

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-СКОПЈЕ

Катедра за болести на уста и пародонтот

Петровски Џ. Михајло

**Оралното здравје кај
институционализираните стари
лица**

-Магистерски труд-

Скопје, 2013

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-СКОПЈЕ

Катедра за болести на уста и пародонтот

Петровски Џ. Михајло

**Оралното здравје кај
институционализираните стари
лица**

-Магистерски труд-

Скопје, 2013

Петровски Џ. Михајло

Оралното здравје кај институционализираните стари лица

Ментор: Проф. д-р Киро Ивановски,dr. sci., mr. sci.

Катедра за болести на уста и пародонтот

Стоматолошки факултет- Скопје

Членови на комисија за одбрана:

1. Проф. д-р Мирјана Поповска, ,dr. sci., mr. sci.
2. Проф. д-р Љубен Гугувчевски,dr. sci., mr. sci.
3. Проф. д-р Киро Ивановски ,dr. sci., mr. sci.

Датум на одбрана: 23.12.2013

Датум на промоција:

Содржина

Предговор.....	8
Вовед.....	11
Преглед на литература.....	17
Цел на трудот.....	36
Материјал и метод.....	39
Резултати.....	48
Дискусија.....	95
Предлог-протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица.....	119
Заклучоци.....	138
Користена литература.....	141

Петровски М.

Оралното здравје кај институционализирани стари лица,

Стоматолошки факултет, Скопје, 2013

Апстракт

Вовед. Светската популација старее. Во нашата земја го имаме истиот проблем. Со стареенето ова популациона група има зголемсна потреба од стоматолошка заштита и превентивни програми. Институционализирани стари лица се специфична група која бара посебно внимание.

Цел. Да се процени оралното здравје кај институционализираните стари лица на возраст над 65 години. Следниве специфични цели се создадени за да се процени оралното здравје кај институционализираните стари лица: (1) да се одредат најчестите стоматолошки проблеми на кои се жалат институционализираните стари лица; (2) да се одреди нивото на орална хигиена на институционализираните стари лица; (3) да се одреди застапеноста на дентален кариес кај институционализираните стари лица; (4) да се одреди КЕП -индексот кај институционализираните стари лица; (5) да се одреди состојбата на пародонтот кај институционализираните стари лица; (6) да се детерминира застапеноста на промените на оралната мукоза меѓу институционализираните стари лица; (7) да се одреди бројот на преостанати заби и колкав дел од институционализираните лица го задоволуваат критериумот на „оптимално орално здравје“; (8) да се испита застапеноста на ксеростомијата кај институционализираните стари лица; (9) да се одреди колкав процент на институционализираните стари лица користи протетски помагала.

Материјал и методи. За да се реализира целта на оваа истражување беа испитани 73 субјекти институционализирани во одделението "Мајка Тереза" од Геронтолошкиот Завод „Тринаесетти ноември“ од Скопје. Беше користен прашалник за да се забележат субјективни потешкотии и фактори на ризик. На овој начин добиени се податоци за демографските карактеристики на субјектите, општото здравје и субјективни ставови на пациентите за нивното орално здравје и орална хигиена. При клиничкото испитување беа испитувани бројот на преостанатите заби и резидуални корени, беше пресметан КЕП индексот, s-OHI индексот и индексот на Ramfjord, беа забележани оралните мукозни лезии, како и присуството и хигиената на протетските помагала.

Резултати. Средната возраст на испитаниците беше 74 години, а просечната должина на институционализирање изнесуваше 5 години и 7 месеци. Средната

вредност на КЕП индексот изнесуваше $28,84 \pm 4,71$. Екстрахирани заби се доминантна компонента кај КЕП индексот, додека забите со дефинитивни исполнења завземаат најмал процент од КЕП индексот. Испитаници имаат просечно по $5,81 \pm 7,34$ преостанатите заби и $0,69 \pm 1,66$ резидуалии корени. Сите субјекти имаат најмалку еден општ здравствен проблем, за кој тие земале соодветни лекови. Исто така сите субјекти имаат барем една орално-мукозна промена. Status Fordyce и обложен јазик беа најчестите варијации на оралната мукоза. Протетскиот стоматитис беше забележан кај 8,22% од испитаниците. Ксеростомија е регистрирана кај 60,27% од испитаниците. 5,48% од жителите укажале на цвакални потешкотии, додека 21,9% укажале на присуство на гингивално крварење. 26,03% од испитаниците беа зависни во однос на одржувањето на оралната хигиена. Оралната хигиена, генерално, беше лоша меѓу резидентите (средната вредност на s-OHI индекс беше 2,33). Најчеста пародонтална состојба кај испитаниците е умерената пародонтопатија која се забележува кај 68,42% од испитаниците. Процентот на испитаниците кои беа тотално беззабни беше 47,95%. Не сите од пациентите со бимаксиларна тотална беззабност поседуваат протези. Голем дел од субјектите (64,5%) имаат проблеми поврзани со носење на протетските помагала. Вкупно 61,64% од испитаниците укажаа на потребата за некаков стоматолошки третман, најчеста потреба беше за протетски третман. Забежано е дека протезната хигиена кај испитаниците беше сиромашна. Дури 68,5% од испитаниците не ги миеле забите воопшто.

Заклучоци. Наодите од оваа студија покажаат дека постарата популација има несоодветно орално здравје и орална хигиена. Неопходно е да се организираат специфични програми за превенција и едукација за оралното здравје за институционализираните стари лица, за персоналот кој се грижи за нивната нега како и за лекарите кои ги третираат доминантните заболувања. Кај оваа возрасна популација, општите здравствени проблеми се чести и варијабилни, додека стоматолошките прегледи од страна на високо-обучен стоматолог се од суштинско значење во мултидисциплинарната медицинска нега на институционализирани постарите лица. Исто така, може да се заклучи дека во Македонија менаджментот на оралните заболувања кај институционализираните геријатрички пациенти иако е од суштинско значење, сепак нема соодветно ниво.

Клучни зборови: стари лица, геронтостоматологија, орално здравје, институционализирани стари лица.

Petrovski M.

The oral health of the institutionalized old people

Faculty of dentistry, Skopje, 2013

Abstract

Introduction. The world population is aging. In our country we have the same problem. With aging this population is having bigger need of dental care and preventive programs. Institutionalized elderly are one of the special group requiring attention.

Objective. To evaluate oral health and hygiene among institutionalized elderly. The following specific objectives are designed to assess oral health in institutionalized elderly: (1) to determine the most common dental problems among institutionalized elderly, (2) to determine the level of oral hygiene of institutionalized elderly, (3) to determine the prevalence of dental caries among institutionalized elderly, (4) to determine the DMFT index among institutionalized elderly, (5) to determine the periodontal status among institutionalized elderly, (6) to determine the prevalence of oral mucosal changes among institutionalized elderly, (7) to determine the number of remaining teeth and how much of institutionalized persons are eligible to the "optimal oral health" concept, (8) to examine the prevalence of xerostomic presence among institutionalized elderly, (9) to determine what percentage of institutionalized elderly use prosthetic devices .

Material and methods. To realize the aim of this study 73 subjects institutionalized in "Mother Theresa" nursing home were examined. We have used questionnaire to notice subjective difficulties and risk factors. In this way we have noted data about demographic characteristics of the subjects, general health and patients' subjective attitudes for their own oral health and oral hygiene. Through the clinical examination we had noticed number of remaining teeth and residual roots, calculated DMFT index, s-OHI index and Ramfjord's index, we had noticed oral mucosal lesions as well as denture presence and hygiene.

Results. The mean age of the subjects was 74 years, and the average length of institutionalizing of 5 years and 7 months. Mean of Decayed, Missing and Filled teeth index (DMFT) was 28.84 ± 4.71 . Missing teeth comprised the largest proportion of DMFT while Filled teeth the smallest. Subjects had average 5.81 ± 7.34 remaining teeth and 0.69 ± 1.66 residual roots. All of the subjects had at least one general health problem, for which they were taking medicaments. Also all of the subjects had at least one oral condition or lesion. Status Fordyce and coated-tongue were most common. Denture-related stomatitis was observed in 8.22 % of the subjects. Xerostomia was registered in 60.27 % of the subjects. 5.48 % of the residents reported chewing difficulties, and 21.9 %

reported presence of gingival bleeding. 26.03 % of the subjects were dependent for oral hygiene. Oral hygiene was generally poor among the residents (mean s-OHI index was 2.33). The most frequent periodontal condition was moderate periodontitis seen in 68.42 % of the subjects. The percentage of residents who were edentulous was 47.95 %. No-all edentulous patients had dentures. Most of the subjects (64.5%) had problems wearing prosthesis. A total 61.64 % of the subjects demonstrated a need for some oral treatment, most frequent need was for prosthodontic treatment. Denture hygiene was poor. 68.5 % of the subjects did not clean their teeth at all.

Conclusions. The findings of this study demonstrated that the elderly population in this home had poor dental health and oral hygiene. It is necessary to organize specific prevention and educational oral health programs for institutionalized elderly, for the nursing staff as well as with doctors who treated the dominant illness. In this particular age group, general health problems are frequent and variable, while oral examinations by special-educated dentist is an essential for the multidisciplinary medical care of the institutionalized elderly. It has to be concluded that in Macedonia dental management of institutionalized geriatric patients is an essential, but yet under fulfilled service.

Key words: elderly, gerontostomatology, oral health, institutionalized old people, nursing home.

Предговор

Предговор

Стареењето според едни значи да се биде болен, додека според други тоа е период на слобода и одмор од претходните обврски. Ако се обидеме да направиме систематизација на промените кои настануваат кај старите лица, можеме да забележиме дека тие можат да потекнуваат од кумулативното дејство на штетните агенци на организмот со текот на годините и од заболувањата карактеристични само за возрасните лица. Поради тоа кај старите лица настануваат зголемен ризик за појава на заболувања, намалена функционалност и се јавуваат дегенеративни процеси.

Бројни спидемиолошки испитувања укажуваат дека одредени фактори како што се полот, клиничката состојба, социо-економскиот статус, културното ниво и разните лоши навики можат да влијаат како на оралното здравје, така и на севкупниот квалитет на живот. Секако дека меѓу овие фактори значително место зазема и возраст.

Грижата за човекот и настојувањето животот да биде што е можно подobar се едно од приоритетните задачи на сите современи општества. Како последица на стареењето, вулнерабилноста на хуманата популација се зголемува. Во овој период постојат различни случајувања кои можат да го променат животот на човекот и при кои му е потребна помош од заедницата. Ваквите стари лица најчесто се оние кои се институционализирани, користејќи ги своите социјални права.

Освен хроничните заболувања, причини за институционализирање можат да бидат и други појави поврзани со стареењето. Кај старите лица без семејна грижа се забележува недостаток во одржување на личната хигиена и на домовите, оставени се, односно заборавени од блиските, запоставени од околината и немоќни се да се грижат за основните животни потреби. Најчесто станува збор за инвалидни, неподвижни и отарени лица. За нив секое движење е напорно и тешко.

И покрај тенденцијата за зголсмување на капацитетите за згрижување на старите лица, со вклучување на приватниот сектор, сепак процентот на институционализирани стари лица е доста низок. Затоа во делот на

Предговор

институционалната заштита на старите лица треба да се превземаат уште многу активности.

Карактеристики на повозрасната популација се несоодветното орално здравје и хигиена. Незадоволителното орално здравје може да претставува значителен ризик - фактор за појава на системски заболувања. Најголемо значење има нарушеното здравје кое влијае на исхраната. Малнутрицијата во краен степен може да доведе до намалена приспособливост и реактивност на организмот во целина.

Сепак, оралното здравје спаѓа меѓу проблемите на кои не им се придава доволно внимание во скlop на институционалната нега на старите лица. Создавањето на Протокол за орално здравје и одржување на орална хигиена кај институционализираните стари лица е од огромно значење во превенирањето на последиците кои може да ги имаат оралните заболувања кај старите лица. Активирањето на што е можно поголем број на стручни лица од областа на стоматологијата во создавањето на ваквиот протокол и основите за едукација на стоматолошкиот кадар и преостанатите професионалци кои се грижат за здравјето има големо значење. На тој начин со минимални интервенции и минимална финансиска загуба би се постигнал максимален бенефит- подобрен квалитет на живот за институционализираните стари лица.

Вовед

Вовед

Процесот на стареење претставува сложен процес кој е последица на забавеното и послабото обновување на клетките и ткивата. Стареењето во суштина претставува биолошки процес и реалност која поседува свои динамичност и карактеристики, и најчесто не е под контрола на човекот и на неговата волја. Ваквиот процес е прогресивен и иреверзилен, при што настапува менување на структурата и функцијата на ткивата, со што е намалена адаптивноста на организмот во целина и се јавува зголемен ризик од смрт.

Иницијално забележан во високоразвиените земји, процесот на стареење во поново време станува глобален проблем со кој се соочуваат и голем број на други земји во светот.

Повеќето развиени земји ја прифатиле хронолошката возраст од 65 години како дефиниција за „старост“. Иако во Обединетите нации, Светската здравствена организација и сродните институции не постои јасно дефинирана возраст за да одредена популација биде означена како стара, сепак сите релевантни институции сметаат дека лицата со навршени 65 години можат да се вбројат во категоријата стари лица.

Најчесто дефинирањето на категоријата „стари лица“, се поврзува со периодот кога се оди во пензија. Можеби и тоа не е најсоодветна дефиниција пред сè поради тоа што возрастта при која се оди во пензија во најголем број на држави се разликува за мажите и жените и таа најчесто е пониска за женскиот пол. Се смета дека сите лица кои имаат над 65 години се наоѓаат во регресивна и инволутивна фаза која често доведува до значајни физиолошки, психолошки и социјални проблеми, и поради тоа можеби е најсоодветно таа да се зема како граница за старост.

Здравјето на геријатриската популација е игнориран проблем и слабо истражено подрачје во медицината насекаде во светот. Основно обележје на здравствената состојба на институционализираните стари лица е мултиморбидитетот.

Напредната возраст носи и посериозни стоматолошки проблеми. Хроничните заболувања на организмот и повеќето орални заболувања поседуваат чести заеднички ризик фактори. Овој факт е потребно да се знае пред сè поради

нивната поврзаност, но и поради тоа што повеќето стари лица поседуваат некакви здравствени проблеми кои што може да имаат влијание на оралното здравје.

Меѓу институционализираните стари лица, особено меѓу оние повозрасните, постои висока преваленција на коморбидитет и бариери за да се овозможи соодветна здравствена грижа. Нарушеното здравје кај овие лица има влијание и на самото орално здравје, односно на самиот дентален статус, застапеноста на кариесот, пародонталното здравје, оралната хигиена, беззабноста, ограничените орални функции, проблемите поврзани со носењето на тоталните и парцијалните протези, присуството на малигни и бенигни состојби, ксеростомијата, но и на други орални состојби кои можат да предизвикаат болка или дискомфорт во орофацијалната регија .

Врз оралното здравје кај старите лица доминантно влијание имаат и социјалните фактори и факторите од средината во која живеат. Врз самото орално здравје на овие лица значајно влијание имаат нискиот образовен статус и условите за живот, нездравиот животен стил, исхрана богата со јаглехидрати, недоволно познавање на значењето и техниките за одржување на орална хигиена. Дополнително влијание имаат и долготрајната експозиција на негативното влијание на употребата на тутун и конзумацијата на алкохолни пијалаци.

Оралното здравје, во поглед на квалитетот на живот, пак е условено од страна на бројни фактори какви што се денталниот кариес и неговите компликации, нетретираниите и неекстрактирани забни корени, заболувањата на оралната лигавица и бројните орални инфекции, преканцерозните состојби и самите бенигни и малигни тумори, болката во темпоро-мандибуларниот зглоб, ксеростомијата и секако парцијалната или пак тоталната беззабност. Губењето на забите ја афектира и цвакалната ефикасност, а влијае и на изборот на храната и секако нутритивниот статус кај постарите лица.^[1]

Взајемното дејство на високо застапената ксеростомија и неможноста за одржување на орална хигиена на задоволително ниво кај институционализираните стари лица доведува до зголемена појава на дентален плак. Поради тоа постарите лица имаат зголемен ризик за појава на кариес и пародонтопатија.

Забите не го задржуваат својот првобитен изглед до крајот на животот. Како последица на стареењето, на изложеноста на дејството на надворешните фактори во тек на подолг временски рок како и поради дејството на одредени лекови кај постарите лица настапува загуба на цврстите забни ткива.

Застапеноста на мукозните промени и варијации е доста висока меѓу институционализираните поврасни лица и најчесто е поврзана со носење на протетски помагала.

Присуството на најмалку дваесет заби, кои се функционално-способни за цвакање и за говор, и кои го задоволуваат естетскиот момент, претставува оптимално орално здравје. Она што можеби е значаен недостаток на ваквата дефиниција е тоа што присуството на дваесет заби, без определени критериуми и квантификатори за нивната локализација, сами по себе можат да претставуваат минимум за задоволително цвакање а при тоа да не гарантираат задоволство кај пациентот во однос на естетиката и фонацијата.^[2] Исто така, присуството на овој минимум на заби во устата понекогаш може да даде задоволителна естетика и фонација, особено доколку преостанатите заби се од фронталната регија, додека критериумот задоволителна механичка обработка на храната може да биде сведен на минимум.

Критериумот оптимално орално здравје иако е пониско поставен од совершеното орално здравје, сепак кај старите лица и овој критериум многу тешко се забележува. Ова особено се однесува на лицата кои се сместени во згрижувачки институции за стари лица.

Оралната хигиена кај институционализираните поврасни лица не е на соодветно ниво. Незадоволителната орална хигиена е асоцирана со системски инфекции на респираторните патишта и бројни нутритивни нарушувања .

Поради фактот што возрастните многу полесно ја поднесуваат посетата на општ лекар отколку на стоматолог, претставува императив самите лекари од примарното здравство и геронтолозите да се запознаат со медицинските, функционалните, емоционалните и социјалните последици на оралните заболувања и нарушувања и тие да се оспособат да извршуваат основен скрининг и превентивна едукација за денталните заболувања. Исто така, поради зголемените потреби на старите лица се смета дека се потребни и соодветни програми со кои ќе се врши обучување и тренинг на професионалците (медицински сестри, болничари и сл.) кои секојдневно се грижат за лицата во институциите за згрижување на стари лица за соодветно одржување на оралната хигиена кај истите.

Несоодветното внимание кое би требало да биде насочено кон оралното здравје и хигиена на постарите лица, особено кај институционализираните, води кон загуба на забите, а индиректно на телесна тежина, што може да резултира со намалена отпорност на организмот и со нарушувања во имуниот систем.

На самото орално здравје кај институционализаните стари лица влијани се имаат и бројни други фактори како: мултиморбидитет, зависност при одржувањето на оралната хигиена, ограничени способности и движења и употреба на бројни медикаменти .

Поради сето тоа, специјално знаење и мануелна спретност се потребни за да се овозможи соодветно орално здравје и грижа кај старите лица. Некои од геријатриските проблеми се последица на физиолошките промени на клетките, ткивата, органите и организмот во целина, додека другите се верува дека се заболувања интензивирани поради промените кои настануваат со зголемување на возраста.

Конечно, стоматолозите мора да признаат дека менажментот на оралните заболувања кај повозрасните лица поседува специфични предизвици и од витално значење е да се генерираат нови опции за подобрена грижа за оралното здравје, вклучувајќи ја геријатриска стоматологија како посебна дисциплина во стоматологијата.

Главната и најзначајна цел на геродонтологијата е да се направи подобрување на квалитетот на животот од една, и оралното здравје кај повозрасната популација од друга страна. Со стареењето се менуваат навиките на орална хигиена, најчесто на полошо, пред се поради тоа што пациентите послабо гледаат и ја губат сопствената мануелна спретност и активности.

Во геронтостоматолошката превенција и терапија на лицата во постарата животна возраст особено е значајна интердисциплинарната соработка на докторите на стоматологија/дентална медицина и секако докторите на општа медицина и специјалистите.

Она што е значајно да се знае е одговорот на прашањето „Што е геријатриска дентална грижа?“. Водењето на грижа за своите заби е приоритет без оглед на годините за да се превенираат сериозни последици на забите и околните ткива, но добар стоматолог кој се занимава со работа со повозрасни лица мора да ги спречи и состојбите и заболувањата кои доаѓаат со возрастта. Според тоа, геријатристската дентална грижа се занимава со специјализираните дентални потреби на лицата над 65 години. Оттука може да се забележи дека со геронтодонтологијата може да се занимава само стоматолог со специјално знаење, однесување и техники со цел подобрување на грижата за оралното здравје кај повозрасните индивидуи.

Јавната здравствена установа Геронтолошки завод „Тринаесетти ноември“ од Скопје по својата намена претставува највисоко специјализирана установа, во која се спроведува специфична здравствена заштита од областа на геријатриската и палијативната медицина. Укажувајќи на нејзината улога може да се забележи дека е единствена установа од овој вид во Република Македонија. Формирана е да ја учествува во следењето на состојбата, проучувањето, евалуирањето, известувањето и планирањето на идните здравствени активности насочени кон проблемите и функционалните неспособности на старите лица сместени во самата институција и надвор од неа.

Јавната здравствена установа Геронтолошки завод „Тринаесетти ноември“ располага со четири објекти, главниот сместен во општина Ѓорче Петров, објектот „Мајка Тереза“ во Злокуќани и два Хосписи во Скопје и Битола.

Одделението „Мајка Тереза“–Злокуќани, Скопје каде е извршено истражувањето функционира во рамките на ЈЗУ Геронтолошки завод „Тринаесетти Ноември“ – Скопје и е во надлежност на Министерството за труд и социјална политика.

Поради тоа што институционализираните стари лица имаат бројни и комплексни орални проблеми, тие поседуваат и одредени специфичности во однос на оралното здравје. Една од најзначајните активности кои треба да се превземат са да се подобри целокупната стоматолошка здравствена заштита за институционализираните стари лица.

Воведување на протокол за унапредување на оралната хигиена кај беспомошните и функционално зависните повозрасни пациенти треба да биде примарната активност која би требало да биде превземена и таа да стане специјална грижа на лицата кои се одговорни за здравствена грижа на старите лица. Протоколите за орално здравје се главно базирани на дневно отстранување на бактерискиот плак од забите, од протезите или пак од двете места, чистење на оралната мукоза и постојана орална хидратација.

Преглед на литература

Преглед на литература

Бројот на стари индивидуи на светско ниво расте право пропорционално многу побрзо во однос на било која преостаната возрасна популациона група. Се смета дека до 2050 година процентот на лицата над 60 години во развиените земји ќе достигне над 80 проценти од вкупниот број на население.^[3] Сето тоа се должи на зголемениот просечен животен век, кој во 1900 година изнесувал само 47 години, додека пак во 1990 година истиот изнесувал 75 години. Исто така, се смета дека во 2020 година просечниот животен век би бил продолжен за две до четири години со што би се постигнал просечен животен век кој би изнесувал 77 до 79 години.^[4] Паралелно со зголемениот број на стари лица се зголемуваат и нивните здравствени проблеми и потреби. Во современата научна литература може да се забележат бројни податоци кои го потврдуваат тоа.

Зголемениот број на стари лица во земјите на Западна Европа претставува сериозен економски, социјален и медицински проблем. Одредени европски земји донесоа решение да ја зголемат возрасната граница за одење во пензија на граѓаните за да се справат со сериозниот проблем што го предизвика зголемениот број на пензионери. Продолжениот живот води и до зголемени потреби на постарата популација од здравствен аспект, поради што зголемени трошоци имаат и здравствените и осигурителните компании. Бидејќи процентот на стари лица во периодот од 1975 година до 2005 година е зголемен за скоро 5 проценти, од 16,4 проценти во 1975 на 20,75 проценти во 2005 година, во високоразвиените земји значително поголемо внимание им се придава на превентивните здравствени програми. Она со што може да се пофалат овие земји е напреднатата социјална заштита, особено грижата за постарите лица, за кои постојат и се отвораат бројни високоспецијализирани установи за нивно згрижување.^[5]

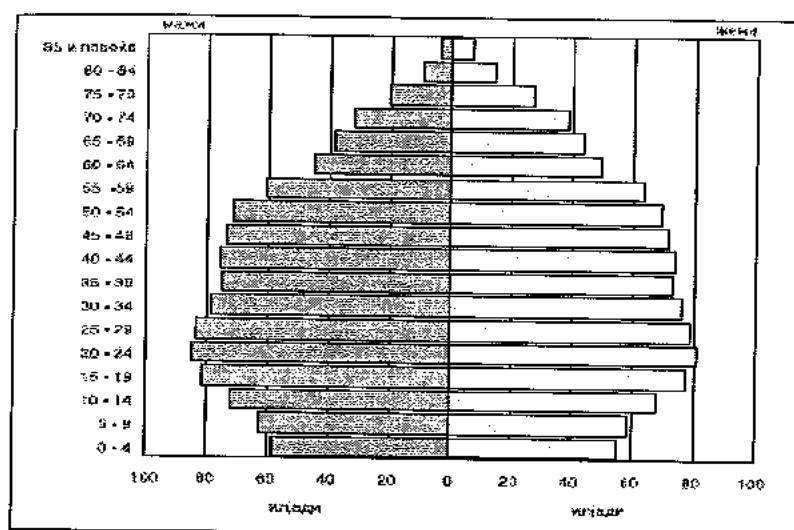
Бројот на стари лица и во Република Македонија покажува тренд на зголемување. Република Македонија со некаде околу 15 проценти старо население над 60 години, на Пописот на населението во 2002 година го надминува коефициентот на старо население од 12 проценти.^[6] Така во периодот од 1994 до 2010 година учеството на младото население (0-14 години) во вкупното население е намалено од 483.923 лица на 361.236 или за 25,4 проценти, додека учеството на старото население (65 и повеќе години) е зголемено од 164.678 лица во 1994 година на 239.756 во 2010 година или за 45,6 проценти.^[7] Така, во 1994 година учеството на населението на возраст од 0 до 14 години се намалило од 33,2 проценти

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

на 19,2 проценти во 2006 година, со прогнози тоа континуирано да се намалува на 17,4 проценти (во 2010 година), 15,4 проценти (во 2020 година) и 14,4 проценти (2030 година). Наспроти тоа, учеството на старото население се зголемува и тоа од 8,5 проценти (во 1994) на 11,2 проценти (2006). [8]

Зголемениот број на стари лица во едно општество, како што беше и претходно наведено се должи и на продолжениот животен век. Очекуваното траење на животот бележи тренд на зголемување, т.е. на мажите родени во 1995 година е 70,20 години, а на оние родени во 2009 година 72,50 години, додека кај жените зголемувањето е поголемо и се движи од 75,30 години за родените во 1995 година до 76,60 години за родените во 2009. [9]

Графикон бр. 1. Старосна пирамида на Република Македонија.



Извор : Државен завод за статистика на Република Македонија - Процени на населението на 30.06.2010 и 31.12.2010 според полот и возрастта , по општини и според статистички региони , Скопје , 2010 :11

Драматичното зголемување на популацијата над 65 години, доведе до потребата возрасната популацијска група да се подели на неколку субпопулацијски групи означени различно во зависност од возрастта или пак според друг критериум. Така постарата возрасна популација најчесто се дели на:

- Млади стари лица - лица на возраст од 65 до 74 години (изворно: „young-old“)
- Стари лица - лица на возраст од 75 до 84 години (изворно: „old“)

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

- Најстари стари лица - лица со возраст над 85 години (изврно: „*oldest-old*“)^[10]

Според SABA- класификацијата,^[11] лицата постари од 60 години се поделени на две субпопулацијски групи:

- Млади стари лица (изврно: „*young-old*“) во која група припаѓаат лица на возраст од 60 до 75 години и
- Најстари стари лица (изврно: „*oldest-old*“) - лица со навршени 75 години и постари

Една значително посложена класификација на старите лица е таа на Eurostat,^[12] која ја користи и Заводот за статистика на Република Македонија според која старите лица се поделени на старосни групи од по 5 години (65-69 ,70-74,75-79 , 80-84 и над 85 години).

Постои и таканаречена функционална класификација на лицата постари од 65 години во зависност од можноста за самостојно функционирање, од степенот на општетување на општото здравјето и од степенот на мобилност. Според овие критериуми старите лица се делат на:

- (1) здрави стари лица или посдноставно независни постари лица ,
- (2) функционално зависни лица или лица на кои им треба постојана помош од други лица и
- (3) вулнерабилни или кревки лица, како меѓу-степен на двете претходни.^[13]

Кога станува збор за институционализирани стари лица особено важен проблем со кои се сочуваат истите е нивната функционална онеспособеност и инвалидноста во однос на нивната мобилност. Геронтолошката функционална онеспособеност т.е. инвалидност најчесто настанува поради бројните заболувања кои се доминантни кај старите лица.^[14] Една од главните групи кои предизвикуваат геријатрички инвалидитет претставуваат фрактурните инвалидности, кои се причина за значителна инвалидност кај старите лица како и интернистичките инвалидности, односно инвалидност која потекнува од бројните хронични заболувања кои ги поседуваат старите лица.

Како физиолошки промени во староста се јавуваат намалување на острината на видот, намалување на капацитетот на акомодација на окото, презбиопија и намалување на ширината на видното поле.^[15] Кај старите лица се јавува и презбиакусија, забавено време на реагирање, намален сензibilитет за допир, како

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

и општо намалување на рефлексите.^[16] Ваквите појави не само што ја зголемуваат вулнерабилноста на старите лица, туку и се еден од главните причинители кои доведуваат до зависност од тута помош и се главни причини за институционализирање.

Други фактори пак ја зголемуваат вулнерабилноста на старите лица кон фрактурите. Тоа, пред се, се факторите кои делуваат на рамнотежата кај старите лица како и оние кои делуваат на перцепцијата на околината.^[17] Поради тоа, функционалната онеспособеност на старите лица е главно здравствено обележје на старите лица и главен критериум за институционална геријатриска грижа и евалуација на тераписките и палијативните мерки кај старите лица.

За да се испита мобилноста на старите лица нивната спретност во изведувањето на секојдневните активности, критериуми кои се земаат во предвид се: (1) нормално или отежнато облекување, (2) нормално или отежнато станување и (3) присуство или отсуство на нарушена рамнотежа.^[18] Заболувањата кои можат да предизвикаат инвалидност или нарушен мобилност кај старите лица се следниве: Неуролошки причини за нарушен мобилност (Мозочен удар или мултипни инфарктни зони во мозокот, Паркинсонизам, Алцхајмерова болест, Периферна невропатија, Вртоглавица, Лезии на 'рбетен мозок); Мускулно- скелеталини заболувања (Ревматоиден артритис, Деформација на 'рбетен столб, Мускулна слабоенет); Фрактури, спонтани или како последица на падови особено фрактури на фемур и колк или фрактури на потколеница; Пореметувања на сензитивните органи односно пореметен вид, пореметен слух или пак пореметен осет за допир; Постурална хипертензија; бројни интернистички заболувања како пад на крвен притисок, срцеви блокови и аритмии, акутен миокарден инфаркт, хипогликемија, хипотиреоза, анемија, дехидратација како и нарушување на минералниот состав на крвта (хипонатремија и хипокалемија и хиповитаминози).

Подобрувањето на здравствената заштита и социо-економските услови предизвикаа промени не само во возрасната туку и во здравствената структура на населението.^[19] Дефиницијата за општото и оралното здравје како отсътност на болест, при немање на соодветни маркери и дефиниции ја превзема дури и Светската здравствена организација. Здравјето во повеќето случаи не може да се дефинира само преку термините болест и заболување. Социо- медицинските и социо- денталните индикатори што овозможуваат физички, психички и социјални аспекти на живеењето исто така треба да се земат во предвид.^[20]

Оралното здравје е меѓу незагрижувачките проблеми во склоп на т.н. долгочарна нега (изворно: „long-term care“), за која со минимални интервенции

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

може да се постигне максимален бенефит во врска со квалитетот на живот, психолошка благосостојба и секако задоволство од животот кај возрасните.^[21]

Со бројните откритија во медицинската наука и подобрувањето на социо-економските услови, главната мисија на современите здравствени професионалци не е само да работат на продолжувањето на животниот век, туку можеби и позначајно е, на возрасните лица во подоцнежните години животот да им го направат малку попродуктивен и попријател.^[22]

Мултиморбидитетот како главна карактеристика укажува на присуство на бројни заболувања кај старите лица. Најчести заболувања кој ги зафаќаат постарите лица од двата пола се следниве: кардиоваскуларни заболувања, канцерозни заболувања, мускулно-скелетни пореметувања, дијабетес, ментални и невролошки заболувања, нарушувања на сензитивните органи, инконтиненција и посебно што се однесува на посиромашните земји - инфективните заболувања, како и нивни секвели. Кај постарите мажи, освен овие заболувања, значително влијание на квалитетот на живот имаат и канцерот на простата, Альцхаймеровата болест, срцева слабост и сл. Жените пак, во различни периоди од својата старост може да заболат и од рак на грлото на матката или на градата, коишто самите по себе носат зголемен морбидитет и морталитет.^[23]

Грижата за оралното здравје има уште една поголема и позначајна улога кај институционализираните стари лица поради тоа што постои асоцираност на денталниот статус со морталитетот и морбидитетот кај повозрасната популација. Holmlund и соработниците^[24] заклучиле дека загубата на забите може да индицира зголемен ризик запојава на сериозни општи заболувања.

Најголем број од институционализираните лица поседуваат најмалку едно хронично заболување, додека не е мал бројот ниту на индивидуи од оваа категорија со две или повеќе вакви заболувања. Според Administration of aging , во 1994 година застапеноста на хроничните заболувања, кои се најчести кај 100 повозрасни институционализирани лица се следниве: arthritis - кај 50 од испитаниците, хипертензија кај 36, срцеви заболувања кај 32, нарушувања на слухот кај 29, катаректа кај 17, ортопедски пречки имало кај 16, синузитис кај 15 и дијабетес кај 10 од испитаниците.^[25]

Проблемите при одењето и болката во зглобовите се најчестите здравствени проблеми кои се јавуваат кај постарите лица. Поради високата застапеност, тие не ја сметаат болката во зглобовите како здравствен проблем, а како доминантни здравствени проблеми ги наведуваат: кардиоваскуларните заболувања, дијабетес и

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

хипертензија.^[26] На тоа токму и се должи малата преваленција на артритисот кај старите лица.

Артритично-ревматичните заболувања се јавуваат кај апроксимативно половина од лицата постари од 65 години. Остеоартиритисот е најчестата форма на артритис, додека ревматоидниот артритис почесто го зафаќа женскиот пол. И артритис и ревматоидниот артритис може да ги афектираат темпоромандибуларните зглобови, што резултира со појава на дегенеративни промени на кондилите на темпоро-мандибуларниот зглоб. Според Пушевски, промените карактеристични за ревматоидниот артритис се присутни кај околу 50 проценти од старите лица, а рендгенолошки се забележуваат промени дури кај 80 % од возрасната популација. Клинички кај пациентите се јавува болка, особено на палпација во пределот на темпоро-мандибуларните зглобови, но описаны се и случаи на толку остра болка што пациентот не може да изврши отворање на устата, што погрешно може да се протолкува како тризмус.^[27]

Сјогреновиот синдром е хронично автоимунуно заболување почесто застапено кај возрасните индивидуи, чија главна карактеристика е сувата уста. Според Грличков,^[28] кај ова заболувања освен потешкотии при голтањето и зборувањето, промените на сетилото за вкус, промените на јазикот, кај две-третини од заболените од примарен Сјогренов синдром се регистрира зголемување на паротидните или на другите поголеми плунковни жлезди. Ова зголемување во вид на оток според истиот автор може да се јавува периодично, спорадично или кај некои тоа е хронично, а при тоа отокот може да биде унилатерален, но често во текот на еволуцијата на заболувањето станува билатерален.

Церебро-васкуларните инсулти во најголем број случаи се предизвикувачи на оневозможеноста за самостоен живот и инвалидност кај лицата над 65 години. Мускулната слабост честопати може да влијае на мускулите околу оралната празнина.^[29] Значајно кај овие лица е дека поради тешкотиите кои се јавуваат при грижата за нив во рамките на самите нивни фамилии, најчесто се сместени во установи за згрижување на стари и изнемоштени лица.

Нарушената мобилност кај старите лица, било да се институционализирани или не, ја намалува достапноста до здравствените установи за изведување на одредени интервенции во врска со превенција и третман на оралните заболувања. Ова особено се однесува на старите лица кои живеат во руралните средини, со поголема оддалеченост од урбантите центри, каде што или нема јавен транспорт или тој е доста редок.

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

Кај возрасната популација со стареењето се јавуваат и одредени психолошки проблеми и несигурност, за кои се смета дека се последица на присутните промени во васкуларизацијата, структурата и физиологијата на мозокот и од самиот социјален карактер на личностите. Оттука, кај повозрасната популација доста често се јавува психолошка несигурност која е поврзана со намалениот економски статус причинет од ниските приходи, намалена самопочит и губење на чувството да се биде потребен, како и од неможноста за изведување на одредени активности и физичките ограничувања.^[30] Доминантно влијание врз оралното здравје кај институционализираните стари има и недоволно познавање на значењето и техниките за одржување на орална хигиена.^[31]

Со зголемување на возраста кај хуманата популација настануваат неминовни промени како на целокупниот организам, така и во самата орална празнина и на денталниот статус. Кај возрасната популација со сите свои карактеристики, потребата од стоматолошка грижа и од одредени превентивни мерки, може да биде зголемена. Потврда за тоа е и податокот дека глобално во светот се забележува лошо орално здравје кај старите лица, доминантно кај институционализираните, и тоа пред се се однесува на бројот на загубени заби.^[32] Поради тоа во следните декади, докторите на стоматологија и дентална медицина ќе се соочат со предизвикот да овозможат соодветна стоматолошка грижа за зголемениот број на стари лица.

Оралното здравје претставува составен дел од целокупното здравје на една индивидуа, а го опфаќа здравјето на целокупната орална празнина, односно здравјето на самите заби, пародонталните ткива, оралната слузница во целост, плунковните жлезди и околните структури.^[33]

Рекурентниот кариес околу несоодветните или пак старите полнења и цервикалниот кариес или кариесот на коренот на забите се најчестите видови на кариес кај возрасните.^[34,35] Коренскиот кариес е посебен вид на кариес кој се карактеризира со присуство на кариозна лезија на еден или повеќе заби во пределот на коренот на забите (делот на забот кој е заштитен со цемент). Поради процесот на апикално миграирање на епителниот припој и присутната рецесија на гингивата, примарно место на настанување на деминерализацијата е цервикалниот регион, а со тоа кариесот го зафаќа денталниот цемент. Во цементот, кариозниот процес зафаќа доста голема површина и брзо се развива, што произлегува од неговата хистолошка и минеролошка структура. Процесот се случува на два начина: со директно распаѓање на цементот на местото на кариозната лезија и со одлупување меѓу дентинот и цементот заради продор на бактерии.^[36]

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

Според Alian и соработниците^[37] висока застапеност на коронарен дентален кариес и кариес на коренот се забележува кај старата популација насекаде низ светот и напреднатиот дентален кариес и пародонтална болест се сметаат како најзначајни причини за екстракција на забите. Факторите кои се земени во предвид како причини за зголемен ризик за појава на кариес и кај постарата популација ги вклучува и напаѓачките фактори (изврно: „attack factors“) како што се: денталниот плак, присуството на специфични микроорганизми и нутритивните фактори и одбранбените фактори (изврно: „defence factors“) како што се: протективната улога на плунката и употребата на флуориди.

Незадоволителните орално здравје и хигиена кај институционализираните стари лица се верифицирани и според истражувањето на Rihs и соработниците,^[38] кои се демонстрираат преку висок процент на изгубени заби и висока застапеност на анодонција.

Застапеноста на кариозни лезии на коренските површини во НР Кина според Du и соработниците^[39] кај средовечните лица е 13,1 проценти, и истата се зголемува кај старите лица каде изнесува 43,9 проценти.

Според Wyatt и соработниците^[40] околу 80 проценти од пациентите кој се сместени во установи за згрижување поседуваат најмалку една кариозна лезија, некаде околу половината имаат коронарен кариес и околу 70 проценти имаат коренски кариес. Просечно според ова истражување на еден пациент доаѓа по 3,8 кариозни заби и покрај големиот број на екстрагирани заби. Кај резидентите со продолжена нега стационирани во установи за згрижување присутни биле сигнификантно повеќе кариозни лезии локализирани на забните коронки.

При едно испитување според Gati и Vieira^[41] изведенено кај лицата постари од 75 години (средна возраст од 85 години) откриено е дека кај скоро сите (односно 97 проценти) од испитаниците е присутен кариес, додека две- третини од индивидуите кои учествувале во истражувањето имале коренски кариес, од кои кај некаде 20 проценти е нетретиран. Според ова истражување активен коронарен или коренски кариес е позастапен кај машката популација и кај лицата кои консумираат тутун во вид на цигари или пури.

Истрошеноста на цврстите забни ткива е карактеристична промена за старите лица. Поради кумулативниот ефект на силите кои делуваат во текот на животот и доведуваат до појава на ваквите состојби, кај старите лица може да се забележат сите три форми на загуба на цврстите забни ткива: ерозија, абразија и атриција. Ерозиите, кои се доста чести кај старите лица, претставуваат прогресивна

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

загуба на тврди забни ткива поради хемиски процес на киселинско разложување на истите без учество на бактерии, односно без присуство на дентален плак и без постоење на врска со одреден механички или трауматски фактор, или пак со денталниот кариес. Атриција пак, претставува загуба на цврстите забни ткива или на самите денталните реставрации и е предизвикана од интероклузалниот контакт при мастикација или при присуство на парафункционални движења. Станува збор за физиолошки губиток на забни ткива како последица на тој меѓу-забен контакт без присуство на надворешни супстанци, фактори или друг патолошки агенс. Токму поради тоа атрицијата ги зафаќа примарно оклузалните површини и инцизалните работи на забите. Абразијата, пак, претставува загуба на тврдите забни ткива предизвикан од дејство на механички фактори (како на пример четка за заби). Абразијата е постојана и се случува непрекинато во текот на целиот живот, а брзината на таквото случување е доста различна. Како последица на абразијата се менуваат облиците на инцизалните работи на фронталните заби и цвакалните површини на латералните заби, додека висината на туберите се намалува. Абразијата е физиолошки феномен и биолошки корисна појава се додека забната коронка премногу не се истроши и не се изобличи. Наслагите на секундарен дентин со којшто се заштитува пулпата, како еден вид на протективен механизам одат само до извесна мерка во чекор со абразијата. Со понатамошно напредување на абразијата настанува перфорирање на комората на пулпата, пулпата изумира и мора да се отстрани. Проблемот со абразија е чест кај старите лица и затоа тие најчесто имаат израмнети латерални заби и изобличени фронтални заби.^[42,43]

Повозрасните пациенти носители на парцијални протези се среќаваат со уште еден значителен стоматолошки проблем: појава на кариес во делот на вратот или на самиот корен на забите-носачи на протезите поради ретенционите делови на парцијалните протези. Нивното присуство го оневозможува соодветното ниво на орална хигиена, а воедно претставуваат и ретенциони места за насобирање на дентален плак.^[44]

Пулпата кај старите лица исто така претрпнува и одредени биолошки и физиолошки промени карактеристични за стареењето. Во текот на животот, пулпата е под влијание на бројни внатрешни и надворешни фактори кои го менуваат нејзиниот морфолошки изглед, хистолошка структура и реактивност. Под дејство на дентиногенезата настанува таложењето на секундарен и терциерен дентин на сидовите на пулпината комора. Овој процес е континуиран во текот на животот и поради тоа промените се најзабележливи кај старите лица. Резултат на

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

ваквото таложење на дентин по самите сидови на пулпината комора е редукција на пулпата во сите нејзини димензии.^[36,45]

Со зголемување на возраста се зголемува и дебелината на забниот цемент, појава што се базира на сукцесивното таложењето на нови слоеви на цемент. При тоа доаѓа до минерализација на делот од главните колагени влакна кои се локализирани во непоредна близина на цементот. Како последица на ваквото таложење, кај повозрасните лица дебелината на цементот е зголемена, и тоа многу повеќе апикално отколку цервикално (дебелината на цементот кај старите лица се движи меѓу 20-50 микрони цервикално и меѓу 150-200 микрони апикално).^[46]

Напредокот на пародонтопатијата се карактеризира со присуство на зголемена деструкција на пародонталните ткива. Деструкцијата на пародонталните ткива се согледува преку присуството и зголемениот клинички губиток на атачменот, но и преку присутната гингивална рецесија и ресорпција на алвеоларната коска. Пародонталната болест се смета дека не е неминовна последица на стареењето, но стареењето самото по себе се смета дека ја зголемува чувствителноста на пародонталните ткива.^[47] Врз напредокот на заболувањата на пародонталните ткива може да влијаат и некои други фактори како траума, системски заболувања, употребата на лекови, како и намалената орална хигена и хигената на протетските помагала.

Според Ставревска-Миновска и соработниците^[30] општата здравствена состојба кај постарите лица во значителна мерка се одразува и на здравјето на пародонталните ткива. Истите забележале и дека кај старите лица може да се сртне здрав пародонциум (исклучително ретко), понатаму кај лицата може да е присутна пародонтална инфекција или пак да станува збор за стари лица со лекуван пародонт.

Промените на пародонтот со годините стануваат се поевидентни. Така, според Lindhe и соработниците^[48] ширината на гингивата се зголемува со возраста. Со оглед на тоа што односот на долниот раб на маидибулат и мукогингивалната линија не се менува, може да се дојде до заклучок дека зголемувањето на ширината на гингивата, кај постарите лица, настанува поради тоа што забите постепено растат во текот на животот поради оклузалното губење на забна супстанца. Исто така, тие откриле дека постои зголемено присуство и зголемена гингивална рецесија со зголемување на возраста.

Според Ламевски и Ивановски^[49] постои висока и статистички значајна позитивна корелација помеѓу степенот на ресорпција на алвеоларната коска и

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

возраста на испитаниците. Најчесто присутна форма на пародонтална болест, кај постарите адулти е хроничната пародонтопатија. Поради хроничноста на оваа болест, најголемиот број од детектирани пародонтални нарушувања се резултат на акумулацијата на болеста со текот на времето .

Плунката е клучен елемент за оралната хомеостаза, оралните функции и одржувањето на оралното здравје. Најголем дел од бактериската популација која ги колонизира разните структури на усната шуплина се елиминираат преку процесот на голтање. Оваа одбранбена активност на организмор кај старите лица е намалена поради зголемената вискозност на плунката, бидејќи вискозната плунка нема доволна ефикасност во елиминација на јаглеидратите и бактериите како и серозната плунка. Дехидратацијата поврзана со намален внес на течности, емезис, дијареа или полиурија кај постарите може да ја влоши хипосаливацијата. Ксеростомијата се јавува и при дијабетес мелитус. Одредени психогени причини, како депресија, анксиозност, стрес или страв, можат исто така да резултираат со ксеростомија. Кај возрасната популација со Алцхајмерова болест или мозочен удар, Gupta и соработниците^[50] откриле дека пациентот иако се жали на сува уста, присутна е нормална секреција на плунка наспроти субјективната перцепција на пациентот.

Хипосаливацијата е ризик фактор не само за појава на денталниот кариес и пародонталната болест, туку исто така и за неправилности на вкусот, проблеми со говорот, проблеми со голтањето, лоша цвакална способност и малиутриција. Според Samnieng и соработниците,^[51] кај пациентите со хипосаливација има поголем број на кариозни заби и поголема преваленција и напреднатост на пародонтопатија отколку кај лицата со нормална саливација. Но, хипосаливацијата е асоцирана и со други фактори како што се полот, присутните системски заболувања, употребата на медикаменти и пушењето.

Повеќе од 400 лекови предизвикуваат ксеростомија, како несакан ефект при нивната употреба. Gupta и соработниците^[50] и Liu и соработниците^[52] во нивните истражувања откриле повеќе од 80 проценти од најчесто препишуваните лекови можат да предизвикаат ксеростомија. Дел од нив се следниве групи лекови: аналгетици, антипсихотици, антихипертензиви, антихолинергици, антихистаминици, диуретици, наркотици, цитостатици и др.

Според едно истражување на Urache и соработниците,^[53] застапеноста на ксеростомијата изнесува 60 проценти од старите институционализирани лица, кај двата пола подеднакво.

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

Застапеноста на мукозните лезии меѓу институционализираните возрасни лица е прилично висока и најфреквентни лезии на оралната мукоза кои се присутни се оние кои се индуцирани од носење на протези се протетскиот стоматитот и протетската хиперплазија. Најчести, пак алтерации на оралната мукоза кои не се поврзани со носење на мобилни протези се сублингвалните варикозитети и присуството на обложен јазик.^[54]

Ангуларниот хеилитис кој се развива кај постарите лица, се смета дека има комбинирана етиологија и истиот може да настане поради нарушената архитектура на меѓувиличните односи или пак на намалената екскреторна функција на саливарните жлезди. Истиот може да се манифестира унилатерално или билатерално и е најтипична промена кај постарите лица носители на протези. Постарите лица кај кои е присутен ангуларниот хеилитис имаат болки кои се потенцираат при јадење, а особено при манипулациите на вадење и поставување на денталните протези.^[55]

Според Мијіса и соработниците,^[56] 57 проценти од испитуваните стари лица поседувале една или повеќе орални лезии, асоциирани со носење на дентални протетски помагала, траума или користење на тутун. Лезиите кај лицата на возраст од 60 до 74 години биле значително позастапени кај лицата кои биле институционализирани, и кај неколку од нив биле презенитирани и над 4 орални лезии. Најчесто забележани лезии според ова истражување биле протетскиот стоматитис, оралната леукоплакија, присуство на хемангиом, орална меланотична макула, трауматски фибром, инфламаторна фиброзна хиперплазија и ангуларен хеилитис.

Според истражувањето на Nevalainen и соработниците,^[57] само кај 51 проценти од беззабните испитаници биле присутни тотални протези, додека кај 31 проценти од испитаниците кои поседуваат мобилни протези и неколку природни заби биле забележани некакви мукозни промени. Според ова истражување трите најчести лезии кои не се поврзани со носењето на мобилни протези, се промени на јазичната покривач, ангуларен хеилитис и сублингвални варикози. Најголем број на лезии се бенигни по природа, но тие имале потенцијал да станат малигни, особено ако постојат локални или системски предиспонирачки фактори.

Орофарингеалната кандидијаза е најчестата опортуна инфекција на усната празнина кај старите лица. Таа е предизвикана од прекумерниот раст на габите од *Candida spp*, од кој најчест предизвикувач е *Candida albicans*. Најчестите клинички презентации на ова заболување се протетскиот стоматитис, акутиот атрофичен глоситис и ангуларниот хеилитис. Преваленцијата на ова заболување кај

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

институционализираните стари лица се движи меѓу 13 и 47 проценти. Предиспонирачки фактори за појава на кандидијаза можат да бидат локални и системски. Локалните фактори вклучуваат постојано носење на протези, намалена саливарна секреција и слаба орална хигиена. Во групата на системски фактори се вбројуваат прекумерна употреба на антибиотици и други лекови, малнутриција, дијабетес, имуносупресија и малигнитети. Препорака на Laurent и соработниците^[58] е секојдневно миење и дезинфекцирање на протезите и нивно вадење во текот на ноќта, особено кај институционализираните стари лица со протези.

Candida spp има способност да се припојува за компонентите од акрилатот и за оралните епителни клетки. Според Ивановски и соработниците,^[2] оваа особина доаѓа до израз во присуство на зголемен внес на јаглехидрати во исхраната и во услови на неадекватна орална хигиена. Доколку се исполнети двата локални предиспонирачки фактори- намалени локални одбранбените способности на организмот и доколку е намалено лачењето на плунката, како што е случајот кај постарите лица, можноста за појава на кандидомикотична инфекција е многу поголема.

Постарите лица покрај тоа што имаат зголемен ризик за појава на хронични заболувања во усната празнина, вклучувајќи ги тута денталните инфекции (како кариес и пародонтопатија), голем број на екстрактирани заби, имаат и зголемена инциденца за појава на бенигни мукозни лезии и орален канцер. Според едно истражување Gonsalves и соработниците^[59] потврдено е дека најчести орални заболувања кај старата популација се ксеростомијата и оралната кандидијаза, најчесто клинички презентирана како псевдомембранизма кандидијаза, еритематозни лезии презентирани како протетски стоматитис или ангуларен хеилитис.

Стареењето кај некои постари лица се поврзано со намалена чувствителност на сетилото за вкус т.е. хипогеузија. Загубата на сетилото за вкус идицира не само промена на квалитетот на живот, туку исто така доведува до загуба на килограми и други сериозни здравствени проблеми кај возрасната популација која е институционализирана.^[60]

Екстракција макар и на еден заб доведува до отежнато цвакање, а по одреден временски период доведува и до поместување на забите, со што се нарушува артикулационата рамнотежа. Кога повозрасните лица ќе станат целосно беззабни, кај нив истовремено се нарушуваат повеќе активности, како што се исхраната, зборувањето, изгледот на лицето што се заедно придонесува за т.н старечки изглед. Ваквиот изглед се јавува не само поради губењето на забите, туку и поради губењето

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

на околните ткива кои ја обезбедуваат потпората на фацијалните ткива што се наоѓаат над природните забни корени. Со губењето на забите доаѓа и до губење на коскеното ткиво, пред се поради процесите на ресорпција. Кај пациентот кој бил изложен на долготрајно отсуство на дентални протези се забележува и нарушената артикулација на гласовите, иако говорот со текот на времето се нормализира. Коригирањето на дизартиријата настанува поради високоразвиените адаптибилни способности на околу-усната мускулатура, усните и јазикот. Со повторното поставување на протеза во устата, кај овие лица се јавува првобитен отпор за носење на протетските изработки поради тешкотиите при изговарањето на одредени гласови. Кај овие постари лица потребен е подолг период за нормализирање на фонација и артикулацијата на гласовите.^[61]

Според Allen и соработниците^[62] кога преостанатата дентиција има лоша прогноза, клучните заби мора да бидат зачувани како протезни стабилизатори и постепено да се планира транзицијата кон тотална беззабност. Кога се изработуваат протезите, истите можат да бидат ретенирани со употреба на дентални импланти за да се надминат проблемите асоциирани со конвенционалните мобилни протези. Ова особено се однесува на долната тотална протеза, на која најчесто се жалат пациентите.

Според Nazliel и соработниците^[63] тоталниот губиток на заби кај лицата меѓу 65 и 69 години е помала во однос на лицата кои имаат 75 и повеќе години. Околу една шестина од испитаниците, според истото истражување, не посетиле стоматолог во последните десет години, а само три проценти од нив посетиле стоматолог за контролен преглед во текот на последните шест месеци.

Krasta и соработниците^[64] забележале дека во последните децении меѓу пензионираните лица во високоразвиените земји бројот на преостанати заби е зголемен, додека бројот на нетретирани заби зафатени со кариес во развиените земји во текот на последните 20 години е намален .

По анализирањето на дисхомеостазата на стоматогнатниот систем, Scutariu и соработниците^[65] заклучиле дека присуството на мономаксиларна или бимаксиларна беззабност се зголемува со зголемување на возраста и е особено присутна кај институционализираните стари лица.

Со зголемувањето на возраста, како што се очекува, се намалува бројот на лицата кои ги поседуваат сите заби, т.е. со зголемувањето на возраста се зголемува бројот на лицата со тотална беззабност (5,35 проценти кај лицата од 35 до 55 години, 17,25 проценти кај лицата од 55 до 65 години и 45,33 проценти кај лицата над 65

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

(години). Со зголемувањето на возраста се намалува и бројот на преостанати заби без разлика на тоа дали старите живеат самостојно или се институционализирани.^[66]

Според едно истражување на оралното здравје кај институционализираните постари лица во Грција, оралната хигиена е нездадовителна кај над 80 проценти од испитаниците. Истото истражување укажува и на тоа дека над 60 проценти од денталните протези кај овие испитаници имале одреден недостаток или пак пациентите пријавиле одредени субјективни потешкотии во врска со нивното користење.^[67]

Според Vadiz и соработниците^[68], индикаторите кои укажуваат на квалитетот на оралната хигиена меѓу неинституционализираните стари лица е подобра од онаа кај лицата сместени во згрижувачки домови доколку се направи компарација на групи со иста возраст. Меѓу литванските пензионери кои најмалку еднаш годишно посетуваат стоматолог (контролна група во истражувањето), стапката на тоталната беззабност е релативно ретка, наспроти таа кај лицата згрижени во домовите, кои најчесто имаат беззабни вилици. Индикаторите кои се однесувале на протезирањето на лицата сместени во згрижувачки домови исто така се нездадовителни. Денталните протези биле користени со декади и голем број на згрижени лица и покрај индикациите никогаш не поседувале протези.^[69]

Најфреквентно забележана препрека за добра орална хигиена е тоа што негувателките и другите лица кои се одговорни за згрижување на старите лица не го земаат во предвид оралното здравје како приоритет или дел од дневните одговорности и активности за одржување на хигиената кај пациентите. Поради тоа, според Gil-Montoya и соработниците,^[70] во здравствените политики и протоколите за грижа за старите лица со сериозна функционална зависност мора доволно внимание да се насочи кон оралната хигиена. Наспроти извештаите според кои постои поврзаност меѓу недоволната орална хигиена со високите нивоа на морбидитет, особено кај постарите лица, сепак одржувањето на орална хигиена од страна на негувателките и другите лица кои им пружат помош на старите лица не е приоритет.

Според едно истражување на Alnag и соработниците,^[71] оралната хигиена кај институционализираните повозрасни лица не е на соодветно ниво. Според истите автори лошата орална хигиена е асоцирана со системски инфекции од кои најчести се респираторните инфекции како и нутритивни нарушувања и витамински дефицит .

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

Старите лица, особено оние што се институционализирани, во најголем број случаи не побаруваат каква било стоматолошка здравствена заштита. Доколку некој од преостанатите заби е зафатен со кариес најчесто е игнориран од страна на пациентот и конечно доаѓаат на стоматолог кога се јавува силна болка.^[71]

Кај повозрасните стари лица општото здравје и оралното здравје се асоцирани, иако влијанието на орално здравје е асоцирано со општото само кај оние кои имаат повеќе и посериозни проблеми, индицирајќи на тој начин дека оние со лошо здравје имаат и посериозни орални проблеми.^[72]

Иако структурното и функционалното здравје на устата и забите претставува важен фактор на општото здравје, тоа влијае и на квалитетот на живот, особено на можноста на индивидуите да се хранат, да се смеат и да комуницираат. Оралното здравје се рефлектира врз целокупниот социјално-психолошки живот на постарите лица.^[73] Според MacEntee и соработниците^[74] во случај на нетретирани орални заболувања, особено кај постари индивидуи со сериозна инвалидност, можат да се јават сериозен дискомфорт и значителни физиолошки и психолошки проблеми. Ова може да настане во случај на нетретирани орални заболувања особено кај постари индивидуи со сериозна инвалидност, како кај старите лица кои се институционализирани.

Постои поврзаност на оралниот и денталниот статус со морталитетот и морбидитетот кај повозрасната популација. Heitmann и соработниците^[75] во својата студија заклучиле дека загубата на забите може да индицира зголемен ризик за кардиоваскуларни заболувања и инфаркт.

Исто така и беззабноста, особено тоталната беззабност е асоцирана со нарушувања на системското здравје и зголемен морталитет особено со зголемување на возраста. Anasai и соработниците^[76] откриле дека загубата на забите е сигнификантен показател на морталитетот, особено кога е поврзана со социо-економскиот статус.

При стоматолошката работа со старите лица од особено значење е дијагностика на специјалните потреби кои се јавуваат кај нив и секако да се направи соодветно планирање на третманот кое нема да има влијание на здравјето и потребите на истите. Големо влијание врз планирањето на третманот има и општото здравје на старите лица, кое најчесто е компромитирано.^[77]

Меѓу лицата сместени во домови за згрижување кои имаат парцијална беззабност во најголем број на случаи во оралната празнина имаат преостанато само неколку заби кои имаат потреба од третман. Мобилните и фиксните дентални

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

протези употребувани од страна на пациентите не ги задоволуваат критериумите за квалитет. [78]

Според Wårdh и соработниците,[79] околу 90 проценти од пациентите институционализирани во згрижувачки институции сметаат дека грижата за оралното здравје е важен дел за добрата грижа (изврно: „nursing“). Според истите автори и покрај позитивното однесување кон оралното здравје, важно е да се овозможи формална едукација за персоналот од згрижувачките домови, особено насочувајќи се кон зачувување на што е можно поголем број на заби кај самите институционализирани стари лица.

Според Nitschke и соработниците,[80] пожелно е кај постарите лица со одредени пречки, физички или психички, да се постигне исто ниво на орална хигиена како и кај лицата без недостатоци. Денталната грижа би требало да ги компензира сите дефицити кај лицата со што би се постигнал истиот стандард на орално здравје.

Базични принципи при обезбедувањето на соодветна орално- здравствена заштита кај изнемоштените и болни стари лица според de Vries и соработниците[77] се следниве: совладување на соодветните третмани, адаптирање на стандардните третмани, земање во предвид на ограничната адаптибилност на старите лица и секако значително повеќе внимание да се насочи и кон улогата на членовите на семејството и медицинскиот персонал задолжени за грижа на институционализираните стари лица.

Многу држави во светот веќе одамна имаат изгответо стратегии за унапредување на оралното здравје кои се однесуваат на старите лица. Во Република Македонија, за сега, не е изработена Стратегија за подобрување на оралното здравје на институционализираните стари лица над 65 години^[81]. За подобрување на оралното здравје кај старите лица неопходно е изработка Стратегија за подобрување на оралното здравје кај старите лица над 65 години, која би се вградила во Националната стратегија за подобрувањето на здравјето на населението во Република Македонија. Секако во рамките на ваквата стратегија значително место треба да заземе стратегија и протоколот за промоција и превенција на оралното здравје кај институционализираните стари лица и секако да се постават основите на еден Водич за одржување на оралната хигиена во домовите за згрижување на старите лица, како значаен фактор во превенцијата на денталните и оралните заболувања.

ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

Со постоењето на стоматолошките тимови во центрите за згрижување на стари лица може да се дојде до значителна редукција на стоматолошките проблеми кај старите лица. [82]

Цел на трудот

Цел на трудот

8. Да се испита застапеноста на ксеростомијата кај институционализираните стари лица;
9. Да се одреди колкав процент на институционализираните стари лица користи протетски помагала.

Материјал и метод

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

За реализација на поставената цел беше спроведено истражување во период од април до јули 2013 година, во одделението „Мајка Тереза“, кое функционира во рамките на ЈЗУ Геронтолошки завод „Тринаесетти ноември“-Скопје.

Испитувана популација

Испитувањето опфати вкупно 73 испитаници кои се постари од 65 години. Во оваа установа за згрижување најголем дел од институционализираните лица се функционално- зависни индивидуи, кај кои доминираат хронични заболувања.

При изведувањето на испитувањето исклучени се сите лица кои се наоѓаат во терминална фаза на болеста, деменција и сите индивидуи кои имаат когнитивни нарушувања, пациенти кај кои е поставена назогастрнична сонда и пациенти кои се поставени на вештачка вентилација. Исто така сите индивидуи кои не соработуваат поради различни бихејвиорални нарушувања, агресија или пак не дозволуваат да им се изврши клинички преглед не се вбројани во самата испитувана група. Од испитувањето исклучени се и лицата кои не го разбираат македонскиот јазик.

Субјектите кои се вклучени во испитуваната популација за време на испитувањето одговараа на прашања со чија помош требаше да се откријат ризичните фактори кои се одговорни за присутните состојби на оралното здравје како и нивните навики во одржувањето на оралната хигиена. Кај истите е извршен клинички преглед со цел објективно да се забележат различните промени на оралното здравје.

Анамнеза

Пред изведувањето на клиничкиот преглед, а со цел добивање на комплетна слика за оралното здравје кај институционализираните лица сместени во оваа установа, извршено е интервју на испитаниците.

Од самото интервју се добиени податоци во врска со:

1. Демографските карактеристики на испитуваната популација
 - 1.1. Возраст.
 - 1.2. Пол.
 - 1.3. Ниво на едукација т.е. образовен профил на испитуваната група.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

- 1.4. Професија, односно активност со која се занимавале испитаните лица во текот на нивниот живот.
2. Општото здравје на испитуваната популација
 - 2.1. Должина на времето поминато во институцијата (времетрење на институционализираноста)
 - 2.2. Главна причина за институционализирање
 - 2.3. Листа на доминантни општи заболувања
 - 2.4. Употреба на лекови, особено оние кои како несакан ефект предизвикуваат ксеростомија
 - 2.5. Мобилност и присуство на болка при движењето кај испитуваните институционализирани лица
 - 2.6. Сопствена субјективна проценка на потребите од туѓа нега и помош

Во случаите кога постоеше неможност за добивање на релевантни податоци од самиот пациент, истите се добиваат во соработка со лекарите или другите лица кои се одговорни за нив, по заедничко проучување на историите и медицинските белешки на згрижените пациенти.

3. Ставовите на испитаниците за сопственото орално здравје и хигиена
 - 3.1. Како пациентот субјективно ја проценува состојбата на своето забало
 - 3.2. Како пациентите водат грижа за оралното здравје односно нивните активности поврзани со одржувањето на оралната хигиена. Овој дел од анкетата се однесува пред сé на тоа колку пати дневно четкаат заби, кои се средствата кои се користат при одржување на оралната хигиена и дали сметаат дека самите може да извршат солидно четкање на забите
 - 3.3. Какво е користењето на стоматолошки услуги т.е. кога е извршена последната интервенција на стоматолог (пред максимум 6 месеци, пред 6-12 месеци или пред една и повеќе години).
 - 3.4. На колку време и дали вршат контролни прегледи на својата уста и заби (секои шест месеци, секои 12 месеци или посетуваат стоматолог само по потреба)
 - 3.5. Дали носителите на мобилни протези изведуваат нивно редовно чистење
 - 3.6. Дали сметаат дека цвакањето и неговата ефикасност се задоволителни
 - 3.7. Дали забележале присуство на крварење од гингивата или пак расклатени (мобилни) заби

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

- 3.8. Дали носат и дали имаат проблеми со носење на мобилни протетски помагала.

4. Дали имаат субјективно чувство на сувост во устата. За одредување на степенот на изразеност на ксеростомијата се користи прашалникот препорачан од Carda и соработниците.^[83] Овој прашалник се состои од четири прашања на кои треба да одговараат испитаниците и тоа:

Прашање В: Колку плунка има во вашата уста? малку / доволно / многу

Прашање С: Да ли имате потешкотии со голтањето на храната? да / не

Прашање D: Да ли имате потреба да земате течност за да се олесни
голтањето на храната? да / не

Врз основа на одговорите на овие прашања ќе се определува степенот на изразеност на ксеростомијата:

- Лесна ксеростомија или Ксеростомија 1: кога е позитивен одговорот само на прашањето под А
 - Средна ксеростомија или Ксеростомија 2: кога е позитивен одговор на прашањето под А и уште еден друг позитивен одговор (B, C, или D)
 - Тешка ксеростомија или Ксеростомија 3: кога е позитивен одговор на прашањето под А и уште два други позитивни одговори (B, C, или D)

5. Дали имаат потреба од стоматолошки интервенции и која е нивната доминантна стоматолошка потреба

Пред изведувањето на интервјуто на испитуваната популација, направена е соодветна адаптација на вокабуларот на потребното ниво и со користење на соодветна терминологија им се објаснети деталите во врска со испитувањето и целите на истражувањето. Интервјуата се вршени по добиената вербална согласност за учество на пациентот во испитувањето.

Интервјуата се изведувани во сите на пациентите, во просторија одредена за тоа или пак во ординација, секогаш почитувајќи ги основните постулати за зачувување на приватноста и дигнитетот на пациентот.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

Клинички преглед

Со цел да се направи објективна проценка на состојбите на орално здравје на институционализираните стари лица извршен е и орален преглед кои опфати повеќе сегменти:

- 1) Визуелно откривање на бројот на преостанатите заби и заостанати корени.
- 2) Определување на КЕП-индекс или DMFT-индекс (изворно:D-„Daceyed“-Кариозен, M-„Missing“-екстрактиран, F-„Filling“-пломба). Постоењето на забен кариес во текот на истражувањето се открива само со помош на дентално огледалце и сонда без користење на дополнителни или помошни инструменти и методи.
- 3) Хигиена на мобилните протетски помагала. Хигиената на мобилните протетски помагала е проценета како одлична (доколку не е присутен денатален плак или има само неколку мали места со дентален плак), добра (протеза со присуство на дентален плак повеќе од претходното наведеното, но помалку од половина од протезната база), и нездадовителна (кога повеќе од половина од протезната база е покриена со дентален плак, пигментации и цврсти депозити). Одредувањето на состојбата на хигиената на протетските помагала е извршена само на лицата кои носат мобилни парцијални или тотални протези.
- 4) Определување на симлифицираниот OHI индекс по Green Vermilion се користи за проценка на присутното количство на дентален плак и забен камен на преостанатите заби кај испитаниците.

Посебен проблем при определувањето на овој индекс претствува недостатокот на заби кај индивидуите. Поради тоа направена е одредена модификација на самиот индекс.

За определување на овој индекс се користи репрезентативна група на заби: првиот лев и десен горен молар, десниот горен и левиот долен централен инцизив, и на нив се одредува присуството на дентален плак на вестибуларната страна, додека на долните први молари се определува присуството на дентален плак од лингвалната страна. Присуство на дентален плак се одредува со лизгање на сондата по површината на забот. Забната површина се дели на три третини: гингивална, средна и

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

оклузална. Според тоа колкав дел од забот по трстини е зафатен со дентален плак така и се проценува присуството на дентален плак.

За секој репрезентативен заб претходно дефинираната страна на забот се проценува присуството на дентален плак според следнава нумеричка скала: со 0 се означува отсуство на дентален плак, со 1- постои присуство на меки наслаги и дентален плак присутни на една третина од површината на забот, 2- меки наслаги и дентален плак присутни на повеќе од една третина, а помалку од две-третини од површината на забот, 3- меки наслаги и дентален плак присутни на повеќе од две третини од површината на забот. Вредностите за секој заб се собираат и се делат со бројот на испитуваните површини- 6.

Присуството на дентален плак се проценува на тој начин што доколку вредностите за индексот се движат до 0,6 тогаш станува збор за задоволителна т.е. добра орална хигиена, додека вредностите за овој индекс над 1,9 се сметаат за незадоволителни, односно имаме присуство на големо количество на дентален плак.

Вреднување и квантификацирање на присуството на забен камен се врши на истите репрезентативни заби и според истиот критериум на дадените забни површини при што со 0 се означува дека нема присуство на забен камен, со 1-забниот камен е присутен на една третина од површината на забот, со 2- забниот камен присутен на повеќе од една третина, а на помалку од две-третини од површината на забот и со 3-забниот камен е присутен на повеќе од две третини од површината на забот. Вредностите за присуството на дентален плак за секој заб се собираат и се делат со бројот на испитуваните површини - вкупно 6.

За да се направи проценка на целокупната орална хигиена се собираат вредностите за забниот камен со истите од присуство на дентален плак, како средна вредност. Доколку вредностите се во рангот до 1,2 тогаш оралната хигиена е добра, додека доколку вредностите се над 3,1 тогаш резултатите се незадоволителни.

Поради енормните разлики во денталниот статус како и присуството на протетски помагала кај одреден број на испитаници не бевме во можност да го користиме овој индекс за проценка на присуството на дентален плак и забен камен.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

5) Одредување на присуството на орално-мукозни промени. Испитувањето се однесува на застапеност на мукозните промени, како и нивната поврзаност со постоечките протетски помагала.

При описувањето на промените на мукозата користени се два диференцирани термини-

- лезија или патолошка промена и
- варијација на нормалната состојба.

Доколку станува збор за промена предизвикана од специфичен и определен патолошки процес, со специфична етиологија, доколку за присутната промена е потребен третман и доколку таа не се лекува има лоша прогноза се означени како орални лезии. Промените кои клинички се експресираат без видливи нарушувања, кои не бараат третман се означени како варијации од нормалата на оралната слузница.

Промените на оралната лигавица се поделени и според нивната поврзаност со носењето на протетски помагала. Лезиите кои се присутни кај испитаниците може да се сметаат за поврзани со носење па протезите само доколку се локализирани на оралната мукоза под протезната база и ако не постои друго поконкретно објаснување за нивната појава под самата протезна база.

Дијагнозата на орално-мукозните промени е само врз основа на визуелна инспекција, односно параклиничките испитувања и биопсијата како дијагностичка постапка не се користени .

6) Процена на пародонталниот статус со помош на индексот на пародонтална болест на Рамфјорд. За процена на периодонталниот статус кај испитуваната група користен е индексот на пародонтална болест на Рамфјорд од 1959 година. За одредување на индексот се користат шест заби (16,21,24,36,41,44). Големиот број на изгубени заби кај испитуваната популација доведе до неможност овој индекс доследно да се примени. Доколку е забележано дека недостасува некој од репрезентативните заби се врши негова замена. Па, така доколку недостасува еден од премоларите или моларите тој беше заменет со првиот заб кој е локализиран подистално од репрезентативниот заб, доколку недостасува некој од репрезентативните инцизиви, тогаш тој беше заменет прво со некој од контраплатералните централни инцизиви, потоа, доколку и тој недостасува земена е во предност вредноста за

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

соседниот латерален инцизив, а доколку и тој недостасува земена е вредноста за спротивниот латерален инцизив. Во случај на недостаток на некои од замените (отсуство на сите инцизиви или пак немање на заби дистално од вториот молар) тогаш тој заб не се заменува, а индексот се добива како просечна вредност на испитаните страни на преостанатите присутни заби.

За исполнување на целите на овој труд е користена само гингивалната и периодонталната компонента на овој индекс. При нашето испитување прво се одредуваше гингивалниот статус. Во зависност од критериумите состојбата се проценува со нумеролошки вредности од 1 до 3. При испитувањето на состојбата на гингивата во предвид се земени следниве критериуми: боја, положба, конзистенција и присуство на ексудат на самата гингива. Така доколку промените се мали и зафаќаат одредени делови само на една површина од забот тогаш имаме вредност 1 според предложените вредности на индексот. Ако промените се локализирани на повеќе од една површина, но притоа не ја завземаат површината на гингивата околу целиот заб имаме вредност 2. Доколку промените се локализирани на гингивата околу целиот заб и ја завземаат гингивата со целата нејзина должина, а притоа немаме присуство на пародонтални требови според индексот имаме вредност 3.

Потоа се одредуваше присуството на пародонтална болест преку присуството и големината на клиничкиот губиток на припојот. Според овој критериум се одредува клиничкиот губиток на припојот на секоја од површините на забот (мезијална, дистална, букална и лингвална страна). Букалните и лингвалните мерења се изведувани на средината на букалната односно лингвалната површина. Мерење на средината се врше и при апраксималните мерења во случај на отсуство на соседен заб. При мерење на клиничкиот губиток на припојот на апраксималните страни при постоење на контактен заб, се врше мерење на букалните делови од интерпроксималните површини. Проценетите вредности се нумерираат со број 4, 5 или 6, додека во крајниот резултат вредноста се зема како просечна за секој испитуван заб. Крајниот резултат се добива како количник од добиената просечна вредност на сите испитувани заби со бројот на испитуваните заби.

Како референтни вредности при мерењето на клиничкиот губиток на припојот земени се следниве критериуми: присуство на клинички

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

губиток на атachment до 3 mm, присуство клинички губиток на атachment од 4- 6 mm и присуство на периодонтален ѕеб над 7 mm. Па при одредувањето на индексот вредност 4 имаме во случај на присуство на клинички губиток на атachment до 3 mm, вредност 5 кога имаме клинички губиток на атattachment од 4 до 6 mm и вредност 6 кога имаме присуство на клинички губиток на атachment на забот над 7 mm .

7) Определување на потребата и присуството на протетски изработки

Стоматолошкиот клинички преглед се извршуваше во самата установа, во сординација или во собите на институционализираните стари лица или во просторија одредена за таа намена во зависност од зафатеноста на просториите. Прегледот на испитуваните лица се изведуваше на пациент седнат на столче, легнат во кревет или пак сместен на инвалидска количка.

При прегледот се користеа дентална сонда, стоматолошко огледалце и ракавици за еднократна употреба и портабл ламба за аретфициелна илуминација. По прегледот искористените инструменти и медицински ракавици за еднократна употреба се складираа на соодветни места за складирање на медицински отпад.

Податоците добиени од анамнезата и клиничкиот преглед откако беа собрани и беа соодветно статистички обработени.

За статистичка обработка ќе се употреби специјален софтвер за статистичка обработка на податоците- Statistica 7.1. Бидејќи станува збор за дескриптивна статистика во анализата на податоците беа применети следните статистички методи:

1. Кај сериите со нумерички белези се одредуваше $\bar{X} \pm \text{Stand.dev.}, \pm 95.00\%$ CI, минималната и максималната вредност на анализираните параметри;
2. Кај сериите со атрибутивни белези се одредуваа проценти на структурата;
 - 2.1. Кај сериите со атрибутивни белези, вкрстувањето на одредени анализирани параметри и тестирањето на значајноста на разликите беше извршено со примена на Crosstabulation Tables (χ^2);

Резултатите се претставени со помош на табели и графикони.

РЕЗУЛТАТИ

Резултати

Во овој дел од трудот презентирани се резултатите добиени од истражувањето кое беше спроведено во периодот од месец април до месец јули 2013 година во Одделението „Мајка Тереза“, на ЈЗУ Геронтолошки завод „Тринаесетти ноември“ – Скопје. Истото опфати вкупно 73 лица кои се постари од 65 години кои беа сместени во самиот оддел.

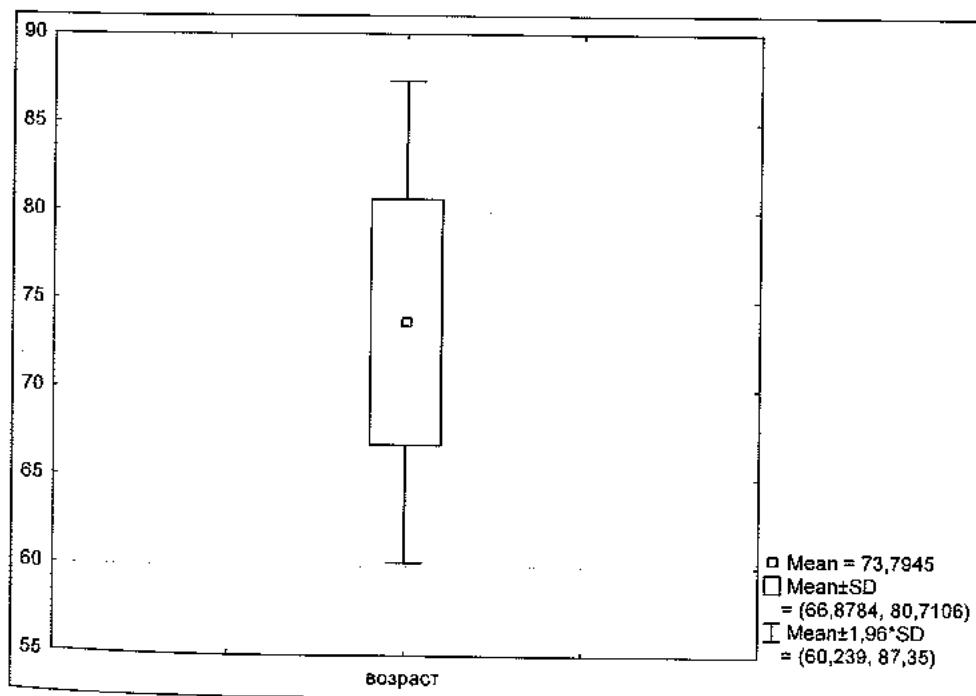
РЕЗУЛТАТИ ДОБРИЕНИ ПО ОБРАБОТКАТА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ОДГОВОРИТЕ НА СПРОВЕДЕНИОТ ПРАШАЛНИК

Демографски карактеристики на испитуваната популација

Со оглед на тоа дека голем број на надворешни фактори може да влијаат на оралното здравје, на почетокот во делот резултати се обработени податоците кои се однесуваат на социо-демографските карактеристики на испитуваната популација-взраст, пол, образовен профил, професија и мајчин јазик.

Средната возраст на учесниците во истражувањето изнесува 74 години (попточно $73,79 \pm 6,92$ години, со опсег од 65-93 години со Confidence interval од 73,18 до 75,41 години) (графикон бр. 2.).

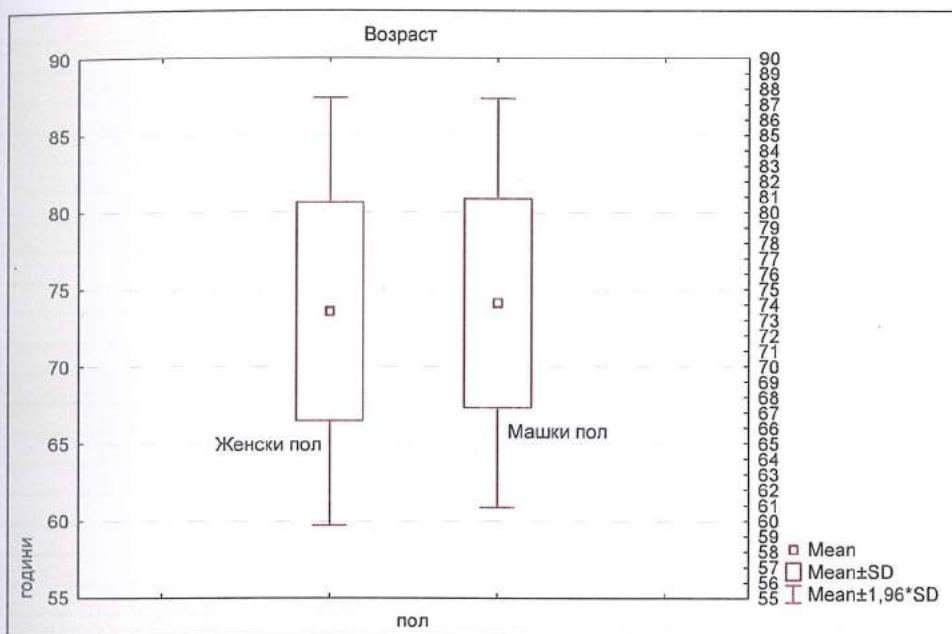
Графикон бр. 2. Средна вредност за годините на испитуваната популација



РЕЗУЛТАТИ

Средната возраст за машките испитаници изнесуваше 74 години ($74,14 \pm 6,76$ години), додека за жените изнесуваше 73 и пол години ($73,58 \pm 7,08$ години). (графикон бр. 3.)

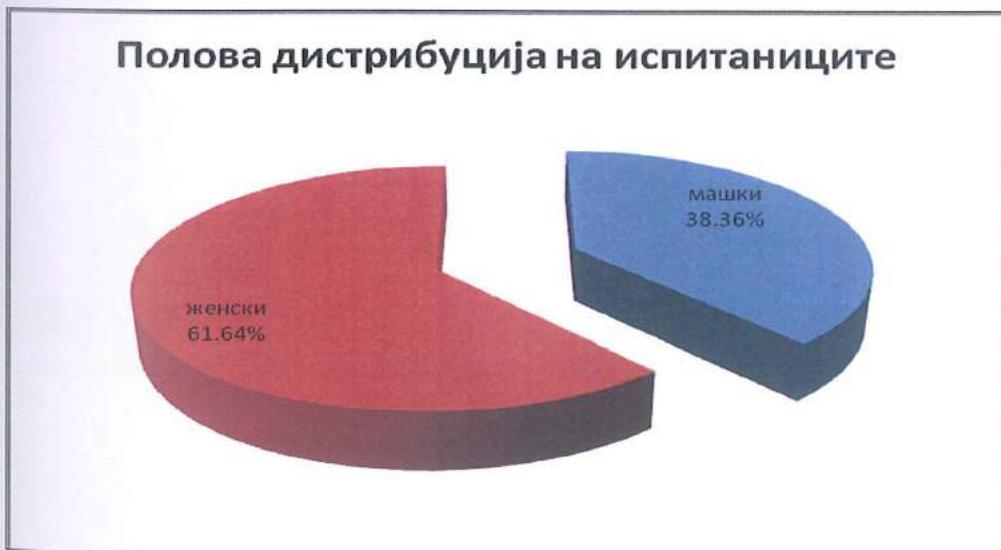
Графикон бр. 3. Средна вредност за годините на испитуваната популација во зависност од полот



Најголем број на испитаници е на возраст од 65-70 години (околу 40 %), додека само еден пациент е во групата над 90 години (93 години). (табела бр. 1.)

Испитаниците од женски пол во испитуваната група се побројни во однос на испитаниците од машкиот пол (61,64 % наспроти 38,36%). (графикон бр. 4.)

Графикон бр. 4. Полова дистрибуција на испитаната популација

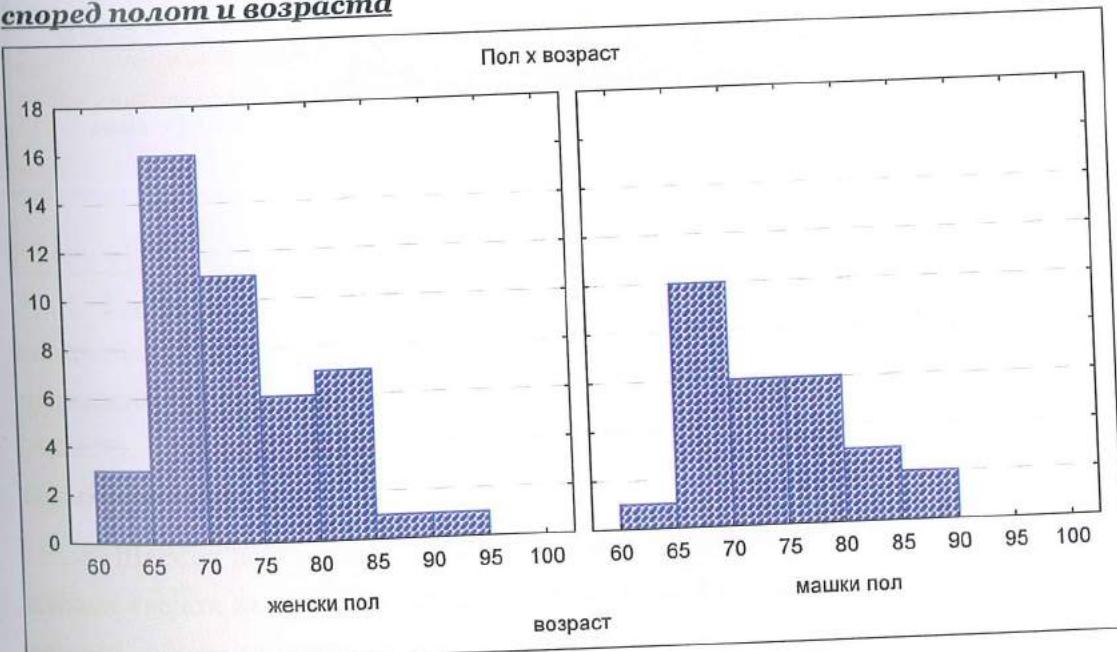


РЕЗУЛТАТИ

Табела бр. 1. Класификација на испитуваната популација според возрастта

Возраст	Женски пол		Машки пол		Вкупно за двета пола	
	Број на испитаници	Процент	Број на испитаници	Процент	Број на испитаници	Процент
65	3	4,11 %	1	1,37 %	4	5,48 %
66	5	6,85 %	1	1,37 %	6	8,22 %
67	4	5,48 %	5	6,85 %	9	12,33 %
68	3	4,11 %	3	4,11 %	6	8,22 %
69	2	2,74 %	1	1,37 %	3	4,11 %
70	2	2,74 %	0	0,00 %	2	2,74 %
71	1	1,37 %	0	0,00 %	1	1,37 %
72	2	2,74 %	0	0,00 %	2	2,74 %
73	3	4,11 %	1	1,37 %	4	5,48 %
74	3	4,11 %	4	5,48 %	7	9,59 %
75	2	2,74 %	1	1,37 %	3	4,11 %
76	2	2,74 %	1	1,37 %	1	1,37 %
77	0	0,00 %	1	1,37 %	2	2,74 %
78	1	1,37 %	1	1,37 %	3	4,11 %
79	2	2,74 %	1	1,37 %	3	4,11 %
80	1	1,37 %	2	2,74 %	1	1,37 %
81	1	1,37 %	0	0,00 %	1	1,37 %
82	0	0,00 %	1	1,37 %	5	6,85 %
83	4	5,48 %	1	1,37 %	3	4,11 %
84	2	2,74 %	1	1,37 %	1	1,37 %
86	0	0,00 %	1	1,37 %	2	2,74 %
88	1	1,37 %	1	1,37 %	1	1,37 %
93	1	1,37 %	0	0,00 %	1	1,37 %
Вкупно	45	61,64 %	28	38,36 %	73	100 %

Графикон бр. 5. Графички приказ на испитуваните стари лица според полот и возрастта

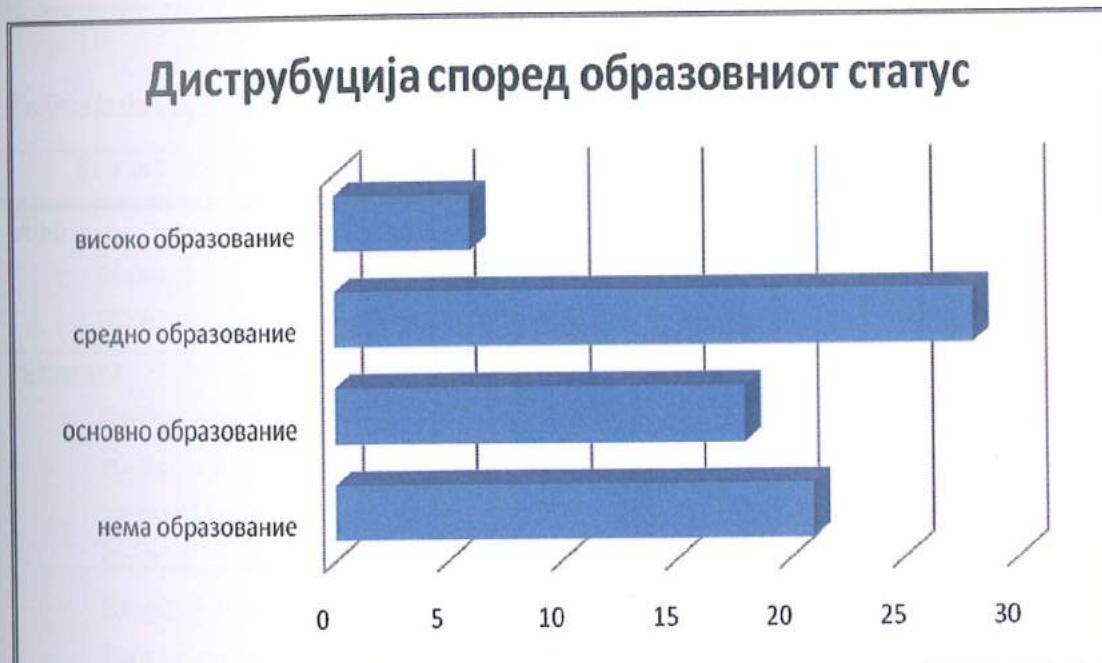


РЕЗУЛТАТИ

На најголем број од испитаниците мајчин јазик им е македонскиот јазик (83,56 %), додека албанскиот јазик е мајчин на 4,11 % од испитаниците. Турскиот јазик и ромскиот јазик се мајчин јазик на по еден испитаник (т.е. на 1,37 % од испитуваните институционализирани стари лица). Српскиот јазик за свој мајчин јазик го сметале 7 испитаници- 9,59 % од испитаниците.

Обработените податоци кои се однесуваат на образовниот профил на испитуваните лица укажуваат дека процентот на испитаници со средно образование е најголем. Процентот на лицата со завршено основно образование е помал, додека најмал број на испитаници имаат завршено високо образование. Висок е и процентот на испитаници кои не поседуваат основно образование (28,77 %). (графикон бр. 9.)

Графикон бр. 6. Дистрибуција на испитаната популација според завршеното образование



Најголем дел од испитуваните стари лица во текот на животот вршеле општествена дејност (67,18 %) за што примаат пензии, додека најмалку од испитаниците се занимавале во текот на животот се занимавале со земјоделство (8,22 %). Голем дел од испитаниците од женскиот пол во текот на животот биле домаќинки (16,44 %).

Шест од испитаниците (8,22 %) спаѓаат во групата на издржувани лица кои поради својата деловна неспособност не можеле да се занимаваат со било каква дејност и за нивната грижа се одговорни центрите за социјална работа. (графикон бр. 7.)

РЕЗУЛТАТИ

Графикон бр. 7. Класификација на испитуваните лица според професијата



Табела бр. 2. Социо-демографски карактеристики на испитаниците

Карактеристика	Број	Процент
Пол		
Машки	26	38,36 %
Женски	45	61,64 %
Возраст		
65-69 години	30	41,12 %
70-74 години	17	23,28 %
75-79 години	12	16,43 %
80-84 години	10	13,69 %
85-90 години	3	4,11 %
Над 90 години	1	1,37 %
Мајчин јазик		
Македонски	61	83,56 %
Албански	3	4,11 %
Други	9	12,33 %
Образовен статус		
Без основно	21	28,77 %
Основно	18	24,66 %
Средно	28	38,56 %
Високо	6	8,22 %

РЕЗУЛТАТИ

откриени во истражувањето се и несоодветната материјална состојба (12,33 %), нерешеното станбено прашање (16,44 %) и семејното насилиство врз старите лица (2,74%). Како доста значајна причина за институционализирањето на старите лица се напоменува и самата социјална служба која поради потребата од нивна социјална заштита ги згрижува ранливите групи на стари лица во соодветните установи (кај 13,69 % од испитаниците). Старите лица многу ретко се институционализирани на свое барање (само кај 2,74 % од испитаниците).
(графикон бр. 9.) , (табела бр. 3.)

Графикон бр. 9. Поделба на испитуваните лица според причината за институционализирање



Табела бр. 3. Класификација на испитуваната популација според причината за институционализирање

Причина за институционализирање	Број на испитаници	Процент од вкупниот број на испитаници
нemожност за самостоен живот	38	52,05 %
несоодветна материјална состојба	9	12,33 %
нерешено станбено прашање	12	16,44 %
семејно насилиство	2	2,74 %
социјална служба	10	13,69 %
на сопствено барање	2	2,74 %

РЕЗУЛТАТИ

Општо здравје на испитуваната популација

Во делот на резултатите кои се однесуваат на општото здравје обработени се податоците кои се однесуваат на доминантните заболувања и лекови кои ги примаат испитаниците, како и присуството на нарушената и болна општа мобилност и сопствената проценка за потребата од туѓа помош.

Сите од испитаниците се медицински компромитирани т.е. поседуваат најмалку едно или повеќе општи заболувања и од тие причини употребуваат различни медикаменти. Испитаните субјекти покажуваат широк дијапазон на системски заболувања (кардиоваскуларни 68,50 % ; ментални и психички заболувања 43,87 %; ревматоидни 31,51 %; метаболно-ендокринолошки заболувања 21,19 %, деформитети на 'рбетот 16,44 %; невролошки заболувања 13,70 %; заболувања на очите 13,70 % и на ушите 6,85 %; заболувања на дигестивните органи 8,22 %, додека кај 2,74 % од испитаниците постои некакво малигно заболување).

Најчести заболувања кај испитуваната популација се: артериска хипертензија (39,73 %), ревматоиден артритис (30,17 %), психози (21,91 %) , шекерна болест (19,18 %), депресија (16,43 %), деформитети на 'рбет (15,07 %), болести поврзани со очите (13,69 %), анемии (10,96 %). Кај шест од испитаниците (8,21 %) забележан се најразлични типови на повреди. Кај лицата од машкиот пол , пак во 16,44 % се забележани заболувања на простата. (табела бр. 4.)

Табела бр. 4. Најчесто застапени општи заболувања кај испитуваните стари лица

Карактеристика	Број	Процент
Кардиоваскуларни заболувања	50	68,50 %
Хипертензија	29	39,73 %
Кардиомиопатија	12	16,44 %
Ангина пекторис	4	5,48 %
Срцеви аритмии	5	6,85 %
Ментални и психички заболувања	32	43,87 %
Шизофренија	12	16,47 %
Депресија	11	15,07 %
Останати психози	5	6,85 %
Ментална ретардација	4	5,48 %
Ревматски заболувања	23	31,51 %
Ревматоиден артритис	22	30,14 %
Остеопороза	1	1,37 %

РЕЗУЛТАТИ

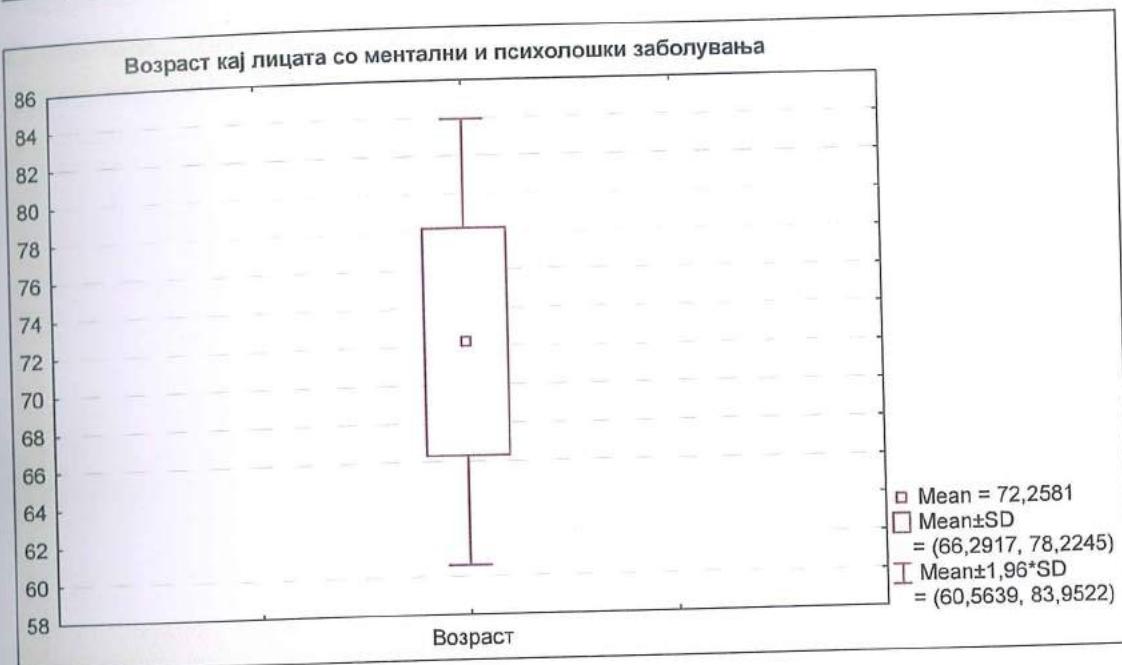
<u>Ендокринни заболувања</u>	<u>16</u>	<u>21,19 %</u>
Diabetes mellitus	14	19,18 %
Заболувања на тироидна жлезда	2	2,74 %
<u>Заболувања на 'рбет</u>	<u>15</u>	<u>20,55 %</u>
Scoliosis	4	5,48 %
Ischialghia/spondilosis	11	15,07 %
<u>Заболувања на простата</u>	<u>12</u>	<u>16,44 %</u>
<u>Невролошки нарушувања</u>	<u>10</u>	<u>13,70 %</u>
Епилепсија	3	4,11 %
Дементност	3	4,11 %
Паркинсонов синдром	3	4,11 %
Мозочен удар	1	1,37 %
<u>Заболувања на очите</u>	<u>10</u>	<u>13,70 %</u>
Degeneratio cornaeae	2	2,74 %
Cataracta	8	10,96 %
<u>Наглувост и заболувања на ушите</u>	<u>5</u>	<u>6,85 %</u>
<u>Глувонемост</u>	<u>1</u>	<u>1,37 %</u>
<u>Анемии</u>	<u>8</u>	<u>10,96 %</u>
<u>Бубрежни заболувања</u>	<u>8</u>	<u>10,96 %</u>
<u>Повреди на телото</u>	<u>6</u>	<u>8,22 %</u>
<u>Гастроинтестинални заболувања</u>	<u>6</u>	<u>8,22 %</u>
<u>Венска тромбоза</u>	<u>4</u>	<u>5,48 %</u>
<u>Малигни заболувања</u>	<u>2</u>	<u>2,74 %</u>

Во однос на психијатриските нарушување, најчеста дијагноза пронајдена кај институционализираните стари лица беше шизофренијата ($n=12$, 16,47 %), додека единаесет од испитаниците имале депресивен синдром (15,07 %). Просечната возраст на институционализираните стари лица кои се заболени се ментални или психијатриски заболувања во оваа геронтолошка установа изнесува 72 години (поточно $72,26 \pm 5,97$ години, со опсег од 65-83 години, со Confidence interval од 70,07 до 74,45 години). (графикон бр. 10.)

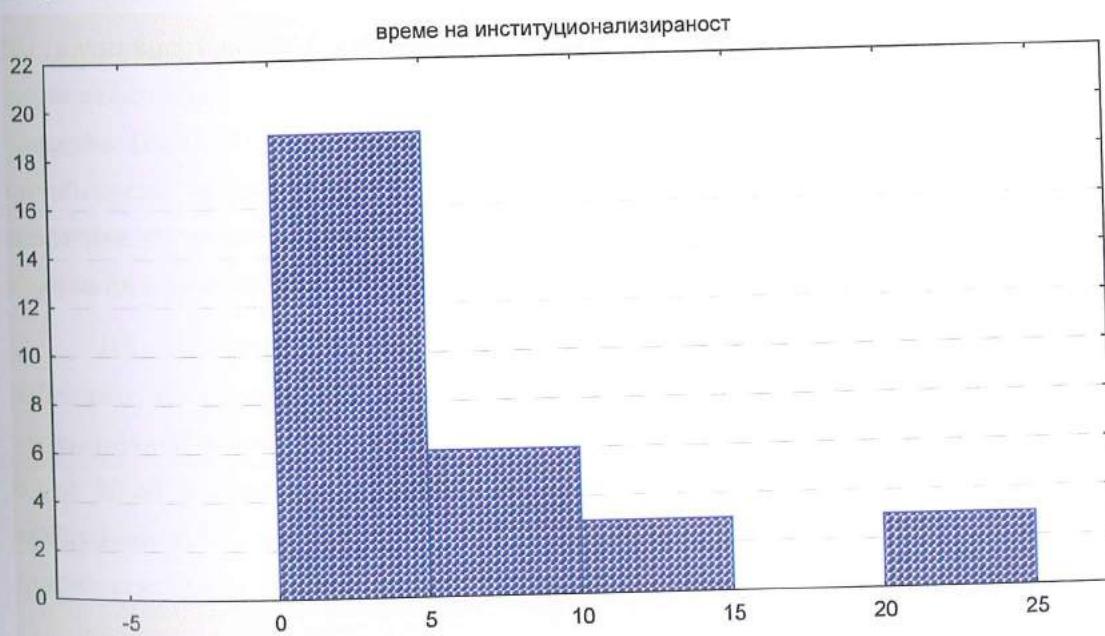
Времетраењето на институционализирање на старите лица ментална болест се движела во границите до 5 години за 54,84 % од испитаниците, додека просечното време на институционализирање на овие лица изнесува 6 и пол години(или поточно $6,6 \pm 4,87$ години, со времетраење во опсег од 0,17 до 24 години, со Confidence interval од 4,09 до 9,12 години). (графикон бр. 11.)

РЕЗУЛТАТИ

Графикон бр. 10. Просечна возраст на институционализираните стари лица со ментални и психијатрички заболувања



Графикон бр. 11. Времетраење на институционализираноста кај лицата со ментални и психијатрички заболувања

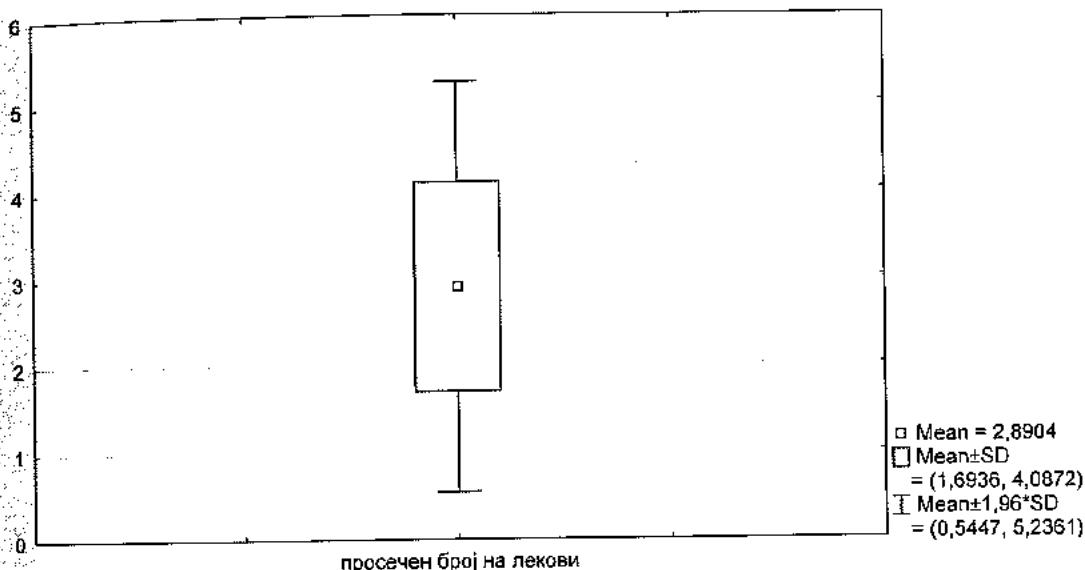


Поголем број на испитаниците користат во просек по два медикаменти од различните фармаколошки групи (средна вредност 2,89 со СД 1,19). Максималниот

РЕЗУЛТАТИ

број на лекови од различни фармаколошки групи кои се користени по лице изнесуваше шест и тоа кај двајца (односно 2,74 % од испитаниците). При обработката на податоците не е забележан ниту еден испитаник кој не прима медикаменти.

Графикон бр. 12. Просечен број на лекови кои ги земаат институционализираните стари лица



Најчесто користени медикаменти се: антидепресиви/антисихотици (45,20 %), антихипертензиви (42,47 %), лекови за ревматоидни болки (39,72 %), лекови за карiovаскуларни заболувања (34,25 %), диуретици (20,55 %), антидијабетични средства (17,81 %), медикаменти за гастроинтестинални заболувања (16,44 %), антибиотски средства (15,07 %), невролошки медикаменти и медикаменти за лекување на заболена простата (13,70 %), додека останатите испитаници земаат лекови од преостанатите групи. (табела бр. 5.)

По обработката на податоците, а во согласност со табела бр. 3 може да се забележи дека голем дел од испитуваната популација зема лекови кои имаат потенцијален ксеростомичен ефект. Во текот на испитувањето откриено е дека 93,15 % од институционализираните стари лица земаат *најмалку еден* од медикаментите кои се вбројуваат во лекови кои како несакан ефект при нивното користење предизвикуваат ксеростомија.

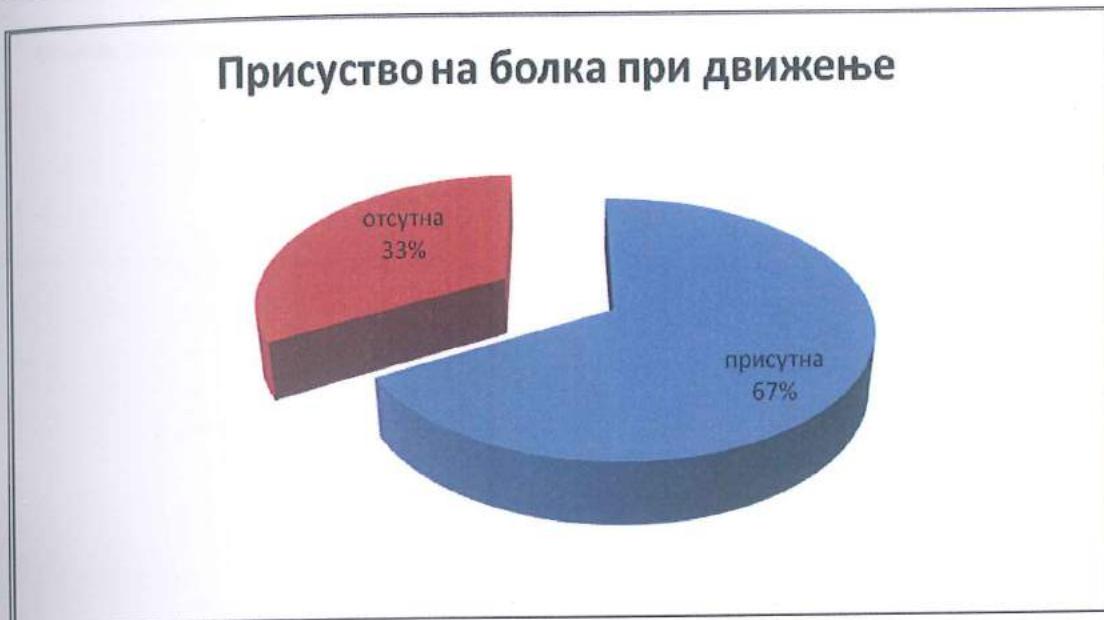
РЕЗУЛТАТИ

Табела бр. 5. Најчесто користени медикаменти кај испитуваните стари лица

<u>Карактеристика</u>	<u>Број</u>	<u>Процент</u>
<u>Антидепресиви/антисихотици</u>	33	45,20 %
<u>Антихипертензиви</u>	31	42,47 %
<u>Лекови за ревматоидни болки</u>	29	39,72 %
<u>Антибиотски средства</u>	11	15,07 %
<u>Медикаменти за гастроинтестиналниот тракт</u>	12	16,44 %
<u>Антифунгални лекови</u>	2	2,47 %
<u>Вазодилататори</u>	7	9,59 %
<u>Диуретици</u>	15	20,55 %
<u>Антиепилептици</u>	4	5,48 %
<u>Минерали</u>	9	12,33 %
<u>Антидијабетични средства</u>	13	17,81 %
<u>Медикаменти против алергични состојби</u>	3	4,11 %
<u>Медикаменти за заболувања на простата</u>	10	13,70 %
<u>Медикаменти за карiovаскуларни заболувања</u>	25	34,25 %
<u>Невролошки медикаменти</u>	10	13,70 %

Болката при движење кај институционализираните стари лица е доста распространета и по обработката на податоците од ова истражување откриено е дека таа се јавува кај 67,12 % од испитаниците (графикон бр. 13.). И покрај тоа кај најголем дел (68,85%) од испитуваната популација болката при движењето е широко прифатена и старите ја сметаат како нешто што може да се очекува за овој животен период.

Графикон бр. 13. Присуство на болка при движење кај институционализираните стари лица



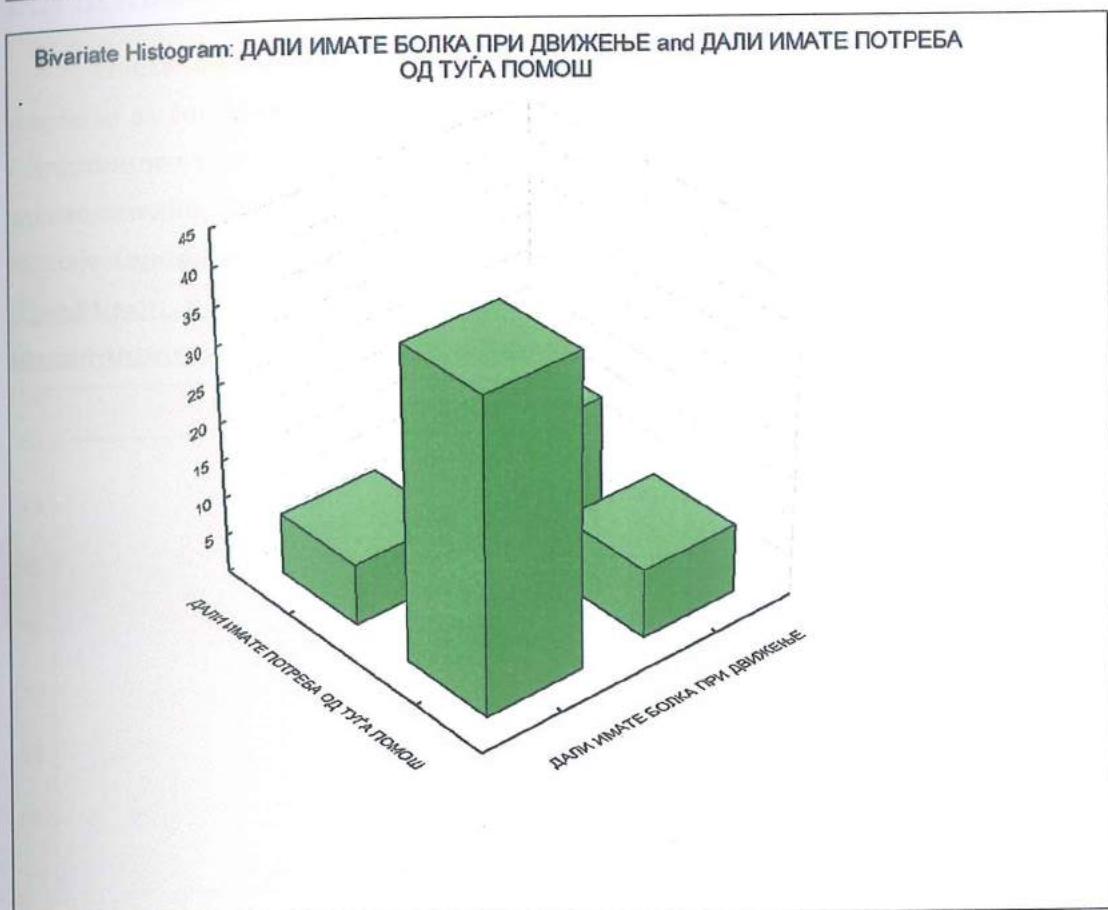
Кај голем дел од институционализираните стари лица (68,5 %) во ова испитување постои субјективно чувство дека не се способни за самостоен живот и ја истакнале субјективната потреба од туѓа помош . (графикон бр. 14.)

Графикон бр. 14. Субјективна проценка за потребата од туѓа помош кај институционализираните стари лица



РЕЗУЛТАТИ

Графикон бр. 15. Корелација меѓу појавата на болка при движење и потребата од туѓа помош кај институционализираните стари лица



Како што може да се забележи од графиконот број 17 кај лицата кај кои постои болка при движењето постои и зголемена потреба од туѓа помош при изведувањето на секојдневните активности.

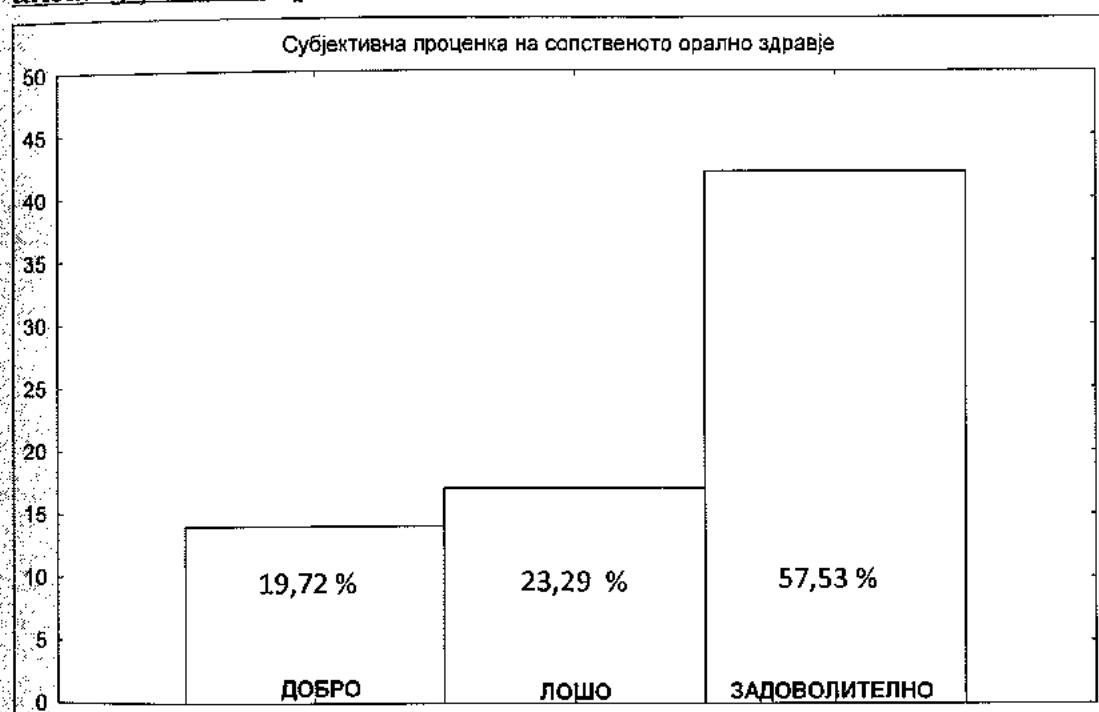
Табела бр. 6. Застапеност на болка и само-оценка за потреба од туѓа помош кај испитуваните стари лица

Каррактеристика	Број	Процент
Болка при движење		
Присутна	49	67,12 %
Отсутна	24	32,88 %
Само-оценка за потребата од туѓа помош		
Потребна	50	68,50 %
Не е потребна	23	31,50 %

Субјективна проценка на оралното здравје и хигиена кај испитуваната популација

После обработката на податоците кои се однесуваат за субјективното мислење за сопственото орално здравје, нешто повеќе од половина (57,53 %) од испитаниците го објективизирале здравјето на своите заби, непца или протези како задоволително. Само 23,29 % од испитаниците сметаат дека имаат лошо орално здравје. (графикон бр. 16.),

Графикон бр. 16. Субјективна проценка на оралното здравје кај инситуционализираните стари лица

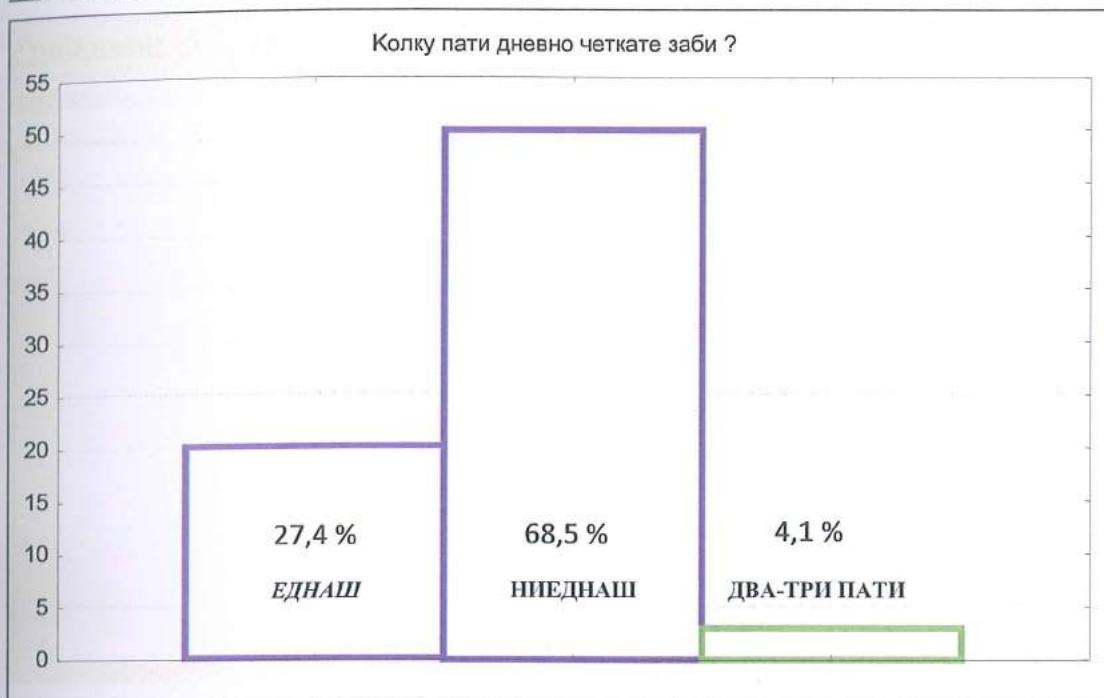


Од лицата на кои им преостанале пет или помалку заби , само 30 % од истите процениле дека имаат задоволително орално здравје, додека преостанатите 70 % сметале дека имаат лошо орално здравје .

Бројот на лицата кои не одржуваат редовна орална хигиена, односно процентот на лица кои воопшто не четкаат заби изнесува е доста голем и изнесува 68,5 % од испитуваните стари лица. (графикон бр. 17.)

Само две лица т.е. 2,74 % од испитаниците укажале дека користат хемиски-фармаколошки средства за дезинфекција на усната празнина или пак на протетските помагала. Ниту сден од испитаниците не користи забен конец или пак интердентална четка. Само тројца испитаници (4,11%) во текот на истражувањето тврдеа дека ги мијат забите два до три пати во текот на денот.

Графикон бр. 17. Дневна фреквенција на четкање на забите кај испитуваните стари лица



Она што може да се забележи по обработката на податоците е дека сите лица кои одржуваат редовна орална хигиена т.е. ги четкаат своите заби најмалку два пати дневно го процениле своето орално здравје како добро. За разлика од тоа само 14 % од лицата кои ниту еднаш не ги четкаат своите заби укажале дека имаат добро орално здравје. (табела бр. 7.)

Табела бр. 7. Корелација помеѓу бројот на четкање на заби дневно во однос на субјективната проценка за сопственото орално здравје кај институционализираните стари лица

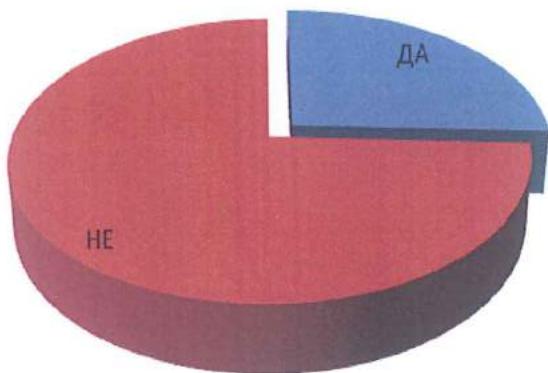
Субјективна процена на сопственото орално здравје	Колку пати дневно четкате заби? Еднаш	Колку пати дневно четкате заби? Ниеднаш	Колку пати дневно четкате заби? Два-три пати
Добро	4	7	3
Лошо	2	15	0
Задоволително	14	28	0

Иако поголем дел од испитуваните лица (73,97 %) сметаат дека немаат потреба од помош при одржувањето на оралната хигиена, сепак лицата на кои

имаат потреба од помош при четкањето на заби не е за занемарување (26,03 %).
(графикон бр. 18.)

Графикон бр. 18. Потреба од помош за одржување на оралната хигиена кај институционализираните стари лица

Потреба од помош за одржување на оралната хигиена



Од пациентите на кои им е потребна помош за одржување на орална хигиена само 10,59 % од испитаниците субјективно го процениле своето орално здравје како добро.

Во оваа студија, 58,06 % од испитаниците кои носат мобилни протетски помагала не вршеле чистење на своите протетските помагала. Како главна метода за чистење на протетските помагала е нивно четкање со четка и паста за заби. Само двајца (6,45 %) од испитаниците укажале дека употребуваат хемиски средства за потопување на своите протетски помагала. (табела бр. 8.)

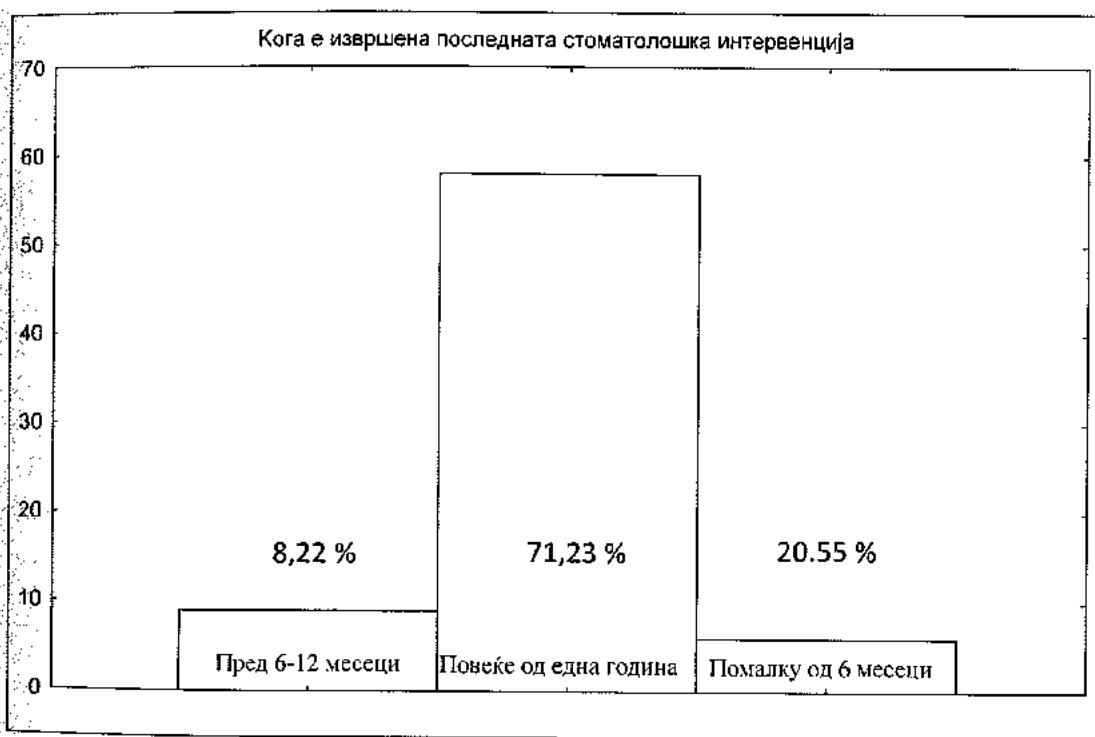
Табела бр. 8. Дневна фреквенција на четкање на мобилните протетски помагала кај испитуваните стари лица

Број на четкања на протетските помагала во текот на еден ден	Број лица	Процент од вкупниот број на лица со мобилни протетски помагала
<u>Ниеднаш</u>	18	58,06 %
<u>Еднаш</u>	10	32,27 %
<u>Два-три пати</u>	3	9,67 %

РЕЗУЛТАТИ

По обработката на податоците кои се однесуваат на тоа кога била последната посета на стоматолог, откриено е дека само 20,55 % од испитаниците посетиле стоматолог за одредена интервенција во текот на изминатата година. Наспроти тоа, само 8,22 % од нашите испитаници посетиле стоматолог за било каква интервенција во текот на последните шест месеци. Најголем дел од испитаниците не посетиле стоматолог во период подолг од една година. (графикон бр. 19.)

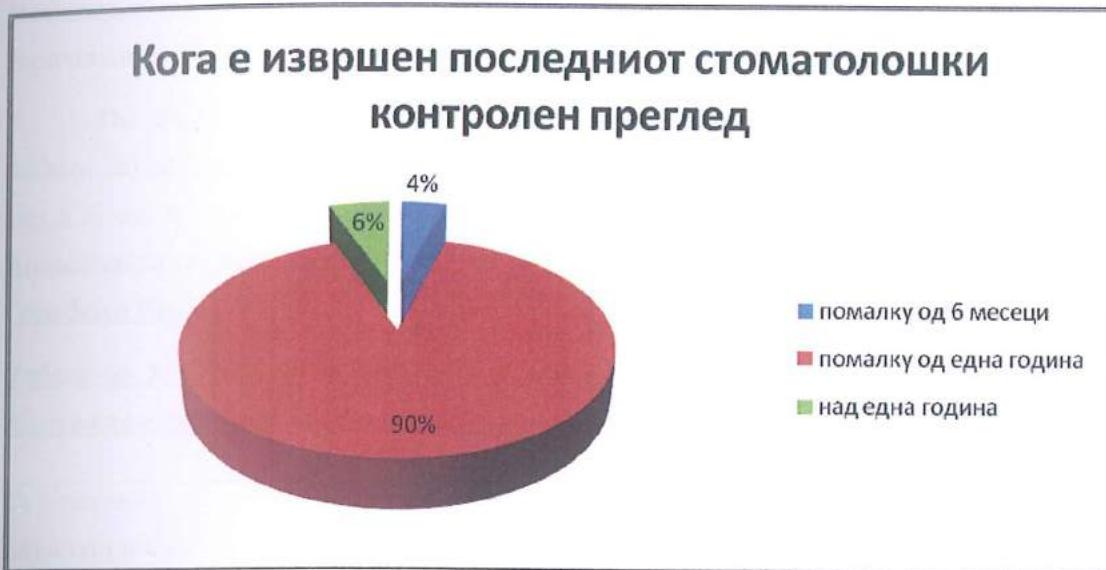
Графикон бр. 19. Приказ кога е извршена последната стоматолошка интервенција кај испитуваните стари лица



Над деведесет проценти од испитаниците (поточно 90,41%) укажале дека посетуваат стоматолог само кога за тоа ќе имале потреба. Седум од испитувани стари лица (9,59%) посетувале стоматолог редовно еднаш годишно. (графикон бр. 20.)

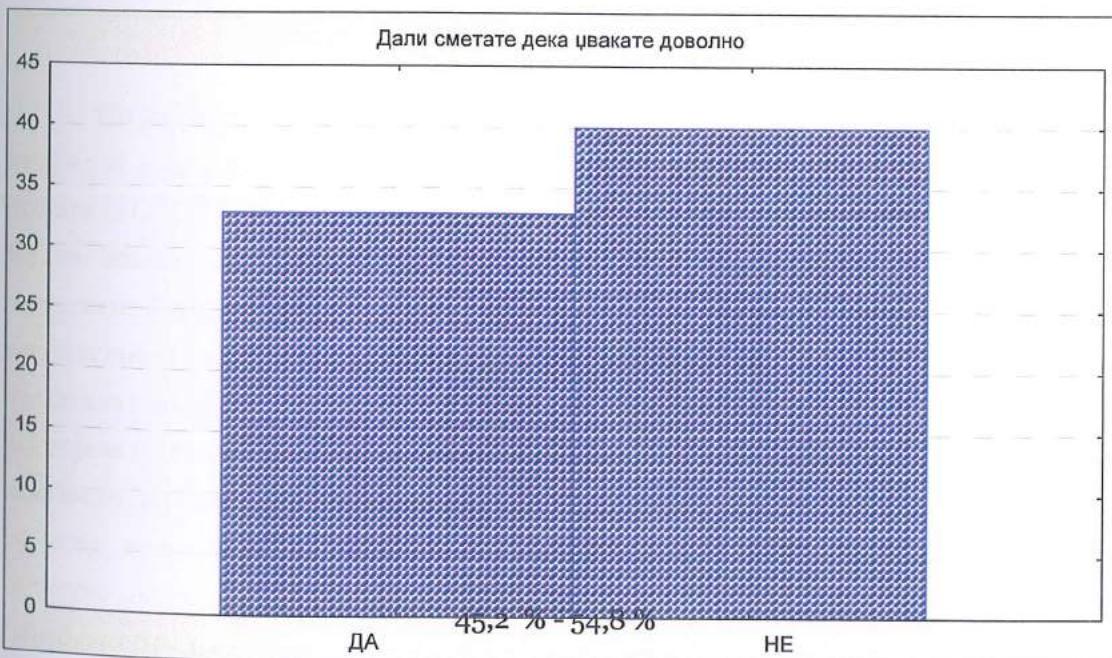
Околу 20 % (поточно 21,19 %) од испитаните старите лица во текот на последните десет и повеќе години не посетиле стоматолог ниту пак имале редовна стоматолошка контрола. Само еден од испитаниците (1,37 %) посетил стоматолог во текот на последниот месец и му била изведена стоматолошка интервенција.

Графикон бр. 20. Приказ кога е извршена последната стоматолошка контрола кај испитуваните стари лица



По обработката на податоците кои укажуваат на субјективната перцепција од страна на пациентите за ефектот на џвакањето забележано е приближно еднаков бројот на лицата кои мислат дека сопственото џвакање ги задоволува во однос на лицата кои мислат дека не поседуваат задоволителен џвакален ефект (45,2-54,8 %). (графикон бр.21.)

Графикон бр. 21. Субјективна проценка за ефикасноста на џвакањето кај испитуваните стари лица



РЕЗУЛТАТИ

По обработката на податоците од прашалникот кои се однесуваат на субјективното присуство на крварење од гингивата, откриено е дека 38,1 % од испитаниците кои поседуваат макар еден заб субјективно се пожалиле дека постои гингивално крварење кај нив. (табела бр. 9.)

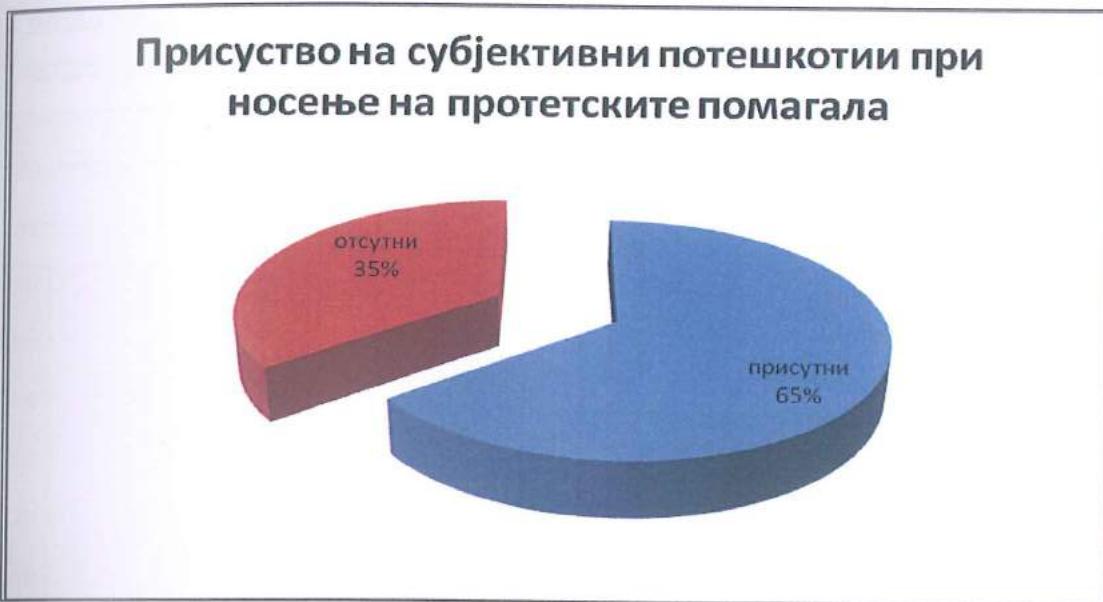
По обработката на податоците за субјективното чувство за мобилност на забите кај испитуваната популација откриено е дека кај седумнаесет испитаници (23,3 % од вкупниот број на испитаници т.е. 40,5 % од испитаниците кои имаат преостанати заби во својата уста) постои субјективно чувство на нивна мобилност. (табела бр. 9.)

Табела бр. 9. Субјективна проценка на пациентите за присуството на крварење од гингивата и за мобилността на преостанатите заби кај испитуваните стари лица

Субјективна карактеристика	Број	Процент од целата испитувана популација	Процент од испитаниците со заби
Крварење од гингивата			
Присутно	16	21,9 %	38,1 %
Отсутно	26	78,1 %	61,9 %
Расклатеност на забите			
Присутна	17	23,3 %	40,5 %
Отсутна	25	76,7 %	59,5 %

По обработката на податоците за застапеност на протетските помагала откриено е дека нешто помалку од половината од испитаниците носат протетски помагала (42,7 %). Носителите на протетски помагала пак во голем процент (64,5 %) се жалеле на субјективни потешкотии кои се поврзани со носењето на протезите. (графикон бр. 22.). Од причините за дискомфорт при носењето на протетските помагала се наведуваат: поместувањето или лизгањето на протетските помагала (40,63 %), неможност за цвакање на одредени видови на храна (25,00 %), појава на болни состојби во усната празнина кои настануваат како последица на носењето на протетските надоместоци (15,62 %), потешкотии при говорењето (9,38%), неможност за поставување на протетските помагала (6,25%), како и отсуство на заб во самите протетски помагала кај еден испитаник (3,12 %). (табела бр. 14.)

Графикон бр. 22. Присуство на субјективни потешкотии со носењето на протетските помагала



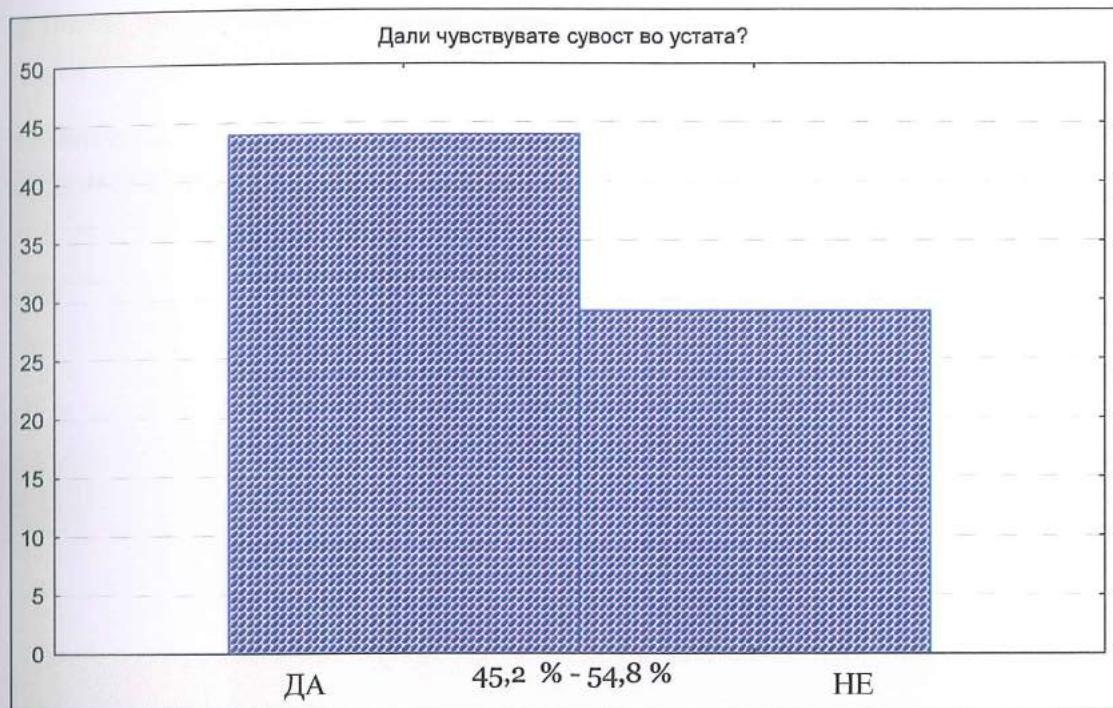
Табела бр. 10. Субјективна проценка за присуството на потешкотии поврзани со носењето на мобилните протетски помагала кај институционализираните стари лица

<u>Карakterистика на проблематиката</u>	<u>Број</u>	<u>Процент</u>
<u>поместувањето или лизгањето на протетските помагала</u>	13	40,63 %
<u>неможност за цвакање на одредени видови на храна</u>	8	25,00 %
<u>појава на болни состојби во усната празнина предвидени од носењето на протетските помагала</u>	5	16,20 %
<u>потешкотии при говорењето</u>	3	9,38 %
<u>потешкотии при поставувањето на протетските помагала</u>	2	6,25 %
<u>отсуство на заб</u>	1	3,12 %

РЕЗУЛТАТИ

Од вкупниот број на испитаници 60,27 % сметале дека имаат субјективно чувство за постоење на ксеростомија. (графикон бр. 23.)

Графикон бр. 23. Субјективно присуство на сува уста (ксеростомија) кај институционализираните стари лица



По обработката на податоците добиени од прашалникот препорачан од Carda и соработниците може да се забележи дека најголем дел т.е. 40 % од испитаниците имаат лесна (ксеростомија 1), додека 25 % од испитаниците врз основа на добиените одговори на прашалникот имале тешка ксеростомија (ксеростомија 3). (табела бр. 11.)

Табела бр. 11. Субјективна проценка за присуството на типовите на ксеростомија кај институционализираниите стари лица

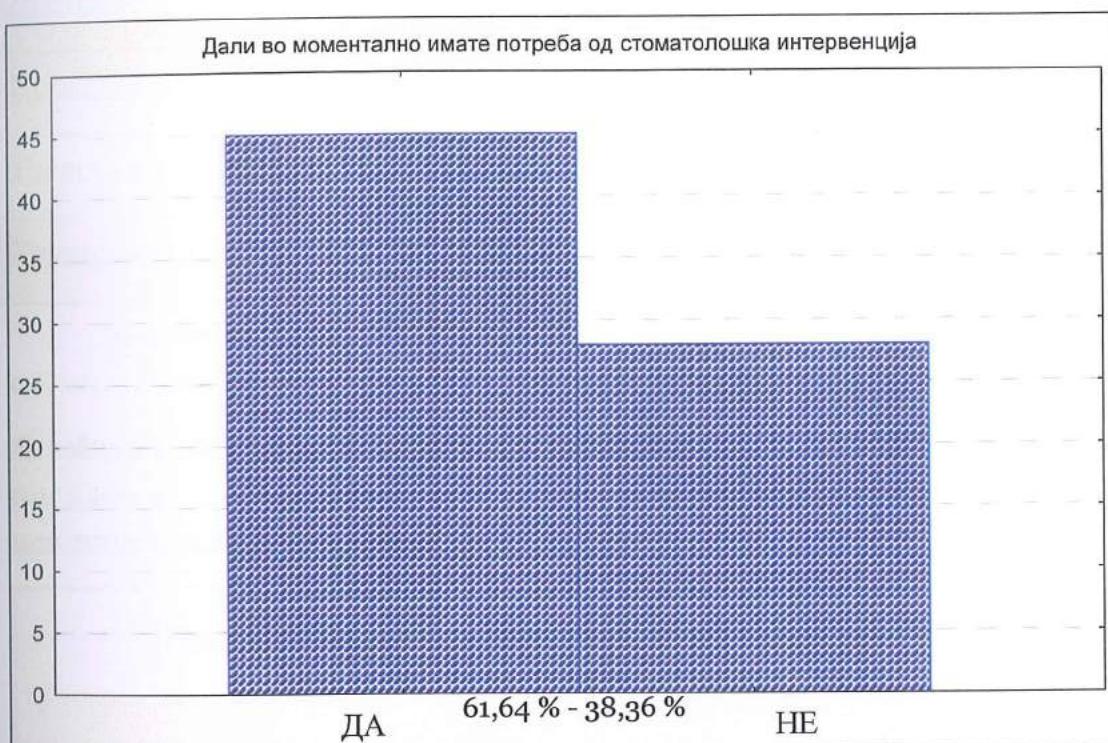
<u>Субјективна проценка за изразеноста на ксеростомијата</u>	<u>Број</u>	<u>Процент</u>
Лесна ксеростомија (ксеростомија 1)	18	40 %
Умерена ксеростомија (ксеростомија 2)	15	35 %
Тешка ксеростомија (ксеростомија 3)	11	25 %

РЕЗУЛТАТИ

Пет (6,84%) од испитаниците се пожалиле на постоење на пчење и жарење на јазикот (glossopirosis).

Само 61,64 % од испитаниците го дале своето субјективно мислење дека имаат потреба од стоматолошка интервенција, додека преостанатите 38,36 % од старите институционализирани лица изјавија дека немаат потреба од стоматолошки интервенции. (графикон бр. 24.)

Графикон бр. 24. Субјективна проценка за потребата од стоматолошки интервенции кај испитуваните стари лица



Во однос на тоа за каков вид на интервенции се сметани субјективно за најпотребни од страна на испитаниците по обработката на податоците од прашалникот забележано е дека кај испитаните стари лица најпотребни се најразличните интервенции од областа на стоматолошката протетика (53,23 %). По еден од испитаниците (1,61 %) субјективно укажале на потребата од третман на гингивата и пародонтот, односно потреба за контролен преглед. (табела бр. 12.)

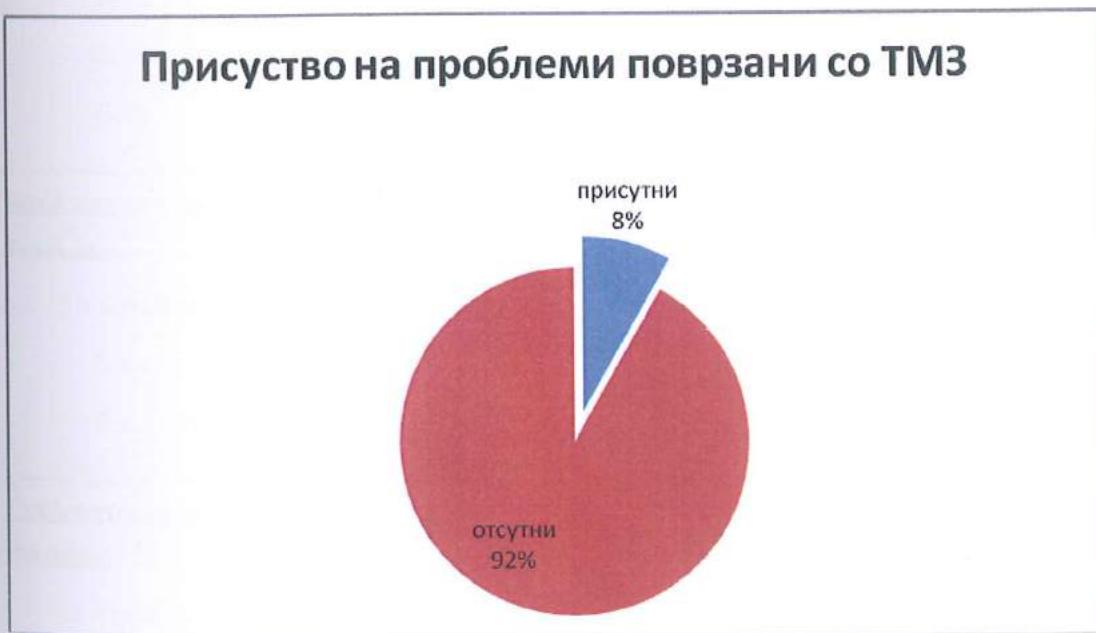
РЕЗУЛТАТИ

Табела бр. 12. Субјективна проценка за видот на потребните стоматолошки интервенции кај институционализираните стари лица

<u>Потреби за стоматолошки интервенции</u>	<u>Број</u>	<u>Процент</u>
<u>Реставративни процедури</u>	17	27,42 %
<u>Екстракција на заби</u>	10	16,13 %
<u>Протетски активности</u>	33	53,23 %
<u>Третман на гингивата и пародонтот</u>	1	1,61 %
<u>Контролен преглед</u>	1	1,61 %

Во текот на истражувањето само шест испитаници (8,22 %) се пожалиле на субјективни потешкотии поврзани со овој зглоб. (графикон бр. 25.)

Графикон бр. 25. Субјективна проценка за присуството на проблеми поврзани со темпоро-мандибуларниот зглоб испитуваните стари лица



РЕЗУЛТАТИ

Табела бр. 13. Основни податоци поврзани со оралното здравје на испитуваните стари лица

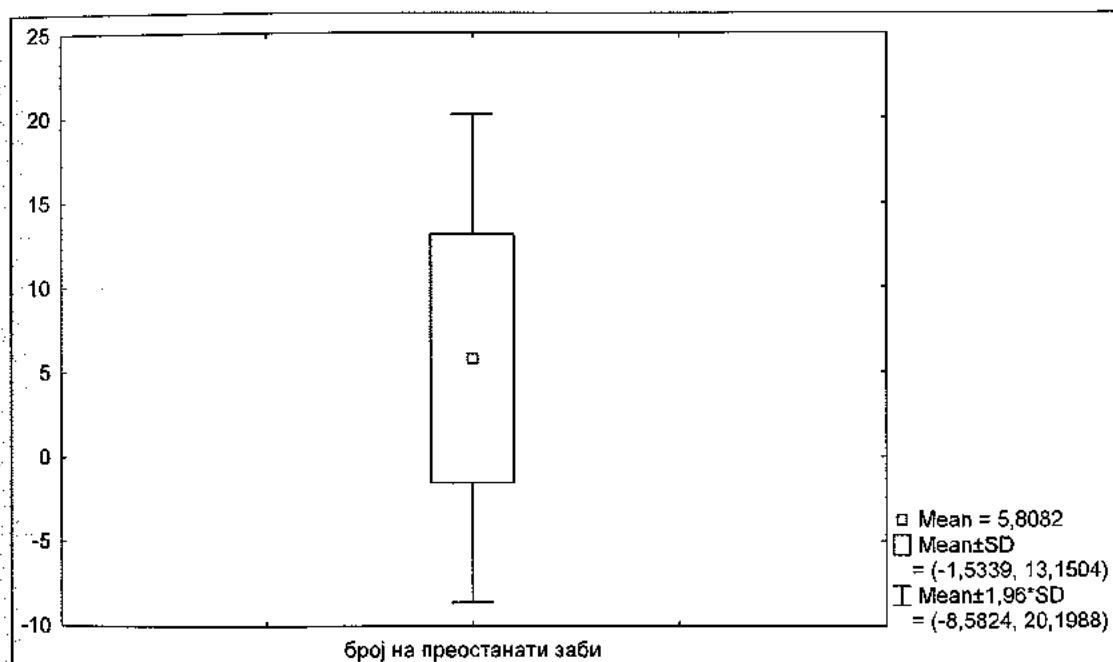
Карактеристика	Број	Процент
<u>Последна посета на стоматолог</u>		
Пред 6 месеци		
Пред 6 до 12 месеци	6	8,22 %
Пред повеќе од 1 год.	9	12,33 %
	58	79,45 %
<u>Последна контрола на стоматолог</u>		
Пред 6 месеци		
Пред 1 год.	3	4,11 %
По потреба	4	5,48 %
	66	90,41 %
<u>Самопроцена на состојбата на устата и забите</u>		
Добро	14	19,18 %
Задоволително	42	57,53 %
Лошо	17	23,29 %
<u>Број на четкање на заби во текот на еден ден</u>		
Ниеднаш	50	68,49 %
Еднаш	20	27,29 %
Два до три пати	3	4,11 %
<u>Субјективно чувство на печенje и жарење</u>		
Присутно	5	6,84 %
Отсутно	68	93,16 %

РЕЗУЛТАТИ ДОБРИЕНИ ПО ОБРАБОТКАТА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ИЗВРИШЕНИОТ КЛИЧКИ ПРЕГЛЕД

Просечен број на преостанати заби

Просечниот број на присутни (преостанати) заби кај испитаниците изнесува $5,81 \pm 7,34$ (опсег од 0-24, со Confidence interval од 4,09 до 5,52). (графикон бр. 26.)

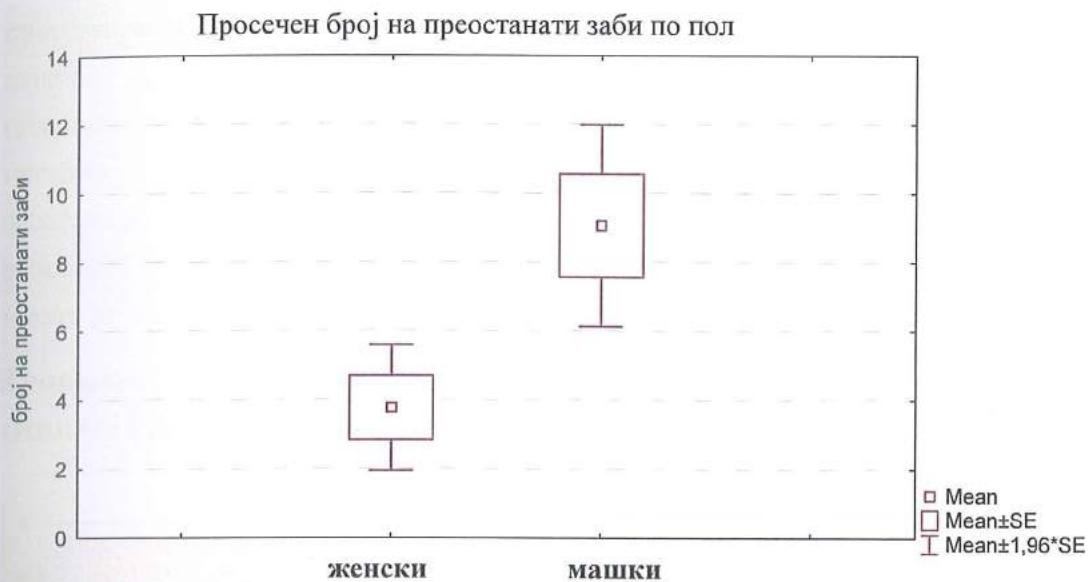
Графикон бр. 26. Просечен број на преостанати заби кај испитуваниите стари лица



Просечниот број на заби добиен кај лицата од машки пол е поголем и изнесува $9,07 \pm 7,34$ (опсег од 0-24, со Confidence interval од 6,01 до 12,13), додека кај испитаниците од женски пол изнесува $3,78 \pm 7,89$ (опсег од 0-23, со Confidence interval од 1,90 до 5,65). (графикон бр. 27.) . При статистичката обработка на податоците откриено е дека бројот на заби кај машкиот пол е сигнификантно поголем во однос на бројот на преостанатите заби кај лицата од женскиот пол (за $p<0.0001$) .

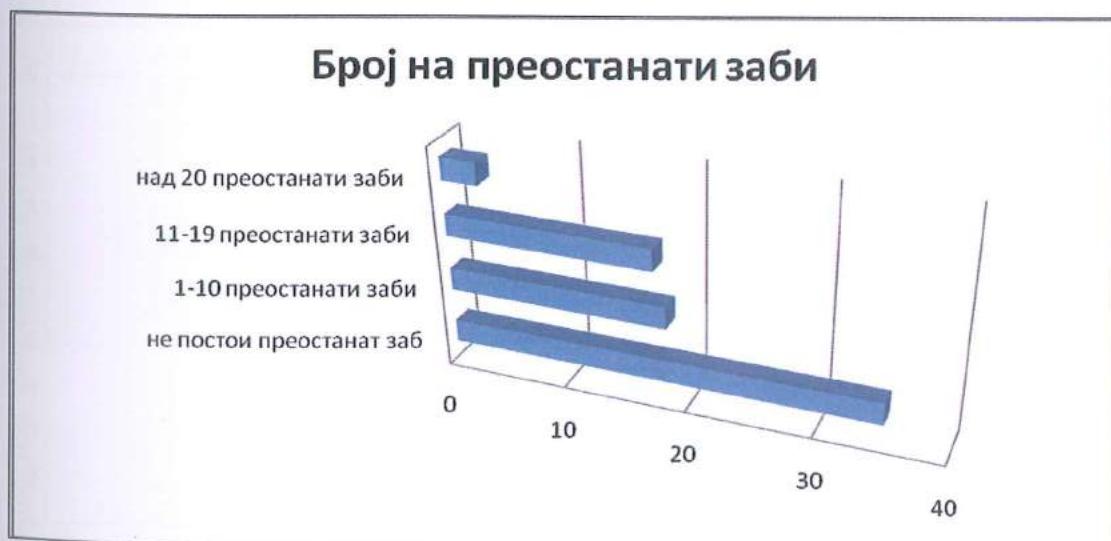
РЕЗУЛТАТИ

Графикон бр. 27. Просечен број на преостанати заби кај испитуваните стари лица во зависност од полот на испитаникот



Процентот на испитувани стари лица кои имаат 20 или повеќе заби (го задоволуваат критериумот на оптимално орално здравје) изнесува 4,11 %. Тотална беззабност е забележана кај 47,95 % од испитуваните стари лица. (графикон бр. 28.) Во самата испитувана група не постоеше ниту еден пациент кои ги поседува сите природни заби (при тоа беа исклучени левите и десни горни и долни трети молари). Максималниот број на природни заби забележани кај еден испитаник изнесуваше 24. Овој висок број на преостанати заби е забележан кај само еден испитаник (кај 1,74 % од испитуваната популација)

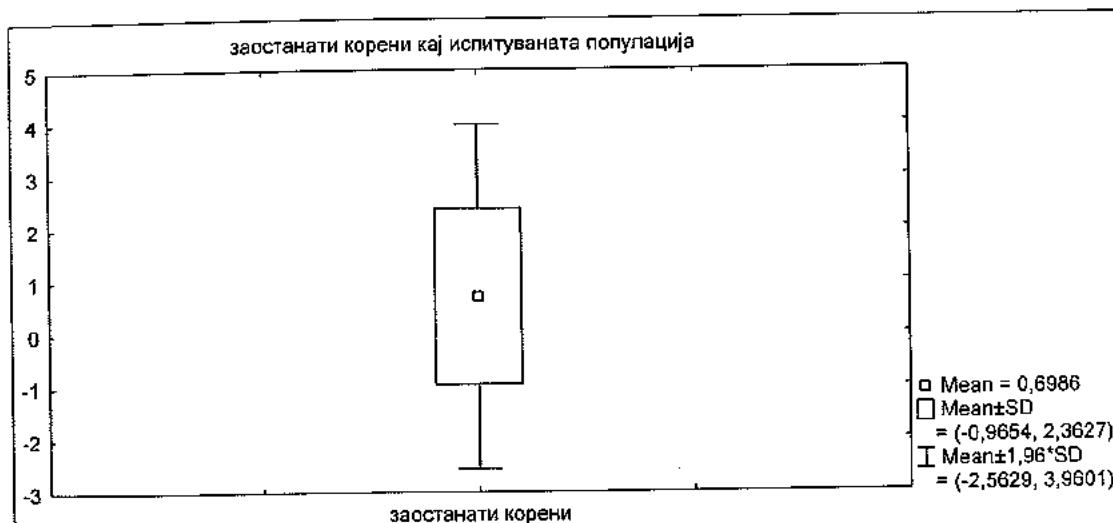
Графикон бр. 28. Број на преостанати заби кај испитуваните стари лица



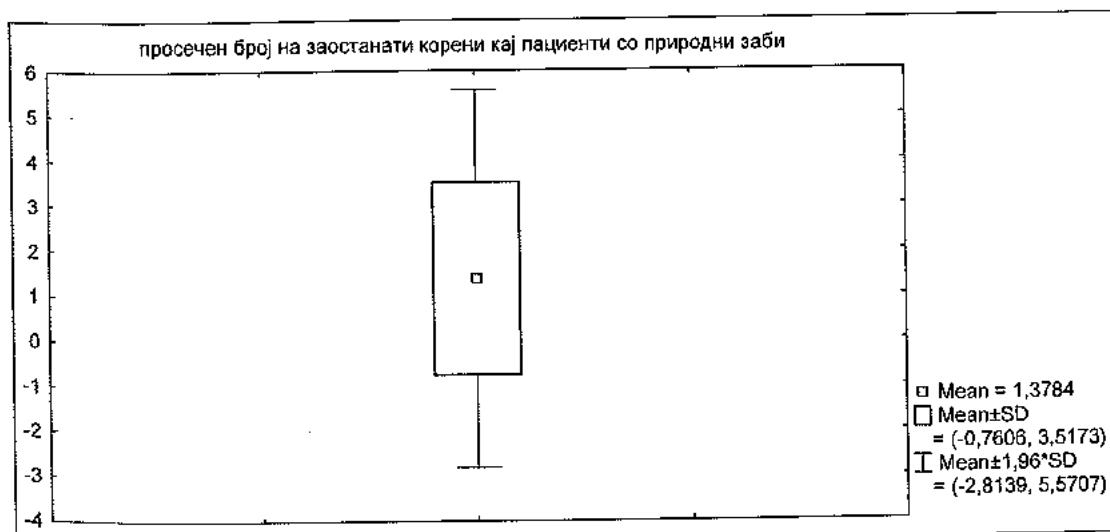
Просечен број на заостанати корени

Бројот на заостанати корени, на кои се насобираат храна и бактерии и претставуваат вистински фокус на и така компромитираното општо и орално здравје кај институционализираните стари лица е доста голем. Така кај целокупната испитувана популација тој изнесува $0,69 \pm 1,66$ заостанат корен по испитаник. (**графикон бр. 29.**) Но, она што е позначајно е дека бројот на заостанати корени кај испитаниците со природни заби кој изнесува $1,37 \pm 1,66$ заостанат корен по испитаник (просечниот број на заостанати корени кај лица кои имаат најмалку еден заостанат корен е $3,01 \pm 2,26$). (**графикон бр. 30.**)

Графикон бр. 29. Просечен број на заостанати корени кај испитуваните стари лица



Графикон бр. 30. Просечен број на заостанати корени кај испитуваните стари лица кај кои постои присуство на најмалку еден природен заб

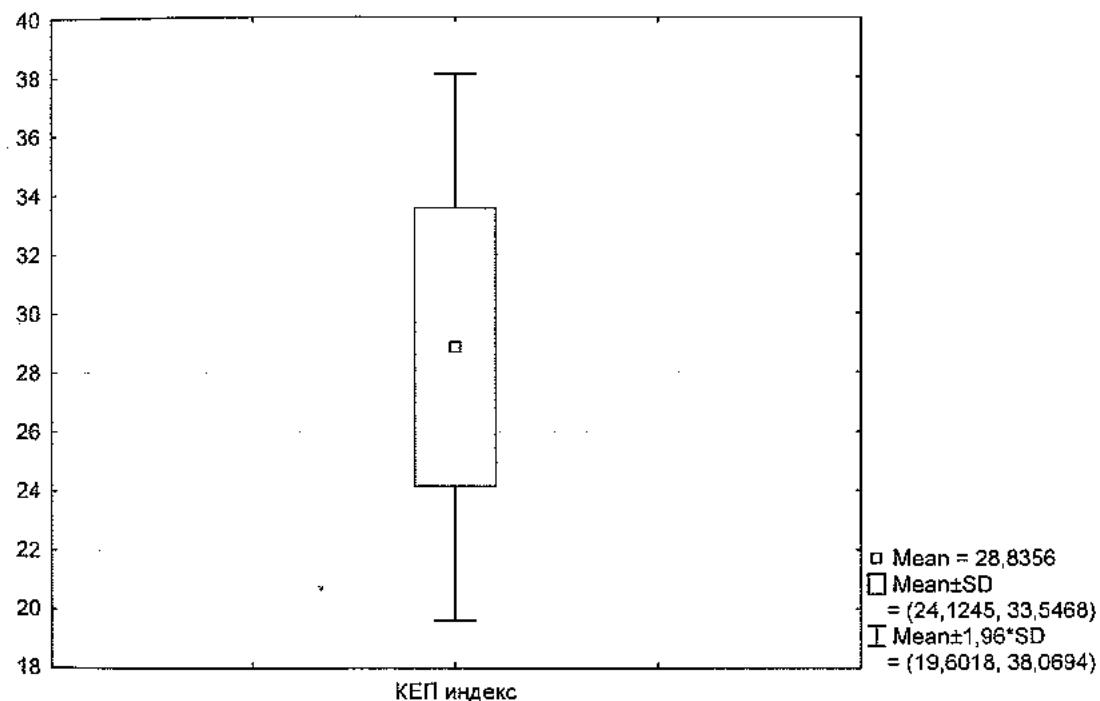


КЕП индекс

Одредувањето на КЕП индексот се прави со цел да се одреди морбидитетот и морталитетот на преостанатите заби кај институционализираните лица постари од 65 години. Освен целокупниот КЕП индекс, одредувани се и вредностите за поединчните компоненти.

Средната вредноста за КЕП индексот пронајдена во ова испитување изнесува $28,84 \pm 4,71$ (опсег од 16-32, со Confidence interval од 27,74 до 29,93). (графикон бр. 31.)

Графикон бр. 31 . Просечена вредност за КЕП индексот кај испитуваните стари лица

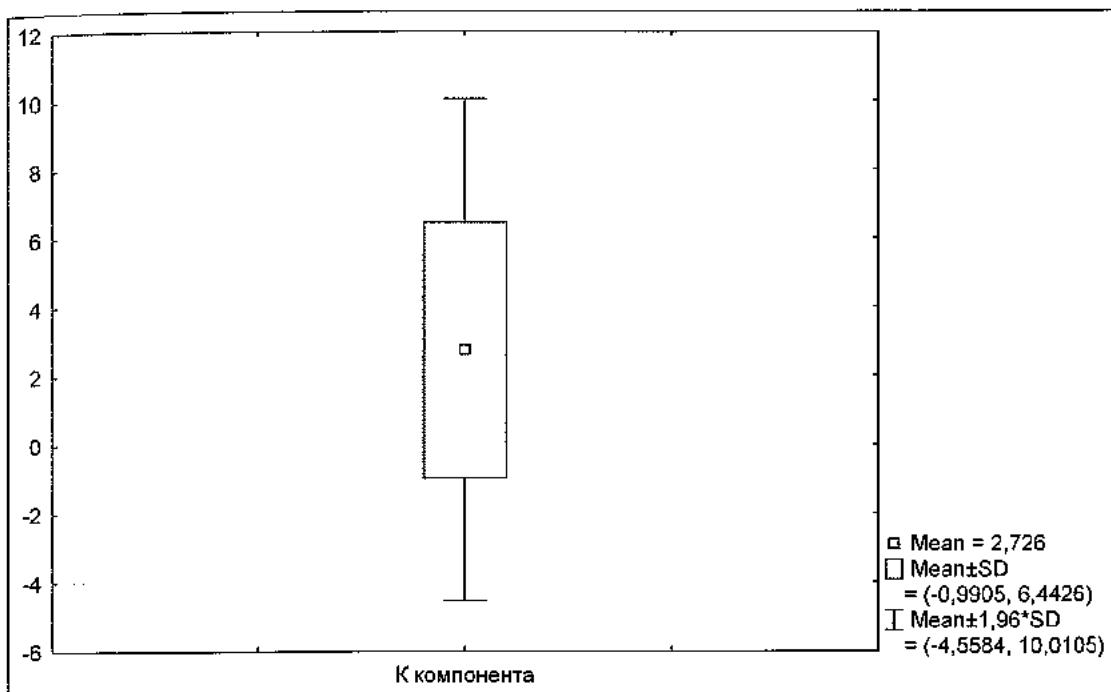


Просечната вредност на нетретирани кариозни заби (К- компонента од КЕП- индексот) кај институционализираните стари лица во ова истражување изнесува $2,73 \pm 3,72$ (опсег од 0-14, со Confidence interval од 1,86 до 3,59) по испитаник. (графикон бр. 32.) Средната вредност на заби кои поседуваат дефинитивни полнења (П- компонента од КЕП- индексот) е $0,69 \pm 1,46$ (опсег од 0-6, со Confidence interval од 0,36 до 1,07) по испитувано лице. (графикон бр. 33.)

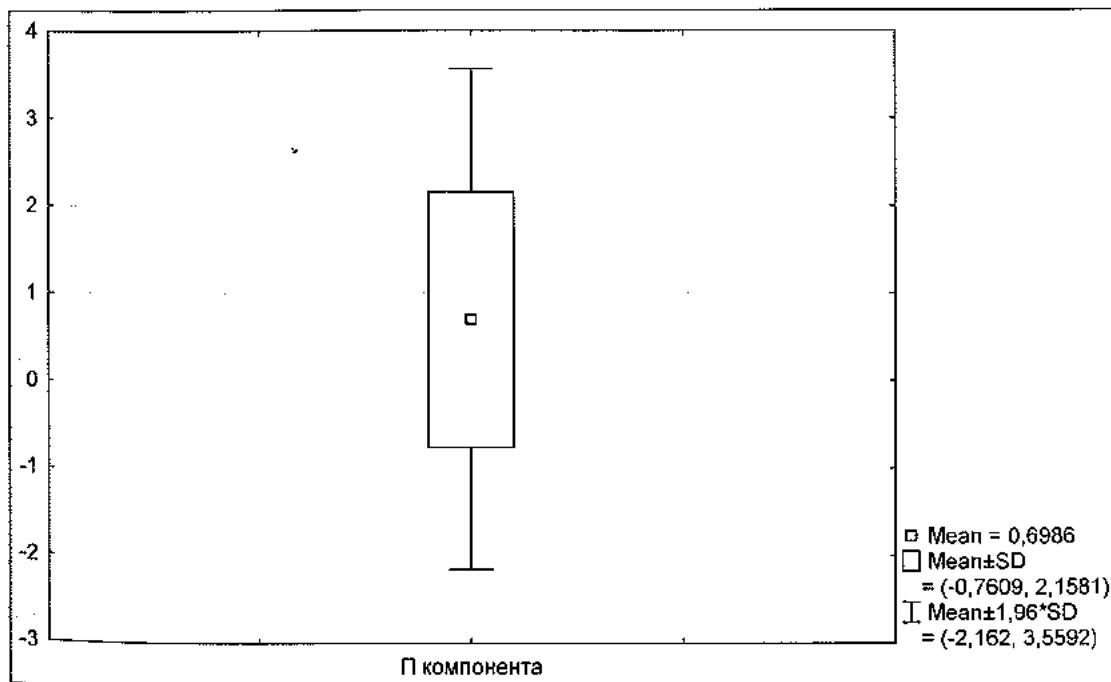
Испитаните стари лица кај кои не забележан кариес доминантно се лица кај кои постои totalna беззабност.

РЕЗУЛТАТИ

Графикон бр. 32. Просечена вредност К-компонентата од КЕП индексот кај испитуваните стари лица



Графикон бр. 33. Просечена вредност П-компонентата од КЕП индексот кај испитуваните стари лица

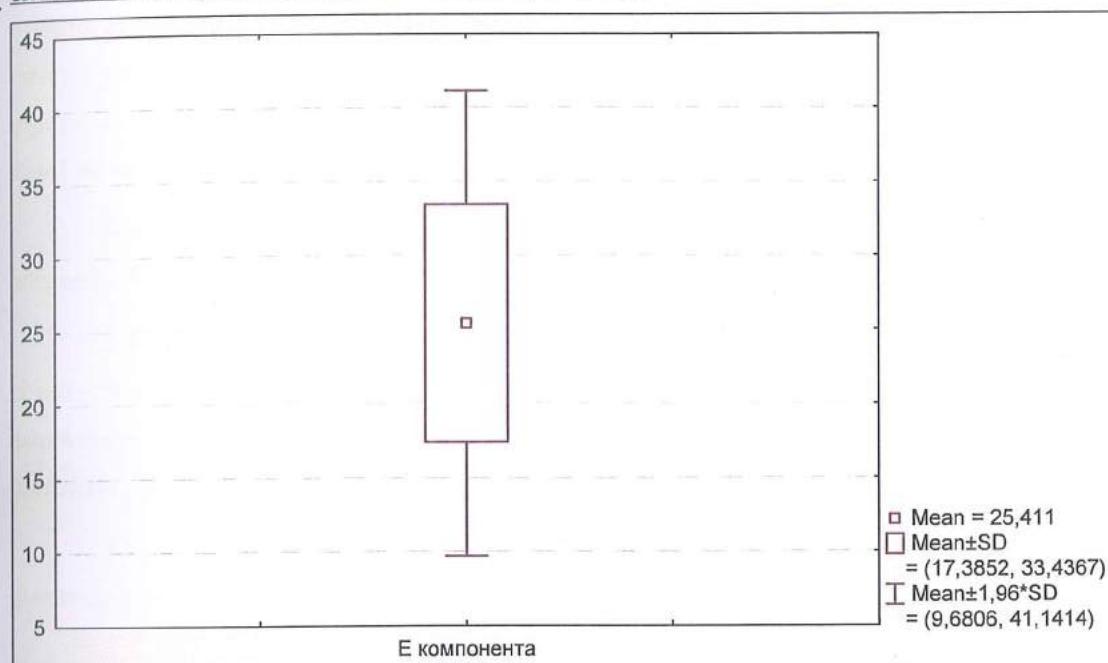


Компонентата Е од КЕП индексот доминира кај оваа возрасна популација. Средната вредност на изгубени заби (Е- компонента од КЕП- индексот) изнесува

РЕЗУЛТАТИ

$25,41 \pm 8,03$ (опсег од 8-32, со Confidence interval од 23,59 до 27,28) по испитувано лице. (графикон бр. 34.)

Графикон бр. 34. Просечена вредност Е-компонентата од КЕП индексот кај испитуваните стари лица



Средната вредност за бројот на екстракирани заби во горната вилица изнесува $12,24 \pm 4,21$ заби, додека просечниот број на екстракирани заби во долната вилица изнесува $11,74 \pm 3,56$. (графикон бр. 35.)

Графикон бр. 35. Просечен број на екстракирани заби по вилица



РЕЗУЛТАТИ

Средната вредност која се однесува на бројот на заби кои поседуваат дефинитивни реставрации е доста ниска (17,5 %) кај испитаниците.

Кариес на коренот на забите

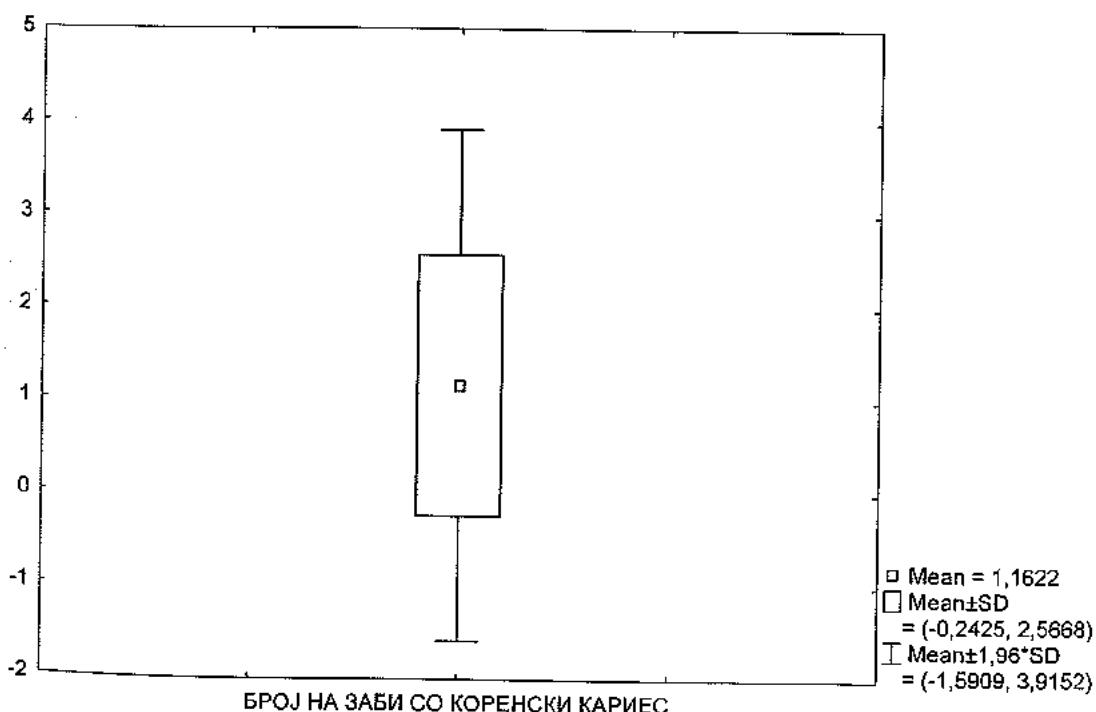
Направеното истражување укажува дека кај испитуваните институционализирани лица над 65 години кај кои постојат природни заби превалентата на кариозна деструкција на коренот од забите е 54,05 %. Просечниот број на коренски кариозни дефекти изнесува $1,16 \pm 1,4$. (графикон бр. 36.)

На ниво на целокупната испитувана популација присуството на кариес на коренот на забите изнесува 26,03 %.

Коренскиот кариес е позастапен во долната вилица (и тоа на ниво на фронталните заби - кај 34,14 %) отколку во горната вилица. Според обработените податоци во ова испитување заб на кој најчесто е забележан кариес на коренот е долнiот лев канин.

Кај само еден пациент (1,74 % од испитаниците) е забележана дефинитивна реставрација на коренскиот кариес.

Графикон бр. 36. Присуството на коренски кариес кај испитуваните стари лица кои имаат природни заби



РЕЗУЛТАТИ

Табела бр. 14. Број на кариозни лезии на коренот кај институционализираните стари лица

Број на присутни коренски кариозни лезии	Број	Процент од целата испитувана популација	Процент од испитаниците со заби
Една	6	16,22 %	8,22 %
Две	10	27,04 %	13,70 %
Три	1	2,70 %	1,37 %
Четири	1	2,70 %	1,37 %
Пет и повеќе	2	5,41%	2,74 %

Табела бр. 15. Број на кариозни лезии на коренот по заб кај институционализираните стари лица

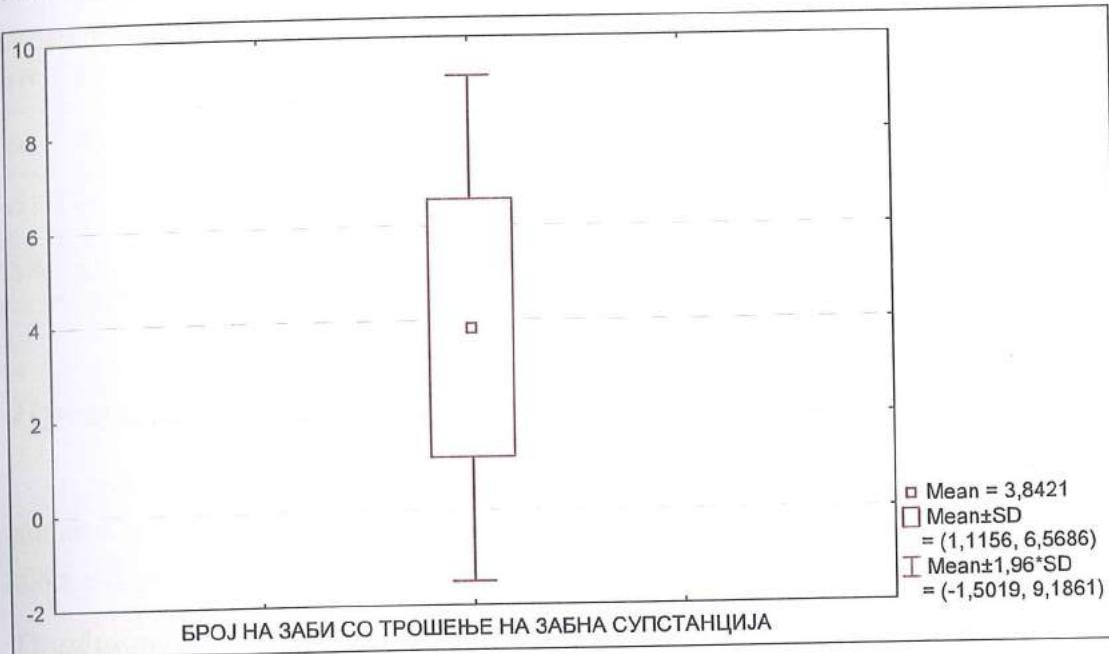
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
0	0	0	0	4	0	4	2	2	1	1	4	0	0	1	0
0	0	0	1	3	3	3	0	1	2	5	2	1	1	0	0
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Истрошеност на забите

Врз основа на обработените податоци кои се однесуваат на присуството на губиток на цврстите забни супстанции, откриено е дека кај триесет и три (86,8 %) од испитаниците кои имале најмалку еден природен заб, забните површини биле истрошени. Кај сите испитаници над 65 години каде постои загуба на цврстите забни ткива забележано е присуство на експонираност на дентинот, но во текот на истражувањето не е забележана ниту една индивидуа кај која постои толкаш степен на губиток на цврста забна супстанција да при тоа настане експонирање на забната пулпа.

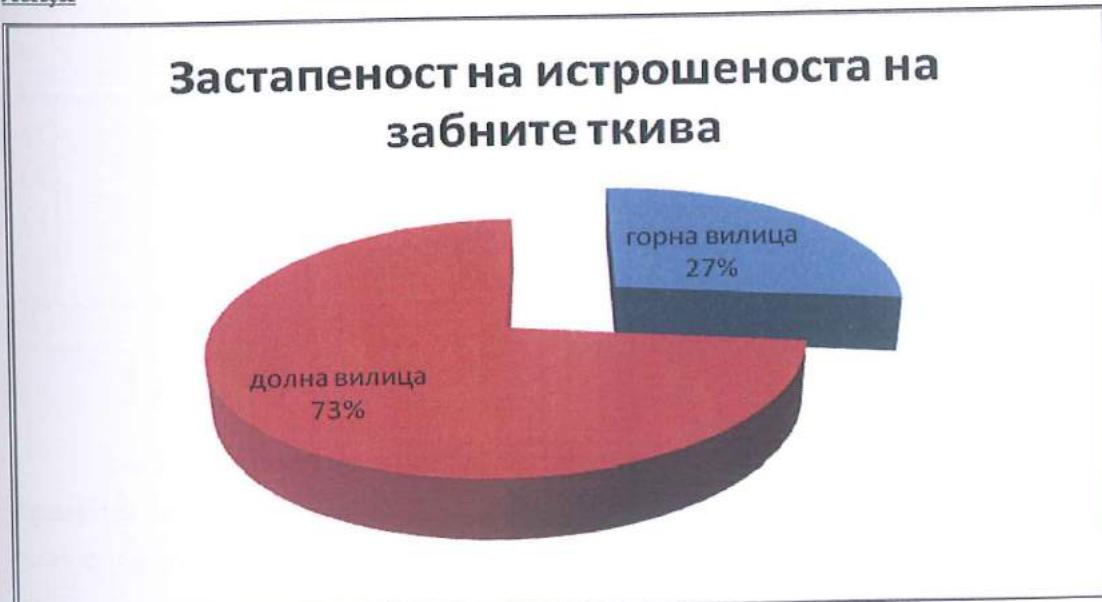
Просечниот број на заби кај испитуваната популација на кои постои губиток на забната супстанца изнесува $3,84 \pm 2,75$ по испитаник. (графикон бр. 37.) . Присуството на истрошенаноста на забните ткива на ниво на целокупната испитувана популација изнесува 27,39 %.

Графикон бр. 37. Просечен број на заби на кои постои присуството истрошеност на забните ткива кај испитуваните стари лица со најмалку еден природен заб



По обработката на податоците за застапеноста на ваквата појава откриено е дека долните заби се карактеризираат со поголема загуба на цврсти забни ткива во однос на горните (75,85% : 37,15 %), покажувајќи истовремено поголем степен на загуба на цврсти забни ткива. Појавата на истрошеност е најголема на ниво на долните фронтални заби. (графикон бр. 38.)

Графикон бр. 38. Застапеност на заби на кои постои присуството истрошеност на забните ткива по вилица кај испитуваните стари лица



РЕЗУЛТАТИ

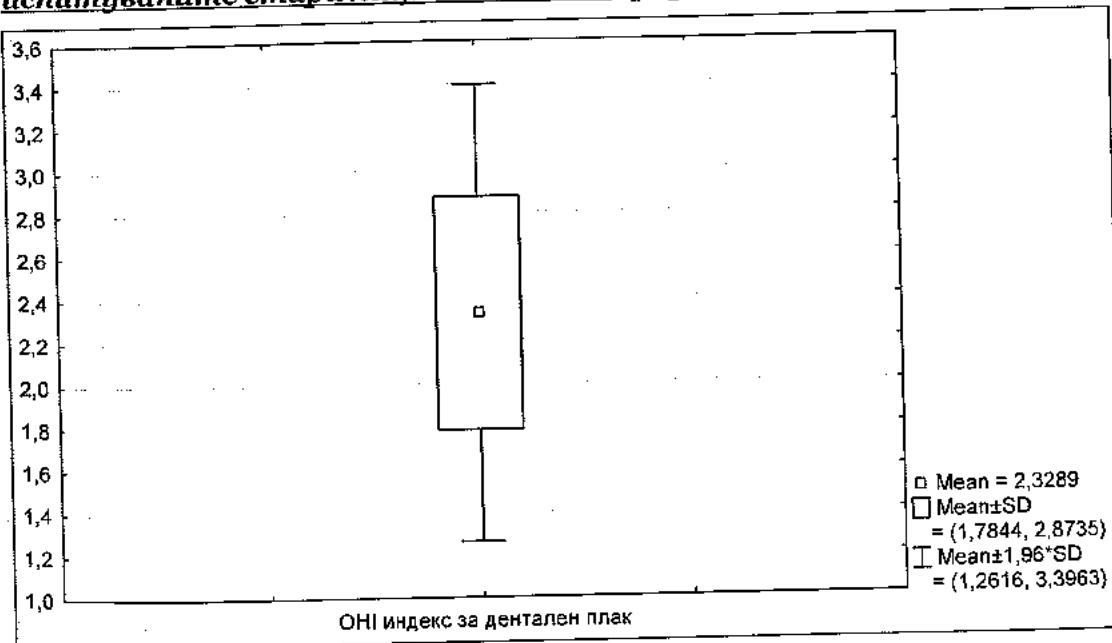
Таб. бр. 16. Број на заби на кои постои истрошеност на забнатите ткива кај институционализираните стари лица

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
0	0	0	0	3	5	8	8	7	5	2	0	0	0	0	0
0	0	0	0	4	14	21	19	21	20	7	2	0	0	0	0
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Проценка на оралната хигиена

Средна вредност на симплифицираниот ОНІ индекс на Green Vermilion добиена за присуството на денталниот плак изнесува $2,33 \pm 0,51$ (опсег од 1,33 до 3,00, со Confidence interval од 2,15 до 2,51) (**графикон бр. 39.**).

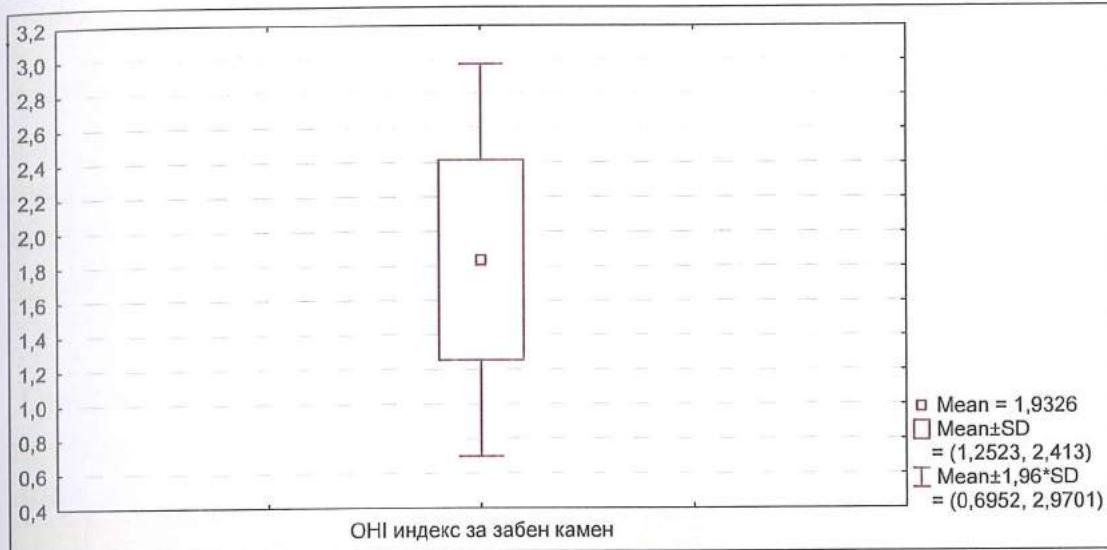
Графикон бр. 39. Просечна вредност за симплифицираниот ОНІ индекс за проценка на присуството на дентален плак кај испитуваните стари лица кои имаат природни заби.



Средна вредност на симплифицираниот ОНІ индекс кој се однесува само за присуството на забен камен кај индивидуите изнесува $1,93 \pm 0,58$ (опсег од 0,66 до 3,00, со Confidence interval од 1,64 до 2,02) (**графикон бр. 40.**).

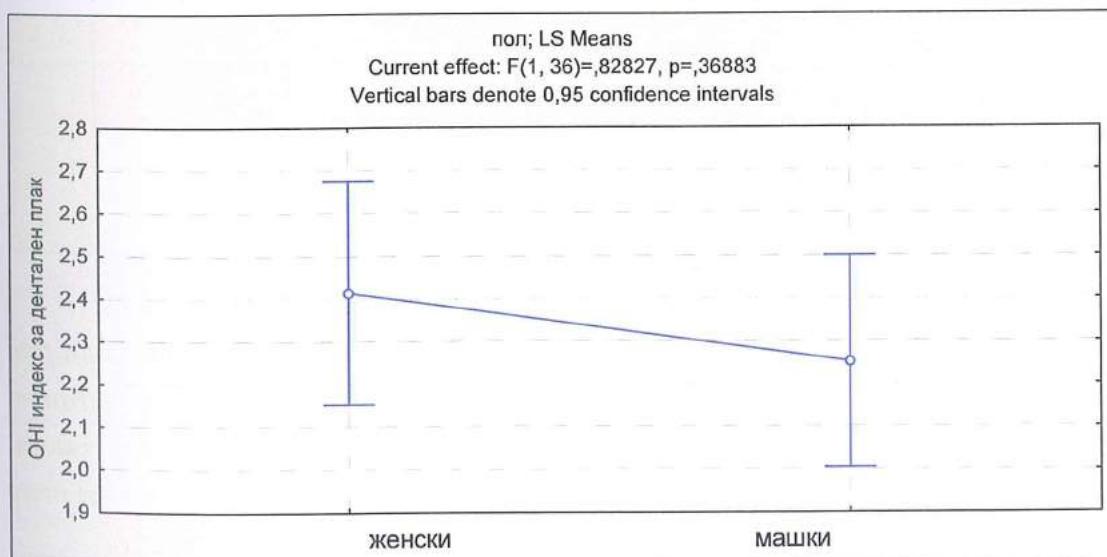
РЕЗУЛТАТИ

Графикон бр. 40. Просечна вредност за симплифицираниот ОНІ индекс за проценка на присуството на забен камен кај испитуваните стари лица кои имаат природни заби.



Средна вредност добиена за симплифицираниот ОНІ индекс кои се однесува на присуството на денталниот плак кај испитаниците од женскиот пол изнесува $2,41 \pm 0,58$, додека средна вредност на индексот кој се однесува за присуството на дентален плак кај машкиот пол изнесува $2,25 \pm 0,51$ (**графикон бр. 41.**). По статистичката обработка откриено е дека не постои сигнификантна разлика на одредениот симплифициран ОНІ индекс меѓу лицата од машкиот и женскиот пол, при што е поголем кај женскиот пол.

Графикон бр. 41. Разлики во вредности на симплифицираниот ОНІ индекс по полови кај институционализираните стари лица

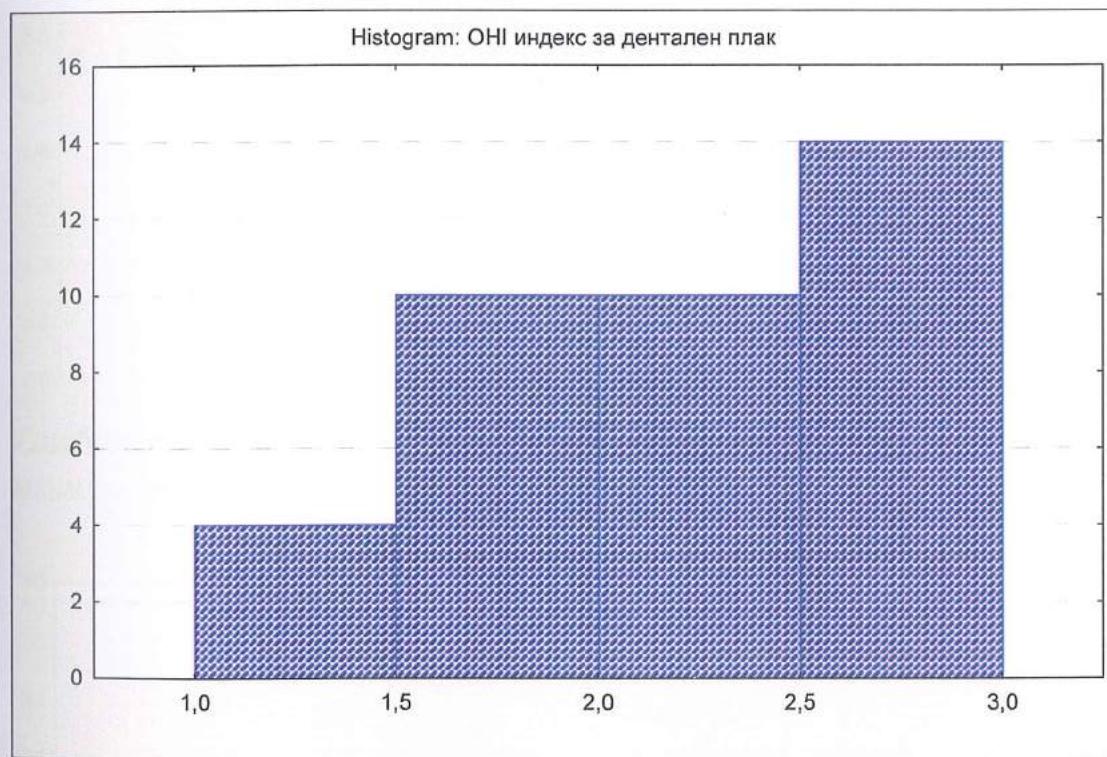


РЕЗУЛТАТИ

Просечната вредност на симплифицираниот ОНІ индекс (а се однесува за проценката на присуството на дентален плак и забен камен заедно) за испитуваната популација изнесува $4,24 \pm 1,21$.

Најголем дел од испитаниците поседуваат вредности над 2,00 за симплифицираниот ОНІ индекс и за присуството на дентален плак и за присуството на забни конкременти. Откриено е дека кај 68,58 % од испитаниците имаат вредност над 2,00 за присуството на дентален плак, додека 28,57 % од испитаниците имаат вредност под 2,00 за присуството на забен камен. (графикон бр. 42.)

Графикон бр. 42. Вредности за симплифицираниот ОНІ индекс за проценка на присуството на дентален плак кај испитуваните стари лица кои имаат природни заби.

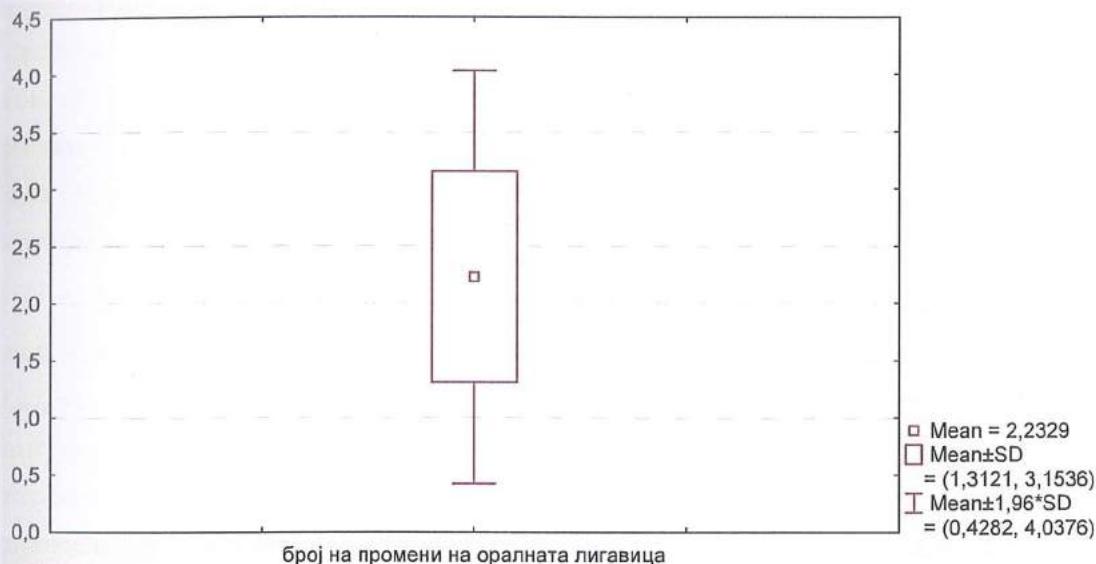


Доколку се направи поделба на лицата според вредност на симплифицираниот ОНІ индекс, може да се забележи дека нема ниту еден испитаник кој има одлична орална хигиена, додека најголем дел од испитаниците имаат незадоволителна орална хигиена (28 испитаници т.е. 73,68 % од испитаниците со природни заби).

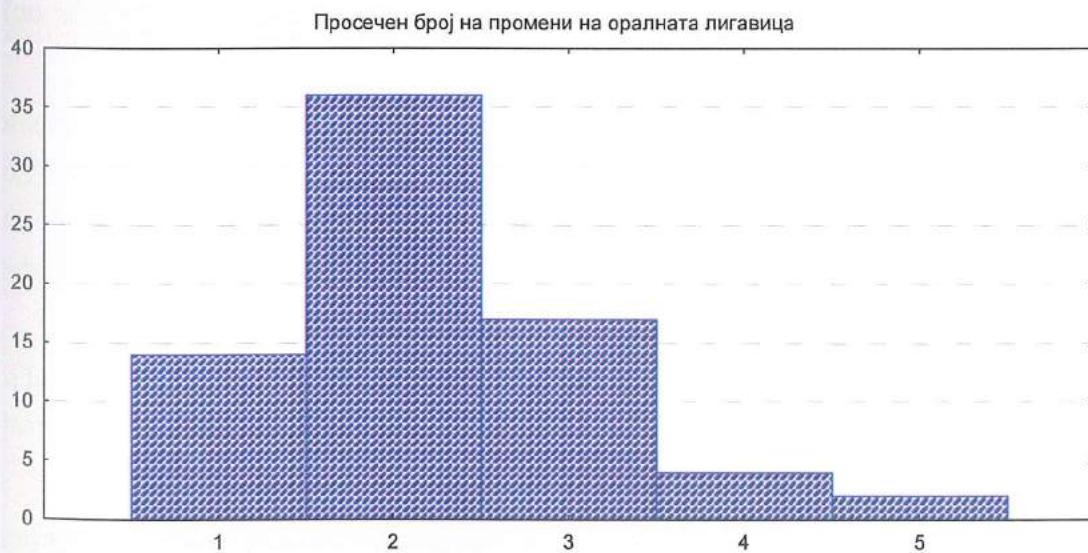
Присутни орално-мукозни промени

При испитувањето на застапеноста на оралните лезии и другите мукозни состојби открихме дека **сите испитаници имаат barem по една ваква промена во својата орална празнина.** Кај околу половина од испитаниците забележана е присуство на две промени на самата орална лигавица (49,32 %) од случаите, при што просечниот број на вакви промени изнесува $2,23 \pm 0,92$. (графикон бр. 43.), (графикон бр. 44.)

Графикон бр. 43. Просечен број на орално-мукозни лезии кај испитуваните стари лица



Графикон бр. 44. Просечен број на орално-мукозни алтерации кај испитуваните стари лица



РЕЗУЛТАТИ

Вкупниот број на дијагностицирани промени на оралната лигавица кај сите 73 испитаници изнесувал 164.

Оралните промени беа поделени во две големи групи: варијации на оралната слузокожа и патолошки промени на оралната лигавица. Кај институционализираните стари лица поприсутни се варијациите на нормалната слузокожа. (графикон бр. 45.)

По обработката на податоците откриено е дека бројот на варијациите на нормалната слузокожа на секој испитаник доаѓа просечно по 1,92 промени, додека од патолошките лезии просечно по 0,91 лезија по испитаник.

Најчесто присутни се промените поврзани со долготрајна употреба на протези или пак поради несоодветно димензионирани протетски помагала (бидејќи 67 % од лицата кои носат протези се жалат на одредени потешкотии со нивното носење), додека на дното се афтоznите промени и хемангиомите (3,05 % и 2,71 %, соодветно). Сепак, значително позастапени се вартијациите на оралната слузокожа.

Повеќе од дваесет различни промени на оралната мукоза беа пронајдени при испитаните стари лица најзастапени се: Status Fordyce (25,25 %), обложен јазик (27,40 %), сублингвалните варикозитети (19,18 %), Lingua plicata (19,18 %), ангуларен хеилитис (17,81 %), пигментации на оралната лигавица (16,44 %), атрофични промени на јазичниот покривач (13,69 %), улцерозни и декубитални промени на оралната лигавица (12,33 %), протетска или трауматска хиперплазија (9,59 %) и Stomatitis proteica (8,22 %). (табела бр. 17.)

Во групата варијации на нормалната слузокожа доминираат Status Fordyce (26 %) и обложен јазик (21 %).

Во групата на патолошките промени доминираат лезиите кои се поврзани со носењето на протетски помагала - декубитално-улцерозни промени предизвикани од носењето на протетските помагала (16 %) и Stomatitis protetica (10 %), додека од преостанатите промени најзастапени се атрофијата на јазичниот покривач (14 %) и афтоznите промени (8 %).

Кај еден (1,37 %) од испитаните стари лица е забележано присуство на paresa n. facialis. Освен парезата, кај пациентот беа откриени и Status Fordyce, обложен јазик и ангуларен хеилитис.

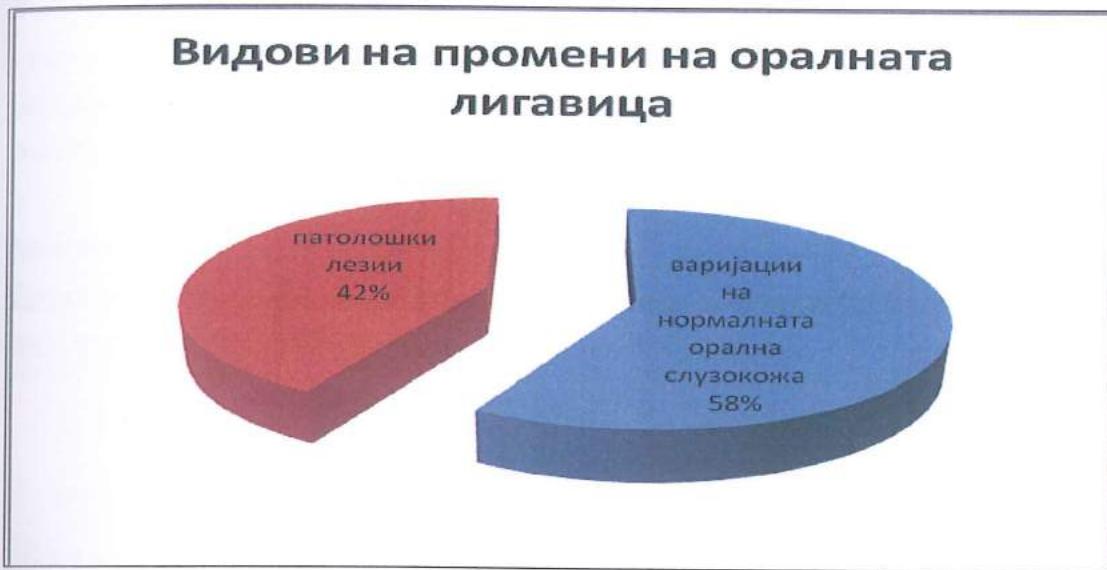
Кај испитуваната популација не се забележани промени кои индицираат дека станува збор за малигни алтерации.

Табела бр. 17. Преваленца на оралните мукозни алтерации меѓу институционализираните стари лица

<u>Алтерација на оралната лигавица</u>	<u>Број</u>	<u>Процент од испитуваната популација</u>	<u>Процент од вкупниот број на лезии</u>
Лезии			
➤ Ангуларен хеилитис	13	17,81 %	7,93 %
➤ Декубитални улиери	11	15,07 %	6,71 %
➤ Атрофија на јазичен покривач	10	13,69 %	6,10 %
➤ Трауматска хиперкератоза	9	12,33 %	5,49 %
➤ Протетска хиперплазија	7	9,59 %	4,27 %
➤ <i>Stomatitis protetica</i>	6	8,22 %	3,65 %
➤ Афтозни промени	5	6,85 %	3,05 %
➤ <i>Herpes labialis</i>	3	4,11 %	1,83 %
➤ Хемангиом	2	2,71 %	1,22 %
➤ <i>Lichen planus</i>	1	1,37 %	0,61 %
Вкупно	69		
Варијации на нормалата			
➤ <i>Status Fordyce</i>	25	35,25 %	15,24 %
➤ Обложен јазик	20	27,40 %	12,19 %
➤ Сублингвални варикозитети	14	19,18 %	8,53 %
➤ <i>Lingua plicata</i>	14	19,18 %	8,53 %
➤ Пигментацији	12	16,44 %	7,33 %
➤ <i>Torus palatinus</i>	4	5,48 %	2,44 %
➤ <i>Hyperplasio gll. labiorum</i>	4	5,48 %	2,44 %
➤ Географски јазик	3	4,11 %	1,83 %
➤ Краток лингвален френулум	1	1,37 %	0,61 %
Вкупно	95		100,00 %

РЕЗУЛТАТИ

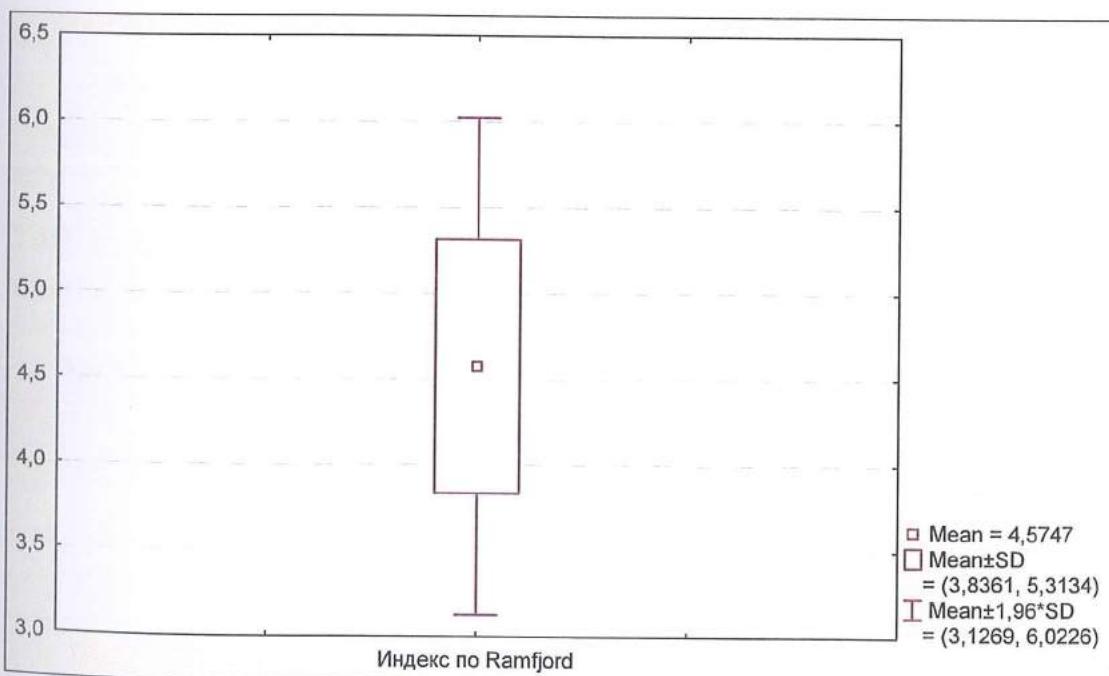
Графикон бр. 45. Класификација на орално-мукозни алтерации кај испитуваните стари лица



Проценка на состојбата на пароднот

Просечна вредност за индексот по Рамфјорд изнесува $4,57 \pm 0,74$ (опсег од 2,5 до 6,00, со Confidence interval од 4,33 до 4,82) (графикон бр. 46.) .

Графикон бр. 46 . Просечна вредност за Индексот по Рамфјорд кај испитуваните лица кои имаат природни заби.

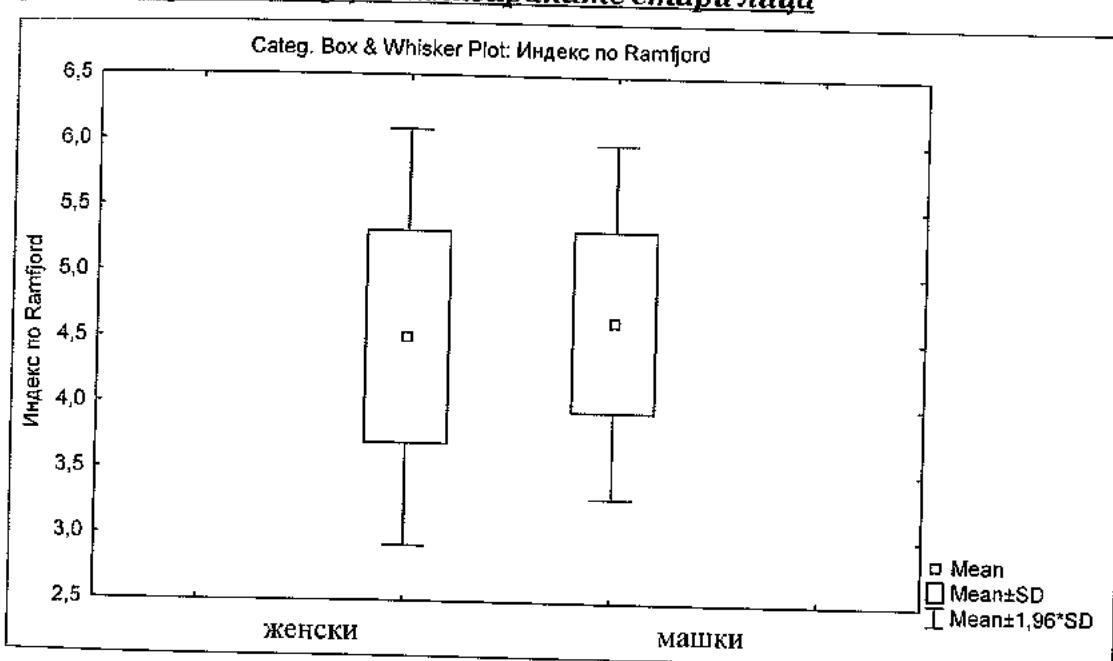


РЕЗУЛТАТИ

Просечната вредност добиена за индексот по Рамфјорд кај испитаниците од женскиот пол изнесува $4,51 \pm 0,81$, додека средна вредност на индексот по Рамфјорд кај машкиот пол изнесува $4,63 \pm 0,69$ (графикон бр. 47.). По статистичката обработка откриено е дека не постои сигнификантна разлика на одредениот Индекс по Ramfjord меѓу лицата од машкиот и женскиот пол (за $p < 0,001$).

Кај двајца (5,26%) од испитаниците промените се локализирани само на гингивата.

Графикон бр. 47. Разлики во вредности на Индексот по Рамфјорд по полови кај институционализираните стари лица



Најголем дел од испитаниците по соодветната калкулација на истите имаат средно напредната пародонтопатија (68,42 % од испитаниците). (табела бр. 22.)

Табела бр. 18. Напреднатост на пародонтопатојата кај институционализираните стари лица

Вредностите за индексот по Рамфјорд	Број	Процент
Вредност 4	4	10,52 %
Вредност 5	26	68,43 %
Вредност 6	6	15,79 %

РЕЗУЛТАТИ

Табела бр. 19. Процентуалната застапеност на тоталната беззабност по возраст и пол кај испитуваните стари лица

<u>Карактеристика</u>	<u>Процентуална застапеност на тоталната беззабност</u>	<u>Вредност за р</u>
<u>Возраст</u>		
65-74 години	45,45 %	
75+ години	51,75 %	
<u>Пол</u>		0,34
Машки	28,5 %	
Женски	60,00 %	

Во поглед на присуството и употребата на протетски помагала, резултатите покажуваат дека над половина (поточно 57,53 %) од испитаниците не носат никакви протетски помагала, 9,59 % носат протези само во едната вилица, додека 24,66 % носат тотални протези на двете вилици. Само тројца (4,11 %) од испитаниците носат горна и долна парцијална протеза. Фиксните протетски помагала се исклучително ретки и ги има кај 2,74 %.

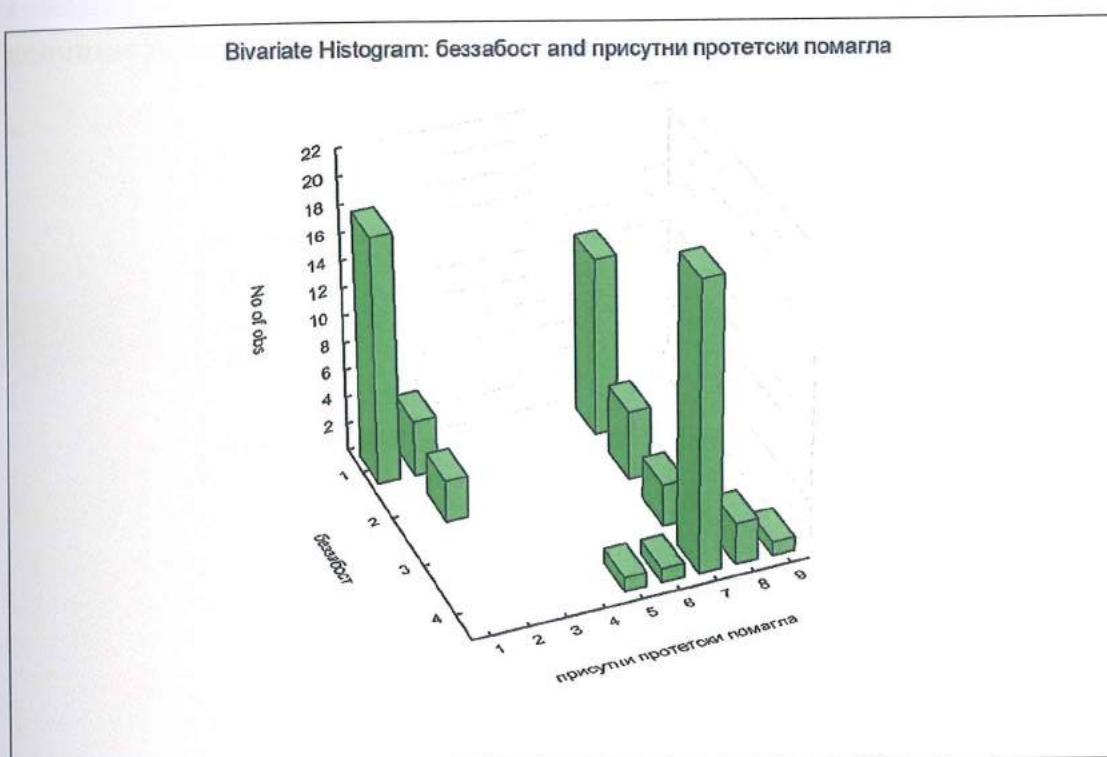
Табела бр. 20. Присуство на протетски помагала кај испитуваните стари лица

Карактеристика	Број	Процент
<u>Пар тотални протези</u>	18	24,66 %
<u>Само горна тотална протеза</u>	7	9,59 %
<u>Само долна парцијална протеза</u>	0	0,00 %
<u>Пар на парцијални протези</u>	3	4,11 %
<u>Само горна парцијална протеза</u>	1	1,37 %
<u>Само долна парцијална протеза</u>	0	0,00 %
<u>Комбинација фиксни и мобилни протетски помагала</u>	0	0,00 %
<u>Фиксни изработка во едната вилица</u>	1	1,37 %
<u>Фиксни изработка во две вилици</u>	1	1,37 %
<u>Отсуство на протетски помагала</u>	42	57,53 %

РЕЗУЛТАТИ

Со оглед на тоа дека најголем број на присутни заби кај еден испитаник изнесува 24, тоа значи дека и наспроти реалната потреба за протези помагала која се согледува во големиот број на изгубени заби, сепак постои отсуство на протетски помагала кај над половина од испитаниците (57,53 %).

Графикон бр. 49. Однос меѓу присутната беззабост и присуството на протетски помагала кај испитуваните стари лица



Од овој графикон (**графикон бр. 49.**) може да се забележи дека и наспроти високата застапеност на тоталната беззабост само околу половината од истите користат протетски помагала. Исто така може да се забележи дека и покрај тоталната беззабоста поголем број од лицата со бимаксиларна тотална беззабноста носат горна тотална протеза од колку и добра тотална протеза.

Дискусија

Дискусија

Оваа студија се однесува на проценка на оралното здравје кај институционализираните стари лица сместени во одделението „Мажка Тереза“, составен дел од Геронтолошкиот завод „Тринаесетти ноември“-Скопје. Станува збор за студија на пресек и сите резултати презентирани во неа се оригинални.

Од вкупниот број на лица сместени во институцијата само шест лица не учествувале (7.59 %). Двајца од згрижените лица одбира да учествуваат во текот на истражувањето, две лица беа отсутни во времето на изведување на истражувањето, еден не учествуваше поради тоа што не го разбира јазикот (зборува само албански јазик), додека еден од планираните испитаници не учествуваше поради когнитивен дефицит.

Компаријата на податоците на ова испитување со други епидемиолошки испитувања е комплексно поради постоење на бројни варијации во однос на дијагностичката методологија и критериуми помеѓу различните студии. Особен проблем е и недостатокот на бројни публикувани податоци во врска со оралното здравје на институционализираните стари лица во нашата земја. Тоа ја спречува можноста за компарација со наши литературни податоци.

Главните карактеристики во однос на оралното здравје кај институционализираните стари лица е присуството на поголем број на заостанати корени, коренски кариес, мобилни заби, заби со несоодветни полнења или пак со напреднат кариес и загубени заби во споредба со старите лица кои живеат самостојно.^[84] Според Dogan и Gokalp,^[85] возраста, контролните стоматолошки прегледи и здравственото осигурување се асоциирани со беззабноста.

На оралното здравје освен бројните фактори кои потекнуваат од општото и денталното опкружување влијаат и возраста и претходната професија. Ова особено се однесува на возраста. Така на пример доколку, пародонтопатијата се јавила порано, дотолку и прогнозата е понеповолна, додека терапијата и нејзиниот краен ефект е полош. Професијата исто така може да има значење поради нејзината можна поврзаност со некои орални заболувања. Дејството на професијата може да биде директно- преку делување на агенсот и негово неминовно водење кон заболување или пак индиректно кога професијата ја зголемува приемчивостта кон различните надворешни дразби.

ДИСКУСИЈА

Со оглед на тоа дека бројни орални и општи заболувања имаат заеднички фактори на ризик, детерминанти или ризик индикатори, секогаш потребно е да се земат во предвид и општите заболувања кои ги поседуваат испитаниците. Најголем дел од заболувањата презентирани во нашата студија се совпаѓаат и во однос на застапеноста и во однос на честотата на појавување со општите заболувања присутни кај институционализираните стари лица кај кои се врши проценка на оралното здравје.^{[66],[86],[87],[88]}

Во текот на истражувањето главен проблем претставуваше добивањето на информациите кои се однесуваат на системските заболувања на резидентите, и поради тоа докторот по општа медицина и останатиот персонал кој е одговорен за институционализираните лица мораше да направи поедноставување на бројот и видот на општи заболувања и лекови кои ги примаат.

Институционализираните стари лица освен што поседуваат мултиморбидитет, тие се подложени и на терапија со бројни медикаменти.^[89] Здравствените проблеми кај истите освен што се доста фреквентни и коегзистентни ја оформуваат и потребата од секојдневна употреба на поголем број на лекови.^[87] Најголем дел од нив земаат два или повеќе различни лекови во текот на денот. Поради тоа што овие лица земаат повеќе лекови се зголемува и ризикот од појава на несакани ефекти од лековите, проблеми со несоодветно користење на лековите (што можеби се должи и на самата старост, памалениот вид или нарушената меморија) и секако фармакодинамиски и фармакокинетички интеракции меѓу лековите од различните групи.

Институционализираните стари лица може да имаат проблеми со голтањето на лековите. Доколку лековите останат во усната празнина подолго време можно е да се појават улцерации поради делувањето на лековите.^[90]

Високиот процент на употреба на медикаменти освен во нашето истражување забележано е и од Petelin и соработниците,^[86] Thomson и соработниците^[89] и Beers и соработниците.^[91]

Најчесто употребуваните лекови кои ги користат институционализираните стари лица презентирани во литература^{[66],[89],[92]} се совпаѓаат со најчесто употребуваните медикаменти во ова истражување. (*табела бр. 5*)

Просечниот број на лекови кој се користат од страна на еден испитаник откриен во ова испитување- 2,89 (графикон бр. 12.) е помал во однос на истиот презентиран од страна на Thomson и соработниците^[89] и Tong и соработниците.^[92]

ДИСКУСИЈА

Освен ксеростомија употребата на одредени медикаменти може да доведе и до нарушување на осетот за вкус.^[93]

Значењето на плунката во усната празнина е многуикратно, учествува во лубрикацијата, штити од бактериски и габични инфекции и ја превенира појавата на кариссот преку реминерализирање на тврдите забни ткива. Кај старите лица ксеростомијата, како субјективно чувство на сувост во устата се должи на намалената секреција на плунка.^[94]

Ксеростомијата кај старите институционализирани лица е поврзана со појава на субјективно чувство на печенење и жарење во усната празнина, проблеми кои се поврзани со говорот, цвакањето и голтањето. Исто така, некои лекови (особено психотропните, кои се најупотребувани) имаат негативен ефект врз усната шуплина на субјектите особено предизвикувајќи ксеростомија. Кај 60,27% од нашите испитаници регистрираме ксеростомија (графикон бр. 23. и табела бр. 11.), Поради присутната ксеростомија се зголемува ризикот за појава на орални заболувања: зголемен ризик за појава на кариес, пародонтална болест и орални инфекции (како glossitis, stomatitis и инфекции предизвикани од candida albicans), фисури на аглите на усните, потешкотии при цвакањето, голтањето и зборувањето. Други лекови како калциум антагонистите и антиепилептиците може да делуваат негативно и на пародонталните ткива особено на гингивата со што може да дојде до нејзино зголемување. Високата употреба на лекови кои предизвикуваат ксеростомија освен во оваа студија е откриена и во истражувањето на Sfeatu и соработниците^[66] и Locker.^[95]

Податоците презентирани во ова испитување се совпаѓаат со податоците за присуството на кесротомија во студиите на Avci и соработниците^[96] и Petelin и соработниците.^[86] Поголема застапеност на субјективно чувство на сувост на устата презентирале Jovanović и соработниците-78,5 %,^[97] за разлика од Marchini и соработниците,^[98] Kossioni и соработниците^[99], Mozafari и соработниците^[100] и Triantos^[87] кои забележале пониска застапеност.

Glazar и соработниците^[101] откриле поголема преваленца на ксеростомијата кај институционализираните во однос на неинституционализираните стари лица.

Откриеното присуство на субјективно чувство на печенење и жарење во усната празнина забележана во ова истражување кај 6,84 % (табела бр. 13.) од испитаниците е повисоко од преваленцата на истото публикувано од страна на Wan и соработниците^[102] и Locker.^[95]

ДИСКУСИЈА

Зголемувањето на бројот на лицата кои се во своите седумдесетти и осумдесетти години од животот може да се доведе во врска со голем број на изгубени заби и со зголемената употреба на протетски помагала.^[103] Бројот на преостанатите заби не само што има ефект на мастикацијата, а од тука и на исхраната, туку има влијание и на естетиката и фонацијата кај старите лица.

Просечниот број на преостанати заби кај институционализираните стари лица кои ги презентирале Morales-Suárez-Varela и соработниците^[104] (17,1), Eustaquio-Raga и соработниците^[105] (14,29), Samson и соработниците^[106] и Arpin и соработниците^[107] (12,91) е поголем од просечниот број на преостанати заби одреден при нашето испитување ($5,81 \pm 7,34$) (графикон бр. 26.). Приближно слична застапеност покажале студиите на Marin- Zaluaga и соработниците^[108] каде бројот на преостанати заби изнесувал 8,2 и на Petelin и соработниците^[86] каде бројот на присутни заби изнесувал $6,76 \pm 7,47$. Помал број на преостанати заби кај институционализираните стари лица е презентиран во студијата на Piavezam и de Lima^[109] од Бразил каде просечниот број на преостанати заби кај институционализираните стари лица е утврден на $4 \pm 6,6$.

Al-Habouri и соработниците^[110] во една студија откриле дека бројот на преостанати заби кај стари лица кој имаат самостоен живот изнесува $21,4 \pm 6,2$ што е поголем од бројот на преостанати заби добиен во нашата и претходно презенираните студии.^[104-110] Locker^[95] во една своја студија открил дека две третини од испитаниците- институционализирани стари лица поседуваат најмалку 16 заби. Во нашето истражување бројот на лица кои поседуваат најмалку 16 природни заби изнесува околу една третина (графикон бр. 28.).

Резидуалните корени во усната празнина претставуваат места на кои настанува насобирање на дентален плак, потенцијална причина за халитоза како и место за продор на бактериите кон периапикалниот простор. Застапеноста на заостанатите корени во оваа студија се испитуваше само визуелно и со помош на сондирање, односно не се користеше рендгенографијата како помошен дијагностички метод, поради што одреден број на заостанати корени кои се препокриени со меко ткиво не би можеле да бидат забележани.

Просечниот број на корени откриен при ова испитување $0,69 \pm 1,60$ (графикон бр. 29.) се совпаѓа со просечниот број на заостанати корени во испитувањата на Jokstad и соработниците^[111] и Marino и соработниците,^[112] за разлика од студијата на Saintrain и соработниците^[113] каде е откриен значително поголем број на заостанати корени - 6. Помал број на престанати корени е забележан кај Henriksen и соработниците^[114] во Норвешка.

ДИСКУСИЈА

Цвакалниот ефект односно мастиаторните сили кои се создаваат во текот на процесот на цвакањето во голема мерка зависи од тоа дали станува збор за природни заби или пак за протетски помагала. Цвакалниот ефект со артифициелни помагала зависи од неуро- мускулната контрола и од мускулната сила.^[95] Кај природната дентиција цвакањето зависи доминантно од бројот на забите и зачуваноста на оклузалната површина. Оттука загубата на забите ги оневозможува мастиаторните активности и влијае на самата цвакална способност кај старите лица, каде бројот на природни заби е најмал.^[96]

Проблемите со цвакањето се чести кај институционализираните лица, па така откриено е дека ваквата состојба е карактеристична за околу половина од испитаниците (графикон бр. 21.), и тоа не само во нашето истражување, туку и во истражувањата на Kossioni и Karakazis,^[99] Marin- Zaluaga и соработниците,^[108] Gift и соработниците^[116] и Ekeleund.^[117] Baran и Nalcaci^[118] публикувале пониска застапеност на цвакалини проблеми кај институционализираните стари лица, за разлика од Lo и соработниците^[119] кои презентирале повисока застапеност на ваквата проблематика.

Друг проблем со кои се срќаваат старите лица, меѓу кои и институционализираните стари лица се проблемите поврзани со темпоро- мандибуларниот зглоб. Ваквите промени настануваат поради дегенеративните промени како и загуба на 'рекавица во самите зглобни површини како последица на процесот на стареење. Најчести симптоми на кои се жалат испитаниците, а се поврзани со самиот темпоро- мандибуларен зглоб се тропање или крцкање при отворање на устата или при придвижување на вилицата. Сепак застапеноста на ваквите промени е ниска^[120] и во нашето испитување процентот на лица со вакви проблеми изнесува 8,22 % (графикон бр. 25.). Слична ваква застапеност презентирале Helöe и Helöe^[121] и Mac Entee и соработниците^[122]. Пониска застапеност на субјективни проблеми поврзани со темпоро- мандибуларниот зглоб презентирале Soh и соработниците^[123] кај институционализираните и Morales-Suárez-Varela и соработниците^[104] кај неинситуционализираните стари лица. Застапеноста на субјективна симптоматологија која е поврзана со темпоро- мандибуларниот зглоб е поголема кај лицата со протетски помагала.^{[124],[125]}

КЕП индексот или DMFT-индексот (Daceyed-Кариозен, M-missing-екстрахиран, F-filling-пломба) се користи со цел статистички да се одреди бројот на екстрахирани, пломбирани и кариозни заби по индивидуа и просечна вредност на истите на ниво на испитуваната популација.

ДИСКУСИЈА

КЕП индексот е избран поради тоа што е најчесто употребуван индекс за проценка на денталниот статус кај испитаниците. Примарно КЕП-индексот е развиен за употреба во детската возраст и подоцна е адаптиран за употреба кај старите лица.

Со овој индекс не се земаат во предвид причините за губење на забите- дали забот е изгубен како последица на кариес или пак на пародонтална болест, ризикот за појава на кариес на забите како и проценката на потребата од третман. Како што може да се забележи, присуството на забележани кариес кај испитаниците во голема мерка варира. Како и што се очекува кај оваа возрасна популација, бројот на изгубени (екстрактирани) заби (МТ) - како показател на големата загуба на заби - е најголем контрибутор одговорен за високите вредности на самиот КЕП индекс.

Одредени автори сметаат дека КЕП индексот има ниска валидност за проценка на кариесот кај возрасните, пред се поради тоа што нема можност да се открие вистинското влијание на кариесот врз самото орално здравје.

Достапните податоци укажуваат на широка распространетост на кариесот и последиците од неговото присуство најчесто и најсилно низ светот со што се забележува огромното социјално значење на овој проблем кај институционализираните стари лица. К- компонентата на КЕП-индексот во себе ги опфаќа: кариозните заби, заби со дефинитивно полнење на една површина додека се со кариес на другата, заби со дефинитивни полнења на кои има рекурентен или секундарен кариес, заби со привремени полнења или заби од кои имаме само преостанати корен/и.

Со оглед на тоа дека овој индекс се однесува само на застапеноста на болеста, нејзините последици и потребата од третман, истиот може да презентира високи вредности особено кај популации како нашата каде присуството на кариесот и екстрактираниите заби е навистина високо.

Е- компонентата (број на заби кои недостасуваат) е доминантната компонента во КЕП индексот, не само во ова истражување туку и кај бројни други истражувања кои се однесуваат на институционализираните стари лица. Особено, повисока средна вредност на екстрактирани заби се пронајдени меѓу испитаниците постари од 75 години (наспроти испитаниците на возраст од 65-74 години).

За разлика од неа, П- компонентата (заби со дефинитивни полнења) има најмал удел во КЕП индексот. Ниската вредност на П- компонентата може да се должи на негрижата за своето орално здравје на испитаниците, нередовните контролни прегледи како и непознавање на техниката за поставување на дефинитивни полнења поради што истите не траат, или пак нивната трајност се

ДИСКУСИЈА

намалува поради други фактори. Во овој дел од КЕП индексот се замени во предвид забите на кои не постои кариес а притоа поседуваат едно или повеќе дефинитивни полнења и заби на кои покрај дефинитивното полнење не постои присуство на секундарен кариес.

Ограничување со кое се среќаваме кај старите лица е и фактот на ограничена меморија и другите когнитивни функции кај истите, поради што одредени состојби како нееруптирани заби, вроден недостаток на одреден заб, авулзија на еден или повеќе заби, прекубројни заби, не можат да бидат соодветно обработени при одредување на овој индекс. Овој факт го докажува несоодветното одржување на орална хигиена кај институционализираните лица како и нетретирањето на кариозните заби.

Вредноста на КЕП индексот добиен во ова истражување изнесува $28,84 \pm 4,71$ (графикон бр. 31.) е доста висок и често забележан во литературата.^[126] Нашите резултати за КЕП индексот корелираат со податоците добиени од страна на Simunković и соработниците-^{27,92,^[63] Piuvezam и de Lima -^{28,8,^[127] ^{29,4,^[109] Unluer и соработниците-^{29,83^[128] како и со податоците публикувани од Vrbic и соработниците- ^{28,0.^[129] Пониски вредности за КЕП индексот кои се однесуваат на институционализираните стари лица се презентирани од Ruiz-Medina и соработниците-^{26,6,^[130] Philip и соработниците- ^{25,9,^[131] Zusman и соработниците-^{23,8,^[132] Ahluwalia и соработниците- ^{19,9,^[133] Samson и соработниците- ^{23,2,^[106] Comfort и соработниците,^[84] Lo и соработниците- ^{23,00,^[119] Bourgeois и соработниците- ^{23,3,^[124] Vrbic и соработниците- ^{27,0.^[135] Поголеми вредности за КЕП индексот се доста ретки во литературата и забележани се во Бразил од страна на Rihs и соработниците-^{30,29,^[38] Gaiao и соработниците-^{29,79,^[136] van Wyk и соработниците-^{29,9,^[137] и Petelin и соработниците-^{30,75.^[86]}}}}}}}}}}}}}}}}}

Определената средна вредност за К- компонентата во ова истражување (графикон бр. 32.) се совпаѓа со податоците презентирани од страна на Lo и соработниците,^[119] Zusman и соработниците,^[132] Corneo и соработниците^[138] и Carter и соработниците,^[139] за разлика од King и Kapadia,^[140] Esmeriz и соработниците,^[141] Rihs и соработниците^[38] и Ambjørnsen^[142] кои укажале на помала застапеност на кариозните лезии на преостанатите заби. Поголема застапеност на кариозни заби т.е. К-компонентата од КЕП индексот кај институционализирани стари лица забележале Rao и соработниците^[143] и Piuvezam и de Lima.^[109]

Е- компонентата од КЕП индексот е доминантна компонента одредена во најголем број на истражувања, не само кај институционализирани стари лица, туку кај старите лица во целост.^{[120],[144]} Резултатите публикувани од King и

ДИСКУСИЈА

Kapadia^[140] и Esmeriz и соработниците^[141] се совпаѓаат со истите од ова истражување- $25,41 \pm 8,03$ (графикон бр. 34.). Lo и соработниците,^[19] Zusman и соработниците,^[142] Cornejo и соработниците,^[138] Ambjørsrnsen^[142] и Chlamers и соработниците^[145] во своите испитување покажале помала средна вредност за Е-компонентата на КЕП индексот. За разлика од нив Rihs и соработниците^[38] и Piavezam и de Lima^[109] покажале поголема вредност за екстрахирани заби.

Вредностите кои се однесуваат на П- компонентата, како фактор кој укажува на субјективните ставови на испитаниците кон подобрување на сопственото орално здравје во најголем број на публикувани резултати се движи околу еден. Слични резултати со тие од нашето истражување- $0,69 \pm 1,46$ (графикон бр. 33.) објавиле Lo и соработниците^[19] и King и Kapadia^[140]. Помала застапеност на заби со дефинитивни полнења кај институционализираните стари лица публикувале Cornejo и соработниците,^[138] за разлика од Rihs и соработниците,^[38] Zusman и соработниците,^[132] Esmeriz и соработниците,^[141] и Ambjørsrnsen^[142] кои укажале на поголема застапеност на оваа компонента.

Присуството на орални промени кај институционализираните стари лица откриени во ова истражување е полошо во однос на податоците презентирани во бројни студии во индустрискиализираните земји.

Сто процентното присуството на орални промени кај испитаните институционализирани стари лица во нашето истражување е поголемо од застапеноста презентирана од Dundar и Kal во Турција (40,7 %),^[146] Rabiei и соработниците^[147] (86,1 %) и Ekelund^[148] (60 %). Споредбата на податоците добиени во оваа студија со истите добиени и презентирани од други епидемиолошки испитувања е несоодветна пред се поради варијациите во методологијата и класификацијата на промените како и поради разликите во дијагностичките критериуми. Ваквата висока застапеност на оралните промени се смета дека се должи на тоа што не е направена стриктна дистинкција на патолошки и не-патолошки лезии, како и различните клинички симптоми во самите групи на заболувања. Така на пример, присуството на орални лезии кај 45 % од институционализираните стари лица во Данска се должи поради тоа што мукозните лезии локализирани на ниво на јазикот не се евалуирани.^[149] Преваленцата од минимални 18,3 % на орални лезии откриена од страна на Saintrain и соработниците^[150] укажува на значителното влијание на методологијата и различните клиничко- дијагностички критериуми за проценка на нивната застапеност.

ДИСКУСИЈА

Повеќе од половината поточно 59,14 % (графикон бр. 45.) од нашите испитаници поседуваат мукозни алтерации регистрирани како варијации на нормалната орална слузокожа, кои од своја страна се бенигни и не бараат посебен третман. Овој наод во потполност се совпаѓа со тој на Ferreira и соработниците.^[54]

Се смета дека промените доминантно се должат на адаптивните процеси на самите орални ткива кон делувањето на механички, хемиски или термички фактори, додека помалку од лезиите се причинети од системски заболувања или пак имаат премалиген карактер.^[55]

Високата застапеност на обложен јазик кај нашата испитува популација, од 27,40 % (табела бр. 17.) сметаме дека е последица на неадекватната орална хигиена кај испитаниците, несоодветната исхрана или пак може да е несакан ефект на медикаментите кои ги користат. Во бројни студии ваквата варијација во усната празнина се смета за најчеста кај институционализираните стари лица.^{[52],[53],[54]} До слични резултати во своето испитување дошле Ferreira и соработниците^[54] и Smith и соработниците.^[55] Наодите пак на Avcu и соработниците,^[56] Samaranayake и соработниците^[54] и Campisi и Margiota^[56] и кои укажуваат на застапеност на обложениот јазик кај над половина од испитаниците. Solemdal и соработниците,^[57] Lawahez и соработниците^[58] и Gönül и соработниците^[59] пак презентирале доста пониска застапеност на оваа појава кај испитуваната популација (под 10 %)

Застапеноста на Status Fordyce презентирана во оваа студија од 25,25 % (табела бр. 17.) е слична со застапеноста откриена од Ferreira и соработниците (20,9%),^[54] додека Olivier^[59] во своето испитување укажува на скоро двојно поголема застапеност - 52,7 % .

Присуството на Lingua plicata, како доста честа појава на јазикот варира во различните студии и испитувања. Податоците кои ги презентираат Jainkittivong и соработниците^{[60],[61]} и Rabiei и соработниците^[47] се слични со податоците кои се однесуваат на застапеноста на Lingua plicata откриена во ова истражување -19,18 % (табела бр. 17.). Mozafari и соработниците^[100] укажале на поголема застапеност на lingua plicata која изнесувала 66,5 %, за разлика од Triantos,^[87] Lawahez и соработниците^[58] и Mallo и соработниците^[162] кои презентирале пониска застапеност на оваа мукозна варијација.

Сублингвалните варикозитети се доста чести мукозни варијации кај старите лица.^{[161],[163],[164],[165]} За нивната застапеност во различните студии презентиран е широк дијапазон на податоци. Така Rabiei и соработниците^[37] презентирале слична застапеност на сублингвалните варикозитети како и во нашата студија-19,18 % (табела бр. 17.), наспроти Mozafari и соработниците^[100] и Ferreira и

ДИСКУСИЈА

соработниците^[54] кои укажале на доста висока застапеност од околу 50 %. Yeatts и Burns,^[166] како и Jainkitivong и соработниците^[160] публикуваат застапеност на сублингвалните варикозитети помалку од 5 %.

Torus palatinus претставува егзостоза која може да биде различно изразена, односно може да биде малку или силно изразена, да има различен облик и конфигурација.^[167] Во нашето испитување кај 5,48% (табела бр. 17.) од испитаниците регистрираме torus palatinus. Слична застапеност на оваа егзостоза презентираат Kurniawan и соработниците,^[168] додека Mimici и соработниците^[169] презентираат застапеност на torus palatinus под еден процент (0,5%). За разлика од овие студии, бројни други автори презентираат значително поголема застапеност на оваа егзостоза во своите испитувања.^{[166],[170],[171],[172]}

Lingua geographica клинички се презентира со атрофични, силно еритематозни регии на дорзалната површина на јазикот со непостојани граници. Нејзината застапеност кај институционализираните лица презентирана во оваа студија изнесува - 4,11 % (табела бр. 17.) е слична со застапеноста презентирана од Mansoig-Chanaei и соработниците^[173] и Robledo-Sierra и соработниците,^[174] за разлика од Yarom и соработниците^[175] кои укажале на поголема застапеност на оваа мукозна алтерација. Пониска фреквенција на оваа мукозна варијација е презентирана од страна на Ferreira и соработниците,^[54] Mozafari и соработниците^[100] и Shulman и Carpenter.^[176] Shulman и Carpenter^[176] како и Taiwo и соработниците^[177] во своите студии презентирале силна асоцијација на бенигниот миграчки глоситис со lingua plicata.

Лингвальниот френулум како цврста фиброзна трака која го поврзува јазикот со подот на усната празнина, кај беззабите пациенти може да оневозможи изработка на стабилна долна протеза. Резултатите презентирани во нашето испитување, за застапеноста на неправилно позициониран френулум, кај 1,37 % од испитаниците (табела бр. 17.) се совпаѓаат со наодите презентирани во испитувањето на Lalakea и соработниците^[178] и Mujica и соработниците.^[56] Queiroz Marchesan^[179] пак презентира повисока застапеност на неправилно позиционираниот лингвalen френулум од 9 % кај старите лица.

Stomatitis protetica и протетската хиперплазија, се најчестите лезии на оралната лигавица кои се поврзани со носењето на протетски помагала. Протетската хиперплазија е присутни кај 17,81 % од нашите испитаници (табела бр. 17.). Нашите резултати се во согласност со наодите на Mozafari и соработниците^[100] и Mujica и соработниците.^[56]

ДИСКУСИЈА

Некои автори сметаат дека старите лица со текот на времето се навикнуваат на протезите до таа мера што и покрај промените на подпротезните ткива и нивната евидентна неадекватност, сепак се противат на нивна замена. Ваквите неадекватни протези може да доведат до појава на орални лезии.^{[87],[88]} Високата застапеност на лезии кои се поврзани со носењето на протетски помагала во најголем број на случаи освен поради нестабилност на протезите се должи и на неадекватната орална хигиена и на нередовните контролни стоматолошки прегледи.^[89]

Stomatitis protetica претставува клиничка дијагноза која опишува инфламаторна состојба на подпротезните орални ткива поврзана со носење на мобилни протетски помагала. Клинички се манифестира со присуство на еритема на местата во контакт со протезната база, ерозии и улцерации, со присутни оток и болка. Постојат бројни фактори кои можат да ја предизвикаат оваа состојба, па оттука одредени автори како доминантна причина ја наведуваат лошата орална хигиена,^[118] други *Candida spp.*,^{[182],[183]} додека трети пак за главна причина ја наведуваат несоодветната димензионираност.^[184] Инциденцата на *Stomatitis protetica* презентирана кај испитаниците во Соединетите Американски Држави изнедувала 21 %, околу 40 % од институционализираните стари лица во Данска имале одредени потешкотии локализирани под протетските помагала^[61]. Се смета дека *Stomatitis protetica* се јавува апроксимативно кај околу една третина од институционализираните стари лица кои носат протетски помагала.^[185] Процентуалната застапеност на протетскиот стоматитис од 8,22% (табела бр. 17.) која ја регистрираме кај нашите испитаници е помала во споредба со застапеноста на овој стоматитис, која е регистрирана во други студии и изнесува над 15 %.^{[53],[87],[154],[181],[186],[187]} Ваквата ниска застапеност на протетскиот стоматитис во нашето испитување сметаме дека се должи на малата застапеност на протетски помагала кај испитуваните стари лица.

За протетската хиперплазија, се смета дека е последица на преекстендираните протетски крила и рабови, но и последица на отсуството на близок контакт на протезната база и ткивото под неа.^{[181],[188]} Ferreira и соработниците,^[63] Baran и Nalcaci^[128] и Jorge Júnior J и соработниците^[189] забележале поголема застапеност на оваа хиперплазија, во споредба со нејзината застапеност кај нашите испитаници, која изнесуваше 9,59 % (табела бр. 17.). Слични резултати со нашите, за застапеноста на протетската хиперплазија, регистрирале Мијса и соработниците^[56] и Corbet и соработниците^[190] во своите истражувања.

ДИСКУСИЈА

Високиот процент на лица кои имаат декубитални улцери се поврзува со употребата на протетските помагала кај институционализираните стари лица. Резултатите укажуваат дека поради својата неадекватност протетските помагала можат да го нарушат интегритетот на слузокожата и да предизвикаат појава на орални лезии.^[191] Samaranayake и соработниците^[154] во своето истражување не забележале присуство на труматски улцери предизвикани од протетски помагала кај своите испитаници. Jainkittivong и соработниците^[160] и Ferreira и соработниците^[54] демонстрирале застапеност на труматските улцери слична на онаа добиена во нашето истражување-15,07 % (табела бр. 17.) Baran и Nalçaci^[118] и Moskona и Kaplan^[192] укажале на значително поголема застапеност на трауматските улцери кај институционализираните стари лица. Mujica и соработниците,^[56] Mozafari и соработниците,^[100] Espinosa и соработниците^[193] и Garcia-pola Vallejo и соработниците,^[194] и публикувале пак помала застапеност на трауматски улцерации од протетски помагала.

Според бројни автори постои поврзаност на ангуларниот хеилитис со проблемите поврзани со темпоро- мандибуларниот зглоб,^[120] протетскиот стоматитис^{[120],[181]} или пак инфламаторната фиброзна хиперплазија.^[181] Thomson и соработниците^[89] и Nimri и соработниците^[195] презентирале податоци за застапеноста на ангуларниот хеилитис, кои се слични со застапеноста на ангуларниот хеилитис во нашата студија. (табела бр. 17.) Многу помала застапеност на ангуларниот хеилитис презентирале Mujica и соработниците,^[56] King и Kapadia^[140] и Jorge Júnior J и соработниците.^[189] Наспроти тоа, поголема застапеност на ангуларниот хеилитис забележале Samaranayake и соработниците^[154] и Peltola и соработниците^[196] во своите истражувања .

Атрофичните промени на јазичниот покривач се доста чести промени на дорзалната површина на јазикот кај старите лица. Според ова истражување вакви промени се присутни кај 13,69 % (табела бр. 17.) од институционализираните стари лица и истите се во согласност со наодите на Thomson и соработниците^[89] и Kurniawan и соработниците.^[168] Значително поголема застапеност на атрофични промени на јазикот утврдиле Mozafari и соработниците,^[100] Sweeny и соработниците,^[197] за разлика од Ferreira и соработниците^[54] и Triantos^[87] кои укажуваат на помала застапеност на атрофични промени на јазичниот покривач кај испитуваните стари лица.

Рекурентниот афтоцен стоматитис е многу често заболување, распространето кај различните расни и етнички популациони групи и може да се манифестира во најразлична возраст. Ова заболување е со непозната етиологија.

ДИСКУСИЈА

Откриената застапеност на афтозните промени во нашето испитување која изнесува 6,85 % (табела бр. 17.) е пониска од таа презентирана во истражувањето на Dandgore-Khasbage и соработниците,^[198] кои откриле застапеност од 19,33 %. Бројни други студии откриле значително помала застапеност на рекурентниот афтозен стоматитис кај институционализираните стари лица.^{[54],[55],[194],[199],[200]}

Се смета дека до педесеттата година од животот, 80-90 % од населението имале барем една епизода на рекурентен лабијален херпес.^[201] Поради намалениот имунитет кај старите лица не е ретка појавата на ова заболување. Во ова истражување застапеноста на рекурентниот лабијален херпес - 4,11 % (табела бр. 17.) е поголема во однос на преостанатите публикувани резултати.^{[54],[55],[100]}

Хемангиомите во усната празнина не се така честа појава, но, доколку се направи компарација со преостанатите локалитети, главата и вратот се места каде најчесто се појавуваат хемангиомите. Околу 10 до 20 % од хемангиомите не инволуираат и остануваат видливи и подоцна во текот на животот.^[202] Застапеноста на хемангиомите презентирани во оваа студија која изнесува 2,71 % (табела бр. 17.), се совпаѓа со резултатите на Garcia-Pola Vallejo и соработниците^[194] и Triantos.^[87] Mujica и соработниците^[56] укажуваат на поголема застапеност на оваа васкуларна малформација, за разлика од Mozafari и соработниците^[100] кои презентирале помала застапеност на оваа бенигна состојба.

Lichen planus е релативно често заболување, генерално афектирајќи 0,5-2,0 % од општата популација.^[203] Заболувањето е со поголема преваленција меѓу жените и примарно ги зафаќа средно- вечните и постарите лица,^[204] и поради својот хроницитет многу почесто може да се забележи и кај постарите лица. Резултатите презентирани во оваа студија укажуваат на застапеност на оваа промена кај 1,37 % (табела бр. 17.), и истите се совпаѓаат како со преваленцата на заболувањето на општата популација, така и со резултатите презентирани од страна на Mozafari и соработниците.^[100] Поголема преваленца на ваквите промени забележале Mujica и соработниците^[56] и Garcia-Pola Vallejo и соработниците,^[194] за разлика од Ferreira и соработниците^[54] кои публикувале помала застапеност на ваквите промени.

Високата застапеност на оралните лезии е една од главните причини поради која се препорачува систематичност при прегледувањето на старите институционализирани лица како и соодветно згрижување од страна на високообучен доктор на стоматологија кој има познавање на специфичностите на геронтостоматологијата.

ДИСКУСИЈА

Лезиите кои имаат можна малигна трансформација се од исклучително значење, и нивната рана дијагностика и адекватен третман се доста значајни. Она што е од особено значење е постојаното следење на регистрираните лезии на оралната лигавица со малиген потенцијал, како лихен планус, трауматски улцери хиперплазии.

Иако позастапени се варијациите на оралната лигавица, сепак најчести патолошките промени, кои ги регистрираме кај нашите испитаници, се поврзани со носење на протетски помагала. Glazar и соработниците^[10] и Evten и соработниците^[205] укажале дека институционализираните стари лица се значително позасегнати со мукоzни промени во компарација со неинституционализираните стари лица.

За проценка на оралната хигиена кај испитуваната популација го употребивме симплифицираниот ОНП индекс по Green Vermilion од 1964 година. Причина поради која е употребен овој индекс е пред се неговата брзина и практичност, поради тоа што одредувањето на присуството и квантификацирањето на денталниот плак се врши само на определена група заби и секако поради тоа што не се врши пребојување на забите. Репрезентативна група на заби според авторите на овој индекс се првиот лев и десен горен молар, десниот горен и левиот долен централен инцизив, на кој се одредува плакот на вестибуларната страна, додека на долните први молари се определува плакот од лингвалната страна. Присуство на дентален плак се одредува со лизгање на сондата по површината на забот.

Посебен проблем при изведување на испитувањето претставуваше недостатокот на репрезентативните заби кај испитаниците. Поради тоа направена е одредена адаптација т.е. модификација на индексот при што доколку недостасуваше некој од моларите се заменуваше со првиот заб кој е локализиран подистално од вториот молар, а доколку недостасуваше некој од репрезентативните инцизиви, тогаш во предвид доаѓаше некој од спротивните централни инцизиви, потоа, доколку и тој недостасуваше беше земена во предвид вредноста за соседниот латерален инцизив. Доколку пак и тој недостасуваше, што не беше реткоост со оглед на возраста на испитаниците, беше земана вредност за спротивниот латерален инцизив. Во случај на недостаток на некои од замените (отсуство на сите инцизиви или пак немање на заби дистално од вториот молар) тогаш тој заб не се заменуваше, а проценката се добиваше како просечна вредност на постоечките испитувани површини.

ДИСКУСИЈА

Одредување на присуството на забен камен се прави со помош на истиот индекс. За одредување на овој индекс се користат истите заби: првиот лев и десен горен молар, десниот горен и левиот долен централен инцизив, на кој се одредува плакот од вестибуларно, додека на долните први молари се определува плакот од лингвално. Присуството на забен камен се одредува во зависност од неговата локализација по забните третини- гингивална, средна и оклузална. Во случај на недостаток на заби од репрезентативната група се врши нивна замена како и при проценката и вреднувањето на денталниот плак, описана претходно.

Недостаток на овој индекс е објективноста на стоматологот при неговото изведување, но поради брзината со која се изведува, е користен при изработката на овој труд како и кај бројни други епидемиолошки и клинички испитувања .

Поради енормните разлики во денталниот статус како и големата застапеност на бимаксиларната тотална беззабност и присуството на протетски помагала кај одреден број на испитаници не бевме во можност да го користиме овој индекс за проценка на присуството на дентален плак и забен камен.

Нашите резултати покажаа, дека просечната вредност на симплифицираниот OHI индекс кај испитуваната популација изнесува $2,33 \pm 0,51$ (графикон бр. 39.). Доколку се направи анализа на резултатите кои се однесуваат на оралната хигиена добиени при ова истражување, како и на многубројните истражувања може да се забележи дека истата кај институционализирани стари лица е нездадовителна, при што има нагласено количество на дентален плак. Застапеноста на лошата орална хигиена е поврзана со лошото орално здравје.

Лошата орална хигиена кај овие лица се должи на нередовното практикување на оралната хигиена или пак, на несоодветниот квалитет или неможноста при изведување на активностите за одржување на адекватна орална хигиена.

Одлична орална хигиена не е забележана кај ниту еден испитаник вклучен во нашата студија. За разлика од нашите резултати, Vidzis и соработниците^[69] во своето истражување спроведено на институционализирани стари лица, утврдиле поголем процент од испитаниците кои имаат добра орална хигиена. Нездадовителна орална хигиена во нашето истражување е забележана кај 73,68 % (графикон бр. 42.), што е значително повисока од податоците презентирани од Zuluaga и соработниците^[206] и Marin- Zaluaga и соработниците.^[108]

Средната вредност на симплифицираниот OHI индексот добиена при нашето истражување се совпаѓа со резултатите од Zuluaga и соработниците^[206] и

ДИСКУСИЈА

Angelillo и соработниците^[207] додека е повисока од таа добиена при истражувањето на Kumar и соработниците^[208] и Carter и соработниците.^[139] Поголема средна вредност за S-OHI индексот презентирала Barysenska во Белорусија.^[209]

Се смета дека обложениот и влакнестиот јазик се последица на несоодветната орална хигиена.^{[96],[136]} Исто така постои позитивна поврзаност на лошата хигиена на протетските помагала и присуството на протетски стоматитис и трауматски улцери.^[118]

Орално- хигиенските навики кај институционализираните стари лица се лоши и несоодветни. Според Gaiao и соработниците^[136] 41,3 % од испитаниците ги четкаат своите заби најмалку два пати дневно, за разлика од 10,6 % од испитаниците кои не ги мијат своите заби никогаш. Околу 75 % од лицата сместени во установите за згрижување имаат големи количества на орален дебрис. Според Petelin и соработниците^[86] 23,3 % ги четкаат забите еднаш дневно, додека 48,2 % ги четкаат забите најмалку два пати дневно. Истите автори откриле дека 8,8 % од испитаниците не ги четкаат своите заби никогаш. Во нашата студија процентот на лицата кои никогаш не одржуваат орална хигиена изнесува 68,5 % (графикон бр.17) и е еден од најголемите во литературата.

Потребата од помош за одржување на орална хигиена најчесто е поврзана со потребата од помош за облекување и миење. Неможноста за одржувањето на сопствената хигиена, меѓу другото и на оралната хигиена е карактеристика специфична само за оваа испитувана популација. Процентот (26,03 %) на институционализирани стари лица кои имаат потреба од помош за редовно одржување на оралната хигиена во нашето истражување (графикон бр. 18) се совпаѓа со податоците презентирани од Marin-Zalduaga и соработниците,^[108] додека истиот процент е помал во однос на публикуваните податоци на Ruiz-Medina и соработниците^[130] и Marchini и соработниците.^[87]

За процесна на пародонталниот статус кај испитуваната група користен е индексот на пародонтална болест на Рамфјорд од 1959 година. Истиот содржи во себе три основни компоненти: плак компонента, компонента поврзана со забниот камен и гингивално- пародонтална компонента. За исполнување на целите на овој труд е искористена само гингивално- пародонталната компонента. Овој индекс е искористен со цел да се направи проценка за присуството и сериозноста на гингвитот и пародонтална болест кај секоја индивидуа и на ниво на целата испитувана популација.

Главен недостаток на овој индекс е тоа што тој не е потполно сигурен, но затоа пак е брз, се изведува само на одреден број на заби, практичен е и се користи

ДИСКУСИЈА

при поголеми епидемиолошки испитувања. Неговата брзина е од особено значење поради тоа што станува збор за стари лица кај кои прегледот треба да биде временски доста рационален. Можеби најзначајната причина поради што е избран овој, пред другите, особено пред СРITN, е мерењето на губитокот на епителниот припој во однос на емајлово- цементното споиште, а не мерењето на длабочината на пародонталните дебови.^{[210],[211],[212]}

За одредување на индексот селектирани се шест заби, додека во случај на отсуство на некој од репрезентативните заби не се врши замена на истите. Но, поради големиот број на изгубени заби, немаше можност да се направи доследно да се примени. Поради тоа доколку недостасува некој од премоларите или моларите се заменува со првиот заб кој е локализиран дистално од репрезентативниот заб, а доколку недостасува некој од репрезентативните инцизиви, тогаш за замена е земен прво некој од контраплатералните централни инцизиви, потоа, доколку и тој недостасува земена е во предност вредноста за соседниот латерален инцизив, а доколку и тој недостасува земена е вредноста за спротивниот латерален инцизив. Во случај на недостаток на некои од замените (отсуство на сите инцизиви или пак немање на заби дистално од вториот молар) тогаш тој заб не е заменет, а индексот се добива од преостанатите заби.

Застапеноста на пародонталната болест се зголемува со возраста и се смета дека постои асоцираност на пародонталните заболувања и возраста.^{[49],[213]} Денес, современиот став во пародонтологијата е дека пародонталната болест кај старите лица е резултат на кумулативната прогресија која настанува со годините.

Според одредениот индекс по Рамфјорд за испитаните институционализирани стари лица откриено е дека најголем процент од испитаниците имаат средно напредната пародонтопатија (68,43 %), односно Рамфјорд 5. Потоа следат испитаниците со вредност Рамфјорд 6 (15,73 %) и Рамфјорд 4 (10,52 %). Кај 5,26% од испитаниците промените се локализирани само на гингивата.(табела бр. 18.)

Слична застапеност на напредната форма на пародонталната болест како во нашата студија демонстрирал Vasima.^[214] Miyazaki и соработниците^[215] откриле помала застапеност на напреднатите форми на пародонталната болест кај институционализираните стари лица , за разлика од Lo и соработниците^[119] и Morales-Suarez и соработниците^[104] кои публикувале пониска застапеност.

Наспроти откриената висока застапеност на умерената форма на пародонтална болест кај институционализираните стари лица во нашето испитување, Iglesias и соработниците^[216] и Ajwani и Ainamo^[217] покажале пониска

ДИСКУСИЈА

застапеност на умерената форма на пародонтопатија кај институционализираните стари лица. Иако станува збор за повозрасна популација која има сиромашни навики за одржување на орална хигиена сепак не постои висок процент на напредната форма на пародонтопатија односно висока вредност за клиничкиот губиток на атчмент. Се смета дека тоа се должи не релативно малиот број на преостанати заби кај испитуваната популациона група.

Поради силно напредната гингивална рецесија и високата застапеност на пародонталната болест старите лица имаат поголема застапеност на коренски кариес. Застането на коренскиот кариес кај лицата на возраст над 60 години е двојна во однос на застапеноста на коренскиот кариес кај лицата на 30-годишна возраст.^[218] Високата застапеност на коренскиот кариес кај институционализираните стари лица се должи на недостатокот на соодветните превентивни програми во минатото, додека застапеноста на коренскиот кариес може да се намали со соодветна стоматолошка грижа, соодветна орална хигиена, употреба на флуоридни гелови и раствори. Vehkalahti и соработниците^[219] откриле дека коренски кариес се најден кај 42 % од возрасните лица во Словенија. Gökalp Doğan^[218] и Marino и соработниците^[220] откриле помала застапеност на коренски кариес кај старите лица во однос на резултатите презентирани во нашето истражување-26,03 % (табела бр. 14).

Според Philip и соработниците^[131] бројот на заби со присутен активен кариес коренскиот кариес е во врска со оралната хигиена и потребата од помош при изведување на истата кај институционализираните стари лица.

Различните типови на загуба на цврстите забни ткива, како абразија, ерозија и агриција, се доста чести кај старите лица. Загубата на цврстите забни ткива е некариозна физиолошка форма на загуба на забните ткива која настанува во текот на животот. Кумулативното дејство на силите кои водат до ваква загуба особено е видливо во текот на постарите години.^[221] Поради неможност за откривањето на точните причини за појава на загуба на цврстите забни ткива сите тие се сместени во една група во рамките на ова испитување. Застанетоста на различните состојби каде настанува загуба на цврстите забни ткива според различните автори кај институционализираните стари лица најразлична. Кај лицата над 65 години застапеноста на истрошеноноста на забните ткива според Milosevic и соработниците^[222] и Nunn и соработниците^[223] се движи под десет проценти од испитуваните лица, за разлика од високата застапеност од 26,04 % од испитаниците во нашата студија (графикон бр.38) која се совпаѓа со податоците публикувани со Wenman и Wigren.^[224]

ДИСКУСИЈА

Главните карактеристики во однос на оралното здравје кај институционализираните стари лица е присуството на поголем број на заостанати корени, коренски кариес, мобилни заби, заби со несоодветни полнења или пак со напреднат кариес и секако високо застапената беззабност во споредба со старите лица кои живеат самостојно.^[84] Според Dogan и Gokalp,^[85] возрастта, контролните стоматолошки прегледи и здравственото осигуруување се асоциирани со беззабноста.

Лошото орално здравје кај институционализираните стари лица најчесто се поврзува со нередовните стоматолошки контроли, нередовната орална хигиена, употребата на јаглехидрати и пушење на цигари. Ваквите стари лица многу почесто страдаат од коронарен и коренски кариес, како и од пародонтална болест. Како краен ефект од овие најчесто застапени орални инфекции настанува зголемена загуба на забите кај истите. Најчесто институционализираните стари лица посетуваат стоматолог само за протетски или пак орално-хируршки интервенции, за разлика од превентивните и реконструктивните процедури на кои истите ретко се решаваат.

Редовните посети на стоматолог е еден од главните фактори асоциирани за добро орално здравје. Според Missouri Department of Health and Senior Services^[83] 32 % од испитаниците посетиле стоматолог во текот на последната година, и исто толкав процент имаат редовни контролни прегледи во текот на последните месеци. Според Petelin и соработниците^[86] во Словенија, 25 % од испитаниците посетиле стоматолог во текот на последната година. Овие податоци се совпаѓаат со резултатите презентирани во нашата студија според која 28,77 % од испитаниците посетиле стоматолог во текот на последната година (графикон бр. 19.). За разлика од овие податоци според Peltola и соработниците^[196] 42 % од испитаниците посетиле стоматолог последната година. Според едно испитување на Marchini и соработниците^[187] 59,5 % од испитаниците не вршеле редовни контролни прегледи на стоматолог. Gaiao и соработниците,^[136] откриле многу е мал процентот на лица кои посетиле стоматолог во текот на последните 6 месеци слично како и резултатите од нашето истражување- околу 10 % (графикон бр. 20). Според Cornejo и соработниците^[138] 91,41 % од испитаните институционализирани лица посетиле стоматолог во текот на последната година, што во голема мерка се разликува од податоците во оваа студија. Сметаме дека тоа се должи најдобрата организација на здравствената служба во самите институции за згрижување на старите лица во Шпанија.

Според Cornejo и соработниците^[138] 43,1 % имале субјективно чувство дека имаат лошо орално здравје, додека 23 % од испитаниците во студијата на Gurbuz и

ДИСКУСИЈА

соработниците^[225] го оцениле своето орално здравје како лошо, слично на процентот (23,29 %) на испитаниците од ова истражување сопственото оралното здравје субјективно го проценуваат како лошо (графикон бр. 16). Наспроти тоа, Piuvezam и de Lima^[227] откриле предоминантно позитивно субјективно мислење за сопственото орално здравје.

Процентката на оралното здравје укажува и на високата потреба од разни типови на стоматолошки интервенции, како пародонтолошки, реставративно-ендодонтски, протетски и орално-хируршки.

Потребите за стоматолошко згрижување кај овие пациенти се големи, но е неможно ваквите проблеми да бидат згрижени поради тоа што во овој згрижувачки центар не постои стоматолог или пак било какво друго лице обучено или образувано за изведување на стоматолошки интервенции.

Потребите за стоматолошки третман кај институционализираните стари лица е голем. Gurbuz и соработниците^[225] откриле дека 58,5 % од испитаниците имале потреба од третман. Овие презентирани резултати се совпаѓаат со податоците за субјективната потреба од стоматолошки третман во оваа студија, каде 61,64 % од испитаниците имаат потреба од стоматолошки третман (графикон бр. 24). Fonesca и соработниците^[226] пак откриле дека 85,9 % од испитаниците имале потреба од некаков третман. Истите автори откриле дека од овие испитаници 57,3 % имале субјективна потреба од протетски третман, за разлика од податоците презентирани во оваа студија каде субјективна потреба од протетски третман имале 52,23 % (табела бр. 12). Chaware и соработниците^[227] кај институционализираните стари лица откриле дека постои потреба од протетски помагала кај 85 % од испитаниците.

Мобилноста на забите во голема мерка укажува на загубата на алвеоларната коска и пародонталниот лигамент. Денталната мобилност иако за нејзиното присуство користиме субјективна проценка од страна на самите испитаници во голема мерка ни укажува на присутното заболување на пародонтот или пак траума, што од своја страна значи дека мобилноста е индикатор за некое посериозно заболување на потпорниот апарат на забите. Присуството на субјективното чувство на мобилност на забите во нашето истражување изнесува 23,3 % (табела бр. 9.). Dos Santos и соработниците^[228] покажале многу мал процент на стари лица (само 5 %) кои субјективно се жали на зголемена мобилност на забите. Сметаме дека ваквата висока застапеност на мобилноста се должи на субјективната проценка која ја даваат самите испитаници, бидејќи истата не е клинички испитана и докажана.

ДИСКУСИЈА

Крварењето од гингивата најчесто е последица на воспалителни промени кои ги зафаќаат пародонталните ткива исто така значително присутни кај старите лица. Испитуваните стари лица сметаат дека гингивата крвари поради тоа што е трауматизирана при четкање на забите или во текот на јадењето. Во нашето испитување 21,9 % од испитаниците се пожалиле на субјективно присуство на крварење од гингивата (табела бр. 9.). Сместамс дека ваквата застапеност на крварење од гингивата се должи на субјективната проценка која ја даваат самите испитаници, бидејќи истата не е клинички испитана и докажана. Имено ваквата застапеност на гингивалното крварење е доста ниска наспроти високата застапеност на пародонталното заболување. Ниската застапеност можно е да е последица и на реткото четкање на заби кога најлесно може да се забележи крварењето.

Голем е бројот на лицата во ова истражување кои имаат желба и потреба за изработка на нови дентални протези , но ова најчесто е неможно поради лошите финансиски услови.

Присуството на тоталната бимаксиларна беззабност кај старите лица со павршели 65 години е доста голема и податоците за нејзината застапеност во литературата во голема мерка варираат. Така застапеноста на бимаксиларната тотална беззабност во Франција според Tramini и соработниците^[229] изнесува 26,9 %, во САД според Saunders и соработниците^[230] изнесува 43,1 %, во Шкотска според Starr и соработниците^[231] изнесува 51,7 %, во Бразил според Colussi и соработниците^[232] изнесува 74,9 %, во Индија според Shigli и соработниците^[233] изнесува 66,6 %. Marin-Zaluaaga и соработниците^[108] кај институционализираните стари лица откриле бимаксиларна тотална беззабност кај 32,5 % од испитаниците, слично како и Estaquio-Raga и соработниците^[105] кои откриле застапеност на оваа појава кај 20,7 % од испитаниците, слично како и Gaiao и соработниците^[136] каде застапеноста на оваа појава е 39,5 %. Zusman и соработниците^[132] публикувале застапеност од 26 %, Mc Millan и соработниците^[234] откриле застапеност на тоталната беззабност од 19 % и Bourgeois и соработниците^[134] публикувале застапеност на тоталната беззабност од 17,4 % од испитаниците во Франција. Samson и соработниците^[106] во својата студија откриле дека во пародонтот на следење кој изнесувал 16 години застапеноста на тоталната беззабост кај институционализираните лица во Норвешка се намалил од 71 % на 43 %. Comfort и соработниците^[94] во својата студија во Фуџи од 2003 година откриле застапеност на тотална беззабност кај 43 % од институционализираните стари лица. Triantos^[87] во своето истражување во Грција открил застапеност на тоталната беззабност од 79 %, слично како и Vucićević-Boras и соработниците^[235] во Хрватска каде тоталната

ДИСКУСИЈА

беззабност е застапена кај 70 % од испитаниците и Evgen и соработниците^[205] каде застапеноста на тоталната беззабност е 66,6 % од институционализираните стари лица.

Во нашето истражување застапеноста на бимаксиларната тотална беззабност изнесува 47,95 % (графикон бр. 48). Слична застапеност на бимаксиларната беззабност како и во нашата студија откриле Dogan и Gokalp,^[85] Puivezam и de Lima^[109] и Chen и соработниците.^[236] Податоците пак кои се од нашата земја укажуваат на тоа дека во општата популација тоталната бимаксиларна беззабност изнесува 43,17 % според Пандилова и соработниците,^[9] до 66,8 % кај лицата над 65 години според Шапуриќ и Тозија^[81]. Од овие податоци за може да се види дека тоталната беззабност кај неинституционализираната возрасна популација и кај институционализираните стари лица (која изнесува 47,95 %) не се разликува.

Не сите беззабни испитаници поседуваат протетски помагала. Според нашето испитување само 24,66 % (табела бр. 20.) од испитаниците носеле тотални протези наспроти застапената тотална беззабност која изнесува 47,95 %. Pregliasco и соработниците^[237] и De Visschere и соработниците^[238] покажале дека околу половина од испитаниците не поседуваат протетски помагала што се совпаѓа со резултатите од оваа студија. Evgen и соработниците^[205] и Triantos^[87] покажале дека помалку од 20 % од испитаниците не поседувале протези. Поголемо отсуство на протетски помагала прикажале Zubiene и соработниците^[239] и Unligr и соработниците.^[128]

Со оглед на тоа дека најголем број на присутни заби кај еден испитаник од нашата студија изнесува 24, тоа значи дека и наспроти реалната потреба за протетски помагала која се согледува во големиот број на изгубени заби, сепак постои отсуство на протетски помагала кај над половина од испитаниците односно кај 57,53 % (табела бр. 24).

Хигиената на протетските помагала е значајна поради тоа што депозитите од дентален плак, габи и забен камен може да се одговорни за Stomatitis protetica, cheilitis angularis, инфламаторната фиброзна хиперплазија, халитоза, дентален кариес (кога станува збор за парцијални протези), мукозитис, перииmplантитис, забрзана деструкција на денталните материјали.^[103] Во нашата студија откриено е дека најголем дел од испитаниците имале нездоволителна орална хигиена на протетските помагала и тоа кај 51,72 % од испитаниците носители на мобилни протези (табела бр. 21). Одлична хигиена на протетските помагала е забележана кај 27,59 % од испитаниците носители на мобилни протетски помагала, додека

ДИСКУСИЈА

преостанатите 20,69 % имале добра (задоволителна) хигиена на своите мобилни протези.

Се смета дека најмалку половина од институционализираните стари лица имаат плак на најмалку една од страните на протезите. Оттука се согледува големото значење на отстранувањето на ваквите протетски депозити за зачувување на оралното здравје. Според Knabe и Kran^[240] 45 % од испитаниците имале задоволителна хигиена на своите протетски помагала, што укажува на подобра хигиена одколку во нашето испитување. За разлика од претходните Evgen и соработниците^[205] кои укажале дека 14 % од институционализираните стари лица одржуvalе добра хигиена на протезите. Baran и Nalcaci^[118] публикувале резултети кои укажуваат дека само 48,4 % од испитаниците од возрасната популација сместени во институции за згрижување ги четкаат своите протетски помагала.

Анализирајќи ги дескриптивните епидемиолошки карактеристики на испитаниците кои се вклучени во нашата студија, кај испитуваната популациона група откриено е нездадоволително ниво на орална здравје и орална хигиена. Сепак, најголем дел од тераписките модалитети и дијагностичките и тераписките протоколи за геријатriskата популација се уште се експериментални.

Бројот на лицата кои се институционализирани или имаат потреба да бидат институционализирани се зголемува. Со тоа уште повеќе се зголемува значењето на ова истражување.

Проблем со кој што се среќаваат многу држави во светот меѓу кои и нашата е тоа што институционалните капацитети за згрижување на старите лица се ограничени. Во различните земји тој процент ес движи меѓу 1-3 % од лицата постари од 65 години. Кај нас тој процент е уште помал.

Во студија утврдено е дека оралното здравје и оралната хигиена кај институционализираните стари лица е нездадоволителна. Генерализирање во врска со факторите асоцирани со подобра или полоша грижа во ваквите установи е значително покомплексна и за да се изврши таква анализа потребен е поконструктивен пристап за решавање на организационите предизвици.

**Предлог- протокол за
унапредување на оралното
здравје кај
институционализираните стари
лица**

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

Формирањето на протокол за унапредување на оралното здравје и хигиена кај институционализираните стари лица треба да претставува специфичен интерес не само за стоматолозите, туку и за сите професионалци кои учествуваат во згрижувањето на овие лица. Доминантна причина за предложување на ваков протокол се лошото орално здравје и хигиена кај вака дефинираната популациона група. Институционализираните лица уште имаат голема објективна потреба за орална грижа и третман и покрај тоа што тие исклучително ретко се свесни за тоа и многу ретко ја согледуваат потребата. Значењето на еден ваков протокол се зголемува и поради фактот дека процентот на институционализирани лица се зголемува, исто како и потребите за медицинска и стоматолошка заштита. Бројни автори и организации предложиле различни протоколи за оралното здравје кај институционализираните стари лица.^{[70],[71],[126],[241],[242],[243],[244],[245]}

Старите лица денес живеат подолго, употребата на протетските помагала е зголемена исто како и бројот на забите кај старите лица со што уште повеќе се зголемува значењето на персоналот за згрижување во институциите за згрижување за подобрување на оралното здравје на институционализираните стари лица. Ваквата појава, во светот позната како „тивка епидемија“ се карактеризира со висока преваленца на орални состојби и специфични барања од инситуционализираните стари лица.

Во институциите за згрижување на стари лица се задоволуваат најголем дел од медицинските, социјалните и личните потреби на оние стари лица кои не можат да се грижат самите за себе.

Најчестата причина кај институционализираните стари лица за посета на стоматолог е појавата и присуството на некоја ургентна состојба која е поврзана со присуство на болка или оток. Ваквиот став на овие лица треба и мора да биде заменет, со употреба на соодветни мерки и планирање на соодветни едукативни програми. Во поново време ваквите ставови во нашата средина постепено се

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

менуваат и се создаваат нови ставови и секако нови потреби во однос на оралното здравје и стоматолошкото згрижување.

Стоматолошкото згрижување е од особено значење за институционализираните стари лица поради тоа што оралните заболувања може да имаат комплексно негативно влијание не само врз квалитетот на животот туку и врз општото здравје. Присутноста на мал број на преостанати заби, оро- фацијална болка, проблеми со забите и пародонталните ткива во голема мерка може да влијаат на процесот на хранење, од тука и на исхраната и изборот на нутритивни продукти, психолошката состојба и интерперсоналната комуникација. Недостатокот на забите и ксеростомијата како што е наведено водат до нарушена исхрана што од своја страна значи дека старите лица не ги земаат есенцијалните хранливи материји и се склони кон малнутритивни и хиповитаминозни состојби.

Во програмите за одржување на орална хигиена кај институционализираните стари лица да се насочиме кон лицата на кои им е потребна за основна или дополнителна грижа за устата, четкање на забите, чистење на протетските помагала и отстранување на дискомофортот асоциран со јадењето и зборување.

Потребите за стоматолошко згрижување кај овие пациенти како што може да се забележи од претходно елаборираното се големи, но ваквите проблеми најчесто не се третирани поради тоа што во овој згрижувачки центар не постои вработен стоматолог или пак било какво друго лице обучено или образувано за изведување на стоматолошки интервенции. Во рамките на Геронтолошкиот центар во Скопје функционира стоматолошка ординација од примарната стоматолошка здравствена заштита по принципот на матичност. На овој начин, институционализираните стари лица би требало многу лесно да може да ја добијат својата дентална и стоматолошка грижа. Ваквите ординации се неадекватни и со несоодветна опрема за тераписките процедури кај овие лица. Во високоразвиените земји освен во ваквите ординации, постојат и мобилни дентални ординации или пак дентални хигиеничари кои исто така учествуваат во стоматолошкото згрижување на оваа популација. Ваквите искуства од странските земји треба да се земат во предвид како можност за соодветно згрижување.

Она за што треба да бидат свесни лицата кои се примарно одговорни за згрижување на институционализираните стари лица е фактот дека оралните заболувања најчесто се сè покомплексни со текот на времето, поради тоа што станува збор за заболувања кои се кумулативни.

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

Протоколот за одржување на орална хигиена кај институционализираните стари лица во сеbs би требало да вклучат:

- Редовно отстранување на денталниот плак и преостанатите забни наслаги од забите и протетските помагала
- Чистење на оралната мукоза од дебрисот
- Овозможување на посета на стоматолог и редовни стоматолошки контролни прегледи (тоа може да биде стоматолог кои ќе ги посетува згрижувачките институции, или пак самите стари лица да бидат транспортирани до местото на преглед).
- Постојана орална хидратација поради високата застапеност на ксеростомијата

За најдобро функционирање на протоколот потребно е високо-квалитетна превентивната програма, активностите за нејзиното спроведување како и покривање на средствата за соодветен третман па заболувањата кај институционализираните стари лица да бидат финансиски покриени од самата држава т.е. нејзиниот буџет.

Институционализираните стари лица се карактеризираат со несоодветна или пак инсуфицентна орална хигиена. Особено ваквата состојба е карактеристична за лицата кои имаат потреба од помош за одржување на оралната хигиена, чиј процент не е за занемарување. Активностите насочени кон редовното одржување на орална хигиена би требало да бидат во врска со употреба на соодветни четки за заби кои би се користеле мануелно или пак електрични четки, со користење на дополнителни средства за одржување на оралната хигиена освен паста за заби, која треба да е флуоризирана како и со средства кои содржат хлорхексидин. За соодветна орална хидратација потребно е да се користат течности за гласнење на устата или пак гелови.

Активностите кои треба да се превземаат за спроведување на протоколот треба да бидат насочени и превземени од страна на: персоналот одговорен за грижа на старите лица, самите стари лица или пак од двете групи.

Високо-обучен стоматолог со високо познавање на геронтостоматологијата е потребен за соодветно аплицирање на ваквиот протокол како и за згрижување на специфичните стоматолошки иромени кај институционализираните стари лица.

Најдобро при едуцирањето и на професионалците и на институционализираните стари лица е сесиите за едукација да траат околу 1 час во мали групи (од 5 до 10 лица).

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

Најчесто одговорни за одржување на оралната хигиена се лицата кои се одговорни за грижа на старите лица- медицинските сестри и болничари. Треба да се земат во предвид нивните образовни карактеристики и потреби, потребата за обука која се однесува за изведување на активностите за одржување на орални хигиена кај институционализираните стари лица Една од причините поради кои медицинските сестри најчесто ги избегнуваат активностите поврзани со оралната грижа на старите лица е поврзана со недоволното препознавање на приоритетите поврзани со оралната хигиена кај институционализираните стари лица. Оттука може да се заклучи дека истите имаат дефицитарно знаење во врска со оралната хигиена и оралните заболувања во целост. Овие професионалци исто така се среќаваат со други проблеми кои се во врска со одржувањето на оралната хигиена кај згрижените лица:

- дефицитарност на време,
- недостаток на знаење на техниките и средствата за одржување на орална хигиена,
- немање на вистинска перцепција за сопствените потреби од страна на институционализираните стари лица. Ова претставува најзначајната бариера кај институционализираните стари лица. Затоа и тие најчесто се јавуваат на стоматолог при постоење на болка или оток, болка или други проблеми при цвакањето, или пак кога имаат одредени комуникациски, социјални или естетски проблеми поврзани со оралната празнина.
- некомуникативни и несоодветни пациенти

Обуката на овој персонал може да го подобри квалитетот на оралната хигиена што тие ја изведуваат за згрижените лица. Насоки кон кои треба да бидат насочени едукативните програми за подобрување на оралното здравје и хигиена, а се однесуваат на професионалците вработени во институциите за згрижување:

- Значење на секојдневното одржување на оралната хигиена кај институционализираните стари лица.
- Теоретски основи и практично усовршување на техниките за одржување на оралната хигиена кај институционализираните стари лица.
- Препознавање на најчестите орални заболувања

Оттука мора да се имплементираат едукативни програми кои во себе ќе вклучат евалуација на оралното здравје кај институционализираните стари лица, едукација на персоналот кои се грижи за нив, едукација на самите стари лица, планирање на оралната хигиена кај старите лица со цел задоволување на основните

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

критериуми за превенција од оралните заболувања, како и соодветна стоматолошка здравствена заштита во случај на потреба. Ваквите едукативни програми потребно е да бидат во врска со улогата и односот на персоналот за згрижување, истите треба да ги разберат и усовршат активностите кои треба да ги превземаат за подобрување на оралното здравје, а пред се да се земат во предвид потребите на таргетираната популациона група. Едукацијата треба да биде соодветна и да опфати користење на соодветни предавања со аудиовизуелни ефекти, соодветни презентации и самостојни вежби и дискусиии меѓу самите учесници. Она што е потребно да се направи поради различните едукативни ниво на персоналот за згрижување е адаптација на едукативната програма според нивните предзнаења. Бројни автори укажуваат на тоа дека целокупниот персонал освен со практични едукативни содржини (презентација на различни техники за четкање на заби) треба да биде запознаен и со одредени теоретски основи (орални заболувања, нивна клиничка манифестација и превенција). Целите на едукативниот програм на професионалците кои се одговорни за грижа на старите лица згрижени во центрите за стари лица се насочени кон:

- Здобивање на информации за оралните состојби и заболувања како и можностите за нивна превенција
- Значењето на редовното одржување на оралната хигиена, како и негативните ефекти на неодржувањето на оралната хигиена врз оралното но и општото здравје
- Влијанието на ксеростомијата врз оралното здравје, исхраната и врз општото здравје
- Откривање на промените на оралната лигавица предизвикани од несоодветно димензионираните протетски помагала
- Значењето на надоместувањето на забите во цвакањето и исхраната.
- Запознавање со позитивните ефекти од употребата на флуоридни пасти за заби, средства за плакнење на усната празнина, средства за чистење на протетските помагала.

Стоматолозите исто така треба да се запознаат дека работата со стари лица не е само губење време и дека потребно е секогаш да се земат во предвид нивните потреби како и здравствена состојба. Со оглед ни високиот процент на институционализирани лица кои се медицински компромитирани потребно е персоналот за нивно згрижување, како и самите стари лица да бидат запознаени со специфичностите на нивното орално здравје како и орална хигиена во зависност од присутните заболувања. Кај пациентите кај кои постои нарушување во

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

подвижноста или пак неможност за разбирање на упатствата за одржување на оралната хигиена потребно е да бидат соодветно згрижени од страна на персоналот одговорен за нив, односно оралната хигиена тогаш би требало да биде спроведувана од страна на лицата задолжни за нив. За институционализираните стари лица четкањето на забите и протетските помагала се преферира за отстранување на денталниот плак и мукозниот дебрис, за разлика од користењето на забниот конец или интерденталните четкички кои се комплицирани и најчесто се избегнуваат од истите. Посебен проблем се лицата со церебро- васкуларни заболувања или пак артритис, кај кои доминантно постои намалена мануелна спретност потребно е доколку се во можност да се обучат за самостојна орална хигиена со употреба на обична четка за заби. Лицата кај кои постои поголема физичка инвалидност се вбројуваат во лица на кои им е потребна помош за редовна орална хигиена. Како единствен начин за отстранување на забните наслаги четкањето кај сите стари лица кои се институционализирани потребно е да се изведува секој ден. Професионалците кои се одговорни за згрижување на старите лица во одреден број на случаи потребно е да направат одредени адаптации на четките за заби за да го олеснато одржувањето на оралната хигиена. Такви адаптации се зголемување на должината или пак менување на ангулацијата на дршката на четката. Денес дел од производителите на средства за одржување на орална хигиена во секојдневно производство имаат пуштено вакви четки. Исто така денес на пазарот постојат и четки за отстранување на меките наслаги од тоталните и парцијалните мобилни протетски надоместоци, па во текот на едукацијата на професионалците, но и на самите стари лица потребно е да се направи обука за нивно користење. Голем број на стари лица со намалена мануелна способност може да користат електрични четкички за заби. Ваквата направа може да ги забрза и олесни манипулациите за одржување на оралната хигиена на персоналот кои е одговорен за тоа.

Поради тоа што не секогаш се има можности за добивање на соодветна стоматолошка грижа во самите установи од страна на стоматолог, лицата одговорни за нивната грижа се идеални кандидати за имплементација на ваквите протоколи. Персоналот кој се грижи за старите лица игра огромна улога денталното згрижување кај институционализираните стари лица во рамките на самите установи. Тоа пред се се однесува на тоа што истите стапуваат директно во контакт со старите лица и ги знаат нивните потреби и можности за изведување на секојдневната орална хигиена. Орално- хигиенските активности може да се изведуваат во самите ординации, додека кај неподвижните лица тоа може да се бавише од болничките соби или пак во сами кревети. Најдобро е лицата да бидат во

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

седната положба. Значењето на обуката на овој тип на персонал може да се забелжи и во случаите кога треба да се изведат активностите за одржување на орална хигиена кај институционализираните стари лица кои „се врзани за кревет“. Кај ваквите лица положбата во која треба да се наоѓа лицето е страничната декубитална позиција.

Најдобро е четкањето на забите кај лицата на кои им е неопходна помош да се изведува пред спиење, но поради дефицитот на персонал во ноќните смени задоволува и четкање на забите еднаш во текот на денот, некаде после појадокот или ручекот. Просечно време кое е потребно за еден пациент е 2 минути, со мали варијации кај лицата кои освен природни заби поседуваат и протетски помагала. Употреба на електрична четка кај ваквите лица има значење во заштеда и на времето и на физичката кондиција на лицата одговорни за одржување на оралната хигиена.

Минимално потребно е да се поседуваат електрична единица, мобилни глави на електричните четки кои се заменуваат за секој пациент како и паста за заби со содржина на флуор, како и ракавици за еднократна употреба . Дополнително е потребно да се користи и 0,12 % раствор на хлорхексидин кај пациентите кој немаат проблеми со голтањето и плукањето како и средства за навлажнување на оралната слузокожа во вид на раствори или гелови.

Персоналот кој се грижи за оралната хигиена на институционализираните стари лица потребно е да биде обучен за хидратација на слузокожата кај лицата со тешка ксеростомија кој не се во состојба да се грижат самите за себе. Кај овие лица се користат газички (најдобро стерилно) кои се потопуваат во физиолошки раствор, и нивните усни се премачкуваат со неутрални масти. Кај лицата кои имаат ксеростомија се предлагаат и употреба на гуми за цвакање без шекер или со вештачки засладувачи , безалкохолни раствори и гелови, а во најтешките случаи по препорака на стоматолог и артифициелна плунка.

Згрижувањето на денталните проблеми кај институционализираните стари лица често не е разбрана од страна на стоматолозите поради што е потребно да се направи соодветна обука на истите за работа со стари лица. Активностите кај овие лица се разликува од преостанатите секојдневни интервенции кои се изведуваат. Едукацијата на идните стоматолози се сведува пред се на работа со пациенти кој немаат одредени потешкотии , односно не се насочуваат во практичниот дел на работата со медицински- компромитирани пациенти. Во текот на основните, но и на специјалистичките студии нема посета на домови за згрижување на стари лица

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

ниту пак работа со истите. Стоматолозите во секојдневната практика се соочуваат со стари лица само во своите ординации.

Студентите но и стоматолозите воопшто треба да знаат дека симптомите и клиничките знаци на оралните заболувања кај старите лица се разликуваат од истите кај помладите лица и децата иadolесцентите. Тоа значително влијае на поставувањето на дијагнозата и следствено на тоа на терапијата на ургентната стоматолошка состојба. Обуката е уште позначајна поради тоа што се зголемувањето на бројот на стари лица се зголемува и бројот на лицата кои ќе имаат специфични стоматолошки потреби кои треба да бидат третирани од страна на идните генерации на доктори по дентална медицина. Ваквите ставови на старите лица се должат на повисоките нивоа на знаење на старите лица или пак на членовите на нивните фамилии.

Старите лица исклучително ретко бараат стоматолошка помош бидејќи преовладува мислењето дека губитокот на забите, сувата уста, мобилните заби и проблемите со протетските помагала се дел од стареењето. Проблемот кај институционализираните стари лица е и поголем пред сé поради тоа што одлуката за тоа дали им е потребна помош е детерминирана од други личности. Оттука членовите на фамилиите на згрижените лица како и персоналот од геронтолошките центри имаат силно влијание врз одлуката за тоа дали и каков вид на дентална потреба имаат старите лица.

Грижата за своето општо и орално здравје кај институционализираните стари лица може да биде компромитирано од различните хронични состојби и заболувања кај старите лица. Значително негативно влијание на оралното здравје и хигиена имаат нарушенниот вид и слух, постоенето на функционални нарушувања на движењето на рацете и нозете со што се намалува ефектот на чистењето на забите или пак тоа во потполност отсуствува. Персоналот кои се грижи за институционализираните стари лица доминантно се насочува кон преостанатите хигиенски активности, како капење, миење или облекување. Грижата за здравјето на устата исто така е доста непосакувана активност која пак има големо значење и бенефит кај старите лица.

Неможноста за одржување на орална хигиена кај старите лица од своја страна зависи од желбата и волјата на други лица. Во ваквите зависни врски во центарот се сместени лицата кои се грижат за старите лица, но оралната хигиена зависи и од членовите на фамилијата на самите институционализирани лица. Недостатокот на соработка, нивната некоординираност или пак негативен став кон оралното здравје во целост, може да доведе до уште понегативен став од самото

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

згрижено лице. На тој начин се соочуваме со уште еден проблем во адаптацијата на протоколите за орална хигиена кај институционализираните стари лица.

Кај лицата со невро- психијатриски заболувања, деменција или други заболувања кои се карактеризираат со когнитивен дефицит потребно е за изведување на стоматолошка интервенција да се направи нивна седација. Поради годините, комплексните медицински состојби и употребата на медикаменти се пагласува потребата од координација на стоматолошкиот тим со лекарите кои се одговорни за пациентот и со медицинските сестри и помошниот персонал одговорен за негова грижа. Медицинските сестри кои се грижат за пациентот имаат значење и во постоперативниот тек кога се одговорни за постоперативниот мониторинг.

Она што треба да им се разјасни на институционализираните лица е потребата и значењето на одржувањето на оралната хигиена кај нив и дека најдобро е истите да бидат вклучени во активностите за нејзино изведување доколку е тоа можно.

Високата преваленца на оралните промени кај институционализираните стари лица асоциирани со протетските помагала укажува на фактот дека поради промените на самите орални ткива со текот на годините потребно е редовно контролирање и коригирање на протетските помагала. Исто така високата преваленца укажува и на потребата од редовно следење на промените поради можноста за нивна малигна алтерација.

Плакнењето на усната празнина со раствор на хлорхексидин води кон редукција на гингивалната инфламација, намалување на клиничкиот губиток на атachmentот и длабочината на пародонталните цевови , но и на инциденцата и преваленцата на протетскиот стоматитис.

Светската здравствена организација, Светската дентална асоцијација и Интернационалната асоцијација за дентални истражувања (International Association for Dental Research) предложиле нови цели на програмите за орално здравје до 2020 година, кои се однесуваат на редукција на кариесот и редукција на бројот на екстрактирани заби како последица на кариес, редуцирање на бројот на изгубени поради присутната пародонтална болест, намалување на бројот на лицата кои употребуваат тутун поради неговите несакани ефекти, намалување на беззабните единки т.е. зголемување на бројот на природни заби, како и зголемување на процентот на лица кои го задоволуваат критериумот на оптимално орално здравје. Исто така дадени се и упатства за редовна контрола за

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

појавувањето на оралниот канцер и ксеростомија кај старите лица на возраст од 65-74 години.

Она што лесно може да се забележи во литературата е мислењето на менаџментот на институциите за згрижување на старите лица дека оралното здравје и хигиена е подобро, отколку што тоа е во реалноста.

Институционализираните стари лица имаат бројни стоматолошки потреби, од редовни контролни прегледи и превентивни мерки и активности, па се до комплексни реставративни, пародонтални и протетски третмани.

За да постои успешна стоматолошка грижа кај институционализираните стари лица потребно и самите стари лица, како и персоналот одговорен за нивното згрижување е да бидат високо свесни и мотивирани за да се посвети доволно внимание на оралното здравје и хигиена, како и задоволство при носењето на протетските помагала. Активирањето на старите лица во извршувањето на различните активности за одржување на оралната хигиена имаат за цел да ја вратат самодовербата, како и да се овозможи остварување на физичката и мускулната активност и координација.

За да се постигнат соодветни резултати од особено значење е зголемување на свесност на персоналот кои се грижи за старите лица, но и на раководниот кадар кои треба да ги има во предвид зголемените потреби на старите лица. На тој начин бе се создала слика за тоа како стоматолошката грижа во целост и самата орална хигиена треба да бидат практикувани и раководени во една ваква институција. Влијанието на раководниот кадар и администрацијата во целост се зголемува во случаите на изборот на кадар. Изборот на кадар кои е стручен или пак осспособен да ги задоволи сите потреби на институционализираните стари лица има големо значење и за општото и за оралното здравје.

Оттука се смета дека големината административните и раководните структури, физичкиот простор и ресурси, професионалниот кадар играат важна улога во создавањето на ваквите протоколи. Комплексноста на овие фактори и нивните меѓусебни корелација уште повеќе ја усложнуваат и така сложената состојба.

Стоматологот кој е ставен пред задачата да помогне на ваквите лица е соочен со важни етички проблеми кои настануваат поради намалената функционална, психо-социјална и когнитивна способност а се однесуваат и на правилната дијагноза и планирањето на третманот. Поради тоа стручниот кадар потребно е да ги познава сите морални и правни аспекти при згрижувањето на

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

теријатристите пациенти, особено оние со значителни здравствени проблеми. Во случаите кога станува збор за лице со нарушени когнитивни функции и неможност за самостојно одлучување тогаш изборот на активности се базира на одлуките на стоматологот кој треба да се води од правилото „*rītum non nocere*“ но при тоа да го има во предвид она што би го сакала таа индивидуа.

Малку земји во светот до денес оформиле сопствена политика и цели кои се однесуваат на оралното здравје, неговата промоција и стоматолошкото згрижување на институционализираните старите лица. Лицата кои учествуваат во формирање на овие програми како и администрацијата треба да се охрабрени во целост да го применуваат пристапот на заеднички ризик фактори за целосно да се интегрираат оралните програми и протоколи за постарите лица во рамки на програмите и протоколите за општото здравје, односно денталното и оралното здравје да се земат како неодминлив дел од општото здравје.

Основните активности за имплементирање на протоколите за орално здравје кај старите лица се насочени кон решавање на следниве проблеми:

- Хигиената на забите, со четкање на сите страни со употреба на флуоридна паста. Кај лицата со мобилни протетски помагала пред превземањето на ваквите активности потребно е парицијалните протези да бидат отстранети од нивното лежиште. Флуоридните пасти научно докажано се ефективни во редукцијата и на коронарниот и на коренскиот кариес
- Чистење на оралната мукоза со употреба на хлорхексидин. Кај пациентите кои е можно се препорачува дневно плакнење на устата со овој раствор во тек на 1 минута. Употребата на хлорхексидинот е поради научно докажаната улога против бактериите.
- Хигиена на протетските помагала. Одржувањето на хигиената на протетските помагала е со четкање на самата протеза. Пациентите но и инситуционализираните стари лица носители на мобилни протетски помагала треба да знаат дека е потребно протезите да се отстрануваат од устата во текот на нокта. Доколку финансиските можности дозволуваат може да се употребуваат и дополнителни медикаментозно- хемиски средства за дополнителна хигиена на протезите.

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

- Решавање на ксеростомијата. Тука е потребно да се едуираат и самиот персонал кои се грижи за институционализираните стари лица како и самите институционализираните стари лица за правилна исхрана, богата со свеж зеленчук и овошје, плакнење со раствори за уста и сл.

Програмите и протоколите за орално здравје исто така може да ни послужат за едукација на институционализираните стари лица, но и на не- стоматолошкиот персонал кои се грижи за старите лица како општи лекари, медицински сестри, нутриционисти, социјални работници за да се смени приодот кон оралното здравје и неговата промоција.

Целта на едукативната програма која би требало да се спроведе кај персоналот кои се грижи за старите лица треба да опише одредени навики и однесувања кои треба да бидат прифатени. Знаењето, ставовите и навиките со кои ќе се здобијат и ќе ги развијат можат да имаат далекосежно значење за оралното здравје на старите лица .

Голем недостаток кај нас е отсуството на еден од клучните профили кои имаат значење за одржување на оралната хигиена кај институционализираните стари лица- денталните односно оралните хигиеничари. Тие имаат главна улога во промовирање и одредувањето на целите на превентивните програми, раното откривање на оралните заболување, одржувањето на орална хигиена кај функционално зависните лица, одредување на потребите на старите лица за стоматолошки третман, развивање на групни и индивидуални планови за дентално згрижување на старите лица, го прават првиот контакт со стоматолозите и на тој начин директно се поврзани со унапредувањето на оралното здравје кај институционализираните стари лица.

Самите учесници во една ваква превентивна програма прво морат да станат свесни и да ги променат своите лоши навики во однос на оралното здравје, да и самите станат свесни за значењето на правилната и редовна орална хигиена, а дури подоцна кога тие да ги запознаваат и едуираат пациентите со позитивните ставови и навики кои треба да ги имаат пациентите кон здравјето воопшто, а посебно кон оралното здравје.

Најчесто целите на ваквите превентивни програми се:

- Сфаќање на значењето на намалувањето на високиот внес на јаглеидратите меѓу оброците во намалувањето на преваленцијата на забниот кариес и потребата истото тоа да му се објасни на

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

поголем дел од испитуваната популација, членовите на нивните фамилии и на персоналот кој е одговорен за нив

- Сфаќање на значењето да во устата се има што поголем број на заби
- Зголемување на процентот на испитуваната популацијата која прави редовни контроли кај самите учесници во програмата. Со овој став запознаат поголем број на индивидуи и секако да го сфатат неговото значење за раната детекција на различните заболувања
- Да се запознаат учесниците во ваквите програми со различните техники и средства за одржување на оралната хигиена, да истите практично ги вежбаат и апсолвираат, да им биде презентирано како најлесно тие може да ги презентираат ваквите техники на другите луѓе
- Идеално или оптимално орално здравје, императив за секој. Потребата персоналот кои се грижи за институционализираните стари лица да се запознаат со оптималното орално здравје и да ја сфатат улогата зошто и тоа треба да го пренесат масовно

Проблем со кои се скрекаваат старите лица, меѓу кои и институционализираните стари лица е неадекватната стоматолошка опрема доколку ја има во установите, приватните стоматолошки ординации или пак мобилните стоматолошки единици. Потребата од стоматолошка ординација во институциите за згрижување на стари лица е голема, иако најчесто истите се неопремени со опрема за давање на соодветна стоматолошка грижа. На пример, најчест проблем во ваквите ординации е тоа што во нив нема рентгенски апарат. Доколку пак установите поседуваат стоматолошка опрема, тие не поседуваат дополнителна опрема со кои би ги згрижиле со стоматолошка нега пациентите кои се “врзани за кревет”.

Проблеми со транспортот на згрижените лица до местото каде би примиле стоматолошка грижа е уште еден голем проблем поради недостатокот на средства и човечки и материјални, како и поради ограничната подвижност на пациентите. Поради тоа поголем број на подвижни пациенти добиваат стоматолошка грижа во рамките на стоматолошките ординации или во рамките на стоматолошкиот клинички центар. Употребата на одредени направи во вид на кран или специјално

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

модифицирани елеватори за транспорт на неподвижните пациенти може да ја зголемат употребата на стоматолошки третман кај истите.

Недостатокот на мобилна дентална опрема, дополнителни дијагностички средства и материјали создаваат дополнителни недостатоци во однос на примарната стоматолошка здравствена заштита кај институционализираните стари лица. Традиционално поставените норми кои се насочени кон транспорт на институционализираните стари лица кои имаат потреба од стоматолошка грижа и непостоењето на мобилна опрема објективно не ги задоволува основните потреби на самите стари лица и потребно е да настанат промени.

Подобрувањето на орално здравје кај институционализираните стари лица води кон подобрување на квалитетот на живот, зголемување на интерперсоналните комуникации, подобрување на исхраната, дигнититетот на пациентот и решавање на стоматолошките проблеми кои ги мачат старите лица. Активностите за постигнување на ваквите цели кај функционално зависните лица се доста комплексни и бараат дополнително разработување на планот за третман при што ќе се води сметка за специјалните потреби на старите лица. Во текот на анамнезата пред започнувањето на самите тераписки процедури, стоматологот потребно е да се запознае со потребите на самите пациенти, но во исто време да ги согледа и оние состојби кои не се забележани или пак не им е дадено соодветното внимание од страна на старите лица. За да се дознаат овие информации, било да се субјективни или објективни потреби на институционализираните стари лица, стоматологот треба да има познавања од геријатријата и секако геронтостоматологијата. Особено застапени проблеми на кои најголемо внимание им даваат старите лица се проблемите поврзани со намалениот број на заби и несоодветноста на протетските помагала, кои влијаат на можноста за цвакање и говорење.

Можноста на старите лица да се спрват со стресот кој е предизвикан од стоматолошките интервенции е индивидуален, поради што стоматолозите кои работата со старите лица треба да имаат доволно знаење од медицината. Доколку потребите за интервенција ги надминуваат неговите знаење потребно е да направи консултација со општ лекар или специјалист кој го лекува основното заболување.

Кога пациентот не е во можност самостојно да одржува орална хигиена потребно е да се направи проценка на членовите на фамилијата и на персоналот кои се грижи за нив во врска со нивните знаења и обука за одржување на орална хигиена кај други лица. Ризик фактори со кои се соочуваат институционализираните стари лица при одредувањето на активностите за одржување на орална хигиена се следниве: застапеност и напреднатост на

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

кариозните процеси и пародонталната болест, присуство на ксеростомија, отпаѓање на дефинитивни реставрации, бруксизам или истрошеност на забите, загуба на коскеното ткиво, како и преостанати општи фактори кои може да имаат влијание на оралното здравје кај овие лица. Затоа при изведувањето на стоматолошките интервенции при секоја посета пред самата интервенција да повторно се помине низ анамнезата, поради можностите за промени во самата здравствена состојба на старите лица.

Производителите на стоматолошка опрема произведуваат модифицирани стоматолошки единици за мали деца, но сепак недостасуваат вакви модификации за старите лица, особено за оние неподвижните. За ваквите пациенти најдобро е денталниот третман да се изведува во самите установи а не лицата да бидат транспортирани до подалечни стоматолошки ординации или клиники. Затоа најдобро е интервенциите да се изведуваат со помош на мобилни стоматолошки единици во самите домови. Присуството на приватни стоматолошки ординации, во установите како кај нас во никој случај не ги задоволува напреднатите и специфичните стоматолошки потреби на институционализираните стари лица. Потребата од интердисциплинарен пристап за изведувањето на било каква интервенција ја зголемува потребата од контакт помеѓу стоматолозите, општите лекари, специјалистите и субспецијалистите од одредени области, медицинските сестри и помошниот персонал. За несреќа можноста за ваквите активности е сведена на минимум пред се поради финансиските бариери во напетото општество.

Најдобар модел за стоматолошко згрижување на институционализираните стари лица кај нас е користењето на мобилните стоматолошки единици при што би се вршело наизменично посетување на институциите за згрижување на старите лица. Посетите еднаш во текот на неделата, поради бројноста на згрижените лица и проценетата потреба од орални интервенции, се смета дека се доволни за да се овозможи задоволителна состојба на оралното здравје кај старите лица. Вака честите посети би биле со цел да се задоволат основните потреби на пациентите, да се примат нови пациенти, да се направи проценка на нивното орално здравје и план за третман, да се изведуваат сеансите на лекување навремено, да се згрижуваат ургентните дентални состојби кај нив, да се изведуваат контролни прегледи и сл. Ваквите чести посети имаат за цел и рано откривање на промените и заболувањата навремена терапија и сето ова би довело до помали трошоци.

Во рамките на Геронтолошкиот завод , стоматолошкото згрижување на институционализираните стари лица се сведува на три основни активности:

1. Помош при закажување на стоматолог

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

2. Транспорт на згриженото лице до стоматолошката ординација
3. Згрижување на оралните состојби за кои имаат познавање.

Со цел да имаме задоволителна стоматолошка здравствена заштита кај старите лица најдобро е како што напомнавме вклучување на медицинските сестри и помошниот персонал, во случај на неможност за вработување на стоматолог, како кај нас најдобро е да се спроведе обука на овие лица за рутински активности за одржување на орална хигиена кај институционализираните стари лица. Ваквиот персонал треба да овозможи комуникација со стоматолошкиот тим во случај на потреба и закажување на посети на некоја згрижена личност од установата.

Задачите на медицинските сестри помошниот персонал е насочен и кон: откривање и следење на здравствената состојба на личностите и информации за лековите кои ги примаат , следење на упатствата за периодот после третманот, модифицирање на орално- хигиенските активности на барање на стоматологот, Медицинските сестри може да помогнат и во комуникацијата со лицата, во случаите на присуство на когнитивни нарушувања.

Протоколите во едукација за оралното здравје на членовите на фамилиите на институционализираните стари лица се насочени кон:

- Запознавање со основните методи на активности за одржување на оралната хигиена кај старите лица (иако во текот на програмите истите се едуцираат и самите)
- Значењето на оралната хигиена за подобрување на оралното здравје кај институционализираните стари лица
- Запознавање со случаите кога е потребна професионална стоматолошко згрижување.

Причините поради кои се предлага овој протокол е дефицитарноста на кадар кои би го спровел протоколот кои се однесува на персоналот кои ги згрижува институционализираните стари лица. Исто така поради конзервативноста на нашата средина често пати за лицата сместени во овие установа се грижат и самите членови на фамилиите.

Поради тоа што институционализираните стари лица предоминантно посетуваат општ лекар и поради тоа што институциите за згрижување во нашата средина вработуваат само лекари по општа медицина (и специјалисти секако) се предлага и протокол за нивна едукација кои би опфатил:

- Едукација и тренинг за прегледување на оро-фацијалната регија

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

2. Транспорт на згриженото лице до стоматолошката ординација
3. Згрижување на оралните состојби за кои имаат познавање.

Со цел да имаме задоволителна стоматолошка здравствена заштита кај старите лица најдобро е како што напомнавме вклучување на медицинските сестри и помошниот персонал, во случај на неможност за вработување на стоматолог, како кај нас најдобро е да се спроведе обука на овие лица за рутински активности за одржување на орална хигиена кај институционализираните стари лица. Ваквиот персонал треба да овозможи комуникација со стоматолошкиот тим во случај на потреба и закажување на посети на некоја згрижена личност од установата.

Задачите на медицинските сестри помошниот персонал е насочен и кон: откривање и следење на здравствената состојба на личностите и информации за лековите кои ги примаат , следење на упатствата за периодот после третманот, модифицирање на орално- хигиенските активности на барање на стоматологот, Медицинските сестри може да помогнат и во комуникацијата со лицата, во случаите на присуство на когнитивни нарушувања.

Протоколите во едукација за оралното здравје на членовите на фамилиите на институционализираните стари лица се насочени кон:

- Запознавање со основните методи на активности за одржување на оралната хигиена кај старите лица (иако во текот на програмите истите се едуцираат и самите)
- Значењето на оралната хигиена за подобрување на оралното здравје кај институционализираните стари лица
- Запознавање со случаите кога е потребна професионална стоматолошко згрижување.

Причините поради кои се предлага овој протокол е дефицитарноста на кадар кои би го спровел протоколот кои се однесува на персоналот кои ги згрижува институционализираните стари лица. Исто така поради конзервативноста на нашата средина често пати за лицата сместени во овие установа се грижат и самите членови на фамилиите.

Поради тоа што институционализираните стари лица предоминантно посетуваат општ лекар и поради тоа што институциите за згрижување во нашата средина вработуваат само лекари по општа медицина (и специјалисти секако) се предлага и протокол за нивна едукација кои би опфатил:

- Едукација и тренинг за прегледување на оро-фацијалната регија

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

- Запознавање со етиологијата, клиничката манифестија и превенција на основните и најчестите стоматолошки заболувања
- Запознавање со ефектите кои може да ги предизвикаат општите заболувања во оро-фацијалната регија
- Можностите за појава на негативните ефекти од најчесто употребуваните медикаменти кај старите лица

Концептот на ваквиот протокол би се засновал на следниве принципи:

- Вклучување на оралното здравје и хигиена во рамките на преостанатите превентивни и едукативни програми поради неговото социо-медицинско значење
- Прифаќање на оралното здравје како дел од сèвкупното здравје
- Едукативни програми за обука на не-стоматолошки кадар за подобрување на стоматолошката здравствена заштита
- Користење на медицина и стоматологија базирана на докази и за геронтолошките пациенти
- Зголемување на бројот на стоматолошки професионалци, кои се обучени да обезбеди мобилна стоматолошка заштита за изнемоштени стари луѓе и лица со посебни потреби.
- Зголемување на бројот на стоматолошки, медицински и програми за медицински сестри со активно учество не само на персоналот одговорен за грижување на старите лица , туку и соработка со други јавни установи и невладини организации со цел да се зголемат и и популаризираат ваквите активности.
- Поради финансискиот дефицит можеби за најдобро функционирање на здравствената грижа на овие лица е воспоставување на јавно приватно партнерство при што Фондот за здравствено осигурување или пак Министерството за здравство биги покривале финансиските трошоци.

Друг проблем кој треба да се реши е едукацијата на стоматолозите со геронтостоматологијата. Најдобар период за подобрување на оралното здравје кај институционализираните стари лица е геронтостоматологијата да се издвои како специјалност или макар како засебна научна дисциплина, на која ќе и биде посветено доволно внимание во текот на процесите на едукација на идните дентални професионалци. Потребите и барањата на орална грижа кај

Предлог- протокол за унапредување на оралното здравје кај институционализираните стари лица

институционализираните, како и кај неинституционализираните стари лица се менува кај различните возрасни групи со текот на времето варира. Поради тоа потребно е уште поголема едукација кај стоматолозите. Едукацијата кај студентите но и стоматолозите треба да биде насочена примарно кон рана дистекција, превенција и секако третман на сите орални патолошки состојби кај возрасните лица.

Познавањето на биомедицинските и клиничките карактеристики на институционализираните стари лица е поголемо од познавањето на социопсихолошките и бихејвиоралните фактори. Организирањето и промовирањето на јавно здравствена програма за подобрување на оралното здравје кај старите лица е базирано на одредувањето на соодветна орална грижа, комуникативни вештини и здравствена едукација .Разбирањето на психолошките и економските моменти на лошото орално здравје и хигиена кое може да има и негативен ефект врз самиот квалитет на животот исто така треба да се земе во основата на секој протокол за подобрување на оралното здравје. Оттука се согледува и важноста на мултидисциплинарниот период за да се задоволат здравствените потреби на старите лица.

Зголемувањето на свесноста за оралното здравје кај старите лица е доста популарна денес, особено во високоразвиените индустрисализирани земји. Она што можеби е неопходно да се направи кај нас е публикување на разни публикации или трибини кои се однесуваат на стареењето и оралното здравје кај старите лица од страна на разните дентални асоцијации, научни здруженија, едукативни групации или невладини организации.

Програмата за орално здравје на Светската Здравствена Организација ги охрабрува сите субјекти кои носат одлуки, од стоматолозите кои работат со стари лица, до највисоките инстанции како министерствата за здравство на различните земји да дизајнираат ефикасни и соодветни стратегии за подобрувањето на оралното здравје и квалитетот на живот кај старите лица , кои според истата организација треба да се вклопат во општите програми за промоција на здравјето на хуманата популација.

Заключоци

ЗАКЛУЧОЦИ

Заклучоци

Врз основа на добиените податоци и последователана анализа на резултатите, може да ги изнесеме следните заклучоци поврзани со оралното здравје и хигиена кај институционализираните стари лица се:

- Голема застапеност на општи заболувања кај испитуваната популација
- Висока застапеност на ксеростомија, како и употреба на лекови кои може да доведат до појава на ксеростомија
- Долготрајност во интитуционализираноста
- Постоење на нарушена мобилност и ограничувања во изведувањето на секојдневните активности
- Потреба од постојана туѓа помош, како и за изведување на активностите поврзани со одржувањето на целокупната, а со тоа и на оралната хигиена
- Нередовни контролни стоматолошки прегледи
- Посета на стоматолог само во случај на потреба (присутна болка, оток или друга ургентна состојба)
- Мал процент на лица кои секојдневно одржуваат хигиена на преостанатите заби
- Незадоволство од цвакалниот ефект на преостанатите заби или на протетските помагала
- Потребата од стоматолошки интервенции е голема, со предоминантност на протетски интервенции
- Употребата на протетски помагала е доста ниска
- Бројни проблеми поврзани со употребата на протетските помагала
- Присуство на голем број на екстрахирани и кариозни заби, а разлика од ниска застапеност на заби со дефинитивни полнења (Забележана е висока вредност за КЕП индекссот, со предоминација на Е-компонентата)
- Висок процент на лица со незадоволителна орална хигиена
- Висока застапеност на пародонталната болест
- Висока застапеност на кореински кариес

ЗАКЛУЧОЦИ

- Висока застапеност на состојбите кои се карактеризираат со загуба на цврстите забни ткива, а при тоа не станува збор за дентален кариес
- Сто процентна застапеност на орални промени. Најголем дел од нив се варијации на на оралната лигавица. Но, поголемо значење имаат патолошките лезии од кои доминантни се промените поврзани со носење на протетските помагала. Патолошките лезии бараат постојан мониторинг.
- Висока застапеност на бимаксиларна тотална беззабост
- Отеуство на протески помагла и покрај нивната неминовна потреба
- Незадоволителна хигиена на протетските помагала

Користена литература

Користена литература

Користена литература

1. Mason J., Peare MS., Wals AWG., Parker L., Steele JG., How do factors at different stages of the lifecourse contribute to Oral-health-related quality of life in the middle age for men and women. *J Oral Health* 2006; 12(2) :125-31
2. Ивановски К., Пандилова М., Орално здравје, Стоматолошки факултет, Скопје, 2008
3. Пандилова М. , Ивановски К. , Петровски М., Оптимално орално здравје и возрасната популација на територија на Р. Македонија , Макед Стоматол Прер 2009; 33 (1-2) : 108-112
4. United Nations Population Devision. *World Population Prospects: The 2002 Revision*, New York, NY, USA: United Nations; 2003
5. Worls Health Organisation. *Active Agging: a Policy Framework*. Geneva, Switzerland: WHO; 2003
6. Државен завод за статистика , Природно движење на населението , 2011 , Статистички преглед:население и социјална статистика , Скопје , 2011 :11
7. Државен завод за статистика , 20 години независна Македонија , Скопје 8 септември 2011 :8-9
8. Министерство за труд и социјална политика на Република Македонија , Стратегија за демографски развој на Република Македонија 2008-2015 , Скопје , 2008 :7-11
9. Државен завод за статистика на Република Македонија - Процени на населението на 30.06.2010 и 31.12.2010 според полот и возраста , по општини и според статистички региони , Скопје , 2010 :11
10. <http://transgenerational.org/aging/demographics.htm#ixzz29kZVPGfJ>
11. SABA clasification of the elderly population (60 years old and older), United Nations, Population Ageing and Development. Report of the Regional Seminar on Population Ageing and Development, Bangkok, 11 – 14 December 1995, USA: United Nations Publication. 1996
12. Giannakouris K. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Eurostat Statistics in focus*.2008; 72: 1-11

Користена литература

13. Missouri Department of Health and Senior Services ,Office of Primary Care and Rural Health, Oral Health Program , Adult Oral Health Assessment Executive Summary , November 2009: 1-14
14. Radasevic H., Perko G., Mihok D., Puljak A., Tomek- Roksandic S., Utvrdivanje uzroka funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba u Hrvatskoj , Lijecnicki Vjesnik , 128 , 2006: 16-9
15. Loh KY, Ogle J. Age related visual impairment in the elderly. Med J Malaysia. 2004 Oct;59(4):562-8
16. Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. Clin Interv Aging. 2012;7:159-63.
17. Milanovic P., Milosevic P. D., Davidovic M., Padovi u starosti , u Medicinska Gerijatrija , urednici Davidovic M. i Milosevic P. D. , Beograd , 2007 :82-7
18. Gross AL, Rebok GW, Unverzagt FW, Willis SL, Brandt J. Cognitive predictors of everyday functioning in older adults: results from the ACTIVE Cognitive Intervention Trial. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011 Sep;66(5):557-66.
19. Петровски М., Епидемиолошка анкета за состојбите на оралното здравје кај возрасната популација на територијата на Р. Македонија , Книга на апстракти , 15-ти интернационален конгрес на студентите по стоматологија, Македонија , Охрид, мај,2008
20. Inglehart MR, Bagramian RA. Oral Health-Related Quality of Life. Hanover Park, IL: Quintessence; 2002.
21. Sally E. Thorne, Arminee Kazanjian, Michael I. MacEntee, Oral health in long-term care the implications of organizational culture , Journal of Aging Studies ,15 (2001) 271–283
22. Bansal V, Sogi GM, Veerasha KL. Assessment of oral health status and treatment needs of elders associated with elders' homes of Ambala division, Haryana, India. Indian J Dent Res 2010;21:244-7
23. World Health Organization , Department of Gender and Women's Health , Unit of Ageing and Life Gender, Health and Ageing , Geneva, Switzerland , 2003 (http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_Ageing.pdf)
24. Holmlund A, Holm G, Lind L. Number of teeth as a predictor of cardiovascular mortality in a cohort of 7,674 subjects followed for 12 years. J Periodontol. 2010 Jun;81(6):870-6.

Користена литература

25. Administration of aging , A profile of older Americans , 1998 (<http://www.aoa.dhhs.gov>)
26. Wu M, Li SX, Zhang NJ, Zhu AA, Ning B, Wan TT, Unruh L. Nursing home research in Jinan, China: a focus group approach. *Int J Public Pol.* 2012 Mar 1;8(1-3):21-30.
27. Пушевски А. Ревматоиден артрит , во Интерна медицина (уредник Серафимовски В.), Македонска ризница, Куманово 2003 :1378-87
28. Грличков М. , Sjögren-ов синдром (Syndroma Sjögren) , во Интерна медицина (уредник Серафимовски В.), Македонска ризница, Куманово 2003:1427-30
29. Поповски А, Арсовска А. Мозочен удар: карактеристики и совести за пациенти, Студентски збор, 1999
30. Ставревска- Миновска А. ,Пандилова М. , Ивановски К. , Орална Хигиена ; Стоматолошки факултет - Скопје , Скопје , 2004 :216-31
31. Skorupka W, Zurek K, Kokot T, Nowakowska-Zajdel E, Fatyga E, Niedworok E, Muc-Wierzgoń M. Assessment of oral hygiene in adults. *Cent Eur J Public Health.* 2012 Sep;20(3):233-6.
32. Steele JG , Spencer AJ , How do age and tooth loss affect oral impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral epidemiol* 2004 Apr ;32 (2) : 107-14
33. Glažar, Irena , Procjena oralnog zdravlja štićenika ustanova za njegu starijih osoba, (Oral helath evaluation in the institutionalized elderly), doktorska disertacija , Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci , 2010
34. Simunković SK, Boras VV, Pandurić J, Zilić IA. Oral health among institutionalised elderly in Zagreb, Croatia. *Gerodontology.* 2005 Dec;22(4):238-41.
35. Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Fay N, Walls AW. Clinical and behavioural risk indicators for root caries in older people. *Gerodontology.* 2001 Dec;18(2):95-101.
36. Матовска Ј., Кариологија , Сигмапрес , Скопје , 2011:72
37. Alian AY., McNally ME.; Fure S., Birkhed D., Assessment of Caries Risk in Elderly Patients Using the Cariogram Model , *J Can Dent Assoc* 2006; 72(5):459–63

Користена литература

38. Rihs L B , da Silva DD; da Luz Rosário de Sousa M., Dental caries in an elderly population in Brazil *J. Appl. Oral Sci.* vol.17 no.1 Bauru Jan./Feb. 2009
39. Du, M. Q., Jiang, H., Tai, B. J., Wu, B., Bian, Z. (2009). Root Caries Patterns and Risk Factors of Middle-aged and Elderly People in P.R. China. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(3), 260-266.
40. Wyatt C.C.L., Long-term Care Hospitals:Part II. Dental Caries Status , Journal of the Canadian Dental Association June 2002, Vol. 68, No. 6
41. Daniel Gati and Alexandre R. Vieira .Elderly at Greater Risk for Root Caries: A Look at the Multifactorial Risks with Emphasis on Genetics Susceptibility *Int J Dent.* 2011; 2011: 647168.
42. Suvin M. , Bioloski temelji protetike-totalna proteza , VII dopunjeno izdanje , Skolska knjiga , Zagred , 1988:75-87
43. Smith BGN, Robb ND.The prevalence of tooth wear in 1007 dental patients. *J Oral Rehabil* 1996; 23: 232-239
44. Ergün Kunt G, Kökçü D, Ceylan G, Yilmaz N, Umut Güler A. Pulpal blood flow changes in abutment teeth of removable partial dentures. *Bosn J Basic Med Sci*. 2009 Nov;9(4):296-300.
45. Eckerbom M, Flygare L, Magnusson T. A 20-year follow-up study of endodontic variables and apical status in a Swedish population. *Int Endod J.* 2007 Dec;40(12):940-8.
46. Dieter D. Bosshardt, Knut A. Selvig, Dental cementum: the dynamic tissue covering of the root, *Periodontol 2000*. 1997 Feb; 13: 41-75
47. Novak K., Novak M.J. , Risk assesment in Carranza's clinical periodontology , Ninth eddition , WB Saunders Company :469-74
48. Lindhe J, Karring T, Lang NP, Klinička parodontologija i dentalna implantologija 1. Hrvatsko izdanje. Globus, Zagreb,2004
49. Ламевски М . Ивановски К .,Влијание на старењето врз степенот на пародонтална деструкција , Макед Стом Прегл, 2011, 1-2 :12-8
50. Gupta A., Epstein JB., Sroussi H, Hyposalivation in Elderly Patients *J Can Dent Assoc* 2006; 72(9):841-6
51. Liu B, Dion MR, Jurasic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Jul;114(1):52-60.

Користена литература

52. Samnieng P, Ueno M, Shinada K, Zaitsu T, Wright FA, Kawaguchi Y. , Association of hyposalivation with oral function, nutrition and oral health in community-dwelling elderly Thai. *Community Dent Health.* 2012 Mar; 29(1): 117-23.
53. Ursache M, Grădinaru I, Nechifor M, Cherciu-Ciubotaru B. Implications of xerostomia in oral dis-homeostasis. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2006 Apr-Jun;110(2):432-7.
54. Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira AN , Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil , *Braz Oral Res.* 2010 Jul-Sep;24(3):296-302
55. Gift HC. Issues of ageing and oral health promotion.*Gerodontics* 1988; 4: 194–206.
56. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 May1;13(5):E270-4.
57. Nevalainen MJ., Narhi TO., Ainamo A.,Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly , *J of oral rehab* , 1997 , 24 : 332-337
58. Laurent M, Gogly B, Tahmasebi F, Paillaud E. Oropharyngeal candidiasis in elderly patients. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2011 Mar;9(1):21-8.
59. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common oral conditions in older persons. *Am Fam Physician.* 2008 Oct 1;78(7):845-52.
60. Satoh-Kuriwada S., Shoji N., Kawai M., Uneyama H., Kaneta N., Sasano T., Hyposalivation strongly influences hypogeusia in the elderly, *J of Health Sc* , 2009; 55: 689-698
61. Гугувчевски Љ., Тотална протеза-практикум , Еин-соф , Скопје , 2001
62. Allen PF, McKenna G, Creugers N. , Prosthodontic care for elderly patients. *Dent Update.* 2011 ; 38(7):460-2, 465-6, 469-70.
63. Nazliel HE, Hersek N, Ozbek M, Karaagaoglu E. Oral health status in a group of the elderly population residing at home. *Gerodontology.* 2012; 29(2): 761-7
64. Krasta I., Vidzis A.,Brinkmane A., Cema I., Evaluation of Oral Therapeutical and Surgical Treatment Needs among Retirement Age Population in Different Countries , *Acta Chirurgica Latviensis* 2011; 11: 125-9
65. Scutariu MM, Iordache MC, Murariu VR. Assessment of the dyshomeostasis of the stomatognathic system in the elderly. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2011 ; 115(1): 218-22

Користена литература

66. Sfeatcu R., Dumitrache A., Dumitraşcu L., Lambescu D., Funieru C., Lupuşoru M., Aspects of oral and general health among a community center for the underserved, *J Med Life.* 2011; 15; 4(2): 168–171
67. Kossioni AE, Kossionis GE, Polychronopoulou A. Oral health status of elderly hospitalised psychiatric patients. *Gerodontology.* 2012; 2(4): 591-7
68. Vidzis A, Cema I, Brinkmane A, Krasta I, Broka K., Quantity and quality analysis of dental prosthodontics among retirement age residents from nursing homes in different regions of Latvia and retirement age patients from dental clinic in Riga , *Stomatologija,* 2012; 14(1): 23-7.
69. Vidzis A., Cema I., Krasta I., Brinkmane A., Kalnins I., Evaluation of oral health status of retirement-age population in Latvia, *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal* 2011; 13: 68-72
70. Gil-Montoya JA., Ferreira de Mello AL., Cardenas CB., Lopez IG ., Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly, *Geriatr Nurs* 2006; 27: 95-101
71. Alnar A, Wyatt CCl , Oral hygiene and institutionalised elders, Probe-scientific issue. 2002; 36 (3) :49-52
72. Brennan DS, Singh KA., General health and oral health self-ratings, and impact of oral problems among older adults. *Eur J Oral Sci.* 2011; 119(6): 469-73.
73. Winkler S., Garg, AK., Mekayarajjananonth T., Bakaeen LG., Khan E., Depressed taste and smell in geriatric patients. *Journal of the American Dental Association* 1999; 130: 1759–65.
74. MacEntee MI., Glick N., Stolar E., Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Diseases* 1998; 1: 32–36.
75. Heitmann BL, Gamborg M. Remaining teeth, cardiovascular morbidity and death among adult Danes. *Prev Med* 2008; 47: 156-160.
76. Ansai T, Takata Y, Soh I, Awano S, Yoshida A, Sonoki K et al, Relationship between tooth loss and mortality in 80-year-old Japanese community-dwelling subjects. *BMC Public Health* 2010; 10: 386.
77. de Vries D, Zuidgeest TG, de Baat C.,Providing oral healthcare to frail older people who wear complete dentures. No place for standard treatments , *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2011 ; 118(12): 622-9.

Користена литература

90. Министерство за здравство на Република Македонија, Биро за лекови, Фармацевтска комора на Република Македонија, Лекраска комора на Македонија, Фармакотераписки прирачник за лекари, фармацевти и стоматолози, Министерство за здравство на Република Македонија Скопје, 2006
91. Beers MH; Ouslander JG; Rollingher I; B. ReubenD; Brooks J; John C et all . Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. *Arch Intern Med.* 1991;151(9):1825-1832
92. Tong D., Dawson J., Love R. Factors affecting oral health status in an elderly military veteran population in New Zealand. *Journal of Military and Veterans' Health.* July 2010; 18 (3): 12-7
93. Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences. *Aging Clin Exp Res.* 2012 Dec;24(6):570-9.
94. Rhodus NL, Brown J. The association of xerostomia and inadequate intake in older adults. *J Am Diet Assoc.* 1990 Dec;90(12):1688-92.
95. Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Spec Care Dentist.* 2003;23(3):86-93.
96. Avcu N, Ozbek M, Kurtoglu D, Kurtoglu E, Kansu O, Kansu H. Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005 Jul-Aug;41(1):69-79
97. Jovanović S, Gajić I, Mandić B, Mandić J, Radivojević V. Oral lesions in patients with psychiatric disorders. *Srp Arh Celok Lek.* 2010 Sep-Oct;138(9-10):564-9.
98. Marchini L, Vieira PC, Bossan TP, Montenegro FL, Cunha VP. Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubaté, Brazil. *Gerodontology.* 2006 Mar;23(1):33-7.
99. Kossioni AE, Karkazis HC. Socio-medical condition and oral functional status in an older institutionalised population. *Gerodontology.* 1999 Jul;16(1):21-8.
100. Mozafari PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, Amirchaghmaghi M, Shakeri MT, Esfandyari A, Falaki F. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology.* 2012 Jun;29(2):e930-4

Користења литература

101. Glazar I, Urek MM, Brumini G, Pezelj-Ribarie S . Oral sensorial complaints, salivary flow rate and mucosal lesions in the institutionalized elderly. *J Oral Rehabil.* 2010 Feb;37(2):93-9.
102. Wan KY, McMillan AS, Wong MC. Orofacial pain symptoms and associated disability and psychosocial impact in community-dwelling and institutionalized elderly in Hong Kong. *Community Dent Health.* 2012 Mar;29(1):110-6.
103. Strajnic L., Dokic M., Vucinic P, Contemporary methods and mobile dentures cleaners and their significance for older people. *Med Pregl.* 2011 ; 64 (1-10);497-502
104. Morales-Suárez-Varela M, Ibáñez-Cabanell P, Gimeno-Clemente N, Roig-García JM, Nieto-García MA, Llopis-González A. Oral and dental health of non-institutionalized elderly people in Spain. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011 Mar-Apr;52(2):159-63.
105. Eustaquio-Raga MV., Montiel-Company JM., Almerich-Silla JM . Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain) .*Gac Sanit.* 2013;27(2): 123–127
106. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008;66(6):368-73.
107. Arpin S, Brodeur JM, Corbeil P. Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada. *J Can Dent Assoc.* 2008 Nov;74(9):807.
108. Marín-Zuluaga DJ, Sandvik L, Gil-Montoya JA, Willumsen T. Oral health and mortality risk in the institutionalised elderly. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 Jul 1;17 (4):e618-23.
109. Piuvezam G, de Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology.* 2013 Jun;30(2):141-9.
110. Al-Haboubi M, Zoitopoulos L, Beighton D, Gallagher J. Oral health patterns of independently living dentate older people: a cross-sectional survey of dental attendees in south-east London. *Gerodontology.* 2013 Jan 24. doi: 10.1111/ger.12033.

Користена литература

111. Jokstad A., Ambjorsen E., Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980, *Acta Odontol Scand*; 1996; 54: 303-8
112. Mariño RJ, Fu CS, Giacaman RA. Prevalence of root caries among ambulant older adults living in central Chile. *Gerodontology*. 2013 Jun 26. doi: 10.1111/ger.12060.
113. Saintrain MVdL, Vieira APGF. Application of the Community Oral Health Indicator by Non-Dental Personnel and Its Contribution to Oral Healthcare. *PloS*; 2012 ;7(7): e39733. doi:10.1371/journal.pone.0039733
114. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Dental caries among the elderly in Norway. *Acta Odontol Scand*. 2004 Apr;62(2):75-81.
115. Гутувчевски Љ. Електромиографски аспекти на физиолошкото мирување и интероклузалното растојание, Просветно дело, Скопје, 1993
116. Gift, H. C., Cherry-Peppers, G., Oldakowski, R. J. Oral health status and related behaviours of U.S. nursing home residents, 1995. *Gerodontology*;1997; 14: 89.
117. Ekelund R. Dental state and subjective chewing ability of institutionalized elderly people. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1989 Feb;17(1):24-7.
118. Baran I, Nalcaci R. Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Sep-Oct;53(2):e99-105.
119. Lo EC, Luo Y, Dyson JE. Oral health status of institutionalised elderly in Hong Kong. *Community Dent Health*. 2004 Sep;21(3):224-6.
120. Milstein L, Rudolph MJ. Oral health status in an institutionalised elderly Jewish population. *SADJ*. 2000 Jun;55(6):302-6.
121. Heloe B, Heloe LA. The occurrence of TMJ -disorders in an elderly population as evaluated by recording of "subjective" and "objective" symptoms. *Acta Odontol Scand* 1978; 36(1) :3-9.
122. Mac Entee MI., Weiss R., Morrisson BJ., Waxler-Morrison NE. Mandibular dysfunction in an institutionalized and predominantly elderly population. *Journal of Oral Rehabilitation*. 1984, 14: 523-9
123. Soh G, Chong YH, Ong G. Dental state and needs for episodic care of institutionalized elderly in an Asian community. *Soc Sci Med*. 1992 Feb;34(4):415-8.

Користена литература

136. Gaiao LR, de Almeida MEL, Filho GB, Leggat P, Heukelbach J. Poor Dental Status and Oral Hygiene Practices in Institutionalized Older People in Northeast Brazil : 2009, Article ID 846081, 6 pages . doi:10.1155/2009/846081
137. van Wyk, G. W., Farman, A. G. and Staz, J., Tooth survival in institutionalized elderly Cape Coloreds from the Cape Peninsula of South Africa. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1977 5: 185–189.
138. Cornejo M, Pérez G, Costa-de Lima K, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Mar 1;18 (2):e285-92.
139. Carter G., Lee M., McKelvey V., Sourial A., Halliwell R., Livingston M. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. *NZMJ* 21 May 2004 ; 117(1194) :1-10
140. King T., Kapadia D. Oral health and treatment needs of institutionalised elderly and disadvantaged population o Fiji (1997). *Pacific Health Dialog*; 2003;10(1):35-40
141. Esmeriz, C. E. C., Meneghim, M. C. and Ambrosano, G. M. B., Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*, 2012; 29: e281–e289.
142. Ambjørsen E. Decayed, missing, and filled teeth among elderly people in a Norwegian municipality . *Acta Odontologica Scandinavica* Jan 1986,44 (2): 123-30
143. Rao A, Sequeira P, Peter S, Rajeev A. Oral health status of the institutionalized elderly in Mangalore, India. *Indian J Dent Res*. 1999 Apr-Jun;10(2):55-61.
144. European Organization for Caries Research (ORCA) - Symposium report: The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. *Caries research*, 1996, 30: 237-255.
145. Chalmers, J., Hodge, C., Fuss, J., Spencer, A. and Carter, K. (2002), The Prevalence and Experience of Oral Diseases in Adelaide Nursing Home Residents. *Australian Dental Journal*, 47: 123–130.
146. Dundar N, Kal BI. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish School of Dentistry. *Gerontology* 2007;53:165-72.

Користена литература

147. Rabiei KE, Masoudi rad H, Shakiba M, Pourkay H. Prevalence of oral and dental disorders in institutionalized elderly people in Rasht, Iran. *Gerodontology* 2010; 27: 174–177.
148. Ekelund R. Oral mucosal disorders in institutionalized elderly people. *Age Ageing*. 1988 May;17(3):193-8.
149. Petersen PE, Kjøller M, Christensen LB, Krstrup U: Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent* 2004, 64(3):127-135.
150. Saintrain MV, Holanda TG, Bezerra TM, de Almeida PC. Prevalence of soft tissue oral lesion in elderly and its relations with deleterious habits. *Gerodontology*. 2012 Jun; 29(2): 130-4.
151. Antoun JS, Adsett LA, Goldsmith SM, Thomson WM. The oral health of older people: general dental practitioners' beliefs and treatment experience. *Spec Care Dentist*. 2008 Jan-Feb;28(1):2-7.
152. Yu DS, Lee DT, Hong AW, Lau TY, Leung EM. Impact of oral health status on oral health-related quality of life in Chinese hospitalised geriatric patients. *Qual Life Res*. 2008 Apr;17(3):397-405.
153. Kenkre AM, Spadigam AE. Oral health and treatment needs in institutionalized patients in India. *Indian J Dent Res*. 2000 Jan-Mar;11(1):5-11.
154. Samaranayake LP, Wilkieson CA, Lamey PJ, MacFarlane TW. Oral disease in the elderly in long-term hospital care. *Oral Dis*. 1995 Sep;1(3):147-51.
155. Smith RG, Burtner AP. Oral side-effects of the most frequently prescribed drugs. *Spec Care Dentist*. 1994 May-Jun;14(3):96-102.
156. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*. 2001 Jan;30(1):22-8.
157. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T (2012) The Impact of Oral Health on Taste Ability in Acutely Hospitalized Elderly. *PLoS ONE* 7(5): e36557.
158. Lawahez El-Sayed MI., Saleh MS. Oral Mucosal Lesions and Associated Factors among Institutionalized Eldrly in Alexandria. *Jorn EDA Oct* 2000;46 (4.3):2211

Користена литература

159. Olivier JH. Fordyce granules on the prolabial and oral mucous membranes of a selected population. SADJ. 2006 Mar;61(2):072-4.
160. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. Gerodontology. 2010 Mar;27(1):26-32.
161. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral Dis. 2002 Jul;8(4):218-23.
162. Mallo L, Gerardo-Rodriguez G, Goiriene FJ, Lafuente R. Pathology of the oral mucosa in the Spanish institutionalized elderly. Med Oral. 2000 May-Jul;5(3):177-186.
163. Susmita S, Mandeep K, Anushree S. Unusual presentation of palatal varicosities. J Oral Maxillofac Pathol 2006;10:15-6
164. Ugar-Cankal D, Denizci S, Hocaoglu T. Prevalence of tongue lesions among Turkish schoolchildren. Saudi Med J. 2005 Dec;26(12):1962-7.
165. Kovac-Kavcic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med 2000;29:331-5.
166. Yeatts D, Burns JC. Common Oral Mucosal Lesions in Adults, American Family Physician, dec 1991; 44 (6): 2043-50
167. Јанкуловска Е. Тотална протеза- претклиника, Стоматолошки факултет- Скопје, 2005 :3-10
168. Kurniawan A, Wimardhani YS, Rahmayanti F. Oral Health and Salivary Profiles of Geriatric Outpatients in Cipto Mangunkusumo General Hospital, Ina J Dent Res, Sept 2010; 17 (2):53-7
169. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. Oral Dis. 2005 Mar;11(2):81-7.
170. Yoshinaka M, Ikebe K, Furuya-Yoshinaka M, Hazeyama T, Maeda Y. Prevalence of torus palatinus among a group of Japanese elderly. J Oral Rehabil. 2010 Nov;37(11):848-53
171. Al Quran FA, Al-Dwairi ZN. Torus palatinus and torus mandibularis in edentulous patients. J Contemp Dent Pract. 2006 May 1;7(2):112-9.
172. Simunković SK, Božić M, Alajbeg IZ, Dulčić N, Boras VV. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in the Split-Dalmatian County, Croatia. Coll Antropol. 2011 Sep;35(3):637-41.

Користена литература

173. Mansour-Ghanaei F, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Kord Valeshabad A. Preparedness of Hospitals in North of Iran to Deal With Disasters. *Iran Red Cres Med J.* 2013; 15(6): in press. DOI: 10.5812/ircmj.4279
174. Robledo-Sierra J, Mattsson U, Svedensten T, Jontell M. The morbidity of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013 Jun 22. [Epub ahead of print]
175. Yarom N, Cantony U, Gorsky M. Prevalence of fissured tongue, geographic tongue and median rhomboid glossitis among Israeli adults of different ethnic origins. *Dermatology.* 2004;209(2):88-94.
176. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis.* 2006 Jul;12(4):381-6.
177. Taiwo JO, Kolude B, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the South East Local Government Area of Ibadan. *Gerodontology.* 2009 Sep;26(3):219-24.
178. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: the adolescent and adult perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 May;128(5):746-52.
179. Queiroz Marchesan I. Lingual frenulum: classification and speech interference. *Int J Orofacial Myology.* 2004 Nov;30:31-8.
180. Uludamar A, Evren BA, İşeri U, Özkan YK. Oral health status and treatment requirements of different residential homes in Istanbul: a comparative study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011 Jul-Aug;53(1):e67-74.
181. Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E, Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil.* 2008 May;35(5):370-4.
182. Pires FR, Santos EB, Bonan PR, Almeida OP, Lopes MA. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patients. *J Oral Rehabil.* 2002 Nov; 29(11):115-9.
183. Kossioni AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology.* 2011 Jun;28(2):85-90.
184. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont.* 2011 Jun;20(4):251-60.

Користена литература

185. Kuc IM, Samaranayake LP, van Heyst EN. Oral health and microflora in an institutionalised elderly population in Canada. *Int Dent J.* 1999 Feb;49(1):33-40.
186. Atashrazm P, Sadri D. Prevalence of oral mucosal lesions in a group of Iranian dependent elderly complete denture wearers. *J Contemp Dent Pract.* 2013 Mar 1;14(2):174-8.
187. Marchini L, Vieira PC, Bossan TP, Montenegro FL, Cunha VP. Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubaté, Brazil. *Gerodontology.* 2006 Mar;23(1):33-7.
188. Kulak-Ozkan, Y. , Kazazoglu, E. and Arıkan, A., Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J of Oral Rehab.* 2002;29: 300–304.
189. Jorge Júnior J, de Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991 Jun;19(3):173-5.
190. Corbet, E. F., Holmgren, C. J. and Philipsen, H. P., Oral mucosal lesions in 65–74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dentistry and Oral Epidemiology,* 1994; 22: 392–395.
191. Mandali G, Sener ID, Turker SB, Ulgen H.Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. *Gerodontology.* 2011 Jun;28(2):97-103.
192. Moskona D, Kaplan I. Oral health and treatment needs in a non-institutionalized elderly population: experience of a dental school associated geriatric clinic. *Gerodontology.* 1995 Dec;12(12):95-8.
193. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med.* 2003 Nov;32(10):571-5.
194. García-Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz-Canel AI, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Aug;30(4):277-85.
195. Nimri GM. Oral conditions of geriatric “denture wears” .JRMS;2004;11 (1):30-34

Користења литература

196. Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology*. 2004 Jun;21(2):93-9.
197. Sweeney, M. P., Bagg, J., Fell, G. S. and Yip, B., The relationship between micronutrient depletion and oral health in geriatrics. *J of Oral Path & Med*, 1994; 23: 168–171.
198. Dangore-Khasbage S, Khairkar PH, Degwekar SS, Bhowate RR, Bhake AS, Singh A, et al. Prevalence of oral mucosal disorders in institutionalized and non-institutionalized psychiatric patients: a study from AVBR Hospital in central India. *J Oral Sci*. 2012 Mar;54(1):85-91.
199. Lin, HC; Corbet, EF; Lo, ECM. Title Oral mucosal lesions in adult Chinese. *Journal Of Dental Research*, 2001, v. 80 n. 5, p. 1486-1490
200. Vigild M . Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dentistry And Oral Epidemiology* . 01/1988; 15(6):309-13.
201. Harmenberg, J.; Öberg, B.; Spruance, S.. Prevention of Ulcerative Lesions by Episodic Treatment of Recurrent Herpes Labialis: A Literature Review. *Acta Dermato Venereologica*. 2010; 90 (2): 122–130.
202. Christison-Lagay ER, Fishman SJ. Vascular anomalies. *Surg Clin North Am*. Apr 2006;86(2):393-425
203. McCreary CE, McCartan BE. Clinical management of lichen planus. *Brit J Oral Maxillofacial Surg* 1999; 37(5):338-43.
204. Brown RS, Bottomley WK, Puente E, Lavigne GL. A retrospective evaluation of 193 patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1993; 22(5):69-72.
205. Evren BA, Uludamar A, İşeri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Nov-Dec;53(3):252-7.
206. Zuluaga, D. J. M., Ferreira, J., Montoya, J. A. G. and Willumsen, T. (2012), Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*, 29: e420–e426.

Користена литература

207. Angelillo, I. F., Nobile, C. G. A., Pavia, M., De Fazio, P., Puca, M. Amati, A., Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1995; 23: 360–364.
208. Kumar M, Chandu GN, Shafiulla MD. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients : One year descriptive cross sectional study. *Indian J Dent Res.* 2006 Oct-Dec;17(4):171-7.
209. Barysenka L. Oral health of the elderly people living under different conditions. *OHDMBSC*; 5(2): 16-20
210. Fleiss JL, Park MH, Chilton NW, Alman JE, Feldman RS, Chauncey HH. Representativeness of the "Ramfjord teeth" for epidemiologic studies of gingivitis and periodontitis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987;15(4):221-4
211. Rams TE, Oler J, Listgarten MA, Slots J. Utility of Ramfjord index teeth to assess periodontal disease progression in longitudinal studies. *J Clin Periodontol.* 1993;20(2):147-50.
212. Hunt RJ. The Efficiency of Half-mouth Examinations in Estimating the Prevalence of Periodontal Disease. *JDR*; 66(5):1044-8
213. Beck JD. Periodontal implications:Older adults. *Ann Periodontol.* 1996; 1: 322
214. Basima GHA. Prevalence and severity of periodontal disease among insititutionised elderly in Baghdad-Iran. *Mustansiria DJ*; 2005; 2(1); 120-3
215. Miyazaki H, Shirahama R, Ohtani I, Takehara T, Shimada N, Pilot T. CPITN assessments in institutionalised elderly people in Kitakyushu, Japan. *Community Dent Health.* 1991 Sep;8(3):239-43.
216. Iglesias Corchero AM, García Cepeda JR. Oral health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 Aug 1;13(8):E523-8.
217. Ajwani S, Ainamo A. Periodontal conditions among the old elderly: five-year longitudinal study. *Spec Care Dentist.* 2001 Mar-Apr;21(2):45-51.
218. Gökalp S, Doğan BG. Root caries in 35-44 and 65-74 year-olds in Turkey. *Community Dent Health.* 2012 Sep;29(3):233-8.
219. Vehkalahti MM, Vrbic VL, Peric LM, Matvoz ES. Oral hygiene and root caries occurrence in Slovenian adults. *Int Dent J.* 1997 Feb;47(1):26-31.

Користена литература

220. Mariño RJ, Fu CS, Giacaman RA. Prevalence of root caries among ambulant older adults living in central Chile. *Gerodontology*. 2013 Jun 26. doi: 10.1111/ger.12060. [Epub ahead of print]
221. Mahoney EK, Kilpatrick NM. Dental Erosion: Part 1. Etiology and Prevalence of Dental Erosion. *N Z Dent J*. 2003 Jun;99(2):33-41.
222. Milosevic A, O'Sullivan E. Diagnosis, prevention and management of dental erosion: summary of an updated national guideline. *Prim Dent Care*. 2008 Jan;15(1):11-2.
223. Nunn J, Morris J, Dint C, Pitts NB, Beadnock G, Steele J. The condition of the teeth on the UK in 1998 and implication for the future. *Br Dent J*; 2000; 189: 639-44
224. Wenman A, Wigren L. Need and demand for dental treatment a comparison between evaluation based on an epidemiological study of 35-, 50- and 65-year olds and performed dental treatment of matched age groups. *Acta Odontol Scan*. 1995; 53: 381-92
225. Gurbuz O., Alatas G., Kurt E., Issever H., Dogan F. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic patients in Istanbul, Turkey. *Community Dent Health*. 2010; 27 (3):151-7
226. Fonseca FA, Jones KM, Mendes DC, Dos Santos Neto PE, Ferreira RC, Pordeus IA, et all. The oral health of seniors in Brazil: addressing the consequences of a historic lack of public health dentistry in an unequal society. *Gerodontology*. 2013 Mar 14. doi: 10.1111/ger.12046. [Epub ahead of print]
227. Chaware S, Ghodpage SL, Sinha M, Chauhan V, Thakare V. Prosthetic status and prosthetic needs among institutionalized geriatric individuals in Nashik City, Maharashtra: a descriptive study. *J Contemp Dent Pract*. 2011 May 1;12(3):192-5.
228. dos Santos MBF, Montenegro FLB, Areas SP, Hiratsuka M, Consani RLX, Marchini L. Oral Health Status, Hygiene Habits and Treatment Needs among Elderly Brazilians: A Cross-section Study. *World J Dent* 2012; 3(1): 22-5
229. Tramini P, Montal S, Valcarcel J. Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. *Gerodontology*. 2007;24:196-203.
230. Saunders R, Friedman B. Oral health conditions of community-dwelling cognitively intact elderly persons with disabilities. *Gerodontology* 2007;24:67-76.

Користења литература

231. Starr JM, Hall RJ, Macintyre S, Deary IJ, Whalley LJ. Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study. *Gerodontology*. 2008;25:199-204.
232. Colussi CF, Sergio, Torres de Freitas SF. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population. *Gerodontology*. 2007;24:93-7.
233. Shigli K, Angadi GS, Hebbal M. Knowledge of prosthodontic treatment among denture-wearers and non-denturewearers attending a dental institute in India: a survey report. *Gerodontology* 2007;24:211-6.
234. McMillan AS, Wong MC, Lo EC, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J Oral Rehabil*. 2003 Jan;30(1):46-54.
235. Vucićević-Boras V, Bosnjak A, Alajbeg I, Cekić-Arambasin A, Topić B. Dental health of elderly in retirement homes of two cities in south Croatia--a cross-sectional study. *Eur J Med Res*. 2002 Dec 17;7(12):550-4.
236. Chen X, Clark JJ, Naorungroj S. Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. *Gerodontology*. 2013 Mar;30(1):49-60.
237. Pregliasco F, Ottolina P, Mensi C, Carmagnola D, Giussani F, Abati S, et al. Oral health profile in an institutionalized population of Italian adults with mental retardation. *Spec Care Dentist*. 2001 Nov-Dec;21(6):227-31.
238. De Visschere LM, Vanobbergen JN. Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. *Gerodontology*. 2006;23:170-6.
239. Zubiene J, Milciuviene S, Klumbiene J. Evaluation of dental care and the prevalence of tooth decay among middle-aged and elderly population of Kaunas city. *Stomatologija. BalticDent Maxillofac J* 2009;11:42-7.
240. Knabe C, Kram P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *J Oral Rehabil*. 1997 Dec;24(12):909-12.
241. Zenthöfer A, Dieke R, Dieke A, Wege KC, Rammelsberg P, Hassel AJ. Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly--a RCT. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013 Jun;41(3):261-8.
242. Schou L, Wight C, Clemson N, Douglas S, Clark C. Oral health promotion for institutionalised elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1989 Feb;17(1):2-6.

Користсна литература

243. Hagman-Gustafsson ML, Holmén A, Strömberg E, Gabre P, Wårdh I. Who cares for the oral health of dependent elderly and disabled persons living at home? A qualitative study of case managers' knowledge, attitudes and initiatives. *Swed Dent J.* 2008;32(2):95-104.
244. Kalebjian DM, Murphy-Tong CA. A focus on the institutionalized aged and special care patient for today's practice. *J Calif Dent Assoc.* 2001 Jun;29(6):408-14.
245. Rabbo MA, Mitov G, Gebhart F, Pospiech. Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perception of the hemoes managers. *Gerodontology* 2012; 29: e57-62