

Български[®] ЗЪБОЛЕКАР

(брой 1 (25), март 2019)



Електронен вестник
на Сдружението
на българските зъболекари

ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА Д-Р АНАТОЛИЙ КЪНЕВ – ПРЕДСЕДАТЕЛ НА СБЗ

Уважаеми колеги,
Имам удоволствието да Ви уведомя, че СБЗ проведе традиционния избор: „Зъболекар на годината – 2018“.

Носител на приза е д-р Хрисима Начева от гр. Плевен. На второ и трето място съответно са д-р Димитър Кътев от гр. Враца и д-р Ема Михова от гр. София. Уважавани колеги, с принос в дейността на сдружението, прекрасни зъболекари с утвърдена практика и не на последно място колеги, отстояващи собствена позиция! Подчертавам последното, тъй като с днешна дата приказки много, но само в кабинетите или в кръчмата, а керванът си върви...

Да, всяко поколение пише собствена история и в демократично време всеки избира собственото си поведение. А що се отнася до здравеопазването, и в частност до зъболечението, явно само членовете и съмишлениците на СБЗ в България виждат проблеми... На проведената конференция в чест на св. Аполония на 9 февруари 2019 г. в гр. Враца имаше много изказвания за нашите проблеми, което говори,



ИНФОДЕНТ

ОСНОВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР НА СБЗ

ПАРТНЬОРИ

AXIS

SWISS QUALITY



MIS

BULGARIA

www.labtechnology-bg.com



BulDent

Pharmaceutical & Dental Care



КРИС 95



ЕЛАНА Фонд Мениджмънт



Medical Depot R&K

Стоматология, медицина, пространство

РОМИДЕНТ

че има, макар и малка, надежда за промяна и тя е формулирана най-кратко от проф. Кисов – да се спре унижението в зъболекарската професия на колеги и пациенти.

Да, в пазарни времена всеки се оправя сам, но защо трябва да се лъжем, че има грижа от страна на държавата?! Защо трябва да сме задължени да членуваме в един съюз, да има една каса, а в същото време да нямаме право на камара?! Това не е призив за бунт. Касе се за премислени действия. Проблемите са ясни. Говорим за застраховка (миналата година не бяхме застраховани, а сега „свободно“ сме задължени), за специализации с предопределен изпълнител, за протеза (65–69 г. незнайно как определени) и за други подобни недомислици. Говорим за амалгама и сепаратори, за химиополимери (поне в моята клиника нито един властимающ не си е поръчал) и подобни безсмислици. Няма да изреждам всички проблеми, които колегите засегнаха на конференцията. Те са до болка познати и многократно публикувани в този вестник, както и изпращани в Министерство на здравеопазването. На 12 февруари 2019 г. в БТА дадохме пресконференция, където д-р Антикаджиев, д-р Цалов и проф. Кисов разясниха проблемите, които коментираме (може да бъде видяна на сайта на БТА, както и на сайта на СБЗ). Посочвам и сайтовете с интервютата в БТВ, канал 3, радио Хоризонт, BG On-Air и др.

Обществеността в България е наясно с проблема си, но решението трябва да дойде от нас, професионалистите, които ежедневно се сблъскваме с него!

1. Обръщение на д-р Кънев
стр. 1

Национална конференция на СБЗ материал
стр. 3

Св. Апология – Национална конференция на СБЗ
стр. 5

Зъболекар на годината
стр. 6

Предложение за дентална камара
стр. 9

6. Д-р Венцислав Стоев. Постурологията –
познатата/непозната наука
стр. 21

7. Гостува ни сп. Medinform
стр. 27

Джулай морнинг –
празник на свободните зъболекари
стр. 41





НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ

СВЕТА АПОЛОНИЯ 2019

На 09.02.2019 г. в гр. Враца, от 9:30 ч. се проведе Националната конференция (НК) на СБЗ, със седалище 1000 София, ул. Цар Калоян №6, офис 216.

50-те члена на СБЗ за 2018 г. бяха надлежно уведомени за събитието с покана, поставена на видно място на вратата на офиса на СБЗ, както и по електронна поща.

Поради присъствието на повече от половината членове на Сдружението, председателят д-р Анатолий Кънев откри събитието и обяви дневния ред, който беше гласуван и приет единодушно:

По т. 1. Отчет за дейността на СБЗ за 2018 г. – НК приема отчета;

По т. 2. Отчет за финансовото състояние на СБЗ – НК приема отчета;

По т. 3. Промяна в Устава на СБЗ, във връзка с промените на ЗЮЛНЦ. Уставът беше разгледан и подробно обсъден. Предложените от Управителния съвет и от присъстващите делегати промени се приеха единодушно.

По т. 4. Проведе се традиционният избор на „Зъболекар на годината 2018“. Предложена беше комисия за провеждане на избора: председател д-р Георги Цалов, и членове д-р Ема Михова и д-р Стефка Шаламанова. Предложението беше прието единодушно.

Гласуването беше тайно. За Зъболекар на 2018 г. беше избрана д-р Хрисима Начева

По т. 5. Разни:

I. 1) разгледана беше офертата на ЗБ „Драбел“ за сключване на застраховка „професионална отговорност“.

2) възложено беше на УС на СБЗ да изготви оферта за групова застраховка на юридическо лице.

3) взето беше решение за приемане на физически лица за индивидуална застраховка

II. Д-р Венцислав Стоев изнесе лекция на тема „Постурологията – съвременната парадигма“, която премина при голям интерес.

Събитието продължи с културна програма и приятелска вечеря.

ЗЪБОЛЕКАР НА ГОДИНАТА



Д-р Хрисима Янчева Начева

Родена съм на 04.12.1955 г. в град Айтос в семейство на честни и достойни родители. Средното си образование завърших в родния си град. Висшето си образование завърших в Стоматологичен факултет на МУ, град София, където животът ме срещна с достолепни, горди и знаещи преподаватели, на които и досега съм безкрайно благодарна.

От 1982 г. живея и работя в град Плевен. През 1991 г. с моя колежка създадохме първия частен стоматологичен кабинет в град Плевен. Интересите ми са в областта на естетичните възстановявания, ендодонтията и ортопедията. Посещавам много професионални курсове в тези направления, за да давам най-доброто от съвременното зъболечение на моите пациенти.

Омъжена съм и имам 26-годишен син. Съпругът ми д-р Огнян Начев, на когото съм безкрайно благодарна за безграничната подкрепа в житейските ми начинания, е пулмолог в МУ град Плевен.

Свободното си време прекарвам в екскурзии с културна насоченост, ски и туризъм.

В Сдружението на българските зъболекари членувам от създаването му и ще продължа да членувам, защото в него срещнах интересни и инакомислещи хора, с които вярвам ще осъществим общите си идеи.

ЗЪБОЛЕКАР НА ГОДИНАТА



Награждаването и материал за наградната д-р Начева



ЗЪБОЛЕКАР НА ГОДИНАТА



Участници в Националната конференция на посещение в Регионалния исторически музей – Враца



Рогозенско съкровище,
РИМ – Враца



На Вашето внимание предлагаме проектоустав за Българска дентална камара за юридическите лица с нестопанска цел. Ако смятате, че това ще подобри практиката ни сме готови да го внесем в Народно събрание. Разчитаме на Вашата активност като препоръки и забележки.

УСТАВ БЪЛГАРСКА ДЕНТАЛНА КАМАРА

I. ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.1.

(1) Сдружение „Българска Дентална Камара ” (наричано по-нататък в текста за краткост: КАМАРАТА) е юридическо лице с нестопанска цел, регистрирано съгласно разпоредбите на Закона за юридическите лица с нестопанска цел.

(2) КАМАРАТА извършва своята дейност в частна полза на своите членове, въз основа на този устав, в изпълнение на решенията на органите ѝ за управление и при спазване на законите на Република България.

(3) КАМАРАТА обединява денталните клиники в България регистрирани по съответните закони

(4) КАМАРАТА е независима обществена организация представляваща и защитаваща интересите на работещите в денталните клиники и кабинети в България пред държавата и обществото.

(5) Членството в КАМАРАТА е доброволно.

(6) КАМАРАТА е отделно от членовете си юридическо лице и отговаря за задълженията си със своето имущество.

(7) Членовете на КАМАРАТА не отговарят лично за нейните задължения.

II. НАИМЕНОВАНИЕ И УСТРОЙСТВО

Чл.2.

(1) Сдружението осъществява дейността си под наименованието „Българска Дентална Камара ”, което може допълнително да се изписва и на латиница “Bulgarian Dental Chamber”.

(2) Всяко писмено изявление от името на КАМАРАТА съдържа нейното наименование, седалище, адрес, данни за регистрацията, включително БУЛСТАТ номер.

(3) КАМАРАТА може да открива клонове

III. ПРЕДСТАВИТЕЛСТВО

Чл.3.

(1) КАМАРАТА изразява волята си и извършва правни действия чрез своите органи. То се представлява от Председателя си или специално упълномощени от него лица .

(2) По съдебни спорове между КАМАРАТА и нейните органи, тя може да се представлява и от избрани от Общото събрание едно или няколко лица.

ПРОЕКТОУСТАВ

IV. СЕДАЛИЩЕ И АДРЕС

Чл.4.

- (1) Седалището на КАМАРАТА е в град София.
- (2) Адресът на управление на КАМАРАТА е

V. СРОК НА ДЕЙСТВИЕ

Чл.5. КАМАРАТА не е ограничена със срок.

VI. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Чл.6. КАМАРАТА осъществява дейност в частна полза, съгласно действащото българско законодателство и разпоредбите на този Устав.

VII. ЦЕЛИ, СРЕДСТВА ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ, ПРЕДМЕТ НА ДЕЙНОСТ

Чл.7. Основни цели на КАМАРАТА са:

- Да изгражда положително лице на денталните клиники като институция в системата на здравеопазването в България и на всички специалисти, работещи в тях;
- Да обединява, представлява и защитава интересите на своите членове пред български и чуждестранни органи и организации;
- Да участва в разработването на стратегии, анализи и програми за развитие на денталната мрежа и съдейства за изпълнението им;
- Да дава становища и участва в изготвянето на нормативни актове за денталната дейност в България;
- Да подпомага държавните институции при изграждане и промяна в нормативната уредба, касаеща упражняването на зъболекарската професия в клиниките;
- Да участва в разработването и прилагането на Добрите зъболекарски практики сред своите членове, както и на други приложими в денталната дейност стандарти за качество на зъболекарската услуга;
- Да се противопоставя на незаконни и неправилни действия или бездействия от страна на юридическите и физическите лица, държавни и общински органи и институции, засягащи дейността в областта на денталното лечение;
- Да създава и поддържа лоялни партньорски отношения между физическите и юридическите лица, осъществяващи дейност в областта на денталната медицина; не допуска монополизъм, нелоялна конкуренция и неравнопоставеност между своите членове и останалите участници в здравеопазването;
- Да изработва анализи и дава мнение за остойностяване на труда на персонала в клиниките, себестойността на денталните услуги за граждани, които да предлага на обществото и държавата за въвеждане в здравеопазването в България;
- Да насърчава развитието и прилагането на съвременни и високи технологии в денталната медицина;
- Да подпомага развитието на качествено и приложимо в практиката образование по дентална медицина;
- Да изнамира, уеднаквява, предлага и прилага съвременни методи за опазване на околната среда в клиничната дейност;
- Да насърчава комуникацията, контактите и съвместните проекти в системата на

ПРОЕКТ ОУСТАВ

здравеопазването, както и подпомагане на повишаването на квалификацията на различните видове специалисти, работещи в денталните клиники;

- Да подпомага взаимодействието между специалистите от денталната мрежа в България и страните от Европейския съюз и света;
- Да създава условия за реализиране и разпространяване на творчески идеи и продукти, способстващи за насърчаване на разбирателството и приятелството между младите специалисти от бранша в Европа и света.

Чл.8. Средствата за постигане на целите на КАМАРАТА са:

- Организира семинари, срещи, кръгли маси, конференции, масови прояви – фестивали, концерти, представления, симпозиуми и конкурси в България и чужбина и др.
- Създава условия за организиране, финансиране и осъществяване на конкретни образователни, екологични, изследователски и помощни програми и инициативи за улесняване и насърчаване на професионалния обмен между специалистите от клиниките;
- Изготвя концепции и участва в проекти за подобряване на социалния, икономически и административен климат в България;
- Предлага свои представители във всички комисии, агенции, съвети и институции по проблемите на организацията и опазване здравето на пациентите свързани с дейността в денталната медицина;
- Като представител на своите членове и изразител на интересите на работодателите в денталния бранш, участва в органите за тристранно сътрудничество на браншово и национално ниво;
- Създава и поддържа контакти с физически и юридически лица от страната и чужбина, осъществяващи дейности, сходни с тези на КАМАРАТА;
- Организира национални и международни работни срещи по проблемите, предмет на дейността, във връзка с осъществяване целите на КАМАРАТА;
- Изучава и популяризира общественото мнение, създава близки ползотворни контакти с медиите;
- Набира средства за финансиране проектите и програмите, насочени към осъществяване целите на КАМАРАТА;
- Насърчава, финансира и издава подходяща литература, включително интернет-базирани публикации, в съответствие с целите и идеите на КАМАРАТА;
- Поддържа информационна база с данни на членовете на сдружението;
- Събира информация за извършени нередности при изпълнението на денталните услуги и информира компетентните органи;
- Извършва допълнителна стопанска дейност, която е свързана с предмета на основната дейност, за която е регистрирано, като използва прихода за постигане на определените в Устава цели.

Чл.9. Предметът на дейност на КАМАРАТА обхваща всички незабранени от закона дейности в областта на клиничната дентална практика, образованието по дентална медицина и наука, бизнеса, включително осъществяването на допълнителна стопанска дейност, свързана с целите и задачите ѝ, както следва:

- Организиране и провеждане на консултации, семинари, срещи, кръгли маси, симпозиуми, конференции, конгреси, форуми, школи, лагери, работни срещи, масови прояви – фестивали, концерти, представления и конкурси и други за развитието и решаването

ПРОЕКТОУСТАВ

на практически и организационни проблеми, свързани с основните цели и задачи на КАМАРАТА;

- Рекламна и издателска дейност, съставяне, издаване и разпространяване на специализирани помагала и други печатни, аудио-видео и мултимедийни носители във връзка с основните цели на КАМАРАТА;

- Организиране на концерти, изложби и медийни изяви и други мероприятия, съобразно целите на КАМАРАТА;

- Организиране и провеждане на културни, спортни, художествени и бизнес мероприятия, свързани с основните цели и задачи на КАМАРАТА;

- Финансиране на проекти на трети лица – физически и юридически;

- Атестиране на дейността на фирми, разкрили и експлоатиращи клиники, за съответствие с Добрите клинични практики и приложимите в бранша европейски и международни стандарти за качество на услугите;

- Издаване на препоръки на своите членове за тяхната дейност пред трети лица;

- Изготвяне на предложения до съответните институции и органи за квалификационни характеристики на специалисти с образование по дентална медицина;

- При покана участва със свои представители при обсъждане на учебни планове и програми за основно и следдипломно обучение на магистър лекари по дентална медицина;

- Консултантска дейност, включително с местни и чуждестранни инвеститори в областта на денталната медицина, регулацията, образованието и науката, здравеопазването, екологията и бизнеса.

VIII. ЧЛЕНСТВО, ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЧЛЕНОВЕТЕ

Чл.10.

(1) Членуването в КАМАРАТА е доброволно.

(2) Членовете на КАМАРАТА са редовни и почетни.

(3) Редовен член на КАМАРАТА може да бъде физическо или юридическо лице, регистрирано като търговец по българското законодателство или по законодателството на държава членка на Европейския съюз, което извършва стопанска дейност на територията на Република България чрез разкриване на клиника по смисъла на Закона за Лечебните Заведения и спазвайки ограниченията на българския закон. Допълнително изискване за членство е:

1. Физическото лице, представляващият и/или управляващият юридическото лице да притежават образователно-квалификационна степен „лекар по дентална медицина“;

2. Лекарят по дентална медицина по точка 1) трябва да е редовен член на Българския Зъболекарски Съюз по смисъла на българския закон.

(4) Почетни членове на КАМАРАТА са физически лица, наградени от Управителния съвет за особени заслуги към дейността ѝ с нейния почетен знак.

(5) Лицата приемат Устава и изразяват готовност да работят за целите на организацията.

(6) В КАМАРАТА не могат да членуват политически партии и сдружения.

Чл. 11

(1) Член на КАМАРАТА се приема след подаване на писмена молба до Управителния съвет, в която кандидатът заявява, че приема Устава. Приемането на членове се осъществява съгласно Правилник за приемане на членове, утвърден от Управителния съвет.

ПРОЕКТ ОУСТАВ

(2) Кандидатурите за членство се разглеждат на най-близкото редовно събрание на Управителния съвет.

(3) Редовни членове се приемат с решение на Управителния съвет по препоръка на най-малко трима редовни членове, които не са членове на Управителния съвет. За редовно членство могат да кандидатстват само асоциирани членове.

(4) Асоциирани членове се приемат с решение на Управителния съвет, като кандидатите прилагат доказателства за основание за членство.

(5) Условията и редът за възникване и прекратяване на почетно членство се регламентират от Правилника за приемане на членове.

(6) Датата на възникване на членственото правоотношение по предходните алинеи е датата на решението на Управителния съвет.

(7) Управителният съвет има право да откаже приемане на препоръчан по ал.(3) кандидат, за което уведомява писмено кандидата и препоръчалите го членове. В решението се посочват евентуалните допълнителни изисквания към кандидата. При отказ за членство, отхвърленият кандидат може да кандидатства отново най-рано след шест месеца от датата на получаване на отказа.

Чл. 12.

(1) Редовните членове, чрез своите законни представители, имат право:

3. да участват в работата на Общото събрание и в провеждането на други мероприятия на КАМАРАТА;

4. да избират и да бъдат избирани в ръководните органи на КАМАРАТА;

5. да бъдат информирани за дейността на сдружението, решенията на Общото събрание и Управителния съвет, както и да получават периодичните издания на КАМАРАТА;

6. да се ползват от имуществото на сдружението, както и от резултатите от дейността по ред, определен от Управителния съвет;

7. да поставят за обсъждане и търсят защита по принципни проблеми, свързани с осъществяването на тяхната аптечна дейност;

8. да се ползват от социалните придобивки, осигурявани от КАМАРАТА;

9. да напускат доброволно КАМАРАТА;

(2) Асоциираните и почетните членове имат същите права като редовните членове, с изключение на правото да гласуват на Общото събрание и правото да дават препоръки за пълноправно членство.

Чл.13. Членовете на КАМАРАТА са длъжни:

10. Да спазват разпоредбите на този Устав;

11. да информират Управителния съвет за настъпили промени в обстоятелствата;

12. Да плащат редовно членски внос, размерът на който се определя с решение на Общото събрание, съответно на Управителния съвет. Почетните членове не заплащат членски внос.

13. Да участват в Общото събрание и в органите, в които са избрани, освен когато уважителни причини възпрепятстват това;

14. Да изпълняват решенията на органите на КАМАРАТА;

15. Да участват в дейността на КАМАРАТА и да работят за осъществяване на целите ѝ;

16. Да издигат авторитета на КАМАРАТА, да помагат за увеличаване на нейното имущество и да не извършват действия или бездействия, които противоречат на целите ѝ или я злоупотребяват.

Чл.14.

(1) Членствените правоотношения възникват при:

17. приемане;

18. вливане на други сродни браншови и съсловни структури (юридически лица с нестопанска цел) в КАМАРАТА.

(2) При вливане членовете на вливащата се организация стават членове на КАМАРАТА, съгласно общите условия за членство.

(3) Членствените права и задължения, с изключение на имуществените, са непрекъснати и не преминават върху други лица при смърт, съответно при прекратяване.

Чл.15.

(1) Членството в КАМАРАТА се прекратява:

19. С едностранно писмено волеизявление, отправено до Управителния съвет;

20. Със смъртта или поставяне под пълно запрещение, съответно с прекратяване на юридическото лице при липса на правоприемство, на член на КАМАРАТА;

21. С изключването;

22. При отпадане поради неплащане на членски внос в определения срок и/или неизпълняване на някое от условията за членство;

23. При прекратяване на КАМАРАТА;

(2) Прекратяването на членството по ал.1 т.1 се зачита от деня на завеждане на писменото заявление в деловодството на КАМАРАТА.

(3) Прекратилите членството си и изключените от КАМАРАТА нямат право да изискват обратно внесените от тях вноски.

Чл.16. Член на КАМАРАТА може да бъде изключен по решение на Управителния съвет, когато нарушава предвидените в този Устав задължения, както и когато извърши други действия или бездействия, които правят по-нататъшното му членство в КАМАРАТА несъвместимо. Изключен член на КАМАРАТА може да бъде приет отново за член най-малко две години след изключването му, по реда за приемане на нов член.

Чл.17. Членски внос

(1) Членският внос в КАМАРАТА е годишен. Той е два вида – основен и допълнителен.

(2) Размерът на основния членски внос се определя от Общото събрание. При необходимост и според обема и характера на ползваните от всеки конкретен член услуги, Управителният съвет може да определи допълнителен членски внос за всеки конкретен случай.

(3) Членовете на КАМАРАТА са длъжни да плащат основния членски внос най-късно до датата, определена с решение на Управителния съвет. Членският внос се плаща само и единствено по банков път. Управителният съвет задължително осигурява своевременно известяване на всеки член на КАМАРАТА за срока, до който членският внос трябва да бъде заплатен за следващите дванадесет месеца. Известяването се извършва не по-късно от един месец преди изтичането на срока за членство, чрез писмо с обратна разписка, факс, електронна поща, телефонен разговор или лично.

ПРОЕКТ ОУСТАВ

IX. ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ

Чл.18.

- (1) Върховен орган на КАМАРАТА е Общото събрание.
- (2) управителен орган на КАМАРАТА е Управителният съвет.
- (3) представителен орган на КАМАРАТА е Председателят на сдружението.
- (4) оперативен орган на КАМАРАТА е Координаторът на проект.

X. ОБЩО СЪБРАНИЕ

Чл.19.

(1) Общото събрание се състои от всички членове на КАМАРАТА. Членът-юридическо лице участва в Общото събрание чрез свой представител – физическо лице. То удостоверява това си качество с актуално удостоверение за вписване в търговския регистър, съответно документ за актуална регистрация на юридическото лице.

(2) Когато представляващият юридическо лице е възпрепятстван да присъства лично, той може да изпрати на Общото събрание свой пълномощник. Пълномощникът се допуска да участва в Общото събрание само след като представи валидно нотариално-заверено пълномощно от представляващия и удостоверение за актуално състояние на юридическото лице. Един пълномощник може да представлява най-много един член на Общото събрание.

(3) Всеки член на Общото събрание има право на един глас.

Чл.20. Права на Общото събрание:

(1). Общото събрание:

24. Изменя и допълва Устава;
25. Приема актове по дейността на КАМАРАТА;
26. Избира и освобождава членовете на Управителния съвет;
27. Избира и освобождава Председателя на КАМАРАТА;
28. Взема решение за членуване или за прекратяване на членството на Сдружение "Българска Дентална Камара" в други организации;
29. Взема решение за преобразуване или прекратяване на КАМАРАТА;
30. Приема основните насоки и програма за дейността на КАМАРАТА;
31. Приема бюджета на КАМАРАТА;
32. Приема отчета за дейността на Управителния съвет;
33. Отменя решенията на другите органи на КАМАРАТА, които противоречат на закона, Устава или други вътрешни актове, регламентиращи дейността ѝ;
34. Взема решения по всички други въпроси, поставени в негова компетентност от закона или настоящия Устав;
35. Определя размера на основния годишен членски внос;

(2). Правата по ал.1 т. 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10 и 11 не могат да се възлагат на други органи на КАМАРАТА.

Чл.21. Общото събрание заседава най-малко един път в годината.

(1) Общото събрание се свиква от Управителния съвет по негова инициатива или по искане на една трета от членовете на КАМАРАТА в населеното място, в което се намира седалището на сдружението. Ако в последния случай Управителният съвет в едномесечен срок не отправи писмено покана за свикване на Общото събрание, то се свиква от съда по седалището на КАМАРАТА по писмено искане на заинтересуваните членове или натоварено от тях лице.

(2) Поканата трябва да съдържа дневния ред, датата, часа и мястото за провеждането на Общото събрание и по чия инициатива то се свиква.

(3) Поканата се обнародва в „Държавен вестник“ и в сайта на сдружението и се поставя на мястото за обявления в сградата, в която се намира управлението на КАМАРАТА, най-малко един месец преди насрочения ден.

(4) Към датата на обнародване на поканата по предходния член писмените материали, свързани с дневния ред на заседанието, са на разположение на адреса на управление на КАМАРАТА и се предоставят на всеки член при поискване.

Чл.22. Общото събрание е законно, ако присъстват повече от половината от всички членове. При липса на кворум събранието се отлага с един час по-късно на същото място и при същия дневен ред и се счита за редовно, колкото и членове да се явят.

Чл.23.

(1) Заседанието на Общото събрание се открива от Председателя на КАМАРАТА или от упълномощен негов заместник, и под негово ръководство се избират работни органи на събранието: секретари на събранието, протоколчици и помощни комисии, които са предложени от Управителния съвет или от самото Общо събрание. Всички органи на събранието се избират с явно гласуване.

(2) На заседанието на Общото събрание се води протокол, в който се отразяват всички решения и изборни резултати. Протоколът се подписва от председателстващите Общото събрание и от протоколчиците. Членовете на помощните комисии на Общото събрание подписват тази част от протокола, в която са осъществили дейността си.

Чл.24

(1). Решенията на Общото събрание се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите. Решенията по чл.20 ал.(1) т.1 и 6 се вземат с мнозинство 2/3 от всички членове на КАМАРАТА.

(2). Общото събрание не може да взема решения, които не са включени в обявления в поканата дневен ред на заседанието.

Чл.25. Общото събрание може да бъде проведено и неприсъствено, чрез гласуване с електронен подпис от членовете с право на глас, по предварително обявен дневен ред и с предварително подготвен проект за решения. В поканата за Общото събрание в този случай освен изискуемите атрибути, съгласно Чл.21 ал.(2) от този Устав, се определят още електронното средство и начин, по който ще се проведе гласуването, и началния и крайния час на процедурата, през която членовете могат да изразят по електронен път вота си със „За“, „Против“ и „Въздържал се“. Решенията, взети неприсъствено чрез електронно гласуване, се протоколират от Управителния съвет, като към протокола се прилага списък на участващите членове и разпечатка на подадените от тях гласове в едно с електронните подписи към тях, а електронните изявления се съхраняват на подходящ носител в продължение на пет години.

Чл.26. Решенията, взети от Общото събрание, са задължителни за другите органи на КАМАРАТА.

XI. УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

Чл.27.

(1) Управителният съвет се състои от пет /5/ физически лица редовни членове . Негов редовен член по право и председател е Председателят на КАМАРАТА. Всички членове на Управителния съвет трябва да са представители на членове на КАМАРАТА и да отговарят на

ПРОЕКТ ОУСТАВ

изискването по чл.10 ал.(3) т.1 и 2 от този Устав. Управителният съвет не може да включва повече от един представител на който и да е член на КАМАРАТА. Холдингови структури или свързани лица по смисъла на Търговския закон не могат да имат повече от един представител в Управителния съвет.

(2) Управителният съвет се избира за срок от пет /5/ години.

(3) Възпрепятстваните да участват членове на Управителния съвет, до отпадане на пречката, съответно до провеждане на следващото общо събрание, се заместват от резервните членове по низходящ ред на спечелените гласове от проведените избори. Резервните членове заместват председателя само в качеството им на членове на Управителния съвет.

(4) Управителният съвет:

- 36. управлява КАМАРАТА;
- 37. осигурява изпълнението на решенията на Общото събрание;
- 38. взема решения за разпореждане с имуществото на КАМАРАТА при спазване изискванията на Устава;
- 39. подготвя и внася в Общото събрание проект за бюджет;
- 40. подготвя и внася в Общото събрание отчет за дейността на КАМАРАТА;
- 41. определя реда и организира извършването на дейността на КАМАРАТА, включително и тази в обща полза, и носи отговорност за това;
- 42. определя седалището и адреса на КАМАРАТА;
- 43. взема решения по всички въпроси, които по закон или съгласно Устава не спадат в правата на друг орган на КАМАРАТА;
- 44. свиква Общото събрание;
- 45. взема решения за сключване на договори с физически и юридически лица;
- 46. търси възможности за осигуряване на допълнителни приходиизточници;
- 47. приема правилник за вътрешния ред, тарифи и други документи, касаещи дейността на КАМАРАТА;
- 48. взема решение за стартирането и прекратяването на всеки проект на КАМАРАТА;
- 49. взема решения за разкриване на помощни и стопански дейности;
- 50. съхранява документацията на КАМАРАТА;
- 51. констатира обстоятелствата по неплащане на членски внос от член на КАМАРАТА;
- 52. определя размера на допълнителния членски внос за всеки конкретен случай;

Чл.28.

(1) Управителният съвет се свиква на заседание от Председателя на КАМАРАТА най-малко четири пъти в календарна година с писмена покана. Председателят е длъжен да свика заседание на Управителния съвет при писмено искане на една трета от членовете му. Ако Председателят не свика заседание на Управителния съвет в едноседмичен срок, то може да се свика от всеки един от заинтересуваните членове на Управителния съвет.

(2) Поканата за заседанието задължително посочва датата, часа и мястото, където ще се проведе заседанието, както и предложение за дневен ред. Поканата се изпраща седем /7/ дни преди датата на заседанието. В изключителни случаи заседанието може да се свика от Председателя в срок от 24 часа, като уведомяването може да стане по телефон, факс, електронна поща или лично.

ПРОЕКТ ОУСТАВ

(3) Заседанията на Управителния съвет се ръководят от Председателя, а при отсъствието му заседанието се ръководи от определен от Управителния съвет негов член.

(4) Присъстващо е и лице, с което има двустранна телефонна или друга връзка, гарантираща установяването на самоличността му и позволяваща участието му в обсъждането и вземането на решения. Гласуването на този член се удостоверява в протокола от председателстващото заседание.

(5) Управителният съвет може да взема решение, ако на заседанието му присъстват повече от половината от редовните му членове. Решенията се вземат с мнозинство от присъстващите редовни членове, а решенията по чл. 27 ал.(4), т. 3, 5 и 6 и чл. 39, ал. 2 – с мнозинство 2/3 (две трети) от всички редовни членове. Присъстващите на заседанието резервни членове нямат право на глас, освен когато са привлечени да заместват редовни членове на съвета.

(6) По предложение на Председателя, Управителният съвет може да вземе решение и без да бъде провеждано заседание, ако протоколът за взетото решение бъде подписан без забележки и възражения за това от всички членове на Управителния съвет.

ХІІ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

Чл.29. Председателят на КАМАРАТА:

53. е физическо лице-представител на член на КАМАРАТА и се избира за срок от пет години;

54. е по право редовен член на Управителния съвет и негов председател;

55. представлява КАМАРАТА, както и определя обема на представителната власт на упълномощени от него лица;

56. изпълнява решенията на Управителния съвет;

57. разпорежда се с имуществото на КАМАРАТА при спазване изискванията на Устава и решенията на Управителния съвет;

58. определя щата на КАМАРАТА;

59. сключва и прекратява трудовите договори със служителите на КАМАРАТА;

60. сключва договори с физически и юридически лица;

61. отчита дейността си пред Управителния съвет.

62. Назначава и освобождава Изпълнителния директор

ХІІІ. Изпълнителен директор

Чл.30. Изпълнителният директор:

63. се назначава и освобождава от Председателя на КАМАРАТА. Той може да не е член на сдружението;

64. може да представлява Сдружение “Българска Дентална Камара” пред трети лица – държавни, общински, обществени и частни организации (вкл. банки) по конкретния проект и съгласно пълномощията, дадени му от Председателя;

65. ръководи текущата дейност на КАМАРАТА по съответния проект и носи отговорност за това пред Председателя;

66. изготвя, актуализира и предлага промени в проектите от името на КАМАРАТА пред трети лица;

67. разпорежда се с бюджета и банковите сметки на проекта от името на Сдружение “Българска Дентална Камара”, когато Председателят изрично го е упълномощил за това;

ПРОЕКТОУСТАВ

68. търси възможности за осигуряване на допълнителни приходиизточници по проекта;

69. отчита дейността си пред Председателя;

70. предлага на Председателя сключване и прекратяване на трудовите договори със служителите по проекта;

71. предлага на Управителния съвет, във връзка с проекта, сключване на договори с физически и юридически лица;

72. Води административната дейност на проекта;

73. Подготвя конкурси, заповеди, длъжностни характеристики;

74. Носи материална отговорност за предоставеното му от КАМАРАТА имущество и отговаря за изразходването на средствата по проекта;

75. По решение на Председателя, могат да му се възлагат и други функции.

Чл.31. Председателят, членовете на Управителния съвет и членовете на КАМАРАТА подкрепят Изпълнителния Директор в ежедневната му работа, помагат му да израства като организационен експерт без да се намесват в компетенциите му.

XIV. ИМУЩЕСТВО

Чл.32. Имуществото на КАМАРАТА се състои от правото на собственост и други вещни права върху движимо и недвижимо имущество, акции, ценни книжа, вземания, както и други права, регламентирани от закона.

Чл.33. Източници на средства на КАМАРАТА са допълнителната стопанска дейност, свързана с предмета на основна дейност на КАМАРАТА и предвидена в настоящия Устав, осъществявана при условията и по реда, определен по действащото законодателство, членски внос, дарения, завещания и помощи от физически и юридически лица, приходи от имуществото на КАМАРАТА, спонсорство и финансиране от източници в страната и от чужбина по проекти и програми за постигане поставените цели и задачи.

Чл.34. КАМАРАТА може да разходва имущество и осъществява дейности, доколкото са насочени към реализиране на целите, определени в този Устав.

Чл.35. КАМАРАТА извършва допълнителна стопанска дейност, съобразно предмета на основна дейност, пряко свързана с целите и задачите му съобразно Глава VII от този Устав.

Чл.36. КАМАРАТА не разпределя печалба.

Чл.37. КАМАРАТА може безвъзмездно да разходва имуществото си и да осъществява благотворителна дейност за постигане на целите си.

XV. ПРЕОБРАЗУВАНЕ. ПРЕКРАТЯВАНЕ. ЛИКВИДАЦИЯ

Чл.38. Сдружение "Българска Дентална Камара" може да бъде прекратено:

(1) по решение на Общото събрание.

(2) по решение на Окръжния съд, ако:

76. Дейността му противоречи на закона, Устава и добрите нрави;

77. Имуществото му не се използва според целите и предмета на дейността на КАМАРАТА.

Чл.39.

(1) При прекратяване на КАМАРАТА се извършва ликвидация.

(2) Ликвидацията се извършва от Управителния съвет или от определено от него лице.

ПРОЕКТОУСТАВ

(3) Ако ликвидатор не е определен по реда на ал. 2, както и в случая, предвиден от закона, той се определя от окръжния съд по седалището на КАМАРАТА.

(4) Относно неплатежоспособността, съответно несъстоятелността, редът за ликвидация и правомощията на ликвидатора се прилагат съответно разпоредбите на Търговския закон.

XVI. ДОКУМЕНТАЦИЯ И АРХИВ

Чл.40. Документите на КАМАРАТА са:

- 78. Документи за учредяване, регистрация, реорганизация и ликвидация;
- 79. Устав;
- 80. Входяща и изходяща кореспонденция;
- 81. Протоколна книга;
- 82. Материали (отчетни доклади, докладни записки и др.), разглеждани и приемани от Общите събрания и решенията на Управителния съвет, Председателя и Координаторите на проекти;
- 83. Заповедна книга;
- 84. Заповедна книга за командировките;
- 85. Книга на членовете;
- 86. Материали (доклади, сценарии и др.) от проведени тържества, чествания и културни прояви;
- 87. Кино-, фоно-, фото- и видео документи за дейността на КАМАРАТА и нейните проекти;
- 88. Статистически отчети за дейността на КАМАРАТА;
- 89. Бюджети, счетоводни регистри и отчети;
- 90. Инвентарна книга;
- 91. Щатни разписания;
- 92. Други неспоменати документи.

Чл.41. Документите по предходния член от Устава се съхраняват в архива на КАМАРАТА до изтичане на съответните срокове на запазване. Тяхната обработка, съхраняване и унищожаване се извършва съобразно изискванията на Закона.

XVII. СИМВОЛИ

Чл.42.

- (1). КАМАРАТА има свои емблема, печат, почетни знаци и отличия.
- (2). Управителният съвет прави предложение за отличителните знаци по предходната алинея пред Общото събрание, което ги утвърждава с решение.

XVIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.43. За неуредените в този Устав случаи, както и относно тълкуването и прилагането на неговите разпоредби, се прилагат разпоредбите на Закона за юридическите лица с нестопанска цел и другото законодателство в Република България. Разпоредбите на този Устав в случай, че противоречат на закона, се заместват по право от повелителните му правила.

Чл.44. Сдружение „Българска Дентална Камара ” е правопреемник на Сдружението на Българските Зъболекари.

Чл.45. Този Устав е приет на Учредителното общо събрание на членовете на Сдружение „Българска Дентална Камара ”, проведено на в град София

ПОСТУРОЛОГИЯ – НОВАТА ПАРАДИГМА В ИНТЕГРАТИВНАТА МЕДИЦИНА В СВЕТА СЪЩЕСТВУВА ОТ 50 ГОДИНИ , В БЪЛГАРИЯ Е НЕИЗВЕСТНА

Д-р Венцислав Стоев

Проблемите за запазване на равновесието, ориентацията, координацията на движенията във вертикалната стойка, походката и други действия в съществуващите условия на техническия прогрес заемат все по-значително място. Шофирането, работата с многобройни механизми, управлението на производствени и технологични процеси предявяват сериозни изисквания към фините координационни двигателни реакции. В тези условия различните видове патология на субклиническо равнище или изобщо недиагностицираните по известните методики могат да се проявят по най-трагичен начин. От друга страна много заболявания на опорно-двигателната система и лицево-челюстната област имат своята симптоматика, проявена в изменения на балансиращите реакции на тялото на пациента, в основната стойка, при седене или при ходене. Клинически, наличието на определени симптоми става очевидно само при груба патология. В същото време, специални методи позволяват откриването на такива изменения много по-рано. Чувствителността им е такава, че може да се направи диагностика на етап на заболяването или последствията му, когато пациента още няма оплаквания.

Новина за България е, че в медицината на развитите страни от над 50 години има нова специалност – *постурология*. Постурологията се занимава с диагностика, динамично наблюдение и изучаване на различните нарушения на функцията на равновесие и поддържане на баланса в основната стойка и преходните процеси. Постурологията, като специалност се е появила благодарение на разработката на стабилόμεтрическите платформи - устройства, които позволяват да се регистрира проекцията на общия център на масата на тялото на настоящия на платформата човек, неговото преместване във времето. Методът получил названието – *стабилόμεметрия* (до използването на компютърна) обработка на сигнала – стабилόμεграфия.

Възможността за изследване на функцията на баланса, равновесието, различните реакции от страна на системите за управление на равновесието позволила да се подходи от съвършено различни позици както към относително известни заболявания, така и да се открият нови особености на функциите на проприоцептивната, нервно-мускулната, зрителната, вестибуларната и някои други системи. Внедряването на технологията за изследване на двигателните реакции на стоящия човек може да се наподоби на такива известни в историята на медицината факти, като появяването на анализа на кръвта в хематологията, електрокардиограмата в кардиологията и др. William Sutherland е един от остеопатите, постуролози създатели на основните методи в науката.

Всъщност, стабилόμεметрията е образуваща специалност технология. С аналогични случаи е пълна цялата история на медицината, особено техногенната втора половина на XX век.

Формално постурологията е сформирована като самостоятелно направление през 1969 г., когато е създадено международното постурологично общество.

През 1983 г са публикувани стандартите на обществото за извършване на стабилно-метрично изследване, терминологията, начините за обработка и представяне на информацията [Karpeyn T.S., Bles W., Njiokiktjien Ch.J. et al.]. Две години по-късно се появили стандартите за техническите изисквания за стабилнометричната платформа [Bizzo G., Guillet M., Patat A. et al. 1985]. Въвеждането на стандартизация позволило да се достигне съществен прогрес не само в областта на научните изследвания, но особено в практическата клинична работа. Данните, получени в различните страни, станали съпоставими. Това дало възможност бързо да се натрупа крупна база данни по различна феноменология и симптоматика, характерни за патологията на системите и органите на човека. В сегашно време към международното постурологично общество се включват различни национални общества. Освен това се образуват няколко международни общества, като две от тях (Американското и Европейското) поддържат, напълно оправдано, изследвания близки по тематика и включват анализ на походката. Ежегодно се провеждат няколко международни постурологични конференции. Провеждат се обучаващи семинари, издават се списания, работят телеконференции, излизат монографии. Една от последните монографии [Gagey P.M., Weber B. 1995] стана важен системообразуващ фактор за развитие на тази специалност в развитите страни на Европа.

В контекста на развитието на функционалното лечебно мислене е напълно оправдано обединението на различни, от традиционна гледна точка, групи пациенти: неврологични, ортопедични, травматологични, стоматологични, офталмологични, болни с остри или хронични интоксикации (достатъчно е да си спомним за алкохола и пушенето) и още много болни с неясни диагнози в една *функционална група*. Това са пациенти с *двигателна патология*.

Елементи от биомеханиката на стойката

Много са системите, които участват в програмирането и запазването на правилната стойка на тялото като му позволяват да се адаптира към различни ситуации. Част от тези системи са: вестибуларният апарат, слуховата сетивна система, зрителната сетивна система и проприоцептивната соматична система (която провежда информация от множеството рецептори, разположени по кожата, мускулите, сухожилията, лигаментите и ставите).

За да се разбере напълно как работи механизмът за запазване стойката на тялото, е важно се раздели тялото на сегменти и да се разгледат четирите големи функционални единици, които са в динамично равновесие помежду си:

- Първата функционална единица включва долната челюст и черепа, които са свързани помежду си с ТМС (ТМС е става с шест степени на свобода). Шийните прешлени са тези, които свързват първата функционална единица с втората.
- Втората функционална единица е съставена от раменния пояс, който се поддържа от следните стави: акроми-онклавикуларна, стерноклавикуларна, скапулохумерална (последната също има шест степени на свобода). Посредством гръдните и лумбалните прешлени втората зона се свързва с третата.
- Третата функционална единица се формира от тазовия пояс и прилежащите стави: сакрококцигелна, сакроилиачна и илеофеморална. Илеофеморалната кост е тази, която

има шест степени на движение. Сегментът бедро-крак свързва тази функционална единица със следващата.

- Последната, четвърта функционална единица се формира от ходилото и глезена. Тук вземат участие следните стави: art. calcaneocuboidea, art. talocalcaneonavicularis и art. talocruralis. Ставата с шест степенни движения е art. talocalcaneonavicularis.

На практика във всяка функционална единица участва става, която има шест степени на движение като такава става може да се движи в трите равнини на пространството (сагитална, фронтална, трансверзална) в отговор на различни дразнения. Често смущенията в останалите функционални единици са провокирани от наличието на структурна или функционална промяна на нивото на отделните свързващи сегменти придружени от дисфункция и болка.

За доброто функциониране на цялото тяло е необходимо всяка функционална единица да изпълнява движенията, които са и отредени по физиологичен път и в хармония с останалите функционални единици.

„Стойката на главата“ може да бъде дефинирана като комплекс от невромускулни механизми, които водят до изпращане на нервни импулси към набраздената мускулатура, която е отговорна за поддържане на главата в стабилна и „централна“ позиция не само в пространството, но и спрямо останалите части на тялото. Поддържането на набраздената мускулатура в състояние на непрекъсната стимулация или „тонус“ улеснява мускулната контракция при извършването на движения или при промяна на състоянието почивка-движение. Според Боуен и Стоун „стойката на тялото“ може да бъде дефинирана като позиция, в която главата, вратът, гръдният кош и коремът са изправени във вертикална позиция един над друг, като тежестта при това разположение се поема основно от костните структури, а мускулите и връзките са в състояние на минимално дразнене. Освен това е важно да се запомни, че в целия механизъм за поддържане на правилна стойка на тялото участват и други важни системи:

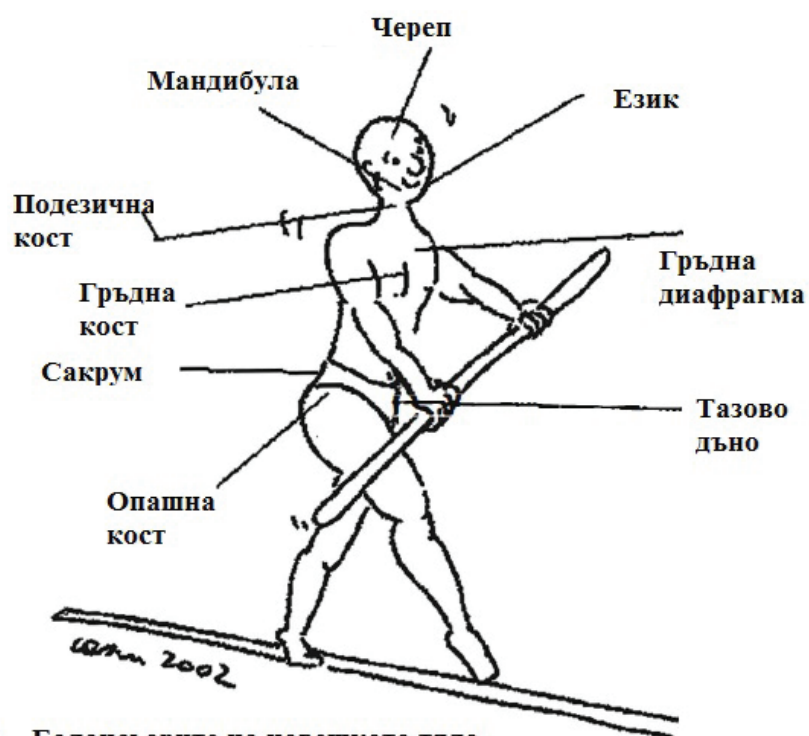
- **зрителна сетивна система:** главата трябва да поддържа правилна позиция спрямо хоризонталната равнина. Това е възможно благодарение на бинокулярното зрение;

- **слухова сетивна система:** действат същите механизми, както при зрителната сетивна система, но в по-малка степен;

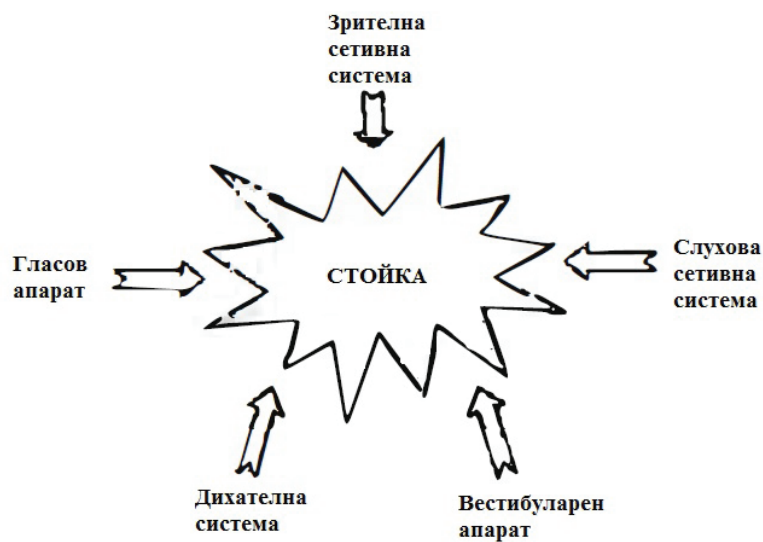
- **вестибуларен апарат:** очевидно има голямо значение за поддържане на позицията на главата спрямо тялото и на цялото тяло в пространството: ще отбележим само, че ако главата е в правилна позиция, латералният лабиринт се намира в хоризонталната равнина;

- **дихателна система:** взаимоотношението и с вариациите в стойката може да се разбере добре, когато се анализират заболяванията на дихателните органи;

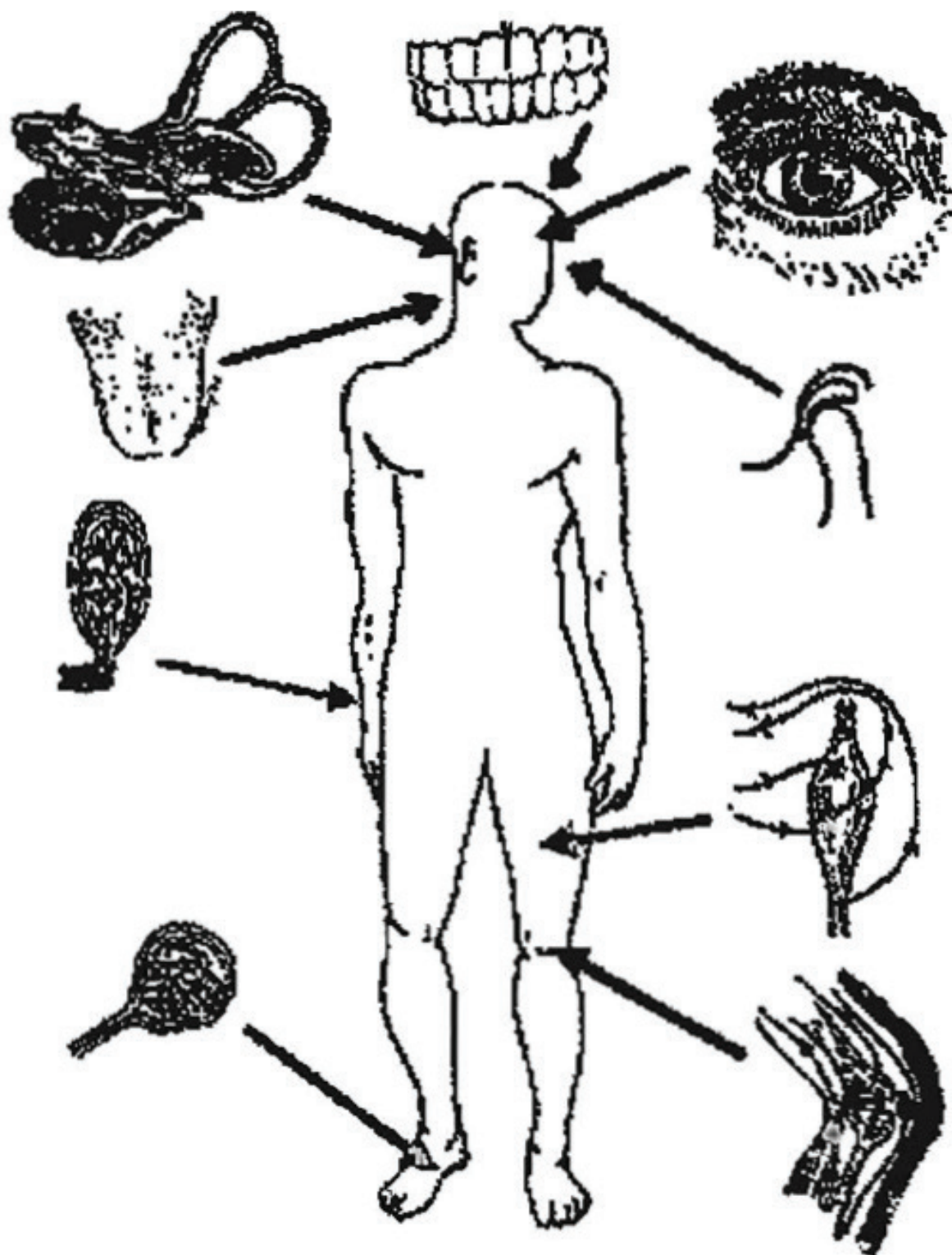
- **гласов апарат:** всяка структурна или функционална промяна в компонентите на стоматогнатната система се отразява върху способността за произвеждането на звуци. Често нарушенията в артикулацията (дислалия) се свързват с патология на ТМС или с промяна в правилната стойка на тялото.



Снимка I.27 - Балансърите на човешкото тяло



Снимка I.25 - Връзка между сетивните системи и стойката



Снимка I.26 - Сетивни системи, които влияят на стойката

Организмът разполага и с други, по-малки, подвижни функционални единици (балансири), които също помагат за адаптацията при промяната на стойката. Някои от тези функционални единици са: костите на горната челюст, езикът, долната челюст, art. atlo-ocipitale и прилежащите към тях мускулни групи, подезичната кост с надлежащите и подлежащите мускули, ключиците, гръдната кост, мечовидните израстъци, пубисът, тазовото дъно, сакрумът и опашната кост.

Мандибулата може да се разглежда като балансираща, както за цялото тяло, така и за черепа. Можем да я сравним с опорната греда, която носи акробат, ходещ по въже: в момента, в който тя се отдалечи или приближи към тялото, или пък бъде наклонена на една или друга страна, в цялото тяло настъпват компенсирани промени като този начин се установява динамично равновесие (цитат от Батиста Лауренциело D.O.M. ROI). Долната челюст заема много важна позиция по отношение на всички останали системи, имайки предвид, че почти всички по-важни животоподдържащи и регулиращи системи са в черепа.

Учейки се да „разчитаме“ позицията на мандибулата и езика спрямо целия комплекс череп-гръбначен стълб-долна челюст за всеки отделен индивид, може да хвърли нова светлина върху компенсиращите механизми за промяна на стойката приложени, за да се реагира на силата на притеглянето.

1. Bizzo G., Guillet M., Patat A. et al. Specifications for building a vertical force platform designed for clinical stabilometry // Med. & Biol. Eng. & Comput., 1985.- N23.- p.474-476.

2. Gagey P.M., Weber B. *Posturologie*. Regulation et dereglements de la station debout. Paris: Masson, 1995.- 145p.

3. Kapteyn T.S., Bles W., Njiokiktjien Ch.J. et al. Standardization in platform stabilometry being a part of posturography // *Agressologie*, 1983.- N24, Vol.7.- p.321-326.

Уважаеми Колеги,

Благодарим за възможността да публикуваме наши проучвания и клинични случаи във Вашето списание.

Ние сме екип от дентални лекари, занимаващи се с проблеми, свързани с проявата на редица системни и общи болести в устната кухина. Тази част от денталната медицина, която решава тези клинични предизвикателства, е специалността Орална медицина. Тя се развива на границата на медицинската и дентално-медицинската наука и практика. Тази, вече не толкова нова специалност, се появи, за да открие и развие редици нерешени проблеми от тази граница. Въпреки, че в нашата страна още не е достигнала онова признание, което има в други страни, тя се развива и напредва стъпка по стъпка. Има изключителна необходимост от подобно признание на специалността в България и това би било единствено и само в интерес на страдащите пациенти.

Системните болести на човешкият организъм, през последните години, също натрупаха фундамент от огромно познание. Само до преди две десетилетия много от тези болести представляваха огромен проблем за медици и пациенти. Въпреки, че все още те не са намерили окончателно решение, редица от откритията, приложени при лечението на болни със системни болести, доведоха до облекчаване на страданията им и до удължаване на живота на болния.

Ще се радваме на възможността да публикуваме части от наши разработки, за да ви представи тези проблеми, промените в устната кухина и терапевтичните одходи към тези пациенти.

С уважение екипът на MedInform ([www. Medinform.bg](http://www.Medinform.bg))

Проф. Д-р Вл. Панов, ФДМ-МУ-Варна

Проф. Д-р А. Киселова, ФДМ-МУ-София

Доц. Д-р А. Кръстева, , ФДМ-МУ-София

**ЕРИТРОПОЕТИЧЕН ДЕНТАЛЕН ПАНЕЛ ПРИ ПАЦИЕНТИ ОТ РУТИННАТА
ДЕНТАЛНА ПРАКТИКА. ДЕМОГРАФСКА ХАРАКТЕРИСТИКА.
ЛАТЕНТЕН ДЕФИЦИТ**

Ася З. Кръстева

Резюме:

Анемичните състояния се проявяват освен с общи промени, така и с характерни изяви в устната кухина. Находките в устната кухина се появяват при напреднали дефицити на желязо, B_{12} и B_9 . При част от пациентите, въпреки не толкова манифестни находки са подозирани хематологични дефицити.

Предложихме констелация от еритропоетични параметри, характерни за анемични състояния (определяне на серумно желязо, B_{12} и B_9 и витамин D) с цел популационно охарактеризирне при пациенти от рутинната дентална практика.

При 21% от лицата от женски пол установихме латентен желязен дефицит (нива до 10 $\mu\text{mol/l}$). Над горната референтна граница за желязо в серума са около 7 % от пациентите. Витамин B_{12} бе с ниски нива при 11,4% от пациентите, 2 % бяха с дефицит на B_9 . При 5–10% от денталните пациенти бяха измерени много високи нива за B_{12} . При 8–15% имаха много висока фолиева киселина, което изискваше допълнително изясняване на причината от хематолог.

Еритропоетичният дентален панел с голяма вероятност разкрива хранителните дефицити, дори и на етап преди изявата на анемия. Особено внимание заслужават пациентите с латентен дефицит.

Ключови думи: B_{12} , фолиева киселина, витамин D, дентални пациенти

**ERYTHROPOIETIC DENTAL PANEL FOR ROUTINE DENTAL PRACTICE.
DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS. LATENT DEFICIENCY**

Assya Z. Krasteva

Abstract

Anemic conditions occur with systemic features, as well as specific signs in the oral cavity. The findings in the oral cavity occur in advanced deficiencies of iron, B_{12} and folic acid. In some patients, there aren't so manifested findings but hematologic deficiency are suspected.

We proposed a constellation of erythropoietic parameters characteristic of anemic conditions (determination of serum iron, B_{12} , folic acid and vitamin D) with aim a population characterization patients from routine dental practice.

In 21% of female individuals we found latent iron deficiency (levels less then 10 $\mu\text{mol / l}$). Increased iron in serum were detect in about 7% of patients. Vitamin B_{12} was low in 11.4% of patients, 2% were with folic acid deficiency. In 5–10% of dental patients were measured very high levels of B_{12} . 8–15% had very high folic acid levels, which required a consultation with haematologist.

Erythropoietic dental panel likely reveal nutritional deficiencies, even at the stage before the appearance of anemia. Particular attention deserve patients with latent deficit.

Keywords: vitamin B_{12} , folic acid, vitamin D, dental patients

УВОД

Една от основните задачи на на практикуващите медици е насочване към липсата или ограничението на т.нар. хранителни дефицити за хемопоезата: витамини, особено групата В и желязо. Наскоро бе установено е, че и витамин D е свързан с анемия при различни болни, в различна степен при различните раси и особено при анемия свързана с възпаление, тъй като той поддържа еритропоезата [13], като взаимодейства с ренин и еритропоетин [12]. В такива случаи клинична картината е разгърната и многолика. До това състояние обаче се достига бавно, през един различно дълъг период от време – докато се изчерпат резервите в организма на съответното вещество.

През този период на обедняване започват промените на микроскопско ниво, поради промените в метаболизма. Дефицит на витамин B_{12} може да възникне за една година, ако първоначалните резерви са ниски или е възможно да не бъде проявен в продължение на десетилетия [16].

Фолиевата киселина, която също е витамин от групата В се съхранява в тялото в незначителни количества, но те могат да предпазят от дефицит само няколко месеца [1]. Резервното желязо се съдържа в комплекси феритин и може да бъде бързо изчерпано при ограничен дневен прием [3].

Появиха се различни термини недоимък – за витамин D, латентен дефицит за желязо-ниско нормални нива за витамините B_{12} и фолиевата киселина.

Трудно е определянето на латентните недоимъци. Това е по-лесно за желязната обмяна с определяне на трансферин и феритин, но първата среща с болния се ограничава да просто определяне на серумното желязо. За определяне на ниските нормални нива на фолиева киселина е използвано венозно натоварване до постигане на определени нива [9].

ЦЕЛ

Цел на настоящата работа е охарактеризиране (честота и демографски анализ) на еритропоетичните фактори, свързани с анемични състояния при дентални пациенти от рутинната практика.

ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Изследвахме 183 лица (134 жени и 49 мъже) последователно посетили диагностичния кабинет към Катедра „Образна и Орална диагностика“, към Факултет по Дентална Медицина, Медицински Университет – София за периода 2013-2016 година за нива на фолиева киселина и витамин B_{12} , серумното желязо (определено при 125 лица – 91 жени и 34 мъже) и витамин D (изследван при 16 пациенти – 4 мъже и 12 жени) .

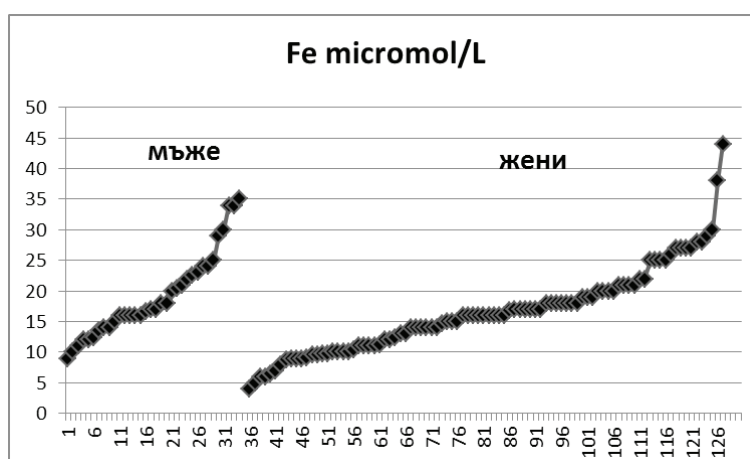
Средната възраст на мъжете изследвани за витамините B_{12} и B_9 бе 48.7 ± 14.6 г., а на жените 52 ± 13.9 г. (с медиана 47 г. и 54 г. съответно). При лицата изследвани за нивота на витамин D, средната възраст е 52 ± 13.6 г., с медиана също 52 г.

Използвайки кривите от индивидуалните стойности формирахме клъстери за разполагане на конкретните стойности при отделните пациенти [Кръстева, 2016].

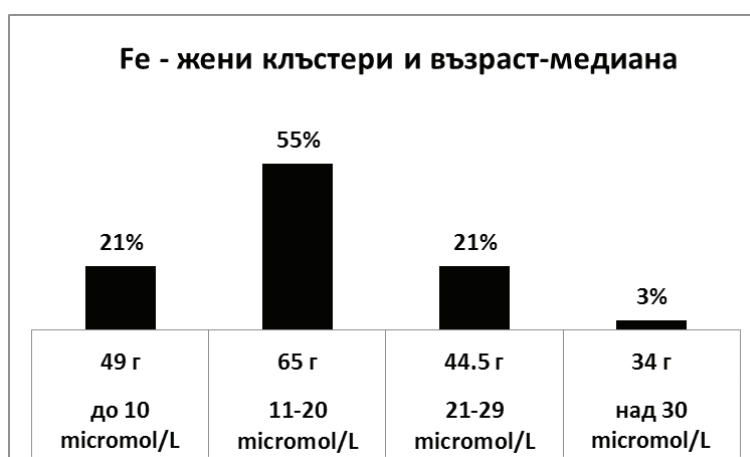
Изследването извършихме в лаборатория Синево със стандартните тестове.

Резултати и обсъждане Желязо

Кривите на нивата на серумното желязо при двата пола не показаха пълна успоредност (фиг. 1), което наложи последващите анализи да извършим за всеки пол отделно (фиг.2, фиг. 3).

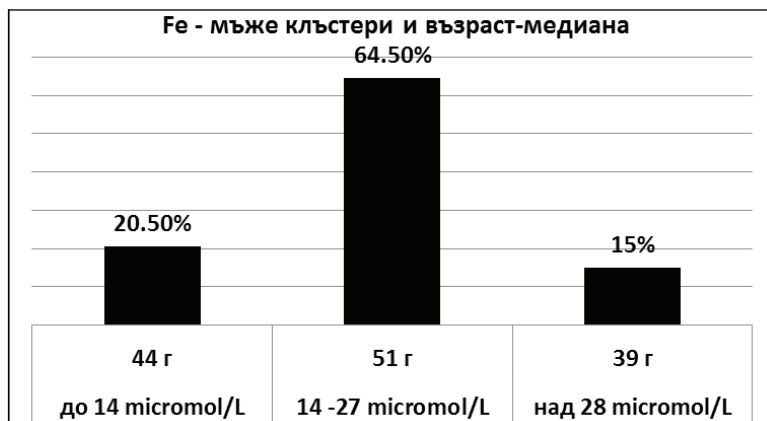


Фиг. 1 Криви на нивата на серумното желязо при мъже и жени с оплаквания от устната кухина



Фиг. 2 Нива на серумно желязо при жени: клъстери, медиана на възрастта и дял от извадката

Фиг.3 Нива на серумно желязо при мъже: клъстери, медиана на възрастта и дял от извадката



Видно от резултатите от клъстерния анализ има разлика в серумните нива на желязото между двата пола. При мъжете се оформят три, а при жените 4 клъстера. От изложените резултати е видно, че около 1/5 от жените и мъжете имат относително ниски нива на серумното желязо. В този клъстер освен явните дефицити се намират и лицата с латентни такива. Границите на първия клъстер са с 40% по високи при мъжете, което е логично, поради липса на физиологична кръвозагуба.

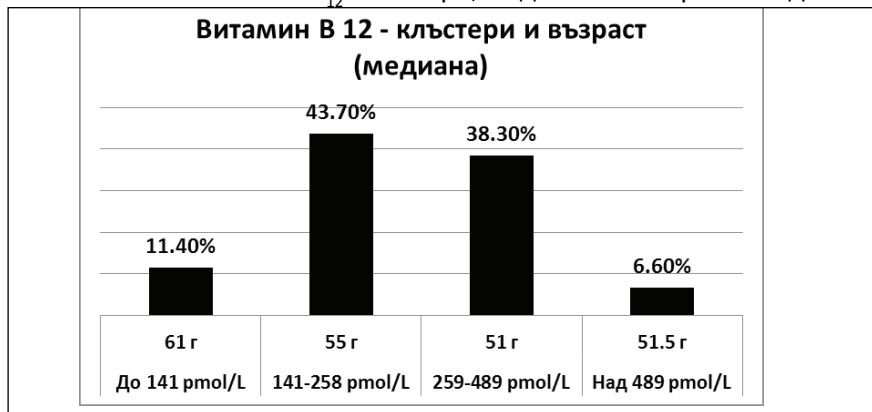
Половината от изследваните жени имат серумни нива на желязо между 11 и 20 micromol/L. Жените със стойности на желязото под 10 micromol/L не са най-младите жени. Те действително са по-млади от жените от втората група, където също може да има случаи с латентен желязен дефицит.

При мъжете разпределението на серумното желязо симулира кривата на Гаус Лаплас. Сходен е делът на ниските и високите нива. Логично е, че много високи стойности се срещат 5 пъти по-често у мъжете, спрямо лицата от противоположния пол. Стойности на серумното желязо в трети клъстер също са патологични, срещат се при по-млади лица и налагат консултации с други специалисти.

Витамин В₁₂

Жените, които са по-възрастни от мъжете с около 3 години (при медиани 54 г. жени и 47г. мъже) имат средно с 11% по ниско средно ниво на витамин В₁₂ (мъже 294±145 pmol/L и жени 264 ±117.5 pmol/L), въпреки еднаквата медианна стойност (мъже 252 pmol/L и жени 251 pmol/L) на нивата на витамин В₁₂.

Фиг.4 Нива на витамин В₁₂: клъстери, медиана на възрастта и дял от извадката

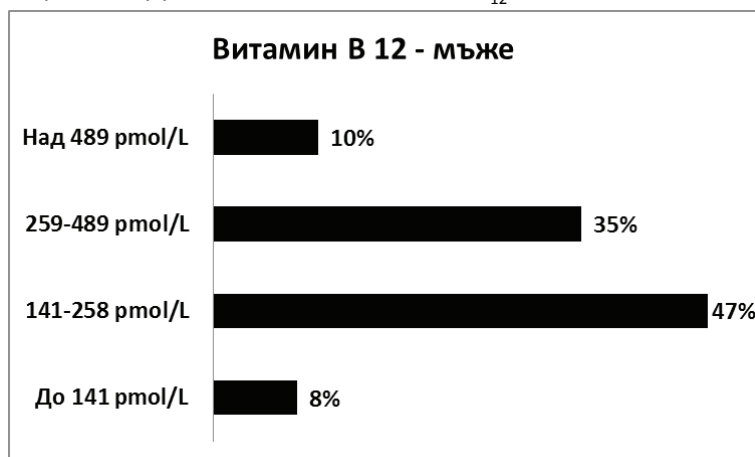


Най-възрастни са пациентите от клъстер 1 (по-възрастни с около 5 години), което най-вероятно е свързано с изчерпване на депата на витамин В₁₂. Той напълно съответства на долната референтна граница за серумно ниво на витамин В₁₂. Клъстер 2 съдържа най-големия дял от болните, които са на около 55 години и вероятно тук са латентните дефицити. При 6% от изследваните установихме много високи серумни нива на витамин В₁₂, които изискват повишено внимание.

Фиг. 5 Клъстери на серумното ниво на витамин В₁₂ – жени



Фиг. 6 Клъстери на серумното ниво на витамин В₁₂ – мъже



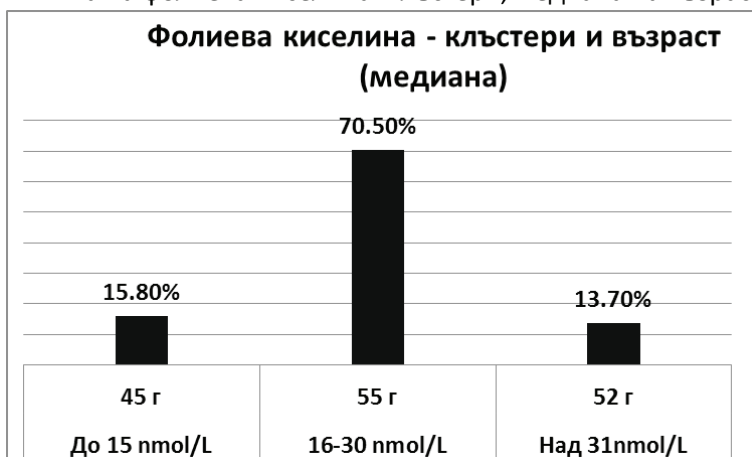
Внимателният графичен анализ позволи при лицата от женски по оформяне на четири клъстера, еднакви за двата пола – клъстер 1-нива под референтните, клъстер 2 – ниски нормални нива (известни в литературата като low normal levels) или латентен дефицит, клъстер 3 – нормални нива и клъстер 4 – високи нива със следните граници

(до 140.1 pmol/L – 1^{ви} кръстер, до 259 pmol/L – 2^{ри} клъстер, до 399 pmol/L -3^{ти} клъстер и над 400 pmol/L -4^{ти} клъстер). Истински дефицит имат 13% от жените, срещу 8 % за мъжете. С латентен дефицит се очертава много голяма група болни, над 40% и то на около 55 години. При мъжете два пъти по-често са високите стойности (отговарящи на 4^{ти} клъстер).

Фолиева киселина

Не наблюдавахме разлика в средните серумни нива на фолиева киселина, съоразно половата принадлежност, въпреки че това са същите лица, които са изследвани за витамин В₁₂. Средното ниво на фолиевата киселина бе за мъже 21±5.8 nmol/L и при жени 23±11.2 nmol/L. Стойностите на фолиевата киселина, съобпазно дермографският анализ представля-ме на фиг 7, 8 и 9.

Фиг. 7 Нива на фолиева киселина: клъстери, медиана на възрастта и дял от извадката



Фиг. 8 Клъстери на серумното ниво на фолиева киселина – мъже



Фиг. 9 Клъстери на серумното ниво на фолиева киселина – жени



Единични болни са с документиран фолатен дефицит. Ако обаче разгледаме латентния дефицит или т.нар ниски нормални стойности делът на пациентите с риск от фолатен дефицит е 12–17%, като при лицата от женски пол той е по-голям. Жените имат по-често и повишени нива на фолиева киселина – клъстер 3^{ти} – 15% срещу 8% за мъжете. Прави впечатление че лицата с латентен дефицит са около 10 години по-млади за разлика от витамин В₁₂, където е обратното. Причината трябва да се търси в начина на хранене.

Витамин D

Определихме средна стойност за витамин D за цялата група 24±18.8 ng/mL, при ранг за референтни нива 10–100 ng/mL и подгрупи (създадени според клъстерния анализ) : липса < 10 ng/mL (изразен дефицит), недостатъчност 10–30 ng/mL и достатъчност 30–100 ng/mL. Дефицит не наблюдавахме при нито един болен. С недостатъчност, т.е. клъстер 2^{ри} бяха 12 болни (75%) и останалите 25% от изследваните имаха нормални серумни нива.

Еритропоетичен дантелен панел

Обобщените резултати от изследване количеството на хранителните еритропоетични фактори са представени на табл. 1 и 2.

Табл.1 Честота на дефицитите на желязо и витамин В₁₂ и В₉ (представени в процентно съотношение)

	Дефицит за цялата група	мъже	жени
Желязо	3.97%	0%	7.2%
Витамин В ₁₂	11.4%	8 %	13 %
Фолиева киселина	1.6%	0%	2.2%

Табл.2 Честота на латентните дефицити на желязо и витамин В₁₂ и В₉ (представени в процентно съотношение)

	латентен дефицит за цялата група	мъже	жени
Желязо	21.5%	20.5%	22%
Витамин В ₁₂	43.7%	46.9%	42.5%
Фолиева киселина	16%	12 %	17%
Витамин D	75%		

Обсъждане

Анемията се развива, когато недостигът на желязо е достатъчен за намаляване на еритропоезата и това е причината нивото на хемоглобина (Hb) да спада.

Само 4% от нашите пациенти са с видим железен дефицит. Въпреки това, проблемите, свързани с изчерпване на желязо могат да се развият преди този етап. 80% от него се съдържа предимно в съчетание с хемоглобина в червените кръвни телца. Освен транспорта на кислород, желязото подпомага и други функции [8]. Този недостиг на желязо понякога е наричан „скрит дефицит на желязо“ или „обеднели железните депа“ или латентен железен дефицит. Необходимо е да се замени желязото в обеднелите системни тъкани като мускулите, лигавиците, където е то е основен компонент на цитохроми и други ензими, критични

за оптималния аеробен метаболизъм [7,10]. Латентният желязен дефицит е медицинско състояние, в което има данни за недостиг на желязо без анемия (нормално ниво на хемоглобина).

Латентният желязен дефицит се установява в етап 1 и 2, преди да настъпи анемия в етап 3. Тези първи два етапа могат да се тълкуват като изчерпване на запасите от желязо и намаляване на ефективния му транспорт.

Етап 1 се характеризира със загуба на костно-мозъчни желязните депа, докато нивата на хемоглобина и серумното желязо остават нормални. Серумният феритин спада до по-малко от 20 ng/mL. Повишеното усвояване на желязо като компенсаторна промяна, води до повишено количество трансферин и произтичащата от това повишен ЖСК.

Етап 2 – Еритропоезата е нарушена. Независимо от повишено ниво на трансферина, нивото на серумния желязо намалява заедно с насищането на трансферин. Еритропоезата се влошава, когато нивото на серумното желязо пада до по-малко от 8.95 micromol/L и насищането на трансферин е по-малко от 16%.

В етап 3, има анемия (намалено ниво на хемоглобина), но външния вид на еритроцитите остава нормален.

Промени във вида на червените кръвни клетки са отличителен белег на етап 4; първо се появява микроцитоза и след това хипохромия [5].

Основната част от изследваните жени -55% имат стойности между 11 и 20 micromol/L, а 65% от мъжете между 14-и 27 micromol/L. При съпоставени с млади жени (18–35 години) с латентен желязен дефицит (серумен феритин ≤ 20 g / L и хемоглобин > 120 г / л) и и такива без дефицит по отношение на когнитивната функция е доказан ефект от профилактичното приложение на желязо [6]. Приложението на желязо подобрява общото здраве и умората на етап преди появата на анемия [11, 14, 15].

Измерването на желязния резерв разкрива как много спортисти (особено жени), занимаващи се с високо интензивна тренировка могат да се изложат на риска от желязен дефицит [8].

Определянето на серумното желязо не определя точно желязния дефицит и затова се препоръчва измерването на трансферин и феритин. Това обаче са следващи етапи и не може да бъде задача на базисния панел при дентални пациенти. Не е ясно при какви стойности на серумното желязо мъжете имат симптоматика от устната кухина или тя е привилегия на жените. В рутинната дентална практика се установява, че 3 % от жените и около 15 % от мъжете имат много високо серумно желязо, което както дефицитите също налага изясняване на причината.

Латентен дефицит е съобщаван и за витамин B_{12} под названието „нормално ниски“ нива на витамин B_{12} . Точно в същите граници (200 to 350 pg /mL или 147.56 to 258.23 pmol/L) е установеният от нас клъстер 2 за нивото на витамин B_{12} . При безсимптомни пациенти с т.нар. „нормално ниски“ нива на витамин B_{12} се обсъжда допълващо лечение с витамин B_{12} [4]. Латентен дефицит макар и рядко се обсъжда и за фолатите у човека. Тежък недостиг на фолиева киселина се наблюдава рядко. Субклиничен дефицит на фолиева киселина (ниски нормални нива) е по-чест при възрастни хора.

Използван е тест за клирънс за фолиева киселина за определяне на дефицит преди появите на анемия [9]. Най-честият витаминен латентен дефицит в момента е този на витамин D.

Над горната референтна граница за желязо в серума са около 7 % от пациентите. Естествено много високи стойности се срещат 5 пъти по-често у мъжете което, както и дефицита определя необходимостта от изясняване. 5-10% от хората имат много висок витамин В₁₂ – трябва да се изключи карцином или профилактичен злоупотреба. 8–15% имат много висока фолиева киселина, което изглежда също е нежелателен факт.

Най-честият витаминен латентен дефицит в момента е на витамин D. Този дефицит е световна епидемия, която засяга милиарди индивиди, включително бременни и деца. Съвсем скоро е съобщено, че независимо от регулацията на калциевата обмяна витамин D модулира хемопоеичните стволови и прогениторни клетки [2]. Витамин D взаимодейства с желязната обмяна особено при хипоксия [3].

Изводи. Еритропоеичният дентален панел с голяма вероятност разкрива хранителните дефицити, дори и на етап преди изявата на анемия. Особено внимание заслужават пациентите с латентен дефицит. Желателно е към утвърдените параметри –желязо, витамини В да се добави витамин D.

Литература:

1. Кръстева А. Анемии и хранителни дефицити в денталната практика. Варненски медицински форум, т. 5, 2016, брой 2, 219–225 под печат
2. Cortes M, Chen MJ, Stachura DL et al. Developmental Vitamin D Availability Impacts Hematopoietic Stem Cell Production. Cell Rep. 2016 Oct 4;17(2):458-468. doi: 10.1016/j.celrep.2016.09.012.
3. Kasprzak Z, Śliwicka E, Hennig K et al. Vitamin D, Iron Metabolism, and Diet in Alpinists During a 2-Week High-Altitude Climb. High Alt Med Biol. 2015 Sep; 16(3): 230-5. doi: 10.1089/ham.2015.0008. Epub 2015 Jun 30.
4. Langan, RC, Zawistoski, KJ. Update on Vitamin B12 Deficiency. Am Fam Physician., Jun 15, 2011; 83 (12): 1425–1430. <http://www.aafp.org/afp/2011/0615/p1425.html>
5. Latent iron deficiency. – In: https://en.wikipedia.org/wiki/Latent_iron_deficiency
6. Leonard AJ, Chalmers KA, Collins CE, et al. A study of the effects of latent iron deficiency on measures of cognition: a pilot randomised controlled trial of iron supplementation in young women. Nutrients, Jun 23, 2014; 6 (6): 2419–2435. doi: 10.3390/nu6062419 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24959952>
7. Liang R, Ghaffari S. Advances in understanding the mechanisms of erythropoiesis in homeostasis and disease. Br J Haematol. 2016 Sep;174(5):661-73. doi: 10.1111/bjh.14194. Epub 2016 Jul 21.
8. McArdle WD, Katch FI, Katch VL. et al. Exercise Physiology: Energy, Nutrition and Human Performance: Lea&Febiger; Philadelphia, P.A.,1986, 45.
9. Metz J, Stevens K, Krawitz S, et al. The plasma clearance of injected doses of folic acid as an index of folic acid deficiency. J Clin Pathol, 1961; 14: 622–625. doi:10.1136/jcp.14.6.622. <http://jcp.bmj.com/content/14/6/622>

10. patient.info/doctor/non-anaemic-iron-deficiency
11. Patterson AJ, Brown WJ, Roberts DC. Dietary and supplement treatment of iron deficiency results in improvements in general health and fatigue in Australian women of childbearing age. J Am Coll Nutr. 2001 Aug;20(4):337-42.
12. Santoro D, Caccamo D, Lucisano S et al. Interplay of vitamin D, erythropoiesis, and the renin-angiotensin system. Biomed Res Int. 2015;2015:145828. doi: 10.1155/2015/145828. Epub 2015 Apr 27.
13. Smith EM, Tangpricha V. Vitamin D and anemia: insights into an emerging association. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2015 Dec;22(6):432-8. doi: 10.1097/MED.000000000000199.
14. Vaucher P, Druais PL, Waldvogel S et al. Effect of iron supplementation on fatigue in nonanemic menstruating women with low ferritin: a randomized controlled trial. CMAJ. 2012 Jul 9. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22777991.
15. Verdon F, Burnand B, Stubi CL, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. BMJ. 2003 May 24;326(7399):1124
16. Vitamin B12 Deficiency: Causes, Symptoms, and Treatment. – WebMD, Jul 23, 2015. <http://www.webmd.com/food-recipes/guide/vitamin-b12-deficiency-symptoms-causes#1>

Адрес за кореспонденция

доц. д-р Ася Кръстева, Катедра „Образна и орална диагностика“, Факултет по Дентална медицина, Медицински Университет – София, гр. София, бул. Св. Георги Софийски № 1, e-mail: asykrasteva@abv.bg

Как да защитите парите си през 2019 г.?

Дори и да не гледате телевизия, сигурно чрез интернет или от приятели чувате за търговските войни на Доналд Тръмп, за Брекзит... Сигурно сте се натъкнали и на поредната прокоба за криза от множеството телевизионни експерти. В такива моменти човек започва да се страхува за опазването на парите си. И инстинктивно бяга от риска. А знаете ли как-



Николай Павлов, директор
„Връзки с инвеститорите“,
pavlov@elana.net,
Мобилен тел. 0889 022 537

во правят хората, които разбират как се движат парите? Ами те винаги избират инвестициите – защото това е единственият начин да се спасят спестяванията от обезценяване чрез растящата инфлация. Единственият начин, по който стойността на заделена сума да се увеличи след години. Само трябва да се оставят парите на времето. Неслучайно това е практиката на средния европейец – по данни на Евростат, 25% от спестяванията на домакинствата в ЕС се влагат във фондове и това е традиция.

Какво ще става с лихвите

Друг въпрос, който чувам често от хората, които консултирам, е: Защо са ниски лихвите по депозитите и кога ще се вдигнат? За да започнат банките в България да вдигат лихви, този процес първо трябва да започне от Европейската централна банка и няма да се пренесе автоматично, а постепенно. Само че както в САЩ, така и в Европа централните банки забравиха да говорят за повишения, които бяха започнали да споменават за 2020. Обратно, поради опасения от забавяне на икономиките, банките дават назад. Нормално, навлизаме в друг етап на икономическия цикъл. Тази обстановка ни говори, че в близките години нивото на депозитите ще остане същото. Инфлацията, обаче, се движи активно: за 2018 г. показва диапазон от 2-7% - 3.5%. Макар че като при прогнозите за времето, нивото на оскъпяване, което чувстваме в ежедневието, е много по-високо. Разбира се, много българи традиционно се обърнаха към имотите, което доведе пазара до прегряване на пазара. На този етап на икономическия цикъл недвижимите имоти вече се превръщат в капан и стагнацията е на хоризонта.

Как постъпват професионалните инвеститори

Големите инвеститори не се плашат от различните цикли на икономиката. Неслучайно легендарният Уорън Бъфет е пословичен със съветите си да се инвестира в период на спад и задължително дългосрочно. Така при последната финансова криза той спечели 10 милиарда долара. Естествено, при очаквания за спадове, инвеститорите започнаха да преместват

пари в консервативни инвестиции, като ще вложат частично средства в най-рисковите активи, когато настанат негативните движения. През декември 2018 г. в САЩ около 46 млрд. долара се преместиха от акции в консервативни фондове (данни на Lipper, CNBC).

Как да избира вариант за мен

Как да се ориентирам в материя, която не разбирам – това е въпросът, нали? Изобщо не е нужно да ставате финансисти, за да защитите парите си. Затова сме ние – консултантите. Ще разберем какво искате да постигнете и ще предложим най-добрия вариант на този етап, за да се постигне целта. Консултантите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт са на разположение за индивидуални срещи и персонални финансови консултации.

Какво донесоха на инвеститорите си фондовете на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт през 2019 г.



Сиана Даскалова,
консултант
daskalova@elana.net,
Мобилен тел.
0887 855 031

Само за първите два месеца от 2019 г. фондовете на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт донесоха вече резултати за вложенията на техните инвеститори.

Консервативният фонд ЕЛАНА Еврофонд натрупа доходност от 1.29% от началото на годината до 28 февруари 2019 г. Фондът инвестира основно в облигации и депозити, като само до 10% от активите му са в акции.

Балансираните фондове – ЕЛАНА Балансиран EUR Фонд и ЕЛАНА Балансиран USD Фонд – добавиха за първите два месеца от годината 2% до 3.75%. Балансираните фондове инвестират 50% от активите си в облигации и депозити, а другите 50% - в акции в България и на глобалните пазари. Двата фонда, инвестиращи изцяло в акции – ЕЛАНА Високодоходен Фонд и ЕЛАНА Глобален Фонд Акции – показаха резултати в края на февруари между 4% и 5%. Единият фонд е насочен повече към акции в България, а другият е изцяло с глобален профил, като се фокусира върху

бизнесите на бъдещето от цял свят.

Пример с дългосрочно вложение в консервативен ЕЛАНА Еврофонд

Вложение за 5 години (2014 – 2019) = обща доходност 12.5%

Средно всяка година = 2.5%

Средна лихва за депозит в същия период = 1.79%

Данни: БНБ, БАУД

Disclaimer: Стойността на финансовите инструменти и доходът от тях може да се понижат. Не се гарантират печалби и съществува риск за инвеститорите да не си възстановят пълния размер на вложените средства. Представените резултати не са еталон или индикация за бъдещи резултати. Инвестициите във взаимни фондове, както и инвестициите на самия фонд, не са гарантирани от гаранционен фонд или с друг вид гаранция. Всеки работен ден между 9:00 и 17:30 ч. инвеститорите могат да получат на български език документите на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на www.elana.net.

ДЖУЛАЙ МОРНИНГ – ПРАЗНИК НА СВОБОДНИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ



Сдружение на българските зъболекари
JULY MORNING – 2019

Уважаеми колеги, партньори и приятели,

Управителният съвет на СБЗ ви кани да отпразнуваме традиционния за нас празник July Morning'2019 в

курортен комплекс „Албена“

Събитието започва с официална вечеря на 29.06., събота, в 20 ч. в ресторант „Номад“. Цената на куверта е 60 лв. Моля, заявете бройката куверти на офис мениджъра на СБЗ - г-жа Дочка Димитрова, на тел. 0887483891. Заплащането на кувертите ще се извършва на място. Офертата на Албена Тур за предоставените ни хотели ще намерите приложена към това съобщение.

Ще можете да резервирате на тел. 0885853085, г-жа Теменужка Иванова, след което молим да ни уведомите за това на мейла на СБЗ.

ДЖУЛАЙ МОРНИНГ – ПРАЗНИК НА СВОБОДНИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ

Сметка: Societe Generale ЕКСПРЕСБАНК/SG Expressbank

IBAN: BG96 TTBB 9400 1506 0487 88 – BGN

BG69 TTBB 9400 1506 0487 89 - EURO

SWIFT CODE: TTBBBG22

Име на получателя: “Албена Тур” ЕАД / Albena Tour Plc.

Адрес: к.к. Албена 9620, КИЦ, стая 203

МОЛ: Красимира Стоянова

Булстат: 124507696, ДДС номер: BG124507696

Получател: Теменужка Иванова

Най-учтиво напомняме на тези от вас, които желаят да останат членове на СБЗ, но не са платили членски внос за 2019 г., че могат да го направят на място по време на конференцията на сдружението, която ще се състои на 30 юни от 10 ч. Програмата се уточнява, допълнително ще ви я предоставим.

Ще се радваме на удоволствието да сме заедно и да се забавляваме!
Поздрави и доскоро!

С уважение: Управителен съвет на СБЗ

СБЗ, адрес: 1000 София, ул. „Калоян“ 6, хотел „Рила“ офис 216, тел. 0887 483891
E-mail: abdentist@abv.bg



До: Съюз на Българските Зъболекари
E-mail: abdentist@abv.bg
Дата: 11.02.2019 г.

***Относно: Оферта за провеждане на традиционният празник на Сдружението на
българските зъболекари „July Morning” в комплекс Албена,
В периода 28.06 – 30.06.2019 г.***

Уважаеми Дами и Господа,

Предлагаме на Вашето внимание нашата преференциална ценова оферта и добри условия за провеждането на регулярната годишна среща на СБЗ в комплекс Албена.

Моля да подавате заявките си за резервации в писмен вид на е-мейл kcenter@albena.bg и ако имате нужда от уточнения по телефон да се чуваме на номер 0579/ 6 24 21.

С уважение,

Теменужка Иванова

Конгресен център Албена

„АЛБЕНА ТУР” ЕАД

1. НАСТАНЯВАНЕ

Хотел	борд	Цени за настаняване на човек на ден за единични или двойни стаи	
		Единична стая	Легло в двойна стая
Хотел Парадайс Блу 5* /Стая Делукс/	BB	214,00 лева	134,00 лева
Хотел Амелия Супериор 4*	BB	140,00 лева	94,00 лева
Комплекс Лагуни/ Хотел Малибу / Сенди Бийч	AI	138,00 лева	106,00 лева
Хотел Славуна 3*	AI	150,00 лева	115,00 лева
Хотел Мура 3*	AI	126,00 лева	97,00 лева
Хотел Нона 3*	AI	131,00 лева	101,00 лева
Хотел Елица 3*	AI	128,00 лева	98,00 лева
Хотел Калиопа 3*	BB	90,00 лева	69,00 лева
Хотел Оазис	AI	104,00 лева	80,00 лева
Хотел Добруджа 3*	HB	60,00 лева	46,00 лева
Комплекс Орхидея/ Магнолия	AI	101,00 лева	78,00 лева
Хотел КОМ 3*	AI	103,00 лева	79,00 лева
Хотел Вита парк 3*	AI	135,00 лева	104,00 лева
Хотел Компас/ хотел Панорама 3*	AI	89,00 лева	68,00 лева
Хотел Алтея 3*	AI	71,00 лева	55,00 лева

* Цените за настаняване са нетни в лева, на човек на ден и включват застраховка и туристически данък. Цените са валидни както за периода на настаняване, така и до 5 дни преди началото и след края на мероприятияето при по – дълъг престой на делегатите.

* Цените за настаняване на база **All Inclusive** включват закуска, обяд и вечеря на блок маса с включени безалкохолни напитки и български алкохол от 10:00 до 23:00 часа, както и закуски на снек бара в хотелския комплекс, в който са настанени гостите.

*Цените за настаняване на база **HB /полу- пансион/**, включват нощувка + закуска и вечеря на блок маса в основният ресторант на хотела, но без включени напитки.

*Цените за настаняване на база **BB** , включват нощувка + закуска на блок маса в основният ресторант на хотела.

* В цената за настаняване на хотел Вита парк е включено и безплатен вход за посещение на аквапарк „Аквамания“ в Албена. В цената за настаняване за всички хотели е включено безплатно позване на чадър и два шезлонга на стая, на обособеното за хотела място на плажа/.

*Възрастен или дете над 12,00 години, настанени в двойна стая на допълнително легло /разтегателен диван/ заплащат 80 % от цената за редовно легло.

** Дете от 2 до 12 ненавършени години, настанено с двама пълноплащащи възрастни в една стая, се настанява и изхранва безплатно. Второ дете, настанено с двама пълноплащащи възрастни, на допълнително легло ползва 70 % отстъпка от цената за легло в двойна стая.*

** Дете от 2 до 12 ненавършени години, настанено с един пълноплащащ възрастен в една стая, се настанява и изхранва безплатно, а възрастния заплаща за единична стая. Второ дете, настанено с един пълноплащащ възрастен, на допълнително легло ползва 70 % отстъпка от цената за легло в двойна стая.*

Такса Паркинг: 10,00 лева на МПС на ден в «синя зона» и 20,00 лева на МПС на ден за «зелена зона», ако автомобилът не напуска комплекса в рамките на 24 часов престой. Ако през този период има излизане се начислява повторно таксата, според зоната в която е паркиран.

4. РАЗВЛЕКАТЕЛНА ПРОГРАМА

Нощен клуб „Фламинго Гранд“

Намира се в хотел „Фламинго Гранд“ 5* в Албена. Всеки квадратен сантиметър е предцизно изпълнен по проект на водещи австрийски фирми. Цветовете преливат от черно и бяло до кабаретно червено, а прожекторите и вградените светлинни пана пресъздават богатството на нощното дъно. Музикалната програма е разнообразна – от спокойна музика на пиано, ретро и джаз партита, възможност за организиране на „караоке“ вечер. Отлично обслужване и богат асортимент от напитки.

Бийч клуб „Ганвие“

Ако сте почитатели на екзотичния дизайн, Бийч Клуб Ганвие ще ви грабне с красотата и стила си. Ексцентричният вътрешен дизайн, дело на австрийската дизайнерска фирма Living Art, е вдъхновен от многовековните традиции на африканската култура. Бийч Клуб Ганвие предлага на своите гости изобилие от изтънчени коктейли, шампанизирани и пенливи вина, модерни музикални ритми и изпълнения на живо. С летни морски специалитети и „нова“ суши концепция ще изкушава своите гости главният майстор готвач през лято 2015.

5. Условия за потвърждаване, резервации и плащане

5.1. Условия за потвърждаване и резервации:

След като изпратите заявката си за резервация на посоченият по – горе в офертата е-мейл в рамките на два работни дни ще получите потвърждение с номер или алтернативно предложение, ако вече няма свободни помещения в избраният от Вас хотел.

5.2. Условия за плащане:

Заплащането на потвърдени резервации става в рамките на 20 дни след получаване на потвърждение на резервацията, по банковите сметки, които ще Ви бъдат изпратени на мейл заедно с потвърждението и точната сума за плащане!

За допълнителна информация и въпроси екипът на Конгресен център Албена остава изцяло на Ваше разположение.

С уважение,

Теменужка Иванова

Конгресен център Албена