

Министерство за здравство

**ПРИРАЧНИК ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА
НАЦИОНАЛНАТА СТРАТЕГИЈА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА
НА ОРАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ ДЕЦАТА ОД 0-14
ГОДИНИ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

Скопје 2008

каталогизација

ПРИРАЧНИК ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА НАЦИОНАЛНАТА СТРАТЕГИЈА
ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ОРАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ ДЕЦАТА ОД 0-14
ГОДИНИ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Координативно тело за имплементација на Националната стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години во Република Македонија

**ПРИРАЧНИК ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА
НАЦИОНАЛНАТА СТРАТЕГИЈА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА
НА ОРАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ ДЕЦАТА ОД 0-14
ГОДИНИ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

Скопје 2008

Координативно тело за имплементација на Националната стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години во Р. Македонија

Координативното тело за национално планирање и мониторинг при Министерството за здравство на Р.Македонија за спроведување на Стратегијата го изготви овој прирачник со упатства за работа, а во неговиот состав се следните членови:

Проф.др.Миле Царчев др.сци.,
Прим.др.Бранко Милошевски сци
др. Владо Спирковски
Доц.др. Оливера Саракинова др.сци.,
Асс.др Мери Павлевска мр.сци.,
др. Билјана Гетова сци,
др. Ајсен Џафери сци.,
др. Тина Нечаковска сци.,
др. Шевале Аљиљи сци.,
др. Севдалина Јаневска сци.,
др. Христо Петановски сци.,
др. Елена Созовска - Стојановиќ,
Асс.др. Весна Амбаркова мр.сци.
др. Софија Царчева-Шалѓа сци.
Дипл.Правник Михајло Трипунов

ПРЕДГОВОР

Министерството за здравство, заедно со експерти од областа на превентивната стоматологија, во текот на јули 2007 година подготви Предлог Стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години на Република Македонија за периодот од 2008-2018 година и ја достави до Владата на Република Македонија за усвојување. Владата на Сто и четвртата седница одржана на 13-11-2007 година ја усвои Стратегијата за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години на Република Македонија и за истото со акт број 19-6448/1 од 15-11-2007 го информира Министерството за здравство. Согласно со горе наведената одлука на Владата, донесената Стратегија, започнува да се имплементира сметано од 1-1-2008 година.

Со цел да се спроведе целосна и квалитетна имплементација на Стратегијата, Кординативното тело донесе одлука да го изготви овој прирачник, кој им е наменет пред се на специјалистите по детска и превентивна стоматологија и општите стоматолози кои работат со деца, но и на сите оние кои се инволвирани на посреден или непосреден начин во реализацијата на Националната Стратегија (стоматолошки сестри, гинеколози од примарната здравствена заштита, педијатри, професори и наставници во основните училишта, воспитувачи).

Во прирачникот се опфатени сите пет примарни превентивни мерки и на јасен начин се опишани клиничките процедури и протоколи поврзани со нив. Целосното и квалитетно спроведување на овие упатства од страна на сите инволвирани во реализирањето на Националната стратегија, очекуваме дека ќе резултира во подобрување на оралното здравје кај населението во Р. Македонија, со што за прв пат, за оптимален временски период, целосно ќе ги достигнеме стандардите за орално здравје, кои Светската Здравствена Организација им ги постави како императив на сите своите членки, со што воедно ќе се приближиме и до нивото на оралното здравје кое го имат достигнато земјите од Европската Унија.

Проф. Д-р. Миле Царчев
Национален координатор за орално
здравје на Република Македонија

СОДРЖИНА

Вовед

1. Упатство за пополнување на формуларот на СЗО за проценка на оралното здравје
2. Упатство за обработка на податоците
3. Упатство за механичка и хемиска контрола на денталниот плак
 - Должина на времето и фреквенција на четкање на забите
 - Забни четки
 - Евалуација на ефектот од четкањето
 - Четкање на јазикот
 - Некои посебни потреби
 - Одржување на орална хигиена кај лица со посебни потреби
 - Забни пасти
 - Помошни плак контролни мерки кои што го дополнуваат четкањето
 - Хемиска плак контрола
4. Упатство за ендогена примена на флуориди
 - Токсикологија на флуоридите
 - Акутна интоксикација со флуориди
 - Ургентен третман
 - Флуоридни таблети
 - Флуорирање на млекото
 - Упатство за локална примена на флуориди
5. Упатство за залевање на фисури и јамички
 - Индикации и контраиндикации за залевање на фисури и јамички
 - Видови на залевачи
6. Упатство за контрола на внес на шеќери
7. Упатство за едукација и мотивација на децата за одржување на оралното здравје
 - Стоматолошка здравствена едукација
 - Едукација на бремени жени
 - Едукација на новородени деца
 - Едукација на мали и предучилишни деца
 - Едукација на училишни деца
 - Мотивација
8. Литература
9. Прилог

ПРИРАЧНИК ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА НАЦИОНАЛНАТА СТРАТЕГИЈА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ОРАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ ДЕЦАТА ОД 0-14 ГОД. ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ВОВЕД

Министерството за здравство во текот на 2007 година формира работна група која изработи предлог Стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години во Република Македонија, за периодот од 2008-2018 година и ја достави до Владата на Република Македонија на усвојување. Владата, на сто и четвртата седница одржана на 13-11-2007 година, ја усвои Националната Стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години на Република Македонија и за истото, со акт број 19-6448/1 од 15-11-2007 го информира Министерството за здравство. Согласно со горе наведената одлука на Владата, донесената Стратегија, започнува да се имплементира сметано од 1-1-2008 година. Координативното тело за национално планирање и мониторинг при Министерството за здравство на Р.Македонија за спроведување на стратегијата, го изготви овој прирачник со упатства за работа.

Во Националната Стратегија за превенција на оралните заболувања кај деца од 0-14 години од Република Македонија, формулирани се нови функции, задачи и обврски на детскиот стоматолог (педодонт):

1. Да прикаже податоци за состојбата на оралното здравје преку систематски прегледи (според критериумите на СЗО), да умее да ги собира, систематизира и анализира, а тие да му послужат да ги дијагностицира орално здравствените проблеми на индивидуално, групно или на ниво на целокупното население.
2. Да поседува знаења и вештини од областа на примарната стоматолошка заштита базирани на докази.
3. Да може да формулира цели, приоритети, целни групи и основни показатели.
4. Да умее да прави мониторинг и оценување на адекватност, очекувана ефикасност и ефективност од превентивни мерки и програми.
5. Детскиот стоматолог треба да има основно знаење и умешност да се прилагодува на различни социјални, психолошки и комуникативни приоди при работата со децата, нивните родители и учители (педагози).
6. Да знае да ги вклучи и тие што се лаици во реализација на почетна профилакса, да умее да го мобилизира и заинтересира и општественото мислење за таа цел.
7. Детскиот стоматолог да се трансформира од индивидуален во социјален стоматолог.

1. УПАТСТВО ЗА ПОПОЛНУВАЊЕ НА ФОРМУЛАРОТ НА СЗО ЗА ПРОЦЕНКА НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ (1986)

(Модифицирано од Програмата за орално здравје на СЗО, Женева 2003)

При епидемиолошки студии за изработување на ситуациона анализа пред започнување на превентивна програма, за собирање на податоци се пополнува- користи формулар на СЗО за проценка на оралното здравје. Со калибрирање се формираат епидемиолошки тимови кои ќе ги прават прегледите по препораките од СЗО. (Калибрирање, тренинг значи усогласување, изедначување на дијагностичките критериуми)

После период од три години индицирана е рекалибрација заради повторно изедначување на дијагностичките критериуми и имплементирање на нови научни сознанија.

Заради компјутерска обработка на податоците и унифицирано водење на епидемиолошки студии и испитувања, се пополнува овој формулар при прегледот, а прегледот го прави епидемиолошки тим - испитувач и записничар.

За сите делови од формуларот треба да се употребуваат стандардни шифри.

- ❖ Во квадратчињата од 1 до 4 се бележи кодот на државата (ова не го пополнува испитувачот).
- ❖ Во квадратчињата 5 и 6 се забележуваат последните две цифри од годината кога се прават епидемиолошките испитувања (пр. 2008 година се забележува како 08);
- ❖ Следните четири квадратчиња се користат за запишување прво на месецот, а потоа на денот кога е извршен прегледот; ова се забележува на денот на испитувањето. Годината и месецот забележани во полињата 5 и 8 се внесуваат во компјутерско досие на податоци. Забележувањето на денот овозможува попрецизна прегледност на испитувачот при потреба од споредување на податоци.
- ❖ Во квадратчињата од 7 до 10 се забележува идентификациониот број на прегледаното дете - секој испитаник треба да има свој идентификациски број. Овој број секогаш треба да биде со ист број на цифри како вкупниот број на испитаници. Ако има потреба од прегледување на 1200 деца се започнува со 0001 до постигнување на бр 1200 и сл., зависно од одредената статистичка единица во статистичката маса испланирана за добивање состојба на оралното здравје. Важно е дека секој идентификациски број ќе биде употребен само еднаш во тоа испитување. Ако треба да се прегледаат 1200 испитаници од два испитувачи, едниот испитувач ги користи броевите од 0001 до 0600, а вториот испитувач започнува од 0601 до 1200.
- ❖ Квадратчето 11 не се забележува (се однесува на начин како ќе се чуваат формуларите);
- ❖ Во квадратчето 12 се забележува единствениот број на испитувачот кој го прави прегледот и тој број е единствено за него

- личен- ова се определува при формирање на епидемиолошките тимови кои ќе учествуваат во одредена епидемиолошка студија.
- ❖ Во графата име се запишува прво презимето, потоа и името на испитуваното дете.
 - ❖ Во квадратчињата 13 и 14 се запишува возраста на испитуваното дете според последниот роденден- ако возраста е помала од 10 год се забележува 0 (т.е. 6 год треба 06). Во градови каде ќе се пие флуоризирано млеко контролните групи ќе бидат деца на возраст 03, 06 и 08 години. При останатите епидемиолошки испитувања се земаат деца од 06, 12 и 18 години. Децата се одбираат по пат на случаен избор, а податоците се ажурираат еднаш годишно.
 - ❖ Во квадратчето 15 се забележува полот на детето (со број 1 се означува машки пол, а со бројот 2 женски пол.
 - ❖ Во квадратчето 16 се забележува етничката припадност на детето. Бидејќи во Република Македонија постојат повеќе националности, истите се одбележани со следниве кодови-
 1. Македонец.
 2. Албанец
 3. Турчин
 4. Ром
 5. Србин
 6. Влав
 7. Бошњак
 8. Останато
 - ❖ Во квадратчето 17 не се бележи ништо бидејќи се работи за деца кои немаат професија;
 - ❖ Во квадратчињата 18 и 19 се пишува кодот на регионот каде е извршено испитувањето. Во Република Македонија се определени следните региони со нивни кодови-
 - 01 - Скопски регион
 - 02 - Пелагониски регион
 - 03 - Вардарски регион
 - 04 - Полошки регион
 - 05 - Југозападен регион
 - 06 - Североисточен регион
 - 07 - Југоисточен регион
 - 08 - Источен регион
 - ❖ Во квадратче 20 - Тип на подрачје за секоја локација на испитување-
 - 1-за градско подрачје
 - 2- за приградско подрачје
 - 3-за рурално подрачје.
 - ❖ Други податоци во квадратчиња 21, 22 и 23 предвидени се за внесување на други информации за испитаниците или за локацијата на испитување. Можат да се внесат податоци за процент на флуориди во водата, или ако процентот и зачестеноста на консумирање на шеќери е во интерес на испитувањето, се внесуваат соодветни

кодови. Може да се резимираат добиените резултати во согласност со кодовите кои се внесени при испитувањето.

1. Во квадратчињата од 24 до 27 не се запишува ништо (не ги коментираме за наши цели)
2. Во квадратчето 28 се забележуваат податоците за eventualno присуство на флуороза на трајните заби и прво се прегледуваат фронталните трајни заби и доколку има суспектни промени на истите, задолжително се прегледуваат и трајните молари .Се користи следната легенда за опишување на степенот на флуороза-
 - 0 = нема флуороза
 - 1 = сомнително
 - 2 = многу блага форма на флуороза
 - 3 = блага форма на флуороза
 - 4 = умерено изразена флуороза
 - 5 = силно изразена флуороза
 - 6 = исклучително силно изразена флуороза

❖ ДЕНТАЛЕН СТАТУС

При преглед на децата потребно е да се користат сонди и огледалца за да се открие и најраната кариозна лезија. Ова е посебно важно при превентивни прегледи за планирање на превентивни програми каде што има прикажување на состојба пред, за време на примена на превентивни мерки и споредување на состојба по одреден временски период.

Успехот на превентивната програма и ефектите од превентивните мерки кои плански се спроведуваат во одреден период се оценува преку дефинирани индикатори за прикажувања на состојба на оралното здравје. (**DMFS, DMFT, CPITN, OHI i dr.**)

Кога се одредува DMFS (КЕП по површини на забот) во денталниот статус се запишуваат сите прегледани површини на еден заб: оклузална, мезијална, дистална, букална и орална со исклучок на фронталните заби каде поради отсуство на оклузалната површина во таа графа се става знакето X. Трајните заби се означуваат со броеви од 0 до 9, а млечните со букви (A,B,C,D,E,F,G).

За дијагностицираната состојба се користат следните ознаки-

За трајни заби

- 0 = здрава површина
- 1 = клинички видлив кариес на соодветна површина (нов кариес)
- 2 = површина со кариес заедно со пломба (секундарен кариес)
- 3 = полнење без кариес
- 4 = екстрахиран заб поради кариес
- 5 = заб кој недостасува од други причини
- 6 = присуство на залеани фисури
- 7 = протетски изработки

8 = неизникнат заб (ова се однесува на секој заб кој не е присутен во оралната празнина со сите негови површини; значи за неизникнат заб ќе се смета и оној каде барем и една површина не е еруптирана).

За млечни заби

A = здрав заб со сите негови површини

B = клинички видлив кариес на соодветна површина

C = површина со присуство на кариес заедно со пломба

D = полнење без кариес

E = екстрахиран заб поради кариес

- = заб кој недостасува од други причини

F = присуство на залеани фисури

G = протетски направи

- = неизникнат заб (ова се однесува на секој заб кој не е присутен во оралната празнина со сите негови површини; значи за неизникнат заб ќе се смета и оној каде барем и една површина не е еруптирана)

Кај млечната дентиција, доколку при прегледот се констатира радикас од некој заб, како резултат на кариозна деструкција, тој заб се запишува како млечен заб екстрахиран поради кариес (E). Со исклучок, ако има (обично во фронтот) радикас кој е во процес на физиолошка ресорпција, се запишува како млечен заб кој отсуствува поради други причини (-) Доколку има присуство на длабоки (суспектни) фисури за кариес кај трајните молари, се обележува на два начина:

- ❖ Во случај кога податоците се собираат за епидемиолошки потреби за СЗО, тој заб се запишува како здрав заб, односно регистрираме само физиолошки длабока фисура;
- ❖ Во случај кога истиот заб се прегледува во рамките на одредена активност каде децата се следат континуирано во тек на подолг временски период, тогаш таа длабока фисура се запишува како иницијален кариес.

Површини каде има привремено полнење се запишуваат како кариес.

Со цел да не се добие повисок процент на КЕП од реалниот, пигментацијата во foramen саесит на фронталните заби, како и букалната фисура на бочните заби се запишува како здрава површина.

Кај деца од осум години пигментот на моларите се запишува како здрава површина, а кај 1-годишните деца, истиот се запишува како кариес.

Во случаи кога дијагностицираме апроксимален кариес , оклузалната површина ја запишуваме како кариозна.

Кога се одредува DMFT индексот (КЕП по заб) се обележува само присутен кариес или пломба независно од тоа на колку површини се

простираат истите. При присуство на пломба и кариес на еден заб, забот се брои само во кариозни заби .

Прегледот се започнува секогаш по ист редослед заради исклучување на грешка при забележувањето во картонот или формулари при испитувањето .

Прегледот се прави по обележаните квадранти 1, 2, 3,4 за трајни заби и 5,6,7,8 за млечни заби, нпр. 16 е горе десно – се пишува прво квадрантот па забот.

Пред секоја епидемиолошка студија за изработување на ситуациона анализа потребно е подготвување на протокол за испитувањето во писмена форма.

2. УПАТСТВО ЗА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

(обрасците во кои ќе се внесуват и презентират податоците се дадени како прилог на крајот од прирачникот)

За епидемиолошко следење на денталниот кариес прифатен е индексот за присуство или отсуство на истиот и е означен како Клеин-Палмер - ов систем - ДМФ или КЕП (кариозен заб - екстрахиран заб - пломбиран заб). За млечната дентиција се применува истиот систем, со таа разлика што во одбележувањето се користат мали букви (кеп односно дмф).

Ако како статистичка единица е земен забот во целина, тогаш индексот се означува како КЕРЗ (DMFT), а доколку кариесот се испитува на денталните површини поодделно, тогаш индексот се означува како КЕРП (DMFS).

$$\text{KERZ (DMFT)} = \frac{\text{Збир на КЕП}}{\text{Број на прегледани лица}}$$

$$\text{KERP (DMFS)} = \frac{\text{Збир на КЕП на денталните површини}}{\text{Збир на постојните дентални површини + екстрахираните површини}}$$

Збир на постојните дентални површини и екстрахираните површини - се смета за бочните заби дека има 100 дентални површини (20 x 5), а за фронталните заби 48 дентални површини (12 x 4) или вкупно за сите трајни заби 148 површини.

СРПН индексот, СЗО го препорачува при спроведување на епидемиолошки испитувања. Прегледите се вршат по секстанти, а секстантите - интерканини и ретроканини, се дефинирани со определен број на заби и тоа:

- прв секстант од 17 - 14 заб
- втор секстант од 13 - 23 заб

- трет секстант од 24 - 27 заб
- четврт секстант од 37- 34 заб
- пет секстант од 33 - 43 заб
- шести секстант од 44 - 47 заб

Прегледите се вршат само во секстантите каде најмалку два заба не се за екстракција, во спротивно секстантот не се зема во предвид.

Пародонталниот статус се регистрира на следниот примерок на заби:

17	16	11	26	27
47	46	31	36	37

Кога означените заби недостасуваат во тој секстант, се прегледуваат сите останати заби. При испитување се користи пародонтална сонда. Како параметри за одредување на степенот на пародонталната лезија се користат:

- Гингивално крварење
- Инфрагингивален калкулус
- Длабочина на парадонтални џебови.

Силата со која се врши детекција на споменатите параметри е дозирана, односно не појака од 25 грама(притисок).

Како практичен индикатор за одредување на толерантниот притисок се користи бледилото под ноктот на палецот кое се јавува при притисок со врвот на сондата.

После извршената детекција со пародонтална сонда, добиените податоци се регистрираат на следниот начин:

- 0= здраво
- 1= крварење од гингивалниот сулкус
- 2= инфрагингивален калкулус
- 3= џеб од 4-5 мм
- 4= џеб подлабок од 5 мм

Пародонталниот индекс на група испитаници се пресметува како среден број на секстанти, кој покажува во колку секстанти просечно кај секој поединец се јавува одреден симптом од патологијата, при што потешката промена во себе ги опфаќа и полесните промени:

Збир на секстанти со констатираната состојба

SPITN индекс = $\frac{\text{Збир на секстанти со констатираната состојба}}{\text{Број на прегледани лица}}$

ОХИ - индексот е индекс за орална хигиена и со него се прави проценка на нивото на орална хигиена кај одредена група испитаници.

За пресметување на ОХИ - индексот се користи методот на Green-Vermillion, каде што детекцијата на меките наслаги на забите се врши по премачкување на површините на забите со некои од анилинските бои, а индексните вредности се движат од 0 -3 :

- Индекс 0 - нема меки наслаги
- Индекс 1 - меки наслаги на помалку од 1/3 од површината на коронката на забот
- Индекс 2 - меките наслаги зафаќаат помеѓу 1/3 и 2/3 од површината на коронката на забот
- Индекс 3 - меките наслаги се присутни на повеќе од 2/3 од коронката на забот

За пресметување на ОХИ - индексот го користиме симплифицираниот метод на Greene-Vermillion при што се оценуваат само шест површини на шест заби, кои претставуваат репрезентативен примерок за целата дентиција:

$$\begin{array}{r} 16 \quad 11 \quad 26 \\ \hline 46 \quad 31 \quad 36 \end{array}$$

- вестибуларна површина на горните први молари, горниот десен централен инцизив и долниот лев централен инцизив и оралната површина на долните први молари. Ако недостасува некој од овие заби се користи соседниот дистален заб.

ОХИ - индексот се пресметува според формулата:

$$\text{ОХИ - с} = \frac{\text{Збир на индексите на шест дијагностицирани забни површини}}{\text{Број на оценети заби (6)}}$$

Просечниот ОХИ - индекс се пресметува како средна вредност на индексите на орална хигиена на одредена група испитаници:

$$\text{про ОХИ - с} = \frac{\text{Збир на оценети индекси}}{\text{број на испитаници (n)}}$$

3.УПАТСТВО ЗА МЕХАНИЧКА И ХЕМИСКА КОНТРОЛА НА ДЕНТАЛНИОТ ПЛАК

Денталниот плак претставува примарен фактор во развојот на кариесот и пародонталните заболувања. Забниот кариес може да се превенира со целосно отстранување на денталниот плак од сите дентални површини, особено оној кој се акумулирал на интерпроксималните и гингивалните делови. За жал, голем дел од населението нема навика за редовна и регуларна орална хигиена или не ја разбира потребата за отстранување на плакот од сите забни површини.

Оралната хигиена се спроведува со употреба на забна четка и паста и помошни плак контролни мерки.

Со четкањето на забите се постигнува: (1) отстранување на плак формацијата, (2) чистење на забите од храната, (3) стимулирање на гингивалното ткиво и (4) апликација на флуориди.

Во стручната литература се опишани повеќе методи на четкање на забите, но само индивидуалниот пристап на четкање кој пациентот ќе го усвои заедно со својот стоматолог може да даде најсоодветен резултат.

Најчесто применувани методи на четкање од страна на неедуцираните лица се: методата на хоризонтално четкање, ротационата метода (Фонес) или движењето на четката горе - долу, со која се опфаќаат максиланите и мандибуларните заби (Leonard). Пациентите кои ефикасно го спроведуваат четкањето на забите со овие методи, без притоа да предизвикаат трауматски оштетувања, не треба да го менуваат нивниот начин на четкање само поради промена.

ДОЛЖИНА НА ВРЕМЕТО И ФРЕКВЕНЦИЈА НА ЧЕТКАЊЕ НА ЗАБИТЕ

За успешна превенција на забниот кариес, FDI (светската стоматолошка асоцијација) препорачува четкање на забите најмалку двапати дневно за време од 2-3 минути.

Времето на четкање кај секоја индивидуа е условено од повеќе фактори, како на пример: од вродената тенденција за брзината на формирање на плакот, видот на конзумираната храна, како и видот на присутните бактерии во устата. Само откако пациентот темелно ќе ги исчисти забите, под надзор на стоматолог, адекватно може да се одреди должината на времето на четкањето на забите. Компромис може да се направи со препорака, да се извршат 5 - 10 движења во секоја ареа или четкање од три минути контролирано со песочен часовник. За да се мотивираат пациентите да спроведуваат редовна орална хигиена, на секој пациент треба да му бидат објаснети бенефициите од спроведувањето на правилна орална хигиена.

ЗАБНИ ЧЕТКИ

Четките варираат во големината, во обликот и дизајнот. Клиничките студии за отстранување на плакот покажале дека четките со степенест латерален профил се поефикасни отколку рамните четки.

Децата треба да користат четки со синтетички влакна, со средна тврдина и со димензии кои ќе одговараат на нивната возраст .

Четките на електричен погон се препорачани од страна на АДА (Американската дентална асоцијација) како ефикасни апарати за одржување на индивидуалната орална хигиена и како особено погодни за четкање на забите на децата од страна на родителите, кај хендикепираните деца и кај недоволно мотивираните индивидуи.

ЕВАЛУАЦИЈА НА ЕФЕКТОТ ОД ЧЕТКАЊЕТО

Без оглед на тоа која техника ќе се применува, главна цел на четкањето е да се отстрани денталниот плак од сите заби, вклучувајќи го и оној во гингивалниот сулкус, со минимални оштетувања на забите и на меките ткива. Индивидуалната евалуација на ефектот од чистењето на плакот, едноставно, може да се спроведе со помош на плак индикатори. Оваа клиничка евалуација треба да се направи за евидентирање на неправилното четкање. Најчести оштетувања од забната четка се гингивална рецесија и абразија на забите. Гингивалната рецесија се јавува при употреба на поголем притисок, тврда четка или четка со скршени влакна. Поради тоа **забната четка треба да се промени во првиот момент кога ќе се забележат деформитети на влакната.**

ЧЕТКАЊЕ НА ЈАЗИКОТ

Четкањето на јазикот и палатумот придонесува за редуција на остатоците од храна и на бројните орални микроорганизми. Папилите на јазикот обезбедуваат амбиент за ретенција на бактерии и остатоци од храна. Чистењето на јазикот се извршува преку поставување на четката блиску до средината на јазикот со влакната поставени кон фарингсот и со движење на четката кон напред. Движењето на четката се повторува 6 до 8 пати во секоја ареа. На ист начин треба да се четка и палатумот. И во двата случаи се употребуваат меки четки или специјално дизајнирани четки за четкање на јазикот. Најновите модели на забни четки се дизајнирани така што на дорзалната страна на четката има функционален дел со кој се четка и јазикот. Покрај четки постојат и специјално дизајнирани помошни орално-хигиенски сретства со кои многу ефикасно се отстрануваат наслагите од јазикот.

НЕКОИ ПОСЕБНИ ПОТРЕБИ

Фиксните ортодонтски апарати бараат специјален третман при четкањето, за да се спречи појавата на гингивитот и забниот кариес. Од таа причина, се користат меката четка, ортодонтската четка и други помагала, во комбинација со вибрационата техника и со кратките хоризонтални движења. На пациентите со подвижни ортодонтски апарати им се потребни најмалку две четки, една за природните заби и една за помагалото.

Одржување на орална хигиена кај лица со посебни потреби

Децата со посебни потреби може да имаат тешкотии при четкањето на забите и на некои од нив им е потребна помош од родителите, стоматолошки персонал или ги четкаат самостојно со употреба на специјални четки. Кај ментално ретардираните пациенти се препорачува употребата на четка со меки влакна и за подобро држење, со свиткан држач. Техниката на хоризонталното четкање, често е најлесната техника која овие пациенти може да ја совладаат. Кај овие индивидуи се препорачуваат периодични професионални орално-хигиенски третмани.

ЗАБНИ ПАСТИ

Забните пастии заедно со забните четки се основни средства за одржување на оралната хигиена.

Забните пастии се пласираат како *козметички* или *терапевтски* производи. Покрај механичкиот, абразивниот и дезодорантниот ефект, забната паста има и превентивен аспект на делување поради присуството на активни компоненти во нејзиниот состав, кои се во функција на превентива на оралните заболувања.

ПОМОШНИ ПЛАК КОНТРОЛНИ МЕРКИ КОИ ШТО ГО ДОПОЛНУВААТ ЧЕТКАЊЕТО

Со четкањето се отстранува плакот од достапните површини, како што се плитките фисури и букалните и оралните страни на забот. Со помош на специјални техники на четкање, плакот ефикасно може да се отстрани и од гингивалниот сулкус. Најнедостапни делови за отстранување на плакот се интерпроксималните забни површини, длабоките јамички и фисури и длабоките гингивални сулкуси и џебови. Доколку не се употребат дополнителни орално-хигиенски мерки, кариозниот процес, најчесто, почнува во овие недостапни делови.

Забниот конец и забната трака се најупотребуваните интердентални додатни средства за чистење. Во оваа група на помошни средства се вклучуваат и *забната чепкалка*, и разни видови на *интердентални мали четки*. Токму интерденталните четки се посочуваат како најсоодветни за отстранување на денталниот плак на меѓузобните простори.

За да се определи која дополнителна орално хигиенска нега е потребна кај некој пациент, индивидуално треба да се проценат потребите од овие мерки.

ХЕМИСКА ПЛАК КОНТРОЛА

Хемиските плак фактори може да делуваат директно на бактериите или да вршат разградување на компонентите на плакот со што се овозможува поцелосна елиминација при четкањето. Оваа можност за употреба на хемиски средства за контрола на плакот е од посебна важност кај физички и ментално хендикепираните индивидуи, бидејќи тие, методите на механичка плак контрола релативно тешко ги учат, а кај поедини пациенти речиси е и невозможно да се применат. **Мора да се нагласи дека хемиската не ја исклучува механичката плак контрола, туку дека таа ја надополнува.**

Chlorhexidine. Хлорхексидинот е докажан како еден од најефикасните плак инхибитори. Хлорхексидинот е катјонско соединение кое се врзува за хидроксилапатитот од забниот емајл, за пеликулата, за плак бактериите, за екстрацелуларните полисахариди и за мукозната мембрана. Атхерираниот хлорхексидин за бактериската мембрана ја инхибира бактериската колонизација. Откако ќе се врзе, во следните 24 часа постепено се ослободува во активна форма, со што се пролонгира неговото дејство и тоа, релативно долго по неговата апликација. Тој се покажал ефикасен во помагањето на контролата на субгингивалниот плак и на инфламацијата на гингивата. Хлорхексидинот не делува на анаеробните бактерии. За негово ефикасно дејство е потребна минимална концентрација. Сепак, констатирано е дека при негова подолга употреба се јавуваат нус ефекти, како пигментации по забите, а во ретки случаи доаѓа и до менување на вкусните сензации и побрзо формирање на калкулус. Во последно време, на пазарот се појавуваат нови раствори на хлорхексидин со кои се надминати овие негативни нус ефекти. Некои компоненти на забните пасти го инактивираат хлорхексидинот и затоа тој не треба да се користи веднаш пред и по регуларното четкање на забите. Силно супресивно дејство врз мутанс стрептококите е регистрирано кога е употребен во вид на 1% хлорхексидин.

4. УПАТСТВО ЗА ЕНДОГЕНА ПРИМЕНА НА ФЛУОРИДИ

Од сите методи, што се применуваат во превентивата на денталниот кариес, посебно место им припаѓа на флуоридите. Денес, по повеќе од седум децении од почетокот на нивната масовна примена, со сигурност може да се тврди дека тие претставуваат најефикасно, најевтино и најбезбедно средство за превентива на забниот кариес, што е потврдено со повеќе од 150 лонгитудинални студии.

Човековиот организам е експониран на флуориди преку трите еколошки медиуми: *водата, воздухот и храната* и артифициелно (преку разни видови на *медикаменти*). Флуоридите, најчесто, во човековиот организам се внесуваат *преку водата*. Водите за пиење во Република Македонија се сиромашни со флуориди и нивната концентрација, најчесто, е помала од 0,3 ppm (со исклучок на неколку локалитети во Источна Македонија каде во водата за пиење е регистрирано присуство на флуориди во концентрација близу до оптималната) .

Количината на флуориди што се внесува во организмот преку водата, воздухот, храната или на друг начин (забни пасти, дентални препарати и медикаменти), се означува како *тотална (вкупна) количина на флуориди*.

ТОКСИКОЛОГИЈА НА ФЛУОРИДИТЕ

При неправилно користење на флуоридите се јавуваат токсични ефекти што може да предизвикаат и смрт. Леталната доза кај возрасен човек се движи од 2,5 - 10 грама (просечна летална доза изнесува 4 - 5 гр.). Просечната летална доза е доста непрецизна, затоа таа е подобро да се одредува според телесната тежина. Вака одредената летална доза се нарекува *индивидуална летална доза* и се одредува на тој

начин што бројот на килограми се множи со 15 мг флуориди. Кога се внесени под 5 мг флуориди/кг.т.т. (килограм телесна тежина) како прв антидот се користат калциум, магнезиум или алуминиум препарати. Кога количината на флуориди е поголема од 5 мг/кг.т.т., првите помошни мерки треба да бидат ургентно спроведени, а пациентот треба хоспитално да се опсервира. Ако количината на внесените флуориди е 15 мг/кг.т.т., пациентот најургентно треба да се хоспитализира, каде ќе се изврши кардијален мониторинг и електролитна евалуација. При ингестија на над 15 мг/кг.т.т., исходот најчесто е летален, без оглед на преземените мерки.

АКУТНА ИНТОКСИКАЦИЈА СО ФЛУОРИДИ

Флуоридите делуваат на четири основни начини: (1) кога концентрирани флуоридни соли ќе дојдат во контакт со влажна кожа или слузокожа - хидрофлуорната киселина што тогаш се ослободува предизвикува хемиски изгореници; (2) флуорот е силен протоплазматски отров кој врши инхибиција на ензимите; (3) го врзува калциумот кој е неопходен за нервна акција; (4) предизвикува хиперкалиемија што доведува до кардиотоксични ефекти. Прекумерната ингестија на флуоридите е пратена со гадење и повраќање. Повраќањето е предизвикано од присутната хидрофлуорна киселина која што врши оштетување на клетките од стомачниот ѕид. Истовремено, како последица на паѓањето на нивото на калциумот во крвта, се јавува и мускулна тетанија. На крај, со понатамошно интензивирање на хиперкалиемијата доаѓа до кома, конвулзија и аритмија што води до летален исход. Леталниот исход, како последица на прекумерен внес на флуориди, се јавува по четири часа, со што, ако индивидуата ги преживее првите четири часа, прогнозата е добра. Клинички симптоми на акутна интоксикација со флуориди се столица црна како катран, повраќање, пролив, сонливост, исцрпеност, зголемена саливација, мачнина, плитко дишење, грчеви и болки во стомакот, тремор, невообичаена возбуденост и влажност на очите.

Ургентен третман

Во случај на труење со натриум флуорид, како прва помош на пациентот, му се дава да пие млеко или подобро, комбинација на млеко и живи јајца. Ова се прави од две причини: (1) да се изврши обложување на мукозната мембрана во горниот дел од дигестивниот тракт, за да се спречат хемиски изгоретини; (2) млекото и јајцата содржат калциум што ги врзува флуоридите. Паралелно со пиењето на млеко и живи јајца треба да се внесе калциум хидроксид или некој препарат на алуминиум. Исто така, за да се изврши разредување на флуоридите во стомакот, треба да се испие многу течност. Повраќањето е корисно, а тоа често се појавува и спонтано. Повраќањето може да се испровцира со ставање на прсти на базата на јазикот или со ординирање на соодветни сирупи. Со повраќањето се елиминираат дел од ингестираните флуориди. Следниот чекор е транспортирање на пациентот до ургентниот центар каде ќе се изврши: (1) гастрична лаважа; (2) крвна дијализа; (3) орално или интравенско давање на калциум глуконат, со цел да се одржи нивото на калциум во крвта. Значи, треба да се направи секаков вид напор, за да се

ослободи организмот од флуоридите, односно, за да се неутрализира неговата токсичност пред да настапат хиперкалиемијата и срцевата фибрилација што ги загрозуваат виталните функции на организмот.

Забната флуороза е последица на хронична експозиција на организмот на флуориди над оптималната доза.

ФЛУОРИДНИ ТАБЛЕТИ

Експертите на Светска здравствена организација, таму каде што нема услови за флуорирање на водата, препорачуваат земање на флуоридни таблети. Резултатите од големиот број испитувања укажуваат дека примената на флуоридните таблети, во многу земји, довела до значајна редукција на кариесот од 30 до 50%. Се смета дека редовната употреба на таблети со флуориди може да има речиси еднаква ефикасност во превенцијата на кариесот како и флуорирањето на водата за пиење.

Поради безбедносни причини, се препорачува едно пакување да не содржи повеќе од 264 таблети со што би се минимизирала можноста за летален исход при евентуален инцидент на труење (во случај на проголтување на сите таблети одеднаш). Праксата покажала дека давањето на таблети во домашни услови е понеефикасно, бидејќи родителите честопати забораваат да им дадат таблети на децата. Дистрибуцијата на таблетите најдобро е да се прави во предучилишните и училишните установи. Таблетите е подобро да се џвакаат или шмукаат, отколку веднаш да се проголтаат, бидејќи на тој начин се постигнува двоен ефект, локално дејство врз изникнатите заби и системско дејство врз забите што се во развој. Таблетите се ординираат кај бремените жени од четврти месец (кога почнува минерализацијата на млечните заби) па сè до завршувањето на минерализацијата на трајните заби, односно до 12 - годишна возраст.

На пазарот се достапни флуонатрил таблети од 0,25 мг. и од 1.0 мг.

Кај бремените жени од четврти месец и во периодот на лактацијата се ординира оптимална доза од 1.0 мг дневно, кај доенчиња кои се на вештачка исхрана и деца од 1 - 3 години 0,25 мг; од 3 - 6 години 0,50 мг; и кај деца од 6 - 12 години 1 мг.

Примената на флуоридните таблети не е дозволена кај деца кои консумираат флуорирано млеко, или консумираат вода во која е регистрирана оптимална доза на флуориди .

Во локалитетите каде што има поголема концентрација на флуориди во водата за пиење од 0,3мг., дозирањето на флуоридни таблети се одредува индивидуално, при што при одредувањето на индивидуалната доза се зема во предвид присутната концентрација на флуориди во водата.

Флуоридни таблети не смеат да се применуваат во случај на преосетливост на натриум-флуорид или на некој од другите составни делови на таблетите.

Примената на флуоридни таблети е контраиндицирана ако содржината на флуор во водата за пиење е поголема од 0,7 мг./л.

Интеракции

Пред примената на флуоридните таблети детскиот стоматолог е должен да праша за сите лекови што индивидуата ги користи.

Алуминиумот хидроксидот со истовремена примена со флуоридни таблети може да влиае врз судбината на NaF, па треба да се зема 2 часа пред или 2 часа по земањето на флуоридните таблети, истото се однесува и за пациенти кои во организмот примаат надоместоци на калциум и продукти богати со калциум

Несакани дејства

Несаканите дејства се ретки и благи, а вклучуваат кожни промени во вид на atopичен дерматит, егзема и уртикарија како реакција на преосетливост. Во случај на несакани дејства, потребно е пациентот да се обрати на лекар.

ФЛУОРИРАЊЕ НА МЛЕКОТО

Хуманото и кравјо млеко содржи многу мали концентрации на флуориди (околу 0,02 до 0,03 ppm). Бидејќи млекото претставува важен елемент во исхраната на бебињата, малите деца и бремените жени, и затоа што најчесто се дистрибуира организирано во детските градинки и училишта, се смета дека тоа може да претставува добар медиум преку кој ќе се внесуваат оптималните количини на флуор потребни за превенција на кариесот кај детската популација.

Во Република Македонија во тек се подготовки за имплементација на проектот на Фондацијата Borow со поддршка на СЗО за производство и дистрибуција на флуорирано млеко. Флуорираното млеко организирано и контролирано ќе се дистрибуира во почетокот во предучилишните а подоцна и во училишните установи низ републиката. Децата ќе примаат од 180-200мл. млеко дневно во тетрапак пакување, а дозата на флуориди во него ќе варира во зависност од возраста на децата.

На децата кои ќе консумираат флуорирано млеко не смее да им се ординираат флуоридни таблети.

УПАТСТВО ЗА ЛОКАЛНА ПРИМЕНА НА ФЛУОРИДИ

Локалните апликации на концентрирани флуоридни препарати на забите за превенција на забниот кариес, интензивно беа проучувани во текот на последните 65 години. Оваа процедура резултираше во сигнификантно покачување на резистенцијата на експонираните забни површини кон кариес. Како резултат на тоа се утврдија стандарди и процедури што најдоа примена во многу стоматолошки ординации. Денес, во стоматолошката пракса се присутни повеќе флуоридни системи кои што адекватно беа евалуирани и докажани: 2% натриум флуорид, 8% калај флуорид и АПФ системот (закиселени фосфатни флуориди), кој што содржи 1,23 % флуориди и органските флуоридни системи чиј претставник е аминфлуоридот со 1.25% флуориди.

Аминифлуорид гел

- Аминофлуорид гел се користи кај деца постари од шест години .
- Аминофлуорид гел се користи кај пациенти со зголемен ризик од кариес

Аминофлуорид гел **не смее** да се примени при:

- преосетливост на флуориди
- кај деца под шест годишна возраст
- кај лица кои не може да го контролираат рефлексот на голтање
- гелот не смее да се користи при присутни оштетувања на слузокожата

Посебни предупредувања

При употреба на аминофлуорид гел децата треба да бидат контролирани од возрастено лице

Децата треба да се предупредат да ја исплукаат плунката за да се спречи голтање на гелот и појава на несакани ефекти.

Интеракции

Непосредно по примената на аминфлуорид гелот, не треба да се консумира млеко и препарати кои содржат калциум и алуминиум (на пример антациди - лекови кои се земаат при желудечни тешкотии) затоа што на тој начин може да се намали неговиот кариес протективен ефект.

Дозирање и начин на употреба

Врз четкичката за заби се нанесува 1см. Аминофлуорид гел и се четкаат забите 1-2 минути, потоа гелот и плунката се исплукуваат без промивање на устата

Аминфлуорид гелот се користи еднаш неделно

Аминфлуорид гелот може да се користи и во професионални услови (стоматолошка ординација).

Процедури на апликација на флуоридните препарати

Отстранувањето на денталните наслаги пред локалната апликација на флуоридите во принцип се смета како подготвителна постапка.

При локалната апликација на флуоридите треба да се минимизира количината на флуоридите која пациентот ја проголта во текот на процедурата.

По завршувањето на локалната флуоридна апликација пациентот се советува да не пие, да не јаде, ниту да ја плакне устата во следните 30 минути, бидејќи преку многу клинички студии е докажано дека при ваква постапка депонирањето на флуоридите во забите е многу поголемо.

Фреквенција на апликација

Локалните апликации со натриум флуорид се изведуваат во интервал од 3 - 6 месеци а кај кариес активните пациенти се препорачува да се спроведува серија од четири локални флуоридни апликации во интервал од 2 - 4 недели. Пред секоја апликација, препорачливо е да се отстранат меките наслаги. Секоја посета за локална апликација на флуоридите, треба да се користи и за давање на диететски совети и совети за одржување на оралната хигиена.

Особено внимание при спроведувањето на локалната флуор профилакса треба да им се посвети на новоеруптираните заби.

5.УПАТСТВО ЗА ЗАЛЕВАЊЕ НА ФИСУРИ И ЈАМИЧКИ

Апликацијата на флуоридите е докажан ефикасен метод за редукција на кариозните лезии што се јавуваат на мазните површини на емајлот и цементот. Сепак, тие не се еднакво ефикасни во заштитата на јамичките и фисурите, каде се јавуваат 66% од сите кариозни лезии. Земајќи предвид дека оклузалните површини заземаат само 12% од сите забни површини, произлегува дека јамичките и фисурите се околу 8 пати повулнерабилни во однос на мазните површини.

ИНДИКАЦИИ И КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ЗАЛЕВАЊЕ НА ФИСУРИ И ЈАМИЧКИ

Тргувајќи од фактот дека постои само 6% усогласеност помеѓу соматолозите при поставување на индикација за залевање на фисурите и јамичките, а согласно со националната стратегија за превенција на орлните заболувања кај децата од 0-14 години во Р. Македонија, **залевањето на фисурите и јамичките ќе се спроведува на сите први трајни молари, кај децата на шест годишна возраст, веднаш по нивната ерупција - БЕЗ ИСКЛУЧОЦИ.**

Залевањето на фисурите и јамичките се применува и на сите заби со оклузална површина кај кои не се нотира кариес.

ВИДОВИ НА ЗАЛЕВАЧИ

Пластични материјали за залевање

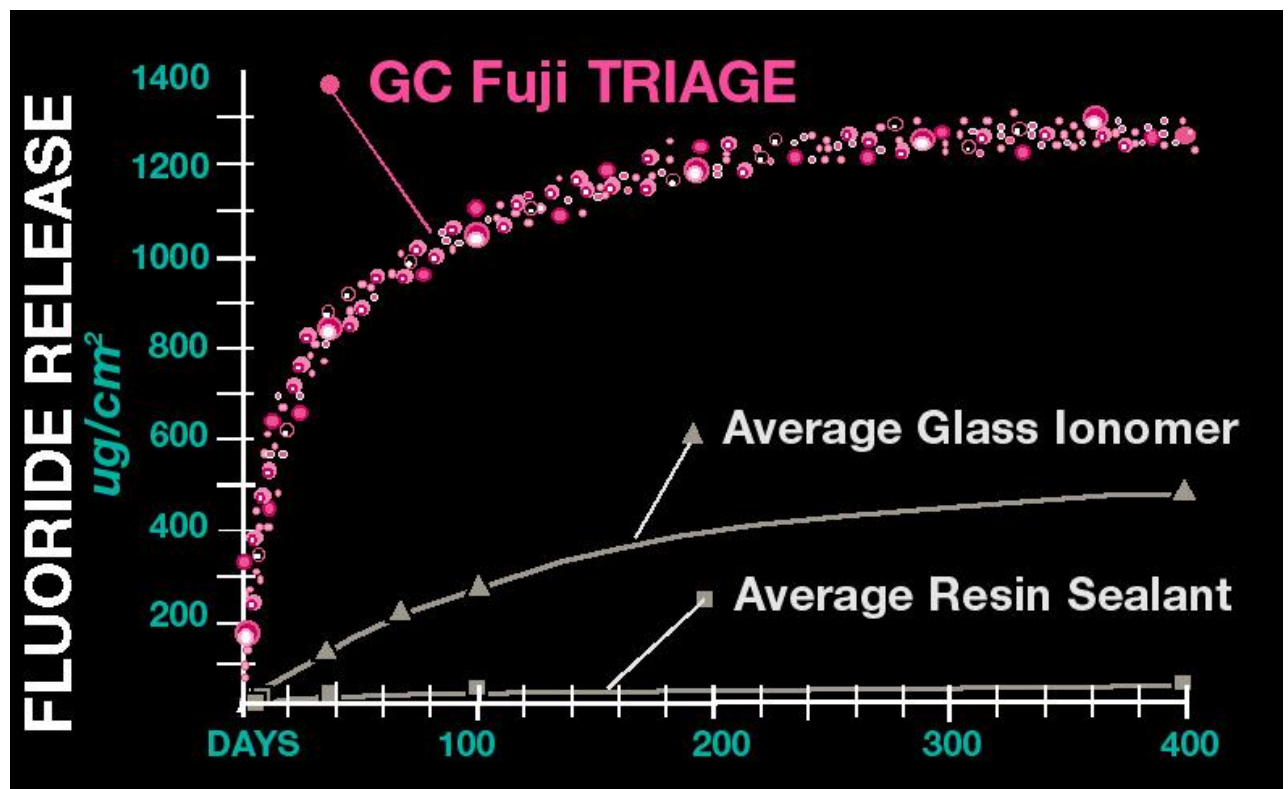
До неодамна, воглавно, како оклузални залевачи се користеа три различни типови на пластични материјали: (1) *полиуретани*, (2) *цијаноакрилати* и (3) *бисфенол А - глицидил метакрилат (Bis-GMA)*.

Користењето на овој вид на залевачи донекаде помогна во намалување на кариес инциденцата на трајните заби, но не во целина. Главната причина за тоа беше нивната хидрофобност (осетливост на влага), што значеше компромитиран ефект на залевањето поради неможност за контрола на саливарната секреција.

Во поново време, гласјономерните цементи (ГЈЦ) кои во себе содржат флуор, од страна на повеќе автори, се препорачуваат како ефикасни залевачи на фисурите и јамичките.

Во моментот денталната технологија понуди ГЈЦ кој ги задоволува сите критериуми за квалитетно залевање без оглед на неповолностите во оралниот медиум во детската возраст (неконтролирана количина на саливарен секрет и тешко самочистење на оклузалната површина на еруптирачките молари). Материјалот кој на пазарот фигурира под името **GC FUJI TRIAGE** им овозможува на сите стоматолози разрешување на дилемите по прашање на овие споменати неповолности. Најпрвин, затоа што со него многу лесно се

ракува, хемиски се врзува со забната супстанца, а најважните перформанси кои тој ги нуди се состојат во неговата хидрофилност (толерира влага) и шест пати побогатата структура со соли на флуор во однос на сите досега достапни глас јономерни цемента. Најважната негова карактеристика по прашање на неговата превентивна функција е дејството како батерија за флуориди. Тоа значи дека количината на флуорид кој ќе се ослободи во случај на потреба, повторно се надоместува од саливарното депо. На тој начин едноставно нема губиток на флуоридни јони, што беше редовна појава кај сите останати ГЈЦ од претходните генерации. Така тој станува обезбедувач на рамнотежата во оралниот медиум.



Начинот на неговата апликација е многу едноставен и се состои од неколку чекори.

1. Темелно отстранување на денталниот плак од денталната површина со помош на ротирачка четкичка и паста за професионално отстранување на меките наслаги.
2. Кондиционирање на оклузалната површина во траење од 10 секунди со полиакрилна киселина
3. Плакнење со вода од пистер
4. Благо сушење
5. Апликација на залевачот со сонда
6. Контрола на оклузијата
7. Заштита на залевачот со лак (варниш)

Само во ислучителни случаи кога неможе да се аплицира залевачот на опишаниот начин поради достапност на стоматолошка ординација (планински рурални средини), пред залевањето се врши четкање на забите со четка и паста, контролирано од страна на стоматологот, чистење на оклузалната површина со 3% водороден пероксид, сушење со тупфер и апликација на залевачот со сонда. Во овие случаи треба да се користат сонда и огледалце за еднократна употреба.



Сл.3. Пример на правилно поставен залевач

Напомена

Стоматологот треба да направи правилна проценка за количината на замешаниот залевач, затоа што тој треба да ги запечати САМО фисурите и јамичките, а НЕ целата оклузална површина на забот, со што би се избегнало додатното нивелирање на оклузалните дискрепанци и би се избегнало непотребното зголемување на трошоците.

6. УПАТСТВО ЗА КОНТРОЛА НА ВНЕС НА ШЕКЕРИ

Поврзаноста меѓу начинот на исхрана и појавата на забниот кариес е регистрирана многу одамна. До ерупцијата на забите, храната влијае врз правилното развивање на забите и има свој ефект врз структурата на цврстите забни супстанции, врз морфологијата и големината на забите. По ерупцијата, ефектите на исхраната се повеќе локални, отколку системски. Диетата игра значајна улога врз појавата и развојот на кариозната лезија, а со тоа влијае и врз влошување или подобрување на кариозниот статус. Затоа, освен давањето стручна помош, улогата на стоматологот е и да ги информира и заштити

пациентите од ризиците што со себе ги носи исхраната, а кога е неопходно, пациентот да го упати кај нутриционист.

Дневното внесување на храна треба да биде квантитативно и квалитативно избалансирано. Потребите од храна кај речиси секоја индивидуа се специфични. Сепак, стандардите на исхрана, глобално, треба да одговараат на потребите на различните популациски групи категоризирани по пол, возраст и конституција.

Со почетокот на масовното производство на шеќерот и неговото воведувањето во редовната исхрана на луѓето, започнува и таканаречената, кариес ера.

И покрај фактот дека односите помеѓу шеќерот и кариесот се многу јасни, кариогеноста на храната не може да се проценува само врз основа на содржината на шеќерот. Останатите физички карактеристики на храната, како што се нејзината растворливост, стимулација за лачење на плунка, хемиските промени во неа, како и големината и структурата на честичките од кои е составена храната, мора да бидат земени предвид.

Храната богата со јаглени хидрати која најдолго се задржува во устата е најкариогена. Констатирано е дека различните видови на храна од устата се елиминираат со различен интензитет. Кога релативно некариогената храна во устата ќе се задржи подолго време, истата станува силно кариогена. Деминерализацијата не престанува, а реминерализацијата не почнува, сè додека јаглените хидрати не бидат елиминирани од устата. При поголема фреквенција на консумирање на јаглени хидрати, периодот на деминерализација се зголемува, а периодот на реминерализација се намалува. Исто така е констатирано дека фреквенцијата на кариогените закуски го продолжува периодот на деминерализација, со тенденција на зголемување на бројот на ацидогените бактерии во плакот. Типичен пример за силниот кариоген потенцијал на шеќерените напитки, како и воопшто течните кариогени содржини, е појавата на *вбабс bottle caries*” (циркуларен кариес) кај децата кои се хранат со помош на шише со цуцла. Дури и кај децата кои се доени со мајчино млеко, кога е присутно подолго задржување на млекото во устата (најчесто во ноќните часови), е регистрирана појава на циркуларен кариес како директна последица од млечниот шеќер (лактоза).

Поголем број луѓе терминот *шеќер* ги асоцира на оној кој сите го имаме во домовите или приготвен во вид на колачи, чоколади, торти итн. Сè уште сахарозата е еден од природните шеќери кој најмногу се користи од страна на луѓето. Терминот шеќер, воглавно се однесува и на моносахаридите (едноставни шеќери), од кои глукозата, фруктозата и галактозата се најпознати - и на дисахаридите (две молекули на едноставни шеќери поврзани меѓу себе), од кои што најпознати се сахарозата, лактозата и малтозата.

Засладувачите може да бидат *калорични и некалорични* (ниско калорични). Калоричните засладувачи во себе ги вклучуваат моносахаридите и дисахаридите, и други засладувачи како што се полиолите (шеќерни алкохоли) коишто имаат слична слаткост и калориска вредност како и сахарозата, поради што се нарекуваат и нутритивни или волуменски засладувачи. Некалоричните засладувачи кои што уште се нарекуваат и интензивни засладувачи, се многу

послатки од сахарозата (дури и неколку илјади пати), ги вклучуваат сахаринот, аспартамот, ацелсуфамот и многу други помалку познати продукти.

Консумирањето на големи количини на сахароза може да ја зголеми инциденцата на забниот кариес, но голем број од епидемиолошките студии покажаа дека ова, во целост, не е вистинито. За настанувањето на забниот кариес, секогаш не е најважна количината на консумираниот шеќер. Значајна улога во неговото настанување имаат и физичката форма во која се внесува сахарозата, присуството на бактерии во денталниот плак што продуцираат киселини, како и фреквенцијата на внесување и времето на внесување (консумирање на шеќери пред спиење).

Стрептооццус мутанс, генерално, е означен како најодговорен за појавата на забниот кариес. Сахарозата ја олеснува колонизацијата и растењето на мутанс стрептококите во денталниот плак повеќе од другите моносахариди и дисахариди. Оваа бактерија, (1) ја ферментира сахарозата многу побрзо од другите бактерии и притоа продуцира киселини; (2) ја конвертира сахарозата до екстрацелуларни полисахариди кои што ја олеснуваат адхезијата на бактериите на забите, а може да функционира и како резерва на ферментабилен јаглехидрат неопходен за продукција на киселини и (3) ја редуцира пропустливоста на плакот со што ја онеспособува плунката да ги неутрализира и разреци киселините формирани во подлабоките делови на плакот.

Најпознати полиоли се *сорбитол*, *манитол* и *ксилитол*. Овие полиоли не се шеќери во вистинска смисла. Потребата од интензивни засладувачи денес е сè поактуелна. Во функција на превентивата, интензивните засладувачи, како некариогени продукти, може да се користат како додаток во оралните медикаменти, растворите за уста, во сите видови бонбони, гуми за џвакање, како и во многу други производи. АДА ја охрабрува употребата на интензивни или вештачки засладувачи, бидејќи тие се покажаа како безбедни во однос на забите.

Како стоматолози, должни сме да дадеме препорака во однос на количината и фреквенцијата на внесот на шеќерите. Најпрепорачливо е шеќерите да се внесуваат после главниот оброк кога саливарната секреција е најголема и тој внес да се ограничи на еднократна консумација (значи подобро еднаш во поголема количина, отколку повеќе пати по малку).

Но и покрај сите настојувања и совети шеќерите максимално да се редуцират во исхраната, одредени индивидуи како последица на индивидуалните (фамилијарни) диететски навики и понатаму ќе останат изложени на зголемен кариес ризик и во нивното орално милје ќе доминираат процесите на деминерализација. Со цел да се амортизираат овие атаки на деструкција и да ги фаворизираме процесите на реминерализација кои директно ќе влијаат врз намлување на инциденцата на забниот кариес, неопходно е децата со зголемен кариес ризик да користат средства за реминерализација.

Најновиот продукт кој ја потенцира антикариогената компонента на млекото е забната крема **GC TOOTH MOUSSE**. Основна компонента на оваа крема е казеинот од млекото, во форма на казеин

фосфопептид(CPP). Оваа природна молекула може да се врзе за Са и фосфатите и во исто време е способна да го стабилизира аморфниот Са фосфат(ACP). Во устата, калциумовите и фосфатните јони се ослободуваат од CPP кога PH во плакот ќе падне. Како резултат на тоа, хиперсатурацијата со минерали се одржува, со што се редуцира деминерализацијата, а се зголемува реминерализацијата. Ослободувањето на Са од комплексот CPP-ACP е прилично редуцирано при пад на PH, така што во подоцнежната фаза на реминерализацијата, акумулацијата на овој комплекс на деналната површина служи како резервоар на Са и води до брза депозиција на минерали во кариозната лезија. Во улога на „течен емајл“, тој одново ги полни минералните депоа во емајлот за природна заштита против емајлови лезии. Комплексот присутен во саливата ја редуцира адхезивноста на кариогените бактерии(Str.mutans), а со тоа се редуцира и плаковната акумулација. Оваа ароматична „сугар фрее“, крема ја стимулира саливацијата и на тој начин ја стимулира реминерализирачката и неутрализирачка улога на саливата. **GC TOOTH MOUSSE** содржи 10% на Рецалдент (CPP-ACP)- аморфен Са и Р. Клиничките студии покажаа дека времетраењето на дејството на оваа забна крема е многу важен фактор во експозицијата на неговите позитивни ефекти. Тоа значи дека колку подолго кремата останува на забните површини, толку е поголем нејзиниот позитивен ефект. Со ова даваме акцент на вечерната апликација на кремата, која се аплицира на забните површини после чинот на четкање на забите.

7.УПАТСТВА ЗА ЕДУКАЦИЈА И МОТИВАЦИЈА НА ДЕЦАТА ЗА ОДРЖУВАЊЕ НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЕДУКАЦИЈА

Според дефиницијата на СЗО, здравјето се означува како состојба на потполна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само како состојба на отсуство на болест и онеспособеност.

Идеал на медицината е да го спречи нарушувањето на здравјето, додека идеал на секое општество е да обезбеди такви економски, социјални и политички услови кои ќе овозможат најголем дел од популацијата да живее во состојба на наведената рамнотежа.

Превентивната стоматологија го опфаќа изучувањето и примената на сите биолошки, технолошки и организациони услови за спречување на појавата, развојот и напредувањето на заболувањата на сите органи во оралниот медиум.

За успешна примена на превентивни мерки, неопходна е соработка меѓу здравствените работници, децата, родителите, воспитувачите, наставниците и претставниците на пошироката општествено политичка заедница. За да се постигне оваа цел, неопходни се два основни фактори: *стоматолошка здравствена едукација и мотивација*

Стоматолошката здравствена едукација на населението е една од главните превентивни методи и претставува императив за имплементирање на останатите примарни превентивни методи.

Едукацијата на населението, особено едукацијата на детската популација, има за цел да ги пренесе основните научни сознанија кои ќе

бидат во функција на постигнување на добро индивидуално и колективно орално здравје.

Стоматолошката здравствена едукација претставува целно насочен, плански и активен процес за формирање на правилно однесување кон сопственото и колективното здравје и има три основни насоки: **информативна, воспитна и организациона**. Тие треба да одговорат на дидактичките принципи за систематичност, последователност и приемчивост. Како облик на социјална активност, стоматолошката здравствена едукација треба да биде двигател на иницијативи, делотворност и оперативност.

Стоматолошката едукација налага потреба од пренос на научните сознанија на ниво на практична прифатливост, адаптирана според целната група врз која се спроведува едукацијата, а може да се спроведе преку неколку основни методи:

1. Индивидуална комуникација;
2. Групно информирање;
3. Општествено - образовен систем;
4. Пренесување на информациите преку средствата за јавно информирање.

Стоматолошката здравствена едукација треба да се спроведува од страна на секој член на стоматолошкиот тим: стоматологот, оралниот хигиеничар и стоматолошката сестра.

Министерството за образование треба да обезбеди спроведување на здравствено просветување кое ќе биде вклучено во годишните наставни програми и ќе биде спроведувано од стана на наставниците и воспитувачите во детските градинки.

Социјалните и личните животните искуства на децата, како и односите во домот, училиштето и општеството, имаат значајно влијание на нивното орално здравје како и воопшто, на здравиот развој.

Во училишните програми за унапредување на здравјето, зависно од социо - културните услови, промоцијата на оралното здравје треба да биде насочена кон:

- Практикување правилна орална хигиена со секојдневно четкање на забите;
- Употреба на флуориди, вклучувајќи достапни забни пастии кои содржат флуориди и програми за плакнење со флуориди;
- Промовирање на квалитетни прехранбени навики;
- Намалување на количината и фреквенцијата на внес на шеќери;
- Промовирање на консумирањето на овошје и зеленчук;
- Промовирање на флуоризацијата на млекото и водата за пиење;
- Промовирање на редовни стоматолошки прегледи;
- Превенција од незгоди, насилство и асоцијално однесување;

Централно место во превентивните програми и протоколи заземаат стоматологот и останатите профили на здравствени работници (медицински и стоматолошки сестри, гинеколози, педијатри) кои своите активности ќе ги насочат кон унапредување

на оралното здравје, здравјето во целина и подобрување на квалитетот на животот, како на поединецот така и на целата јавност.

За успешна едукација и мотивација на децата за зачувување на оралното здравје, со едукативната програма треба да се опфатат: трудници, новородени деца, мали деца и деца од претшколска возраст, деца од школска возраст, родители/старатели, воспитувачи, наставници и возрасни, со цел тие да ги добијат неопходните информации, како и да се мотивираат да земат активно учество во спречување на појавата на заболувања во оралниот медиум.

Едукација на бремените жени

Едукацијата и мотивацијата на бремените жени за зачувување на оралното здравје ја изведуваат со тимска работа педодонтите, гинеколозите, матичните стоматолози и патронажните сестри.

Таа се изведува со индивидуална и групна едукација во вид на предавања и дистрибуција на пропаганден материјал (летоци, брошури и друго), во советувалиштата за бремените жени, со јавни здравствени трибини, индивидуално во стоматолошката и гинеколошката ординација, во чекална и т.н.

Основна цел во едукацијата на бремените жени е тие да се мотивираат за зачувување на сопственото и оралното здравје на своето дете. Посебните цели се насочени кон постигнување на:

- правилна исхрана на бремените жени;
- квалитетна и редовна орална хигиена во текот на бременоста;
- ендогена (од 4-от месец на бременоста) и егзогена флуорпрофилакса;
- редовни превентивни контроли кај својот стоматолог;
- рационална употреба на лекови и престанок на пушење и употреба на алкохол.

Содржината на едукативните теми за бремените жени треба да се фокусира на значењето на:

- Правилна исхрана во текот на бременоста и контролиран внес на шеќери, влијанието на исхраната во развојот на орофацијалниот систем, и во склоп на тоа треба да се укаже дека за време на бременоста се формираат зачетоците на млечните заби и започнува нивната минерализација, како и зачетоците на трајните заби , а минерализацијата на првиот траен молар започнува околу раѓање.

- Лична хигиена на устата и забите (време и вештина на правилно четкање), правилен избор на средства за орална хигиена;
- Флуорпрофилактика за бремената жена и детето(од кога, зошто и со која цел)
- Редовни контроли, и при тоа да се укаже на бремените, кои се најчестите заболувања на ткивата на оралниот медиум за време на бременоста и нивна превентива;
- Штетното влијание на одредени општи заболувања врз плодот и особено неконтролираната употреба на лекови;
- Штетноста од пушењето и консумацијата на алкохол за време на бременост.

Едукација на новородени деца

Во Стоматолошката едукација на новородените деца, поточно на нивните родители, учествуваат педијатар, педодонт, педијатриска и стоматолошка сестра и патронажна сестра.

Се изведува со индивидуална едукација и дистрибуција на пропаганден материјал (летоци, брошури и друго), а се одвива во здравствените установи: чекални, советувалишта за новородени, педијатриски и стоматолошки ординации итн.

Основна цел на стоматолошката едукација на новородени е намалување на инциденцата и преваленцата на циркуларниот кариес. Посебните цели се насочени кон постигнување мајката:

- да научи правилно да го дои своето бебе, најмалку во првите шест месеци од животот
- по престанокот на доењето, правилно да го храни своето дете
- да ја прифати и спроведува флуорпрофилактиката
- да се започне со спроведувањето на оралната хигиена кај новороденото од моментот на појавувањето на првото запче.
- првата посета на новороденчето во стоматолошката ординација по препораките на АДА треба да биде врзана со првиот роденден

Содржината на едукативните теми за родителите во првата година од животот на нивното дете се состои од нивното информирање за:

- Предностите на доењето, (поради составот на мајчино млеко и самиот акт на цицање кој го поттикнува правилниот раст и развој на лицевовиличниот апарат.)

- Можностите за прихранување и дохранување на детето. Доколку мајката нема доволно млеко да се употребува најквалитетна негова замена, со лажичка, а доколку се користи шише се препорачува анатомска цуцла со мал отвор за да го имитира актот на доење;
- Контрола на внесот на шеќерите во исхраната на новороденчето
- Избегнување на употреба на цуцла лажалка, особено не натопена во слатки продукти(мед,шеќер,сок), заради пореметување на растот и развојот на вилиците и забите и појавата на циркуларниот кариес;
- Ако исхраната е со шише со цуцла, оброците не смеат да бидат подолги од 20-30 мин. Особено треба да се нагласи за штетноста на пиење на слатки напитки ноќе.
- Значењето на спроведување на оралната хигиена после секој оброк и начинот на нејзиното спроведување. Со четкање на млечните заби треба да се започне веднаш по никнувањето на првото запче. Да се укаже на значењето на правилната и редовна орална хигиена на родителите и нивните деца и на можноста за пренесување на бактерии од родителите на децата, со оглед на тоа што кариесот се дефинира како инфективно заболување.
- Важноста од спроведувањето на ендогената и егзогената флуорпрофилактиката;

Едукација на мали и предучилишни деца

Стоматолошката едукација на малите и предучилишните деца се спроведува со тимска работа на педодонтите, педијатрите, педијатриските и стоматолошките сестри и воспитувачите во градинките. Се изведува во здравствените установи или во градинките.

Основна цел на едукацијата на малите и предучилишни деца е рано стекнување на знаења, навики и вештини за зачувување на оралното и целокупното здравје. Посебните цели се насочени кон постигнување:

- децата од најмала возраст да стекнат навики за правилна исхрана,
- редовна ендогена и егзогена флуор профилактика
- децата да стекнат навики за редовна и правилна орална хигиена
- чувство на одговорност кај родителите за оралното и воопшто целокупното здравје на своите деца, свест за потребата од редовни стоматолошки прегледи.

Содржината на едукативните теми за малите и предучилишните деца и нивните родители се состои од нивната едукација за:

- Важноста на правилната исхрана(физички и хемиски карактеристики на храната, значењето на цврстата храна, контрола на внес на шеќери, користење на здрава ужинка и.т.н.)
- Одржување на орална хигиена, техниките и средствата за нејзино одржување, помош и контрола од родителите при четкањето на забите; кога детето е способно само да ја одржува оралната хигиена, важноста од правилно четкање на забите после секој оброк, особено важноста на четкањето на забите навечер пред спиење.
- Значењето на редовната ендогена и егзогена флуор профилакса
- Значењето од редовни контролни прегледи
- Надминување на стравот од стоматолошките интервенции
- Децата треба да ги научат основните функции на забите , да знаат да разликуваат здрав од кариозен заб
- Важноста од залевање на првиот траен молар веднаш после неговата ерупција.

Едукација на училишните деца

Стоматолошката едукација на училишните деца ја спроведуваат детските стоматолози, стоматолошките сестри и наставниот кадар во училиштата. Се спроведува во стоматолошките ординации и во самите училишта во кои децата учат.

Според мислењето на најголемиот број на експерти периодот од 6-9 годишна возраст се посочува како најпогоден за промоција на оралното здравје .

Постојат повеќе примери на курикулуми во едукацијата за оралното здравје во основното образование. Програмата со следниот курикулум која ја препорчува Петерсен се покажала прифатлива во повеќе земји:

Темите кои треба да се опфатат при едукацијата на училишните деца се:

- Заби и нивна функција
- Дентален плак и заболувања на забите
- Шеќерите и оралното здравје
- Лична хигиена на забите и непцата
- Флуориди
- Исхрана
- Стоматолошки прегледи
- Загуба на забите

Со имплементација на оваа програма децата треба да стекнат **навики**:

- Да практикуваат правилна орална хигиена;
- да ја намалат количината и фреквенцијата на внесот на шеќери;

- да прифатат рутина на редовни стоматолошки прегледи;

Знаења:

- да ги наведат основните функции на забите;
- да ја објаснат важноста на секоја од функциите на забите;
- да ги набројат сите видови заби во вилицата;
- да го наведат бројот и важноста на млечните заби;
- да објаснат зошто млечните заби се заменуваат со трајни;
- да утврдат кој траен заб еруптира прв и какво е неговото значење;
- да набројат кои видови храна се корисни, а кои штетни за оралното здравје;
- да опишат како и кога се отстранува плакот;
- да го дефинираат денталниот плак;
- да ја опишат улогата на плакот и шеќерите врз оралното здравје;

Ставови и вредности:

- да ја ценат важноста на забите и нивната функција;
- да покажуваат позитивен пристап кон оралното здравје;
- да покажуваат позитивен став кон стоматологот и стоматолошкиот тим

Едукацијата за оралното здравје треба да се стави во контекст со другите здравствени теми како што се пушењето, насилството, здравата исхрана, репродуктивното здравје, срцевите заболувања и дебелината, со што ќе се овозможи зајакнување на едукативните искуства.

Основен момент во остварувањето на стоматолошката здравствена едукација е оценка на нејзината ефикасност

Вреднувањето на ефектите од спроведената едукација може да се изврши на два основни начини: преку социолошки проучувања со анонимни анкети, тестови и др., но и според резултатите од постигнатото орално здравје. Преку анонимните анкети се одредува нивото на знаењата пред и по спроведувањето на едукативната и мотивационата програма. Индикаторите за орално - хигиенскиот статус, CPITN - индексот, DMFT и DMFS индексот, ја одразуваат објективната состојба на оралното здравје кај индивидуите кои биле предмет на стоматолошка здравствена едукација и тие преставуваат најобјективен показател за оценување на квалитетот на спроведената едукација и мотивација на индивидуата. Врз основа на добиените резултати од спроведената евалуација се проценува дали постои потреба од корекција и дополнување на едукативната програма.

Обука на наставниците и останатиот персонал во училиштата

Наставниците имаат решавачка улога во имплементацијата на едукацијата за оралното здравје во училиштата. Во согласност со различните наставни стратегии, наставниците исто така треба да се обучат за користење на здравствениот курикулум, како и на курикулумот за оралното здравје и унапредувањето на целокупното здравје. Исто така, тие треба да научат како да соработуваат со

здравствените работници, со што ќе им се олесни спроведувањето на програмата.

- Ефикасната обука на наставниците овозможува развивање посветеност кон задачата, разбирање, усвојување вештини и ставови кои овозможуваат тие компетентно да го развијат и спроведат курикулумот.

Успешната обука на наставниците треба да:

- ги наведе клучните теми идентифицирани од самите наставници;
- да се спроведува во услови најблиски до работната средина на наставниците;
- да опфати теоретски теми, демонстрација, практични вежби, проверка на стекнатите знаења и вештини во текот на обуката;
- да добијат поддршка од колегите и училиштето;
- да се обезбеди доволно време за обука;
- да обезбеди можности за самоевалуација ;
- да биде конципирана како групна, а не како индивидуална обука.

Во училиштата кои се ориентирани кон промовирање на здравјето, едукацијата за оралното здравје треба да обезбеди курикулум што ќе биде возбудлив и стимулирачки, за учениците да стекнат доволно знаења за оралното здравје и создавањето позитивни навики, кои ќе им помогнат во донесување правилни одлуки во врска со здравјето.

МОТИВАЦИЈА

Една од значајните, ако не и најзначајна компонента за успешна промоција на оралното здравје претставува мотивацијата на индивидуата.

Мотивацијата, најдобро може да се дефинира како *внатрешна желба на индивидуата да дејствува*. Внатрешниот мотив ја поттикнува индивидуата да ги задоволи своите потреби. Тоа не е нешто што може друг да го создаде кај некое лице, туку таа само може да се поддржи или да се засили од друго лице.

Кога индивидуата ќе најде мотив кој ќе ја натера да дејствува, велиме дека таа е мотивирана. Мотивирачкиот процес, најчесто, се јавува природно и постепено, без некој посебен напор од страна на индивидуата. Кога ние *сакаме* да направиме нешто, треба внатрешно да се мотивираме, со помош на сопствени сили. Исклучиво само *индивидуата* може да се мотивира себе си со употреба на сопствен генератор и сопствен поттикнувач. Другите, само може да ни го *внаполнат генераторот* со охрабрување, идеи и дејства, но само индивидуата го има клучот за активирање на сопствениот генератор. Мотивацијата на човекот е сложен процес. Таа е базирана на очекувања, идеи, чувства, желби, односи, вредности и други фактори што го иницираат, одржуваат и регулираат однесувањето кон стекнување на одредена цел и резултат. Други фактори, пак, како што се претходни лоши искуства, недостаток на едукација, неприфаќање од средината, лоша слика за себе и лошите социјално - економски околности, може да предизвикаат демотивирачко однесување кај индивидуата. Најчесто, некои од овие позитивни или негативни фактори делуваат и на потсвесно ниво.

Ендогена мотивација е резултат на внатрешна одлука и таа целосно е подредена на индивидуата. Во основа, луѓето се силно поттикнати да ги реализираат сопствените одлуки. Во најголем број случаи, овие одлуки се направени врз основа на факти, концепти и вредности што ги поседува индивидуата. Речиси секое однесување зависи од индивидуата. Природно, мотивацијата што е базирана на сопствените желби на индивидуата, вообичаено резултира и во желба за дејства што траат подолго време. Оттука, здравствениот едукатор е оној кој треба да обезбеди информации и услови кои на индивидуата ќе ѝ овозможат генерирање на мотивацијата поврзана со грижа за сопственото здравје.

За разлика од внатрешната мотивација, основниот извор на влијанија врз *надворешната мотивација* делува надвор од индивидуата. *Убедувањето* може да се земе како типичен пример за надворешна мотивација. Убедувањето може да се дефинира како обид да се влијае на разумот, а преку него и на личното однесување. Тоа претставува моќна метода што влијае на однесувањето, особено кога здравствениот едукатор и пациентот имаат развиено однос на доверба и кога пациентот бара логични одговори за секој проблем. Најчесто, убедувањето кое едукаторот го врши врз пациентот претставува *манипулативно убедување* кое е составено од повеќе надворешни охрабрувања што претежно се создадени повеќе да одговараат на потребите на едукаторот, отколку на пациентот. Во овој случај, обично, едукаторот се служи со давање или одземање на награди, одобрување или охрабрување, со употреба на казни и застрашување или закани. Но, за жал, понекогаш разликата меѓу убедувањето и суптилното манипулативно убедување е доста нејасна.

Бидејќи *самата индивидуа* е таа што треба да се мотивира, кога здравствените работници зборуваат за мотивирање на луѓето, тоа значи дека тие воедно треба да обезбедат точна и навремена информација за неопходноста од одење на стоматолог и грижа за оралното здравје, а воедно и да му помогнат на пациентот да создаде во себе желба да го промени сопственото однесување.

Современи методи за мотивација на пациентите

Повеќе децении стоматолозите веруваа дека исполнувањето на нивната обврска за подобрување на оралното здравје на индивидуите е преку имплементирање на стекнатото знаење и давање на специфични инструкции кои би биле прифатени од страна на пациентите без притоа пациентот да впрашува многуг. Меѓутоа, искуството покажува дека кога ова сфаќање ќе се анализира, се доаѓа до заклучок дека ваквиот приод е многу неефикасен во мотивацијата на луѓето за промена на сопствените навики, особено кога станува збор за начинот на исхрана и за орално - хигиенските навики. Стоматологијата, досега, беше спора во пратењето и идентификацијата на современите маркетиншки достигнувања кои се покажаа како многу успешни во промената на навиките во многу други сфери на животот.

Повеќе не е прифатливо очекувањето дека стоматологот ќе биде во состојба позитивно да влијае во подобрувањето на состојбата на оралното здравје без разбирање на психолошките пристапи што се користат во успешните програми за модифицирање на нашиот животен

стил, како што е примерот на кампањите против пиене - возење, или против пушење, кампањи спроведени во многу земји. Позитивните здравствени пораки, вклучувајќи ја и употребата на хуморот, се покажале како многу ефикасни во вежбите за генерална здравствена грижа.

Најголем број луѓе имаат нереално позитивно гледање за себе и најчесто ја контролираат ситуацијата со нереален оптимизам. Реардон предложил интересно решение за работењето со луѓе на кои им е потребно да ги променат своите здравствени навики. Тој смета дека пораките што се изградени врз основа на илузии може да бидат многу ефикасни. Така на пример, наместо бомбаридирање со загрижувачки пораки за нивната вулнерабилност на ХИВ - вирусот, според него, вниманието може да се фокусира на тоа како превентивното однесување може да ги ослободи од преголемата загриженост за тоа да не бидат инфицирани. Слика од едно здраво, среќно време кое ги очекува оние кои се заштитуваат од болеста, може да биде мошне ефикасен модел на мотивација. Аналогно на тоа, наместо децата да ги плашине со слики од лица без заби или пациенти со протези, треба да им понудиме илузија дека доколку редовно ги четкаат забите, ако контролирано конзумираат шеќери и ако редовно ги користат флуоридите препорачани од стоматологот, кога ќе пораснат ќе изгледаат како нивните музички, спортски или филмски идоли.

На крај, мора да се истакне дека програмата за мотивација на децата да ги четкаат забите, како и примената на останатите примарни превентивни мерки што придонесуваат во одржувањето на добро орално здравје (режим на консумација на шеќери, ендогена и локална примена на флуориди, залевање на фисурите), ќе биде успешна, само ако таа биде безрезервно поддржана и од страна на родителите и наставниците и пошироката општествена заедница кои силно треба да веруваат во нејзината корисност и доколку основна цел на стоматологот е промоцијата, а не лекувањето на последиците од негрижата за оралното здравје.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ashley DJ, Jutai D K G, Hawkins RJ. An update of mechanical oral hygiene practices: Evidence – based recommendations for disease prevention. J Can Dent Assoc 2004, 64: 295-306.
2. Atanasov. N. Profilaktika na z̄vni® karies s fluoridi (proekti s fluorirano mleko). 2004 Sofi®.
3. Arnold WH et al. Volumetric assessment and quantitative element analysis of the effects of fluoridated milk on enamel demineralization. Archives of Oral Biology 2003; 48:467-473.
4. Царчев М. Превентивна стоматологија. Стоматолошки факултет Скопје,2006.
5. C. van Loveren and M.S. Duggal. The role of diet in caries prevention. Int Dent J 2001; 51: 399-406
6. Corbert EF et al. Therapeutic effects of supervised chlorhexidine mouth rinses on untreated gingivitis. Oral Diseases 2001; 3: 9-17.
7. Donoghue HD, Newman HN. Effect of glucose and sucrose on survival in batch culture of Streptococcus mutans C67-1 and a non-cryogenic mutant, C67-25. Infect Immun. 2004; 13: 16-21.
8. Engstrom et al. Lactic acid formation in supragingival dental plaque after schoolchildrens intake of fluoridated milk. Oral Health Preventive Dentistry 2004; 1: 13-17.
9. Kononen E. Development of oral bacterial flora in young children. Ann Med 2000 32: 107-112.
10. Honkala E, Nyyssonen V, Knuttila M, et al. Effectiveness of children's habitual tooth brushing. J Clin Periodontol. 2003.; 13: 81-85.
11. Pakhomov et al.. Milk Fluoridation efficacy in a controlled study and dental caries experience dynamics in conditions of w availability of local F-containing mens. Stomatologia (Mosk). 2005; 84(4):37-42.
12. Petersen PE, Christensen LB. Oral Health Promotion: Health Promoting Schools Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995
13. Petersen PE. Lennon M. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century 2: the WHO approach. Community Dental Oral Epidemiology, 2004; 32: 319-231.
14. Rougg – Gunn AJ, Hackett AF, Appleton DR, et al. The dietary intake on added and natural sugars in 405 English adolescents. Hum Nutr App. 1986; 40 A: 115-124.
15. Riley JC et al. Milk fluoridation efficacy in a controlled study and dental health in two school communities in England. Community Dental Health 2005; 22(3): 141-145.
16. Sigman-Grand M, Morita J. Defining and interpreting intakes of sugars. Am J Clin Nutr 2003; 78 (suppl): 815s-826s;

17. Suk JH, Seong SJ. Effects of sanguinary in fluoride containing dentifrices on the remineralization of subsurface carious lesion in vitro. *International Dental Journal* 3/2005 55: 128-132.
18. Whitford G M, Ekstrand J. Fluoride toxicity. In: Fejerskov A, Ekstrand J, Burt B A (eds). *Fluoride in Dentistry*. pp 171-189. Munksgaard: Copenhagen, 1996.
19. Whitford G M. Fluoride toxicology and health effects. In: Fejerskov A, Ekstrand J, Burt B A (eds). *Fluoride in dentistry*. Pp 167-184. Munksgaard: Copenhagen, 1996.
20. World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva. WHO, 2002.
21. World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva. WHO, 2002.
22. Wefel JS. Effects of fluoride on caries development and progression using intraoral models. *J Dent Res*.2002; 69 (spec issue): 626-633.

ПРИЛОГ

ФОРМУЛАР НА СЗО ЗА ПРОЦЕНКА НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ (1986)

(Модифициран со Програмаиша за орално здравје на СЗО, Женева 2003)

(1)	Држава	(4)	Година	(5)	Месец	Ден	(6)	Идентификационен број	(7)	Оригинал/ дупликат	(10)	Испитувач	(11)	(12)
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

ОПШТИ ПОДАТОЦИ

Име и презиме: _____

ДРУГИ ПОДАТОЦИ

Возраст	(13)	<input type="text"/>	(14)	Географско подрачје	(18)	<input type="text"/>	(19)	_____	(21)
Пол (М = 1, Ж = 2)		<input type="text"/>	(15)					_____	(22)
Етничка група		<input type="text"/>	(16)	Тип на подрачје:		<input type="text"/>	(20)		
Професија		<input type="text"/>	(17)	1 = градско					
				2 = приградско					
				3 = рурално				_____	(23)

ПОТРЕБА ЗА ИТНА ЗАШТИТА

ФЛУОРОЗА

Состојба опасна по живот	<input type="text"/>	(24)	<input type="text"/>	(28)	0 = нормално (нема)
Фрактура на вилица	<input type="text"/>	(25)			1 = сомнителна
Болка или инфекција	<input type="text"/>	(26)			2 = многу блага
Потреба за третман	<input type="text"/>	(27)			3 = блага
					4 = умерена
					5 = силна
					8 = исклучително силна
					9 = незабележан податок

0 = нема потреба
1 = има потреба

ДЕНТАЛЕН СТАТУС

	18	17	16	14	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Окл						X	X	X	X	X	X							
Мез																		
Бук																		
Дис																		
Ора																		

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Окл						X	X	X	X	X	X							
Мез																		
Бук																		
Дис																		
Ора																		

Трајни заби	Млечни заби
0 = здрава површина	A
1 = заб со кариес	B
2 = заб со кариес и пломба	C
3 = заб со пломба без кариес	D
4 = естрахиран заб поради кариес	E
5 = заб кој недостасува од друга причина	-
6 = залезани фисури	F
7 = протетска изработка	G
8 = неизникнат заб	-
9 = необележан заб	-