o Nacionalnom programu preventivne stomatološke zdravstvene zaštite**. Ovom uredbom utvrđuje se *Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite* i uređuju aktivnosti na unapređenju i očuvanju zdravlja usta i zuba dece, omladine i žena u vezi sa trudnoćom. Aktivnosti na unapređenju očuvanja zdravlja usta i zuba dece, omladine i žena u vezi sa trudnoćom sprovode se po nacionalnom programu iz člana 1. ove uredbe, koji sadrži utvrđeni cilj, aktivnosti i očekivani rezultat. Ova uredba (05 br. 500-1702/2009. god.) je stupila na snagu 26. marta 2009. godine. (2)

Opšti ciljevi Nacionalnog programa preventivne stomatološke zaštite dece i omladine, koji je usvojen od strane Vlade Republike Srbije (uredba 0,5 br.500-1702/2009.god., stupila na snagu 26.marta 2009. god.), obuhvataju Promociju zdravlja usta i zuba, Unapređenje zdravlja usta i zuba i unapređenje zdravlja usta i zuba žena u vezi sa trudnoćom. Ciljevi su trebalo da se sprovode kroz Specifične ciljeve i aktivnosti koje vode njihovom ostvarenju a sa zadatkom kontinuiranog informisanja stanovništva o stanju oralnog zdravlja i o potrebi i mogućnostima da se ličnim i kolektivnim angažovanjem i pozitivnim ponašanjem, čuva i unapređuje zdravlje usta i zuba, povećanjem zdravstveno-promotivnih akcija u zajednici i unaprećenje znanja, stavova i ponašanja roditelja i staratelja(2). To je samo deo ciljeva koji su se odnosili na unapređenje oralnog zdravlja a kroz promociju i zdravstveno vaspitanje u okviru Nacionalnog preventivnog programa. Kao što je već istaknuto, ovaj program se bazirao na **Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. gl RS" br.107/2005, 107/2009 - dr.zakon, 88/2010 i 99/2010) (7) i Zakonu o zdravstvenom osiguranju(Sl.glasnik RS 107/05)(2).**

Osnovne odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti, članom 1, se uređuje sistem zdravstvene zaštite, organizacija zdravstvene službe, društvene briga za zdravlje stanovništva, opšti interesi u zdravstvenoj zaštiti, prava i obaveze pacijenata, zdravstvena zaštita stranaca, osnivanje Agencije

za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, nadzor nad sprovođenjem ovog zakona, kao i druga pitanja od značaja za sprovođenje zdravstvene zaštite. **Sistem zdravstvene zaštite i organizacija zdravstvene službe uređeni su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik RS” broj 107/05 - u daljem tekstu: Zakon).**

Zdravstvena zaštita u smislu tog zakona obuhvata sprovođenje mera za očuvanje i unapređenje zdravlja građana, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja i blagovremeno i efikasno lečenje i rehabilitaciju (član 2). Zdravstvenu službu u Republici Srbiji čine zdravstvene ustanove i drugi oblici zdravstvene službe (privatna praksa), koji se osnivaju radi sprovođenja i obezbeđivanja zdravstvene zaštite kao i zdravstveni radnici, odnosno zdravstveni saradnici koji obavljaju zdravstvenu delatnost u skladu sa tim zakonom (član 6).

Zdravstvena delatnost obavlja se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou (čl. 79, 88, 89, 90 i 91). Zdravstvena delatnost na primarnom nivou obuhvata preventivnu zdravstvenu zaštitu grupacija stanovništva izloženih povećanom riziku oboljevanja i ostalih stanovnika, u skladu sa posebnim programom preventivne zdravstvene zaštite na primarnom nivou. Građani ostvaruju primarnu zdravstvenu zaštitu u domovima zdravlja preko izabranog lekara koji je i doktor stomatologije (član 98. Zakona). U postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite u domu zdravlja izabrani lekar sprovodi sve aktivnosti koje su propisane Zakonom (čl. 95, 98. i 99) uključujući i organizovanje i sprovođenje mera na očuvanju i unapređenju zdravlja za sve kategorije stanovnika, preglede u cilju dijagnostike i blagovremenog lečenja, kao i upućivanje pacijenata na sekundarni i tercijarni nivo.

Sadržaj rada izabranog lekara propisan je: Zakonom o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS” br.107/05 i 109/05); Pravilnikom o uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe („Službeni glasnik RS” broj 43/06); Pravilnikom o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova („Službeni glasnik RS” broj 43/06); Pravilnikom o obimu i sadržaju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2009. godinu („Službeni glasnik RS” broj 7/09); Planom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji za 2009. godinu („Službeni glasnik RS” broj 8/09) i Pravilnikom o uslovima, kriterijumima i merilima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga i za utvrđivanje naknade za njihov rad za 2009. godinu („Službeni glasnik RS” broj 6/09). Zakonom o zdravstvenom osiguranju propisano je da su osigurana lica kojima se obezbeđuje stomatološka zdravstvena zaštita u punom iznosu, između ostalih, deca do navršanih 18 godina života i žene u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja (član 41 stav 1).

Pravilnikom o obimu i sadržaju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2009. godinu osiguranicima se obezbeđuju preglede i lečenje bolesti usta i zuba. Pravilnikom o utvrđivanju cena zdravstvenih usluga za prevenciju, preglede i lečenje bolesti usta i zuba („SG RS”, broj 68/8) utvrđene su cene zdravstvenih usluga za prevenciju i lečenje bolesti usta i zuba.

Društvena briga za zdravlje na nivou pojedinca, član 15., pojedinac je dužan da u granicama svojih znanja i mogućnosti uključi u društvenu brigu za zdravlje, kao i povređenom ili bolesnom u hitnom slučaju pruži prvu pomoć i omogući mu dostupnost do hitne medicinske službe. Pojedinac je dužan da čuva sopstveno zdravlje, zdravlje drugih ljudi, kao životnu i radnu sredinu. Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu se uređuje Pravilnikom o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2015. godinu ("Sl. Glasnik RS", br.1/2015)(8).

Član 8, sadržaja i obima prava na zdravstvenu zaštitu, između ostalog, obuhvata:

1) Mere prevencije i rano otkrivanje bolesti i

4) Pregled i lečenje bolesti usta i zuba;

U okviru Mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti član 9, osiguranom licu, se radi očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti i drugih poremećaja zdravlja, obezbeđuju sledeće mere:

1) Zdravstveno vaspitanje koje se sprovodi organizovanjem posebnih predavanja ili davanja saveta od strane zdravstvenog radnika u vezi sa zaštitom, očuvanjem i unapređenjem zdravlja, sticanju znanja i navika o zdravom načinu života, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika. Zdravstveno vaspitanje iz stava 1. ove tačke sprovodi se kroz: individualni rad savetovanjem, grupni rad (rad u maloj grupi) i kroz aktivne metode učenja (predavanja, kreativne radionice, demonstracione vežbe, izložbene edukacija, kampovi za decu obolelu od šećerne bolesti, hemofilije, progresivnih neuromišićnih bolesti i dr.).

U domenu stomatologije a u okviru mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti član 9 se odnosi na:

Preventivne stomatološke i profilaktičke mere za prevenciju bolesti usta i zuba kod trudnica i dece do navršenih 18 godina života, do kraja propisanog srednješkolškog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života.

Pregled i lečenje bolesti usta i zuba regulisani su članom 12. Osiguranom licu obezbeđuje se pregled i lečenje bolesti usta i zuba u ambulantno-polikliničkim i stacionarnim uslovima, i to najmanje:

Pregled i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršenih 18 godine života, do kraja propisanog srednješkolškog (uključujući pokretni ortodontski aparat i stomatološke nadoknade u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja kojim se uređuju medicinsko-tehnička pomagala), odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, kao i lica starijih od 18 godina koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, kao i lica sa težim urođenim ili stečenim deformitetima lica i vilica.

U okviru prelaznih i završnih odredbi Pravilnika o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2015. godinu, Član 44. reguliše:

II. SADRŽAJ I OBIM PREVENTIVNIH MERA U OBLASTI PRIMARNE STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

POPULACIO NA GRUPA	VRSTA	SADRŽAJ	OBIM
1	2	3	4
Odojče od drugog meseca do kraja prve godine	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje u pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece.	Jedanput do navršenih 12 meseci
Druga godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg	Jedanput

	održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	sredstva i obučavanje u pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece.	
Treća godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece	Jedanput
Četvrta i peta godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece	Jedanput u toku četvrte i jedanput u toku pete godine
Šesta godina života (pred polazak u školu)	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece	Jedanput
Sedma godina života (prvi razred)	Motivacija i obučavanje korisnika u održavanju pravilne higijene	Isticanje važnosti optimalnog održavanja oralne higijene; identifikacija dentalnog plaka organskim bojama; demonstriranje seta za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
Osma godina života	Motivacija i obučavanje korisnika u održavanju pravilne higijene	Isticanje važnosti optimalnog održavanja oralne higijene; identifikacija dentalnog plaka organskim bojama; demonstriranje seta za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
Deveta, 10. i 11. godina života	Motivacija i obučavanje korisnika u održavanju pravilne higijene	Isticanje važnosti optimalnog održavanja oralne higijene; identifikacija dentalnog plaka organskim bojama; demonstriranje seta za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput u devetoj, jedanput u 10. i jedanput u 11. godini
12 godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
13 godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za	Jedanput

	obučavnje u održavanju oralne higijene	održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	
14 godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
15/16/17/18/19 godina života	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput u 15, jedanput u 16, jedanput u 17, jedanput u 18 i jedanput u 19 godini
Lica od 20 do 26 godine života za vreme visokoškolskog obrazovanja	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
Trudnice prvi trimestar	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
Trudnice drugi i treći trimestar	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput
Porodilja	Individualni zdravstveno-vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavnje u održavanju oralne higijene	Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba.	Jedanput

Ovde je prikazan samo sadržaj i obim preventivnih mera koji se odnosi na zdravstveno vaspitanje.

Bez obzira što su jasno definisan preporuke i obaveze, Pravilnikom o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2015. godinu, ne postoje podatci koliko se prava ostvaruju i koliko korisnici ispunjavaju svoje obaveze. S druge strane stručna javnost treba da da sugestije kojima bi se korigovao i osavremenio sadržaj i obim preventivnih mera u domeneu preventivnih mera a u cilju očuvanja oralnog zdravlja.

ZAKLJUČAK:

Republika Srbija je stateški opredeljena prema promociji oralnog zdravlja, na šta ukazuju i doneta zakonska dokumenta, ali u stvarnost je sasvim drugačije, jer su mnogi zakonski projekti su ostali nerealizovani (Zakon o fluorisanju vode za piće, 1971-2017.).

Kampanje promocije oralnog zdravlja od strane struke i lokalne zajednice su nedovoljne i sporadične, stomatološko zdravstveno vaspitanje još uvek nije jasno definisano u dokumentima RFZO i nisu uključene osobe koje su edukovane za promociju oralnog zdravlja iz primarne stomatološke zdravstvene zaštite.

Ovo potvrđuje činjenicu da je zdravstveno vaspitanje i promocija oralnog zdravlja još uvek samo na deklarativnom nivou(3).

Zdravstveno vaspitanje u cilju očuvanja oralnog zdravlja je prepušteno isključivo entuzijastima i volonterima, često nepodržano i od strane struke. Kao i za sprovođenje preventivnog programa, tako i zdravstvenog vaspitanja kao njegovog važnog dela, ne postoji odgovornost za izvršenje, za uspeh/neuspeh, za utošena sredstva i za još mnogo toga. S druge strane, nije obavezujuće za korisnike usluga, tako da mnogi korisnici nisu zainteresovani da ostvare svoje pravo na očuvanje oralnog zdravlja.

Literatura:

1. Carević M. Ivanović M. i saradnici: *Preventivna stomatologija*; Beograd 2016. Kuća štampe
2. Ivanović M. Carević M. Marković D.: *Program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite dece i omladine; Stom Glas S. Zbornik referata i radova XXVI simpozijum zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji, 2010; 36-44*
3. Carević M. Ivanović M. i saradnici: *Protokoli u stomatologiji, Protokol promocije oralnog zdravlja. Stomatološki fakultet Univerzitet u Beogradu 2009.*
4. Vojinović J. i saradnici.: *Organizovana prevencija u stomatologiji, Medicinski fakultet Banja Luka 2012. 327-364.*
5. WHO: *Health promotion glossary, Geneva, WHO, 1998.*
6. WHO: *Oral Health Promotion: an essential element of a health promoting school. WHO Information Series on School Health, Document Eleven. Geneva. World Health Organization 2003.*
7. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. gl RS" br.107/2005, 107/2009 - dr.zakon,88/2010 i 99/1010)*
8. *Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2015. godinu ("Sl. Glasnik RS", br.1/2015).*

DRUŠTVENA ZAJEDNICA I UNAPREĐENJE ORALNOG ZDRAVLJA U REPUBLICI SRBIJI

Jovan Vojinović^{1,2}, Predrag Anđelić², Svetlana Blažić², Luka Anđelić²

¹Univerzitet u Banja Luci, Medicinski fakultet Katedra za dečju i preventivnu stomatologiju, ²Privatna Stomatološka ordinacija DENT VAF, Beograd

Uspeh u prevenciji bilo koga oboljenja zahteva poznavanje etio-patogenetskih mehanizama i posedovanje odgovarajućih tehnoloških mogućnosti i sredstava da se na njih deluje. Kod nas su oba faktora podjednako dostupna, ali je stanje oralnog zdravlja značajno nepovoljnije u odnosu na razvijene evropske zemlje^{1,8}. Sve to nije neočekivano sa obzirom da Institut za javno zdravlje Srbije objavljuje najnovije zvanične podatke da samo 40% ispitivanih građana izjavljuje da svakodnevno sprovodi higijenu zuba.³ Razlozi svakako leže u načinu organizovanja promocije oralnog zdravlja ciljanim populacijama.

Postojeći pozitivni propisi i pravilnici, su u skladu sa najboljim tekovinama evropskih zemalja, koje su postigle vrhunske rezultate u redukciji oboljenja zuba (poput Skandinavije). Ali je utvrđena i diskrepanca u odnosu na njihovu stvarnu realizaciju. Najbolji primer je još uvek važeći zakon o fluorisanju vode za piće, koji postoji već više od 30 godina (od 1974 god.), a nikada nije zaživeo.⁴ U tome zakonu koji nije zvanično povuče, u članu 2 jasno piše:

„Javna komunalna preduzeća i druge organizacije koje snabdevaju vodom za piće (u daljem tekstu: vodovodne organizacije) više od 20.000 stanovnika dužni su da obezbede u vodi za piće sadržaj fluora od najmanje 0,8 do najviše 1,2 miligrama u jednom litru vode. Voda za piće čiji je prirodni sadržaj fluora manji od 0,8 miligrama u jednom litru vode fluoriše se, a voda za piće čiji je prirodni sadržaj fluora veći od 1,2 miligrama defluoriše se.

Način obezbeđivanja preventivne stomatološko-zdravstvene zaštite u vodovodnim organizacijama koje snabdevaju vodom za piće manje od 20.000 stanovnika, utvrđuje ministar za zdravlje.“

Svakako su, po zdravlje nacije, veoma značajni i pravilnici Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO), koji omogućavaju pokrivanje kompletne promocije oralnog zdravlja i preventivne preglede kod naučno dokazanih ključnih populacionih grupa.³

Prema zakonu o zdravstvenom osiguranju i pravilniku RFZO u oblasti stomatološke zaštite obezbeđena je kompletna preventivna stomatološka zaštita (član 9):

„Preventivni i ostali pregledi dece do navršениh 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina života, žena u vezi sa trudnoćom i odraslih osoba u skladu sa republičkim programom prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, odnosno skrining programa“

U članu 12 je između ostalog navedeno da država obezbeđuje: *„Pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, izuzev protetskog zbrinjavanja, kod žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja.“ (stav 2)*

„Pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršениh 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog (uključujući pokretni ortodonski aparat i stomatološke nadoknade u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju medicinsko-tehnička pomagala), odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina života, kao i lica starijih od 18 godina koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, kao i lica sa težim urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilica; (Stav 1)

U pravilniku o obimu i pravima na zdravstvenu zaštitu su taksativno navedene mere koje se finansiraju od strane države (Tabele 1.) i one se mogu svrstati u najsavremeniji pristup preventivnoj stomatološkoj zaštiti vezanoj za ključne periode- trudnoći i prve dve godine života u kojima se formira bakterijska flora u usnoj duplji i osnovne higijenske navike.

Važeći prailnik RFZO takođe predviđa u svakoj narednoj godini odgovarajuću preventivnu zaštitu sve do 18 godine, a za studente i do navršene 26 godine. Ta zaštita pre svega treba da pruži, jedanputa godišnje:

„Individualni zdravstveno vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavanje u održavanju oralne higijene“ koji je detaljnije objašnjen „Izabrani doktor stomatologije objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, identifikacija dentalnog plaka organskim bojama, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba...“

U pojedinim uzastima su predviđene i specifične profilaktičke mere poput lokalne fluorizacije, zalivanja fisura i sl.(videti detljnije u samom pravilniku.

Tabela 1. Izvod iz Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2016 godinu.⁵

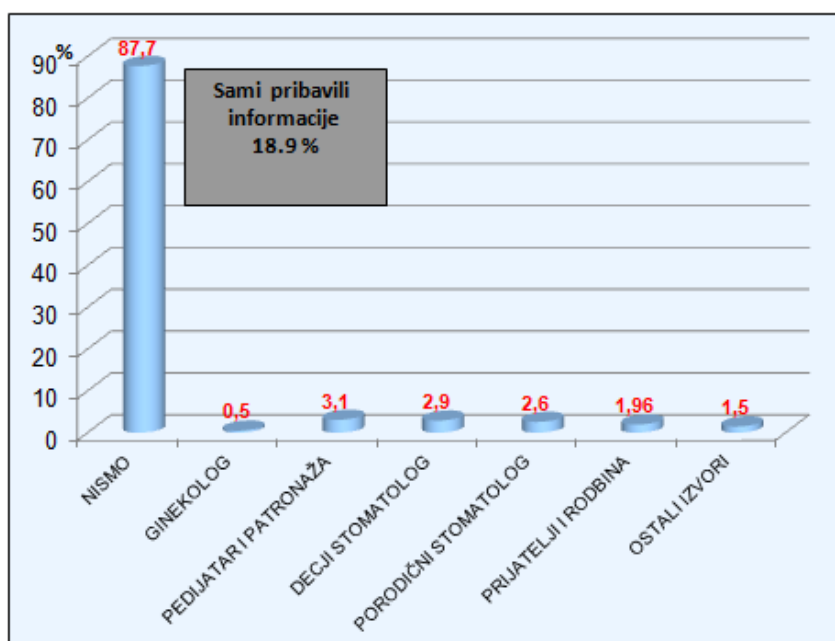
POPULACIONA GRUPA	VRSTA	SADRŽAJ	OBIM
1	2	3	4
Odojčće od drugog meseca do kraja prve godine	Preventivni pregled	Postupak kojim se na osnovu anamnestičkih podataka od roditelja i pregleda vrši procena i identifikacija faktora rizika za pojavu pojedinih oralnih oboljenja; definisanje preventivnih mera i aktivnosti za otklanjanje utvrđenih faktora rizika, unos podataka u dokumentaciju.	Jedanput do navršeni h 12 meseci
	Individualni zdravstveno vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavanje u održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece.	Jedanput do navršenih 12 meseci
Druga godina života	Stomatološki pregled	Anamneza, opšti i lokalni klinički pregled, procena rizika za nastanak karijesa, ortodontskih nepravilnosti i ostalih oralnih oboljenja, unos podataka u dokumentaciju.	Jedanput

	Individualni zdravstveno vaspitni rad u ordinaciji /motivacija i obučavanje u održavanju oralne higijene (sa roditeljima)	Izabrani doktor stomatologije roditeljima objašnjava važnost: održavanja oralne higijene, pravilne ishrane, fluorprofilakse i redovnih kontrola oralnog zdravlja kod dece, kao i demonstriranje seta sredstava za održavanje oralne higijene, izbor odgovarajućeg sredstva i obučavanje o pravilnoj primeni, učestalosti i tehnici pranja zuba kod dece.	Jedanput
--	---	--	----------

Gde su onda problemi koji dovode do nezadovoljavajuće patologije?

Ispitivanja (Vojinović i sar. 2013) ⁶, pak pokazuju da 87,7% roditelja izjavljuje da nisu dobili bilo kakve informacije o održavanju zuba kod svojih beba u toku trudnoće i prvoj godini kako nalaže pravilnik. (Slika 1.) Posledica je značajan porast dece sa karijesom ranog detinjstva u najranijim uzrastima, gde se prelazi prevalenca od 30% već u drugoj godini života.

Slika 1. Odgovori na postavljeno pitanje u anketi „Da li ste i od koga u toku trudnoće ili u prvoj godini posle porođaja dobili bilo kakvo obaveštenje kako da sprečite ili prepoznate karijes kod bebe ili malog deteta.“ ⁶



Analize pokazuju da je osnovni uzroci nezadovoljavajućih zdravstvenih pokazatelja, i pored izražene dobre volje zajednice za regulisanje prevenciji oboljenja zuba, nepostojanje programskih karakteristika u postavljenim normativima. Prema postavci SZO^{1, 7} efikasan preventivni program treba da sadrži obavezne elemente:

1. Pripremne aktivnosti
2. Utvrđivanje zdravstvenog stanja stanovništva
3. Utvrđivanje jasnih i ostvarljivih ciljeva programa
4. Propisivanje mera koje treba sprovesti

5. Planiranje kadrova koji će učestvovati u realizaciji
6. Obezbeđivanje finansiranja programa
7. Utvrđivanje organizacije sprovođenja
8. Rukovođenje programom
9. Evaluacija i kontrola

Svakako ključna faza, bilo koga programa je poslednja tačka (evaluacija i kontrola), a upravo ona potpuno izostaje u dosadašnjem sprovođenju preventivnih aktivnosti. Dobro zamišljen plan nije praćen kontrolom sprovođenja, a pogotov ne i redovnom evaluacijom zdravstvenih pokazatelja. Sve se svodi na vrednovanje preventivnih aktivnosti na osnovu pojedinačnih izvršenih usluga, a ne kao obavezujućeg programa, gde je najvažniji parametar postignuti nivo zdravlja. Isto tako bez postojanja prioriteta preventivnih aktivnosti i prioritetnih uzrastnih grupa predviđeni pravilnici predstavljaju samo spisak lepih želja.

Isto tako ne postoje ni obavezujući protokoli koji su inače jasno predloženi od strane Stomatološkog fakulteta u Beogradu. Time možemo da objasnimo i podatke da značajan broj stomatologa, kako u državnom tako i privatnom sektoru, pod raznoraznim izgovorima, odbija rad sa najmlađim populacijama ili sanaciju karijesa kod dece, pogotovu u njegovim najranijim stadijumima, kada je moguće kompletna reparacija. Usluge iz domena promocije oralnog zdravlja u toku prve godine života se uglavnom dopisuju u izveštajima (a i nisu obavezujuće), što potvrđuje i navedeno istraživanje. Veoma je problematična i promocija oralnog zdravlja kod trudnica koja se uglavnom svodi na terapijske usluge.

U nepovoljnoj finansijskoj situaciji, koja je bio glavni izgovor da se u prvoj deceniji 21 veka uruše mnoga značajna dostignuća preventivne stomatološke zaštite (zatvaranje školskih zubnih ambulanti, redukovanje finansiranja pojedinih preventivnih usluga, smanjivanje kadrova) ostavljen je široki dijapazon prava, o čijoj realizaciji odlučuju domaovi zdravlja, tako da je nemoguće pokriti sve oblasti patologije. Zbog toga se normiranje uglavnom vrši na osnovu terapijskih usluga (vadjanje zuba, restauracije).

Zadatak zajednice je da postavi prioritete koji se moraju ostvariti. Sa tim ciljem je i izrađena jasna, na naučnim dokazima zasnovana, preporuka u predloženom programu Stomatološkog fakulteta, koji je Vlada republike Srbije prihvatila kroz svoju Uredbu od 2009 godine⁸. Program je sadržao i jasno izrađenim akcionim planom.

U preambuli programa je navedeno:

„Oboljenja usta i zuba, karijes (zubni kvar) i parodontopatije (oboljenje potpornog aparata zuba), predstavljaju najčešća nezarazna oboljenja čoveka i imaju veliki zdravstveni, socijalni i ekonomski značaj, pa se zbog toga svrstavaju u najznačajnije socijalno medicinske probleme populacije u našoj zemlji.

Oboljenja usta i zuba važan su javnozdravstveni problem u mnogim zemljama sveta, jer su veoma rasprostranjena i njihov uticaj na socijalnom i individualnom nivou je značajan. Iako direktno ne ugrožavaju život, ona značajno utiču na životne, radne i druge sposobnosti pojedinca i mogu, ako se zanemare, da izazovu ozbiljne komplikacije.

Uočavajući ovaj problem kao jedan od prioriteta, Ministarstvo zdravlja je 2005. godine imenovalo Republičku stručnu komisiju za stomatologiju (u daljem tekstu: RSK) koja je, između ostalog, trebalo da izradi Predlog nacionalnog programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite dece, omladine do 18 godina i žena u vezi sa trudnoćom.

Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: Nacionalni program) baziran je na savremenom konceptu organizacije preventivne stomatološke zaštite po ugledu na slične programe skandinavskih zemalja, uz korišćenje iskustva Programa preventivne stomatološke zdravstvene zaštite stanovnika Republike Srbije (1996-2000. godine) i preporuka Svetske zdravstvene organizacije za dostizanje ciljeva "Zdravlje za sve do 2025. godine".

Nacionalni program sadrži širok spektar aktivnosti usmerenih na poboljšanje zdravlja usta i zuba dece, omladine i žena u vezi sa trudnoćom i na unapređenje uslova za dostupnu i kvalitetnu stomatološku zdravstvenu zaštitu. Na bazi procenjenih potreba, definisana su: strateška opredeljenja, ciljevi i mere zaštite zdravlja usta i zuba koje će se realizovati u narednih sedam godina, kao i metode i procedure sprovođenja aktivnosti, nosioci stručnih poslova, institucije, organi i organizacije, organi i instrumenti upravljanja, kriterijumi i tehnike procene ostvarenih rezultata, izvori sredstava i način finansiranja.“

U programu su istaknuti su i prioriteti, a to su trudnice i predškolski uzrast, na osnovu čega su i izrađeni gore navedeni pravilnici. Nažalost, slično zakonu o fluorisanju vode za piće donesena Uredba je samo delimično realizovana. Ni jedan od ključnih, veoma dobro postavljenih ciljeva programa nije sproveden, a oni su bili:

Opšti ciljevi:

1. Promocija zdravlja usta i zuba.
2. Unapređenje zdravlja usta i zuba dece i omladine do 18 godina.
3. Unapređenje zdravlja usta i zuba žena u vezi sa trudnoćom.

Specifični ciljevi:

1. Povećanje vrednovanja zdravlja usta i zuba na nivou zajednice i pojedinca.
2. Jačanje partnerskih odnosa između jedinica lokalne samouprave i svih drugih institucija i organizacija.
3. Unapređenje znanja, stavova i ponašanja roditelja i staratelja.
4. Unapređenje znanja, stavova i ponašanja dece i omladine do 18 godina.
5. Unapređenje stomatološke zdravstvene zaštite dece i omladine do 18 godina.
6. Jačanje kadrovskih i prostornih kapaciteta u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti dece i omladine do 18 godina.
7. Unapređenje stomatološke zdravstvene zaštite žena u vezi sa trudnoćom
8. Jačanje kapaciteta u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti žena u vezi sa trudnoćom.

Što je najvažnije, nije ni sprovedena evaluacija stepena ostvarenja tih ciljeva i na osnovu nje izvršena revizija Programa. Predviđeni period za sprovođenje Programa je istekao (2015. godina), a novi program nije donesen.

U današnjoj situaciji, zajednica nije u mogućnosti da pokrije sveobuhvatni program preventivne zaštite i lečenja oboljenja zuba svih populacija od 0 do 18 godina (doduše to nikada nije bila u stanju da uradi). Za istinsko poboljšanje oralnog zdravlja nacije je bar za početak najvažnije u potpunosti pokriti najraniji uzrast, a to je trudnoća i prve godine života, sa detaljnom kontrolom svih predviđenih aktivnosti, koje se takođe moraju uklopiti u okvire finansijskih i kadrovskih mogućnosti. Sveobuhvatnost se treba postepeno širiti na ostale uzraste od tzv „nulti generacije“ (sa kojom se započelo), kako program napreduje i zdravstveno stanje poboljšava. Sa populacijama koje nisu prioritetne radi se prema mogućnosti, a to je i bio način koji je do sada primenjivan sa svim uzrastima (princip od svega po malo i ništa u potpunosti). Rezultati su očigledni.

Potrebno je ozbiljno razmotriti još uvek prioritetni, gotovo isključivi akcenat na školskoj zubnoj nezi(koja je ionako već značajno redukovana). Takav pristup(isključivi prioritet) nema naučno-stručnog opravdanja niti pokazuje odgovarajuće zdravstvene rezultate u odnosu na uložena sredstva. Pokazatelji govore da se jedva postiže stepen saniranosti veći od 50%, pri čemu se ne sprovodi ozbiljna, na dokazima zasnovana, promocija zdravlja, a u međuvremenu prevalenca karijes se povećava u predškolskom uzrastu koji se sve više zanemaruje.

Može se govoriti i o inertnosti zajednice, kada je reč o preventivnoj orijentaciji samog stomatološkog kadra. Sa postojanjem 6 stomatoloških fakulteta u republici Srbiji, i posebno gašenjem državnog sektora za odrasle, napravljena je izuzetna hiperprodukcija kadrova u privatnom sektoru koja se neravnomerno i nekontrolisano širi.⁹ To značajno utiče na surovu

borbu za opstanak i na sami kvalitet zdravstvene zaštite, gde je promocija zdravlja i preventivne usluge na poslednjem mestu pošto ih zdravstveno neobrazovano tržište i ne traži. U takvoj situaciji, kontinuirana edukacija je anarhično prepuštena stihiji i komercijalnim interesima proizvođača i uvoznika. Postojeći višak kadrova se orjentiše pre svega prema, po zdravlje nacije najmanje korisnim, a pri tome većini populacije nedostupnim, visokoprofitabilnim estetske usluge. Zajednica bi morala da podstiče intenzivniju(i obavezujuću) preventivnu edukaciju kako struke tako i samih građana jer je to pre svega i njen interes- manji troškovi, više zdravija i zadovoljnije stanovništvo.

Literatura:

1. *Vojinović J i sar. Organizovana prevencija u stomatologiji, Medicinski fakultet Banja Luka, 2012*
2. *Malmo University: Oral Health data Base, <http://www.mah.se/CAPP/>*
3. *IZJZ „Milan Jovanović Batut“: Statistički godišnjak za 2015, Beograd 2016*
4. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>
5. *Zakon o fluorisanju vode za piće, (Sl. glasnik RS", br. 35/94, 38/94 - ispr., 25/96 i 101/2005)*
6. *RFZO: Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2016 godinu.*
7. http://www.rfzo.rs/download/pravilnici/obim-sadrzaj/2017/obimsadrzaj_tabele_II_2017.pdf
8. *Vojinović J. i sar. Analiza efikasnosti promocije zdravlja i stepena sanacije u ranoj mlečnoj denticiji, Zbornik radova sa 4. Kongresa stomatologa Vojvodine, Novi Sad, 2013*
9. *WHO: Prevention methods and programs for oral diseases, Technical reports series Noo 621, 1984*
10. *Vlada Republike Srbije (uredba): Nacionalni program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite. Sl.glasnik RS 22/09 od 30. marta 2009 god.*
11. <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/reg/viewAct/bd83ed3a-8072-4c01-9a56-5642cf0e72e8>
12. *Vojinović J. i sar.: Zdravstveno vaspini rad u privatnoj stomatološkoj praksi, Zbornik radova sa XXXII Simpozijuma zdravstvenog vaspitanja u stomtologiji, Jagodina 2016*

ULOGA POSEBNIH PROGRAMA JAVNOG ZDRAVLJA NA ZDRAVSTVENO VASPITANJE VULNERABILNIH GRUPACIJA STANOVNIŠTVA AP VOJVODINE

Ivan Tušek¹, Jasmina Tušek², Branislav Tušek³, Petrović Anđelija⁴

Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Klinika za stomatologiju Vojvodine¹, Stomatološka ordinacija "Palmadent"², Univerzitet u Novom Sadu, Institut za plućne bolesti Vojvodine, Klinika za opstruktivne bolesti pluća i akutne pneumopatije, Sremska Kamenica³, doktorant, stipendista Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja⁴

Prioritetne oblasti očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva su one koje se odnose na prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti kojima je današnje društvo najviše opterećeno, kao i zaštita i unapređenje životne sredine i faktora koji imaju ili mogu imati uticaj na zdravlje, te su u vezi sa tim predloženi posebni programi koji se odnose na ove prioritetne oblasti. Kao polazna osnova za definisanje ovih prioriteta analizirano je zdravstveno stanje stanovništva Vojvodine, a pre svega stanje oralnog zdravlja posebno vulnerabilnih (trudnice, predškolska deca) i socijalno ugroženih populacionih grupa (Romi). Na osnovu evaluacije dobijenih rezultata pokrenuti su posebni programi iz oblasti javnog zdravlja za teritoriju A.P. Vojvodine, a koji nisu obuhvaćeni odgovarajućim programima na nivou Republike Srbije. U vezi sa tim konstatovano je da su za nastanak dve trećine oralnih bolesti odgovorni predisponirajući faktori koji su rezultat loših navika, stavova i ponašanja a koji utiču na zdravlje (oralna higijena, nepravilna ishrana, odsustvo fluor profilakse i dr.). Pored ostalog sprovedena istraživanja pokazuju da više od 44% dece i omladine u Vojvodini neredovno pere zube. Takođe ishrana dece i omladine je uglavnom nepravilna kako po redovnosti tako i po odabiru namirnica. Svako peto dete ne doručkuje redovno, nedovoljan je unos mleka i mlečnih proizvoda, ribe, svežeg voća i povrća, dok su slatkiši, grickalice kao i slatka bezalkoholna pića vrlo često na jelovniku dece. Što se tiče preventivnih stomatoloških pregleda stanovništva na teritoriji Vojvodine, obuhvat trudnica i novorođenčadi je relativno zadovoljavajući (92%), dok je kod odojčadi (77%), male i predškolske dece (83%), učenika osnovnih (78%), kao i srednjih škola (70%) i studenata (50%) manji od potrebnog. Prioritetne oblasti očuvanja i unapređenja oralnog zdravlja kojima su posvećeni posebni programi iz oblasti javnog zdravlja za teritoriju AP Vojvodine, tiču se ponašanja u vezi sa oralnim zdravljem koje treba korigovati u cilju povećanja odziva stanovništva na preventivne sistematske preglede kao značajne mere u otkrivanju pre svega faktora rizika za nastanak oralnih bolesti kod pojedinih kategorija stanovništva (deca, žene, stare osobe), intenziviranjem preventivnog rada izabranog lekara, edukacijom edukatora (porodica, vaspitači predškolskih ustanova, nastavnici i dr), uključivanjem sredstava javnog informisanja a posebno lokalne i šire društvene zajednice. Ove aktivnosti i resursi zdravstvene službe na osnovu praćenja i analize zdravstvenog stanja stanovništva Vojvodine, poslužili su donosiocima odluka da predlože posebne programe zdravstvene zaštite na teritoriji AP Vojvodine u skladu sa zakonskim propisima. U AP Vojvodini do sada nisu usvojeni Posebni programi iz oblasti javnog zdravlja, a zakonska regulativa za njegovo usvajanje postoji i čine je: Zakon o javnom zdravlju ("Sl. glasnik RS", br. 72/2009), Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. glasnik RS", br. 107/05 i 72/09) čl. 13 i dr. U prilog donošenja posebnih programa polazi se i od strategija i nacionalnih programa koje je donela Vlada, a posebno: Zdravstvene politike Srbije (2002), Strategije za smanjenje siromaštva u Srbiji (2003), Strategije za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti (2009), Strategije za unapređenje položaja Roma (2009), Strategije javnog zdravlja RS (2009) i

dr. Predloženi posebni programi se zasnivaju na osnovnim principima i vrednostima sadržanim u međunarodnim dokumentima donetim pod okriljem SZO, a posebno u: Deklaraciji iz Alma Ate (1978); Otavskoj povelji o promociji zdravlja (1986); Deklaraciji iz Džakarte na uvođenju promocije zdravlja u 21. vek (1997); Političkom okviru za evropski region "Zdravlje za sve" (2005); Deklaraciji "Zdravlje u svim politikama" (2007); Talinskoj povelji "Zdravstveni sistemi za zdravlje i blagostanje" (2008) i drugim međunarodno priznatim dokumentima.

Prikaz i analiza postojeće situacije

Analiza zdravstvenog stanja stanovništva je polazna osnova za objektivnu identifikaciju prioriteta problema, postavljanje ciljeva zdravstvene politike, strategija i tehnologija u zdravstvenoj zaštiti. Retrospektivne analize zdravstvenog stanja stanovništva na teritoriji A.P. Vojvodine ukazuju na probleme vezane za specifične potrebe vulnerabilnih kategorija stanovništva i kretanje oralnih bolesti koje su od velikog sociomedicinskog i ekonomskog značaja a važne su za organizaciju rada stomatološke zdravstvene službe. U vezi sa tim nameće se potreba obezbeđenja osnovnih informacija o zdravlju stanovništva kao celine kao i posebno osetljivih kategorija stanovništva (odgojčad, mala deca, trudnice). Prioritetne oblasti očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva su one oblasti koje se odnose na prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti a posebno oralnih oboljenja kojima je današnje društvo najviše opterećeno kao i zaštita i unapređenje životne sredine i faktora koji imaju ili mogu da imaju uticaj na opšte a samim tim i oralno zdravlje. Ovi parametri ne analiziraju se na nivou pokrajine, programima koji su doneti i finansirani na republičkom nivou. Opšti cilj posebnih programskih zadataka je obezbeđenje informacija neophodnih za procenu zdravstvenih resursa usmerenih ka unapređenju odn. promociji zdravlja, produženju i poboljšanju kvaliteta života. Specifični ciljevi programa obuhvataju identifikaciju najznačajnijih zdravstvenih problema i faktora rizika koji zahtevaju intervencije, uočavanje razlika u zdravstvenom stanju i zdravstvenoj zaštiti stanovništva različitih područja i kategorija stanovništva kao i planiranje interventnih mera i aktivnosti za rešavanje vodećih zdravstvenih problema i organizacije zdravstvene službe na bazi identifikovanih potreba i prioriteta. Analiza zdravstvenog stanja je obavljena u Institutu za javno zdravlje Vojvodine, a obuhvatila je: analizu vitalno-demografske situacije, socijalno-ekonomske pokazatelje, identifikaciju faktora rizika za nastanak oralnih oboljenja kod trudnica i ostalog posebno socijalno ugroženog stanovništva različite etničke i konfesijalne pripadnosti kao i promociju zdravlja i zdravstveno vaspitanje. Ishodni indikatori predloženih programa su težili uspostavljanju javnog elektronskog servisa koji prvenstveno ima cilj da podrži sve procese evidentiranja oralnih bolesti a posebno karijesa ranog detinjstva (KRD) na teritoriji Pokrajine i da obezbedi druge informacije, značajne za evidenciju i epidemiološko ispitivanje, što će povećati kvalitet nadzora, efikasnost planiranja interventnih mera i preciznije definisanje zdravstvene politike u AP Vojvodini u okviru društvene brige za zdravlje vulnerabilnih i socijalno ugroženih populacionih grupa na nivou Pokrajine. Drugi zadatak predloženih programa bio je sprovođenje akcionog plana za očuvanje zdravlja trudnica, dece i socijalno ugroženih kategorija stanovništva prvenstveno romske nacionalnosti. U vezi sa tim ističu se sledeća dva aktuelna problema: unapređenje prevencije KRD u AP Vojvodini i unapređenje oralnog zdravlja romske dece u Vojvodini. U realizaciji ovih projekata od posebnog interesa za održivi razvoj u AP Vojvodini i društvenu zajednicu u celini, korišćena su sredstva iz Pokrajinskog budžeta preko resornih Sekretarijata za zdravstvo odnosno Sekretarijata za nauku i tehnološki razvoj. Programski zadatak posebnog programa iz oblasti javnog zdravlja pod nazivom: „Prevencija i kontrola karijesa ranog detinjstva“ kao vodećeg javnozdravstvenog problema male dece u AP Vojvodini je obuhvatio sve roditelje dece starosti od 0 do 3. godine života u AP Vojvodini, sa

posebnim akcentom na roditelje prevremeno rođene odojčadi i onih koja su imala manju telesnu masu (TM) od 2.500 grama na rođenju, kod kojih bi se na osnovu anketiranja roditelja (evaluacija socioekonomskih podataka, navika, stavova, ponašanja i zdravstvene obaveštenosti), izvršila procena i identifikacija faktora rizika za pojavu KRD, definisanje preventivnih mera i aktivnosti za otklanjanje utvrđenih faktora rizika, sa socijalno-marketinškom intervencijom u zajednici u pogledu informisanja roditelja o rizicima za KRD i edukacijom izabranih stomatologa i lekara/pedijataru male dece za adekvatnu podršku preventivnim stomatološkim merama u ranom detinjstvu kao i razvoja specifičnog preventivnog stomatološkog programa u AP Vojvodini za period 2016 - 2020. godina.

Specifični ciljevi programa:

1. Podizanje svesti, informisanje i povećanje znanja roditelja odojčadi i male dece o merama prevencije i kontrole KRD, putem socijalno-marketinške intervencije u zajednici;
2. Edukacija stomatologa – predstavnika svih domova zdravlja u AP Vojvodini, za rano sprovođenje terapijskih intervencija pre nastanka ireverzibilnih promena na zubima, lokalnih i opštih komplikacija;
3. Edukacija stomatologa, pedijataru i lekara opšte medicine (izabranih lekara odojčadi i male dece) - predstavnika svih domova zdravlja u AP Vojvodini, za podršku preventivnim stomatološkim merama kod dece u ranom detinjstvu;
4. Evaluacija faktora rizika za pojavu KRD putem anketnog istraživanja roditelja novorođenčadi u AP Vojvodini, sa posebnim akcentom na roditelje prevremeno rođene dece i ročne novorođenčadi sa $TM < 2500$ gr., sa utvrđivanjem kohorte za praćenje efekata Programa;
5. Izrada predloga Programa preventivne stomatološke zaštite porodica sa odojčadima i malom decom sa posebnim akcentom na roditelje prevremeno rođene odojčadi i onih koja su imala $TM < 2.500$ gr. na rođenju, a na teritoriji AP Vojvodine, za period 2016 - 2020. godina.

Program od posebnog interesa za društvenu zajednicu pod nazivom: “Istraživanje stanja oralnog zdravlja romske dece predškolskog uzrasta u Vojvodini“, finansiran od strane Sekretarijata za nauku i tehnološki razvoj bio je usmeren na sledeće ciljeve:

- dijagnostika nekavitetnih i kavitenih karijesnih lezija kod dece uzrasta 1-3. godine
- procena stanja parodonticijuma (PMA Löe-Silness indeks)
- procena znanja, navika, stavova i ponašanja u vezi sa oralnim zdravljem roditelja pregledane dece pomoću posebno dizajniranog anonimnog anketnog upitnika
- definisanje modela za prevenciju karijesa zasnovanog na utvrđenim faktorima rizika
- izrada Programa stomatološke zdravstvene zaštite romske dece
- edukacija i osposobljavanje zdravstvenih i nezdravstvenih radnika kao i drugih učesnika (promontera, medijatora) za realizaciju Programa i promociju oralnog zdravlja

Važno je naglasiti da istraživanja u svetu i kod nas pokazuju da romska deca imaju veoma nizak stepen oralne higijene, više nesaniranog karijesa, posebno KRD i veoma rasprostranjena oboljenja parodontalnih tkiva, što uz prisutne ortodontske nepravilnosti, uzrokuje gubitak većeg broja zuba u najranijem uzrastu. Kompleksna etiologija KRD nalazi sličnost sa drugim tipovima karijesa, međutim predisponirajući faktori koji mogu da izmene biološku osnovu ovog oboljenja kao što je rana implementacija kariogenih bakterija, nezreli imunološki sistem, uticaj socijalnih, etničkih, kulturoloških i bihevioralnih faktora ostaju još uvek nedovoljno proučeni i razlog su trenda porasta prevalencije ovog oboljenja. Prostorna neujednačenost i nejednaka dostupnost zdravstvenim informacijama i stomatološkoj službi romske populacije na teritoriji AP Vojvodine kao i nedostatak socijalnog i zdravstvenog osiguranja uzrokuje da se stomatološke intervencije najčešće sastoje u vađenju zuba što otvara čitav niz dodatnih problema vezanih za lokalno i opšte zdravlje, a samim tim i za narušavanje kvaliteta života romske dece. Otežana mogućnost

registrovanja obveznika iz teško dostupnih populacionih grupa najčešće zbog kompleksnih i komplikovanih zakonskih regulativa, uzrokuje činjenicu da i dalje postoje populacione grupe koje su izložene većem riziku za nastanak oralnih oboljenja a koja se danas mogu uspešno prevenirati.

Program “Istraživanje stanja oralnog zdravlja romske dece predškolskog uzrasta u Vojvodini“ je realizovan uz učešće Pokrajinskog sekretarijata za nauku i tehnološki razvoj kao i animacijom lokalnih struktura (gradski, opštinski sekretarijati za zdravstvo), sa ciljem bolje koordinacije, podsticanja, organizacije i usmeravanja sprovođenja zdravstvene zaštite i promocije zdravlja podjednako za sve kategorije stanovništva kao i stvaranja uslova za veću pristupačnost i ujednačenost korišćenja primarne zdravstvene zaštite na teritoriji AP Vojvodine. Osim navedenog veoma je važna bila i animacija lokalnih donatora kao i definisanje centara i lica (zdravstveni radnici, medijatori) za prevenciju, unapređenje oralnog zdravlja odn. zdravstveno vaspitanje, kao i ranu dijagnostiku a zatim i sanaciju oralnih oboljenja kod romske dece kao visokorizične populacione grupe. U okviru toga, uvođenje medijatora u sistem zdravstvene zaštite, pokrenuto je sa ciljem da se poboljša komunikacija i veza između romske populacije i zdravstvenih radnika (stomatologa), pruži pomoć i podrška Romima da ostvare i redovno koriste pravo na zdravstvenu zaštitu, da ih se obuču veštinama za zdrave stilove života, kako bi sačuvali i unapredili zdravlje ne samo pojedinaca nego i cele romske zajednice. Navedeni Program je još jednom potvrdio visok oralni morbiditet kao i neredovan dolazak i otežanu komunikaciju romske dece sa stomatologom što ukazuje na neophodnost promocije zdravlja, rane i kontinuirane primene preventivnih mera, potrebu podizanja zdravstvenog znanja, kulture i svesti prvenstveno roditelja a zatim i njihove dece. Planirano je smanjenje prevalencije karijesa i parodontalnih oboljenja kao i smanjenje broja ekstrahiranih uz povećanje broja saniranih zuba, a uz značajno poboljšanje oralne higijene. Na ovaj način društvo bi uz poboljšanje kvaliteta života, smanjilo izdatke za skupu sanaciju oralnih bolesti kod romske dece kao najugroženije populacione grupe na teritoriji A.P. Vojvodine.

Planiranim Projektom je definisano:

- podizanje nivoa osposobljenosti postojećih medicinskih kadrova za brigu o oralnom zdravlju posebno romske dece
- povećanje prohodnosti u teško dostupne sredine i enklave putem zdravstvenih promontera odnosno medijatora romske nacionalnosti.
- Angažovanje svih komunikacionih tehnologija i MAS medija sa jezički prilagođenim zdravstveno-vaspitnim programima u procesu podizanja nivoa svesti i znanja o oralnom zdravlju kod romske populacije na teritoriji A.P. Vojvodine.
- Izrada Programa primarne i sekundarne prevencije oralnih bolesti kod romske dece, uključujući i dijagnostiku faktora rizika za pojavu karijesa u ranom detinjstvu.

Ovim Programom se podržalo aktiviranje postojećih zdravstvenih i nemedicinskih kadrova (zdravstvenih promontera) kao i roditelja u prevenciji oralnih oboljenja. Da bi se postavljeni ciljevi što bolje realizovali potrebno je ubrzati protok informacija putem elektronskog servisa za prijavljivanje zaraznih bolesti, koji na nivou pokrajine i republike ne postoji. Uspostavljanje javnog elektronskog servisa imalo bi za cilj da podrži sve procese prijavljivanja i izveštavanja u vezi oralnih bolesti na teritoriji Pokrajine ali i da se obezbede i druge informacije, značajne za prijavljivanje, postavljanje dijagnoze i epidemiološko praćenje oralnih bolesti, što će povećati kvalitet nadzora i efikasnost preduzetih mera. Obezbeđenje informacija o epidemiološkim karakteristikama oralnih bolesti, karakteristikama uzročnika oboljenja i riziko faktorima u cilju planiranja interventnih mera i aktivnosti omogućava preciznije definisanje zdravstvene politike u A.P. Vojvodini u okviru društvene brige za zdravlje posebno kod socijalno ugroženih

populacionih grupa (Romi). Vlada Republike Srbije treba da obezbedi organizacionu strukturu, na najvišem nivou vlasti, koja će putem odgovarajućih budžetskih sredstava biti fokalna tačka za sprovođenje nacionalne Strategije za unapređivanje zdravstvene zaštite i položaja Roma do 2020, kao i da uspostavi jedinstven i sveobuhvatan sistem praćenja i evaluacije Strategije na svim nivoima vlasti, što treba da obezbedi relevantne informacije o uspehu sprovođenja mera Strategije, kao i da obezbedi realni osnov za periodično unapređivanje preventivnih mera i aktivnosti. Uspostavljeni sistem za praćenje i evaluaciju treba da bude zasnovan na specifičnim, merljivim, adekvatnim, relevantnim i pravovremenim pokazateljima koji su rodno senzitivni. Neophodno je da se uspostavi efikasna i održiva koordinacija različitih nivoa upravljanja i realizacije Strategije, omogućavajući participativnog uključivanja svih zainteresovanih strana. Do 2020. godine, Strategiju treba da prati operativni akcioni plan sa jasnim prioritetima, realnim vremenskim okvirom za njegovu realizaciju i odgovarajući budžet. Strategija i operativni akcioni plan treba da definišu srednjoročnu/periodičnu evaluaciju, kao i mogućnost revizije putem javne debate i aktivnog učešća romskog civilnog sektora.

U pogledu zdravstvene zaštite državni organi treba da obezbede:

- Usaglašavanje relevantnih nacionalnih i drugih dokumenata, osiguranje doslednosti među relevantnim zakonskim aktima o pristupu romske populacije zdravstvenoj zaštiti i otklanjanje protivrečnih odredbi u cilju uklanjanja konstantnih prepreka sa kojima se suočavaju Romi u pristupu zdravstvenoj zaštiti; u tom cilju unapređivanje koordinacije između ključnih učesnika i uključivanje romskog civilnog društva u identifikovanje postojećih nedoslednosti i pronalaženje rešenja.
- Posebnu pažnju treba posvetiti oralnom zdravlju žena svih dobi.
- Organizovanje javnih kampanji i specifičnih programskih aktivnosti prvenstveno fokusiranih na prevenciju oralnih bolesti i sprovođenje i ostvarivanje prava romskog naroda na zdravstvenu zaštitu.
- Uključivanje romskih zdravstvenih medijatorke u sve oblasti naseljene Romima i stvaranje adekvatno plaćenih radnih mesta za medijatorke u svim ovim oblastima.
- Zakonsko priznavanje profesije zdravstvenih medijatora/saradnika i stvaranje neophodnih uslova za njihovo održivo zapošljavanje.

Zadaci lokalnih regionalnih organa i lokalne samouprave:

- Implementacija aktivne politike unapređenja opšteg i oralnog zdravlja putem poseta romskoj zajednici-unapređenje uzajamnog delovanja i saradnje sa romskom zajednicom.
- Sprovođenje mehanizama koji su na raspolaganju članovima romske zajednice da bi se obezbedila povratna informacija o sprovođenju ovih zdravstvenih politika.
- Mobilisanje službi zdravstvenih stručnjaka/radnika kako bi se adekvatno izašlo u susret potrebama romske zajednice kao socijalno osetljive grupe.
- Kontinuirani rad na edukaciji i senzibilizaciji zdravstvenih radnika o problemima i potrebama romske zajednice, sa fokusom na žene i decu.
- Uključivanje romskih organizacija civilnog društva u rad lokalnih zdravstvenih saveta.

Aktivnost organizacija civilnog društva treba je usmerena na:

- Rad na unapređivanju kapaciteta organizacija civilnog društva u oblasti zdravstvene zaštite i pravapacijenata.
- Aktivno učešće u stvaranju javne strategije i zagovaranja prava manjina, uz poštovanje rodne perspektive, praćenje i evaluaciju politika koje se sprovode, kao i uključivanje Roma u obezbeđivanje povratne informacije o njima.
- Uspostavljanje saradnje sa lokalnim institucijama, planiranje zajedničkih aktivnosti i obezbeđivanje redovne komunikacije sa Romima o zdravstvenim problemima.

- Uključivanje romskih organizacija civilnog društva u rad lokalnih saveta za zdravlje.

Realizacija zacrtanih posebnih programa predstavlja značajan preduslov i obavezu za kasnije unapređenje oralnog zdravlja u školama kao značajne determinante zdravlja dece školskog uzrasta uz neophodnu saradnju svih zainteresovanih strana u procesu unapređenja uslova u školama koji mogu doprineti očuvanju i unapređenju zdravlja. Postoji potreba za sveobuhvatnim programom sprovođenja akcionog plana za očuvanje oralnog zdravlja dece i u okviru toga za utvrđivanjem prioriteta za investicije u poboljšanje uslova u školama koji utiču na zdravlje učenika, kao i potreba za promociju i vaspitanje za zdravlje u oblasti opšte a posebno oralne higijene, zbog nedovoljnog znanja i nedovoljno razvijene svesti o značaju prihvatanja odgovarajućih životnih stilova. Veliki broj oralnih bolesti se mogu staviti pod kontrolu intenziviranjem promotivno-preventivnih mera i aktivnosti i jasnim određivanjem zadataka za sprovođenje strategija sa naglaskom na multisektorsku saradnju i aktivaciju nevladinog sektora. U ovoj oblasti moraju se sagledati potrebe za predlaganjem programa koji se bave realizacijom aktivnosti iz drugih sektora pored sektora zdravstva. Aktivnosti je potrebno realizovati partnerskim odnosom sa sektorom obrazovanja. U vezi sa tim neophodno je naglasiti da se realizacija ovih aktivnosti treba sprovođi tokom cele godine, sa naglašenim aktivnostima u toku školske godine uz leadersku podršku školskih stomatoloških ambulanti. U cilju očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva, razvoja zdravog okruženja i afirmacije zdravih stilova života, potrebne su kontinuirane aktivnosti promocije zdravlja i zdravstvenog vaspitanja, naročito aktivnosti koje su usmerene na posebno osetljive populacione grupe i zdravstvene probleme koji najviše doprinose opterećenju bolestima stanovništva Vojvodine.

ULOGA ZAJEDNICE U PREVENCIJI POVREDA OROFACIJALNE REGIJE

Jelena Mandić

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Učešće zajednice, odnosno svih segmenata društva u prevenciji povreda je proces osposobljavanja pojedinaca i društva da kontrolišu faktore koji onemogućavaju ili smanjuju incidencu povreda i na taj način obezbeđuju i unapređuju zdravlje. Odgovornost društva je u sprovođenju i primeni mera primarne prevencije koje se odnose na uklanjanje okolnosti pod kojima se povrede dešavaju.

Značaj primarne prevencije povreda ogleda se kroz promotivne aktivnosti društvenih činilaca pre svega u okviru kulture saobraćaja, ali i kulture i tolerancije u svakodnevnom životu, a za decu posebno značajne tokom igranja na dečjim igralištima. Preventivne aktivnosti društva sprovode se u pokretanju kampanja za veću bezbednost dece u saobraćaju, kako bi se izbegle posledice saobraćajnih nesreća u kojima godišnje pogine više od 70-oro dece, a bude povređeno više od njih 100. Najviše dece strada u putničkim vozilima, zatim kao pešaci, a potom na biciklu. Ministarstva pravde i saobraćaja donose zakonske regulative o poštovanju bezbednosti u saobraćaju primenom Zakona o bezbednosti saobraćaja. Za tri godine primene novog Zakona o bezbednosti saobraćaja broj žrtava se smanjio i do sada je spašeno prema procenama stučnjaka oko 500 života. Osnivanjem Agencije za bezbednost u saobraćaju promovisu se i edukuju: deca, nastavnici i roditelji o značaju saobraćajne kulture, kako bi se najmlađi učinili bezbednim u saobraćaju. Lifletli koje štampaju sadrže informacije o neophodnoj opremi i poštovanju saobraćajnih propisa, kao i upozorenja na rizike koji dovode do saobraćajnih nezgoda (vozači i suvozači se vezuju u 72 odsto slučajeva, a da pojaseve na zadnjim sedištima vezuje tek 12 odsto putnika, što danas predstavlja napredak, jer je do nedavno to činilo samo osam odsto ljudi.).

Agencija poziva organe lokalne samouprave da formiraju lokalna tela za bezbednost saobraćaja. Agencija organizuje i "Nedelju bezbednosti u saobraćaju" koju je prošle godine pohađalo više od 800 učesnika na predavanjima i vežbama. U školama se organizuju radionice o ponašanju prilikom prelaska prometnih ulica. Zadatak Agencije je da u okolini škola, dečjih vrtića i drugih ustanova za boravak dece, obavezno postavi table kao upozorenje za smanjenje brzine vozila, ali i da insistira na postavljanju prepreka na putu tkz „ležećih policajaca“ u neposrednoj blizini škola. S druge strane, uticaj porodice mora da bude u ovim slučajevima mnogo veći da bi se razvila svest u dece da kao pešaci, učesnici u saobraćaju, moraju biti obazrivi i da je opasno kršiti ove propise jer to nije slučajno predviđeno zakonom.

Sigurnost i bezbednost dece tokom aktivnosti na igralištima takođe mora biti u fokusu zajednice. Školska i dečija igrališta su bitni objekti zajednice koji pored igre i fizičke aktivnosti omogućavaju socijalnu integraciju i intelektualni razvoj dece svih uzrasta. Osim sprava i igraćaka za decu koje će se pojaviti na igralištu, jako veliku ulogu u bezbednosti dece ima i podna podloga od koje je igralište napravljeno. Čvrste površine kao što je beton ili različite ploče od betona ili kamena i keramike mogu potencijalno biti opasni za decu jer se veliki procenat ozleda i nezgoda na dečijim igralištima dešava usled – pada. Danas postoji više materijala i opcija kada je u pitanju pokrivanje površine pod dečijim igralištem od kojih se može birati prilikom izrade prostora za dečiju igru. Podloga koja je izuzetno efikasna pri izradi dečijih igrališta je gumena podloga koja se lije iz jednog komada ili se formira spajanjem više ploča. Mora se napomenuti da se ove podloge koriste i za različite sportske terene, igrališta kao i

za staze za trčanje i druge sportske aktivnosti. Velika prednost ovakvih materijala je u tome što na veoma prirodan način apsorbuju udar i omogućavaju dečijem telu da se na prirodan način ugiba prilikom pada. U odnosu na rastresite podloge njihova prednost je u tome što apsorbuju udarce potpuno ravnomerno, lakše se održavaju i čiste i nije neophodno tako često ih dopunjavati. Takođe, ove podloge su u smislu zadržavanja opasnih čestica kao što su komadi stakla daleko bezbednije jer se ovakve potencijalne opasnosti mogu otkloniti veoma lako – jednostavnim čišćenjem ili četkanjem. Gumene podloge su takođe ekološki izbor za dečija igrališta. One se prave od recikliranih automobilskih guma ali i guma za druga vozila kao što su kamioni, traktori i slično.

U Srbiji, prema grubim procenama ima oko 2.000 dečjih igrališta i 560 registrovanih igraonica. Odsvih tih mesta, sertifikat o bezbednosti ima samo 100 igrališta i tek dve igraonice. Samo oko 5 odsto javnih dečjih igrališta i manje od 1 odsto igraonica za decu ima sertifikat o bezbednosti koji pokazuje da su sprave koje se nalaze u tom prostoru, pa i sam prostor, bezbedni. O bezbednosti najviše vode računa Beograđani i Subotičani. Pitanje bezbednosti i rešavanje problema koji dovode do povreda na dečjim igralištima su aktivnosti kojima država mora dati zakonski okvir (sertifikat o bezbednosti proizvoda). Zakon o opštoj bezbednosti proizvoda obavezuje lokalnu samoupravu i vlasnike igraonica, da mesto na kome će se deca igrati učine bezbednim. Taj zakon propisuje da sve što je za javnu upotrebu mora da bude bezbedno, a dokaz za to je da je usklađeno sa važećim srpskim standardom.

Čak i u zemljama sa veoma razvijenim sistemom bezbednosti na dečjim igralištima dešavaju se povrede. Prema dostupnim statističkim podacima iz SAD, skoro 70% od preko 200.000 povreda na dečjim igralištima svake godine, posledica su pada na podlogu. Sertifikat o bezbednosti podrazumeva da je igralište prošlo kontrolu svih 240 stavki koje su definisane standardom Evropske direktive o opštoj sigurnosti proizvoda (2001/95/EC – The General Product Safety Directive (GPSD)). Gotovo sve sprave moraju imati gumene podloge za ublažavanje udara odgovarajućih dimenzija. Društvo može omogućiti uslove za bezbednost, ali nadzor roditelja ili staratelja je neophodan i presudan za smanjenje povreda, pogotovu male dece. Nadzor dece tokom aktivnosti na igralištima, edukacija o opasnostima i rizičnim situacijama tokom igre, kao i korišćenje štitnika za zglobove, korišćenje štitnika za zube ali i kaciga prilikom penjanja na višlje sprave trebalo bi da budu uobičajene aktivnosti ne samo roditelja već i vaspitača i nastavnika. Takođe lokalna samouprava mora sprovesti preventivno promotivne aktivnosti u saradnji sa centrima za promociju zdravlja, odnosno institutom za javno zdravlje osnovanih u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita i koji vodi kampanje za bezbednost dece u igri .

Literatura:

1. Robson F, Ramos-Jorge ML, Bendo CB, Vale MP, Paiva SM, Pordeus IA. Prevalence and determining factors of traumatic injuries to primary teeth in preschool children. *Dent Traumatol.* 2009; 25(1): 118-22
2. Carević M. Uloga zdravstvenog vaspitanja u prevenciji povreda usta i zuba kod dece. *Zbornik rezimea referata i stručnih radova XXVIII Simpozijuma zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji, Niš 2012.*
3. Zakon o bezbednosti saobraćaja na putevima („Sl. Glasnik RS“, br 41/2009, 53/2010, 101/2011, 32/2013 – Odluka US, 55/2014, 96/2015.)
4. Zakon o opštoj bezbednosti proizvoda („Službeni glasnik RS“, broj 41/09)
5. „Pravilnik o utvrđivanju liste srpskih standarda iz oblasti opšte bezbednosti proizvoda“, broj 26/13

ZNAČAJ ZDRAVSTVENIH KAMPANJA U PROMOCIJI ORALNOG ZDRAVLJA

Zoran Mandinić, Momir Carević

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Oralno zdravlje je neraskidivi deo opšteg zdravlja čoveka i podrazumeva sveobuhvatno zdravlje usta, zuba, desni i svih potpornih tkiva u usnoj duplji. Najčešća oboljenja usta i zuba, karijes i parodontopatija, imaju veliki zdravstveni, socijalni i ekonomski značaj te predstavljaju javno zdravstveni problem u mnogim zemljama širom sveta.

Činjenica da je oralno zdravlje mnogo više od zdravlja samih zuba i dalje je nedovoljno prihvaćena. Oralno zdravlje je neraskidivi deo opšteg zdravlja, a bolesti usta i zuba mogu imati veliki uticaj i na radne sposobnosti, samopouzdanje, socijalne interakcije kao i na govor i spavanje. Pored toga što je integralni deo opšteg zdravlja i utiče na kvalitet života, oralna oboljenja imaju uticaj i na društvo i zdravstvene sisteme zbog velikih ekonomskih troškova.

U mnogim zemljama sveta, pa i u našoj, opterećenje oralnim oboljenjima i troškovi za porodicu i društvo su i dalje potcenjeni.

Istraživanje zdravlja usta i zuba dece, koje je sprovedla Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu 2009.godine pokazuje da među trogodišnjacima sve zdrave zube ima 55,4% dece, u grupi šestogodišnjaka taj procenat je 21,7%, a kod petnaestogodišnjaka svega 7,8% dece ima sve zdrave zube. Istovremeno, incidencija (broj novih slučajeva) malignih oboljenja usta se kreće od 1 do 10 slučajeva na 100 000 ljudi u većini zemalja. Broj obolelih od karcinoma usta je relativno češći među muškarcima, starijim ljudima i ljudima sa lošijim socioekonomskih statusom.

Upotreba duvana i alkohola su glavni faktori rizika povezani sa ovim malignim oboljenjima. U svetu je, među decom uzrasta 6–12 godina, 16-40% imalo neku traumu zuba usled nebezbednih igrališta i školskog okruženja, saobraćajnih udesa i nasilja.

Uprkos smanjenju raširenosti karijesa, ovo oboljenje i dalje ostaje problem za veliki broj ljudi iz Istočne Evrope i za socijalno i ekonomski ugrožene grupe stanovništva u svim zemljama EU. Oralna oboljenja su i u Srbiji češća među siromašnim i posebno osetljivim populacionim grupama.

Kao i u drugim zemljama i u Srbiji stanovnici nižeg obrazovnog statusa i lošijeg materijalnog stanja u značajno većem procentu sopstveno oralno zdravlje procenjuju kao loše i u značajno manjem procentu redovno peru zube. Ovo ukazuje na potrebu iznalaženja načina da se poveća obuhvat stanovnika iz ovih ciljnih grupa zdravstveno-vaspitanim radom i preventivnim stomatološkim pregledima.

Za unapređenje oralnog zdravlja potreban je organizovani i multidisciplinarni pristup zajednice za primenu svih preventivnih mera. Preventivni i multidisciplinarni pristup ostvaren je u mnogim zemljama sveta i mnoge od njih su značajno smanjile rasprostranjenost karijesa, a kod parodontopatija trend smanjenja je ostvaren i kod mlađeg stanovništva.

Mere zaštite zuba treba sprovoditi tokom čitavog života počevši i pre nicanja zuba, tj. tokom trudnoće. Posebno značajna ciljna grupa za preventivan rad su trudnice i deca školskog i predškolskog uzrasta kod kojih se mogu sprovesti skoro sve mere zaštite stalnih i preostalih mlečnih zuba.

Dokazi iz istraživanja i iskustva iz mnogih zemalja sveta nedvosmisleno pokazuju da sveobuhvatna prevencija predstavlja najisplativiji, najjednostavniji i najkvalitetniji način zaštite oralnog zdravlja.

Opšte preporuke za očuvanje oralnog zdravlja:

- Smanjenje unosa šećera i izbalansirana ishrana; „ne postoji zdrava hrana već postoji zdrava ishrana“

- Održavanje adekvatne oralne higijene što podrazumeva redovno i pravilno pranje zuba ujutro pre doručka i uveče kao i posle svakog obroka uz upotrebu interdentalnih četkica
- Fluorprofilaksa
- Korišćenje zaštitne opreme za sportske aktivnosti i pridržavanje propisanih mera bezbednosti u saobraćaju
- Bezbedno fizičko okruženje
- Redovni kontrolni pregledi kod stomatologa
- Prestanak ili smanjenje konzumiranja alkohola
- Prestanak pušenja

Zdravstveno vaspitanje podrazumeva organizovane napore zajednice u edukaciji pojedinca o ličnom zdravlju i razvoju zdravstvene socijalne kulture. Ideje o promociji zdravlja javile su se još u vreme kineske, vavilonske, jevrejske i grčke civilizacije.

Početak XX veka promocija zdravlja dobija sve važnije mesto u javnom zdravlju (Winslow 1926, Sigerist 1946). Povećanje interesa za promociju zdravlja usledilo je 1986. god. kada je održana 1. međunarodna konferencija o promociji zdravlja – „ZDRAVLJE ZA SVE DO 2000“ (Ottawa).

Prema definiciji SZO (1986.), promocija oralnog zdravlja predstavlja proces osposobljavanja ljudi da poboljšaju kontrolu nad sopstvenim oralnim zdravljem, odnosno proces koji pojedincu i zajednici omogućavaju da poboljšaju kontrolu nad svim odrednicama zdravlja i na taj način unaprede i sopstveno zdravlje (SZO, 1989.).

Osnovni pristupi u promociji zdravlja temelje se na: individualnom pristupu - namenjenom poboljšanju zdravstvenog sistema, zdravstvenom ponašanju odnosno učešću pojedinca u aktivnostima za očuvanje zdravlja i drugi kolektivni pristup koji je usmeren ka zdravstvenim navikama, kulturi i potencijalima zajednice kao celine.

Organizacione metode promocije oralnog zdravlja - zdravstvene kampanje, predstavljaju sveobuhvatan, opšte prihvatljiv i ekonomski održiv način za uključivanje populacije različitih uzrasta u promociju zdravlja i obuhvataju dugoročno najefikasniji metod promocije zdravlja, usmeren na ukupno stanovništvo i na grupe sa specifičnim potrebama (deca).

Zdravstvene kampanje promotivnog tipa obezbeđuju kratkoročne ciljeve, dok one koje imaju karakter promotivno-edukativnih kampanja obezbeđuju dugoročne ciljeve.

Kontinuirano povećanje učešća zajednice (društva) u promociji oralnog zdravlja, stalno podizanje nivoa stomatološke zdravstvene kulture, povećanje broja edukovanih kadrova za obezbeđenje oralnog zdravlja, obima preventivnih i profilaktičkih mera i aktivnosti, obezbeđuju se kratkoročni ciljevi. Dugoročni ciljevi trebali bi da se obezbede sveukupnim aktiviranjem zajednice: edukacija i motivacija ljudi koji donose odluke o promociji zdravlja i zdravstvene zaštite; sprovođenje kampanja u promociji oralnog zdravlja (Svetski dan oralnog zdravlja, Nedelja zdravlja usta i zuba, Simpozijum zdravstvenog vaspitanja, Colgate®- oktobar mesec oralnog zdravlja i dr.); da se donesu i realizuju zakonska i podzakonska dokumenta od značaja za promociju oralnog zdravlja (zakona o fluorisanju vode za piće, poreskom politikom stimuliše proizvodnja i distribucija »zdrave« hrane, sredstava za oralnu higijenu, uvođenje zdravstvenog vaspitanja u školske programe i dr.; potom da se uključi lokalna zajednica i ostali segmenti zdravstva na način kako bi se obezbedila multidisciplinarna saradnja sa drugim sektorima zajednice (psihologa, pedagoga, prosvetnih radnika, vaspitača i dr.) u promociji oralnog zdravlja. U cilju intenziviranja aktivnosti koje imaju za cilj unapređenje i očuvanje oralnog zdravlja, u Srbiji se duže od dve decenije, svake godine u trećoj nedelji maja tradicionalno obeležava „Nedelja zdravlja usta i zuba“, a sprovode je Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan

Jovanović Batut” sa mrežom instituta/zavoda za javno zdravlje i Stomatološkim fakultetom Univerziteta u Beogradu.

Tokom kampanje organizuju se brojne javne i druge manifestacije u kojima učestvuju stručna javnost, ali i opšta populacija, a posebno su aktivna deca predškolskog i osnovno školskog uzrasta, nastavnici i roditelji.

Tokom „Nedelje zdravlja usta i zuba“ intenziviraju se aktivnosti na informisanju stanovništva o značaju oralnog zdravlja i merama prevencije, a posebno o potrebi i mogućnostima da se ličnim i kolektivnim angažovanjem i pozitivnim ponašanjem čuva i unapređuje zdravlje usta i zuba. Kampanja ima za cilj i da se dodatno motivišu pojedinci, porodice, zajednica i donosioci odluka za aktivan odnos prema unapređivanju oralnog zdravlja. Ovo je posebno značajno jer oboljenja usta i zuba nisu u dovoljnoj meri prepoznata kao prioritetni javno zdravstveni problem.

„Nedelja zdravlja usta i zuba“ treba da doprinese boljem vrednovanju zdravlja usta i zuba na nivou zajednice i pojedinca. Pored učešća zajednice u promociji i zaštiti zdravlja usta i zuba neophodna je i saradnja institucija i organizacija (državnih, privatnih i udruženja) u lokalnoj zajednici radi povećanja odgovornosti i obezbeđivanja uslova za očuvanje i unapređenje zdravlja usta i zuba stanovništva. U obeležavanju „Nedelje zdravlja usta i zuba“ uključuju se opštinske vlasti, prehrambena industrija, predškolske i školske ustanove, sredstva informisanja, privatni preduzetnici.

„Nedelja zdravlja usta i zuba“ treba da intenzivira i razmenu informacija između profesionalaca u oblasti koji se bave različitim aspektima oralnog zdravlja od promocije zdravlja, zdravstvenog vaspitanja do lečenja bolesti usta i zuba.

Nosioци i koordinatori aktivnosti tokom „Nedelje zdravlja usta i zuba“, na nivou okruga su okružni instituti i zavodi za javno zdravlje, a za teritoriju svake opštine službe stomatološke zaštite domova zdravlja, uz aktivno učešće privatne stomatološke prakse.

Ciljevi obeležavanja kampanje „*Nedelja zdravlja usta i zuba*“:

- Podsticati donosioce odluka za podršku merama za unapređenje oralnog zdravlja stanovništva
- Mobilisati sve sektore društva na zajedničke akcije koje imaju za cilj promociju oralnog zdravlja
- Motivisati zdravstvene radnike za sprovođenje zdravstveno vaspitnog rada na temu oralnog zdravlja
- Ukazati na značaj oralnog zdravlja kao značajne komponente opšteg zdravlja i na mogućnost da se primenom adekvatnih mera dobro oralno zdravlje može održati tokom čitavog života
- Uticati na poboljšanje zdravlja usta i zuba dece i na stvaranje navike pravilnog održavanja oralne higijene i primenu mera neophodnih za očuvanje oralnog zdravlja.
- Doprineti da se poveća broj ljudi sa očuvanim oralnim zdravljem.

Istovremeno, kontinuiranom upotrebom štampanih i elektronskih medija, značajno bi se poboljšao kvalitet pristupa informacija o promociji oralnog zdravlja širokoj društvenoj zajednici. Zdravstveno vaspitni rad treba da ostane kao važan deo Preventivnog programa sa ciljem da utiče na usvajanje novih saznanja, navika i pozitivnih stavova o sopstvenom zdravlju i dovede do promene ponašanja štetnih po zdravlje. Neophodno je značajno povećati prisustvo i korišćenje očiglednih zdravstveno-vaspitnih sredstava, za šta je neophodna pomoć šire zajednice.

Literatura:

1. Wallack L, Dorfman L. *Media advocacy: A strategy for advancing policy and promoting health. Health Educ Q.* 1996; 23:293–317.
2. Morrison DS, Petticrew M, Thomson H. *What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health.* 2003; 57:327–33.
3. Randolph W, Viswanath K. *Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. Ann Rev Public Health.* 2004; 25:419–37.

4. *Abroms LC, Maibach EW. The effectiveness of mass communication to change public behavior. Annu Rev Public Health. 2008; 29:219–34.*
5. *Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now? Soc Sci Med. 2008; 67:1343–55.*
6. *Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009; 373:2223–33.*
7. *Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. Lancet. 2010; 376(9748): 1261–1271.*

ASPEKTI STOMATOLOSKE NEGE PACIJENATA SA POSEBNIM POTREBAMA

Ana Vuković

Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Poslednjih godina u svetu se sve više razvija trend sveobuhvatne stomatološke brige o deci u njihovim domovima ili u institucijama. Roditelji se češće obraćaju stomatologu sa potrebom za pružanjem kompletnije stomatološke usluge, uključujući i ortodonstku terapiju. Ovakav stav se objašnjava potrebom za poboljšanjem facijalne estetike koja bi pacijentu (kao i njegovim roditeljima) pomogla u postizanju određenog nivoa društvene prihvatljivosti, poboljšanja samopoštovanja i pobuđivanja povoljnije društvene reakcije.

Ova promena stava je, generalno gledano, značajno povećala zahteve za finijim i raznovrsnijim stomatološkim tretmanima kod ove populacije. Pružanje stomatološkog tretmana pacijentima sa posebnim potrebama zahteva posedovanje specijalizovanog znanja, svesti, razumevanja i sposobnosti prilagođavanja na posebnom nivou koji je iznad onog potrebnog za rutinske stomatoloske procedure.

U Srbiji živi oko 22.000 dece uzrasta do 7 godina koja su ometena u razvoju. Broj dece školskog uzrasta koja su ometena u razvoju je znatno veći i iznosi oko 56.000. Od ukupnog broja čkolske dece sa posebnim potrebama, procenjuje se da više od polovine (68%) ima usporen mentalni razvoj. Učestalost cerebralne paralize iznosi 3-5 na 1000 dece. Takođe, uprkos početnim verovanjima u suprotno, autizam nije retka pojava. Poznato je da, ukoliko se podrazumeva ceo spektar autističnih poremećaja, može obuhvatiti skoro 6 od 1000 osoba.

Specifičnosti stanja oralnog zdravlja osoba ometenih u razvoju

Veliki broj istraživanja širom sveta su pokazala znatno lošije stanje oralnog zdravlja kod pacijenata sa posebnim potrebama u poređenju sa zdravim osobama. S obzirom da su posledice karijesa dobro poznate (bol, infekcija, nelagodnost, učestale poseta stomatološkoj ambulanti što dovodi do poremećaja dnevnog ritma, potreba za prepisivanjem antibiotika, ugrožavanje opšteg zdravstvenog stanja) mogu imati veći negativni efekat po psiho fizičko stanje zdravlja kod pacijenata sa posebnim potrebama, veoma je važno da se ovoj osetljivoj grupi pacijenata obezbedi kvalitetna i organizovana stomatološka zdravstvena zaštita. Loše stanje oralnog zdravlja kod pacijenata sa posebnim potrebama u poređenju sa njihovim zdravim vršnjacima se ogleda u prisustvu lošijeg stanja oralne higijene, prisustva velike količine mekih i čvrstih naslaga na zubima, zastupljenost paradontalnih oboljenja je značajno veća, visok procenat nesanirani karijesnih zuba sa svim pratećim komplikacijama, povrede zuba i usta su češće i češće se javlja učestalost malokluzija različitog sepna izraženosti. Ovako loše stanje oralnog zdravlja u ovoj grupi pacijenata je u velikoj meri povezano sa ometenošću u psihičkom razvoju, što dovodi do otežane komunikacije, nepostojanja svesti o značaju oralnog zdravlja i nemogućnosti da se samostalno brinu o sopstvenom oralnom zdravlju. Najčešća stomatološka usluga pružena deci sa posebnim potrebama je ekstrakcija zuba. Profilaktičke stomatološke procedure, sanacija oralnih oboljenja i ortodontska terapija su procedure koje su znatno ređe zastupljene u populaciji dece sa posebnim potrebama. Slaba informisanost roditelja i staratelja i pacijenata o potrebama i mogućnostima stomatološkog zbrinjavanja je posledica neadekvatne zastupljenosti zdravstveno vaspitnog rada i nedostatka edukativnih brošura. Takođe nedovoljno organizovana

interdisciplinarna saradnja sa pedijatrijama i specijalistima drugih oblasti medicine koji leče osnovno oboljenje pacijenata je uzrok neblagovremenog obaveštenja pacijenata i njihovih roditelja i staratelja o mogućnostima stomatološkog tretmana. Na žalost, što je osnovno oboljenje teže, postoji i proporcionalna nemotivisanost i nezainteresovanih pacijenata i roditelja ili staratelja o nezi usta i zuba. Sa druge strane postoji i nemotivisanost opštih stomatologa za rad sa hendikepiranim pacijentima zbog otežanog pristupa i komunikacije što dovodi do potrebe za utroškom veće količine vremena potrebnog za intervenciju. Na žalost, nedovoljan je broj adekvatno obučeni i motivisanih opštih i dečjih stomatologa za rad sa decom sa posebnim potrebama na nivou primarne stomatološke zdravstvene zaštite koji bi bili u mogućnosti da spremno izađu u susret potrebama ove osetljive grupe pacijenata i da im pruže adekvatan stomatološki tretman. Upravo ovakva situacija znatno otežava mogućnost kvalitetne organizacije stomatološke službe u stomatološkim ambulancama i u stacionarnim ustanovama za boravak dece sa posebnim potrebama. Usluga sanacije usta i zuba u sedaciji ili opštoj endotrahealnoj anesteziji je teško dostupna pacijentima kojima je potrebna zbog liste čekanja što zahteva zakazivanje intervencije i do nekoliko meseci unapred. Ovakvi uslovi dovode do jako lošeg stanja zdravlja usta i zuba kod pacijenata sa posebnim potrebama i ukazuju na potrebu za novim modelom usluga koji je zasnovan na dokazima, efikasan i dostupan korisnicima.

Kako treba da izgleda stomatološka nega pacijenata sa posebnim potrebama?

Savremeni pristup stomatološkog tretmana kod osoba sa posebnim potrebama podrazumeva stavljanje pacijenta i njegovih individualnih potreba u središte interesovanja. To znači da bi stomatološki plan terapije kod osoba sa posebnim potrebama trebalo da bude fleksibilan i prilagođen potrebama pacijenta na zadovoljavajući način. Plan terapije takođe treba da bude realan i u skladu sa fizičkim i psihološkim mogućnostima pacijenta. Pacijent i njegovi roditelji ili pratioci bi trebalo da budu aktivno uključeni u donošenje odluka vezano za postizanje i održavanje oralnog zdravlja. Istraživanja su pokazala da najveći značaj u održavanju oralnog zdravlja kod dece sa posebnim potrebama imaju preventivne i profilaktičke mere. Posebno mesto ima zdravstveno vaspitni rad s obzirom da pacijenti i njihovi roditelji i staratelji treba da imaju svest o značaju oralnog zdravlja. Pored njih i ostali članovi multidisciplinarnog tima koji brine o osobama sa posebnim potrebama treba da imaju svest o značaju oralnog zdravlja (logoped, defektolog, pedijatar, lekar opšte prakse, psiholog, neurolog, hematolog, onkolog, metabolog, zaposleni u ustanovama za brogu o osobama sa posebnim potrebama itd). Stomatološke usluge pacijentima sa posebnim potrebama treba da budu fizički moguće i lako dostupne, posebno one koje obuhvata primarna zdravstvena zaštita. Neophodna je adekvatna obuka za rad sa osoba sa posebnim potrebama koja bi trebalo da obuhvati i osnovne i postdiplomske studije stomatologije.

Zaključak: Pružanje primarne i kontinuirane, preventivne i terapijske stomatološke zdravstvene zaštite pacijentima sa posebnim potrebama predstavlja integralni deo posla koji obavlja specijalista dečje stomatologije. Promocija oralnog zdravlja pacijenata sa posebnim potrebama i adekvatna edukacija njihovih porodica i nadležnih ustanova i organizacija je podjednako važna koliko i samo pružanje stomatološke pomoći.

Literatura:

1. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, Dougall A, O'Neill E, McLoughlin J, Guerin S. What should dental services for people with disabilities be like? Results of an Irish Delphi panel survey. *PLoS One*. 2014 Nov 24;9(11):e113393. doi: 10.1371/journal.pone.0113393. eCollection 2014.

2. Norderyd J, Klingberg G, Faulks D, Granlund M. Specialised dental care for children with complex disabilities focusing on child's functioning and need for general anaesthesia. *Disabil Rehabil.* 2016 Nov 22;1-8. [Epub ahead of print]
3. Dougall A, Molina G, Eschevins C, Faulks D. A Global Oral Health Survey of professional opinion using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of dentistry* 201543:683–694.
4. Friedman J, Nash D, Mathu-Muju K. The virtual dental home: a critique. *J Public Health Dent.* 2017 Feb 18. doi: 10.1111/jphd.12208. [Epub ahead of print]
5. Glassman P, Subar P. Creating and maintaining oral health for dependent people in institutional settings. *J Public Health Dent.* 2010 Jun;70 Suppl 1:S40-8.
6. Diéguez-Pérez M, Nova-García M, Mourelle-Martínez R, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *J Clin Exp Dent.* 2016;8(3):e337-43.

POSTERI

01

DEČIJA STOMATOLOGIJA- SPECIFIČNOSTI U RADU SA DECOM

Božana Radanović

Ordinacija opšte stomatologije "Tusk"

Uvod i cilj: Specifičnost u radu sa decom se ogleda u razumevanju anatomo-morfoloških razlika dečijeg uzrasta i psihološkog tipa kome dete pripada, kao i prilagođavanju svih intervencija i postupaka sa ciljem sanacije oralnih stanja, kao i edukacije i preventive.

Metod: kroz zdravstveno-vaspitni rad sa decom i redovne kontrole podstaći decu i roditelje na očuvanje i unapređenje zdravlja usta i zuba.

Rezultati: Prva poseta deteta je veoma bitna i ona treba da bude posvećena razgovoru stomatologa sa detetom, kao i upoznavanju deteta sa novim okruženjem, kako bi se otklonio strah, pridobilo poverenje deteta i ostvarila što bolja saradnja. Uigranost i dobra komunikacija stomatološkog tima će doprineti prijatnijem boravku deteta u ordinaciji, a time i olakšati izvođenje neophodnih zahvata na mlečnim i stalnim zubima.

Zaključak: Osim sanacije oboljenja usta i zuba, zadatak stomatologa jeste i preventiva, motivacija i edukacija malih pacijenata o unapređenju zdravlja usta i zuba, otklanjanju štetnih navika ukoliko postoje, promovisanju zdravih navika i ukazivanje na značaj pravilne ishrane u dečjem uzrastu. Za rad sa decom neophodno je uložiti pre svega mnogo ljubavi, volje i truda, a time ni uspeh neće izostati.

Ključne reči: mlečni zubi, dečiji uzrast, psihologija dece.

02

FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK NEKARIOZNIH LEZIJA KOD DECE UZRASTA 14 GODINA

Snežana Brcanski¹, Vanja Stakić¹, Duška Blagojević²

¹Dom zdravlja „dr Đorđe Lazić“ Sombor, ²Klinika za stomatologiju Vojvodine, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Uvod: Nekariozne lezije (NKL) su oštećenja zuba nastala dejstvom mehaničkih, fizičkih i hemijskih agenasa bez uticaja mikroorganizama.

Cilj: utvrditi faktore rizika koji dovode do oštećenja na zubima kod dece uzrasta 14 godina.

Metod: Ispitanici su bili učenici VIII razreda OŠ „Avram Mrazović“ u Somboru. Učenici su pregledani u školskoj stomatološkoj ambulanti u saradnji sa timom zaposlenim u ambulanti i popunjavali su standardizovan upitnik koji je rađen po modelu upitnika koji je koristila i Evropska asocijacija stomatologa (2011) za istraživanje sličnog tipa. Upitnik je omogućio uvid u higijensko-dijetetske navike ispitanika. Promene tipa atricije i abrazije su beležene pomoću Indeksa atricije i abrazije po Ričardsu i Braunu, a promene tipa erozije su beležene pomoću BEWE indeksa.

Rezultati: Ispitan je i pregledan 71 učenik. Istraživanje je pokazalo statistički značajnu razliku za nastanak NKL u odnosu na vrstu i tvrdoću četkice. Najviše ispitanika sa promenama koristi četkicu srednje tvrdoće (37,5%), meku (12,5%) i ekstrameku četkicu (12,5%) dok tehnika pranja zuba ne utiče značajno na nastanak NKL. Nije dobijena ni statistički značajna povezanost navika u ishani i NKL ali je primećeno da veliki procenat dece konzumira gazirana pića (često 28,6%, ponekad 32,8%), grickalice (često 39,4%, ponekad 32,4%) i žvake (često 47,9%, ponekad 26,8%).

Zaključak: Kod dece kod kojih su uočene NKL bi trebalo pronaći uzroke i edukovati pacijenta o posledicama po stomatognati sistem do kojih mogu dovesti štetne navike u ishrani i pogrešan način održavanja oralne higijene.

03

UNAPRJEĐENJE ZDRAVLJA ZUBI DJECE

Nevenka Meandžija, Irena Jurišić, Patricija Raguž, Marijana Ćosić-Čivrag

Zavod za javno zdravstvo, Brodsko –posavske županije, Republika Hrvatske

Uvod: U Republici Hrvatskoj od 1998. godine Službe za školsku i adolescentnu medicinu postale su dio Zavoda za javno zdravstvo. Službe provode specifične i preventivne mjere zdravstvene zaštite koje, pored ostalog, uključuju sistematske preglede djece određene dobi i zdravstveni odgoj. Sastavni dio sistematskog pregleda je pregled usne šupljine i uvid u stanje zubi. Od 2013. godine školske medicinske sestre provode zdravstveni odgoj o higijeni zubi za učenike prvih razreda osnovnih škola, a u trećim razredima o pravilnoj prehrani. Karijes je najčešća dijagnoza utvrđena na sistematskim pregledima. RH se ubraja u zemlje EU s visokom KEP (karijes, ekstrakcija, plomba) indeksom u dvanaestogodišnjaka.

Cilj: Prikazati kretanje karijesa tijekom 15 godina provođenja sistematskih pregleda u Brodsko –posavskoj županiji.

Metod: statistički podaci iz godišnjih izvješća rada službe

Rezultati:

šk.g.00/01: 1.r.OŠ 60,17 % , 5.r. 45,43 % , 8r. 36,94 % , 1,r, SŠ 24,61 % , studenti 1. Ak.god.----

šk.g.05/06: 65,27 % , 44,13 % , 23,60 % , 19,7 % , 18,96 %

šk.g.10/11: 56,96 % , 37,35 % , 13,01 % , 25,05% , 2,57 %

šk.g.15/16: 60,31 % , 25,75 % , 14,28 % , 3,07% , 9,43 %

Zaključak: Radi unaprjeđenja oralnog zdravlja djece u RH je 2015.g. donesen je Strateški plan promicanja i zaštite oralnog zdravlja i Nacionalni program za preventivu i zaštitu oralnog zdravlja. Pokrenut je Pilot projekt „Zubna putovnica“ u koju je šk. g. 16/17 uključeno 5 Zavoda za javno zdravstvo sa Službama školske i adolescentne medicine, a od šk. god. 17/18. bit će uključeni svi Zavodi u RH.

04

DIPLOMA ZA BLISTAV OSMEH

Radmila Ćirković

Dom zdravlja Bela Palanka

Uvod: Pored žive reči, veliku ulogu imaju slikovne poruke, pohvale, diplome. Diploma je upečatljiva i veoma podsticajna.

Cilj: Najmanja nagrada predstavlja podsticaj malim pacijentima da ponovo dodju. Efikasno i lako prenosi informacije.

Metod: Prezentacija namenski dizajnirane diplome. Diploma nosi poruke: održavanje oralne higijene, pravilna ishrana, upotreba konca za zube, važnost posete stomatologu. Po završenoj intervenciji, dete dobija diplomu sa pečatom i ocenom.

Rezultati: Sprovođenjem zdravstveno vaspitnih aktivnosti tokom cele godine dobijamo motivisanu decu sa dobrim navikama za zivot. Budi volju za očuvanjem zdravlja i doprinosi formiranju zdravog ponasanja. Budi želju za lepim osmehom.

Zaključak: Deca najbolje uče ukoliko im se pokaže poštovanje i ljubaznost. Diploma za blistav osmeh.

05

ZASTUPLJENOST RAZLIČITIH NIVOVA PRIPOJA FRENULUMA GORNJE USNE KOD DJECE

Jelena Lečić, Svjetlana Janković, Bojana Davidović, Igor Radović

Medicinski fakultet Foča- studijski program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, BiH

Cilj: odrediti zastupljenost različitih nivoa pripoja frenuluma gornje usne kod djece osnovno-školskog uzrasta.

Metod: Istaživanjem je obuhvaćeno 110 djece, učenika Osnovne škole „Ljutica Bogdan“ u Kalinoviku, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina. Ispitanici i roditelji su bili upoznati sa prirodom istraživanja. U studiju su uključena samo djeca čiji su roditelji pismenim putem dali svoj pristanak za pregled. Klinički pregledi su izvedeni laganim ekartiranjem gornje usne u horizontalnom smjeru od alveolarnog nastavka, pod prirodnim osvjetljenjem. Za dijagnostiku nivoa pripoja frenuluma gornje usne (FGU) je korištena je klasifikacija prema Plačeku i saradnicima. Prema pomenutoj klasifikaciji postoje mukozni, gingivalni, papilarni i papilarno-palatalni novo pripoja FGU.

Rezultati: U studiju je uključeno 49 (44,5 %) djece muškog i 61 (55,5%) djeteta ženskog pola. Mukozni pripoj FGU je registrovan kod 57% ispitanika, gingivalni pripoj FGU kod 17,3%, papilarni nivo FGU kod 20,9% a papilarno-palatalni kod 4,5%. Nije primjećena razlika u zastupljenosti različitih nivoa pripoja FGU između polova ($p > 0,05$).

Zaključak: U ovom istraživanju najviše je zastupljen mukozni pripoj FGU a najmanje papilarno-palatalni. Poznavanje zastupljenosti različitih nivoa pripoja FGU je značajno sa aspekta pravilnog održavanja oralne higijene, prevencije parodontalnih oboljenja kao i prevencije i uspijeha terapije ortodontskih anomalija.

06

ŠKOLSKA STOMATOLOŠKA ORDINACIJA – PROŠLOST ILI BUDUĆNOST

Svjetlana Janković, Bojana Davidović, Jelena Lečić, Igor Radović

Medicinski fakultet - studijski program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, BiH

Cilj: Cilj rada je ukazati na značajnost i važnost školske stomatološke njege koja se najbolje sprovodi u školskim stomatološkim ordinacijama.

Metod: Na području istočnog dijela Republike Srpske, od Bijeljine do Trebinja, niti u jednoj osnovnoj školi nema organizovane školske stomatološke ordinacije. U okviru programske stomatološke zaštite, ljekari i specijalizanti dječije i preventivne stomatologije, Katedre za dječiju i preventivnu stomatologiju, Medicinskog fakultetu u Foči sprovedli su niz aktivnosti u školama, kako bi sva djeca osnovno-školskog uzrasta bila obuhvaćena.

Rezultati: Program školske stomatološke njege bio je usmjeren na edukaciju i zdravstveno vaspitanje pacijenata te prevenciju oralnih bolesti. Svim ispitanicima urađen je stomatološki pregled i date su upute za dalje intervencije bez obzira na društveno-ekonomski status, njihov strah i motivisanost. Zdravstveno-vaspitni rad sproveden je u vidu predavanja u školama, rada u maloj grupi kao i rad sa djecom i roditeljima. Na Klinici za dječiju stomatologiju je obavljena sanacija i dosanacija jednog broja obuhvaćene djece.

Zaključak: Veoma je važno razviti odgovornost pojedinca za sopstveno zdravlje. Neophodna je odgovarajuća zdravstvena strategija i spremnost društva da obezbijedi sve mjere u cilju očuvanja oralnog zdravlja. Sigurna mjera u ostvarenju tog cilja, kada su u pitanju djeca školskog uzrasta, bila bi organizovati stomatološke ordinacije u školama. Stanje oralnog zdravlja školske djece kao i praćenje, prevencija i terapija oboljenja usta i zuba sveobuhvatno se može sagledati kroz sprovođenje sistematskog i planskog rada u okviru školske stomatološke njege.

07

PREDŠKOLCI, SVI ZAJEDNO DO ZDRAVOG OSMEHA

Jelena Došljak Mačković

Dom zdravlja Vladimirci

Uvod: Zdravi zubi i dobra oralna higijena omogućiće deci da u potpunosti osete kvalitet svakodnevnog života. Hrana i piće nisu isti ako imate pokvarene zube, ili neprijatan zadah u ustima.

Cilj: Ispitati prevalencu karijesa na mlečnim zubima kod dece predškolskog uzrasta ma teritoriji opštine Vladimirci.

Metod: Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja Vladimirci i obuhvaćeno je 131 dete u 2015. godini, 125 u 2016 i 134 u 2017.godini. Stomatološki pregled je vršen standardnom epidemiološkom metodom pri dnevnom osvetljenju, uz pomoć stomatološkog ogledalceta i sonde. Prevalenca karijeca je analizirana prema preporukama SZO (KEP i KIP indeks).

Rezultati: Vrednosti KIP-a 2015. je 3,58, 2016. je 3,63, a 2017. 3,91. Podaci ne pokazuju značajnu razliku, što je najverovatnije posledica mišljenja da mlečne zube ne treba popravljati zato što se menjaju. O održavanju higijene i pravilnoj ishrani većina roditelja nije pravilno informisana. Deca se uglavnom dovode kada ih zaboli zub.

Zaključak: Edukacija roditelja mora da bude mnogo bolja, a broj dece obuhvaćenih stomatološkim pregledom, počev od odojčeta, mora da se povećama. Važno je da se dobre navike usvoje u ranom detinjstvu, jer one ostaju za celi život. Čisti zubi i čista usta su putokaz za zdrav život i srećniji život.

08

UTICAJ STAVOVA RODITELJA NA PRIMENU FLUORIDA KOD DECE

Svetlana Popović

Dom zdravlja "dr Milutin Ivković", Palilula, Beograd

Cilj: Sagledavanje uticaja stavova roditelja na prihvatanje primene fluorida kod dece školskog uzrasta.

Metod: U želji da saznamo stavove roditelja o primeni fluorida kao i koliki uticaj imaju na prihvatanje njihove primene od strane dece, korišćen je posebno dizajniran upitnik za roditelje i decu. Obuhvaćeno je pedeset parova roditelja i dece (uzrasta 12 godina) koja su zatražila stomatološki tretman u periodu januar-april 2017.godine.

Rezultati: a) 82% roditelja u odnosu na 28% dece zna da pasta za zube sadrži fluoride; b) roditelji (68%) u znatno većem procentu u odnosu na decu (32%) znaju da fluor štiti zube od karijesa; c) 46% dece koristi rastvore za ispiranje usta sa fluorom, 30% ne koristi, dok 24% ne zna da li korišćeni rastvori sadrže fluor; d) najviše informacija o nezi usta i zuba i primeni fluorida i roditelji i deca dobijaju od dečijeg stomatologa (68%); e) primenu fluorida u okviru školske stomatološke nege podržava 72% roditelja, dok ostali ne znaju da se ona primenjuje, i f) kod 76% dece je primenjen rastvor fluora u stomatološkoj ordinaciji različitog ukusa, pri čemu svi tretirani ispitanici preferiraju ukus jagode.

Zaključak: Evidentno je da su zalaganjem školskog stomatologa anketirani roditelji prihvatili sugestije o primeni fluorida u očuvanju oralnog zdravlja svoje dece, podržavajućinjihovu primenu u okviru školske stomatološke nege. Usvajanjem značaja fluorprofilakse, roditelji uspešno ostvaraju zdravstveno vaspitnu funkciju u porodici, postizujući veću motivisanost svoje dece za očuvanje oralnog zdravlja. Svakako, radi postizanja većeg efekta u podizanju nivoa svesti i roditelja i dece o značaju oralnog zdravlja, neophodno je i intenzivnije uključivanje nastavnog kadra.

ZNAČAJ PREVENCIJE GINGIVO-PARODONALNIH OBOLJENJA KOD DECE SA DAUNOVIM SINDROMOM - prikaz slučaja

Branislava Stojković¹, Ljiljana Kostadinović¹, Marija Igić¹, Olivera Tričković Janjić¹, Simona Stojanović²

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Preventivna i dečja stomatologija, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Oralna hirurgija

Uvod: Daunov sindrom je jedan od najčešćih genetskih poremećaja, okarakterisan specifičnim fenotipskim karakteristikama, mentalnom retardacijom, često i kardio-vaskularnim bolestima. Promene na nivou oro-facijalne regije, karakteristične za sindrom, zajedno sa oslabljenim imunološkim odgovorom doprinose ranoj pojavi oralnih oboljenja, već u najranijem detinjstvu, često u teškoj kliničkoj formi. Parodontalna oboljenja predstavljaju najvažniji oralni zdravstveni problem i glavni su razlog ranog gubitka zuba kod osoba sa ovim sindromom.

Prikaz slučaja: Prikazan je slučaj devojčice sa Daunovim sindromom, stare 13 godina, kod koje su kliničkim pregledom registrovane promene u usnoj duplji karakteristične za ovaj sindrom: microdontia, slabo razvijene-hipoplastične vilice, ukršten zagrižaj u molarnoj regiji. Indeks oralne higijene ukazuje na neurednu oralnu higijenu, a gingivalni indeks na jaku inflamaciju gingive. Analizom ortopantomografskog snimka utvrđen je značajni gubitak koštanog potpornog tkiva, u incizalnoj, premolarnoj i molarnoj regiji. Registrovana je niska zastupljenost karijesa.

Zaključak: Zbog izrazite predispozicije za nastanak gingivo-parodontalnih oboljenja, kod dece sa Daunovim sindromom je od ranog detinjstva neophodna kontinuirana primena preventivno-profilaktičkih mera. Stalnom motivacijom i remotivacijom roditelja sa ciljem sprečavanja nastanka gingivo-parodontalnih oboljenja, odnosno zaustavljanja bolesti u njenoj najranijoj fazi, sprečio bi se prerani gubitak zuba u ovoj populaciji dece.

MORFOLOŠKE VARIJACIJE FRENULUMA GORNJE USNE KOD DJECE

Ana Cicmil, Jelena Lečić, Olivera Govedarica, Smiljka Cicmil

Medicinski fakultet Foča - studijski program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, BiH

Cilj: utvrditi zastupljenost različitih morfoloških tipova frenuluma gornje usne kod djece osnovno-školskog uzrasta.

Metod: Istraživanjem je obuhvaćeno 110 djece, učenika Osnovne škole „Ljutica Bogdan“ u Kalinoviku, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina. Djeca čiji su roditelji potpisali pismenu saglasnost, nakon što su upoznati sa prirodom istraživanja, su uključena u studiju. Klinički pregledi su izvedeni pod prirodnim svjetlom, laganim ekartiranjem gornje usne u horizontalnom smjeru od alveolarnog nastavka. Morfološki tipovi frenuluma gornje usne (FGU) su registrovani u skladu sa klasifikacijom prema Severinu. U pomenutoj klasifikaciji postoji osam tipova FGU: jednostavni frenulum, perzistentni tektolabijalni, jednostavni frenulum sa apendiksom, jednostavni frenulum sa nodulom, dvostruki frenulum, frenulum sa nišom, bifidni frenulum i frenulum sa dvije ili više varijacija u isto vrijeme.

Rezultati: U studiju je uključeno 49 djece muškog (44,5%) i 61 dijete ženskog pola (55,5%). Jednostavni frenulum je registrovan kod 64,5% ispitanika, perzistentni tektolabijalni kod 4,5%, jednostavni frenulum sa apendiksom kod 9,1%, jednostavni frenulum sa nodulom kod 14,5%, dvostruki frenulum kod 5,5%, bifidni frenulum i frenulum sa nišom nisu registrovani, dok je frenulum sa dvije ili više varijacija registrovan kod 1,8% ispitanika. Nije uočena razlika u zastupljenosti različitih morfoloških tipova FGU između polova ($p > 0,05$).

Zaključak: Poznavanje morfologije FGU, kao i zastupljenosti različitih varijacija je veoma značajno u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Adekvatna procjena morfologije frenuluma je veoma bitna da bi se izbjeglo proglašavanje normalnih varijacija FGU patološkim promjenama.

11

PREVALENCIJA KARIJESA KOD PETNAESTOGODIŠNJAKA U NIŠU

Aleksandra Stojković-Dikić¹, Marija Igić², Nadežda Nikolić³, Goran Mihajlović⁴

¹Dom zdravlja Niš, ²Medicinski fakultet Niš, Klinika za stomatologiju, ³Dom zdravlja Petrovac na Mlavi, ⁴Dom zdravlja Lebane

Uvod: Karijes je multikauzalno oboljenje koje je još uvek veliki problem u našoj sredini.

Cilj: da se prikaže prevalencija karijesa kod petnaestogodišnjaka u Nišu.

Metod: Ispitivanje je obuhvatalo petnaestogodišnjake iz Ugostiteljsko-turističke škole u Nišu. Ukupan broj ispitanika je bio 116 (59 devojčica i 57 dečaka). Svim ispitanicima je u školskoj stomatološkoj ordinaciji urađen sistematski pregled. Nakon toga izračunata je prevalencija karijesa koja je predstavljena statističkim indeksima i koeficijentima, kao i pokazateljima strukture.

Rezultati: Dobijeni rezultati pokazuju visoku prevalenciju karijesa u ispitivanoj populaciji. Ukupne vrednosti indeksa i koeficijenata su bile sledeće: KIP=6,9, KIO=94,82%, KIZ=24,66%. Kod dečaka KIP je bio 5,5, KIO=89,47%, a KIZ=19,67%. Struktura KEP-a je nepovoljna (K=71%, E=4,47% i P=24,53%). Slične vrednosti dobijene su i kod devojčica: KIP= 8,25, KIZ= 29,47%, KIO=100%, K=61%, E=3,28% i P=35,72%.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata zaključujemo da je prevalencija karijesa petnaestogodišnjaka velika. S obzirom na tu činjenicu, potrebno je intenzivirati zdravstveno vaspitni rad sa srednjoškolicima i ukazati im na mogućnosti očuvanja zdravlja usta i zuba.

12

PREVALENCIJA KARIJESA MLEČNIH ZUBA KOD ŠESTOGODIŠNJAKA U PETROVCU NA MLAVI

Nadežda Nikolić¹, Marija Igić², Aleksandra Stojković-Dikić³, Goran Mihajlović⁴

¹Dom zdravlja Petrovac na Mlavi, ²Medicinski fakultet Niš, Klinika za stomatologiju, ³Dom zdravlja Niš, ⁴Dom zdravlja Lebane

Uvod: Karijes je najrasprostranjenije progresivno oboljenje tvrdih zubnih tkiva.

Cilj: da se prikaže prevalencija karijesa mlečnih zuba kod šestogodišnjaka u Petrovcu na Mlavi.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 213 šestogodišnjaka (85 devojčica i 128 dečaka). Svim ispitanicima urađen je stomatološki sistematski pregled uz pomoć stomatološkog ogledala i sonde, pri veštačkom osvetljenju. Prevalencija karijesa je izražena statističkim koeficijentima: karijes indeks osoba (kio), karijes indeks zuba (kiz), indeksom i merom prosečnih vrednosti (kip) i pokazateljem strukture karioznih, ekstrahovanih i plombiranih zuba (kep).

Rezultati: Dobijeni rezultati pokazuju da je ukupan kio 92,96% (kod dečaka 92,97% i kod devojčica 92,94%), kiz=34,25% (kod dečaka 34,02% i 34,58% kod devojčica), kip= 6,85 (kod dečaka 6,80 i 6,91 kod devojčica). Struktura kep-a pokazuje: k=86,70%, e=7,89% i p=5,41%.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da je prevalencija karijesa mlečnih zuba kod šestogodišnjaka u Petrovcu na Mlavi velika. Ovo ukazuje da je potreban dalji ozbiljni rad na programu preventivne stomatološke zaštite i njegovom revnosnom sprovođenju.

13

KLINIČKO ISPITIVANJE RASPROSTRANJENOSTI SEKUNDARNOG KARIJESA ISPOD AMALGAMSKIH I ESTETSKIH RESTAURACIJA KOD ADOLESCENATA

Igor Radović, Svjetlana Janković, Bojana Davidović, Jelena Lečić

Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet u Foči, studijski program Stomatologija

Uvod: Sekundarni i rekurentni karijes je karijesna lezija koja se javlja pored postavljenog ispuna kao posledica postojanja biofilma na površini zuba ili na zidovima preparisanog kaviteta. Ove lezije nastaju kao rezultat mikrocurenja između ispuna i zidova kaviteta.

Cilj: jedasekliničkim pregledom evidentiraju svi ispuni na zubima, da se utvrdi njihov broj, vrsta materijala koji je korišćen za restauraciju, kao i da se ustanovi prisustvo sekundarnog karijesa u odnosu na vrstu materijala u populaciji adolescenata

Metod: U sklopu ove studije pregledano je ukupno 385 ispitanika oba pola starosti 15-18 godina. Stomatološki pregledi ispitanika su obavljani u srednjoškolskim centrima u 7 gradova u Bosni i Hercegovini uz primjenu veštačkog osvetljenja, stomatološkog ogledalca i stomatološke sonde. Sekundarni karijes dijagnostikovao je stomatološkom sondom kao mikropukotina između zida kaviteta i ispuna.

Rezultati: Prosečan broj ispuna kod ispitivane populacije bio je 5. Bez ispuna bilo je 12% ispitanika, dok je 27,8% pregledanih imalo 7 i više restauracija. Sekundarni karijes ispod amalgama uočen je kod 7,7% ispitanika, dok je sekundarni karijes ispod estetskih restauracija imalo 17,2% pregledanih.

Zaključak: Sobzirom dase radi o populaciji adolescenata utvrdjene vrednosti sekundarnog karijesa mogu se oceniti kao visoke.

Većaučestalost sekundarnog karijesa bilaje ispod estetskih restauracija nego amalgamskih.

14

MINIMALNO INVAZIVNE PREPARACIJE U ESTETSKOJ STOMATOLOGIJI KOD ADOLESCENATA

Marina Relić¹, Ana Harhaji²

¹Dom zdravlja, Sremska Mitrovica, ²Srednja medicinska škola „7. April“, Novi Sad

Cilj: Prikazati značaj minimalno invazivne preparacije u estetskoj zoni uz maksimalno očuvanje zubnih tkiva upotrebom kompozitnih materijala.

Metod: Tri šestnaestogodišnja pacijenta javila su se u stomatološku ordinaciju radi izmenjene boje zuba centralnog sekutića. Uzrok diskoloracije bio je različit kod sva tri pacijenta a podaci su dobijeni anamnezom (posledica traume, endodontski tretman i prirodna diskoloracija). Primenjena je tehnika minimalno invazivne preparacije. Mikromehanička retencija je dobijena tretiranjem 37% ortofosfornom kiselinom a zatim je naneto adhezivno sredstvo. Kompozitni materijal nanet je slojevito a korišćene su opaker, dentinski i gleđni kompozit. Nakon provere okluzije i artikulacije urađena je završna obrada i poliranje kompozitnih faseta. U sva tri slučaja početna situacija, sve faze rada i završni izgled dokumentovani su fotografijama.

Rezultati: Korekcija estetskih nedostataka uz najmanje invazivnu proceduru ispunila je estetske zahteve kod sva tri pacijenta.

Zaključak: Uz maksimalno očuvanje zdravog zubnog tkiva metodom minimalno invazivne preparacije i upotrebom kompozitnih materijala dobija se adekvatan estetski momenat. Tri su najveće prednosti ove metode: ne isključuje druge terapijske procedure u narednom periodu, jednoseansni je tretman, može se primeniti usvako stomatološkoj ordinaciji).

15

POKAZATELJI KVALITETA STOMATOLOŠKE ZAŠTITE U DOMU ZDRAVLJA ŠABAC U PERIODU OD 2011. DO 2016. GODINE

Zorica Žegarac¹, Ivana Ivković², Jelena Mandić³

¹Dom zdravlja „dr Draga Ljočić“ Šabac, ²Dom zdravlja Aranđelovac, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: ocena kvaliteta stomatološke zaštite DZ Šabac analizom rezultata rada u periodu od 2011. do 2016. godine

Metod: Analiza je rađena na osnovu podataka dobijenih iz izveštaja o pokazateljima kvaliteta koji se dostavljaju u Zavodu za javno zdravlje Šabac. Analizom obrasca za kvalitet stomatološke zaštite koji obuhvata ukupan broj pregleda trudnica, procenat dece u sedmoj i dvanaestoj godini sa svim zdravim zubima, KEP u 12. godini; procenat pregledane dece u VII razredu OŠ i III razredu SŠ sa prisutnim ortodontskim anomalijama i procenat nelečenih anomalija.

Rezultat: U periodu 2011-2016. godine, obuhvaćenost trudnica preventivnim pregledima iznosila je 7-17%; procenat dece obuhvaćene sistematskim pregledom u sedmoj i dvanaestoj godini iznosio je 66-87%, ili 55-78%; procenat dece sa svim zdravim zubima u sedmoj godini iznosio je 26-90%; u dvanaestoj 55-82%; procenat obuhvaćenosti aplikacijom niskokoncentrovanih fluorida iznosio je 89-100%, odnosno 69-100%; KEP dvanaestogodišnjaka iznosio je 1,89-2,47; procenat dece sa ortodontskim anomalijama u VII ROŠ i III RSŠ je 4,58-55%, odnosno 21-46%; procenat nelečenih anomalija je 26-82%, odnosno 37-100%.

Zaključak: Analiza izveštaja pokazala je veliku razliku u obimu realizacije zdravstveno vaspitnih usluga stomatološke službe Doma zdravlja Šabac u navedenom intervalu. Obuhvat trudnica stomatološkim pregledom je veoma nizak (razlog je praćenje trudnoće u privatnim ginekološkim ordinacijama); obuhvat lokalnom aplikacijom fluorida je zadovoljavajući.

16

PREVALENCIJA KARIJESA MLEČNIH ZUBA KOD ŠESTOGODIŠNJAKA PREDŠKOLSKE USTANOVE „PČELICA“ LEBANE

Goran Mihajlović¹, Ljiljana Kostadinović², Aleksandra Stojković-Dikić³, Nadežda Nikolić⁴

¹Dom zdravlja Lebane, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Klinika za stomatologiju, ³Dom zdravlja Niš, ⁴Dom zdravlja Petrovac na Mlavi

Uvod: Mlečni zubi su višestruko značajni, zbog čega je očuvanje njihovog zdravlja veoma važan zadatak dečjih stomatologa.

Cilj: utvrditi prevalencija karijesa mlečnih zuba kod šestogodišnjaka predškolske ustanove „Pčelica“ iz Lebane.

Metod: Ispitivanjem je obuhvaćeno 50 šestogodišnjaka (20 dečaka i 30 devojčica). Svim ispitanicima urađen je stomatološki sistematski pregled uz pomoć stomatološkog ogledala i sonde, pri veštačkom osvetljenju. Prevalencija karijesa je izražena statističkim koeficijentima: karijes indeks osoba (kio), karijes indeks zuba (kiz), indeksom i merom prosečnih vrednosti (kip) i pokazateljem strukture karioznih, ekstrahovanih i plombiranih zuba (kep).

Rezultati: Dobijeni rezultati pokazuju da je ukupan kio 82% (kod dečaka 90% i kod devojčica 76,66%), kiz je 39,3% (kod dečaka 41,5% i 37,83% kod devojčica), kip je 7,86 (kod dečaka 8,3 i 7,56 kod devojčica). Struktura kep-a pokazuje: k=68,44%, e=27,74% i p=3,82%.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da je prevalencija karijesa mlečnih zuba kod šestogodišnjaka iz predškolske ustanove „Pčelica“ u Lebanu velika, zbog nedostatka stručnog kadra i zastarelosti stomatološke opreme. Ovo ukazuje da je potreban dalji ozbiljni rad na programu preventivne stomatološke zaštite.

PREVENTIVNI RAD U ŠKOLSKOJ STOMATOLOŠKOJ AMBULANTI

Nataša Bogdanović¹, Tamara Perić²

¹Dom zdravlja Požarevac, ²Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: Prikazati stanje oralnog zdravlja i proceniti efekte preventivnih mera sprovedenih u školskoj stomatološkoj ambulanti OŠ „Desanka Maksimović” u Požarevcu.

Metod: U retrospektivnoj studiji analizirano je ukupno 70 stomatoloških kartona. Stomatološki pregledi su obavljani 2011. godine, kada su ispitanici pošli u I razred, i 2016. godine kada učenici pohađaju V razred. Stomatološki pregledi su obavljani u školskoj ambulanti pri veštačkom osvetljenju, korišćenjem sonde i ogledalca. Analizirani su sledeći parametri: zdravlje zuba (na osnovu kriterijuma SZO) i prisustvo gingivitisa kod učenika I i V razreda, kao i preduzete preventivne i profilaktičke mere.

Rezultati: Sistematskim stomatološkim pregledom obuhvaćeno je 70 dece (43 dečaka i 27 devojčica). Tokom opservacionog perioda kod sve dece su preduzete sledeće preventivne mere: individualni i zdravstveno-vaspitni rad sa decom u manjim i većim grupama, predavanja na temu oralnog zdravlja i pravilne ishrane kojima su prisustvovali i roditelji, zalivanje fisura i fluoroprofilaksa. U prvom razredu kIp je iznosio 5,33 (k=83,91%, e=5,63%, p=10,46%), kIo=25,71%, a kIz=29,58%. KIp je iznosio 0,18 (K=100%), KIo=10% i KIz=3,48%. Broj dece sa svim zdravim zubima je 15 (21,43%). U petom razredu kIp je iznosio 0,24 (k=82,35%, e=11,77%, p=5,88), kIo=10% i kIz=9,14%. Prosečan broj obolelih stalnih zuba učenika petog razreda iznosio je 2 (K=50%, E=0,71%, P=49,29%), KIo=35,71%, KIz=8,75%. Trideset dva (45,71%) učenika imaju sve zdrave zube.

Zaključak: I pored preduzetih preventivnih mera, zastupljenost karijesa kod dece školskog uzrasta je i dalje na visokom nivou. Stvaranje zdravih oblika ponašanja kod dece uz redovne posete stomatologu i pojačan zdravstveno-vaspitni rad sa decom i roditeljima doprinosi smanjenju prevalence karijesa kod školske dece.

“DISTROFIČNA BULOZNA EPIDERMOLIZA”- PREVENCIJA NASTANKA ORALNIH OBOLJENJA

Slavica Petreski¹, Aleksandra Čolović², Jelena Stanić³

¹Dom zdravlja “dr Draga Ljočić” Šabac, ²Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³VMA

Uvod: Distrofična bulozna epidermoliza je retka nasledno oboljenje koje se karakteriše pojavom bulanaka i oštećenja kože na najmanje mehaničkoj traumi.

Oboleli pacijenti spadaju u grupu visokorizičnih pacijenata za nastanak karijesa zbog izmenjenih funkcija i nedoplje, smanjenih manuelnih sposobnosti i čestih visokokaloričnih obroka.

Cilj: Ukazati na važnost redovnog sprovođenja preventivnih mera kako bi se smanjila mogućnost nastanka oralnih oboljenja.

Metod: Preventivne oralno-higijenske mere podrazumevaju: motivaciju i edukaciju pacijenta i roditelja o pravilnom redovnom održavanju oralne higijene, upotrebu sredstava bez alkohola za hemijsku kontrolu plaka, davanje saveta o korekciji ishrane u smislu konzumiranja manje kariogene hrane kao i pokazivanje vežb koje povećavaju mogućnost stvaranja ustajalosti i pokretljivosti jezika.

Profilaktičke mere obuhvataju uklanjanje mekih

čvrstih naslaga,

aplikaciju visokokonzentrovanih fluorida i zalivanje fisura.

Rezultati: Problemisakoj imasusrećestomatologipriradusapacijentima obolelimod distrofične bulozne epidermolize su brojni; smanjenovidno i radno polje, pojavabula, nemogućnostoslanjanjarukepriradu, nemogućnost postavljanja vaterolne itd. Ipak i pored svega navedenog moguće je sprovesti preventivne i profilaktičke mere kod obolelih pacijenata.

Zaključak: Primenom preventivnih profilaktičkih mera i edukacijom roditelja i pacijenata obolelih od distrofične bulozne epidermolize možemo smanjiti rizik za nastanak karijesa i njegovih komplikacija.

PREDNOST POSTOJANJA STOMATOLOŠKIH ORDINACIJA U OSNOVNIM ŠKOLAMA

Marija Đurković¹, Ivana Radović², Vesna Nedeljković³, Dajana Jokić¹

¹Dom zdravlja "dr Draga Ljočić" Šabac, ²Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Loznica

Uvod: Sprovođenje stomatološke zaštite u školama je deo programa preventivne stomatološke zaštite čiji je cilj očuvanje i unapređenje oralnog zdravlja.

Cilj: Uporediti stanje oralnog zdravlja dvanestogodišnjaka Osnovne škole "Laza K. Lazarević" u Šapcu dok je stomatološka ambulanta bila sastav u školi kad je iseljena u Dom zdravlja.

Metod: U istraživanju je korišćena retrospektivna analiza sistematskih pregleda dece petog razreda. Vremenski periodi za koje su analizirani podaci su školske godine 2012/13 i 2015/16. Sistematski pregledi su rađeni u ambulanti škole. Za analizu rezultata korišćeni su epidemiološki indeksi KIP, KIO i KIZ.

Rezultat: U školskoj 2012/13. godini od ukupno 169 dece petog razreda pregledano je 150 (88%). Procenat dece sa svim zdravim zubima bio je 32%. Vrednosti KIP 2,02, KIO 68%, KIZ 9,01. U školskoj 2015/16. godini od ukupno 119 dece, pregledano je 104 (88%). Procenat dece sa svim zdravim zubima bio je 26%, vrednosti KIP 2,25, KIO 74,03%, KIZ 10,17.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata možemo primetiti pogoršanje oralnog zdravlja dvanaestogodišnjaka. Ovo pogoršanje može biti posledica gubitka svakodnevne komunikacije između stomatologa i učenika, usled zatvaranja stomatološke ambulante 2014. godine zbog nedostatka kadra.

PROMOCIJA I PREVENCIJA ORALNOG ZDRAVLJA U TUZLI

Mirjana Duspara

Tuzla, Federacija BiH

Uvod: Karijes je najraširenija oralna bolest svih dobnih skupina, glavni oralno-zdravstveni problem i vodeći uzročnik gubitka zuba. Bosna i Hercegovina ima veliku prevalencu oboljelih od karijesa u odnosu na značajan pad u razvijenim zemljama. Stanje u poslijeratnom periodu, neadekvatna ishrana i zanemarena briga o oralnom zdravlju odrazili su se na zdravlje usta i zuba djece u opštini Tuzla.

Cilj: procjena uticaja promocije oralnog zdravlja primjenom preventivnih mjera i zdravstvenom edukacijom u cilju smanjenja pojave karijesa kod djece. Poređenje KEP indeksa BiH (Tuzla) sa drugim zemljama (gradovima) regije, predstaviti planove unapređenja oralnog zdravlja.

Metod: Organizovanje edukacija, radionica i sistematskih pregleda predškolske i školske djece. Praćenje KEP indeksa šestogodišnjaka 2011. i 2017. godine. Usporedba KEP indeksa učenika sa šest i dvanaest godina te KEP indeksa srednjoškolaca prvog i četvrtog razreda iste škole.

Rezultati: KEP index šestogodišnjaka 2011. godine iznosio je 6,41 a ista djeca kao dvanaestogodišnjaci imaju KEP index 3,2 (prevalenca karijesa smanjena je 100% zahvaljujući dobroj prevenciji). KEP šestogodišnjaka 2017. je bio 5,19. Učenici prvih razreda srednje škole 2013/14. godine imali su KEP indeks 8,3. Sistematski pregled iste generacija je ponovljen u aprilu 2017. godine te je KEP index iznosio 7,73 (duplo manji broj karijesa i duplo veći broj plombi) uz poboljšanje oralne higijene.

Zaključak: Nacionalni programi prevencije oralnog zdravlja, jedinstvena baza podataka, adekvatno planiranje, prevencija i edukacija populacije su naša zadaća u budućnosti. Naši programi i akcije promocije oralnog zdravlja su omogućili promjene, upozorili na važnost preventivnog djelovanja, te potaknuli na revitalizaciju preventivne stomatološke zaštite u predškolskoj i školskoj populaciji grada Tuzle.

21

ŠKOLSKA STOMATOLOŠKA NEGA U UNAPREĐENJU ORALNOG ZDRAVLJA

Dragoslava Nenadović, Slavica Petreski, Dajana Jokić, Zorica Žegarac

Dom zdravlja "dr Draga Ljočić" Šabac

Uvod: Aktivnosti školske stomatološke nege predstavljaju sprovođenje mera primarne i sekundarne prevencije, a cilj im je da ukažu na značaj i vrednost oralnog zdravlja, kao i da edukuju i motivišu roditelje i decu za očuvanje i preuzimanje odgovornosti za svoje zdravlje. Mere prevencije se sprovode planski, organizovano i kontinuirano, a ostvaruju se u saradnji sa školskim osobljem. Cilj im je promocija zdravlja, zdravstveno-vaspitna edukacija, otkrivanje negativnih navika i drugih faktora rizika, sprovođenje fluor profilakse i rana dijagnostika oboljenja.

Cilj: da prikaže sprovedene preventivne mere kao i njihove efekte i dostignute nivoe zdravlja.

Metod: Svake godine se u vreme akcije „Nedelja zdravlja usta i zuba” a uz pomoć i saradnju prosvetnih radnika deca motivišu da umetnički izraze svoje utiske i stavove u vezi oralnog zdravlja. Njihovi likovni i literarni radovi se izlažu u čekaonici ambulante kao i na panoima u školi. Tada se organizuju i zdravstveno-vaspitna predavanja za sve uzraste. Tokom godine se obavljaju sistematski i kontrolni pregledi, fluor profilaksa, zdravstveno-vaspitna edukacija i sistematska sanacija. Deca iz visoko-rizičnih grupa, prvog i petog razreda se pozivaju u ordinaciju distribucijom poziva uz pomoć učitelja i službenika škole. Pored zdravstvene edukacije i motivacije dece i roditelja, sprovodi se zalivanje fisura prvih i drugih stalnih molara i druge profilaktičke mere.

Rezultati: Obim posete i odziva na poziv: Deca iz škole u kojoj se nalazi ambulanta i to: I razred-84%; II razred-84%; III razred-88,4%; IV razred-92,7%; V razred-88,1%. Deca iz škole koja nema ambulantu: I razred-85,6%; II razred-62%; III razred-59,6%; IV razred-77%; V razred 25,9%. Deca sa seoskog područja: 79,3%.

Dostignuti nivoi zdravlja iskazani kroz KIp: Deca u gradskoj školi: I razred KIp=0,64; II razred KIp=1,08; III razred KIp=1,48; IV razred KIp=1,90; V razred KIp=1,94. Deca u seoskim školama: I razred KIp=0,61; II razred KIp=0,9; III razred KIp=1,50; IV razred KIp=2,12; V razred KIp=1,24.

Zaključak: Može se reći da postojanje stomatološke ambulante u školi ima uticaja na postignute nivoe zdravlja.

22

ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD U ZAJEDNICI

Zdravka Drekalović, Snežana Pavlović

Dom zdravlja "Sveti Đorđe" Topola

Cilj: Unapređenje zdravlja usta i zuba kod dece timskim radom i usvajanje pozitivnih navika - pravilne i redovne higijene zuba.

Metod: Zdravstveno vaspitanje u stomatološkoj dečijoj preventivnoj ordinaciji, u vrtićima, osnovnoj i srednjoj školi. Rad u grupi, predavanja o higijeni zuba, životnim demonstracijama, deci i roditeljima, organizovanim izložbama crteža, objavljivanje konkursa za najbolju dečiji likovni i literarni rad, promocijom zdravih zuba i usta, predstavom dodeljivanja nagrada u sali Doma zdravlja, direktorovim govorom. Svake godine učestvuju građani u lokalnoj zajednici Topola i prigradska mesta: Šatornja, Belosavci, Natalinci, Trnava, Vinča Žabare, Jarmenovci, Trešnjevica, Zagorica, Jelenac, Maskar, Lipovac, Junkovac, Gorovič, Šume, Krčevac, svi radnici Doma zdravlja: Patronažne sestre, stomatološke sestre, zubni tehničari, stomatolozi, pedijatri, ginekolozi, ortodont, direktor, lekari, tehnički radnici i ostali.

Rezultati: Sistematski pregled zuba i usta dece uzrasta u sedmoj (7) godini 2010.god u vremenu od 10.01 do 10.05.2017.godine pred upis u prvi razred O.Š. Broj pregledanih 100. kio 85%; kiz 34%; kip 6,73. KIO 85%; KIZ 4,25; KIP 0,18. Procenat dece sa zdravim mlečnim i stalnim zubima je 15%.

Zaključak: Potreban je kontinuiran zdravstveno vaspitni rad sa roditeljima i decom svih uzrasta, a za to je potrebno vreme, kadrovi koji vole taj posao, materijalna sredstva i motivacija.

INFORMISANOST I PONAŠANJE DJECE U ODNOSU NA PREVENCIJU NASTANKA SPORTSKIH POVREDA U PREDJELU OROFACIJALNE REGIJE

Bojana Davidović¹, Vukašin Beatović², Svjetlana Janković¹, Igor Radović¹

¹Medicinski fakultet-studijski program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu RS, BiH, ²Estetika dent, Derventa RS, BiH

Cilj: utvrditi stepen informisanosti te znanje djece o važnosti zaštite regije lica i vilica tokom bavljenja sportom.

Metod: U istraživanje je uključeno 36 ispitanika iz različitih sportskih klubova (karate, fudbal, atletika) sa teritorije opštine Sokolac, koji su formirali studijsku grupu. Kontrolnu grupu (n=12) činila su djeca koja ne treniraju ni jedan sport. Anketa je sadržavala 24 pitanja o prethodnom iskustvu, stepenu informisanosti, znanju djece i načinima prevencije povreda u području lica, vilica i zuba.

Rezultati: Dentomaksilofacijalne povrede su češće kod djece koja upražnjavaju fudbal (12,5%), ili atletiku (10,4%), u odnosu na karatiste ili djecu kontrolne grupe. Udarac rukom ili nogom bio je najčešći razlog povreda (14,6%), a one su nastale tokom treninga (14,6%) ili na takmičenju (10,4%). Nakon povrede prvo su se obratili treneru (16,7%), pa roditelju (8,3%), i stomatologu (2,1%). Povrede gornje vilice i zuba (27,1%) su češće u odnosu na druge regije lica. Trener (37,5%) ih je upoznao o načinima prevencije povreda. Karatisti (14,6%) upotrebljavaju intraoralne štitnike. Petina smatra da su štitnici za lice i vilice neophodni za sport koji treniraju. Među njima, karatisti (14,9%) su najbrojniji, kao i 4,9% fudbalera. Međutim, 56,2% ipitanika smatra da nema potrebe za upotrebu štitnika.

Zaključak: Sportske povrede, pa tako i one u području lica i vilica, zahtijevaju multidisciplinarni pristup, kako pri dijagnostici i liječenju, tako i u provođenju preventivnih mjera. Sportski radnici, roditelji kao i sami sportisti trebaju biti edukovani o važnost preventivnih mjera za očuvanje integriteta lica i vilica.

COST-BENEFIT ANALIZA SPROVOĐENJA PREVENTIVNIH MJERA U SKLOPU ŠKOLSKE STOMATOLOŠKE NJEGE

Ranka Knežević¹, Marija Obradović², Dolić O², Jovan Vojinović²

¹JZU Zavod za stomatologiju Banjaluka, ²Medicinski fakultet Banjaluka, Katedra za preventivnu i dječiju stomatologiju

Cilj: Utvrditi cost-benefit efekte, nakon sprovođenja zdravstveno vaspitnih mjera u okviru školske stomatološke njege kod djece u Banjaluci.

Metod: Istraživanje je sprovedeno na ukupnom uzorku od 100 djece školskog uzrasta, odabranih metodom slučajnog izbora, u dvije osnovne škole na teritoriji Grada Banja Luka.

Ispitanici su podijeljeni u grupe, kontrolnu i eksperimentalnu. Istraživanje je longitudinalna studija započeta u uzrastu djece od 6 godina (prvi sistematski pregled) sa polaskom u prvi razred, te kontrolni pregledi sa 9 i 13 godina. U eksperimentalnoj grupi tokom tri godine (od 6. do 9. godine) su sprovedene preventivne mjere (lokalna fluorizacija i zdravstveno vaspitanje), dok su u kontrolnoj samo vršeni stomatološki sistematski pregledi kada i u prvoj školi. Troškovi su izračunavani uzimajući u obzir važeći cjenovnik zdravstvenih usluga za stomatologiju Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske. Kost benefit analiza je vršena na osnovu registrovane procjene patologije i neophdskih mjera za njenu sanaciju.

Rezultati: Konačni rezultati analizirani nakon sprovođenja preventivnog programa iznosili su 5% manje oboljelih zuba, 15,4% manje izvađenih zuba uz 8% veće finansijske troškove. Ekonomska analiza jasno pokazuje nepostojanje cost benefit efekata. I pored uloženi značajnih sredstva u sprovođenje programa ostvareni rezultati nisu bili dugotrajni i nisu rezultirali očekivanim ciljevima.

Zaključak: Čijenica je da organizovanje zubnih ambulanti u svim školama u sadašnjim uslovima nije moguće sprovesti i da terapijsko pokrivanje postojeće patologije daleko prevazilazi zdravstvena izdvajanja i mnogo bogatijih zemalja. Zbog toga se u razvijenim zemljama odavno odustalo od školske zubne njege kao nosioca stomatološke zaštite i najveća pažnja je usmjerena promotivnim aktivnostima prema najranijim uzrastima, smanjenju patologije u mliječnoj denticiji.

25

PREVALENCIA KARIJESA KOD DJECE UZRASTA 14 GODINA U BANJALUČKIM OSNOVNIM ŠKOLAMA

Jovana Lovrić, Ranka Knežević, Milena Rađan Gajić

JZU "Zavod za stomatologiju" Banja Luka

Uvod: Karijes zuba je još uvijek najznačajnije oboljenje zuba, od koga boluje 60-90% djece i praktično 100% odraslih osoba i jedan je od glavnih razloga preranog gubitka zuba. Cilj ovog rada je utvrditi prevalencu karijesa kod djece uzrasta 13-14 godina.

Metod: U istraživanju je učestvovalo 100 djece, oba pola, 48 djevojčica i 52 dječaka, izabranih metodom slučajnog izbora iz dvije osnovne škole u Banjaluci. Stomatološki pregled u svakoj ispitivanoj godini vršen je od strane istog tima stomatologa na osnovu kriterijuma SZO. Pri pregledu je korištena stomatološka sonda i ogledalce pod vještačkim osvjetljenjem. Stomatološkim pregledom se registrovao broj prisutnih stalnih zuba, prisutnost karijesa, postojeći ispuni, te stanje oralne higijene.

Rezultat: Vrijednosti KIP-a su iznosile 6,9 u uzrastu 13-14 godina, a vrijednosti SIC-a 10,7 u uzrastu 13-14 godina. Završni rezultati kod trinaestogodišnjaka prosječno iznose sedam karioznih zuba po osobi, što ukazuju na postojanje izuzetno visoke prevalencije karijesa.

ZAKLJUČAK: Stomatološka zdravstvena zaštita djece u sklopu osnovnih škola zasniva se na terapiji oralnih oboljenja. Revidiranjem kompletnog sistema zdravstvene zaštite treba obezbjediti podršku preventivnim programima, čime će se obezbjediti efikasno preventivno djelovanje, rana dijagnostika i terapija vulnerabilne grupe zajednice.

26

PROMOCIJA ORALNOG ZDRAVLJA U SEVERNOBAČKOM OKRUGU

Nada Kosić Bibić, Snežana Pinter, Morana Miković

Zavod za javno zdravlje Subotica

Cilj: Sagledati pokazatelje oralnog zdravlja dece i omladine Severnobačkog okruga (SBO), kao ipromotivne aktivnosti u očuvanju oralnog zdravlja.

Metod: Sprovedena je retrospektivno-deskriptivna analiza pokazatelja kvaliteta rada, obezbeđenosti kadrom, korišćenja i ukupnog rada stomatoloških službi SBO u periodu 2012.-2015.

Rezultati: Obezbeđenost stomatološkim timovima je u skladu sa normativom. Udeo poseta radi sistematskih pregleda se kretao u rasponu od 21% do 29%, a obuhvat dece i omladine tim pregledima opada sa uzrastom (73% kod sedmogodišnjaka, a 37,4% u trećem razredu srednje škole). U posmatranom periodu oko 30% dvanaestogodišnjaka ima sve zdrave zube, dok je procenat sedmogodišnjaka u rasponu od 29,2% do 56,5%. Lokalna aplikacija fluorida kod 7-godišnjaka i 12-godišnjaka je u rasponu 80-90%. Indeks KEP-12 ima trend pada i u celom periodu je niži od republičkog proseka (2015. iznosio 1,60 dok je u Srbiji 2,19). Ukupni zdravstveno-vaspitni rad sa decom i omladinom ima trend laganog povećanja, a registruje se i veći obuhvat ciljne populacije.

Zaključak: Obuhvat dece i omladine sistematskim pregledima je nedovoljan i značajno opada sa uzrastom. Nizak je procenat dece sa svim zdravim zubima i neracionalno visok obuhvat sa lokalnom aplikacijom fluorida. Indeks KEP-12 je ispod 2, što je u skladu sa nacionalnom Strategijom. Brojni su izazovi u primeni mera za očuvanje i unapređenje oralnog zdravlja, i pored toga oralno zdravlje dece i omladine SBO pokazuje pozitivne pomake. Većim angažovanjem stomatoloških timova na preventivi može se očekivati dalje unapređenje oralnog zdravlja.

Ključne reči: promocija oralnog zdravlja, pokazatelji kvaliteta rada u stomatologiji, deca i omladina

ORALNO ZDRAVLJE KOD TRUDNICA

Sanja Spasenović¹, Momir Carević², Vesna Nedeljković¹, Marija Paunović⁴

¹Dom zdravlja Loznica, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ⁴Dom zdravlja Smederevo

Uvod: Trudnoća je fiziološki proces koji u telu žene uzrokuje histološke, biohemijske, anatomske i hormonske promene. Istraživanja su pokazala da kod velikog broja trudnica, svest i briga o oralnom zdravlju značajno opadaju u toku trudnoće. Različiti faktori, kao što su hormonski disbalans, mučnine, povraćanje, neispavanost, doprinose da se zanemare uobičajene higijenske navike koje nisu primarno važne.

Cilj: Ispitivanje prisustva faktora rizika za bolesti usta praćenjem oralno higijenskih navika kod trudnica.

Metod: Studija je uključila 52 trudnice koje su odgovarale na upitnik o navikama u vezi sa oralnom higijenom.

Rezultati: 80% ispitivanih trudnica održavalo je oralnu higijenu, od kojih je 86% koristilo samo osnovne mere, a preostalih 14% i neke od dodatnih mera (tečnost za ispiranje usta, konac za čišćenje zuba ili interdentalne četkice). Naviku pranja zuba odmah posle povraćanja ima 65% žena. Čak 83% posećuje stomatologa samo kada postoje značajni zdravstveni problemi (bol, otok). Ukupno 45% žena potvrdilo je da su tokom trudnoće obraćale manje pažnje na oralno zdravlje. Samo 51% ispitanih žena informisano je o značaju oralnog zdravlja tokom trudnoće.

Zaključak: Zdravlje usta bi trebalo da bude predmet kontinuirane primene preventivnih i profilaktičkih mera u radu sa trudnicama. Neophodno je da im se daju razumljivi i praktično primenljivi saveti koji će poboljšati njihovu svest o značaju oralne higijene, što je veoma važno i zbog prenošenja pozitivnih navika na dete.

PREVENTIVNA ZUBOZDRAVSTVENA ZAŠTITA U KORELACIJI SA REGISTROVANIM OBOLJENJIMA ZUBA I USTA MEĐU PREDŠKOLSKOM DJECOM, TE ŠKOLSKOM DJECOM I OMLADINOM, NA PODRUČJU TUZLANSKOG KANTONA

Majda Sarihodžić, M. Mulić

Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona, BiH

Uvod: Praćenje rada zubozdravstvene zaštite na području Tuzlanskog kantona, vrši se kroz izvještaje zakonom propisane evidencije sa podacima o izvršenim pregledima i uslugama, broju i strukturi zaposlenog kadra, te registrovanim oboljenjima i stanjima. Realizacija programa rada koji se sačinjavaju za sve nivoe zdravstvene zaštite prati se evaluacijom izvršenja programiranih usluga.

Cilj: na osnovu podataka zakonom propisane evidencije i realizacije programa zdravstvene zaštite prikazati dostignuti nivo i vrstu pruženih preventivnih usluga iz oblasti zubozdravstvene zaštite, pokrivenost stanovništva odgovarajućim kadrom, te vodeća oboljenja dobnih grupa predškolske i školske djece i omladine.

Metod: U radu je korišten analitičko-deskriptivni metod obrade podataka zakonom propisane evidencije u zdravstvu, te podataka evaluacije programa zubozdravstvene zaštite na području Tuzlanskog kantona za period 2014-2016. godina.

Rezultati: Broj pruženih preventivnih stomatoloških usluga za populaciju predškolske, te školske djece i omladine je manji nego što je predviđeno važećim standardima i normativima. Evidentna je razlika u vrstama pruženih preventivnih usluga u različitim domovima zdravlja na 13 općina Tuzlanskog kantona. Zdravstveni kadar zaposlen u zubozdravstvenoj zaštiti školske djece i omladine je deficitaran, a pružene usluge su uglavnom iz oblasti kurative. Procenat pruženih usluga preventive u odnosu na ukupna broj pruženih usluga kreće se u prosjeku od 16% u zubozdravstvenoj zaštiti predškolske djece do 6% u zubozdravstvenoj zaštiti školske djece i omladine. Oboljenja koja se registruju kao vodeća u obje dobne grupe su karijes i oboljenja zubne pulpe i periapikalnog tkiva, sa prosječnim stopama oko 1.400/10.000 predškolske djece, te 5.200/10.000 školske djece i omladine.

Zaključak: Usluge preventivne zubozdravstvene zaštite nedovoljno su zastupljene u ukupnom radu zubozdravstvene zaštite predškolske i školske djece i omladine, a rezultat je nedovoljna prosvijećenost populacije o značaju rane prevencije oboljenja zuba i usta, što za posljedicu ima visoke stope vodećih oboljenja među istraživanim dobnim grupama.

ZNAČAJ PRAVOVREMENIH TERAPIJSKIH PROCEDURA KOD ODONTOGENIH INFEKCIJA U PREVENCIJI NASTANKA TEŠKIH INFEKCIJA PREDELA GLAVE I VRATA

Andrija Ćosić¹, Jelena Ćosić², Marina Banković³, Časlav Nedeljković³

¹Odeljenje maksilofacijalne hirurgije Klinike za stomatologiju Niš, ²Stomatološka ordinacija „Maja“ Niš, ³Dom zdravlja Leskovac

Uvod: Odontogene infekcije spadaju u grupu najrasprostranjenijih patoloških stanja koja ulaze u domen rada stomatologa raznih specijalnosti u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Cilj: ukazivanje na činjenicu da pored neophodnosti zdravstveno prosvetnog rada u cilju edukacije o značaju adekvatne oralne higijene u prevenciji nastanka samih odontogenih infekcija veoma značajno mesto zauzimaju i same pravovremene terapijske procedure lečenja radi sprečavanja progrediranja početnih infekcija u teške infekcije predela glave i vrata koje zahtevaju stacionarno lečenje i koje mogu i životno ugroziti pacijenta.

Uvidom u dokumentaciju pacijenata lečenih na Odeljenju maksilofacijalne hirurgije Klinike za stomatologiju Niš u periodu od 2015-2017.godine, analizirani su podaci o zdravstvenom stanju (opštem i lokalnom) neposredno po prijemu, zatim koje su terapijske procedure preduzete pre upućivanja u višu ustanovu, sam dalji tok lečenja, kao i angažovanje sredstava i kadrova.

Rezultati: pored niske zdravstvene prosvetnosti i neodgovornosti jednog dela populacije kao i slučajeva gde je zbog opšteg zdravstvenog stanja i predisponiranosti pacijenta došlo do napredovanja infekcije, nepridržavanje osnovnih principa lečenja infekcija od strane lekara koji su incijalno tretirali pacijenta, jedan od uzroka razvoja umerenih i srednje teških u teške infekcije predela glave i vrata.

Zaključak: Pravovremeno sprovođenje terapijskih procedura i pridržavanje osnovnih principa lečenja odontogenih infekcija, u velikoj meri mogu sprečiti nastanak teških infekcija, isključiti potrebu za hospitalnim lečenjem, dovesti do bržeg ozdravljenja kao i značajno uticati na ekonomski faktor lečenja ovakvih bolesnika.

UPOREDNA ANALIZA PREVALENCIJE KARIJESA STALNIH ZUBA DECE GRAČANICE UZRASTA 7 I 12 GODINA

Milena Stavrić, Bujar Hodža, Mirjana Mitrović, Mirjana Dimitrijević

Dom zdravlja Gračanica

Cilj: Izvršiti uporednu analizu prevalencije karijesa stalnih zuba kod dece Gračanice, uzrasta 7 i 12 godina.

Metod: Istraživanjem je obuhvaćeno 421 ispitanika uzrasta od 7 godina i 358 ispitanika uzrasta 12 godina, svi sa teritorije opštine Gračanica. Stomatološki pregled ispitanika izvršen je 2016. godine, upotrebom sonde i stomatološkog ogledalca, a stanje zdravlja ispitivanih zuba registrovano je upotrebom KleinPalmer-ovog KEP sistema.

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazuju da u 7. godini prevalencija karijesa stalnih zuba iznosi 26,84%, dok u uzrastu od 12 godina se značajno povećava i dostiže vrednost od 89,09%. U uzrastu od 12 godina je registrovana povoljnija struktura KEP-a u odnosu na uzrast ispitanika od 7 godina.

Zaključak: Period između 7 i 12 godina starosti dece najkritičniji je za nastanak karijesa, a istovremeno predstavlja najznačajniji period za primenu preventivno profilaktičkih mera i postupaka, koji imaju za cilj očuvanje zdravlja stalnih zuba.

ISTORIJA ŠABAČKE STOMATOLOGIJE

Jasmina Vrščaj¹, Dr Ljubica Bajić Dragutinović², Dr Miodrag Džinović²

¹Privatna stomatološka ordinacija, ²Udruženje privatnih stomatologa Šabac

Cilj: sagledavanje razvoja stomatološke zdravstvene zaštite na području grada Šapca od vremena njene institucionalizacije do danas.

Metod: u radu su deskriptivnom metodom opisani nastanak i razvoj stomatološke zaštite na osnovu dokumenata u arhivama Arhiva grada Šapca i Opšte bolnici i Doma zdravlja Šabac, kao i na osnovu svedočenja najstarijih kolega i saradnika u penziji i na osnovu podataka o trenutnoj situaciji.

Rezultati: Stomatološka zdravstvena zaštita začela se u početkom pedesetih godina prošlog veka, nakon okončanja studija prve generacije studenata stomatološkog fakulteta u Beogradu. Od tog perioda stomatološka služba je bila u stalnom usponu i svoj najintenzivniji rast dostigla krajem sedamdesetih i početkom osamdesetih godina. Od samog osnivanja postojala je dečja stomatološka zaštita, a nakon dolaska prvog doktora specijaliste iz preventivne i dečje stomatologije, početkom osamdesetih, počinje organizovana preventivna stomatološka zaštita sa otvaranjem velikog broja ambulanti u vrtićima, osnovnim i srednji školama. Donošenje novih zakona u oblasti zdravstvene zaštite, značajno je smanjen broj zaposlenih u Stomatološkoj službi Doma zdravlja Šabac, redukovana je mreža stomatoloških ambulanti kako u selima i mesnim zajednicama tako i u školama i prostornih kapaciteta. Sa druge strane značajno je porastao broj privatnih stomatoloških ordinacija, koje nisu funkcionalno povezane.

Zaključak: organizovana stomatološka zaštita u državnom sektoru začela se u Šapcu pedesetih godina prošlog veka i ekspanzivno se razvijala do osamdesetih godina, sa posebnim naglaskom na razvoju preventivne stomatološke zaštite. Danas stomatološka zaštita u državnom sektoru funkcioniše sa ograničenim brojem zaposlenih. Veliki broj privatnih stomatoloških ordinacija nisu uključene u organizovanu preventivnu stomatološku zaštitu.

SAVREMENA DEČIJA STOMATOLOŠKA ORDINACIJA

Vesna Nedeljković¹, Katarina Madić², Sanja Spasenović³, Ivana Radović⁴

¹Dom zdravlja „Milenko Marin“ Loznica, ²Dom zdravlja „Dragan Funduk“ Pećinci, ³Dom zdravlja Mali Zvornik, ⁴Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Visoka učestalost cirkularnog karijesa i činjenica da su bol i dentogene infekcije ili obavezan pregled pred polazak u školu najčešći razlog prvog kontakta sa stomatologom govore o lošoj i neefikasnoj promociji značaja oralnog zdravlja u ranom periodu razvoja deteta. Neosporno je i da koliko god se mi trudili da im posetu učinimo prijatnom, izgled naše ordinacije, belih uniformi i instrumenata kao i zvuci i mirisi medikamenata često izazivaju osećaj straha i nelagodnosti.

Cilj: Ispitati mogućnosti da se postigne veći obuhvat dece najmlađeg uzrasta stomatološkom zdravstvenom zaštitom.

Metod: Istraživanje putem interneta, strane literature i stručnih radova iz oblasti stomatologije, psihologije i muzikoterapije.

Rezultati: Literatura jasno ukazuje na prednosti savremene dečije stomatološke ordinacije koja dovodi do veće posećenosti, brže adaptacije i usvajanja pravilnih higijenskih navika, veće obuhvaćenosti dece najmlađeg uzrasta preventivnim merama i povećane brige za oralno zdravlje kako dece tako i roditelja.

Zaključak: Izmenom izgleda i funkcionisanja naše ordinacije (oslikavanjem zidova, izradom prezentacija i postera, prilagođavanjem nameštaja najmlađem uzrastu, upotrebom edukativnih knjižica, igraćaka i crtanih filmova, relaksirajuće muzike i osveživača prostora i šarenih uniformi sa likovima junaka crtanih filmova) delujući na sva čula naših malih pacijenata a prateći svetske trendove i dešavanja u dečijoj stomatologiji može se postići komfor u radu što rezultira prevencijom ili otkrivanjem oboljenja u ranoj fazi. Ovakvim pristupom mogu se smanjiti komplikacije, a time se i na nivou države može postići smanjenje troškova lečenja i potrošnje materijala. Što je najvažnije, lakše se uspostavlja dobar odnos stomatolog-pacijent i formira prijatno iskustvo.

LOKALNA APLIKACIJA FLUORIDA U TERAPIJI PACIJENATA SA AMELOGENESIS IMPERFECTA

Katarina Madić¹, Marija Žakula², Dejan Marković³

¹Dom zdravlja "Dragan Funduk" Pećinci, ²Dom zdravlja Zvezdara, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Amelogenesis imperfecta (AI) predstavlja naslednu strukturnu anomaliju gleđi zuba. Javlja se u obe denticije, i zahvata sve prisutne zube. Identifikacija faktora rizika, rana dijagnoza i rigorozne preventivne mere od izuzetnog su značaja za uspeh tretmana ove anomalije. U terapiji AI neophodno je zaustaviti gubitak tvrdog zubnog tkiva, očuvati visinu zagriža i funkciju žvakanja, rešiti problem zubne preosetljivosti i postići zadovoljavajuću estetiku. Profesionalna lokalna aplikacija fluoride podrazumeva premazivanje zubnih površina rastvorima, želeima ili lakovima koji sadrže fluoride visoke koncentracije (od 10.000 do 23.000ppmF). Ona igra značajnu ulogu u prevenciji karijesa i terapiji početne karijesne lezije gleđi.

Cilj: Ukazati na značaj i postupak lokalne aplikacije fluorida kod pacijenata sa amelogenesis imperfecta.

Metod: Da bi se izbegli bilo kakvi štetni efekti, lokalnu aplikaciju fluorida visoke koncentracije treba raditi isključivo u ambulantnim uslovima i to na sledeći način: Očistiti površine zuba rotacionim četkicama i pastama bez dodatka fluora. Naslon za glavu pacijenta namestiti tako da je glava blago nagnuta napred. Postaviti vaterolne i sisaljku i obavezno posušiti pusterom površine svih zuba. Ako je moguće obezbediti suvo polje rada postavljanjem koferdama. Pri aplikaciji gela neophodno je koristiti specijalne nosače-kašike koje treba napuniti gelom do 1/3. Uneti kašiku u usta i držati u laganom zagrižaju 4 minuta. Nakon toga pacijent pod nadzorom vrši energično ispljucavanje 30 sekundi. Pacijentu se savetuje da 30 minuta ne uzima hranu ni tečnost. Obavezna je evidencija lokalne aplikacije fluoride u stomatološki karton. Obzirom da su pacijenti sa AI osobe sa visokim rizikom za nastanak karijesa, a u cilju postizanja najvećeg profilaktičnog efekta, neophodno je godišnje uraditi tri serijske aplikacije.

Zaključak: U multidisciplinarnom pristupu prilikom primene terapijskih postupaka kod osoba sa AI profilaktičke mere su od izuzetne važnosti i treba ih usmeriti ka maksimalnom očuvanju gleđnog tkiva u smislu intenzivne remineralizacije i desenzibilizacije zuba.

ZALIVANJE PRVIH MOLARA: GDE SMO DANAS

Godana Dragutinović

Dom zdravlja „dr Milenko Marin“ Loznica

Cilj: Zalivanje fisura, kao metoda zaštite prvog molara počela je da se primenjuje pre 27 godina u Loznici. Cilj je bio da se utvrdi koliko se ta metoda razvila i kakav je efekat na smanjivanje karijesa na „šesticama“.

Metod: Za ispitivanje, izabrana je generacija dece 2007.godište, koja idu u gradsku školu OŠ „Jovan Cvijić“. U pitanju je jedna od bolje saniranih škola, koja je blizu Doma zdravlja.

Rezultati: Na sistematskom pregledu u prvom razredu zabeleženo je: 31% zalivenih fisura, 81% ukupno zdravih „šestica“, 7% plombiranih i 12% karioznih. Sada su ova deca učenici trećeg razreda i pri ponovnom pregledu, utvrđeno je sledeći: Procenat zalivenih fisura je 28%, zdravih „šestica“ 53%, plombiranih 19% i karioznih zuba 28%. Za samo tri do četiri godine od nicanja, imamo već polovinu „šestica“ koje je naćeo karies. Procenat zalivenih molara je ostao skoro isti. Da je procenat zalivenih „šestica“ veći, više bismo zuba saćuvali, to je jasno.

Zaključak: Posle 27 godina od početka primene ove metode, koja spada u najjednostavnije i najjeftinije stomatološke procedure, imamo nizak nivo zaštićenosti prvih molara. Mali broj izvršilaca u državnim ustanovama i mala platežna moć stanovništva utiću da i pored velikog broja stomatologa u opštini Loznica imamo još uvek nizak nivo prosvćenosti i loš učinak kada je zdravlje zuba u pitanju.

ZNAČAJ STOMATOLOŠKE ORDINACIJE U OSNOVNOJ ŠKOLI

Ivana Ivković¹, Jelena Mandić², Zorica Žegarac³, Nataša Bogdanović⁴

¹Dom zdravlja Aranđelovac, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Šabac, ⁴Dom zdravlja Požarevac

Uvod: Stomatološke ordinacije u osnovnim školama imaju za cilj da sačuvaju oralno zdravlje i saniraju posledice oralnih oboljenja dece koja pohađaju te škole.

Cilj ovog rada je da ukaže na značaj postojanja stomatoloških ordinacija pri osnovnim školama uz primenu svih preventivnih, profilaktičkih i terapijskih mera školske stomatološke nege.

Metod: zasniva se na uporednoj analizi stanja oralnog zdravlja 77 dece, oba pola, OŠ "Svetolik Ranković" u Aranđelovcu, rođenih 2004./2005.godine. Analiza je urađena 2013.godine i 2016.godine, pri čemu su u periodu od tri godine, deca imala intenziviranu stomatološku zaštitu u okviru stomatološke ordinacije u svojoj školi.

Rezultati: uvidom u kartoteku stomatološke ordinacije u OŠ "Svetolik Ranković" u Aranđelovcu, podatci pokazuju da 2013.godine KIO iznosi 33,8%, procenat dece sa svim zdravim i saniranim zubima 66,2%, KIP=1,03, gde u strukturi KEP-a dominiraju zubi sa nesaniranim karijesom (71,4%). Nakon trogodišnjeg intenziviranja preventivnih, profilaktičkih i terapijskih mera školske stomatološke nege, podatci pokazuju da 2016.godine KIO iznosi 26%, procenat dece sa svim zdravim i saniranim zubima 74%, KIP=1,3, gde u strukturi KEP-a dominiraju zubi sa ispunima (77,6%), pri čemu je godišnji priraštaj karijesa (GPK)=0,09.

ZAKLJUČAK: na osnovu dobijenih rezultata, dolazimo do zaključka, da moramo podići svest države i društva na značaj stomatoloških ordinacija u osnovnim školama i njihovog kontinuiranog rada u unaperđenju oralnog zdravlja dece koja pohađaju te škole.

UČESTALOST ORTODONTSKIH ANOMALIJA KOD ŠKOLSKE DECE U JAGODINI

Branislav Krstić¹, Dušan Petrović¹, Marko Jeremić¹, Ana Vuković²

¹Dom zdravlja Jagodina, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: analiza učestalosti ortodontskih anomalija kod dece uzrasta 7 do 15 godina na teritoriji grada Jagodina.

Metod: pregledano je ukupno 179 pacijenata, 90 dečaka i 89 devojčica, u periodu januar 2016-januar 2017. godine. Neke od ortodontskih nepravilnosti su registrovane kod 115 pacijenta, ili 64, 30%. Pacijenti su podeljeni po polu i starosnim grupama.

Rezultati: nepravilnosti su podeljene u tri grupe: klasa I po Anglu – 52 %, klasa II po Anglu – 45 %, klasa III po Anglu – 3%. Veći stepen nepravilnosti je registrovan u mlađim grupama, od 7 do 11 godina, više je bio zastupljen kod dečaka u mlađim grupama od 7 – 11 godina, a kod devojčica u starijim grupama 11 – 15 godina.

Zaključak: ortodonske anomalije su česta pojava i skoro dve trećine dece ima potrebe za nekom vrstom terapije. Najčešće su bile prisutne malokluzije I klase, zatim II, a najređe su bile malokluzije III klase. Blagovremenim uočavanjem i početkom odgovarajuće terapije u saradnji dečji stomatolog–ortodont, moguće je ispraviti prvo mobilnim, a ako je potrebno, fiksnim aparatima većinu stečenih i urođenih nepravilnosti.

MOTIVISANOST PACIJENTATA U ORTODONTSKOJ TERAPIJI

Dušan Petrović¹, Branislav Krstić¹, Marko Jeremić¹, Ana Vuković²

¹Dom zdravlja Jagodina, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Cilj: Analiza stepena saradnje i motivisanosti pacijenata i uticaj na uspeh ortodontske terapije.

Metod: 179 ortodontskih pacijenata uzrasta 10–15 godina je praćeno u periodu od godinu dana, januar 2016 – januar 2017. godine, kroz redovne nedeljne, dvonedeljne i mesečne kontrole, u zavisnosti od vrste terapije. U zavisnosti od stepena motivisanosti pacijenata, podeljeni su u tri grupe – apsolutno motivisani, relativno motivisani i nedovoljno motivisani.

Rezultati: od ukupnog broja pacijenata, adekvatan stepen saradnje, redovno, vremenski određeno nošenje, javljanje na kontrole i korekcije je postojalo kod 39%, relativno kod 45 %, nedostatak motivacije i nezainteresovanost je postojala kod 16 % pacijenata.

Zaključak: Na zainteresovanost pacijenata u ovom uzrastu najviše utiču sledeći faktori: 1. podrška i saradnja s roditeljima, kao glavnim i odlučujućim faktorom, 2. uticaj dečjih stomatologa, ortodonata, psihološki tip deteta, 3. estetski, funkcionalni, socijalni momenat kod pacijenata, 4. drugi faktori.

ZDRASTVENO VASPITNI RAD SA RODITELJIMA ODOJČADI I MALE DECE

Milena Starčević¹, Momir Carević¹, Marija Ralević³

¹Dom zdravlja „dr Marinko Marin“ Loznica, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja „dr Simo Milošević“ Beograd

Uvod: Mnogobrojna istraživanja su ukazala da blagovremeni obavezni zdravstveno-vaspitni rad sa roditeljima odojčadi i male dece u cilju unapređenja oralnog zdravlja sa namerom da se uvedu po zdravlje pozitivne navike kao što su pravilne higijensko-dijetske navike, poseta stomatologu zbog zdravlja, a ne zbog komplikacija karijesa i korigovanja pogrešnog mišljenja da mlečni zubi nisu važni, su od primarnog značaja za unapređenje oralnog zdravlja dece najmlađeg uzrasta.

Cilj: ovog rada je da se ukaže na mogućnost pojave i prevencije oralnih oboljenja roditeljima odojčadi i male dece kroz zdravstveno-vaspitni rad u svakodnevnoj stomatološkoj praksi.

Metod: Poslednjih godina smo insistirali na saradnji sa pedijatrima, koji su odojčad i malu decu upućivali kod stomatologa u okviru obaveznih pedijatriskih kontrola kao i na redovni odlazak stomatologa u savetovališta za zdravu decu. Roditelji su dolazili zbunjeni i pitali su šta će tako malo dete u stomatološkoj ordinaciji, ali posle našeg predavanja, praktičnog rada na modelima, podele brošura i davanja saveta u vezi ishrane, dojenja, noćnih obroka, konzumiranja slatkiša, higijene usta i zuba, upotrebe fluor profilakse, loših navika kao što su sisanje prsta i cucle, pojama cirkularnog karijesa i objašnjenja koje su posledice svih tih loših navika, shvataju da su neobavešteni.

Rezultat: Nakon ovih prvih predavanja većina roditelja je prihvatila naša uputstva i savete dovodeći decu na redovne kontrole na svaka tri meseca. Primećen je napredak u radu sa roditeljima i njihova zainteresovanost. Ovim se takođe uspostavlja bitan odnos stomatolog-roditelj-dete. Dobija se poverenje deteta za eventualni kasniji rad bez straha. Svemu tome pomaze pravilna edukacija roditelja.

Zaključak: Permanentni zdravstveno-vaspitni rad stomatologa sa roditeljima odojčadi i male dece utiče na stvaranje pozitivnih navika i prenosi se uverenje da zdravlje usta i zuba zavisi od individualnog ponašanja. Kroz motivaciju roditelja da menjaju svoje navike i ponašanje, oni prenose samo pozitivne navike na svoju decu.

STANJE ZUBA KOD DJECE UZRASTA OD 1. DO 9. RAZREDA NA TERITORIJI OPŠTINE KALINOVIK

Zora Stanić-Radovanović¹, Dragan Ivanović², Tanja Ivanović², Ivana Grujičić²

¹Javno-zdravstvena ustanova Lopare, ²Medicinski fakultet – stud- program Stomatologija, Univerzitet u Istočnom Sarajevu

Cilj: rada je bio da se utvrdi struktura KEP-a stalnih zuba kod djece od prvog do devetog razreda i stanje mliječnih zuba kod djece prvog, drugog i trećeg razreda.

Metod: ispitivanjem je obuhvaćeno 107 učenika u Osnovnoj školi „Ljutica Bogdan” u Kalinoviku. Stomatološki pregled je obavljen u školskim učionicama upotrebom stomatološke sonde i ogledalca pod vještačkim osvjetljenjem.

Rezultati: Pregledom stalnih zuba djece od prvog do devetog razreda utvrđeno je da KIo iznosi 90%. Od ukupnog broja oboljelih zuba, 72% zuba je karijesno, 9% ekstrahovano, a samo 19% plombirano. U prosjeku svako dijete ima po pet oboljelih zuba (KI_p=5). Kada je u pitanju mliječna denticija pregledano je 29 djece prvog, drugog i trećeg razreda. Utvrđeno je da 96% djece ima bar jedan oboljeli zub. Od 35% oboljelih mliječnih zuba, 93% je prisutan karijes, 0,5% je plombiranih, a 6,5% ekstrahovano mliječnih zuba zbog karijesa. U prosjeku svako dijete ima 8 zuba oboljelih od karijesa (kip=8).

Zaključak: na osnovu dobijenih rezultata dolazimo do zaključka da je prevelika prevalencija karijesa na mliječnim i stalnim zubima. Ovakvo stanje ukazuje na neophodnost blagovremene i redovne primjene preventivnih mjera i podizanja samosvjesti djece i roditelja o značaju oralne higijene kao i redovnih posjeta stomatologu. Zbog visokog procenta zastupljenosti nesaniranog karijesa u obje denticije potrebno je prvenstveno obezbjediti kontinuiranu stomatološku zaštitu u ovoj opštini, koja ne funkcioniše skoro tri decenije.

STANJE PARODONCIJUMA KOD MLADIH ŽENSKIH OSOBA NA HORMONSKOJ TERAPIJI

Marija Žakula², Katarina Madić², Božidar Dimitrijević³, Dejan Marković³

¹Dom zdravlja Zvezdara, ²Dom zdravlja “Dragan Funduk” Pećinci, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: uticaj polnih hormona na parodontcijum zavisi od mnogobrojnih faktora, a među njima u grupu najvažnijih spadaju životna dob žene i upotreba hormonalnih suplemenata (oralni kontraceptivi i hormonska terapija kod postmenopauzalnih žena). Prvobitni kontraceptivni preparati sadržavali su visoke koncentracije sintetskih polnih hormona (20-50 mikrograma estrogena i 0.15-4 miligrama progesterona). Današnji preparati sadrže male doze estrogena (0.05mg/dnevno) i progesterona (1.5mg/dnevno).

Cilj ovog rada je bio da se na sopstvenom uzorku pacijenata ispita procena rizika za nastanak oboljenja parodontcijuma kod mladih žena koje su uzimale savremene oralne kontraceptive.

Metod: Istraživanje je sprovedeno tokom 2010. godine na Klinici za parodontologiju i oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta u Beogradu i u Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata. Istraživanjem je obuhvaćeno 50 ispitanica starosti 20-30 godina koje su bile podjeljene u dve jednake grupe. Prvu (eksperimentalnu) grupu su sačinjavale žene koje su uzimale kontraceptivnu terapiju duže od 2 godine dok su drugoj (kontrolnoj) grupi pripadale ispitanice koje nisu pile kontraceptivne preparate u poslednjih 5 godina. Nakon popunjavanja upitnika kojim su prikupljeni podaci o subjektivnim tegobama, higijeni i lošim navikama, pristupilo se kliničkom pregledu uz pomoć stomatološkog ogledalceta, graduisane parodontalne sonde i veštačkog osvetljenja. Za ocenu stanja parodontcijuma korišćeni su plak indeks (PI), gingivalni indeks (GI), indeks krvarenja iz sulkusa (SBI), dubina parodontalnog džepa (DPDŽ) i nivo pripojnog epitela (NPI).

Rezultati: Među ispitanicama kontrolne i eksperimentalne grupe nije utvrđena statistički značajna razlika u pogledu odsustva subjektivnih tegoba i loših navika, a takođe statističkom obradom i analizom kliničkih parametara (PI, GI, SBI, DPDŽ, NPE) nije utvrđena statistički značajna razlika između dve grupe ispitanica. Kod ukupno 13 devojaka iz obe grupe (eksperimentalna i kontrolna) tj.52% potvrđena je dijagnoza parodontopatije.

Zaključak: Ovom prospektivom epidemiološkom kliničkom studijom je pokazana podjednaka zastupljenost parodontopatije u obe ispitivane grupe bez statistički značajne razlike u vrednostima ispitivanih kliničkih parametara. Na osnovu dobijenih rezultata nije se moglo zaključiti da upotreba savremene hormonalne terapije u vidu oralnih kontraceptiva ugrožava zdravlje parodontcijuma mladih žena. Rizik za nastanak parodontopatije kod pacijentkinja na hormonalnoj terapiji biće manji ukoliko se sprovode mere zdravstveno vaspitnog rada, motivacije, pravilna i redovna oralna higijena, korekcija ishrane i loših navika, kao i redovni godišnji kontrolni pregledi.

41

PRVI KORACI DO ORALNOG ZDRAVLJA U VRTIĆU

Maja Polić

Dom zdravlja Krupanj

Prema statističkim podacima Zavoda za javno zdravlje Šabac, karijes je zabrinjavajuće prisutan kod učenika u nižim i višim razredima osnovne škole. Stanje ukazuje na potrebu pojačane aktivnosti u širenju svesti o očuvanju oralnog zdravlja i prevencije u vrtiću. Iz ove potrebe proizilazi cilj poster prezentacije, koja će biti organizovana u Vrtiću „Naša radost“ u Krupnju. Priprema za realizaciju ove teme sprovodi se putem metode prikupljanja i obrade podataka, metoda predavanja, objašnjavanja i razgovora. U okviru praktične primene ideje koristiće se demonstrativna metoda. Putem foto-panoa biće predstavljen najkraći put prevencije u vrtiću i dokazaće njenu primenu. Foto-pano, kao ilustracija postupka, ostaće u vrtiću. Na kraju će biti podeljeni flajeri sa praktičnim savetima. Očekuju se značajni rezultati u zadatim oblastima: 1. Ostvarivanje dobre saradnje sa vaspitačima, roditeljima i decom; 2. Usvajanje teorijskih i praktičnih znanja; 3. Uvođenje ovog vida prevencije u Godišnji program rada vrtića.

Nova organizaciona šema ne bi značajno odstupala od postojeće, ali bi se uvođenjem praktične primene unapredila prevencija oralne zaštite zuba u vrtiću. Sprovođenjem prevencije u predškolskoj grupi, očekuje se smanjenje prisustva karijesa kod učenika u nižim i višim razredima osnovne škole

42

INFILTRATIVNI TRETMAN BELIH MRLJA

Danijela Milojević¹, Dušan Kosanović², Zorica Matić Jović³, Marija Ralević⁴, Zoran Vuličević²

Dom zdravlja Bela Crkva¹, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, Dom zdravlja Valjevo³, Dom zdravlja “dr Simo Milošević” Beograd⁴

Uvod: Bele mrlje na zubima mogu se razviti u svim denticijama i mogu zahvatiti pojedine ili sve zube. Nastaju kao posledica opštih i lokalnih faktora tokom faze razvoja zubne strukture ili na već iznikle zube. Najčešće su posledica gubitka pojedinih minerala, najčešće Ca i P iz površine zubne gleđi u toku razvoja zuba. To su hipoplazije gleđi, koje se manifestuju kredasto belim mrljama na stalnim incizivima i molarima. Najčešće su estetski problem pacijenta.

Cilj: Ukazati na mogućnosti primene infiltrativnog tretmana ICON-om (DMG–Hamburg) u sprečavanju napredovanja početnih karijesa u vidu belih mrlja na zubima.

Metod: Pacijentkinji uzrasta 16 godina na Klinici za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta u Beogradu anamnezom i kliničkim pregledom postavljena je dijagnoza hipoplazije zuba, izražena na incizalnim i srednjim trećinama vestibularnih površina zuba gornje vilice. Nakon uklanjanja mekih naslaga, odlučeno je primeniti prvo postupak kućnog izbeljivanja zuba. Na osnovu uzetog anatomskeg otiska gornje vilice urađen joj je trej, koji joj je predat uz uputstvo o samom postupku. Nakon perioda korišćenja preparata (WHITE SMILE 16% KARBAMID PEROKSID), u trajanju od 10 dana, uz redovne kontrolne preglede, rešeno je primeniti infiltrativni metod kao preventivni i estetski tretman belih mrlja - ICON setom (ICON Eatch, Icon Dry, Icon – Infiltrant). Postavljen je koferdam na zubima koji su tretirani (15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25). Gel za nagrizanje gleđi je aplikovan na površine zuba u trajanju od 2 minuta, zatim ispiran vodom 30 sekundi, a zubi zatim posušeni vazduhom. Površine zuba tretirane su Icon Dry-om (99% Etanolom) koji je ostavljen da u delovanju od 30 sekundi ukloni svu preostalu vlagu iz gleđi, a zatim posušeni vazduhom. Inspekcijom su i dalje bile uočljive bele mrlje, pa su ponovljena oba postupka. Zatim se aplikuje Icon infiltrant u trajanju od 3 minuta, a nakon uklanjanja viška materijala iz interdentalnih prostora zubnim koncem i postavljanja celuloidnih traka između zuba, izvrši prosvetljavanje od 40 sekundi svakog zuba. Postupak infiltriranja je ponovljen u trajanju od 1 minut. Uklonjen je koferdam, a tretirane površine zuba ispolirane su gumicom, diskovima i trakama za poliranje.

Rezultati: U svrhu očuvanja zdravog čvrstog tkiva ne radi se preparacija zuba, izrada faseta ili kruna zuba. Preventivno-profilaktičke mere u tretiranju početne karijesne lezije u vidu belih mrlja, uklanjanjem zubnog plaka i premne fluora zahtevaju čekanje. Vreme, kao presudan faktor za lekara i pacijenta, je postupkom infiltriranja svedeno na jednu posetu. Najvažnije je da nema napredovanja lezije. Estetska forma je zadovoljena i postupak bezbolan.

Zaključak: Novi trendovi u stomatologiji zahtevaju potrebu za kontinuiranom medicinskom edukacijom po pitanju dijagnoze, prevencije i terapije ranih karijesnih lezija, a sve u svrhu očuvanja zdravlja usta i zuba.

ZNAČAJ PRAVILNOG ODRŽAVANJA ORALNE HIGIJENE U TRUDNOĆI

Vladimir Milanović¹, Momir Carević²

¹Dom zdravlja Zemun, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Trudnoća predstavlja prirodan fiziološki proces koji je savršeno tačno predodređen, ali koji je u isto vreme praćen dubokim promenama. Tvrdna zubna tkiva, a naročito okolna potporna meka tkiva, posebno su pogođeni ovim promenama. Istraživanja su, kako kod nas, tako i u svetu, pokazala da roditelji, prenoseći svoje loše navike, imaju značajnog uticaja na oralno zdravlje deteta. Iz tih razloga, u toku trudnoće majke, treba početi sa korigovanjem loših i favorizovanjem samo pozitivnih navika, koje će trudnica preneti detetu nakon porođaja.

Cilj ovog rada je utvrđivanje značaja pravilnog održavanja oralne higijene kod trudnica.

Metod: Anketnim upitnikom, koji je sadržao pitanja o navikama u održavanju oralne higijene, bilo je obuhvaćeno 50 trudnica.

Rezultati: Oko 71% trudnica održava oralnu higijenu jednom dnevno. Samo 5% koristi pomoćna sredstva za održavanje oralne higijene, tj. 95% koristi samo četkicu i pastu za pranje zuba. Da "jedna trudnoća odnosi jedan zub" izjavilo je 90% trudnica. Samo 4 od 50 ispitanih trudnica, javilo se na preventivni stomatološki pregled.

Zaključak: Na osnovu analize anketnih upitnika, može se zaključiti da je neophodno da stomatolozi počnu da igraju proaktivnu ulogu u oralnom zdravlju trudnica. Promocijom oralnog zdravlja i primenom preventivno-profilaktičkih mera, neophodno je boriti se protiv tradicionalno uvreženih shvatanja i stvoriti pozitivne navike, koje će buduće majke preneti na svoju decu.

STANJE ORALNOG ZDRAVLJA DECE SA POSEBNIM POTREBAMA NA TERITORIJI OPŠTINE VALJEVO

Zorica Matić Jović¹, Marija Ralević², Milojević Danijela³

¹Dom zdravlja Valjevo¹, ²Dom zdravlja "dr Simo Milošević" Beograd², ³Dom zdravlja Bela Crkva³

Cilj: Prikaz stanja zdravlja usta i zuba kod dece sa posebnim potrebama na teritoriji opštine Valjevo.

Metod: Istraživanjem je obuhvaćeno 66 dece koje se javilo na poziv, od ukupno 218 poslatih poziva, od strane opštine Valjevo, u junu mesecu 2016 godine. Stomatološki pregled je obavljen u ordinaciji stomatološke službe Doma zdravlja Valjevo, pri veštačkom osvetljenju, korišćenjem sonde i stomatološkog ogledalca. Stanje oralnog zdravlja pregledane dece je zabeleženo u stomatološki karton.

Rezultati: Analizom podataka dobijeni rezultati ukazuju na jako lošu oralnu higijenu, Kio=83,3%, velika je zastupljenost karijesa u strukturi KEP-a, %K=65,40% i relativno mali broj plombiranih zuba, %P =16,35% i ekstrahiranih zuba, %E=18,25%. U razgovoru sa roditeljima došlo se do podataka da decu dovode kod stomatologa najčešće u hitnim slučajevima, zbog bola, otoka ili upale desni.

Zaključak: Razlozi za ovakav nalaz oralnog zdravlja su slaba motivisanost dece, roditelja ili staratelja, njihov socijalni status, kao i nepoznavanje značaja zdravlja usta i zuba. To nam potvrđuje i činjenica da se na pregled javio mali broj dece. Shodno tome, neophodno je sprovoditi zdravstveno vaspitni rad sa roditeljima dece sa posebnim potrebama od njihovog najranijeg uzrasta, zakazivati češće kontrolne preglede deci i stalno ukazivati na značaj oralnog zdravlja.

PREVENCIJA I RANA DIJAGNOSTIKA ORTODONTSKIH ANOMALIJA OD STRANE DEČJEG STOMATOLOGA

Marija Paunović¹, Olivera Jovičić², Ivana Zdravković¹, Vesna Tričković³

Dom zdravlja Smederevo¹, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³VMA

Uvod: Pravovremena dijagnoza i rano započinjanje lečenja kod mnogih ortodontskih nepravilnosti mogu doprineti potpunom izostanku potrebe za dugotrajnom terapijom ili dosta smanjiti njeno trajanje. Tome doprinosi tesna saradnja između dečjeg stomatologa i ortodonta, a posebno stručnost i edukovanost dečjeg stomatologa iz oblasti preventivne i interseptivne ortodoncije.

Cilj: prikazivanje slučajeva preventivne sekundarne teskobne mobilne ortodontske aparature.

Metod: Devojčica stara 7 godina dolazi na Kliniku za dečju i preventivnu stomatologiju zbog sanacije zuba. Pregledom se uočava rasklaćenje intaktnog zuba 65. Posle ortopantomagrafskog snimka obe vilice uočava se prevremena resorpcija korenova zuba 65 od strane mezijalno inkliniranog zuba 26. Posle uklanjanja mlečnog zuba, zakazan je kontrolni pregled za 2 meseca na kome je uočena mezijalna inklinacija zuba 26 prilikom nicanja i dijagnostikovano je rizik za nastanak sekundarne teskobne i gubitak prostora za nicanje premolara sa te strane vilice. Pacijentkinja je upućena na Kliniku za ortopediju vilica radi dalje terapije.

Rezultati: Na Klinici za ortopediju vilica postavljen je aparat za distalizaciju zuba 26 koji ima ulogu da u toku nicanja utiče na pravilno postavljanje zuba 26 i čuva prostor za nicanje premolara. Ovom ranom terapijskom merom, predupređena je ekstrakciona terapija i dugotrajno nošenje ortodontskog aparata.

Zaključak: Stručnost dečjeg stomatologa i edukacija iz drugih grana stomatologije neophodni su zbog prevencije potrebe za komplikovanim i dugotrajnim terapijskim rešenjima. Dečji stomatolog treba da kontroliše razvoj i leči ceo stomatognati sistem, a ne samo karijes. Kontinuirana edukacija i redovno praćenje pacijenata, potrebni su da bi se pružio najviši nivo stomatološke nege i terapije.

RASPROSTRANJENOST KARIJESA KOD DECE UZRASTA DVANAEST GODINA U SMEDEREVU

Ivanka Đorđević¹, Milica Javor², Vesna Tričković³, Vanja Petrović⁴

¹Dom zdravlja Smederevo, ²Dom zdravlja Smederevo, ³VMA Beograd, ⁴Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Uvod: Oralno zdravlje je važan segment opšteg zdravlja i utiče na kvalitet života u svakom životnom dobu.

Cilj ovog rada je utvrđivanje rasprostranjenosti karijesa kod dece uzrasta dvanaest godina u Smederevu.

Metode: Rađena je analiza sistemskih pregleda dece u dvanaestoj godini života u O.Š. "Branko Radičević" u Smederevu. Sva deca su pregledana standardnom stomatološkim dijagnostičkim instrumentima pri veštačkom osvetljenju.

Rezultati: Od 112 pregledane dece, kod 63 deteta je dijagnostikovana jedna ili više karijesnih lezija, što u procentu iznosi 56,25%. Od ukupnog broja, 49 dece ili 43,75% je bilo karijesa. Ukupan broj karijesnih zuba je bio 198, ekstrahovanih 13, a plombiranih 53.

Zaključak: Stanje zuba kod ispitivane dece nije zadovoljavajuće. Neophodno je ukazati na značaj preventivnih mera i programa, implementirati ih kroz sisteme primarne zdravstvene zaštite sa posebnim akcentom na promociji oralnog zdravlja i podizanje nivoa zdravstvene svesti.

KOMPARATIVNA ANALIZA ORALNOG ZDRAVLJA KOD SMEDEREVSKIH PREDŠKOLACA

Manuela Đokić¹, Zoran Mandinić², Vladica Ćirić³, Olivera Lukač⁴

Dom zdravlja Smederevo¹, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Zvezdara, ⁴Dom zdravlja Voždovac

Uvod: Uzimajući u obzir etiologiju karijesa, stalni zubi iznikli u ustima sa većim brojem prisutnih karijesnih mlečnih zuba i sami imaju veći rizik za nastanak karijesa. Zato je neophodno preventivnim, profilaktičkim i terapijskim merama uticati na zdravlje mlečnih zuba, a samim tim i na stvaranje preduslova za nicanje zdravih stalnih zuba koji obezbeđuju pravilan celokupni rast i razvoj deteta.

Cilj: uraditi komparativnu analizu oralnog zdravlja dece predškolskog uzrasta u Smederevu.

Metod: Retrospektivna analiza je sprovedena pregledom stomatoloških kartona 127 predškolaca Stomatološke ambulante za dečju i preventivnu stomatologiju DZ Smederevo i analizom sistematskih pregleda uradjenim po kriterijumu SZO, pod veštačkim svetlom pomoću stomatološkog ogledalca i sonde. Istraživanje je vršeno pomoću vrednosti karijes indeks proseka (Klp) i karijes indeks osoba (Klo).

Rezultati: Analiza podataka je pokazala da od 127 predškolaca njih 92 je sa KEP-om, ukupan KEP je 504 a vrednosti Klo-72,44% i Klp-3,96. Ovi podaci su upoređeni sa podacima od pre godinu dana kada je 75-oro dece bilo sa KEP-om, ukupan KEP je iznosio 322 a Klo-59,05% i Klp-2,53. Poređenjem vrednosti Klp-a je dobijen godišnji priraštaj karijesa (GPK)-1,43.

Zaključak: Visok godišnji priraštaj karijesa nas obavezuje na intenzivniji i kontinuirani zdravstveno-vaspitanje rad, kao i na pojačane preventivne i profilaktičke mere, odgovarajuće terapijske postupke kako bi se poboljšalo oralno zdravlje dece i omogućio njihov rast i razvoj.

KOMPARATIVNA ANALIZA ORALNOG ZDRAVLJA KOD SMEDEREVSKIH PREDŠKOLACA

Vesna Šoškić¹, Olivera Jovičić², Aneta Sekulić³, Aleksandra Čolović², Olivera Lukač⁴

Dom zdravlja Smederevo¹, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Zemun, ⁴Dom zdravlja Voždovac

Uvod: Tokom sportskih aktivnosti dešavaju se povrede zuba, koštanog i mekog tkiva. Uz faktore rizika, ove povrede se dešavaju češće tokom kontaktnih sportova. Terapija je vrlo često dugotrajna i sa neizvesnim ishodom. Pored zdravstvenog vaspitanja, u cilju prevencije povreda orofacijalne regije, značajnu ulogu imaju štitnici.

Cilj: Izrada individualnih štitnika u cilju prevencije povreda zuba tokom sportskih aktivnosti.

Metod: Po prijemu pacijenta, starog 16 godina, na našu Kliniku, dijagnostikovana je fraktura krunice levog centralnog sekutuća, zadobijena na kosarkaskoj utakmici. Nakon saniranja povrede kompozitnom nadogradnjom, pristupili smo izradi individualnog štitnika od polivinil plastike, u cilju prevencije daljih povreda.

Rezultati: Na osnovu anatomske otiske gornje vilice u alginatu, izliven je radni model od tvrdog gipsa. Obradjen i trimovan model je postavljen na postolje vakuum aparata. Razgrejana je polivinil plastična folija, debljine 3 mm i pod vakuumom adaptirana na površinu modela. Rubovi štitnika su obradjeni karbidnom frezom, tako da se nalaze 2mm ispod pokretne sluzokože u vestibulumu i 4-6mm na palatinalnoj strani. U narednoj poseti, individualni štitnik je adaptiran i predat pacijentu.

Zaključak: Štitnikom se najdelotvornije preveniraju povrede i smanjuje rizik od ponovnih povreda zuba, mogućih preloma viličnih kosti i povreda viličnih zglobova. Sa opšteg aspekta, ali i finansijskog, prevencija povreda štitnicima tokom sportskih aktivnosti, je jednostavna i treba ih uvrstiti u deo obavezne sportske opreme.

ŠKOLA RODITELJSTVA U ŠAPCU

Dajana Jokić, Danijela Marković

Dom zdravlja "dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Stomatološko savetovalište za trudnice počelo je sa radom 1997.godine. Rad u školi za trudnice bio je organizovan timski: ginekolog-akušer, viša medicinska sestra, pedijatar, stomatolog, nutricionista, patronažna sestra i fizioterapeut. Od 2008.godine počinje sa radom škola roditeljstva u Službi polivalentne patronaže sa preventivnim centrom, koja se nalazi u zgradi stomatologije. U rad škole uključeni su ginekolog, stomatolog, pedijatar i patronažna sestra.

Cilj: proceniti zainteresovanost trudnica za sopstveno oralno zdravlje koje će doprineti očuvanju zdravlja usta i zuba deteta.

Metod: Zdravstveno vaspitni rad sa trudnicama organizovan je tako da prilikom prvih poseta ginekolog svaku trudnicu obavesti o radu škole. Polivalentnoj patronaži se šalje spisak trudnica sa brojevima telefona i na osnovu toga se prave grupe i trudnice pozivaju na predavanja. Predavanja se održavaju svake srede u mesecu. Dečijem stomatologu su trudnice, pored odojčadi i male dece, najvažnija ciljna grupa. Podizanjem svesti trudnice o značaju oralnog zdravlja, prenatalno utičemo na očuvanje zdravlja deteta. To je najsigurniji put koji ne sme da se zaobiđe. Teme o kojima diskutujemo u školi su sledeće: značaj saniranih zuba trudnice, gingivitis trudnoće, oralna higijena i ishrana trudnice, higijena usne duplje i zuba bebe, prva poseta dečijem stomatologu, nicanje zuba i tegobe, dojenje, značaj čvrste hrane, kašičice i čaše, cirkularni karijes, loše navike (sisanje prsta).

Rezultati: Uvidom u protokol o evidenciji trudnica škole roditeljstva i stomatološkog protokola zdravstveno vaspitnog rada dobijeni su podaci da svake godine u proseku školu pohađa 120 trudnica.

Zaključak: Znajući da se u Šapcu godišnje rodi oko 1000 beba, motivisanost trudnica je veoma mala. Daleko smo od ciljeva oralnog zdravlja u Srbiji do 2020.godine. Ostaje samo nada da su trudnice koje se leče u privatnim stomatološkim ordinacijama obuhvaćene zdravstveno vaspitnim radom. Pred nama je i dalje dug i trnovit put sa željom da jednog dana imamo decu sa zdravim zubima.

UTICAJ LOŠIH NAVIKA U ISHRANI NA POJAVU KARIJESA KOD DJECE

Aneta Sekulić¹, Olivera Jovičić², Vesna Šoškić³, Aleksandra Čolović²

¹Dom zdravlja Zemun, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Smederevo,

Uvod: Karijes je najrasprostranjenije oboljenje današnjice. Glavni uzroci nastanka su neizbalansirana ishrana i neadekvatna oralna higijena.

Cilj: Utvrditi rasprostranjenost karijesa kod djece i njegovu povezanost sa lošim navikama u ishrani.

Metod: Sprovedena je anonimna anketa u Domu zdravlja Zemun. Anketirani su roditelji djece uzrasta od 0 do 18 godina. Ispitano je 50 roditelja, pitanja su bila o oralnoj higijeni i ishrani. Stomatološkim pregledom evidentiran je i KEP djece.

Rezultati: -Prosječan KEP je bio 3,58; -30% djece unosi slatkiše 3 ili više puta dnevno; -Kod djece koja slatkiše unose jednom dnevno prosječan KEP je bio 3,22; -Kod djece koja slatkiše unose 3 ili više puta dnevno prosječan KEP je bio 5,64; -86% roditelja smatra da med nije kariogen;

Zaključak: Da bi KEP sveli na minimum potrebna je edukacija cjelokupne populacije kroz razne vidove preventivnih programa. Roditeljima i djeci tereba objasniti da je za nastanak karijesa mnogo važnija frekvencija unošenja hrane od količine.

UČESTALOST PREVENTIVNIH ZDRAVSTVENIH USLUGA U STOMATOLOŠKOJ AMBULANTI „DR ALEKSANDAR JELAČIĆ“ DOMA ZDRAVLJA VOŽDOVAC

Olivera Lukač¹, Mirjana Ivanović², Vladica Ćirić³, Manuela Đokić⁴, Vesna Šoškić⁴, Marija Đurković⁵

¹Dom zdravlja Voždovac, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Zvezdara, ⁴Dom zdravlja Smederevo, ⁵Dom zdravlja Šabac

Uvod: Stomatološka ambulanta u sklopu D.Z.Voždovac u svojoj nadležnosti ima 2 osnovne škole (O.Š. Đura Daničić i O.Š.Jova Jovanović Zmaj) kao i dva vrtića (Plavi Čuperak i Čika Jova Zmaj). U toku godine, prema sadržaju i obimu preventivnih mera u oblasti primarne stomatološke zdravstvene zaštite, neophodno je uraditi jedan sistematski i jedan kontrolni pregled dece u obe škole i oba vrtića. Takođe, od preventivnih mera su obavezne: individualno-zdravstveno vaspitni rad, motivacija pacijenta, rad u maloj grupi, organizacija izložbi, uklanjanje naslaga, lokalna aplikacija fluorida, zalivanje fisura i preventivno plombiranje.

Cilj rada je da se prikaže zastupljenost preventivnih usluga u okviru jedne školske stomatološke ambulante u periodu od 01.01.2014-01.01.2017 godine.

Metodologija: Uvidom u stomatološke kartone, prikazati rezultate rada u domenu sprovođenja preventivnih mera, jednog od dva stomatologa iz pomenute ambulante, za period od 01.01.2014-01.01.2017.

Rezultati: Ukupan broj pacijenata koji su primljeni u ovim ambulantama, za period 1.1.2014-1.1.2017, je 3834 pacijenta. Uvidom u dokumentaciju uočeno je da je veći procenat (58%) preventivnih usluga u odnosu na kurativne (42%). U odnosu na učestalost pojedinih preventivnih zdravstvenih usluga, uočeno je da su najviše zastupljeni pregledi (38,5%), zatim individualni zdravstvenovaspitni rad (25,8%) i fluorisanje zuba (18,1%) a najmanje uklanjanje mekih naslaga (12,2%) i zalivanje fisura (2,3%) rad u maloj grupi (1,5%) preventivni ispun (0,7%) organizacija izložbe (0,01%) i skrining na karijes i ortodontske nepravilnosti (1,4%) u odnosu na ukupan broj usluga u ambulanti.

Zaključak: Prevencija zauzima veoma važno mesto u stomatološkoj školskoj ordinaciji. U periodu od 1.1.2014-01.01.2017 godine u radu stomatološke ambulante preventivne usluge su zastupljene u većem procentu, što je dobro i ukazuje na orijentaciju rada stomatologa u smeru preventivnih mera. Takođe, na osnovu analize rezultata se zaključuje da su stomatološki pregledi, individualno-zdravstveno vaspitni rad i fluorisanje zuba zastupljeni u većem procentu u odnosu na uklanjanje naslaga i zalivanje fisura. Smernice za budući rad bi bile da se zalivanja fisura i lokalna primena fluorida sprovede po protokolu, kod sve dece, kao i uklanjanja mekih naslaga.

ULOGA RODITELJA U OČUVANJU ORALNOG ZDRAVLJA

Vesna Tričković¹, Marija Paunović², Ivanka Djorđević², Vanja Petrović³

¹VMA, ²Dom zdravlja Smederevo, ³Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu,

Cilj: Utvrditi ulogu i uticaj roditelja na očuvanje oralnog zdravlja njihove dece.

Metod: 45 roditelja, dece uzrasta 3-15 godina, čiji je KEP veći od 10, popunili su posebno dizajnirani anketni upitnik. Upitnik je sadržao precizna pitanja o prenatalnom i postnatalnom periodu. Na osnovu analize odgovora iz ankete i stomatološkog statusa moguće je odrediti rizik za nastanak oralnih oboljenja, koji se kvalifikuje kao nizak, srednji i visok rizik.

Rezultati: Odgovori roditelja iz anketnog upitnika nisu u saglasnosti sa stomatološkim statusom. Kod 75% anketiranih utvrđen je nizak rizik za nastanak oralnih oboljenja, a njihov KEP je veći od 10. Postoji verovatnoća da roditelji nisu iskreno odgovorili na precizno postavljena pitanja ili da ne razumeju koliki iznačaj ima primena svih preventivnih mera.

Zaključak: Potrebno je raditi na zdravstvenom prosvetivanju roditelja, informisati ih o značaju frekventnog unošenja hrane, neophodnosti pravilne oralne higijene i redovnih stomatoloških pregleda. Očuvanje oralnog zdravlja je briga roditelja koja počinje u prenatalnom periodu i nastavlja se tokom detinjstva. Zdravstveno vaspitanje je kontinuiran proces i obuhvata čitavu populaciju.

KAKO U PRAKSI RUKOVODITI ZAKONIMA VEZANIM ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Zora Pandurov, Zoran Panajotović, Jelica Radulović, Ružica Bojanić

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Zdravstvena inspekcija

Cilj: Prikazati zakonske osnove koje su zdravstveni radnici u obavezi da sprovode, a koje mogu koristiti kao postupak za unapređenje kvaliteta stručnog rada zdravstvenih radnika u zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi.

Metod: Obrazložiti praktičnu primenu odredbi iz Pravilnika o proveri kvaliteta stručnog rada na način da zdravstveni radnici shvate značaj praćenja kvaliteta stručnog rada, kako bi smanjili mogućnost za nastanak stručne greške.

Rezultati: Pravilnikom o proveri kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika („Službeni glasnik RS“, br. 35/11) utvrđeno je da se provera kvaliteta stručnog rada sprovodi u zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi i kao Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada. Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada može biti: 1. **Kontinuirana**, sprovodi je neposredni rukovodilac ili osnivač privatne prakse-kontinuirano (može i svakodnevno) i 2. **Vanredna**, u slučaju neželjenih događaja. Tada se sprovodi na predlog direktora, stručnog saveta zdravstvene ustanove ili komisije za proveru kvaliteta rada. U oba slučaja o unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada sačinjavaju se Zapisnici. Propisano je da zapisnik sadrži: ime i prezime lica koje vrši proveru, predmet provere, zapažanja, uočene nedostatke, preduzete mere radi otklanjanja nedostataka i potpis lica koje je vršilo proveru. Za unapređenje kvaliteta stručnog rada, od značaja je kontinuirana provera kvaliteta i ovu proveru možemo smatrati preventivnom merom, a predložene mere u zapisniku, preventivnim aktivnostima koje treba sprovesti radi poboljšanja kvaliteta rada u ZU i Privatnoj praksi. Na osnovu sačinjenih zapisnika neposredni rukovodilac sačinjava mesečni Izveštaj koji dostavlja načelniku. Načelnik ili neposredni rukovodilac, ukoliko organizaciona jedinica nema načelnika, je u obavezi da na svaka tri meseca dostavlja izveštaj Stručnom savetu ZU. Na osnovu prispelih izveštaja, Stručni savet sačinjava godišnji izveštaj koji dostavlja Komisiji za unapređenje kvaliteta rada i direktoru ZU. Takođe, na osnovu podataka iz Izveštaja, Stručni savet sačinjava i predlog plana za unapređenje stručnog rada za narednu godinu, koji takođe dostavlja direktoru i komisiji za unapređenje kvaliteta rada ZU. Koristeći ovaj predlog plana Komisija sačinjava Program provere kvaliteta stručnog rada ZU za narednu godinu. Privatna praksa je takođe u obavezi da sačini godišnji program provere kvaliteta stručnog rada, ali isti sačinjava na osnovu sačinjenih zapisnika iz prethodne godine.

Zaključak: poštujući odrebe Pravilnika, neposredni rukovodilac ili osnivač privatne prakse može uticati na kvalitet stručnog rada i smanjenje rizika za nastanak stručne greške, a istovremeno kontrolisati efikasnost preduzetih mera kako bi se nepešno unapređivao kvalitet stručnog rada koji se meri pokazateljima kvaliteta.

STANJE ZDRAVLJA PRVIH STALNIH MOLARA KOD DECE PRED UPIS U PRVI RAZRED

Marija Ralević¹, Zorica Matić Jović², Milena Starčević³, Zoran Vulićević⁴

¹Dom zdravlja "Dr Simo Milošević", Beograd, ²Dom zdravlja Valjevo, ³Dom zdravlja "Dr Milenko Marin", Loznica, ⁴Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju Stomatološkog fakulteta, Beograd

Cilj: Prikazati stanje zdravlja prvih stalnih molara kod dece pred upis u prvi razred.

Metod: Istraživanjem su obuhvaćena 73 deteta iz predškolske ustanove "Roda" i "Neven" opštine Čukarica iz Beograda u okviru obaveznog sistematskog stomatološkog pregleda pred upis u školu, u toku februara i marta 2017. godine. Stomatološki pregled je obavljen u stomatološkoj ordinaciji O.Š. "Filip Kljajić Fića" pri veštačkom osvetljenju korišćenjem sonde i stomatološkog ogledalca. Stanje oralnog zdravlja pregledane dece zabeleženo je u stomatološki karton. Dobijeni rezultati su prezentovani korišćenjem epidemioloških indeksa KEP, KIo, KIz i KIp.

Rezultat: Analizom podataka dobijeni su rezultati da od 73 pregledana deteta oba pola, bar jedan iznikao prvi stalni molar ima 60-oro dece (82,19%). Pregledano je 207 prvih stalnih molara, ukupan KEP iznosio je 9 (K = 6, E = 0, P = 3), KIo = 10%, KIz = 4,35%, KIp = 0,15. Od 198 zdravih prvih stalnih molara zlivene fisure su na 45 (22,73%).

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju da je neophodna kontinuirana i intezivna primena preventivno-profilaktičkih mera i postupaka sa ciljem da se unapredi oralno zdravlje. Neophodno je podići svest roditelja i dece o važnosti redovne i pravilne oralne higijene i redovnih poseta stomatologu.

KOMPARATIVNI REZULTATI ORGANIZOVANIH SISTEMATSKIH PREGLEDA DECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA NA TERITORIJI BEOGRADSKE OPŠTINE ZVEZDARA

Vladica Ćirić¹, Zoran Mandinić², Manuela Đokić³

¹Dom zdravlja Zvezdara, ²Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu, ³Dom zdravlja Smederevo,

Uvod: Mlečna denticija je veoma važna za pravilan razvoj orofacijalnog sistema dece. Kontinuirane posete stomatologu omogućavaju ranu detekciju karijesa i drugih problema u oralnoj regiji. Na taj način se postiže lakša i bezbolna sanacija.

Cilj: Analiza efekata sprovedenih preventivnih, profilaktičkih i stomatoloških terapijskih mera u stomatološkoj službi Doma zdravlja „Zvezdara“. Merama su obuhvaćena deca 6 godina starosti koja pohađaju obdanište i koja su van obdaništa, u periodu od 2015-2016. godine.

Metod: Za utvrđivanje dentalnog statusa, koji se vršio prema kriterijumima SZO, koristilo se ravno stomatološko ogledalce i stomatološka sonda pod direktnim osvetljenjem. Studijska grupa je obuhvatala 532 deteta iz obdaništa, a druga studijska grupa je obuhvatala 538 dece van obdaništa. Sistematska stomatološka sanacija i preventivni rad sa decom predškolskog uzrasta rađena je u saradnji sa stomatološkom službom Doma zdravlja „Zvezdara“.

Rezultati: U periodu od jula do decembra 2015. godine broj dece iz obdaništa obuhvaćena redovnim sistematskim pregledom je 347, a van kolektiva je 61. Lokalnom aplikacijom fluorida obuhvaćeno je 100% dece, sanirano je 52 karijesne lezije i ekstrahovano je 27 zuba. Vrednost KEP-a je 265, KIP je 0,76 kod dece koja su bila deo kolektiva, dok kod dece koja su van kolektiva vrednost KEP-a 95, a KIP je 1,56.

U periodu od januara do decembra 2016. godine grupa ispitanika je brojala 124 dece od toga 81 iz obdaništa, 43 van obdaništa. Lokalna aplikacija fluorida obuhvatila je 100% ispitanika, sanirano je 139 karijesa i ekstrahovano je 88 zuba. Kod dece koja borave u vrtićima vrednost KEP-a je 184, KIP je 2,27, odnosno KEP je 147, a KIP 3,42 kod dece koja ne pohađaju vrtiće.

Zaključak: Uočen je trend povećanja KIP-a, nešto više kod dece koja nisu deo kolektiva iako se kontinuirano i blagovremeno sprovode sistematski pregledi i preventivni programi. Potrebno je upornom promocijom oralnog zdravlja uticati na roditelje na loše navike njihove dece i insistirati na značaju redovnih pregleda kod izabranog dečijeg stomatologa.

ORALNA HIGIJENA ADOLESCENATA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA

Vladan Đorđević^{1,2}, Vanja Petrović³, Jovo Kolar⁴, Adam Malešević⁴, Ema Aleksić⁴, Vesna Stefanović¹, Ljubomir Todorović²

¹Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ Beograd, Srbija, ²Farmaceutsko-zdravstveni fakultet, Univerzitet u Travniku, Bosna i Hercegovina, ³Stomatološki fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija, ⁴ Stomatološki fakultet u Pančevu, Privredna akademija u Novom Sadu, Srbija

Uvod: Prema najnovijim procenama Svetske zdravstvene organizacije, mentalni poremećaji su na trećem mestu vodećih uzroka nesposobnosti stanovnika Evrope, a prethodno sprovedena istraživanja ukazuju na povećanje prevalencije mentalnih poremećaja među decom i adolescentima. Oralno zdravlje zauzima značajno mesto u mentalnom zdravlju čoveka, jer prisustvo mentalnog poremećaja najčešće vodi ka lošijem oralnom zdravlju.

Cilj: rada bio je da se identifikuju navike adolescenata sa mentalnim poremećajima u pogledu oralne higijene i odredi vrednost indeksa mekih naslaga po Greene-Vermillionu (OHI-S).

Metod: Istraživanje je sprovedeno među 60 adolescenata sa mentalnim poremećajima koji se leče u Klinici za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“. Svim ispitanicima su rađeni stomatološki pregledi, u cilju određivanja vrednosti OHI-S indeksa. Ispitanici su anketirani, sa ciljem određivanja navika u održavanju oralne higijene.

Rezultati: U istraživanju je učestvovalo 24 osoba muškog i 36 osoba ženskog pola, srednjeg starosnog doba 18,73 ± 4,25 godina (od 14 do 23 godine starosti). Srednja vrednost OHI-S indeksa bila je 2,21 ± 0,47. Pre hospitalizacije 45,9 % ispitanika, a u toku hospitalizacije 68,5% ispitanika, nije redovno održavalo oralnu higijenu. Čak 87,9% njih nije koristilo pomoćna sredstva u održavanju oralne higijene, a 39,7% nije znalo kakvu četkicu za zube koriste.

Zaključak: Neophodno je unaprediti oralno zdravlje adolescenata sa mentalnim poremećajima stavljajući akcenat na sisteme primarne zdravstvene zaštite i primenu optimalnih mera za njegovo poboljšanje, kako bi se prevenirala oralna oboljenja u kasnijem životnom dobu.

ZNANJE JE NAJBOLJA PREVENTIVA

Aleksandra Stanković¹, Milana Zeković²

¹Dom zdravlja Sremska Mitrovica, ²Privatna stomatološka praksa

Uvod: Svakodnevno smo bombardovani najrazličitijim informacijama o tome kako brzo i lako možemo da ozdravimo. Naslovi i reklame postavljeni na najrazličitijim mestima zovu da izbelimo zube, izlečimo se od karcinoma, umirimo bol zuba kapima na biljnoj bazi...mlečni zubi se ne popravljaju. Često bez ikakve provere, pacijenti posežu za najrazličitijim oblicima lečenja, nažalost tako izgube dragoceno vreme i bespotrebno potroše novac. Čuvanje onoga što nam je dato, zdravlja, ne donosi profit, pa je logično što nije predmet interesovanja tvorca reklama. Stoga se nameće potreba da ljudi iza kojih stoji obrazovanje, naučne istine, profesionalna iskustva učine korak ka članovima zajednice. Jer čuvanjem zdravlja, „profitira“ sama osoba, pa tako i čitavo društvo.

Cilj: nadglasati poluistine, podići zdravstvenu svest i ubediti pacijente da je znanje moć nad bolešću

Metod: zdravstveno vaspitni plakat dostupan na javnim mestima

Rezultat: zdravstvena prosvetljenost stanovništva, ušteda sredstava za lečenje, planiranje preventivnih aktivnosti kao primarnih, pravovremeno obraćanje stomatologu.

Zaključak: prava, jasna informacija upućena stanovništvu podiže nivo zdravstvene svesti pre svega o očuvanju oralnog zdravlja, a onda i o pravovremenom javljanju na neophodno lečenje.

ELIMINACIJOM FAKTORA RIZIKA DO ZDRAVOG OSMEHA

Slavica Đurđević Todorović

Dom zdravlja Požarevac

Cilj: Cilj rada je da prikaže značaj blagovremene eliminacije faktora rizika da bi se postiglo optimalno zdravlje usta i zuba.

Metod: Analizirani su podaci iz 90 kartona dece pregledane u Domu zdravlja Požarevac. Sva deca su obuhvaćena preventivnim pregledom u 9. mesecu, pa potom i u trećoj godini. Na preventivnom pregledu u 9. mesecu su iz anamnestičkih podataka koje su davali roditelji prepoznati faktori rizika za nastanak karijesa (noćni obrok, uspavlivanje na dojci-bočici, neubročena ishrana, nedovoljna ili nepravilna higijena) i dat je savet za njihovu eliminaciju.

Rezultati: Od ukupno 90 dece kod njih 12 (13,3%) nije postojao ni jedan prisutan faktor rizika na preventivnom pregledu u 9. mesecu. Na sistematskom pregledu u trećoj godini života je 80 (88,9%) dece imalo sve zdrave zube, kod svih njih je nakon pregleda u 9. mesecu ukinut noćni obrok, ukinuto je uspavlivanje na dojci-bočici, roditelji su se pridržavali datih saveta kod prehrane i pravilne oralne higijene. Kod četvoro dece (4,4%) je na stomatološkom pregledu u drugoj godini života dijagnostikovao cirkularni karijes. Kod petoro dece (5,5%) je dijagnostikovao cirkularni karijes u trećoj godini života, sa zahvaćenim peticama. Jedno dete je u trećoj godini života dovedeno sa bolom u stomatološku ordinaciju.

Zaključak: Neadekvatna ishrana, konzumiranje previše šećera, zbog neadekvatne brige narušava oralno zdravlje dece, a ima negativan uticaj i na celokupan metabolizam.

ZBORNIK
referata i sažetaka
XXXI, XXXII I XXXIII
SIMPOZIJUMA ZDRAVSTVENOG VASPITANJA U STOMATOLOGIJI

Urednik:
prof. dr Momir Carević

Saradnik u pripremi za štampu:
prim. dr Slađana Purić

Izdaje i štampa:
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Za izdavača:
prof. dr Miroslav Vukadinović

ISBN:978-86-80953-49-6

Tiraž:
50

CIP- Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије

616.31(082)(0.034.2)
615.851.4(082)(0.034.2)

СИМПОЗИЈУМ здравственог васпитања у стоматологији (31 ; 2015 ; Зрењанин)

Zbornik referata i radova XXXI [Zrenjanin, 19. i 20. juni 2015. godine], XXXII [Jagodina, 24. i 25. juni 2016. godine] i XXXIII [Šabac, 23. i 24. juni 2017. godine] Simpozijuma zdravstvenog vaspitanja u stomatologiji [Elektronski izvor] / urednik Momir Carević. - Beograd : Stomatološki fakultet Univerziteta, 2017 (Beograd : Stomatološki fakultet Univerziteta). - 1 elektronski optički disk (CD-ROM) ; 12 cm

Sistemski zahtevi: Nisu navedeni. - Nasl. sa naslovnog ekrana. - Tiraž 50. - Bibliografija uz većinu radova.

ISBN 978-86-80953-49-6

1. Симпозијум здравственог васпитања у стоматологији (32 ; 2016 ; Јагодина) 2.
Симпозијум здравственог васпитања у стоматологији (33 ; 2017 ; Шабац)

- а) Стоматологија - Зборници
- б) Здравствено васпитање - Зборници
- с) Зуби - Нега - Зборници

COBISS.SR-ID 256121612

