

Specialusis priedas: Periodontologija

Jūratė Žekonienė

Priede pristatoma periodontologija – Lietuvos periodontologų draugijos pradžia, istorija, plėtra. Pateikiami klinikiniai periodontologijos srities straipsniai.

14–24 p.

Projektas „Baltieji chalatai“

Valstybinė mokesčių inspekcija vykdo projektą, kurio tikslas – užtikrinti pajamų apskaitymą ir atitinkamų mokesčių mokėjimą, teikiant mokamas medicinos, odontologijos ir veterinarijos paslaugas privačiose gydymo įstaigose.

8–9 p.

Odontologija žmogaus sveikatai



Kiekvienais metais vykstantis Rūmų tarptautinis kongresas – didžiausias ir reikšmingiausias odontologų bendruomenės renginys, pritraukiantis ne tik Lietuvos gydytojus odontologus bei burnos priežiūros specialistus, bet ir užsienio svečius. Šių metų kongrese naujausiais mokslo pasiekimais ir klinicine patirtimi bei žiniomis su kolegomis dalijosi užsienio lektoriai iš Mongolijos, Gruzijos, JAV, Airijos, Jungtinės Karalystės, Latvijos, Portugalijos, Lichtenšteino, Turkijos ir Belgijos.

3–4 p.

Reklama. Užs. Nr. 33.001



**„ODONTOLOGŲ RŪMŲ ŽINIOS“
KETVIRTINIS ŽURNALAS
2013 METAI, RUGSĖJIS, NR. 3 (33)**

Leidėjas – Lietuvos Respublikos odontologų rūmai

Rašykite mums:

J. Jasinskio g. 16, Vilnius LT-01112
El. paštas: info@odontologurumai.lt
Skambinkite tel. 8 5 212 2510

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų banko duomenys:

Lietuvos Respublikos odontologų rūmai
Kodas 300038139, atsisk. sąskaita
LT097044060004285396
AB SEB bankas, kodas 70440

Redakcinė kolegija

Pirmininkė – doc. dr. A. Tutkuvienė,
Rūmų tarybos pirmininko pavaduotoja

Nariai:

R. Bagdonas, Lietuvos dantų technikų sąjunga
J. Dovydaitis, Kauno kolegijos Sveikatos fakultetas
Doc. dr. S. Drukteinis, Lietuvos endodontologų draugija
Doc. dr. A. Gleiznys, Lietuvos stomatologų-ortopedų, ortodontų draugija
Dr. G. Janušis, gyd. burnos, veido ir žandikaulių chirurgas
P. Kalesinskas, Rūmų Viešųjų ryšių komisijos pirmininkas
Prof. habil. dr. R. Kubilius, LSMU Odontologijos fakultetas
Dr. L. Linkevičienė, gyd. ortodontė
Doc. dr. T. Linkevičius, gyd. odontologas ortopedas
Doc. V. Mameniškis, Utenos kolegijos Odontologinės priežiūros katedra
D. Miedlažienė, Lietuvos burnos higienistų draugija
Prof. dr. V. Pečiulienė, VU MF Odontologijos institutas
A. Puišys, gyd. periodontologas
V. Raslanienė, gyd. odontologė
T. Ravickienė, Lietuvos gydytojų odontologų padėjėjų asociacija
A. Šeikus, Rūmų tarybos pirmininkas
Prof. habil. dr. A. Šidlauskas, Lietuvos ortodontų sąjunga
Doc. dr. I. Vasiliauskiene, Lietuvos vaikų odontologų draugija
J. Žekonienė, Lietuvos periodontologų draugija

Redaktorė J. Steponavičiūtė

Kalbos redaktorė L. Spetylaitė

Dizainas UAB DIZ.lt

Numerio autoriai: J. Goštautienė, G. Krukonis,
A. Razmienė, J. Steponavičiūtė, J. Žekonienė

Dėl reklamos žurnale kreiptis

el. paštu: info@odontologurumai.lt

Už reklamos turinį ir kalbą redakcija neatsako.

Spausdino

AB „Spauda“,
Laisvės pr. 60, LT-05120 Vilnius
Tiražas 7300 egz.

Žurnalą platina

UAB „Verslo spaudos centras“, Žirmūnų g. 68, Vilnius
Kontaktinis asmuo: Vita Kazakevičiūtė
Mob. tel.: +370 682 15762, el. paštas: vita@vscentras.lt



Brangūs „Odontologų rūmų žinių“ skaitytojai!

Greit prabėgusi, ne tik saulės kaitra palepinusi, bet ir išvykų, žavių kelionių akimirkų dovanojusi vasara leido atsikvėpti nuo darbų maratono, pasikrauti teigiamos energijos. Pailsėję su dar didesniu polėkiu kibkime į darbus!

Šio žurnalo puslapiuose galite perskaityti apie Druskininkuose įvykusį svarbiausią Lietuvos Respublikos odontologų rūmų renginį – tarptautinį kongresą „Odontologija žmogaus sveikatai“, taip pat susipažinti su Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikime Estijoje priimtais aktualiais sprendimais dėl bendros Baltijos šalių burnos sveikatos strategijos 2013–2020 m.

Vasaros pradžia buvo džiugi visai odontologų bendruomenei. Lietuvos universitetuose ir kolegijose studijas baigė būrys gabių, veržlių, perspektyvių, jaunatviškumu pulsuojančių odontologijos srities specialistų, kurie papildė gausią Rūmų bendruomenę. Tikimės, kad jaunieji kolegos greitai įsilies į Rūmų veiklą ir aktyviai dalyvaus joje.

Rugsėjo 1-oji – nauja pradžia dar tik būsimiems odontologijos specialistams, jiems linkime ne tik sėkmės, bet ir ryžto bei sumanumo siekiant mokslo laimėjimų.

Garsiai aidi nuo 2013 m. gegužės mėnesio Valskybinės mokesčių inspekcijos vykdomas projektas „Baltieji chalatai“, kurio tikslas – užtikrinti pajamų apskaitą ir atitinkamą mokesčių mokėjimą, teikiant

mokamas medicinos, odontologijos paslaugas privačiose gydymo įstaigose. Gal kiek keistas projekto pavadinimas, šiame kontekste turintis neigiamą prasmę. Susidaro įspūdis, kad visus, kurie dėvi baltus chalatus, visuomenei norima parodyti kaip didžiausią žalą mūsų valstybei darančiuosius. Tačiau negali visi medikai būti nesąžiningi. Matyt, yra problemų pačioje mokesčių rinkimo sistemoje. Nereikia prarasti tikėjimo, kad viskas stos į vietas ir „baltieji chalatai“ kaip visada skaidriai bei sąžiningai tarnaus visuomenės gerovei. Rūmai, bendradarbiaudami su Valstybine mokesčių inspekcija, siekia, kad mokesčiai būtų mokami, tačiau svarbu, kad valstybė stengtųsi sudaryti palankesnes sąlygas juos mokėti. Finansinė apskaita ir procedūros mažoms odontologinėms priežiūros (pagalbos) įstaigoms, kuriose dirba 1–2 specialistai, turi tapti dar paprastesnės, aiškesnės ir suprantamesnės, kad medikai didžiausią savo darbo dalį galėtų skirti žmonėms gydyti, o ne gilintis į finansines, teisines peripetijas ir subtilybes. Juk mediko pareiga – gydyti žmogų.

Žurnale pristatome antrą odontologų profesinę kvalifikaciją – periodontologiją. Dėkojame periodontologams už kruopštų darbą ir pateiktą išsamią savo specialybės ištakų ir raidos apžvalgą.

Pamažu gamta pasipuošia auksinio rudens spalvomis... Mėgaukimės jomis kartu!

Pagarbiai

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarybos pirmininkas Alvydas Šeikus

Rūmai nuoširdžiai sveikina Rūmų narę gydytoją odontologę **Žaną Sakalauskienę** sėkmingai apsigynus daktaro disertaciją „Lietuvos universitetų 35–44 metų amžiaus darbuotojų dantų priežiūros elgsena ir nuomonė apie teikiamą odontologinę pagalbą“. Linkime sėkmės tolimesnėje profesinėje veikloje!



Rūmai nuoširdžiai sveikina Lietuvos sveikatos mokslų universiteto prof. dr. **Vitą Mačiulskienę**, tapus tarptautinės organizacijos **European Organisation for Caries Research (ORCA)**, vienijančios

visus mokslininkus, tiriančius kariesą ir kitą danties kietųjų audinių pažeidimus, **viceprezidente**. Tai didžiulis tarptautinės mokslininkų bendruomenės įvertinimas.

Didžiojamės Jūsų energija, kruopščiu, atsakingu, ilgamečiu darbu, prisidedant prie Lietuvos odontologijos mokslininkų bendruomenės gerovės ir visos Lietuvos atstovavimo bei vardo garsinimo.

Tegul Jūs lydi sėkmė ir stiprybė ateities darbuose.

RENGINIAI



Odontologija žmogaus sveikatai

2013 m. gegužės 31 d. – birželio 1 d. Druskininkuose vyko Lietuvos Respublikos odontologų rūmų (toliau – Rūmai) organizuotas tarptautinis kongresas „Odontologija žmogaus sveikatai“.

Kiekvienais metais vykstantis Rūmų tarptautinis kongresas – didžiausias ir reikšmingiausias odontologų bendruomenės renginys, pritraukiantis ne tik Lietuvos gydytojus odontologus bei burnos priežiūros specialistus, bet ir užsienio svečius. Šių metų kongrese naujausiais mokslo pasiekimais ir klinicine patirtimi bei žiniomis su kolegomis dalijosi užsienio lektoriai iš Mongolijos, Gruzijos, JAV, Airijos, Jungtinės Karalystės, Latvijos, Portugalijos, Lichtenšteino, Turkijos ir Belgijos.

Reikia akcentuoti, kad kongreso programa tapo išskirtinė ne tik dėl užsienio lektorių gausos, bet ir dėl mokslinėje programoje nagrinėjamų fundamentinės biomedicinos klausimų. Patirtimi dalijosi įvairūs biomedicinos specialistai: kardiologai, reanimatologai, neurologai, psichiatrai ir kt. Kongrese „Odontologija žmogaus sveikatai“ pranešimus skaitė Lietuvos odontologai mokslininkai ir praktikai, Valstybinės mokesčių inspekcijos, Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos priežiūros skyriaus lektoriai. Didžiulis dėmesys skirtas odontologijos ir bendrosios medicinos, būtinosios pagalbos temoms, teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos apsaugą, apžvalgai.

Kongreso metu vykusioje odontologinės įrangos ir medžiagų parodoje savo produkciją pristatė per 40 įmonių. Renginys sulaukė didelio rėmėjų susidomėjimo.

Kongresą atidarė organizacinio komiteto pirmininkas, Rūmų tarybos narys doc. dr. Dalius Sakavičius. Pristatytos naujovės, kurias dalyviai išvydo renginio parodų salėse.

Kongreso metu buvo galima susipažinti su Maltos ordino pagalbos tarnybos misija, veikla, darbais, pabendrauti su pagalbos tarnybos atstovais, kurie daugiau kaip 20 metų vykdo projektus 26-iose Lietuvos miestuose padėdami seniems, vienišiams ir skurstantiems žmonėms. Taip pat buvo suteikta galimybė įsigyti dienos centro „Šviesa“ bendruomenės pagamintų siuvinių, mezginių, suvenyrų, keramikos, tekstilės ir kt. dirbinių. Sukurti atvirukai, paveikslėliai, suvenyrai, įrankiai iš medžio džiugino savo nuoširdumu, paprastumu, jautumu. Vienas integracijos būdų, formuojant visuomenės teigiamą požiūrį į žmones, turinčius negalią, yra jų pagamintų dirbinių pristatymas visuomenei, rengiant darbų parodas ir muges. Rūmai palaiko dienos centro „Šviesa“ ir Maltos ordino iniciatyvą, siekia plėtoti tolimesnį ilgalaikį bendradarbiavimą prisidedant prie veiklos ir idėjų įgyvendinimo.

Kongreso dalyvius pasveikino LR Seimo Sveikatos reikalų komiteto pirmininkė Dangutė Mikutienė. ►►



Prof. dr. Vytautė Pečiulienė (kairėje), Violeta Raslanienė (dešinėje)



Svečius sveikino doc. dr. Anastazija Tutkuvienė (kairėje) ir Elvyra Kameneckienė (dešinėje)

◀ Rūmų garbės narė D. Mikutienė pasidžiaugė, kad odontologija yra viena sparčiausiai tobulėjančių medicinos sričių ir padėjo Rūmams už galimybę gydytojams odontologams, gydytojams odontologams specialistams, burnos priežiūros specialistams ir odontologinių įstaigų vadovams kelti profesinę kvalifikaciją.

Kongrese atskira sesija buvo skirta jaunųjų mokslininkų konkursinių darbų pristatymams. Pranešimus skaitė VU ir LSMU studentai. Pagal

nustatytus vertinimo kriterijus komisija nusprendė pirmąsias vietas skirti LSMU studentui M. Pranskūnui ir jo pranešimui tema „Antkaulio ir dantenu biotipų imunohistocheminė analizė“ (darbo vadovas – dr. G. Janužis) ir VU studentėms G. Bacionytei ir P. Čėsnaitei bei jų bendram darbui „Augalinių medžiagų, naudojamų lietuvių liaudies medicinoje burnos ligų profilaktikai ir gydymui, poveikio *Streptococcus mutans* bioplėvelės formavimuisi tyrimas“

(darbo vadovas – doc. dr. T. Kačergius).

Rūmų narius informuojame, kad 2014 m. tarptautinis kongresas organizuojamas Rūmų veiklos 10-ties metų jubiliejaus paminėjimo dvasia. Į jį kviečiamas gausus būrys Lietuvos ir užsienio atstovų. Iki kito kongreso. ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė



Jaunųjų mokslininkų darbų pristatymas



Kongresą atidarė organizacinio komiteto pirmininkas doc. dr. Dalius Sakavičius



Kongreso dalyviai

Specialistams, vertinantiems kokybę!

Reklama. Užs. Nr. 33.002



IPS **e.max** CAD



IPS **e.max** Press
Starter Kit

Programat[®] EP 3000 G2

Multilink Automix[®]

Universalus fiksuojamasis kompozitas, skirtas netiesioginių restauracijų iš metalo, metalo keramikos, keramikos, cirkonio, stiklo pluošto fiksavimui.



Optra Gate

310 Lt.*

80 vnt.



IPS Empress Direct

145 Lt.*

* – pristatymo išlaidos neįskaičiuotos

UAB "KRĖVA" kviečia gydytojus odontologus bei dantų technikus dalyvauti kursuose, rengiamuose IVOCLAR VIVADENT Mokomajame Centre Vokietijoje.

Artimiausi kursai vyks 2013 m. spalio 21-25 dienomis

Dantų technikams. Tema - „IPS e.max ant cirkonio ar presuotos keramikos“.

Gydytojams-odontologams: „Estetinių restauracijų pagrindiniai aspektai. Bemetalė keramika“.

Išduodami galiojantys 40 val. sertifikatai, patvirtinti LR Odontologų Rūmuose.

Informacija bei registracija telefonu (8~699) 52222

KRĖVA

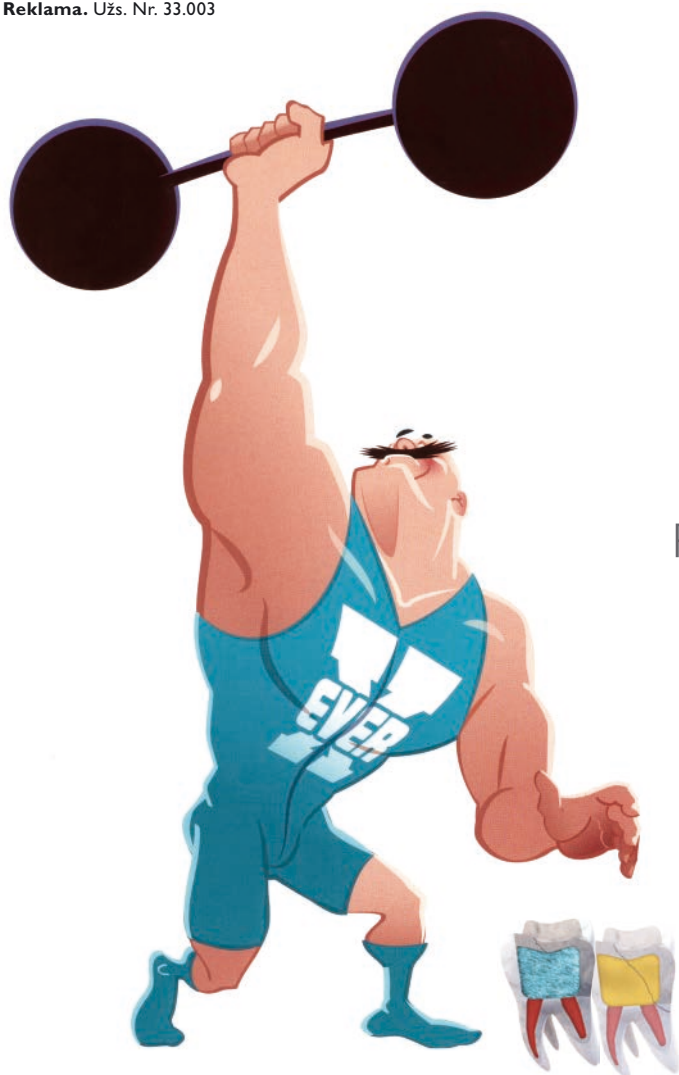
oficialus "Ivoclar Vivadent" atstovas Lietuvoje

Tel. (8~37) 750058, Mob. (8~699) 52222

El.paštas: info@dental.lt

www.kreva.lt

ivoclar
vivadent
passion vision innovation



everX Posterior™ iš GC

Pluoštais sustiprintas kompozitas
dentino atstatymui

GC everX Posterior yra stiklo pluoštais sustiprintas kompozitas, skirtas dentino atstatymui didelėse krūminių dantų ertmėse. Išoriniai tokios restauracijos paviršiai, tai yra emalis, turi būti atstatomi įprastais kompozitais, tokiais, kaip G-aenial Posterior. Trumpos stiklo pluošto skaidulos, esančios GC everX Posterior sudėtyje, suformuoja vidinį tinklą-armatūrą, t.y. didelės restauracijos pamatinį sluoksnį. Tos pačios skaidulos neleidžia restauracijoje atsirasti ir didėti įtrūkimams, kurie yra dažniausia kompozitinių restauracijų lūžimų priežastis. Dėl unikalių fizinių savybių GC everX Posterior atveria naujas galimybes didelių danties vainiko defektų restauravimui tiesioginiu būdu, nenaudojant brangių laboratorinių technologijų.

- Trumpos skaidulos neleidžia atsirasti ir gilėti įtrūkimams restauracijoje.
- Atsparumas lūžiams prilygsta natūraliam dentinui, tai yra beveik du kartus viršija analogišką bet kurio kompozito atsparumą.
- Nuo 4 iki 5 mm storio sluoksniai gali būti sukietinami vienmomentiškai.
- Gera jungtis tiek su danties audiniais, tiek ir su kompozitais; suderinamas su visomis adhezinėmis sistemomis ir kompozitais.

Indikacijos: didelių krūminių restauracijų sustiprinimui, įskaitant:

- Ertmių su 3 atstatomais paviršiais restauracijoms.
- Ertmių su suirusiais gumburais restauracijoms.
- Gilių ertmių (I, II-os klasės ir endodontiškai gydytų dantų) restauracijoms.
- Pakaitinėms amalgamos restauracijoms (danties įtrūkimai ir gumburų lūžiai, ypač būdingi amalgaminėms restauracijoms).
- Ertmių, kurios bus restauruojamos įklotais ir užklotais, restauracijoms.



everX Posterior, 15 x 0.13 ml kapsulių, 206 Lt

akcija!

galioja iki birželio iki 15 d.

Perkant 2 x everX Posterior pakuotes,
dovana - kapsulių dispenseris.



RENGINIAI



Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikimas

2013 m. birželio 7–8 d. Estijoje, Tartu mieste, vyko kasmetinis Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikimas „Dėl bendros Baltijos šalių burnos sveikatos strategijos 2013–2020“. Praėjusiais metais rugsėjo 21–22 d. Palangoje vykusio Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikimo metu priimta bendra rezoliucija, pagal kurią nutarta sudaryti jungtines trijų Baltijos šalių darbo grupes aktualiems burnos sveikatos priežiūros klausimams spręsti. 2013 m. susitikime Estijos, Latvijos ir Lietuvos jungtinių darbo grupių vadovai bei įgalioti asmenys pristatė pagrindinius savo šalių odontologinės priežiūros aspektus, šiandieninius pasiekimus ir darbo grupėse iškeltas problemas.

Sveikinimo kalba susitikimą pradėjo Estijos odontologų asociacijos pirmininkė Piret Väli. Finansavimo politikos kūrimo klausimus pristatė Estijos atstovė Mare Saag, Latvijos – Modris Dzenītis ir Lietuvos – Rūmų Klaipėdos teritorinio skyriaus sekretorius Bronius Einars. Susitikimo dalyviai priėjo prie tos pačios nuomonės, kad finansavimas odontologinėms paslaugoms turi būti skiriamas konkrečiam pacientui, atvykusiam į gydymo įstaigą, o ne odontologinei sveikatos priežiūros (pagalbos) įstaigai, prie kurios asmuo yra prisirašęs. Buvo pažymėta, kad visose trijose Baltijos šalyse finansavimas, skiriamas odontologijai ir dantų profilaktikai, yra labai mažas palyginti su šalių BVP.

Bendros burnos sveikatos priežiūros strategijos kūrimą Estijoje pristatė Marek Vink, Latvijoje – Andis Paeglis ir Egit Senakola, Lietuvoje – Rūmų profilaktikos programų koordinavimo komisijos narė Julija Narbutaitė.

Pastebėta, kad aktuali problema Baltijos šalyse yra ta, jog pacientai nenoriai lankosi pas gydytoją odontologą 2 kartus per metus. Susitikimo metu buvo akcentuojama, kad prioritetas turi būti skiriamas burnos ligų profilaktikos prevencijos finansavimui, įvairių socialinių grupių švietimui bei mokymams, kadangi tai sumažintų dantų ėduonies sukeltų komplikacijų gydymo kaštus. Estijoje ir Latvijoje jaučiamas burnos higienistų, kurie galėtų prisidėti prie burnos ligų profilaktikos, trūkumas.

Nuo 2007 m. Latvija dalyvavo projekte, skirtame parengti pasiūlymus ir plėtoti bendrus Šiaurės Europos sveikatos priežiūros kokybės indikatorius Burnos sveikatos priežiūrai (Nordic Health Care Quality Indicators for Oral Health Care). Projek-



Estijos, Latvijos ir Lietuvos odontologų asociacijų atstovai

tas, prie kurio prisidėjo Danija, Farerų salos, Suomija, Islandija, Norvegija ir Švedija, vyko trejus metus. Suomija buvo projekto koordinatore.

Susitikimo dalyviai pritarė Latvijos delegacijos atstovų pasiūlymui kitų metų Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikimo metu jungtinių darbo grupių iškeltas problemas ir diskutuotinus klausimus nagrinėti pagal siūlomas keturias indikatorių grupes:

1. Struktūriniai indikatoriai;
2. Proceso indikatoriai;
3. Rezultatų indikatoriai;
4. Galimos kokybės indikatoriai.

Pacientų dalyvavimo gydymo procese, užtikrinant paciento saugą odontologijoje, kūrimą Latvijoje nagrinėjo Egit Senakola, o Lietuvos poziciją šiuo klausimu pristatė Žana Sakalauskienė. Akcentuota, kad ne tik gydytojai odontologai turi skatinti pacientus rūpintis burnos sveikata, tačiau ir patys pacientai privalo dalyvauti burnos profilaktikos programose, auklėti, mokyti savo vaikus taisyklingos burnos priežiūros, nes tėvų pareiga pasirūpinti vaikų burnos sveikata.

Susitikimo metu Tartu LR odontologų rūmai iš kaimyninių šalių sulaukė teigiamų atsiliepimų dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“, kuri buvo papildyta gydytojo odontologo įrašu, įvertinančiu vaiko pieninių, nuolatinių dantų ir žandikaulių būklę. Šia pažyma sistemiskai pradėti rinkti statistiniai epidemiologiniai duomenys apie situaciją Lietuvoje.

Estijos odontologų asociacijos pirmininkė Piret Väli pristatė klausimą dėl e. medicinos projekto vystymo, kuris leistų gyventojams, pacientams šiuolaikinėmis informacinių ir ryšių technologijų priemonėmis laiku gauti geros kokybės sveikatos

paslaugas, o sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas, – tarpusavyje bendradarbiauti ir saugiai keistis informacija elektroninėmis priemonėmis. Latvijos ir Lietuvos atstovai (Irene Delle ir Neformaliojo švietimo komisijos sekretorius Paulius Šeikus) susitikimo dalyvius supažindino su problemomis, kylančiomis plėtojant e. medicinos projektą jų šalyse. Paminėtina, kad iš trijų Baltijos šalių Estija labiausiai pažengusi e. medicinoje.

Piret Väli parengė išsamų pranešimą apie Europos parlamento ir Tarybos direktyvą 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“. Susitikimo pabaigoje vyko diskusijos. Nemažai kalbėta apie jau vykdomas ir planuojamas prevencijos ir edukacijos programas. Pažymėta, kad pasaulyje kaip prioritetas išskiriama prevencija. Apibendrinama Baltijos šalių atstovų pranešimus ir patirtį, Estijos odontologų asociacijos pirmininkė padėjo susirinkusiems dalyviams ir pastebėjo, kad Baltijos šalys yra skirtingos: vienos turi didesnę patirtį ir įdirbį vienoje srityje, kitos – labiau pažengusios kitoje srityje. Buvo pažymėta, kad dalijimasis sukaupta patirtimi yra labai naudingas visoms šalims.

Baigiantis svečių vizitui Estijoje nuspręsta 2014 m. Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikimui pateikti vieną bendrą Estijos, Latvijos ir Lietuvos pranešimą, kuriame būtų suformuota trims Baltijos šalims bendra įrodymais pagrįsta burnos ligų profilaktikos strategija. Kitas Baltijos šalių odontologų asociacijų atstovų susitikimas numatytas 2014 m. Latvijoje. ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

AKTUALI INFORMACIJA

i Projektas „Baltieji chalatai“



Nuo 2013 m. gegužės mėn. Valstybinė mokesčių inspekcija (VMI) vykdo projektą „Baltieji chalatai“, kurio tikslas – užtikrinti pajamų apskaitymą ir atitinkamų mokesčių mokėjimą, teikiant mokamas medicinos, odontologijos ir veterinarijos paslaugas privačiose gydymo įstaigose. Apie projekto eigą ir rezultatus kalbame su Valstybinės mokesčių inspekcijos Kontrolės departamento direktore ir projekto „Baltieji chalatai“ vadove **Vale Kulvinskiene**.

Kokie yra projekto „Baltieji chalatai“ tikslai, siekiai ir įgyvendinimo terminai?

Pagrindiniai projekto uždaviniai – identifikuoti galimo pajamų apskaitymo vengimo ir mokestinių prievolių nevykdymo ar netinkamo vykdymo požūrių rizikingas tikslines mokesčių mokėtojų grupes, pagal pasirinktus rizikos vertinimo kriterijus atlikti pirmąjį mokesčių mokėtojų rizikavimo vertinimą, atlikti rizikingų mokesčių mokėtojų atranką dėl galimo mokestinių prievolių nevykdymo ir inicijuoti jų kontrolės veiksmus, nustatyti galimo pajamų neapskaitymo, darbo užmokesčio mokėjimo „vokeliuose“ atvejus bei kitus teisės aktų pažeidimus, pasiekti ilgalaikį prevencinį poveikį. Taip pat numatoma, įvertinus informaciją apie medicinos, odontologijos ir veterinarijos paslaugas teikiančių privačių įstaigų išmokamas išmokas (A ir B klasės) fiziniams asmenims, atlikti šių įstaigų vadovų bei akcininkų ar savininkų turto ir pajamų šaltinių analizę.

Surinkti pirminiai duomenys rodo, kad beveik trečdalis privačių medicinos įstaigų sumoka iki 3 proc. mokesčių nuo visų savo pajamų, tuo metu kai kitos įstaigos tam skiria bent kelis kartus daugiau lėšų. Atliekamų kontrolės veiksmų metu bus siekiama nustatyti, kodėl mokesčių mokėtojų, kurių rodikliai yra panašūs, sumokamų į biudžetą mokesčių suma labai skiriasi, ar susijusiems fiziniams asmenims nėra nepagrįstai išmokamos gyventojų pajamų mokesčiu neapmokestintos išmokos, kurios didina sąnaudas. Taip pat kontrolės veiksmai bus atliekami ir atrinktų rizikingų fizinių asmenų atžvilgiu.

VMI mato ir nesunkiai identifikuoja rizikingiausius medicinos sektoriaus įmones, todėl šiuo projektu siekiama paskatinti privačiame medicinos sektoriuje veikiančias įmones deklaruoti visas pajamas. VMI primena, kad mokesčių mokėtojai gali tikslinti mokesčių deklaracijas

net už 5 metus, tad įmonės ir jų savininkai gali ir patys peržiūrėti savo deklaruotų duomenų teisingumą bei patikslinti pateiktas deklaracijas.

Projektą „Baltieji chalatai“ VMI planuoja baigti 2013 m. pabaigoje, tačiau sukaupti duomenys turės įtakos ir inspekcijos darbiui ateityje.

Kodėl buvo pradėtas tokio pobūdžio projektas?

VMI planuodama savo veiklą vadovaujasi geriausia Europos Sąjungos šalių praktika mokesčių administravimo srityje ir kasmet ją tobulina. Turimais duomenimis, didžiausia žala valstybės biudžetui padaroma dėl tokių šesėlinės ekonomikos reiškinių kaip realizacinių pajamų neapskaitymas, neregistruotos veiklos vykdymas, darbo užmokesčio mokėjimas „vokeliuose“, nelegalus darbas (įvairiomis formomis), prekių gabenimas be lydinčių dokumentų, prekių įsigijimo apskaitoje nefiksavimas ir pan. Su minėtais pažeidimais susiduriama visose ūkinės / komercinės veiklos srityse.

VMI savo veikloje naudoja organizacines ir technines priemones, kurios leidžia nustatyti didžiausią riziką atitinkamose veiklos srityse, bei planuoja kontrolės veiksmus. Taikant rizikos vertinimu pagrįstą požiūrį, ūkio subjektų veiklos priežiūra ir kontrolė pagal turimus išteklius yra nukreipiama prioritetinėmis kryptimis. Siekiama, jog priežiūrai ir kontrolei skirti finansiniai bei žmogiškieji ištekliai būtų panaudojami efektyviai bei proporcingai padaryto ar daromo pažeidimo mastui.

Siekdama užtikrinti pajamų apskaitymą rizikingiausiose ekonominės veiklos srityse kaip ir kiekvienais metais VMI nusimato veiklos kryptis, sritis, kurioms numato skirti didesnę dėmesį, pavyzdžiui, praeitais metais buvo vykdomi projektai: „Keleivių vežimas ir taksi“, „Vaisių ir daržovių prekyba“, „Gėlių prekyba“, „Kurortinis sezonas“, „Grybų ir uogų prekyba“ ir kt.

Pažymėtina, jog VMI vykdoma projektinė veikla pasiteisino, pastebimi teigiami pokyčiai įmonėse, į kurias buvo nukreiptas dėmesys, didėja su darbo santykiais susijusios išmokos, mažėja darbuotojų, dirbančių ne visą darbo dieną, dalis, ir kt.

Pagal kokius kriterijus vertinami įmonių finansai?

Projekto metu buvo atlikta 2009–2011 m. šalies medicinos, odontologijos, veterinarijos paslaugas teikiančių privačių gydymo įstaigų finansinių ir mokestinių ataskaitų duomenų analizė, analizuoti daugiau nei 2 700 įmonių duomenys.

Analizės metu nustatytos su pajamų neapskaitymu susijusios rizikos:

- didelės dalies įmonių, gaunančių finansavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), deklaruojamos apmokestinamosios pajamos sudaro tik 10–20 proc. visų pajamų ir jų pelningumas yra ypač žemas;
- nustatytos įmonės, gaunančios finansavimą iš PSDF, tačiau pelno mokesčio deklaracijose nedeklaruojančios gaunamų neapmokestinamųjų pajamų bei atitinkamai joms tenkančių sąnaudų;
- mažas veiklos pelningumas;
- mokamas darbo užmokestis mažesnis už LR Vyriausybės patvirtintą minimalų mėnesinį atlyginimą;
- elektronine pasitikėjimo linija nuolat gaunama pranešimų apie galimą pajamų neapskaitymą, už paslaugas apmokėjimą patvirtinančio dokumento neišdavimą, galimas

nejdarbintų asmenų darbas, kt.

Kodėl buvo pasirinktos įmonės, teikiančios odontologijos, estetikos ir veterinarijos paslaugas?

Projekto „Baltieji chalatai“ pradiniam etape VMI specialistai vertino šių įmonių efektyvų sumokamų mokesčių tarifą (toliau – ESMT). Atlikus medicinos, odontologijos ir veterinarijos paslaugas teikiančių įmonių 2011 m. ESMT, kurį apskaičiuojant įvertinti įmonių į nacionalinį biudžetą sumokėti mokesčiai (taip pat ir socialinio draudimo), analizę nustatyta, kad:

- **Odontologijos** paslaugas teikiančių įmonių, kurių 2011 m. bendrosios pajamos viršijo 5 mln. Lt, ESMT sudarė vidutiniškai apie 27 proc., o įmonių, kurių pajamos sudarė iki 500 tūkst. Lt, šis rodiklis siekė 11 proc. Bendras šių įmonių grupės ESMT sudarė vidutiniškai apie 13 proc. Tačiau pažymėtina, kad net 29 proc. šios veiklos įmonių ESMT tesiekia iki 3 proc.
- **Veterinarijos** paslaugas teikiančių įmonių 2011 m. pajamos siekia apie 1 mln. Lt ir jų ESMT sudarė vidutiniškai apie 11 proc. Pažymėtina, kad net 55 proc. šios veiklos įmonių ESMT siekia iki 3 proc.
- **Odontologijos, medicinos ir veterinarijos** paslaugas teikiančių įmonių 2011 m. efektyvus sumokėtų mokesčių tarifas sudarė vidutiniškai apie 16 proc.

Pažymėtina, kad net 32 proc. medicinos, odontologijos ir veterinarijos paslaugas teikiančių įmonių ESMT siekia iki 3 proc.

Nemaža dalis smulkių įmonių galimai nepagrįstai naudojami LR pelno mokesčio įstatymo 5 str. numatytais lengvatomis:

1. Vienetų (išskyrus pelno nesiekiančių), kuriuose vidutinis sąrašuose esančių darbuotojų skaičius neviršija 10 žmonių ir mokestinio laikotarpio pajamos neviršija 500 tūkstančių litų, apmokestinamas pelnas apmokestinamas taikant 5 proc. mokesčio tarifą, išskyrus atvejus, nustatytus šio straipsnio 3 dalyje (nuostatos taikomos apskaičiuojant 2010 ir 2011 metų pelno mokestį);
2. Vienetų, kuriuose vidutinis sąrašuose esančių darbuotojų skaičius neviršija 10 žmonių ir mokestinio laikotarpio pajamos neviršija 1 milijono litų, apmokestinamojo pelno dalis, atitinkanti 25 tūkstančių litų sumą, apmokestinama taikant 0 proc. mokesčio tarifą, o likusi apmokestinamojo pelno dalis – taikant 20 proc. mokesčio tarifą, išskyrus atvejus, nustatytus 5 straipsnio 3 dalyje (nuostata buvo taikoma apskaičiuojant 2009 metų pelno mokestį).

Esama pavyzdžių, kai siekdamas sumažinti mokesčių našta, įmonės neapskaito visų gautų pajamų arba nepagrįstai padidina sąnaudas.

Kokių problemų iškyla patikros metu?

Kontrolės veiksmų metu mokesčių mokėtojai ne visada laiku pateikia reikiamus buhalterinės apskaitos dokumentus, pasitaiko, jog buhalterinė apskaita vedama nesilaikant teisės aktų reikalavimų, nepateikiamos pacientų kortelės. Pažymėtina, jog dažnu atveju pacientų kortelės mokesčių administratoriui nepateikiamos motyvuojant Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo (ADTA) nuostatomis, todėl Projekto metu VMI kreipėsi į Valstybinę duomenų apsaugos inspekciją siekdamą išsiaiškinti, ar mokesčių

administratorius turi teisę naudoti pacientų kortelėje esančius duomenis. Gautame atsakyme konstatuota, jog mokesčių administratorius, vykdydamas Lietuvos Respublikos mokesčių administravimo įstatymo 26 str. 1 dalyje nurodytas funkcijas, turi teisę gauti asmens duomenis, esančius pacientų sveikatos statistikos apskaitos formoje (pacientų kortelėje).

Gal jau matomos galimos pažeidimų tendencijos?

Pirminiai kontrolės veiksmų rezultatai tik patvirtino nuogastavimus, jog pajamų neapskaitymo mastas šiame sektoriuje yra itin didelis, kai kuriais atvejais siekia 100 ir daugiau procentų, t. y. oficialiai deklaruojamos gaunamos pajamos yra itin neženklios. Taigi daugiausia nustatoma pažeidimų, susijusių su gaunamų pajamų neapskaitymu. Pvz., Vilniaus AVMI specialistams įtariamų sukėlė žemas vidutinis darbo užmokestis (296 Lt!)

vienoje sostinės odontologijos paslaugas teikiančioje įmonėje. Bendrovės patalpose inspekcijos darbuotojai atliko operatyvų patikrinimą, kurio metu nustatė ne tik mokesčių pažeidimų, bet ir rado nelegaliai dirbusią gydytojo padėjėją. Įmonės vadovai pradėta administracinė teisena ir gresia solidžios baudos už nelegaliai įdarbintą darbuotoją, teks atsakyti ir už „Kasos darbo organizavimo ir kasos operacijų atlikimo taisyklių“ pažeidimus bei už tikrovės neatitinkančių deklaracijų ir pažymų pateikimą. Pažymėtina, kad po operatyvaus patikrinimo įmonės pajamos padidėjo 88 proc., o deklaruojamų duomenų bei mokamų mokesčių teisingumas bus vertinamas ir ateityje.

Po Mokesčių inspekcijos specialistų apsilankymo vienoje Kauno odontologijos paslaugas teikiančioje individualioje įmonėje jos savininkė patikslino deklaracijas

ir turės sumokėti apie 44 tūkst. Lt mokesčių, odontologijos paslaugas Panevėžyje teikianti įmonė – per 8 tūkst. Lt. Be to, po inspektorių pokalbio su pastarosios įmonės savininkais buvo gerokai kilstelėtas dviejų visu etatu dirbančių gydytojų darbo užmokestis.

Kokios šio projekto perspektyvos ateityje?

Projektą numatoma baigti šiais metais, tačiau jo rezultatai, atrankos kriterijai bus naudojami ir ateityje, nes vienas projekto tikslų yra pateikti rekomendacijas, metodinius nurodymus kontrolės veiksmams atlikti, siekiant užtikrinti mokesčių prievolių vykdymą privačias medicinos bei veterinarijos paslaugas teikiančiose įmonėse. ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

TEISINĖ INFORMACIJA



Teisinės informacijos apžvalga

Dėl Lietuvos higienos normos HN 66:2013 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2013 m. liepos 18 d. įsakymu Nr. V-706 patvirtino Lietuvos higienos normą HN 66:2013 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“ (toliau – Higienos norma), įsigaliosiančią nuo 2013 m. lapkričio 1 d.

Naujoji Higienos norma labai svarbi odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų veiklai, todėl atkreipiame dėmesį į aktualesnius joje įtvirtintus reikalavimus.

Higienos norma nustato, jog sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti sveikatos priežiūros įstaigos vadovo arba jo įgalioto asmens patvirtinta medicininį atliekų tvarkymo procedūra, atitinkanti Higienos normoje išvardintus reikalavimus. Darbuotojai, tvarkantys medicininės atliekas, turi būti išklause higienos įgūdžių mokymo programą.

Medicininės atliekos iš karto po jų susidarymo būtina surinkti į tam skirtas pakuotes. Medicininės atliekos jų susidarymo vietose turi būti renkamos išrūšiuojant į atskiras pakuotes pagal Higienos normos priede išskirtas medicininį atliekų grupes. Higienos norma nustato tam tikras išimtis ir numato, jog renkant medicininės atliekas dantys gali būti renkami kartu su aštriais daiktais. Tokios atliekos laikomos aštriais infekuotais daiktais.

Atkreipiame dėmesį, kad infekuotas atliekas, aštrius daiktus, anatomicinę medžiagą bei medicininės atliekas, kurių rinkimui ir šalinimui netaikomi specialūs reikalavimai, kad būtų išvengta infekcijos, kurios yra užšaldomos (laikiniškai laikomos -18 laipsnių ir žemesnėje temperatūroje atskirame šaldiklyje), galima laikyti medicininį atliekų saugykloje iki 6 mėnesių.

Dėl darbo laiko ir atostogų trukmės

2013 m. liepos 24 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutarimu Nr. 694 pakeitė darbuotojų, kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, darbo laiko sutrumpinimo tvarką, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 30 d. nutarimu Nr. 1195 „Dėl Darbuotojų, kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, darbo laiko sutrumpinimo tvarkos ir darbuotojų, kuriems nustatytas sutrumpintas darbo laikas, darbo apmokėjimo sąlygų patvirtinimo“ bei nutarimu

Nr. 695 pakeitė kai kurių kategorijų darbuotojų, turinčių teisę į kasmetines pailgintas atostogas, sąrašą ir šių atostogų trukmę, patvirtintus Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. 941 „Dėl Kai kurių kategorijų darbuotojų, turinčių teisę į kasmetines pailgintas atostogas, sąrašo ir šių atostogų trukmės patvirtinimo“.

Vadovaujantis minėtais nutarimais, sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas, kartu su jais dirbantiems darbuotojams, kurie tiesiogiai aptarnauja pacientus arba dirba tomis pačiomis sąlygomis, nustatoma 38 valandų darbo savaitė, išskyrus sveikatos priežiūros specialistus, teikiančius skubią medicinos pagalbą, sveikatos priežiūros specialistus, turinčius privalomą atitinkamos veiklos licenciją ir atliekančius chirurgines operacijas ar dalyvaujančius jas atliekant, kai tai yra pagrindinė jų funkcija pagal pareigybės aprašymą, bei sveikatos priežiūros specialistus, gydančius ir prižiūrinčius pacientus priverstinio hospitalizavimo ar laisvės atėmimo vietų gydymo įstaigose, kuriems nustatoma 37 valandų darbo savaitė.

Sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas, kartu su jais dirbantiems darbuotojams, kurie tiesiogiai aptarnauja pacientus arba dirba tomis pačiomis sąlygomis, nustatomos pailgintos atostogos – 36 kalendorinės dienos, skubią medicinos pagalbą teikiantiems sveikatos priežiūros specialistams, kai tai yra pagrindinė jų funkcija pagal pareigybės aprašymą, – 37 kalendorinės dienos, o sveikatos priežiūros specialistams, turintiems privalomą atitinkamos veiklos licenciją ir atliekančius chirurgines operacijas ar dalyvaujantiems jas atliekant, kai tai yra pagrindinė jų funkcija pagal pareigybės aprašymą, bei mediciniams, dirbantiems asmens sveikatos priežiūros įstaigose su pacientais, kuriems taikoma priverstinė hospitalizacija, priverstinė diagnostika ar priverstinio gydymo priemonės, ar dirbantiems laisvės atėmimo vietų gydymo įstaigose, asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir tarnybose, esančiose pataisos įstaigose ir areštinėse, – 38 kalendorinės dienos.

Dėl receptų

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2013 m. rugpjūčio 30 d. įsakymu Nr. V-835 pakeitė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos

ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymą Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“.

Nurodytu įsakymu patvirtintose Receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių (toliau – MPP) išdavimo (pardavimo) gyventojams taisyklėse (toliau – Taisyklės) I recepto blanko forma išdėstyta nauja redakcija.

Įsakymas nustato, jog I formos recepto viršuje turi būti nurodytas asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) pavadinimas, kodas, adresas (su valstybės pavadinimu (Lietuvos Respublika)), telefono ar fakso numeris (su tarptautiniu kodu) ir elektroninio pašto adresas. Gydytojai privalo patys įskaitomai ir tiksliai užpildyti visas I formos recepto skiltis, t. y. nurodyti paciento vardą, pavardę, gimimo datą, adresą arba ambulatorinės kortelės numerį, recepto išrašymo datą, iki kada galioja receptas, telefono ar fakso numerį (su tarptautiniu kodu), kuriuo galima susisiekti su receptą išrašiusiu gydytoju (nurodomas tik jei skiriasi nuo nurodyto ASPĮ telefono numerio), elektroninio pašto adresą (jei turi), pasirašyti ir patvirtinti receptą asmeniniu spaudu.

I formos receptai gali būti pildomi elektroniniu būdu.

Pažymime, kad įsakymas įsigalioja 2013 m. spalio 25 d., išskyrus reikalavimus viename recepto blanke išrašyti vieną vaistą ar MPP, ne daugiau kaip 100 ml gryno etanolio ar etanolio, kaip ekstemporalaus vaisto sudedamosios dalies, nepriklausomai nuo jo koncentracijos, bei homeopatiniais vaistiniams preparatams taikomus reikalavimus (išrašomi I formos receptų blankuose, pažymint „Homeopatinis preparatas“. Homeopatinį vaistinių preparatų pavadinimai rašomi vardininko linkniu, todėl kreipinys „Rp.“ nerašomas.), kurie įsigalioja 2014 m. sausio 1 d.

Atkreipiame dėmesį, jog vaistai ir MPP bei medicinos prietaisai gali būti išrašomi senojo pavyzdžio I formos receptų blankuose ne ilgiau kaip iki 2015 m. sausio 1 d.

Su minėtais dokumentais galite susipažinti interneto svetainėje www.odontologurumai.lt

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų teisininkė
Jūratė Goštautienė

SUSITIKIMAI

Žvilgsnis į odontologijos studijas

Apie odontologijos srities studijas ir jų perspektyvą kalbame su VU Medicinos fakulteto Odontologijos instituto direktore prof. dr. Vytaute Pečiulienė, LSMU Medicinos akademijos Odontologijos fakulteto dekanu prof. habil. dr. Ričardu Kubiliumi, Utenos kolegijos SPSR fakulteto dekanu doc. dr. Raimundu Čepuku ir Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Burnos ir dantų priežiūros katedros vedėja Daiva Mačiulienė.

Vilniaus universitete Medicinos fakultete 2013 m. buvo išleista XIII odontologijos absolventų laida. Pasak prof. dr. Vytautės Pečiulienės, VU Odontologijos studijų programa praėjusiais metais Studijų kokybės vertinimo centre buvo akredituota maksimaliam šešerių metų laikotarpiui. „Kadangi studijų programa yra dinamiškas procesas, reikalaujantis pastovaus programos kokybės gerinimo, ji yra nuolat tobulinama. Daugiau dėmesio kreipiama praktiniams įgūdžiams gerinti, tai labai aktualu, esant integruotai internatūrai. Mažinamas paskaitų skaičius aukštesniuose kursuose, įdiegiant probleminio mokymo elementus, didesnę dėmesį skiriant mokslo tiriamojo darbo kokybei užtikrinti“, – teigė VU Medicinos fakulteto Odontologijos instituto direktorė. Ateities perspektyvos – būtinas materialinės bazės gerinimas.

Pasiteiravus, ar numatoma VU rengiamų studentų (įskaitant užsienio studentus, studijuojančius odontologiją) skaičių didinti ar mažinti, prof. dr. Vytautė Pečiulienė sakė, kad šiuo metu odontologų rengimas Lietuvoje nėra kontroliuojamas. VU laikosi principo, kad mokymo kokybė nėra aukojama dėl studentų kiekybės, todėl VU studentų skaičius nekinta jau 6–7 metus, svyruoja nuo 24 iki 28 studentų per metus ir jo didinti neplanuojama.

VU iki šiol priimdavo tik „Erasmus“ programoje studijuojančius užsienio studentus. Artimiausioje ateityje numatoma steigti ir vieną užsienio studentų grupę. Kaip būsimų Lietuvos ir užsienio studentų pritraukimo į VU strategiją profesorė įvardijo reklaminę kampaniją ir žinių apie studijų programos ypatumus sklaidą jauniui geriausiai prieinamoje aplinkoje.

Paklausta, kaip vertina studentų, studijuojančių valstybės finansuojamose vietose, skirstymą baigus studijas ir atidirbimą už jas, prof. dr. Vytautė Pečiulienė pažymėjo, kad sudėtinga atsakyti vienareikšmiškai. „Būtų labai gerai, jei jauni perspektyvūs žmonės, išvažiavę pagal paskyrimą, prisidėtų prie profilaktikos sklaidos, odontologinio gydymo kokybės gerinimo ten, kur labiausiai trūksta tokių specialistų, bet ir Lietuvos valdžia turėtų sugalvoti skatinimo mechanizmus jaunų specialistų judėjimui. Kita vertus, tai prieš-



Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto absolventai



Lietuvos sveikatos mokslų universiteto absolventai

tarauja laisvam specialistų judėjimui, priimtinam Europos Sąjungoje. Tad manau, kad sprendimus reikėtų priimti labai gerai pagalvojus. Kalbėti apie galimus žingsnius teritoriniam planavimui ir paskirstymui yra ankstoka, nes visų pirma tokį svarbų klausimą reikėtų apsvarstyti universitetams, LR švietimo ir mokslo ministerijai, LR sveikatos apsaugos ministerijai, LR odontologų rūmams“, – teigė profesorė.

Nagrinėjant burnos higienistų darbo susiradimo klausimą, prof. dr. Vytautė Pečiulienė akcentavo, kad tai, jog studijas baigę burnos higienistai neranda darbo pagal specialybę, yra didelė problema. Šie specialistai galėtų tapti viena svarbiausių profilaktikos programų realizacijos grandžių.

„Rugsėjo 1-osios dienos proga visų pirma norėčiau, kad visų įstojusių pasirinkta specialybė būtų jų didžiausios svajonės išsipildymo pradžia, atverianti nežinomus horizontus ir galimybes tobulėti ir tapti savo srities profesionalais“, –

baigdama pokalbį sakė VU Medicinos fakulteto Odontologijos instituto direktorė.

Lietuvos sveikatos mokslų universitete Odontologijos fakultete 2013 m. buvo išleista 62-oji absolventų laida – 137 gydytojai odontologai ir 18 burnos higienistų.

Kaune dantų gydytojai pradėti ruošti Kauno universitete, kuris buvo atidarytas 1922 metų vasario 16 d. ir vadinosi Lietuvos universitetu, o nuo 1930 metų – Vytauto Didžiojo universitetu. Dantų gydytojai buvo rengiami Medicinos fakultete, kuriame veikė Odontologijos skyrius. 1950 metais Kauno universitetas buvo pertvarkytas į Kauno medicinos ir Kauno politechnikos institutus. LSMU Medicinos akademijos Odontologijos fakultetas yra viena pagrindinių gydytojų odontologų rengimo kalvių, kasmet į profesinį gyvenimą išleidžianti didelį būrį jaunų gydytojų odontologų.

LSMU Medicinos akademijos Odontologijos fakulteto dekanas prof. habil. dr. Ričardas Ku-



bilius kalbėdamas apie išleistą 62-ąją absolventų laidą pasidžiaugė, kad odontologija – medicinos mokslo šaka gabiems, energingiems ir atsakingiems už savo pasirinkimą studentams. „Patirtis rodo, kad šių studijų programą renkasi patys geriausi absolventai, todėl nusivilti neteko. Žinoma, studentų pasiekimai nėra vienodi – vieniems sekėsi geriau, kitiems – šiek tiek prasčiau, tačiau visi absolventai dalyvavo mokslinėje veikloje: jų paruošti moksliniai darbai garsino mūsų fakultetą ne tik Lietuvoje, bet buvo gerai įvertinti ir tarptautinėse konferencijose, kiti studentai aktyviai dalyvavo visuomeninėje veikloje – šokių kolektyve, chore, sporto klube „Medikas“, atstovaudami LSMU“, – sakė LSMU Odontologijos fakulteto dekanas.

Prof. habil. dr. Ričardas Kubilius akcentavo, kad LSMU Odontologijos studijų programa ruošia studentus gydytojo odontologo profesinei veiklai ir ugdo jų kūrybines galias, kritinį mąstymą, problemų sprendimo ir dalykinio bendravimo įgūdžius. Šios programos struktūra suteikia absolventui reikiamą kiekį bendro universitetinio išsilavinimo, studijuojamos srities pagrindų, odontologijos žinių bei praktinių mokėjimų, reikalingų tolesnėje veikloje. „Programą sudaro 50 privalomų bei 30 pasirenkamų dalykų iš daugiau nei 80 siūlomų pasirenkamųjų dalykų bazės. Kiekvieno dalyko apimtis ne mažesnė kaip 2 kreditai. I, II ir III studijų metais pagrindinai studijuojami bendro universitetinio lavinimo ir programos pagrindų dalykai, IV ir V mokslo metais dominuoja specialieji dalykai bei studijuojami pavieniai universitetinio lavinimo dalykai. Toks dalykų išdėstymas leidžia nuosekliai didinti bendro lavinimo žinių bagažą, nuosekliai išstudijuoti žmogaus sandarą, fiziologiją, biochemiją ir nuosekliai pereiti nuo bendrinės patologijos prie odontologijos bei medicinos teorinių ir praktinių studijų. Glaudus studijuojamų dalykų ryšys leidžia studentams sąmoningai geriau suprasti ir susieti gaunamas žinias, lengviau kompleksškai jas įsisavinti ir įsiminti“, – teigė prof. habil. dr. Ričardas Kubilius.

Išskiriant odontologijos studijų programos ypatybes ir ateities perspektyvas, pabrėžta, kad tobulinant programą numatoma suformuoti ir įdiegti keletą studijų modulių, siekiama daugiau dėmesio skirti probleminio dėstymo elementams.

Pasiteiravus, ar LSMU Odontologijos fakultete numatoma didinti ar mažinti rengiamų studentų (įskaitant užsienio studentus, studijuojančius odontologiją) skaičių, prof. habil. dr. Ričardas Kubilius sakė, kad studentų skaičiaus didinimas nenumatomas, nes šiuo metu gydytojų odontologų pakanka, tačiau problema Lietuvoje yra netolygus geografinis gydytojų odontologų pasiskirstymas.

Pasak dekaną, LSMU Odontologijos fakultete studijuojančių užsienio studentų skaičius yra maksimalus pagal esamų darbo vietų skaičių, tačiau jei sumažėtų lietuvių studentų skaičius, tuomet būtų galima daugiau priimti studentų iš užsienio šalių. Akcentuota, kad šiuo metu ne visi užsienio piliečių prašymai studijuoti tenkinami. Tarp jų yra konkurencija, kad patektų į Odontologijos fakultetą, tačiau šių pretendentų konkursas yra daug mažesnis nei lietuvių.

Analizuojant būsimų Lietuvos ir užsienio studentų pritraukimo į LSMU galimybes ir strategijas, prof. habil. dr. Ričardas Kubilius pastebėjo,

kad Lietuvoje odontologijos studijų programa yra gerai žinoma ir vertinama. Tai parodo ir didelis skaičius norinčiųjų studijuoti šią studijų programą – daugiau nei 9 asmenys į vieną vietą. Agituoti, kviesti studijuoti netikslinga, nors kiekvienais metais Odontologijos fakulteto atstovai dalyvauja studijų mugėse, organizuoja atvirų durų dienas, kad abiturientai gautų kuo išsamesnę informaciją apie studijas ir perspektyvas jas baigus. Užsienio studentai kviečiami studijuoti per LSMU atstovybes, įsikūrusias Izraelyje, Libane, Kazachstane ir kitur. Dekano nuomone, odontologijos studijas renkasi motyvuoti, žinantys specialybę abiturientai.

LSMU Odontologijos fakulteto dekanas teigiamai vertina studentų, studijuojančių valstybės finansuojamose vietose, oficialų paskyrimą baigus studijas atidirbti už nemokamas studijas. „Studijos yra brangios, o Lietuvos gyventojai laukia nebrangių ir kokybiškų odontologinių paslaugų, todėl darbas pagal paskyrimus rajonų sveikatos priežiūros įstaigose būtų sveikintinas sprendimas“, – pokalbio metu sakė prof. habil. dr. Ričardas Kubilius.

Nagrinėjant burnos higienistų darbo paieškos klausimą, dekanas akcentavo, kad šie specialistai Odontologijos fakultete rengiami jau keleri metai. Studijų metu siekiama, kad burnos higienistas taptų odontologų komandos nariu, atliktų ne tik profesionalią burnos higieną, bet ir motyvuotą pacientą. Tačiau burnos higienos specialistų įdarbinimo klausimas nėra išspręstas. Būtina, kad burnos higienos paslaugos būtų įtrauktos į Valstybinės ligonių kasos kompensuojamųjų paslaugų sąrašą, tuomet viešosios įstaigos mielai priimtų dirbti burnos higienistus, kurie atlieka svarbų burnos ligų profilaktikos darbą.

Baigdamas pokalbį LSMU Odontologijos fakulteto dekanas prof. habil. dr. Ričardas Kubilius Rugsėjo 1-osios dienos proga sveikino visus pirmakursius, įveikusius didelį konkursą ir įstojusius į Odontologijos fakultetą. „Tikiuosi iš Jūsų aktyvaus ir atkaklaus žinių siekimo, nuoširdaus darbo. Kiekvienam sudarysime palankias sąlygas tobulėti, įgyti gydytojo odontologo kvalifikaciją ir išsinešti iš Alma Mater tik šiltus bei gerus prisiminimus“, – sakė prof. habil. dr. Ričardas Kubilius.

Utenos kolegijos Sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos fakultete 2013 m. buvo išleista

19-a dantų technikų laida; 13-a gydytojų odontologų padėjėjų laida; 3-ia burnos higienistų laida. Pasak Utenos kolegijos SPSR fakulteto dekaną doc. dr. Raimundo Čepuko, tai buvo linkusi „studentiškai pašmaikštanti“ laida, tačiau smalsi ir rimtai žiūrinti į savo profesijos pasirinkimą.

Pasiteiravus, kokie numatomi Burnos priežiūros specialistų studijų programų pokyčiai ir ateities perspektyvos, dekanas teigė, kad ateityje numatoma dar labiau orientuoti studijų programas į darbo rinkos poreikius, glaudžiau bendradarbiaujant su dirbančiais specialistais. „Odontologijos mokslas sparčiai kinta, atsirado naujų diagnostikos ir darbo metodų, todėl kinta požiūris ir į studijų metodiką. Reikia ugdyti studentų savarankiškumą ir gebėjimą patiems tapti aktyviems mokymo procese. Be to, norint suteikti kokybišką išsilavinimą, bus siekiama didinti kolegijos tarptautinį bendradarbiavimą, studentų bei dėstytojų mainus, kurie leidžia keistis gerąja patirtimi“, – vardino doc. dr. Raimundas Čepukas.

Kalbėdamas apie būsimų studentų skaičiaus didinimą ar mažinimą Utenos kolegijoje, dekanas akcentavo, kad studentų skaičių odontologinės priežiūros ir burnos higienos studijų programoje numatoma išlaikyti tą patį, tai yra maždaug po 15 studentų kiekvienais metais, o dantų technologijos studijų programoje mažinti iki 18–24, atsižvelgiant į darbo rinkos pokyčius ir absolventų įsidarbinimo galimybes. Įgyvendinus projektą „Utenos kolegijos „Dantų technologijos“ ir „Odontologinės priežiūros“ studijų programų atnaujinimas jas pritaikant dėstyti užsieniečiams (DATOPA)“, tikimasi pritraukti užsienio šalių studentų studijuoti Utenos kolegijoje.

„Viena iš galimybių pritraukti tiek Lietuvos, tiek užsienio studentus – jau minėto projekto rezultatai. Šio projekto metu bus atnaujintos programos ir pasirinkta burnos priežiūros specialistų studijų programos koncepcija, kuri ne tik atitiktų Lietuvoje keliamus specialistų rengimo tikslus, bet derėtų ir su ES šalių vystymosi perspektyva. Be to, būtų atnaujinta ir dar labiau modernizuota mokymo bazė. Studijų programose dirba dėstytojai, turintys pakankamą praktinę patirtį dėstomų dalykų srityje“, – sakė Utenos kolegijos SPSR fakulteto dekanas doc. dr. Raimundas Čepukas. ►►



2013 m. Utenos kolegijos absolventų laida

◀ Dekanas neigiamai vertina studentų, studijuojančių valstybės finansuojamose vietose ir baigusiu studijas, skirstymą ir atidirbimą už šias studijas. Pasak pašnekovo, dauguma odontologinės priežiūros paslaugų teikiama privačiame sektoriuje, todėl reikėtų kitokiomis priemonėmis spręsti jaunų specialistų įdarbinimo problemą, pvz., kelti atlyginimus. Kaip galimus žingsnius teritoriniam specialistų planavimui ir paskirstymui doc. dr. Raimundas Čepukas įvardijo nuolatinę specialistų poreikio stebėseną – elektroninę duomenų bazę.

Nagrinėjant burnos higienistų darbo susiradimo klausimą, dekanas pabrėžė, kad Utenos kolegiją baigė tik trečia burnos higienistų laida, todėl bent jau iki šiol sunkumų susirasti darbą kolegijos absolventams nebuvo: pagal specialybę dirba 85 proc. absolventų, o 5 proc. tęsia studijas universitetuose.

Baigdamas pokalbį Utenos kolegijos SPSR fakulteto dekanas doc. dr. Raimundas Čepukas naujų mokslo metų progą pradedantiems studentams linkėjo pažinimo džiaugsmo.

Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Burnos ir dantų priežiūros katedroje 2013 m. dantų technologijos programą baigė 60 absolventų, burnos higienos programą 14 ir odontologinės priežiūros programą 14 absolventų. Pasak katedros vedėjos Daivos Mačiulienės, kiekvienais metais studentai vis reiklesni. Ši laida buvo be galo stipri, išskyrė savo veržlumą, noru tobulėti ir siekti maksimumo. Be to, absolventai paruošti labai profesionaliai.

Nagrinėjant Odontologijos studijų programos pokyčius ir ateities perspektyvas Kauno kolegijoje, Burnos ir dantų priežiūros katedros vedėja akcentavo, kad visos trys programos kasmet yra tobulinamos, atnaujinama materialinė bazė, studentai dirba su naujausiomis medžiagomis ir technologijomis šiuolaikiškai bei naujai įrengtose laboratorijose. Kasmet dėstytojai siunčiami tobulintis į savo srities kursus, stažuotes, ugdomas komandinis specialistų darbas, ieškomi socialiniai partneriai, sudaromos sutartys su naujomis laboratorijomis, kur studentai galėtų atlikti praktiką. Pabrėžta, kad stiprinami ir tarptautiniai ryšiai: vis daugiau studentų išvyksta tobulinti savo žinių ir įgūdžių į užsienio šalių laboratorijas, kviečiami užsienio specialistai praktikai vesti kursus Kauno kolegijoje.

Pasiteiravus, ar numatoma rengiamų studentų skaičių didinti ar mažinti, Daiva Mačiulienė teigė, kad nėra poreikio studentų skaičiaus didinti. „Kasmet yra stebimi darbo biržos duomenys, vykdomos apklausos dėl absolventų poreikio



Kauno kolegijos absolventai

šiandieninėje darbo rinkoje ir matome, kad studentų skaičių didinti netikslinga. Nenorime, kad mūsų studentai taptų potencialiais bedarbiais“, – sakė Kauno kolegijos Burnos ir dantų priežiūros katedros vedėja. Kauno kolegija kol kas neturi ir užsienio studentų, studijuojančių odontologijos studijų programose. Tačiau jų pritraukimo į Kauno kolegijos Medicinos fakultetą galimybės ir strategijos kūrimu, taip pat Lietuvos studentų išvykimu ir praktikos atlikimu užsienio šalyse rūpinasi projektų vadovas.

Daiva Mačiulienė teigiamai ir palankiai vertina studentų, studijuojančių valstybės finansuojamose vietose ir baigusiu studijas, oficialų paskyrimą už nemokamas studijas.

Nagrinėjant burnos higienistų darbo susiradimo klausimą, katedros vedėja sakė, kad šiandien, remiantis pačių burnos higienistų nuomone, su-

sirasti darbą Lietuvoje labai sudėtinga. Akcentuota, kad reikėtų mažinti stojančiųjų skaičių į šią programą, nes dar metai vieni, kiti ir šių specialistų tarp bedarbių bus dar daugiau.

„Šiuo metu mūsų absolventai darbą susiranda lengvai, dirba pagal specialybę ar įsidarbina užsienio šalyse“, – teigė katedros vedėja.

Rugsėjo 1-osios dienos progą Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Burnos ir dantų priežiūros katedros vedėja Daiva Mačiulienė pradedantiems studijas studentams linkėjo jaunatviško veržumo ugdant ir tobulinant savo įgūdžius. „Būkite visada smalsūs, atkakliai siekite savo užsibrėžtų tikslų. Prasmingų ir sėkmingų naujųjų mokslo metų!“ ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

I lentelė. Odontologijos absolventų 2013 m. laida

Universitetas	Studijos		
	Odontologijos studijos	Burnos higiena	Užsienio šalių absolventai
VU Medicinos fakultetas	27	-	-
LSMU Odontologijos fakultetas	119	18	18

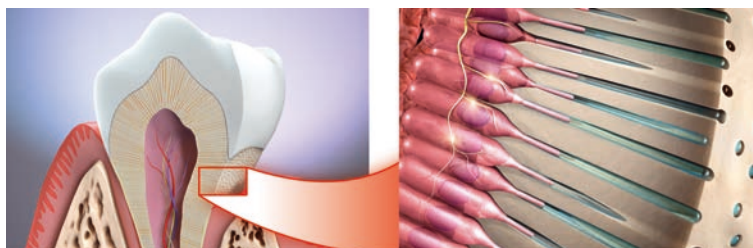
2 lentelė. Burnos priežiūros specialistų 2013 m. laida

Kolegija	Studijos		
	Dantų technologija	Burnos higiena	Odontologinė priežiūra
Kauno kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas	60	14	14
Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakultetas	-	24	26
Utenos kolegijos Sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos fakultetas	33	20	10
Šiaulių valstybinės kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas	-	25	-
Panevėžio kolegijos Medicinos ir socialinių mokslų fakultetas	-	20	-

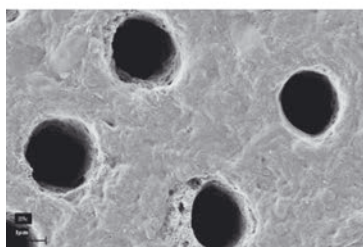
Colgate® Sensitive Pro-Relief™ jautrumą mažinanti poliruojamoji dantų pasta

Efektyvi nauja technologija, veikianti kitaip

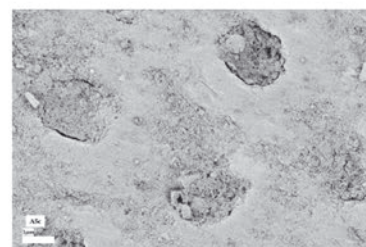
- Padidėjęs jautrumas patiriamas, kai skausmo dirgikliai, pvz., šaltis, karštis, oras ar spaudimas, sukelia nemalonius pojūčius, kada per atvirus dentino kanalėlius dirgina nervų galūnes.
- Įprastos jautrumą mažinančios dantų pastos su kalio druskomis naikina skausmo simptomus. Tačiau skausmo dirgikliai vis tiek gali pasiekti nervus per atvirus kanalėlius.
- Colgate® Sensitive Pro-Relief™ jautrumą mažinanti poliruojamoji dantų pasta užkemša ir užglaisto dentino kanalėlius, užblokuodama skausmo dirgiklių poveikį ir suteikdama palengvėjimo jausmą akimirksniu.



Neapsaugotame dentine
išlieka atviri kanalėliai



In vitro mikroskopu darytos
dentino paviršiaus
su atvira kanalėliais
nuotraukos (SEM)



In vitro mikroskopu darytos
nuotraukos (SEM), kuriose matyti
dentino kanalėlių užkimšimas
Colgate® Sensitive Pro-Relief™
dantų pasta

Greitai ir lengvai

- Colgate® Sensitive Pro-Relief™ naudojama kaip įprasta poliruojamoji dantų pasta.
- Ji mažina jautrumą ir švelniai poliruoja dantis vienu metu.
- Greitai tokios dantų priežiūros suteiktas palengvėjimo jausmas trunka 28 dienas.



Reklama. Užs. Nr. 33.004

Colgate®

RŪPINASI JŪSŲ BURNOS SVEIKATA

www.colgateprofessional.com



SPECIALUSIS PRIEDAS PERIODONTOLOGIJA

Šiame žurnalo priede pristatoma periodontologija – Lietuvos periodontologų draugijos pradžia, istorija, plėtra. Pateikiami klinikiniai periodontologijos srities straipsniai.

Periodontologija Lietuvoje

Jūratė Žekonienė

Lietuvos periodontologų draugijos pirmininkė

Lietuvos periodontologų draugija (LPD) – savarankiška visuomeninė organizacija, vienijanti Lietuvos gydytojus periodontologus, gydytojus odontologus, gydytojus odontologus specialistus bei siekianti suburti draugijos narius klinikinėms periodontologijos problemoms spręsti. LPD 2013 metais skaičiuoja jau 16 gyvavimo ir darbo metus.

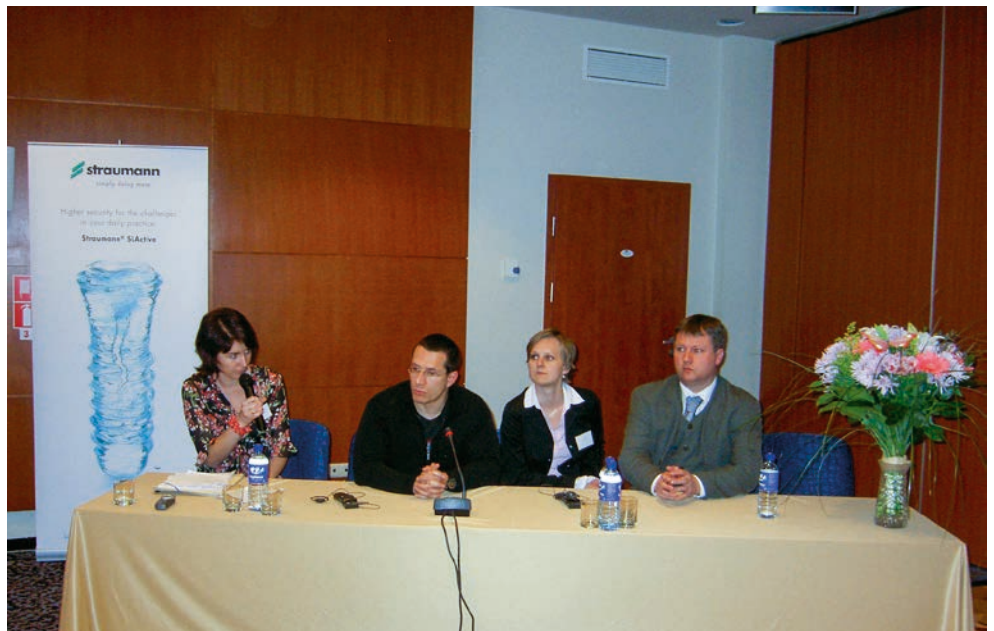
1997 m. sausio 10 d. steigiamojoje konferencijoje priimti Lietuvos periodontologų draugijos įstatai. LPD pirmininke tapo draugijos steigėja tuo metu Vilniaus universiteto Stomatologijos instituto docentė Alina Pūrienė.

Nuo 1997 metų LPD taryboje dirbo gydytojai periodontologai: Gražina Mackevičienė (sekretorė), Juozas Vasiliauskas, Pajauta Paipalienė, Jūratė Bajorinienė. Įsteigtos Lietuvos periodontologų draugijos būstinė – Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika, Žalgirio g. 115-117, Vilnius. Pirmaisiais draugijos gyvavimo metais Žalgirio klinikoje buvo organizuojamos visos draugijos konferencijos. Didelį indėlį draugijos veiklos pradžioje įnešė į Lietuvą 1998 metais iš Norvegijos atvažiavęs gydytojas periodontologas Mikkel Kardel. Jis buvo pirmasis užsienietis periodontologas, dovanojęs knygų, ne kartą skaitęs paskaitas, vedęs praktinius mokymus apie periodonto ligų konservatyvų ir chirurginį gydymą ne tik Vilniuje, bet ir Klaipėdoje, Šiauliuose, Kaune. Jo šeimos paremta Lietuvą pasiekę į lietuvių kalbą išversta, Danijoje išspausdinta visų skandinavų tautų vaikų mėgstama knygutė „Ėduoniukas ir Bakteriukas“.

Nuo 2001 iki 2005 metų LPD pirmininke vėl buvo perrinkta Alina Pūrienė. Ji LPD suvažiavime buvo išrinkta vienbalsiai. Nuo 2001 iki 2005 metų



LPD įkūrėja, pirmoji pirmininkė, profesorė Alina Pūrienė



Konferencijos svečiai lektoriai prof. A. Sculean, dr. G. Matulienė, prof. B. Pjetursson. 2006 m.

taryboje dirbo gydytojai periodontologai: Giedrė Matulienė (sekretorė), Gražina Mackevičienė, Juozas Vasiliauskas, Deimantė Ivanauskaitė, Jūratė Žekonienė, Arūnas Rimkevičius. LPD kartu su Vilniaus universiteto Stomatologijos institutu organizavo pirmąją Baltijos jūros šalių periodontologų konferenciją, įvykusią 2001 m. gegužę. Buvo sukviesta daugiau nei 500 šimtai svečių iš 13 šalių. Atvyko didelis būrys garsių užsienio šalių lektorių. Nuo 2001 metų LPD nariai pradėjo dalyvauti Europos periodontologų

federacijos organizuojamose konferencijose, vyko į didžiausią tarptautinį periodontologų susibūrimą „Europerio3“, vykusį Florencijoje (Italija), ir „Europerio4“ Ženevoje (Šveicarija). 2004 m. bendradarbiaujant su Lietuvių kalbos ir kultūros institutu peržiūrėta ir paruošta periodonto ligų bei būklių klasifikacija.

2005 metų rudenį ketverių metų kadencijai išrinkta nauja LPD taryba: pirmininkė – gydytoja periodontologė, VU MF Odontologijos instituto

asistentė Jūratė Žekonienė, nariai – gydytojai periodontologai doc. Alina Pūrienė, Deimantė Ivanauskaitė, Giedrė Matulienė, Algirdas Puišys, Arūnas Rimkevičius bei Liudvikas Plančiūnas.

2006 metais LPD nariai dalyvavo Europos periodontologų draugijos organizuotoje konferencijoje „Europerio5“ Berlyne (Vokietija). Šioje konferencijoje LPD narė, tuo metu VU Odontologijos instituto docentė Alina Pūrienė gavo apdovanojimą už standinį pranešimą „Periodontitų gydymas eritropoetinu“. 2006 metais LPD nariai gausiu būriu vyko į „Europerio6“ Madride (Ispanija), o 2009 metais – į „Europerio7“ Stokholme (Švedija), kur taip pat pristatė standinius pranešimus.

2010 m. vasario 27 d. LPD suvažiavime nariai vienbalsiai perrinko pirmininkę Jūratę Žekonienę ir išrinko tarybą: prof. Aliną Pūrienę, Deimantę Ivanauskaitę, Giedrę Matulienę, Algirdą Puišį, Arūną Rimkevičių bei Liudviką Plančiūną. 2010 m. peržiūrėta ir paruošta periodonto ligų bei būklių klasifikacija lietuvių ir lotynų kalbomis.

Nuo 2010 metų buvo inicijuota LPD įstatų peržiūra ir 2011 m. kovo 5 dieną suvažiavime pritarta naujiems LPD įstatams. 2011 metais paruoštas LPD internetinis puslapis www.periodontologija.com, kuriame atsispindi LPD veikla. LPD inicijavo naujos gydytojo periodontologo normos rengimą, dalyvavo Odontologų rūmų suburtoje darbo grupėje.

2012 metais periodontologai dalyvavo tarptautinėje konferencijoje „Europerio7“ Vienoje (Austrija), o gyd. Algirdas Puišys skaitė žodinį pranešimą „Influence of mucosal tissue thickening on the crestal bone stability around bone level implants. A pilot clinical study“. Gydytojo Algirdo Puišio pranešimas „Kraštinio kaulo stabilumas aplink dantų implantus pastorinus danteną“ 2012 m. laimėjo I vietą Europos osteointegracijos konferencijoje Kopenhagoje, Danijoje.

2013 metų kovo mėn. LPD priimta į Europos periodontologų draugiją, vienijančią 26 šalis.

Šiuo metu Lietuvos periodontologų draugija jungia 75 narius iš įvairių Lietuvos miestų. Tapti Lietuvos periodontologų draugijos nariu gali visi gydytojai odontologai, periodontologai, kitų specialybių gydytojai odontologai, burnos higienistai, mokslo darbuotojai, pareiškę norą dalyvauti draugijos veikloje, pripažįstantys įstatus, mokantys nario mokesį. Draugijai vadovauja pirmininkas ir taryba, renkami suvažiavimo metu. Draugijos uždaviniai – dalyvauti reglamentuojant gydytojų periodontologų ruošimą, gydytojų periodontologų kompetenciją atitinkantį darbą ir jų kvalifikacijos kėlimą; tobulinti gydytojų odontologų periodontologijos žinias, nagrinėti periodontologinio gydymo problemas; rūpintis pastovių gydytojų periodontologų kvalifikacijos kėlimu, teikiant sertifikatus; skatinti kūrybinę gydytojų periodontologų veiklą ir remti naujų periodontologinių metodų diegimą į odontologinę praktiką; organizuoti mokslines konferencijas, seminarus, pasitarimus ir kitus renginius, tiek savarankiškai, tiek ir su kitomis draugijomis, organizacijomis bei asociacijomis; skelbti LPD narių mokslinius darbus bei pasiekimus, plėtoti viešuosius ryšius.

Be kasmet didėjančio LPD narių skaičiaus, draugija turi 4 garbės narius. Jais išrenkami nusipelnę ir žymūs Lietuvos ir užsienio valstybių periodontologai ir kitų sričių specialistai bei asmenys, prisidedantys prie odontologijos, periodontologijos mokslo bei praktikos plėtos ir vystymo, ar pasižymėję bet kurioje kitoje srityje ar visuomenėje asmenys. ►►



LPD garbės narys profesorius Niklaus Lang. 2006 m.



LPD dešimtmečiui skirto renginio lektoriai prof. N. Lang, prof. M. Sanz. 2007 m.



Buvęs ilgametis LPD išdininkas J. Vasiliauskas, gyd. A. Šaikuvienė, prof. V. Pečiulienė. 2008 m.

◀ Pirmąją LPD garbės narę išrinkta gydytoja Ona Meilutė, pasak profesorės Irenos Balčiūnienės, – periodontologijos pradininkė Lietuvoje, pirmoji pradėjusi sudėtingas operacijas periodonte, protezavimą laikinai ir pastoviai įtvieriamais protezais, parengusi daugybę metodinių nurodymų, išleidusi mokyimo priemonę apie konservatyvų periodonto ligų gydymą, kelis dešimtmečius gydžiusi iš įvairių Lietuvos kampelių siunčiamus sunkius periodontologinius ligonius. Garbės nariai yra gydytojas periodontologas Mikkel Kardel (Norvegija), profesorė Irena Balčiūnienė bei profesorius Niklaus Lang iš Berno universiteto (Šveicarija). Periodontologijos pasaulio grandas, autoritetas, profesorius Niklaus Lang ne sykį buvo atvykęs į Lietuvą draugijos kvietimu skaityti paskaitų įvairiomis periodontologinėmis temomis, sudarė sąlygas dr. Giedrei Matulienai stažuotis ir atlikti mokslinį darbą Berno universiteto periodontologijos ir fiksuočių protezų katedroje, kuriai tuo metu jis vadovavo. Profesorė Irena Balčiūnienė, be didžiai gerbiamų kitų jos nuopelnų odontologijai, neabejotinai reikšmingai prisidėjo prie periodontologijos, kaip specialybės, disciplinos ir mokslo vystymo Lietuvoje, inicijavo ir draugijos atsiradimą.

Per draugijos veiklos laikotarpį buvo organizuotos 32 mokslinės-praktinės konferencijos, tarp jų – II tarptautinių, 3 organizuotos kartu su kitomis draugijomis. Perskaitytos 133 paskaitos, vesti 9 seminarai, 9 demonstracinės paskaitos periodonto chirurgijos bei dantų implantacijos temomis. Konferencijose aktyviai dalyvauja ne tik Lietuvos gydytojai, studentai, bet ir kolegos iš Latvijos, Lenkijos. Dauguma kasmetinių konferencijų vyksta jau tradiciškai vasario pabaigoje – kovo pradžioje Vilniuje, M. K. Čiurlionio g. esančio viešbučio „Crowne Plaza Vilnius“ konferencijų centre. Draugijos veiklai labai svarbus yra bendradarbiavimas su verslo kompanijomis, rėmėjais. Dėl jų paramos įmanoma suorganizuoti aukšto lygio konferencijas, pakviesti garsiausius pasaulio periodontologijos autoritetus.

Džiugu, kad LPD veiklos laikotarpiu daugelis jaunų mūsų krašto gydytojų, draugijos narių, subrendo kaip lektoriai, mokslininkai ir šiandien konferencijose džiugina savo moksliniais pranešimais ir pristatoma klinikoje praktika. Gydytojai noriai renkasi klausyti dr. Deimantės Ivanauskaitės, gydytojų Algirdo Puišio, Raimondo Savicko patirties. Visada mielai laukiama ir viešnia iš Šveicarijos dr. Giedrės Matulienės. LPD savo organizuojamų renginių metu sudaro sąlygas prisistatyti ir bebaigiantiems studijas periodontologijos specialybės rezidentams. Manome, kad tai yra naudinga patirtis jauniems specialistams bei tam tikra pažintis potencialiems darbdaviams ir kolegoms.

Didžiojojamės per pastaruosius 5 metus LPD narių apgintomis biomedicinos mokslų daktaro disertacijomis periodontologine tematika: Deimantės Ivanauskaitės „Periodonto ligų diagnozavimas: dantinės ataugos pokyčių analizė, taikant skirtingus rentgeninio tyrimo metodus“, Solveigos Kelbauskienės „Lengvo ir vidutinio sunkumo apydančio audinių uždegimo gydymo Er:Cr:YSGG lazeriu bei šaknų grandymo ir lyginimo metodų lyginamoji analizė“, Žygimanto Guobio „Kserostomijos etiologijos ir klinikos ypatumų bei pacientų burnos sveikatos pagerinimo tyrimų rezultatai“, Eglės Jagelavičienės „Pomenopauzinio amžiaus moterų apatinio žandikaulio ir kulnikaulio kaulų mineralų tankių palyginamoji analizė“, Tomo Linkevičiaus „Dantenų storio įtaka kraštinio kaulo pokyčiams aplink dantų implantus“, Alinos Pūrienės „Lietuvos odontologija visuomenės sveikatos požiūriu“ – bei plėtojamos naujomis temomis. ●



LPD garbės narė profesorė Irena Balčiūnienė jaunesniųjų kolegų būryje. 2012 m.



Konferencijų registracija. 2012 m.



LPD taryba: dr. D. Ivanauskaitė, L. Plančiūnas, J. Žekonienė, prof. A. Pūrienė, dr. G. Matulienė, A. Puišys

Periodonto ligų klasifikacija (*classificatio morborum periodontii*)

Juratė Žekonienė

Lietuvos periodontologų draugijos pirmininkė

1. **Dantenų ligos (*morbi gingivae*)**
 - A. Dantų apnašų sukeltos dantenų ligos (*morbi gingivae ex placa*)
 - B. Ne apnašų sukelti dantenų pažeidimai (*laesiones gingivae non ex placa*)
2. **Lėtinis periodontitas (*periodontitis chronica*)**
 - A. vietinis (*localis*)
 1. lengvas (*facilis*)
 - B. išplitęs (*generalisata*)
 2. vidutinis (*media*)
 3. sunkus (*difficilis*)
3. **Agresyvusis periodontitas (*periodontitis aggressiva*)**
 - A. vietinis (*localis*)
 - B. išplitęs (*generalisata*)
4. **Periodontitas sergant sisteminėmis ligomis (*periodontitis cum morbis systematicis associata*)**
5. **Nekrozinė periodonto liga (*morbus periodontii necroticus*)**
 - A. Opinis nekrozinis gingivitas (*gingivitis necrotica ulcerosa*)
 - B. Opinis nekrozinis periodontitas (*periodontitis necrotica ulcerosa*)
6. **Periodonto pūliniai (*abscessus periodontii*)**
 - A. Dantenų pūlinys (*abscessus gingivae*)
 - B. Periodonto pūlinys (*abscessus periodontii*)
 - C. Retinuotas ar dygstančio danties dantenų pūlinys / perikoronitas (*abscessus gingivae retentionalis seu dentitionis / pericoronitis*)
7. **Susiję kraštinio periodonto ir pulpos pažeidimai (*laesiones pulpa et periodontii marginalis associatae*)**
8. **Kraštinio periodonto vystymosi ar įgyti defektai ir būklės (*status et defectus acquisiti seu genesis periodontii marginalis*)**

1. Dantenų ligos (*morbi gingivae*)

A. Dantų apnašų sukeltas gingivitas (*gingivitis ex placa*) yra dažniausiai paplitusi periodonto ligų forma ir apibrėžiamas kaip uždegiminis procesas dantenose, kai pažeidžiami tik minkštieji audiniai ir nėra epitelinės jungties pasislinkimo apikalčiai. Pasireiškia dantenų spalvos, apimties, konsistencijos ir struktūros pasikeitimu, dantenų kišenių formavimu, kraujavimu po instrumentavimo. Taip pat susitarta, kad periodonte, kur jau yra įvykęs periodonto jungties praradimas, tačiau procesas yra stabilus ir periodonto jungties praradimas neprogresuoja daugiau, taip pat gali būti pažeidžiamos tik dantenos ir pažeidimas traktuojamas kaip dantų apnašų sukeltas gingivitas. Dantų apnašų sąlygotas dantenų uždegimas išsivysto dėl minštosios apnašos esančių mikroorganizmų ir organizmo audinių bei uždegiminių ląstelių tarpusavio santykio. Uždegiminio atsako stiprumą gali sąlygoti tiek vietiniai (pvz.: konkretiniai, kabantys vainikėlių ar plombų kraštai), tiek sisteminiai (pvz.: medikamentų vartojimas, endokrininiai sutrikimai) veiksniai arba ir vieni, ir kiti kartu.

Todėl dantų apnašų sukeltos dantenų ligos klasifikuojamos smulkiau pagal predisponuojančių veiksnių buvimą arba nebuvimą:



I PAV. Apnašų sukeltas gingivitas



2a PAV. Lėtinis periodontitas



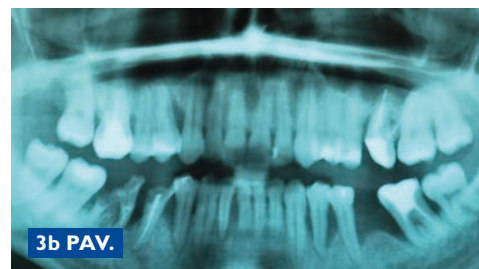
2b PAV. Lėtinis periodontitas

1. **Apnašų sukeltas gingivitas (*gingivitis ex placa*)**, t. y. dantenų uždegimas, išsivystęs dėl minkštųjų apnašų buvimo (žr. I pav.) :

- A. be papildomų vietinių veiksnių;
 - B. su papildomais vietiniais veiksniais (konkrementai, kabantys restauracijų kraštai ir t. t.)
2. **Dantenų ligos, nulemtos sisteminių būklių (*morbi gingivae ex statibus systematicis*):**
- A. susijusios su endokrine sistema: brendimo gingivitas (*gingivitis maturationis*), išsivystantis dėl apnašų ir hormonų pokyčių brendimo metu; menstruacinio ciklo gingivitas (*gingivitis cycli menstrualis*), išsivystantis dėl apnašų ir hormonų prieš ovuliaciją; nėštumo gingivitas (*gingivitis gravidarum*), išsivystantis dėl apnašų ir padidėjusio estrogenų bei progesterono kiekio; gingivitas dėl cukrinio diabeto (*gingivitis ex diabeto mellito*) – dantenų uždegimas dėl apnašų ir nekontroliuojamo ar nepakankamai kontroliuojamo gliukozės kiekio plazmoje.
 - B. susijusios su kraujo ligomis (dantenų uždegimas dėl apnašų sergant leukemija).
3. **Dantenų ligos dėl medikamentų (*morbi gingivae ex medicamentis*):**
- A. dantenų padidėjimas dėl medikamentų



3a PAV. Agresyvus periodontitas



3b PAV. Agresyvus periodontitas



4 PAV. Nekrozinė periodonto liga

(pvz.: vartojant vaistus nuo traukulių, skirtus epilepsijai gydyti, ar kalcio kanalų blokatorių arterinei hipertenzijai gydyti vystosi dantenų hiperplazija)

B. gingivitas dėl kontraceptikų išsivysto dėl minkštųjų apnašų ir vartojamų geriamųjų kontraceptikų.

4. **Dantenų ligos dėl nevisavertės mitybos (*morbi gingivae ex nutritione mala*):**

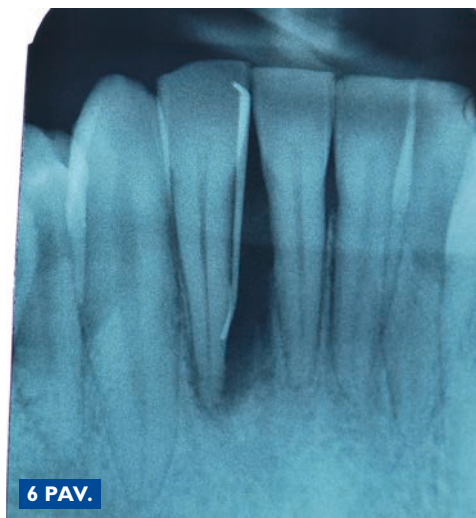
- A. gingivitas dėl askorbo rūgšties trūkumo, išsivystantis dėl minkštųjų apnašų buvimo ir askorbo rūgšties deficito.
- B. kita.

B. Ne apnašų sukelti dantenų pažeidimai (*laesiones gingivae non ex placa*). Šioje grupėje išskiriamos tos dantenų ligos, kurių pirminė priežastis nėra minkštosios apnašos ir gingivitas išsivysto jau dėl tam tikrų priežasčių įvykus dantenų pažeidimams. Pagal etiologinius veiksnius, sukėlusius šiuos pažeidimus, skiriama tokia ne apnašų sukeltų dantenų pažeidimų klasifikacija:

1. **Specifinės bakterinės dantenų ligos (*morbi gingivae bacteriales specifici*)** išsivysto dėl specifinių egzogeninių bakterijų, kitokių nei esančios įprastose minkštosiose apnašose (pvz.: *Neisseria gonorrhea*, *Treponema pallidum* ir kt.) ►►



Periodonto pūlinys



Susiję kraštinio periodonto ir pulpos pažeidimai



Dantenų recesija

2. Virusinės dantenų ligos (*morbi gingivae virales*) (pvz., Herpes infekcija)
3. Grybelinės dantenų ligos (*morbi gingivae mycotici*) (pvz.: *Candida* infekcija, linijinė dantenų raudonė (*erythema gingivae lineare*), histoplazmozė (*histoplasmosis*))
4. Genetiškai paveldimi dantenų pažeidimai (*laesiones gingivae hereditariae geneticae*) (genetiškai determinuotas fibrozinis dantenų padidėjimas (*amplificatio gingivae fibrosa*, *genetic determinata*) arba dantenų fibromatozė (*fibromatosis gingivae*))
5. Sisteminių veiksnų sukeltos dantenų būklės (*status gingivae ex factoribus systematicis*):
 - A. gleivinės ir odos pažeidimai (*laesiones dermales et tunicae mucosae*) pasireiškia burnoje kaip erozijos (*erosiones*), pūslėlės (*aphthae*), pūslės (*cystes*), opos (*ulcera*) (pvz.: dėl plokščiosios kerpligės, pūslinės, paprastosios pūslinės, daugiaformės raudonės, raudonosios vilkligės, dėl vaistų).
 - B. alerginės dantenų reakcijos (*reactiones gingivae allergicae*), sukeltos medžiagų, naudojamų odontologijoje (gyvsidabrio, nikelio, polimerų), bei kitų medžiagų (dantų pastų, burnos skaliklių, kramtomosios gumos priedų, maisto).
6. Trauminiai pažeidimai (*laesiones traumaticae*) – atsitiktiniai, tyčiniai ar įtrogeniniai dantenų pažeidimai, pasireiškiantys kaip vietinė dantenų recesija (*recessio gingivae localis*), abrazija (*abrasio*), išopėjimas (*exulceratio*). Gali būti cheminiai (*laesiones chemicae*) (pvz., *aspirino*), fiziniai (*laesiones phisicales*) (pvz., dėl traumavimo ortodontiniu aparatu) ir terminiai (*laesiones thermicae*) (pvz., dėl karšto maisto).
7. Svetimkūnių sukelta dantenų reakcija (*reactio gingivae ex corporibus alienis*) (pvz., amalgaminė tatuiruotė dantenose)
8. Kitaip neapibrėžti pažeidimai (*alia*)

II. Lėtinis periodontitas (*periodontitis chronica*)

Lėtinis periodontitas (*periodontitis chronica*) – tai infekcinė liga, pasireiškianti danties atraminių audinių uždegimu bei progresuojančiu periodonto jungties ir kraštinio kaulo netekimu (žr. 2a pav.; 2b pav.). Pagrindinis skirtumas nuo gingivito yra tas, kad be dantenų uždegimo vystosi periodonto jungties praradimas, alveolinio kaulo rezorbcija, taip pat formuojasi periodonto kišenės, dantenų recesija. Priežastis – bakterinės apnašos, turi įtakos rūkymas, stresas, bendrinės ligos, genetiniai ir vietiniai

faktoriai. Dažniausiai serga suaugusieji, bet galimas ir vaikams bei paaugliams; ligos eiga lėta, tačiau galimi ir greito progresavimo tarpiniai.

Pagal išplitimą lėtinis periodontitas skirstomas:

- A. vietinis (*localis*), kai pažeistų vietų skaičius mažesnis nei 30 proc.;
 - B. išplitęs (*generalisata*), kai pažeistų vietų daugiau nei 30 proc. Pasitaiko dažniau.
- Pagal sunkumą lėtinis periodontitas skirstomas:
- A. lengvas (*facilis*) – periodonto jungties praradimo lygis yra 1–2 mm;
 - B. vidutinis (*media*) – periodonto jungties praradimo lygis yra 3–4 mm;
 - C. sunkus (*difficilis*) – periodonto jungties praradimo lygis yra daugiau nei 5 mm.

III. Agresyvusis periodontitas (*periodontitis aggressiva*)

Skirtingai nuo lėtinio periodontito, agresyvusis (*agressiva*) apibūdinamas kaip greitai progresuojantis kraštinio kaulo bei periodontinės jungties praradimas praktiškai sveikiems pacientams; pažeidimų sunkis nėra proporcingas mikrobinių apnašų kiekiui, t. y. dažniausiai pacientų burnos higiena yra gera (žr. 3a pav.; 3b pav.). Agresyvaus terminą ši periodontito forma gavo dėl greitos eigos, dominuojančios vertikalios kaulo rezorbcijos, gilių periodonto kišenių formavimosi gana jauniems pacientams, sunkiai prognozuojamų gydymo rezultatų. Nustatomas šeiminių polinkis į ligą, fagocitų funkcijos sutrikimai, padidėjęs makrofagų fenotipo jautrumas, randami didesni *Agregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* kiekiai mikrofloroje.

Agresyvusis periodontitas klasifikuojamas:

- A. vietinis (*localis*) – prasideda brendimo periodu kaip serumo antikūnų reakcija į infekcinį dirgiklį, pažeidžia mažiausiai du nuolatinius pirmus krūminius dantis ir /ar kandžius, iš kurių nors vienas turi būti pirmasis krūminis dantis.
- B. išplitęs (*generalisata*) – dažniausiai sergama iki 30 metų, nors gali sirgti ir vyresni; periodonto jungties netekimas yra išplitęs, pažeidžiami ne mažiau kaip trys kiti nuolatiniai dantis, ne pirmi krūminiai ir kandžiai; būdingas kraštinio kaulo ir periodonto jungties praradimo epizodiškumas.

IV. Periodontitas sergant sisteminėmis ligomis (*periodontitis cum morbis systematicis associata*)

Periodonto patologija gali prasidėti ar būti siejama su tam tikromis sisteminėmis ligomis, kai šios ligos yra pagrindinis predisponuojantis veiksnys, o

Reklama. Užs. Nr. 33.005

LISTERINE®

TOTAL CARE



LISTERINE® aprobuotas
Lietuvos Respublikos
Odontologų Rūmuose



6 privalumai viename

Užtikrina gaivų kvapą
Stiprina dantų emalį
Naikina bakterijas
Sumažina apnašas

Išsaugo sveikas dantenai
Dantys išlieka natūraliai balti

vietiniai veiksniai, tokie kaip konkrementai ir apnašų sankaupos, nėra labai dominuojantys. Klinikinis šių sisteminių ligų pasireiškimas dažnai prasideda dar vaikystėje ir gana anksti stebimas staigus periodonto jungties bei kraštinio kaulo praradimas, nulemiantis priešlaikinį dantų netekimą. Periodontito, sergant sisteminėmis ligomis, klasifikacija:

- A. Periodontitas dėl hematologinių sutrikimų (*periodontitis ex perturbationibus haematologicis*) (pvz.: įgyta neutropenija, leukemija).
- B. Periodontitas dėl genetinių sutrikimų (*periodontitis ex perturbationibus geneticis*) (pvz.: šeimos ir ciklinė neutropenija, Dauno sindromas, leukocitų adhezijos deficitas, Papillon-Lefevre sindromas, Chediak-Higaši sindromas, hipofosfatazė ir kt.).
- C. Kitaip neišskirta (*alia*).

V. Nekrozinė periodonto liga (*morbus periodontii necroticus*) (žr. 4 pav.).

Tai ūmi periodonto būklė, išsivystanti sutrikus organizmo imuniniam atsakui ir dėl bakterinių, sisteminių ir psichogeninių faktorių sumažėjus audinių atsparumui. Pasireiškia dantenų audinių, periodonto raiščio ir alveolinio kaulo nekroze. Sukėlėjai – fuzobakterijos ir spirochetos, predisponuoja emocinis stresas, rūkymas, imunosupresija, nevisavertė mityba, sisteminės ligos (cukrinis diabetas, onkologinės ligos, ŽIV).

Skiriamos dvi ligos stadijos:

- A. Opinis nekrozinis gingivitas (*gingivitis necrotica ulcerosa*) – pažeidžiami tik dantenų audiniai; pasireiškia tarpdantinių dantenų nekroze, skausmu, blogu kvapu, pseudomembranų formavimuisi, spontaniniu kraujavimu.
- B. Opinis nekrozinis periodontitas (*periodontitis necrotica ulcerosa*) – be dantenų pažeidžiamas ir alveolinis kaulas: formuojasi gilūs tarpdantiniai kraterio formos kauliniai defektai, galima kaulo sekvestracija, didelio laipsnio dantenų recesija, dantų paslankumas, išreikštos bendros organizmo reakcijos.

VI. Periodonto pūliniai (*abscessus periodontii*) (žr. 5 pav.)

Periodonto pūlinys yra ūmi periodonto būklė, pasireiškianti lokalia pūlinga infekcija, ribotu patinimu, skausmu, dantenų spalvos pasikeitimu, fistulės atsivėrimu, dantų paslankumu, bendromis organizmo reakcijomis. Periodonto pūliniai klasifikuojami pagal infekcijos vietą:

- A. Dantenų pūlinys (*abscessus gingivae*) – lokali pūlinga infekcija, įtraukianti kraštinę arba tarpdantinę danteną;
- B. Periodonto pūlinys (*abscessus periodontii*) – lokali pūlinga infekcija, apimanti danteną, periodonto raištį ir alveolinį kaulą;
- C. Retinuoto ar dygstančio danties dantenų pūlinys (*perikoronitis*) (*abscessus gingivae retentionalis seu dentitionis* (*pericoronitis*)) – lokali pūlinga infekcija, susiformavusi iš dalies išdygusio danties vainiką supančiuose audiniuose.

VII. Susiję kraštinio periodonto ir pulpos pažeidimai (*laesiones pulpa et periodontii marginalis associatae*) (žr. 6 pav.)

Skiriamos šios pažeidimų grupės:

- A. Endo – perio pažeidimai (*endo-perio laesiones*) – dėl pulpos nekrozės susiformavę periodonto defektai, kliniškai galintys pasireikšti kaip vietinė gili, zonuojama iki apeksa, periodonto kišenė arba per pridėtinius kanalus į furkacijos sritį išplitusi pulpos infekcija, sąlygojusi alveolinio kau-

lo rezorbciją šioje srityje.

- B. Perio – endo pažeidimai (*perio-endo laesiones*) – bakterinė infekcija iš periodonto kišenės plinta per pridėtinius kanalus arba šaknies viršūnę ir sukelia pulpos nekrozę.
- C. Kombinuoti pažeidimai (*laesiones combinatae*).

VIII. Kraštinio periodonto vystymosi ar įgyti defektai bei būklės (*status et defectus acquisiti seu genesis periodontii marginalis*)

Klasifikacija pagrįsta morfologiniais ir klinikiniais kriterijais:

- A. Vietiniai su dantimis susiję veiksniai, lemiantys apnašų kaupimąsi ir kraštinio periodonto uždegimą (*factores locales cum dentibus associati inde cumulatio placae et periodontitis marginalis*) – danties bei dantų lankų anatininė forma (*forma anatomica arcuum dentium seu dentis*), pvz.: emalio perlai (*gemmae enameli*), tremos (*traemata*), danties restauracijos (*restauratio dentis*), danties šaknies lūžiai (*fracturae radialis dentis*), danties kaklelio rezorbcija (*resorptio colli dentis*), cemento nelygumas (*inaequalitas cementi*).
- B. Mukogingivaliniai defektai ir būklės (*defectus et*

status mucogingivales) – dantenų recesija (*recessio gingivae*) (žr. 7 pav.), prisitvirtinusių dantenų stoka (*deficiens gingivae affixae*), seklos burnos prieangis (*vestibulum oris humile*), netaisyklinga pasaitėlių padėtis (*positio frenulorum anormalis*), danteninė šypsena (*renidentia gingivalis*), dantenų hiperplazija (*hyperplasia gingivae*), neįprasta dantenų spalva (*color dentium anormalis*).

- C. Mukogingivaliniai bedančių žandikaulių defektai ar būklės (*defectus et status maxillae et mandibulae edentatae mucogingivales*) – alveolės atrofija (*atrophia alveolaris*), prisitvirtinusių dantenų stoka (*deficiens gingivae affixae*), seklos burnos prieangis (*vestibulum oris humile*), netaisyklinga pasaitėlių padėtis (*positio frenulorum anormalis*), dantenų hiperplazija (*hyperplasia gingivae*), neįprasta dantenų spalva (*color dentium anormalis*).

D. Okliuzinė trauma (*trauma oclusivum*):

- pirminė (*primarium*), kai dėl per didelės kramtymo jėgos keičiasi danties su sveiku periodontu bei normaliu atraminio aparatu audiniai.
- antrinė (*secundarium*), kai dėl normalios ar per didelės kramtymo jėgos keičiasi danties su sumažėjusiu atraminio aparatu audiniai. ●

Reklama. Užs. Nr. 33.006



Jūsų paciento gyvenimo kokybė pagerės iš karto

MDI: minimali procedūra – maksimalus efektas

- Kliniškai išbandytas gydymo metodas – naudojama nuo 1997 metų, atlikta daugiau nei milijonas atvejų
- Minimali invazija – nereikia osetomijos ir kaulo augmentacijos, pakanka 4 mm pločio ir 10 mm aukščio kaulo
- Vienas seansas, betarpiškas apkrovimas, mažą tikimybę pooperacinio diskomforto
- Ekonominis gydymo metodas – mažiausiai 3 kartus pigiau nei įprastiniai implantai



Išsamūs praktiniai kursai teirautis tel. 8 698 48641

3M ESPE

www.odontologija.com/3m

MDI
Mini Dentaliniai
implantai

Periodonto ligų paplitimo tyrimai Lietuvoje

Giedrius Krukonis, Jūratė Žekonienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Odontologijos institutas

Periodontitas yra uždegiminė periodonto liga, pasireišianti jungties epitelio migracija šaknies viršūnės link, atraminio danties aparato ir alveolės kaulo destrukcija. Periodonto ligos yra viena dažniausių dantų netekimo priežasčių. Pacientai dažnai nejaučia jokių simptomų, todėl į gydytojus odontologus kreipiasi per vėlai, kai dantys tampa paslankūs, susiformuoja gilios periodonto kišenės ir neretai tenka šalinti dantis. Lietuvoje periodonto ligos yra plačiai paplitusios, tačiau tyrimų šioje srityje atlikta nedaug.

Europos tyrimuose nurodoma, kad mažiausiai pacientų, turinčių bent vieną ≥ 4 mm gilio periodonto kišenę, yra Švedijoje ir Ispanijoje, daugiausiai – Lietuvoje (1997–1998 m. regioninio tyrimo duomenimis 95 proc.) ir Vokietijoje (88 proc.) (13). Epidemiologinius tyrimus palyginti labai sudėtinga dėl skirtingų tyrimo metodikų, skirtingo periodonto ligos apibrėžimo bei skirtingų periodontologinio tyrimo protokolų (14, 15). R. Skudutytės ir bendraautorų tyrime 35–44 metų amžiaus grupėje 82 proc. tirtų pacientų nustatytas CPITN kodas 3 (35 proc.) ir 4 (47 proc.), o J. Globienės tyrime gautas 31 proc. periodontito paplitimas.

Dauguma Lietuvos periodonto ligų paplitimo tyrimų atlikta su vaikais ir jauno amžiaus žmonėmis, nors sunkesnių periodonto ligų dažniausiai nustatoma vyresniems nei 35 metų pacientams. Jauno amžiaus populiacijas ištirti techniškai paprasčiau, nes tyrimus galima atlikti mokyklose arba universitetuose, kur lengviau parinkti tikslią amžiaus

grupę. Nemažas vaikų periodonto ligų paplitimo tyrimų skaičius gali būti susijęs ir su Lietuvos aukštųjų mokyklų iniciuotais vaikų bendros sveikatos būklės tyrimais, kuriuose vertintas ne tik karieso paplitimas, bet ir burnos higiena bei periodonto būklė (4–6). Vyresni nei 35 metų suaugusieji tirti dviejuose atsitiktinės atrankos regioniniuose tyrimuose (10, 11), dviejuose tyrimuose, kuriuose dalyvavo į odontologijos klinikas atvykę pacientai (12, 22), bei senyvo amžiaus Kauno ir Kėdainių miestų gyventojų tyrimuose (26, 27). Didelės apimties suaugusiųjų periodonto ligų paplitimo tyrimo organizavimas yra sudėtingas, brangus ir gali būti nesėkmingas dėl mažo gyventojų dalyvavimo koeficiento. Todėl dažniau atliekami techniškai paprasčiau įgyvendinami klinikos ar regioniniai tyrimai.

2001 metais E. Bendoraitienės ir S. Milčiuviene atlikto tyrimo duomenys rodo, kad periodonto ligų paplitimas tarp dvylikamečių vaikų dešimtyje Lietuvos apskričių centrų yra 47,4 proc. Lyginant periodonto ligų paplitimą pagal lytį, nustatyta, kad 51,2 proc. berniukų ir 44,2 proc. mergaičių turi periodonto pažeidimų. CPITN indekso vidurkis buvo nustatytas $1,682 \pm 1,05$. Remiantis supaprastinto burnos higienos indekso duomenimis, nustatyta, kad mergaičių burnos higiena ($1,27 \pm 0,69$) geresnė nei berniukų ($1,44 \pm 0,69$). Tyrimo išvados – 12-mečių vaikų burnos higienos būklė patenkinama, kiek geresnė vietovėse, kur vykdomos dantų ėduonies profilaktikos programos. Patartina vaikus suskirstyti į gydymo reikmių grupes ir taikyti atitinkamas priemones (4).

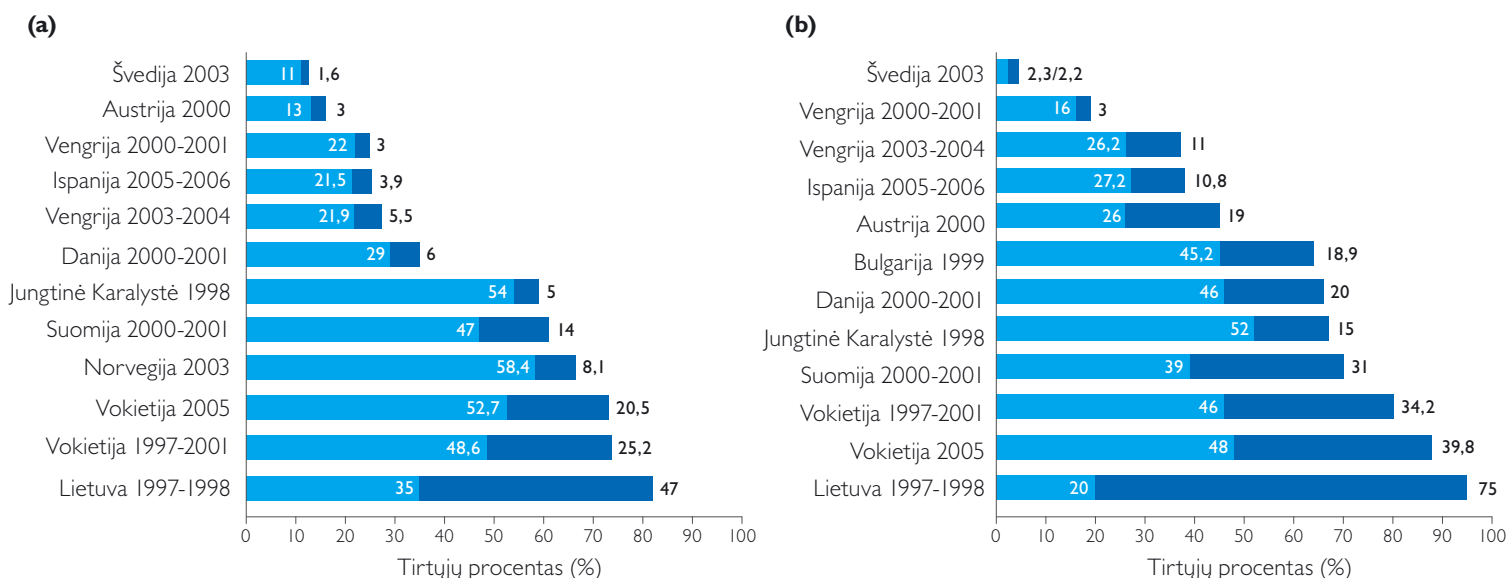
J. Pauraitė ir bendraautorai atliko tyrimą, kurio tikslas buvo nustatyti periodonto ligų (periodontito ir gingivito) paplitimą tarp 6–14 metų Kauno mokinii. Ištirti 250 dviejų atsitiktinai parinktų Kauno miesto mokyklų 1, 4 ir 7 klasių mokiniai. Periodonto būklė buvo vertinama pagal apnašų (PLI) (Silness ir Loe) ir periodonto ligų (PDI) (Ramfjord) indeksus. Sveikos dantenos nustatytos 43,6 proc. vaikų, lengvas gingivitas diagnozuotas 47,2 proc. atvejų, o vidutinio sunkumo gingivitas – 9,2 proc. Periodontitas nenustatytas nei vienam vaikui. Nustatyta tiesioginė priklausomybė tarp blogos

burnos higienos ir periodonto ligų paplitimo. Net 93,6 proc. tyrimo dalyvių nenaudojo dantų siūlo, vidutinė dantų valymo trukmė – 20–30 sekundžių (5).

2003 metais publikuotas Pasaulio sveikatos organizacijos iniciuotas tyrimas, kuriame buvo apklausti 5 645 Lietuvos 11, 13 ir 15 metų amžiaus mokiniai. Buvo pateikti klausimai apie burnos higieną ir dantenų kraujavimą. Tyrimo duomenimis, burnos higiena Lietuvos mokiniams nėra svarbi. Tik 39,7 proc. mokinių dantis valėsi du ar daugiau kartų per dieną (32,0 proc. berniukų, 47,6 proc. mergaičių, $p < 0,001$; 49,1 proc. miesto mokinių, 32,3 proc. mokinių iš kaimo vietovių, $p < 0,001$). Daugiau nei 60 proc. apklaustųjų niekada nenaudojo dantų siūlo ar skalavimo skysčio, daugiau nei pusė paminėjo kraujuojančias danteles (52,3 proc. berniukų, 59,5 proc. mergaičių, $p < 0,001$; 50,6 proc. miestiečių, 59,8 proc. mokinių iš kaimo vietovių, $p < 0,001$). Atlikus tolimesnę duomenų analizę paaiškėjo, kad yra tiesioginė priklausomybė tarp blogos mokinių burnos higienos ir dantenų kraujavimo (6).

V. Brukienės ir I. Balčiūnienės atlikto tyrimo tikslas buvo nustatyti Vilniaus miesto neigaliųjų vaikų burnos sveikatos būklę, higieninius įgūdžius. Tyrimo dalyvavo 142 vaikai iš įvairių Vilniaus miesto neigaliųjų vaikų ugdymo įstaigų, jų amžius 5–17 metų. Burnos higienos būklei vertinti buvo naudotas OHI-s indeksas pagal Green-Vermillion. Nustatyta, jog vaikų burnos higienos būklė yra prasta (OHI-s=2,46). Lyginant sveikų vaikų burnos higienos indeksus su neigaliųjų, matyti, kad visose amžiaus grupėse neigaliųjų vaikų burnos higienos būklė yra prasta ir nerodo ryškesnės tendencijos gerėti su amžiumi, kaip paprastai būna sveikiems vaikams (25).

2002–2003 metais paskelbti E. Kelbausko ir bendraautorų tyrimai, kuriuose dalyvavo atsitiktinės atrankos būdu parinkti 17–30 metų amžiaus jaunuoliai Kauno miesto karo prievolės centre. Periodonto būklė buvo vertinama pagal CPITN ir OHI-s indeksus. Periodonto ligų požymių nustatyta 97,2 proc. tiriamųjų. Remiantis CPITN indekso duomenimis, 77,5 proc. šauktinių kraujavo po dantenų zondavimo, 62 proc.



I pav. Periodonto ligų paplitimas Europoje 35–44 (a) ir 65–74 (b) metų amžiaus grupėse (13)

aptikta akmenų (7,8 proc. tirtųjų nustatyta akmenų visuose šeštadaliuose), o 23 proc. tirtųjų aptiktos pataloginės 4–5 mm gylio kišenės, 1,8 proc. – 6 mm ir gilesnės periodonto kišenės. Tik 17,5 proc. ištirtų burnos šeštadalių rasti sveiki. Šauktiniams, kurių gera burnos higiena, statistiškai patikimai CPITN indeksas nustatytas mažesnis nei blogai valiusiems dantis (I lentelė). Tai rodo, kad dantų apnašos yra vienas pagrindinių periodonto ligų atsiradimo rizikos veiksnių. Tarp tirtų asmenų labiausiai paplitęs dantų ėduonis ir apydančio audinių ligos. Daugumos šauktinių burnos higiena buvo patenkinama ir bloga. Apydančio audinių pažeidimo laipsnis tiesiogiai priklauso nuo burnos higienos. Rūkytas turi neigiamą įtaką periodonto būklei. Bloga burnos higiena ir periodonto ligos yra labiau paplitusios tarp kaime gyvenančių jaunuolių (7, 8).

S. Milčiuvienės ir kt. 1999 metais atlikta tyrime buvo vertinta 120 atsitiktinai atrankos būdu atrinktų jaunų žmonių (21–28 m.) burnos būklė ir higienos įpročiai. Periodonto būklė buvo vertinama remiantis CPITN ir OHI-s indeksais. Periodonto patologija diagnozuota 92,5 proc. asmenų, iš jų daugiausia sudarė dantų akmenys – 65,8 proc. (CPITN kodas 2). Moterys geriau valė dantis ir turėjo mažiau dantų akmenų: 74 proc. vyrų ir 59,09 proc. moterų turėjo dantų akmenų. Nustatyta, kad 10,8 proc. asmenų turi pataloginių kišenių, kurių gylis 4–5 mm (kodas 3). Tik vienos tirtos moters periodonto kišenių gylis siekė 6 mm ir daugiau (kodas 4). OHI-s indekso vidurkis $1,71 \pm 0,12$ (9).

1999–2000 metais J. Globienė atliko didesnės apimties tyrimą, kurio tikslas buvo nustatyti periodonto ligų (periodontito ir gingivito) paplitimą tarp suaugusių Lietuvos gyventojų. Tiriamaį kontingentą sudarė 1 364 stratifikuotos atrankos būdu parinkti 25–64 metų žmonės penkiuose Lietuvos rajonų centruose. Periodonto būklei įvertinti buvo naudotas originalus klausimynas ir CPITN indeksas. Gauti rezultatai: sergamumas gingivitu ir periodontitu tarp Lietuvos rajonų centrų gyventojų yra 95,7 proc., periodontitu sirgo 52,3 proc. vyrų ir 37,6 proc. moterų. 25 asmenų (6 vyrų ir 19 moterų) periodontas buvo sveikas. 34 tiriamieji (22 vyrai ir 12 moterų) buvo netekę visų dantų. Nagrinėjant rezultatus, nustatyta, kad amžius, lytis ir išsilavinimas turi įtakos periodonto ligų paplitimui. 25–34 metų asmenys gingivitu sirgo statistiškai patikimai dažniau negu kitų amžiaus grupių gyventojai. Tarp vyresnio amžiaus gyventojų gingivitas paplitęs mažiau. Periodontitas dažniau diagnozuotas vyresniems pacientams: 35–44 metų amžiaus grupėje 31 proc., 45–54 metų – 53 proc., vyresniems nei 55 metų – 57 proc. Moterys šia liga sirgo rečiau nei vyrai. Aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys dažniau sirgo gingivitu, o periodontitu rečiau negu turintys pradinį bei vidurinį išsilavinimą (10).

2001 metais R. Skudutytės ir kt. atlikto panašaus tyrimo duomenimis, periodontito paplitimas nustatytas 82 proc. (35 proc. CPITN kodas 3, 47 proc. CPITN kodas 4) 35–44 metų ir 95 proc. (20 proc. CPITN kodas 3 ir 75 proc. CPITN kodas 4) 65–74 metų amžiaus tirtųjų. Sveikas periodontas nustatytas 5 proc. jaunesnių ir 0,4 proc. vyresnių tirtųjų (CPITN 0 visuose šeštadaliuose). Bent viena 6 mm ir gilesnė periodonto kišenė (CPITN kodas 4) zonuota 24 proc. jaunesnių ir 44 proc. vyresnių pacientų šeštadalių, o sveikas periodontas rastas atitinka-

Burnos higiena pagal OHI-s	N=613	CPITN (1,44 (0,74))
0 – puiki burnos higiena	12	0,2 (0,2)
0,1–1,29 – gera burnos higiena	88	0,6 (0,3)
1,3–3,0 – patenkinama burnos higiena	264	1,3 (0,6)
3,1–6,0 – bloga burnos higiena	249	2,0 (0,6)

I lentelė. CPITN pasiskirstymas pagal tirtųjų burnos higieną (8).

mai – 28 proc. ir 7 proc. burnos šeštadalių. Be to, rastas statistiškai patikimas didesnis skaičius gilių periodonto kišenių pacientams, kurių bloga burnos higiena (11).

J. Pauraitė ir K. Saldūnaitė tyrė pacientų, kurie kreipėsi į KMU Profilaktinės ir vaikų stomatologijos kliniką 1997–1999 metais, burnos higienos ir apydančio būklę. Tirti 955 12–55 metų asmenys. Pacientų periodonto būklė buvo vertinama Russell periodonto indeksu, gydymo poreikis remiantis CPITN, burnos higiena – OHI-s indeksais. Tyrimo duomenimis, 50,8 proc. (485) pacientų diagnozuotas gingivitas, 37,2 proc. (355) – periodontitas. Apydančio patologija skirtingai pasiskirsto amžiaus grupėse: 12–24 metų grupėje 41,7 proc. (50) pacientų diagnozuotas gingivitas, 8,3 proc. (10) – periodontitas, 50 proc. (60) – pakitimų nenustatyta, 25–34 metų pacientų grupėje 75 proc. (225) sirgo gingivitu, 15 proc. (45) – periodontitu, 10 proc. (30) – sveikas periodontas. 35–44 metų amžiaus grupėje 64,3 proc. pacientų sirgo gingivitu, 33,3 proc. – periodontitu, 2,4 proc. – sveikas periodontas. 45–54 metų amžiaus grupėje 25,5 proc. (65) sirgo gingivitu, 68,8 proc. (175) – periodontitu, 5,9 proc. (15) – sveikas periodontas. 78 proc. (55) vyresnių nei 55 metų tirtųjų nustatytas periodontitas, 14,3 proc. (10) gingivitas, 7,1 proc. (5) sveikas periodontas. Remiantis tyrimo duomenimis, daromos išvados, kad periodonto pakitimų paplitimas priklauso nuo pacientų asmeninės burnos higienos bei nuo pacientų amžiaus (12).

J. Zūbienės ir bendraautorė 2008 m. publikuotame tyrime 93,3 proc. iš 417 tyrime dalyvavusių senyvo amžiaus (65–72 metų) Kauno miesto gyventojų buvo nustatyta periodonto patologija ir reikėjo gydymo: 58,5 proc. pacientų rasta viršdanteninių ir podanteninių konkrementų (CPITN kodas 2), 22,5 proc. zonuojamos 4–5 mm gylio periodonto kišenės (CPITN kodas 3), 6 mm ir gilesnės periodonto kišenės buvo zonuotos tik 0,2 proc. tirtųjų, 10,8 proc. bent viename tirtame šeštadalyje neturėjo dantų. Trims ketvirtadaliams senyvo amžiaus Kauno gyventojų nustatyta patenkinama, 7,8 proc. – bloga burnos higiena (26). S. Vyšniauskaitės 2009 metais publikuoto Kėdainių miesto senyvo amžiaus gyventojų tyrimo duomenimis, periodonto ligų paplitimas buvo 100 proc., minkštųjų apnašų ir konkrementų buvo rasta visiems tirtiesiems (27).

Lietuvoje, deja, nėra periodonto ligų tyrimų valstybės mastu, todėl galime remtis tik regioninių tyrimų duomenimis. Ištirto regiono duomenys gali netiksliai atitikti visos šalies populiacijos duomenis, tačiau vis tiek suteikia informacijos. Tyrimų, apimančių kelis regionus (10, 11), duomenys tikslesni ir patikimesni nei tyrimų, atliktų su vienos klinikos ar miesto pacientais (12). Apibendrinę Lietuvos periodonto paplitimo tyrimų duomenis, matome, kad periodonto ligos nevienodai pasiskirsto skirtingose amžiaus grupės:

35–44 metų amžiaus grupėje periodontitas diagnozuojamas beveik pusei tiriamaųjų ir net trims ketvirtadaliams vyresnių nei 55 metų amžiaus pacientų. Dantenų uždegimu serga daugiau nei pusė tirtų vaikų ir jaunų žmonių. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, ar tiriamos kaimo, ar miesto populiacijos, nes skiriasi tiriamųjų išsilavinimas, socialinė ir ekonominė padėtis bei žinios ir požiūris į burnos higieną ir sveikatą.

Ir vaikams, ir suaugusiems nustatyta statistiškai patikima tiesioginė priklausomybė tarp blogos burnos higienos ir periodonto ligų paplitimo. Tikėtina, kad vaikai, turintys prastus burnos higienos įgūdžius, bus labiau linkę į periodonto ligas kuomet suaugę. Todėl ypač svarbu jau vaikystėje ugdyti gerus burnos higienos įgūdžius. Tyrimų duomenimis, vaikai, teigiančių, kad valo dantis reguliariai, burnos higiena ne visada gera (5). Taigi, vaikus reikia mokyti ne tik reguliariai, bet ir taisyklingai valyti dantis, o iki 7 metų amžiaus dantis vaikams turi valyti tėvai. Palyginę duomenis su kitomis šalimis, galime teigti, kad Lietuvos mokiniai, kartu su Maltos ir Suomijos vaikais, patenka tarp blogiausiai valančių dantis. Geriausi burnos higienos įgūdžiai yra Šveicarijos, Norvegijos, Švedijos mokinių (21).

Pagal vaikų burnos higienos ir periodonto būklės tyrimų duomenis, galima numatyti augančios kartos periodonto būklės prognozę. Reikia patikimų suaugusių periodonto ligų paplitimo tyrimų, kuriais remiantis galima būtų planuoti gydymo paslaugų poreikį, gydytojų specialistų rengimą, kiekį, profilaktikos programas. Svarbu tyrimus atlikti tinkama, vienoda metodika ir juos kartoti periodiškai, kad būtų galima matyti tendencijas ir palyginti jų rezultatus. Periodonto ligų epidemiologija yra svarbi burnos sveikatos apsaugos sistemai ir turėtų būti pagrindinė priemonė analizuojant burnos ligų gydymo poreikį, įvardijant rizikos veiksnius, gerinant priežiūros sistemos programas, vertinant prieinamų paslaugų kokybę ir kontrolę. Ilgalaikiai, periodiškai pakartojami, išsamūs periodonto ligų paplitimo tyrimai padėtų sekti periodonto ligų vystymosi tendencijas, gydymo efektyvumą.

Išvados

1. Atlikta nedaug Lietuvos gyventojų periodonto ligų paplitimo tyrimų, dar mažiau yra tyrimų, tinkamų palyginti su kitų šalių epidemiologiniais tyrimais.
2. Tyrimuose dažnai trūksta epidemiologiškai svarbios informacijos, todėl daugelis jų neįtraukiami į tarptautines tyrimų apžvalgas.
3. Skirtingos tyrimo metodikos apsunkina gautų rezultatų palyginimo galimybes.
4. Lietuvoje atlikti regioniniai tyrimai gali nevisiškai tiksliai atspindėti visos šalies periodonto ligų paplitimą, dėl skirtingo rizikos veiksnių ir socialinių bei ekonominių veiksnių pasiskirstymo.

Nechirurginis periodonto ligų gydymas

Agnė Razmienė, Jūratė Žekonienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Odontologijos institutas

Jau nuo 1960 m. yra žinoma, kad virš dantenų ir po jomis esančiose dantų apnašose gyvenantys mikroorganizmai turi didžiausią įtaką atsirasti ir progresuoti periodonto ligoms. Kad periodonto audiniai gytų, būtina pašalinti ar bent jau sumažinti periopatogenų kiekį periodonto kišenėje (1, 2). Pagrindiniu periodonto ligų gydymu yra laikomas konservatyvus, kitaip nechirurginis, gydymas, kurio metu yra šalinami ligos sukėlėjai ir užkertamas kelias naujam jų kaupimuisi. Patogeninių bakterijų pašalinimas iš periodonto kišenių duoda ilgalaikius periodonto gijimo rezultatus (2).

Nechirurginis gydymo principai

Tai yra pradinis, dažnai ir vienintelis, kompleksinio gydymo etapas, gydančias periodonto ligą sergantį pacientą. Konservatyvus gydymo tikslas yra atkurti periodonto audinių sveikatą, pašalinti uždegimą provokuojančius veiksnius, užkirsti kelią ligos atsinaujinimui. Gydymo metu atliekamos šios procedūros:

1. Įvertinama paciento burnos higienos ir periodonto audinių būklė.
2. Stiprinama paciento motyvacija.
3. Mokoma taisyklingos kasdieninės individualios burnos higienos.
4. Pašalinamos minkštosios ir mineralizuotos apnašos virš dantenų ir po jomis.
5. Nulyginamas dantų šaknų paviršius.
6. Pašalinami vietiniai rizikos veiksniai.

Apnašų šalinimas

Pagrindiniu kraštinio periodonto ligas inicijuojančiu rizikos veiksniu yra laikomos minkštosios apnašos, kuriose gyvena ir dauginasi patogeniniai mikroorganizmai. Dantų akmenys arba konkretiniai dantenų uždegimo nesukelia, tačiau būdami šiurkštūs ir porėti sudaro palankesnes sąlygas bakterinių apnašų retencijai ir augimui (2, 3). Tad, gydant periodonto ligas, būtina pašalinti tiek minkštąsias, tiek mineralizuotas apnašas. Virš dantenų ir po jomis esančias apnašas bei bakterijų sankaupas galima pašalinti naudojant:

- rankinius instrumentus;
- ultragarsinius instrumentus;
- garsinius instrumentus;
- osciliuojančius instrumentus;
- mašininius instrumentus (deimantiniai grąžteliai);
- kietųjų audinių lazerį.

Minkštųjų apnašų valymas nuo dantų yra gana paprasta procedūra. Dantų akmenys yra kietos konsistencijos ir tvirtai prisitvirtinę prie dantų ar protezų paviršiaus, todėl juos pašalinti neretai yra sudėtinga. Atlikta daug laboratorinių ir klinikinių tyrimų, vertinančių skirtingų priemonių efektyvumą šalinant konkretus. Patvirtinta, kad neįmanoma visiškai švariai nuvalyti danties šaknies paviršiaus (3, 4). Kietųjų apnašų pašalinimo kokybė priklauso nuo keleto veiksnių:

- periodonto kišenių gylio. Kuo didesnis periodonto kišenės zondavimo gylis, tuo mažiau pašalinama konkretus (1 lentelė) (3, 4).
- dantų šaknų anatomijos ir jų paviršiaus ypatumų. Valant vienašaknius dantis, pasiekiamas geresnis rezultatas, palyginti su daugiašakniais dantimis. Dantų šaknų valymą apsunkina šaknų furkacijos, įvairūs šaknų paviršiaus nelygumai, emalio dariniai ant šaknų paviršiaus.
- gydytojo, atliekančio procedūrą, įgūdžių ir patirties. *In vivo* ir *in vitro* studijos parodė, jog patyręs periodontologas efektyviau pašalina podanteninius konkretus ir minkštąsias apnašas nei nepatyręs gydytojas odontologas (4). Manoma, kad tam įtakos turi ne tik geresni gydytojo manualiniai įgūdžiai, bet ir tai, jog įgudę specialistai konkretams šalinti ir šaknims nulyginti skiria maždaug 10–15 proc. daugiau laiko (4, 5).
- naudojamų instrumentų paruošimo. Kad konkretų šalinimas ir šaknų nulyginimas būtų kuo efektyvesnis ir sutaupyti laiko, naudojami instrumentai turi būti aštrūs. Instrumentai, turintys specifinius išlinkimus, mažas darbinės dalis, padeda pasiekti dantų akmenis sunkiai prieinamoje srityje (3, 6).

Visos dantų apnašų valymo priemonės turi savo privalumų ir trūkumų. Lyginant skirtingomis metodikomis atliekamą konkretų ir minkštųjų apnašų pašalinimo efektyvumą, nerasta jokio akivaizdaus skirtumo (3, 4, 6, 7). Pastebėta, jog ultragarsiniais instrumentais atliekamas konkretų šalinimas ir šaknų nulyginimas, palyginti su rankiniais instrumentais, sutaupo 20–50 proc. laiko (6, 8). Pacientai pažymi, jog ultragarsiniai ins-

Kišenės zondavimo gylis	Dantų paviršius su likusiais konkretais ir minkštosiomis apnašomis
≤3 mm	4–43 proc.
4–6 mm	15–38 proc.
>6 mm	19–66 proc.

I lentelė. Konkretų pašalinimo efektyvumo priklausomybė nuo periodonto kišenės gylio (4)

trumentai sukelia mažiau diskomforto procedūros metu (9).

Naujosios technologijos

Iš naujusių technologijų, bandomų įdiegti periodontologijoje, yra fotodinaminė terapija, lazerio bei oro ir abrazijos panaudojimas mikrobinėms apnašoms pašalinti. Nors šie metodai naikina bakterijas, tačiau nėra plačiai naudojami, nes kol kas trūksta klinikinių tyrimų, patvirtinančių jų efektyvumą. Be to, jų taikymą riboja didelės eksploatacijos išlaidos (2).

Iš visų periodontologijoje naudojamų lazerio rūšių Er:YAG lazeris tinkamiausias šalinti konkretus, tačiau jis nėra efektyvesnis už įprastinius rankinius ar ultragarsinius instrumentus (3). Naujausios įrenginyje įdiegtos technologijos drauge leidžia nustatyti ir podanteninių konkretų buvimą, tačiau tai neužtikrina visiško konkretų pašalinimo iš sunkiai pasiekiamų vietų (2). Be to, lazerio naudojimą konkretams ir apnašoms valyti mažina didelė įrenginio kaina.

Fotodinaminė terapija yra minimaliai invazyvi procedūra. Jos metu į periodonto kišenę įvedama fotosensibilizuojanti medžiaga (šviesos įjautrinta medžiaga), kuri selektyviai kaupiasi periopatogenų ląstelėse. Apšvietus tam tikro ilgio šviesos spinduliais, įvyksta oksidacijos reakcija, kurios metu žūva bakterijų ląstelės. Tačiau kol kas tyrimai rodo, jog taikant šį metodą, yra pašalinama ne daugiau kaip 1/3 periodonto kišenės patogenų ir rezultatai yra trumpalaikiai (2). Todėl reikia daugiau klinikinių tyrimų fotodinaminės terapijos, gydančios periodontologinius pacientus, efektyvumui patvirtinti (10, 11). ►►



I pav. Periodonto kišenės gylio sumažėjimas po konservatyvaus gydymo

ARCOXIA®

PATVIRTINTA DAUGELIUI INDIKACIJŲ¹

Pacientams, kenčiantiems skausmą, ir esant uždegimui, sąlygotam:¹

osteoartrito

**reumatoidinio artrito,
odontologinės operacijos****

ūminio podagrinio artrito



60 mg



90 mg



120 mg*



VIENA TABLETĖ VIENĄ KARTĄ PER PARĄ

* ARCOXIA® 120 mg turi būti skiriama tik ūminio laikotarpio metu simptomams malšinti; vartoti ne ilgiau, kaip 8 dienas.¹

** Vidutinio skausmo trumpalaikiam malšinimui; vartoti ne ilgiau, kaip 3 dienas.

Prie kiekvienos indikacijos nurodyta dozė yra didžiausia rekomenduojama paros dozė.

Skirti pacientui selektyvų COX-2 inhibitorių galima tik įvertinus bendrąją riziką asmeniškai pacientui.

Prieš skirdami preparatą, perskaitykite išsamią preparato charakteristikų santrauką

ARCOXIA 60 mg plėvele dengtos tabletės, ARCOXIA 90 mg plėvele dengtos tabletės, ARCOXIA 120 mg plėvele dengtos tabletės. Receptinis vaistinis preparatas. Vienoje tabletėje yra 60 mg, 90 mg arba 120 mg etorikoksibo. **Terapinės indikacijos.** Osteoartrito, reumatoidinio artrito, ankilozinio spondilito, skausmo bei uždegimo dėl ūminio podagrinio artrito simptomų gydymas ir odontologinės operacijos sukeltą vidutinio stiprumo skausmo trumpalaikis malšinimas. Skirti pacientui selektyvų COX-2 inhibitorių galima tik įvertinus bendrąją riziką asmeniškai pacientui. **Dozavimas ir vartojimo metodas.** Vartoti per burną, valgio metu arba nevalgius. Osteoartrito gydymui nevartoti didesnės kaip 60 mg dozės per parą. Reumatoidinio artrito ir ankilozinio spondilito gydymui vartoti 90 mg dozę vieną kartą per parą. Ūminio podagrinio artrito gydymui vartoti 120 mg dozę vieną kartą per parą tik ūminio simptomų laikotarpiu ne ilgiau kaip 8 paras. Skausmo po odontologinės operacijos malšinimui rekomenduojama dozė yra 90 mg vieną kartą per parą, galima vartoti ne ilgiau kaip 3 paras. Pacientams, kuriems yra lengvas kepenų nepakankamumas (Child-Pugh rodmuo 5–6), nepaisant indikacijos, nevirsyti 60 mg vieną kartą per parą dozės. Klinikinės patirties gydant pacientus, kuriems yra vidutinio sunkumo kepenų funkcijos sutrikimas (Child-Pugh rodmuo 7–9), yra nedaug, todėl patariama būti atsargiems. Pacientams, kuriems yra sunkus kepenų nepakankamumas (Child-Pugh rodmuo ≥10) etorikoksibą skirti draudžiama. **Kontraindikacijos.** Padidėjęs jautrumas veikliajai arba bet kuriai pagalbinei medžiagai. Aktyvi peptinė opa arba aktyvus kraujavimas iš virškinimo trakto. Pacientai, kuriems buvo bronchų spazmas, ūminis rinitas, nosies polipai, angioneurozinė edema, dilgėlinė arba alergijos tipo reakcijų, pavartojus acetylsalicilo rūgšties arba NVNU, įskaitant ir COX-2 (ciklooksigenazės-2) inhibitorius. Nėštumas ir žindymas. Sunkus kepenų veiklos sutrikimas (albumino koncentracija serume <25 g/l arba Child-Pugh rodiklis ≥10). Apskaičiuotasis inkstų kreatinino klirensas <30 ml/min. Vaikai ir paaugliai iki 16 metų. Uždegiminė žarnų liga. Stazinis širdies nepakankamumas (II–IV klasės pagal NYHA). Arterinė hipertenzija sergantys pacientai, kuriems kraujospūdis nuolat didesnis kaip 140/90 mmHg ir nėra pakankamai kontroliuojamas. Nustatyta išeminė širdies liga, periferinių arterijų liga ir (arba) smegenų kraujagyslių liga. **Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės.** Selektivių COX-2 inhibitorių grupę gali būti susijusi su trombozinių reiškinių rizika (ypač miokardo infarkto (MI) ir insulto), palyginus su placebo ir kai kuriais NVNU. Kadangi didinant etorikoksibo dozę ir vartojimo trukmę gresia didesnė širdies ir kraujagyslių sutrikimų rizika, reikia vartoti vaistą kiek įmanoma trumpiau ir mažiausią veiksmingą paros dozę. Pacientams, vartojantiems etorikoksibą, kaip ir kitus prostaglandinų sintezę slopinančius vaistinius preparatus, pasitaikę skysčių susilaikymas, edema ir hipertenzija. Vartojant etorikoksibą, ypač didelėmis dozėmis, dažniau ir sunkiau negu vartojant kai kuriuos kitus NVNU ir selektyvius COX-2 inhibitorius gali pasireikšti hipertenzija. Skiriant etorikoksibą senyviams pacientams, taip pat tiems, kuriems yra inkstų, kepenų ar širdies sutrikimų, reikalinga tinkama medicininė priežiūra. Buvo pranešta apie sunkias padidėjusio jautrumo reakcijas (pvz., anafilaksiją ir angioedemą) pacientams, vartojantiems etorikoksibą. **Nepageidaujamas poveikis.** Nepageidaujami reiškiniai pranešti pasireiškę per klinikinius tyrimus OA, RA, lėtinio nugaros skausmo ar ankilozinio spondilito sergantiems, gavusiems gydymą iki 12 savaičių, arba MEDAL Programos klinikinių tyrimų metu, arba vaistui patekus į rinką. Šie nepageidaujami reiškiniai pasireiškė >1% etorikoksibą po 60 mg arba 90 mg gydytiems pacientams dažniau negu vartojusiems placebo: alveolinis osteitas, edema, skysčių susilaikymas, galvos svaigimas, galvos skausmas, širdies plakimas, hipertenzija, virškinimo trakto sutrikimai (pvz., pilvo skausmas, vidurių užkietėjimas, rėmuo), viduriavimas, dispepsija, diskomfortas epigastriniame regione, pykinimas, ekchimozė, astenija, nuovargis, gripo panašūs simptomai, padidėjęs ALT aktyvumas, padidėjęs AST aktyvumas. **Pakuotė ir jos turinys.** Pakuotėje yra 7 arba 14 tablečių. **Rinkodaros teisės turėtojas** – UAB „Merck Sharp & Dohme“, Kęstučio g. 59/27, LT-08124 Vilnius, Lietuva. **Teksto peržiūros data** – 2012 12 06.

1. Preparato charakteristikų santrauka.



MSD

UAB „Merck Sharp & Dohme“, Kęstučio g. 59 / 27, LT-08124 Vilnius
Tel. (5) 278 02 47, faks. (5) 275 36 46

◀ Mažo abrazyvumo glicino miltelių naudojimas valant podantenines apnašas oro ir abrazyjos būdu nežaloja periodonto audinių, tačiau ženkliai nesumažina periopatogenų kiekio periodonto kišenėje (12). Be to, šis metodas netinkamas šalinti kietąsias podantenines apnašas. Minkštųjų podanteninių apnašų valymas oro ir abrazyjos būdu gali būti naudingas palaikomojo gydymo metu, esant negilioms periodonto kišenėms (iki 5 mm). Tačiau šio metodo efektyvumui patvirtinti būtini išsamūs klinikiniai tyrimai (2, 13).

Dantų šaknų nulyginimas

Šios procedūros metu yra pašalinami likę konkretiniai ir infekuotas cementas. Taip pat sukuriamas lygus, kietas ir švarus danties paviršius, prie kurio tvirtintų sveiki periodonto audiniai. Pastebėta, jog pernelyg agresyvus danties šaknies paviršiaus apdorojimas sąlygoja cemento sluoksnio plonėjimą (galiausiai ir visišką netekimą) ir kartu atsirandantį poprocedūrinį dantų jautrumą (2). Todėl pastaruoju metu vis dažniau sąvoka „šaknies nulyginimas“ keičiama į „šaknies nuvalymą“ (angl. *root debridement*), kurio metu vengžiama danties struktūrų pašalinimo. Klinikiniai tyrimai parodė, jog esant švaram danties paviršiui šaknies šurkštumas turi mažai įtakos periodonto audinių gijimui (8).

Vietinių rizikos veiksnių pašalinimas

Karioziniai dantų pažeidimai, netikslūs dantų restauracijos, blogai atstatyti kontaktai tarp dantų skatina minkštųjų apnašų kaupimąsi, todėl atsiranda ir vystosi uždegimas bei periodonto audinių destrukcija. Siekiant visiškai audinių sugijimo, būtina pašalinti visus vietinius veiksnius, skatinančius patogeninių bakterijų užsilaikymą ir dauginimąsi (14).

Kompleksinis periodonto audinių gydymas gali užtrukti keletą mėnesių ar net metų, todėl kramtymo funkcijai atkurti, jei indikuotina, būtina pagaminti laikinus protezus. Laikini protezai turėtų būti kokybiški ir tiksliais kraštais, netraumuoti periodonto audinių, neskatinti minkštųjų apnašų kaupimosi.

Gijimas po konservatyvaus gydymo

Nors neįmanoma visiškai pašalinti apnašų nuo šaknies paviršiaus, po nechirurginio gydymo stebimi klinikiniai periodonto audinių gijimo požymiai: išnyksta audinių paraudimas ir edema (patinimas), sumažėja periodonto kišenės zondavimo gylis, stebimas periodonto jungties atsinaujinimas, sumažėja kraujavimas po zondavimo. Praėjus uždegimui audiniuose, gali sumažėti ir dantų paslankumo laipsnis. Gydymo rezultatai vertinami atliekant išsamų periodonto audinių ištyrimą tik praėjus 6–8 savaitėms po paskutinių atliktų procedūrų. Jei periodonto kišenės yra zonduojamos nepraėjus šiam laikotarpiui, gaunami netikslūs, nerodantys audinių reakcijos į gydymą, rezultatai.

Periodonto kišenė sumažėja dėl 2 priežasčių (1 pav):

1. Periodonto minkštųjų audinių paburkimo sumažėjimo, kuris kliniškai pasireiškia kaip dantenų recesija.
2. Periodonto audinių prisitvirtinimo lygio atsistatymo (naujo jungiamojo audinio prisitvirtinimo susiformavimo) periodonto kišenės dugne.

Periodonto kišenės gylio sumažėjimas ir pe-

riodonto jungties atsistatymas po konservatyvaus gydymo labai priklauso nuo pradinio periodonto kišenės gylio – kuo gilesnė kišenė, tuo didesnis zondavimo gylio sumažėjimo galima tikėtis po gydymo (4, 15). Esant 4–6 mm gylio periodonto kišenėms, galima tikėtis vidutiniškai 1 mm jos gylio sumažėjimo ir apie 0,5 mm periodonto audinių lygio atsistatymo, o gilesnių nei 7 mm kišenių atvejų atitinkamai apie 2 mm ir 1 mm (16). Esant seklioms periodonto kišenėms (<3 mm), po profesionalios burnos higienos yra stebimas nedidelis periodonto jungties netekimas (4, 15, 17). Manoma, kad jis įvyksta gijimo metu persitvarkant alveolės keteros kolageninėms skaiduloms. Pastebėta, jog vienašaknių dantų gydymo rezultatai yra geresni nei daugiašaknių. Tai susiję su daugiašaknių dantų šaknų anatomiais ypatumais, ypač tarpušaknių sritimis (6).

Dantenų recesija yra konservatyvaus gydymo gijimo rezultatas, kuris taip pat priklauso nuo periodonto kišenės gylio prieš gydymą (2 lentelė) (4). Lyginant rankiniais ir ultragarsiniais instrumentais atliktą konkretų šalinimą ir šaknų nulyginimą, nepastebėta jokio skirtumo vertinant recesijos dydį po gydymo (4).

Po nechirurginio periodonto gydymo procedūrų nėra stebimas alveolės kaulo atsistatymas, jeigu kaulo rezorbcija yra horizontalaus tipo (4). Kaulinių defektų konservatyvus gydymas rodo apie 0,5 mm kaulinio audinio atsistatymą alveolinės keteros vainikinėje dalyje (18).

Naujausi moksliniai duomenys teigia, jog nechirurginio gydymo rezultatai yra prastesni rūkančių pacientų, palyginti su nerūkančiais (19, 20). Pastebėta, jog geresni konservatyvaus gydymo rezultatai pasiekiami esant gerai asmeninei burnos higienai (21). Norint pasiekti geresnių gydymo rezultatų ir juos išlaikyti ilgą laiką, būtina gera apnašų kontrolė (2, 14, 22). Svarbu pasikartojančios, nuolatinės asmeninės burnos higienos instrukcijos, parenkant individualias dantų valymo priemones, paciento remotyvacija.

Mikrobiologiniai pokyčiai

Atlikus profesionalios burnos higienos procedūras, periodonto kišenėje smarkiai sumažėja Gr⁻ bakterijų ir ilgainiui ją kolonizuoja Gr⁺ kokai. Ši mikroflora išlieka stabili iki 12–24 savaičių, kol patogeniai mikroorganizmai vėl rekolonizuoja periodonto kišenę (16). Reguliarus minkštųjų ir kietųjų apnašų valymas leidžia užkirsti kelią periopatogenų naujam kaupimuisi ir dauginimuisi periodonto kišenėje.

Antibakterinis gydymas

Nepaisant kruopštaus konkretų šalinimo ir geros asmeninės burnos higienos, kai kuriais atvejais stebimas tolimesnis periodonto audinių irimas. Manoma, jog tai susiję su *P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *T. forsythus* išlikimu periodonto kišenėje. Jie keičia žmogaus imuninės sistemos atsaką į gydymą (23). Be to, patogeniniai mikroorganizmai gali rekolonizuoti periodonto kišenės iš kitų burnos sričių (pvz.: liežuviu nugarėlės, tonzilių, žandų gleivinės). Tokiais atvejais po taikyto konservatyvaus gydymo procedūrų yra naudingas papildomas antimikrobinis gydymas. Pastebėta, jog toks gydymas duoda gerų gijimo rezultatų ir puikiai tinka nepasiduodančiam konservatyvioms priemonėms

Periodonto kišenės pradinis gylis	Dantenų recesija
1–3 mm	1 mm
4–6 mm	1,2 mm
>7 mm	1,9 mm

2 lentelė. Po konservatyvaus gydymo įvykusi dantenų recesija priklausomai nuo periodonto kišenės pradinio gylio



2 pav. Lėtinio periodontitu serganti pacientė prieš konservatyvų gydymą



3 pav. Pacientė po atlikto nechirurginio periodonto gydymo

lėtiniam periodontitui bei agresyviai periodontitui gydyti (14, 24). Nustatyta, kad papildomai skyrus antimikrobinį preparatą, yra pasiekiamas 0,2–0,6 mm didesnis periodonto kišenių gylio sumažėjimas ir 0,1–0,2 mm didesnis periodonto audinių prisitvirtinimo lygio atsistatymas, lyginant tik su konkretų šalinimu ir šaknų nulyginimu (16).

Išvados

Nechirurginis periodonto ligų gydymas iki šiol yra efektyviausias ir pagrindinis periodonto ligų gydymo metodas. Didžiąjai daliai periodontologinių pacientų konservatyvus gydymas padeda pasiekti gerų periodonto audinių gijimo rezultatų ir daugiau jokio papildomo gydymo nebereikia. Tokiems pacientams toliau reikia nuolatinio palaikomojo gydymo režimo, kad kuo ilgiau išlaikytų stabilius rezultatus. Geriems gydymo rezultatams yra būtina tinkama asmeninė paciento burnos higiena. Jei po konservatyvaus gydymo išlieka ≥6 mm periodonto kišenės, dėl galimo periodonto ligos tolimesnio progresavimo rekomenduojamas periodonto chirurginis gydymas. Turintiems išlikusias galias periodonto kišenes pacientams, kurie neišmoksta palaikyti geros burnos higienos ar tam neskiria pakankamai laiko, yra nemotyvuoti, taikomas tik nuolatinis mechaninis apnašų šalinimas. ●