

QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ

4 2001

Procter & Gamble

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 4 2001

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Təsisçi və baş redaktor: R. Əliyeva

Baş redaktorun müavini: Z.Qarayev

Redaksiyanın müdiri: S.Ələkbərova

Bədii tərtibatçı: S. Məmmədova

Redaksiya heyəti:

Aslanov K.L.	Azərbaycan	Leontyev V.K.	Rusiya
Ağayev İ.Ə.	Azərbaycan	Litvinov A.N.	Rusiya
Alimskiy A.V.	Rusiya	Məmmədov A.A.	Rusiya
Bezrukov V.M.	Rusiya	Niqmatov R.N.	Özbəkistan
Danilyevskiy M.F.	Ukrayna	Ruzuddinov S.R.	Kazaxıstan
Gülçin Bermek	Türkiyə	Sadovskiy V.V.	Rusiya
Harunisə Aliğil	Procter&Gamble	Şenqün Onur.	Türkiyə
Qasimov R.K.	Azərbaycan	Vaqner V.D.	Rusiya
Qarayev Q.Ş.	Azərbaycan	Vadaçkoriya Z.O.	Gürcüstan
Quliyev N.C.	Azərbaycan	Vəliyeva M.N.	Azərbaycan

64 №-li 11 dekabr 1998-ci il tarixli şəhadətnamə

Bakı şəhəri, 370033, Təbriz küçəsi, 102. tel:- 99412 41-20-81; faks 99412 41-20-81

г. Баку, 370033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 41-20-81; факс 99412 41-20-81

102, Tebriz str: 370033 Baku Azerbaijan. tel: 99412 41-20-81; Fax: 99412 41-20-81

E-mail: asa@aznetmail.com

“Qanun” nəşriyyatının kompüterlərində yığılıb və səhifələnib. Bakı şəhəri Ağa Neymətulla küç. 44. Tel: 67- 88- 87
Sifariş №1. Tiraj 1000. “OSCAR” nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

■ Baş redaktordan	3
■ Təbrik	5
■ Международный конгресс FDI в Малайзии Куала-Лумпур – 2001	6
■ "Diş və ağız boşluğu sağlamlığı" təhsil proqramının Gəncə şəhərində keçirilməsi ..	7
■ Ağızdan xoşagəlməz qoxu gələn pasientlərə məsləhətlərin verilməsi və onların müalicəsi. Dr. Guy Goffin.	9
■ Diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formaları zamanı parodont xəstəliklərinin yayılması və klinik-rentgenoloji xarakteristikası. Pənahov N.A., Qarayev Z.İ. ..	15
■ Влияние различных методов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти. Вадачкориа З.О.	20
■ Избирательная пришлифовка преждевременно контрактирующих зубов химическим способом. Нигматов Р.Н., Якубова Ф.Х., Юлдашева Н.Р. ..	23
■ Прямые композиционные виниры - решение проблемы дисколоризации зубов. Мамаладзе М.Т., Вадачкориа Д.З., Ивериели М.В., Вадачкориа З.О.	26
■ Особенности состояния тканей протезного ложа при гематологических заболеваниях. Нигматов Р.Н.	30
■ Сравнительная оценка эффективности лекарственных растений в комплексной терапии герпетических стоматитов у детей. Алиева Р.К., Мирзаде Э.С., Гулиев А.И.	34
■ Клиническая классификация гепатопатий. Алиев А.Р., Ибрагимов Э.И., Абдуллаев А.А.	37
■ Распространенность аномалий зубочелюстной системы среди школьников некоторых районов Азербайджана. Алиева Р.К., Алимский А.В., Гараев З.И., Гулиева С.К.	41
■ К вопросу о лицензировании стоматологических учреждений по виду деятельности стоматология ортопедическая. Вагнер В.Д., Ряховский А.Н., Койтов Е.В.	43
■ Stomatoloji xidmətlərə tələbatın proqnozlaşdırılması barədə. Seyidbəyov O.S., Soltanov R.N.	54

BAŞ REDAKTORDAN

Əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin azaldılması məqsədi ilə aparılan profilaktik tədbirlər müxtəlif yollarla həyata keçirilir.

Bəşəriyyət tarixində həmişə dişlərin və damağın sağlamlığı ağız boşluğuna qulluqla əlaqələndirilib. Stomatoloji xəstəliklərin yerli profilaktikasında ağız boşluğunun gigiyenası aparıcı rol oynayır.

Ağız boşluğuna və dişlərə qulluq etməyin tarixi çox qədimlərə təsadüf edir. Qədim Misir ərazisində aparılan arxeoloji qazıntılar zamanı qəbirlərdən tapılan ağac budaqcıqlarının dişlərin təmizlənməsi üçün istifadə edilməsi ehtimal olunur.

Onu qeyd etmək çox yerinə düşər ki, müsəlman dünyasına eramızdan əvvəl ağız boşluğunun gigiyenasının vacibliyini təbliğ edən Məhəmməd peyğəmbər olmuşdur. İslam dini insanlara sağlam şüurla yanaşı bədənin də sağlam, təmiz saxlanmasına riayət etməyi təbliğ edir və öyrədir. Müqəddəs kitabımız Quran-da göstərilən çoxsaylı tələblərdən biri də ibadətdən öncə (yəni gündə 15 dəfə) ağız boşluğunun təmizlənməsidir. Peyğəmbərimizin təklif etdiyi dişlərin təmizlənməsi üçün xüsusi ağacın budaqlarından istifadə etmək, damaqları barmaqla masaj etmək və başqa çoxsaylı



ənənələr bu gün də öz əhəmiyyətini saxlayır.

Dişlərin və ağız boşluğunun professional təmizlənməsi haqda məlumatlar orta əsrlərin əvvəllərinə təsadüf edir. Dişlərin qorunması və təmiz saxlanması haqda ilk yazılı məlumatı İbn Sina və Abul Qasim vermişdir. O zamanlar dişləri təmizləmək üçün dəniz suyunun köpüyündən, duzdan, yandırılmış maral buynuzunun tozundan və s. istifadə etməyi təklif ediblər.

Ağız boşluğunun gigiyenasının elmi əsasları haqda ilk yazılı məlumatı XVIII əsrin əvvəllərində Pyer Foşar vermişdir. Xüsusi hazırlanmış diş tozlarından və diş pastalarından istifadə etmək isə XIX əsrin əvvəllərinə təsadüf edir.

Əsas stomatoloji xəstəliklərin yerli (ekzogen) profilaktikasının sürətli inkişafı XX əsrdə geniş vüsət tapmışdır. Buna səbəb ftorun karies əleyhinə təsirinin sübut olunması olmuşdur. Stomatoloji xəstəliklərin yerli profilaktikasının müasir üsullarını şərti olaraq iki hissəyə ayırmaq olar.

Onlardan biri ev şəraitində ağız boşluğuna fərdi qulluq, ikincisi isə həkim-stomatoloq tərəfindən müxtəlif vasitələrlə (dərmanlar, alətlər, aparatlar və s.) klinikada aparılan ekzogen profilaktika üsullarıdır.

Ağız boşluğuna fərdi qulluq üçün bir çox vasitələrdən istifadə edilir. Bunlar-

dan müxtəlif diş tozları, diş pastaları, ağız boşluğunu təmizləmək üçün mayelər, saqqızlar, diş fırçaları, dişləməyən vasitələr, saplar, və s. göstərmək olar.

Əsas stomatoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsinə müasir baxışlarla razılaşaraq kariesin və parodont xəstəliklərinin əmələ gəlməsində və inkişafında yerli faktorların, yəni ağız boşluğundakı mikrobların rolunun danılmazlığı birmənalı qəbul olunmuşdur. Ona görə də əsas stomatoloji xəstəliklərin profilaktikasında yerli profilaktika üsullarından və vasitələrindən geniş istifadə edilməsi günün tələbidir.



Bizim ünvan: Azadlıq prospekti 146/14.

Telefon: 62-62-60, Faks: 47-91-56

TEBRIK EDİRİK!

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti Azərbaycan Tibb Universitetinin İqtisadi nəzəriyyə və hüququn əsasları kafedrasının müdiri, Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının müxbir üzvü, əməkdar elm xadimi, i.e.d., professor, Şöhrət ordenli Aqil Əlirza oğlu Əliyevi 75 illik şərəfli yubileyi münasibətilə səmimi qəlbdən təbrik edir, ona uzun ömür, can sağlığı və respublikamızın çiçəklənməsi naminə iqtisadiyyatımızın inkişafına dair elmi axtarışlarda və həkim kadrlarına iqtisad elminin öyrədilməsi naminə pədoqoji fəaliyyətində yeni-yeni uğurlar arzulayır.

Aqil Əlirza oğlu Əliyev 1926-cı ildə anadan olmuşdur. 1951-ci ildə Azərbaycan Dövlət Universitetini bitirmişdir. Universiteti bitirdikdən sonra Azərbaycan EA Tarix institutunda elmi işçi vəzifəsində çalışmışdır.

1953-cü ildən Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun siyasi iqtisad kafedrasında müəllimlikdən başlayaraq kafedra müdiri vəzifəsində yüksəlmişdir. Bu gün o Azərbaycan Tibb Universitetinin "İqtisadi nəzəriyyə və hüququn əsasları" kafedrasının müdürüdür.

A.Ə. Əliyev 1970-ci ildə iqtisad elmləri namizədi, 1983-cü ildə iqtisad elmləri doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün dissertasiya müdafiə etmişdir.

130-dan çox elmi əsərin, o cümlədən 19 monoqrafiya və dərsliyin müəllifidir. Əsərləri bir



75

AQIL ƏLİYEV

bayrağı" ordenləri, "Səhiyyə əlaçısı" döş nişanı, bir sıra medal və fəxri fərmanla təltif olunmuşdur.

2001-ci ildə prof. A.Ə. Əliyev Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasına müxbir üzv seçilmişdir.

çox xarici ölkələrdə çap olunmuşdur.

Professor A.Ə.Əliyev Azərbaycan Tibb Universitetinin və Azərbaycan Beynəlxalq Universitetinin Elmi şuralarının üzvü, Beynəlxalq Enerji Akademiyasının həqiqi üzvü, Respublika Ziyalılar Cəmiyyəti idarə heyətinin üzvüdür.

Prof. A.Ə. Əliyevin əməyi dövlət tərəfindən yüksək qiymətləndirilmişdir. O, "Şöhrət" və "Qırmızı əmək

Международный конгресс FDI в Малайзии

Куала-Лумпур – 2001



Президент FDI
Д-р Ратнанесан

С 27 сентября по 1 октября 2001 года в столице Малайзии г. Куала-Лампур состоялся первый в новом тысячелетии Мировой Стоматологический Конгресс FDI, который

останется в памяти его участников и гостей теплым сердечным дружелюбным гостеприимством малайзийского народа.

Красная панорама небоскребов в Куала-Лампур, доминирующий среди них **Petronas Twin Towers**, высочайшее здание мира, возвышающееся на 1670 футов, стали символом желания FDI достичь высших идеалов для профессии стоматолога.

В работе конгресса приняла участие около 8000 человек. Было проведено более 30 семинаров по актуальным проблемам стоматологической науки и практики.

Научные и деловые встречи на конгрессе были очень интенсивными и принятые решения будут иметь значи-

тельное влияние на развитие стоматологии в новом веке.

На Генеральной Ассамблее FDI приняло участие 106 делегатов и представители из 64 стран.

В члены FDI были приняты стоматологические ассоциации Белоруссии, Чили, Молдовы, Болгарии, Ливана, Судана, Узбекистана.

Конгресс минутой молчания почтил память жертв террористического акта в США 11 сентября 2001 года.

Было принято решение о переносе штаб-квартиры FDI из Лондона в г. Ферми-Волтари, Франция.

Д-р Ратнанесан (Малайзия) приступил к исполнению обязанностей президента FDI.



"Diş və ağız boşluğu sağlamlığı" təhsil proqramının Gəncə şəhərində keçirilməsi



Əhali arasında stomatoloji xəstəliklərin yayılmasının azaldılmasının ən təsirli vasitəsi stomatologiyada aparılan profilaktika üsullarıdır.

Bütün dünyada olduğu kimi Azərbaycanada kariyes və parodont xəstəlikləri stomatoloji problem kimi daimi stomatoloqların nəzərindədir. Kariyes xəstəliyi polietoloji xəstəlikdir. Buna

görə də onun müalicəsi və qarşısının alınması çox şaxəli tədbirlərdən ibarət olmalıdır. Bu tədbirlərin biri də ağız boşluğu üzvlərinə gigiyenik qulluq edilməsidir. Dişlərə qulluq etmək insanları hələ qədim dövrlərdən maraqlandırır. Hind təbabətində bizim eradan 400 il əvvəl dişlərin təmizlənməsi və ağız boşluğuna qulluq edilməsi barədə məlumatlar var.

Hazırda ağız boşluğuna gigiyenik qulluq etmək üçün elmi cəhətdən əsaslandırılmış bir çox vasitələr mövcuddur.

Bu vasitələrdən biri də diş pastalarından istifadə etməkdir.



blend-a-med



Buna görə də respublikamızda Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası "Procter & Gamble" şirkətinin iştirakı və köməyi ilə yüksək səviyyədə "Diş və ağız boşluğu sağlamlığı" təhsil proqramını məktəblilər arasında həyata keçirir.

Proqramın məqsədi məktəblərdə uşaqlar arasında stomatoloqların köməyi ilə keçirilən stomatologiya sahəsində səhiyyə-maarifçilik və flüor tərkibli diş pastalarından istifadə etməklə ağız boşluğunun gigiyenası vərdislərinin öyrədilməsi işindən ibarətdir.

Bu tədbirlər Azərbaycanın bir çox şəhərlərində: Bakı, Sumqayıt, Mingəçevir, Əli-Bayramlı və Gəncə məktəblərində aparılır.

Proqram 2000-2001-ci tədris ilində Gəncə şəhərində Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti, ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri R.Q. Əliyevanın təşəbbüsü ilə maraqlı və çox yüksək səviyyədə

yədə keçirilmişdir. Proqram təhsil işçiləri, müəllimlər, valideynlər və həkim stomatoloqlar cəlb olunmuşdur. Bu tədbirin müvəffəqiyyətlə keçirilməsində Gəncə şəhər stomatoloji poliklinikasının həkimi, ASA-nın şura üzvü Qasımov N.M. bilvasitə iştirak etmişdir.

Belə ki, 42 məktəbdə 4500 ikinci sinif şagirdləri arasında söhbət aparılmış, ağız boşluğu və dişlərə qulluq qaydaları haqqında geniş məlumat verilmişdir. Əlavə olaraq şagirdlərə diş pastaları və ağız boşluğuna qulluq haqda əyani tədris vəsaiti təqdim edilmişdir.

Beləliklə, biz ümid edirik ki, Gəncə şəhərində də keçirilən bu tədbir uşaqlarda əsas stomatoloji xəstəliklərin azalmasına kömək edəcəkdir.



AĞIZDAN XOŞAGƏLMƏZ QOXU GƏLƏN PASİENTLƏRƏ MƏSLƏHƏTLƏRİN VERİLMƏSİ VƏ ONLARIN MÜALİCƏSİ

Dr. Guy Goffin

(əvvəli ötən sayımızda)

İkinci müalicə mərhələsinin tətbiqi: məhdud məlumat

Səhnə: Diş həkiminin kabineti. 22 yaşlı Cef Olsen hal-hazırda həkim-gigiyenist tərəfindən diş və ağız boşluğunun profilaktik müayinəsindən keçir. Cefin ağız gigiyenası yaxşı vəziyyətdədir, lakin o, qaradınmaz və utancaqdır. Cef qoxulu nəfəs problemi haqqında fikir bölüşdürməkdən çəkinir. Aminin, bu haqda, ümumiyyətlə, danışmadığı hiss edilir.

Diş həkimi (DH), Pasient (P)

DH: Belə görünür ki, siz sonrakı altı ay ərzində də sağlam qalacaqsınız! Getməzdən əvvəl, zəhmət olmasa deyin, sizi maraqlandıran hər hansı bir başqa məsələ və ya ağız sağlamlığı haqqında bir sualınız varmı? İndi soruşmaq vaxtıdır.

P: Bəli, mən nəfəs təravətləndiriciləri haqqında soruşmaq istəyirəm. Həqiqətənmi onların bəziləri digərlərindən yaxşıdır? Demək istəyirəm ki, siz hansını tövsiyyə edərsiniz?

DH: Siz, nəfəs təravətləndiricilərindən tez-tez istifadə edirsinizmi?

P: Əslində mənə elə gəlir ki, mən hər gün nə isə istifadə etməliyəm.

DH: Siz mənə hər gün nə isə istifadə etmə-

liyəm deməklə nəyi nəzərdə tutduğunuzu daha ətraflı izah edə bilərsinizmi?

P: Bəzən insanlarla danışanda mən hiss edirəm ki, onlar başlarını yana çevirirlər. Bu həqiqətən də çox baş verir. Mən insanlarla mümkün ünsiyyətin qarşısını ala biləcək yerə gedirəm. Həmçinin hərdən mən öz nəfəsimin qoxulu olduğunu hiss edirəm.

DH: Cef, siz öz nəfəsinizi necə yoxlayırsınız?

P: Əlimin arxa tərəfini yalayır, sonra isə iy-ləyirəm.

DH: Öz nəfəsinizi gündə neçə dəfə yoxla-yırsınız?

P: Gündə bir neçə dəfə.

DH: Nəfəsinizlə heç bir problemin olmadığı hallar olurmu?

P: Bəli, yeməkdən sonra yaxşı olur, lakin əgər mənim mədəm boşdursa, onda mənə elə gəlir ki, nəfəsim pisdir.

DH: Cef, tədqiqatlar nəticəsində alınan ümumi nəticə ondan ibarətdir ki, yemək bir neçə saat müddətində belə pis nəfəsi azaldır. Belə ki, sizin təsvir etdiyiniz halda həqiqət var. Ağız suyumuz antibakterial, antivirus, göbələyə qarşı, müdafiəedici və təmizləyici maddə



blend-a-med



kimi fəaliyyət göstərir (Srielman, 1996). Çeynəmə kimi əməliyyatlar, ağız suyunun axını stimullaşdıraraq ağızdan gələn xoşagəlməz qoxunun azalmasına kömək edəcək. Qeyd etdiyiniz "bilək yalama" testi insanın öz nəfəsinin yoxlanılması üçün faydalı üsuldur.

P: Problem ondadır ki, mən gün ərzində o qədər çox məşğul oluram ki, lazım gəldikdə heç işimi dayandırmıram və yemirəm, faktiki mən yemək vaxtını ötürürəm.

DH: Tamamilə haqlısınız, Cef. Bu yəqin ki, məsələnin böyük bir hissəsidir. Siz dişlərinizi o qədər yaxşı fırçalayır və diş aralarını sapla o qədər yaxşı təmizləyirsiniz ki, mən, bunun problem olduğunu güman etmirəm. Bununla yanaşı, xəstəlik tarixçənizdə sizdə sistemətik problemin olduğuna şübhə ilə yanaşmağıma heç bir əsas yoxdur. Mən sizə daha tez-tez yeməyi və gün ərzində çoxlu su içməyi tövsiyyə edərdim. Siz hazır suplar və mikrodalğalı sobada bişən yeməklərdən istifadə etməlisiniz.

P: Bilməzdim ki, yemək mənim nəfəsimi yaxşılaşdırı bilər. Mən bunu etməyə çalışıram və inanıram ki, fərqi hiss edəcəyəm. Hər halda, müntəzəm şəkildə yemək yeyəcəyəm. Tövsiyyə edə biləcəyiniz başqa bir şey varmı?

DH: Cef, çoxlu nəfəs problemi ilə məşğul olan bir çox ekspertlər qəbul edir ki, xoşagəlməz qoxu dildə yaranır. Böyük səthi və cod quruluşu sayəsində dil bakteriya və yemək qalıqlarını asanlıqla toplayır. Dil, həmçinin kükürd məhsulları üçün da əla məskəndir. Bunu minimuma endirmənin ən yaxşı yolu dilin hərtərəfli təmizlənməsidir. Getməzdən əvvəl sizə, dili, xüsusilə bu məqsəd üçün hazırlanmış dil təmizləyicisi ilə necə təmizləməyi göstərəcəyəm.

P: Çox yaxşı. Mən dişlərin fırçalanmasına və diş aralarının sap ilə təmizlənməsinə həmişə fikir vermişəm. Dil təmizləyicisini də hər gün istifadə etməliyəmmi?

DH: Yaxşı fikirdir.

Bunu adi fırçalama və dişlərin aralarını sap ilə təmizləmə prosedurlarına əlavə edin. Bu problemlər sizdə üç və ya dörd həftədən sonra yenə də olsa, mənə zəng edin və biz digər vasitələri də nəzərdən keçirərik. İntensiv terapiyadan başlamaq da yaxşıdır.

Yuxarıda qeyd olunan misal RLISSIT mərhələsindən istifadə etməklə ikinci müalicə mərhələsinin tətbiqini nümayiş etdirir. Bu misal, problemin müəyyən edilməsində pasientə kömək etmək üçün gələcək təsviri məlumatın istənilməsinin vacibliyini nümayiş etdirir. Cef bir faktı qeyd edir ki, o, müntəzəm olaraq yemir və bilir ki, yemək yediyi zaman onun nəfəsi yaxşılaşır. O, həmçinin bəyan edir ki, o dilinin təmizlənməsinə o qədər də çox diqqət yetirmir.

İkinci mərhələnin tətbiqi icazə olan ilk mərhələnin davamıdır. İcazə mərhələsində pasient üçün məsələsini rahat və ürəkli bölüşmək üçün şərait yaradılır. Həkim ilk növbədə pasienti hər şeyin qaydasında olduğu haqqında əmin etməkdə maraqlıdır. Məhdud məlumat mərhələsində pasientə onların spesifik probleminə birbaşa aid olan xüsusi faktiki məlumat verilir. Adətən bu mərhələdə təqdim olunan məlumat mövcud qrafiklərə birləşdirilə bilər və əlavə qəbul vaxtının təyin edilməsini tələb etmir.

Əgər məhdud məlumatın verilməsi pasientin məsələsini həll etmək üçün kifayət deyilsə, bu halda həkim iki variantdan istifadə edə bilər. Pasient müvafiq müalicəyə göndərilə bilər və ya həkim müvafiq parametr, bilik, bacarıq və təcrübəyə malikdirsə, o üçüncü müalicə mərhələsinə - məhdud məlumat mərhələsinə keçə bilər.



blend-a-med



Üçüncü müalicə mərhələsinin tətbiqi: Xüsusi təkliflər

Səhnə: Mişel öz qəbulunu 6 ay müddətində planlaşdıran 51 yaşlı qadın pasientdir. Mişel dişlərini hər gün fırçalayan və diş aralarını sap ilə təmizləyən nümunəvi pasientdir. Mişeli salamladıqda ondan bir neçə fut aralıda belə onun nəfəsinin çox qoxulu olduğunu hiss edirsiniz. Mişelin xəstəlik tarixçəsini nəzərdən keçirdikdən və kliniki yoxlama apardıqdan sonra onun dilinin arxa tərəfində örtüyün olduğunu müşahidə edirsiniz. Siz güman edirsiniz ki, bu, onun nəfəs probleminin mənbəyidir.

DH: Mişel, sizi görməyimə hər zaman şadam, çünki siz damaq və dişlərinizə çox diqqət yetirirsiniz. Bu, sizin bir mənada ev tapşırığınızdır.

P: Mən sadəcə anam kimi dişlərdəki dəşiklərlə ömrümü başa vurmaq istəmirəm.

DH: Mən inanıram ki, əgər siz dişlərinizi fırçalamayı və diş aralarını sap ilə təmizləməyi davam etdirsəniz, dişlərinizdəki dəşiklər haqqında narahatlığa heç bir səbəb olmayacaq. Mişel, damaq və dişlərinizin əla vəziyyətdə olduğu ilə yanaşı, dilinizin arxa hissəsində orta səviyyədə örtüyün olduğunu görürəm. Buna heç fikir vermişdiniz?

P: Xeyr, əslində mən dilimə çox fikir verməmişdim. Bunun səbəbi nədir?

DH: Bakteriya ləkəsi dişlərinizdə və damaqlardan aşağıda yarana bildiyi kimi o, dildə də yarana bilər. Dilin səthi çox cod olduğundan bakteriya ona asanlıqla yapışır.

P: Bu problem yarada bilərmi?

DH: Bu məsələ ilə məşğul olan bir çox qurumlar inanır ki, dilin örtüyü pis nəfəsin əsas mənbəyidir.

P: Siz, mənim nəfəsimin pis olduğunu düşünürsünüz?

DH: Gəlin, açıq danışaq, Mişel. Bugünkü qəbul zamanı müəyyən xoşagəlməz qoxu hiss

etdim. Nəfəsinizin pis olması haqda sizə kimsə bir şey deyibmi?

P: Bəli, əslində mənim 4 yaşlı nəvəm hələ keçən həftə mənə dedi: "Nənə, sənin ağzından pis iy gəlir" Uşaqlara nə var, onlar səmimi ola bilərlər.

DH: Siz xəstəlik tarixçənizdə qeyd etmisiniz ki, müalicə yalnız hormonların dəyişdirilməsi terapiyasıdır. Siz yalnız dekondestant kimi məhsullardan istifadə edirsiniz? Mən hətta təəccüb edirəm ki, siz, son bir neçə gündə güclü və ya ədviyyəli yemək yemirsiniz? Müəyyən müalicə və ədviyyəli yeməklər pis nəfəsin səbəbi ola bilər və ya onun yaranmasına kömək edə bilər.

P: Xeyr, mən başqa heç bir müalicə almıram və heç də tez-tez ədviyyəli yemək yemirəm.

DH: Biz indi qoxunun səbəbini, dilin örtüyünün olub-olmamasını "qaşıq testi" aparmaqla asanlıqla yoxlaya bilərik. Siz bunu asanlıqla evdə də apara bilərsiniz (həkim-gigiyenaçı Mişelə müşahidə aparmaq üçün əl güzgüsünü verir və plastik qaşıqdan istifadə edərək dil örtüyünün kiçik bir hissəsini ehtiyatla götürür).

P: O, Bu nə iyrənc qoxu verir! Mənim nəfəsimdən həqiqətən də bu cür iy gəlir?

DH: Biz bakteriyalı nümunəni qoxladıqda bu daha cəmləşmiş nəticə verir, lakin bu, aşkar etdiyim qoxuya oxşayır. Yaxşısı odur ki, xoşagəlməz qoxunun yaranması səbəbi budursa, onu asanlıqla müalicə etmək olar.

P: Siz nə tövsiyyə edirsiniz?

DH: Tövsiyyə etdiyim müalicə dilin hərtərəfli təmizlənməsindən ibarətdir. Mən sizə dil təmizləyicisi verəcəyəm və ondan necə istifadə olunduğunu sizə göstərəcəyəm.

P: Mən bundan necə istifadə etməliyəm? Mən ağzımı kifayət qədər geniş aç bilmirəm.

DH: Bizdə müxtəlif çeşid və ölçüdə dil təmizləyiciləri var. Sizə münasib olan bir dil təmizləyicisi tapacağam. Mən sizə həmçinin ağız



blend-a-med



hərəkətlərini azaldan nəfəsalma texnikasını nümayiş etdirəcəyəm (diş həkimi-gigiyenaçı texnikasını nümayiş etdirir). Öz nəfəsinin vəziyyətini qiymətləndirmək çətin olduğundan, nəfəsinizi sizin üçün yoxlayan etibarlı şəxsin olması yaxşı olardı. Həmçinin pis nəfəs epizodik olduğundan nəfəsinizi növbəti həftə ərzində günün müxtəlif vaxtlarında yoxlamaq vacibdir. Sonra işlərin necə getdiyini öyrənmək üçün sizinlə 7-10 gündən sonra təkrar əlaqə saxlayacağam. Problem yenə də həll edilməmiş qalsa, bu halda digər mümkün mənbələri araşdırmaq üçün qəbul gününü təyin edirik.

P: Mən dilimi də fırçalamalıyam?

DH: Əslində bu, yaxşı fikirdir. Əlavə xeyir əldə etmək üçün bizdə dilinizi fırçalamaq üçün antibakterial pasta var. Bizdə, həmçinin, ağızda kükürdün komponentlərinin yaranması haqqında bəhs edən yaxşı yazılmış və çoxlu məlumatları əhatə edən broşura var.

P: Yardımınıza görə təşəkkür edirəm. Məsləhətinizi yüksək qiymətləndirirəm.

Yuxarıda qeyd olunan misal RLISSIT modelindən istifadə etməklə məsləhət vermə və pasientə yanaşmanın üçüncü mərhələsinin tətbiqini nümayiş etdirir. Xüsusi təkliflər verdikdə həkimlər şifahi göstərişlərə müvafiq göstəriciləri də əlavə edə bilirlər. Məlumatlara çap olunmuş məqalələr, pasienti təlimatlandıran broşuralar və internetdəki veb saytlar daxildir. Oxu materialları qeyri-intim məlumat mənbəyini təmin etməklə həm pasientin, həm də həkimin vaxtına qənaət edir.

Bu mərhələdə təqdim olunan məlumatların mövcud olan qəbullara birləşdirmək mümkünlüyü ilə bərabər əlavə qəbul vaxtlarının təyin edilməsi də zəruri ola bilər. Bu prosedurlar üçün qiymətlər fərdi ofislər tərəfindən müəyyən ediləcək və sərf olunan vaxta, həkimin təcrübəsinə və pasientə verilən məhsullara əsasən hesablanacaq.

Başqaları üçün münasib olan xüsusi təkliflə-

rin pasientin konkret bir probleminin həlli üçün tətbiq edilə bilinməyən halları da ola bilər. Həkim, "qısa terapiya" çərçivəsində əlindən gələnlə hər şeyi etdiyini düşünürsə, deməli, yüksək mərhələdə dayanan və fərdi yanaşma tərzini olan intensiv terapiyaya keçmək vaxtıdır.

Dördüncü müalicə mərhələsinin tətbiqi: İntensiv terapiya

Səhnə: Karlos, Suares, 36 yaşlı biznesmen məhz qoxulu nəfəs məsələsini müzakirə etmək üçün qəbula yazılmışdır. Əvvəlki qəbulunda o sizə söyləmişdir ki, o qoxulu nəfəsinin hiss edilməsindən o qədər utanır ki, başqaları ilə söhbət etdikdə birbaşa onların üstünə nəfəs verməmək üçün başını yana çevirir. Karlos quلاق-burun-boğaz və gastroenteroloq həkimləri tərəfindən müayinə edilmişdir. Mütəxəssislərdən heç biri onun şikayəti üçün heç bir fiziki səbəb tapmamış və diş həkiminə müraciət etməsini tövsiyyə etmişlər. Bu, nəfəsin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün sizin ofisinizdəki üçüncü qəbuldur. İlk iki qəbullarda siz nə sensor yolu ilə qiymətləndirmə (qoxu), nə də ki Halimeter (nəfəsdəki kükürdün səviyyəsini ölçən elektron qurğu) vasitəsi ilə xoşagəlməz qoxunu müəyyən edə bilmədiniz. Siz Karlosdan, nəfəsini lap pis hesab etdiyi vaxtda təkrar ofisinizə gəlməyini xahiş etdiniz. Siz Karlosun nəfəsinin ağız, sensor və Halimeter qurğusu vasitəsi ilə qiymətləndirilməsini yenidən başa çatdırdınız.

DH: Karlos, gördüyünüz kimi, bu gün Halimeter qurğusunun göstəricilərinin hər üçü aşağıdır. Rəqəmli monitorun qeyd etdiyi ən yüksək rəqəm yalnız milyardda 43 hissədir. Bu göstəricilər, sizin son iki qəbulunuzda qeyd edilmiş göstəricilərə yaxındır.

P: Mən buna doğrudan da inana bilmirəm!



blend-a-med



DH: Nə mən, nə də ki, digər gigiyenaçı həkim sizin nəfəsinizdə hər hansı bir xoşagəlməzlik aşkar edə bilmədik. Əslində sizin nəfəsiniz mənim kifayət qədər xoşuma gəlir.

P: Çox gözəl! Sizin burnunuz, deyəsən, sımb. Mən nəfəsimin bu gün həqiqətən də pis olduğunu hiss edirəm.

DH: Nəfəsinizin bu qədər xoşagəlməz olduğunu düşünməyə sizi nə vadar edir?

P: Mən bunu sadəcə bilirəm. Mən bunu yalnız deyə bilərəm. Biləyimi yalayanda və sonradan onu iyləyəndə, necə dəhşətli qoxu verməsini hiss edirəm. Karlos biləyini yalayır və sonra iyləyir. Bu dəhşətlidir! O biləyini iyləmək üçün gigiyenaçı-həkimə uzadır.

DH: Karlos, mən sizin biləyinizdə heç bir xoşagəlməz qoxu hiss etmirəm. Əslində mən heç vaxt sizdə pis nəfəsi aşkar edə bilməmişdim və hətta bu səhər dişlərinizi fırçalamadığınızın baxmayaraq, Halimeter qurğusunun göstəriciləri də aşağıdır. Nəfəsinizin pis olduğunu sizə başqa bir kimsə deyibmi?

P: Xeyir, lakin mən nəfəsimin pis olduğunu bilirəm. İnsanların üstünə nəfəsimi buraxmaq üçün başımı yana çevirirəm. Onlar hələ də başını məndən yan tuturlar.

DH: Karlos, siz nə vaxtsa belə bir faktı nəzərdən keçirmisinizmi, siz başınızı insanlardan yan tutduqda onlar nəfəsinə cavab verirsiniz kimi fikirləşir, beləliklə, özləri utanaraq sizdən yan dururlar?

P: Yox, bu haqda heç düşünməmişdim. Sizcə, məhz bu vəziyyət baş verir? Bütün bunların mənim başımın yan tutması ilə əlaqəli olduğunu düşünürsünüz?

DH: Karlos, mən sizin marağınızın həqiqət olduğunu təsdiq etmək istəyirəm, mən sadəcə deyirəm ki, problem həqiqətdə bəlkə də heç mövcud deyil. Mən sadəcə sizin fikrinizi əsaslandıracaq bir sübut tapa bilmirəm.

P: Sizcə, mən dəliyəm?

DH: Xeyr, mən sizin dəli olduğunuzu düşünmürəm. Mən sadəcə deyirəm ki, toplanmış kliniki sübutlara əsaslanaraq sizin nəfəsinizdə xoşagəlməyən heç bir şey yoxdur. Sizcə, problem düşündüyünüz kimi pis olmaya bilər?

P: Mən bilmirəm nə deyim. Nə ENT, nə də Gİ mütəxəssisləri anormal bir şey tapa bilmədilər. Mən dəli olduğumu düşünməyə başlayıram.

DH: Karlos, mən bilmirəm, daha nə deyə bilərəm. Sizi məndən başqa iki tibb mütəxəssisi yoxlayıb, onların hər biri sizə deyir ki, sizin nəfəsinizdə xoşagəlməz qoxu yoxdur. Mən hələ ki, bir problem görmürəm. Mən və ya digər mütəxəssislər deyirik ki, nəfəsinizin yaxşı olduğunu sizə inandırmağa bilərik. Siz dediniz ki, sizin insanlarla əlaqəniz sizə pis təsir edir və onlarla birbaşa ünsiyyətdən qaçırsınız.

P: Sizcə, mən **shrink** baxmalıyam?

DH: Əgər məsləhətçi nəfəsinizin qaydada olduğu haqda sizi əmin etsə, siz ona inanacaqsınız?

P: Yaxşı, narahatlığımın, yəqin ki, bir səbəbi olmalıdır.

DH: Mən sizinlə razıyam, Karlos, sizin belə fikirləşməyiniz üçün bir səbəb olmalıdır. Siz mənim qardaşım olsaydız, mən sizi məsləhətçi ilə görüşməyə həvəsləndirərdim. Siz heç nə itirmirsiniz, əksinə olaraq, bir çox şey qazana bilərsiniz.

P: Yaxşı, mən nə isə etməliyəm, çünki bu artıq məni bezdirib.

DH: Sizin tibbi provayderiniz vasitəsi ilə məsləhət xidmətləri ala bilmək imkanınız varmı? Əks təqdirdə, biz sizi, bu sahə üzrə ixtisaslaşan bir neçə klinikaya yollaya bilərik.

P: Mənim tibbi sənədlərim məsləhət xidmətlərini nəzərdə tutur. Mən onlarda yoxlama-



blend-a-med



dan keçəcəyəm və bəzi şeyləri müəyyənləşdir-məyə çalışacağam.

DH: Karlos, mən bunun ən yaxşı üsul oldu-ğuna həqiqətən inanıram.

Yuxarıda qeyd olunan misal, PLISSIT mode-lindən istifadə etməklə dördüncü yanaşma mərhələsinə keçidi nümayiş etdirir. Karlosun proble-mi məcburi pozuntu (halitofobiya) üzündən yarandığından bu mərhələyə, qoxulu nəfəsinin bir çox faktorlardan asılı olduğu (ağız boşluğu-na aid olan və olmayan komponentlər də daxil olmaqla) pasientlər daxil edilə bilər. Məsələn, parodont xəstəliyi olan xəstə müalicə qəbul edəndə qoxulu və ya xəstə vəziyyətlərdə olan pasientlərdə qoxulu nəfəs güclənir. Əksər pasi-entlər üçün münasib olan xüsusi təkliflər, pasi-

entin konkret probleminin həllində səmərə ver-mədikdə, yüksək mərhələdə dayanan fərdi tət-biq edilən intensiv terapiyanın vaxtıdır.

İntensiv terapiya, pasient üçün unikal yük-sək mərhələdəki fərdi qaydada tətbiq edilən hərtərəfli terapevtik proqramdan istifadə et-mək üçün pasientin xüsusi vəziyyətini ətraflı qiymətləndirməkdən ibarətdir. Ağız sağlamlı-ğına dair etiologiya və müalicədə müvafiq tə-lim keçmiş həkimlər, bu cür müalicəni başlaya bilirlər. Əks təqdirdə, siz pasientləri müvafiq müalicə almaq üçün digər yerə göndərməlisiniz. Yadda saxlayın ki, biz, pasientin problemini ilk növbədə qısa terapiya yanaşması çərçivə-sində həll etməkdən ötrü etik məsuliyyət daşı-yırıq.

Xülasə

Bu misallar həkimlər üçün fəaliyyət çərçivəsini müəyyən edir, çünki onlar, qoxulu nəfəsdən əziyyət çəkən pasientlərə məsləhət verir və onların müalicəsini təmin edir. Həkimlər PLISSIT modelinin istifadəsini onların konkret parametrləri-nə malik olduqları vaxta və səriştə səviyyəsinə uyğunlaşdırmalıdır. Həkimlər ağız sağlamlığı sahəsində bilik və təcrübə səviyyələrini artırmaqla, pasientlərə yardım göstərmək üçün fərdi müalicə planlarının işlənməsində daha çox bacarıq əldə edə-cəklər.

Modelin qısa terapiya hissəsinin, əksər pasientlərimizin ağızdan gələn xoşagəl-məz qoxu problemlərinin həlli üçün kifayət olduğunu yadda saxlayaraq, onun qoxu ilə bağlı bütün problemlərinin həlli niyyətində olmadığını bilmək vacibdir. Əgər ofisimizdə imkanımız yoxdursa, biz, pasientləri müəyyən edib və müalicəni apara bilənlərin yanına göndərmək üçün etik məsuliyyət daşıyıq.

Hal-hazırda öyrənilən bəzi populyar standartlaşdırılmış proqramların əksər əsas elementlərindən burada təklif olunan qısa terapiya yanaşması çərçivəsində müvəfəqiyyətlə istifadə oluna bilər. Kliniki və tədqiqat sübutlarının artan miqdarı əsasında müəllifdə yaranan qəti rəy də ondan ibarətdir ki, pasientlərin problemlə-rini ilk növbədə qısa terapiya yanaşması çərçivəsində həll edilməsinə çalışmadan, onlara bahalı, uzunmüddətli müalicə proqramını tətbiq etmək etik normalara cavab verən üsullardan deyil.



Diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formaları zamanı parodont xəstəliklərinin yayılması və klinik-rentgenoloji xarakteristikası

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı şəh.



Pənahov N.A.

Tədqiqatın aktuallığı. Parodont xəstəliklərinin çoxsaylı etioloji amilləri arasında diş-çənə anomaliyaları və bunun nəticəsində ayrı-ayrı dişlərin, diş qruplarının və diş sıralarının qeyri-bərabər yüklənməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir (3, 5, 7, 8).

Azərbaycan Respublikasında müxtəlif illərdə diş-çənə anomaliyalarının yayılması tədqiq edilmişdir (1, 2, 4, 6). Lakin diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont xəstəliklərinin yayılması və diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formalarında parodont xəstəliklərinin rast gəlməsi öyrənilməmişdir.

Tədqiqatın məqsədi diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formalarında parodont xəstəliklərinin rast gəlməsinin və onların klinik-rentgenoloji xarakteristikasının müəyyən edilməsi olmuşdur.

Material və metodika. Diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont xəstəliklərinin yayılmasını öyrənmək, diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formalarında parodont xəstəliklərinin rast gəlməsinin və onların klinik-rentgenoloji xarakteristikasını müəyyənləşdirmək məq-

sədilə, Azərbaycan Respublikasının 12 yaşayış rayonunda diş-çənə anomaliyası olan 1382 nəfər (əsas qrup) və diş-çənə anomaliyası olmayan 1067 nəfər (kontrol qrup) şagird arasında (cəmi 2449 nəfər) stomatoloji müayinələr aparılmışdır.

Parodont toxumasındakı patoloji dəyişikliklər CPITN indeksindən (Ainamo, Barmes və b., 1982) istifadə etməklə qeyd edilmişdir. Diş ətənin iltihab dərəcəsi PMA - papilyar-marginal-alveolyar indeksi (Parma, 1960) vasitəsilə təyin olunmuşdur. Ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini qiymətləndirmək üçün Fyodorov-Volodkina indeksindən (1970) istifadə edilmişdir.

Diş-çənə anomaliyalarının sistemləşdirilməsində D.A. Kalvelisin təsnifatından istifadə olunmuşdur.

Parodont toxumalarının vəziyyətini qiymətləndirmək üçün kontakt rentgenoqrafiya və ortopantomografiyadan istifadə edilmişdir. Rentgenoloji müayinələr vasitəsilə alveol çıxıntısının sümük toxumasında baş verən dəyişikliklərin xarakteri və dərəcəsi, periodont yarığının vəziyyəti, periapikal sümük toxumasında dəyi-



Qarayev Z.I.

şikliklərin olub-olmaması müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatlar nəticəsində əldə edilən miqdari kəmiyyətlər Xi-kvadratı (χ^2) kriterisindən istifadə etməklə statistik analiz olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri. Apardığımız tədqiqatlar nəticəsində diş-çənə anomaliyaları olan 1382 nəfər yeniyetmənin 924-də

(66,9±1,3 %) parodont xəstəlikləri aşkar edildiyi halda, diş-çənə anomaliyası olmayan 1067 nəfərdən 411-də (38,5±1,5 %) parodont xəstəlikləri aşkar edilmişdir. Bu zaman müvafiqlik əmsalı $\chi^2=195,032$ olmuş, müqayisə edilən göstəricilər arasındakı fərq statistik dürüst ($P<0,01$) olmuşdur (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Diş-çənə anomaliyası olan və diş-çənə anomaliyası olmayan yeniyetmələr arasında parodont xəstəliklərinin yayılması

Yaş	Diş-çənə anomaliyası olanlar			Diş-çənə anomaliyası olmayanlar			χ^2	P
	Müayinə olunanların sayı	parodont xəstəliyi olanlar		Müayinə olunanların sayı	parodont xəstəliyi olanlar			
		sayı	M±m		sayı	M±m		
12	243	162	66,7 ± 3,0	163	58	35,6 ± 3,7	37,971	< 0,01
13	245	163	66,5 ± 3,0	176	70	39,8 ± 3,7	29,672	< 0,01
14	221	140	63,4 ± 3,2	191	73	38,2 ± 3,5	25,907	< 0,01
15	234	154	65,8 ± 3,1	192	76	39,6 ± 3,5	29,208	< 0,01
16	226	161	71,2 ± 3,0	175	63	36,0 ± 3,6	49,672	< 0,01
17	213	144	67,6 ± 3,2	170	71	41,8 ± 3,8	25,639	< 0,01
Yekun	1382	924	66,9 ± 1,3	1067	411	38,5 ± 1,5	195,032	< 0,01

Cədvəldəki məlumatlardan göründüyü kimi, diş-çənə anomaliyası olan yeniyetmələr arasında parodont xəstəliklərinin rastgəlmə tezlikləri diş-çənə anomaliyaları olmayan yeniyetmələrlə müqayisədə təxminən iki dəfə artıqdır (uyğun olaraq 66, 9±1,3 və 38, 5±1,5).

Diş-çənə anomaliyaları olan şəxslərdə parodont xəstəliklərinin ayrı-ayrı formalarına, o cümlədən daha ağır formalarına - orta və ağır dərəcəli parodontitə diş-çənə anomaliyaları olmayanlarla müqayisədə daha çox rast gəlinmişdir. Diş-çənə anomaliyaları olan yeniyetmələrdə gingivit diş-çənə anomaliyaları olmayanlarla müqayisədə çox aşkar edilmişdir. Parodontitlərin ayrı-ayrı formaları arasında ən çox rast gəlinənlər əsas qrupda yüngül və orta dərəcəli (14,5±0,9 və 12,2 ± 0,9), kontrol qrupda isə ancaq yüngül dərəcəli parodontit (9,1±0,9) olmuşdur (cədvəl 2).

Apardığımız tədqiqatların nəticələrinin analizi bizə aşağıdakı qənaətlərə gəlməyə əsas vermişdir:

diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont to-

xumasında patoloji dəyişikliklər aşağıdakı səbəblərdən yaranı bilər:

- diş-çənə anomaliyalarında çənənin müxtəlif artikulyasiya hərəkətləri zamanı parodontada düşən təzyiqin dişin boylama oxundan kənara çıxması səbəbindən parodontun əlavə funksional yüklənməsi baş verir;

- çeynəmə hərəkətləri zamanı anomal yerləşmiş diş düşən üfüqi qüvvələrin təsirindən parodontun strukturunda mikrodəyişikliklər yaranır;

- anomal yerləşmiş dişlərdə funksiya zamanı diş ətinin qoruyan faktorların - ekvatorun, diş cərgəsində yerləşən dişlər arasındakı normal münasibətlərin (kontakt nöqtələrinin) olmaması səbəbindən diş ətinin zədələnməsi baş verir;

- bilavasitə antoqonist dişlərin təsirindən diş ətinin selikli qişası və ətraf toxumalar zədələnməyə məruz qalır;

- diş cərgəsində dişlər sıx yerləşdikdə onların mexaniki təmizlənməsinin çətinliyi nəticəsində diş çöklüntüləri - diş ərpi, diş daşları yaranır ki, bunlar da parodontada mexaniki təsir

Cədvəl 2.

Yeniyyətlər arasında parodont xəstəliklərinin müxtəlif formalarının yayılması

Parodont xəstəlikləri	Diş-çənə anomaliyası olan şəxslərdə		Diş-çənə anomaliyası olmayan şəxslərdə		χ^2	P
	Sayı	M±m	Sayı	M±m		
Gingivit	496	35,9 ± 1,3	290	27,2 ± 1,4	20,964	< 0,01
Yüngül dərəcəli parodontit	201	14,5 ± 0,9	97	9,1 ± 0,9	16,754	< 0,01
Orta dərəcəli parodontit	169	12,2 ± 0,9	18	1,7 ± 0,4	94,874	< 0,01
Ağır dərəcəli parodontit	58	4,2 ± 0,5	6	0,6 ± 0,2	31,252	< 0,01
Yekun	924	66,9 ± 1,3	411	38,5 ± 1,5	195,032	< 0,01

göstərməklə yanaşı, orada mikrofloranın inkişafı üçün də əlverişli mühit yaradır.

Diş-çənə anomaliyaları zamanı parodontda baş verən dəyişikliklərin xarakteri və klinikası, əsasən, anomaliyanın formasından, onun nə dərəcədə ifadə olunmasından, həmçinin bu anomaliya ilə yanaşı müayinə olunan şəxsin diş

çərgəsində ikincili qüsurun olub-olmamasından əhəmiyyətli dərəcədə asılı olmuşdur.

Dişin say anomaliyası olanların 21,2±7,1 %-də, forma və ölçüsünün anomaliyası olanların 29,2±5,6 %-də və dişin struktur anomaliyası olanların 37,4±4,4 %-də parodont xəstəlikləri aşkar edilmişdir (cədvəl 3).

Cədvəl 3.

Diş anomaliyaları olan yeniyyətlər arasında parodont xəstəliklərinin yayılması

Diş anomaliyaları	Anom. olan yeniyyət. sayı	Parodont xəstəliyi olanlar		χ^2	P
		sayı	M±m		
Dişin say anomaliyası	33	7	21,2 ± 7,1	4,069 ^a	< 0,05
Dişin forma və ölçüsünün anomaliyası	65	19	29,2 ± 5,6	2,244	> 0,10
Dişin struktur anomaliyası	123	46	37,4 ± 4,4	0,059	> 0,10

Diş çərgəsində dişlərin yerləşmə anomaliyası onların 6,01 ± 3,6 %-də, trema və diasteması olanların 22,9 ± 5,6 %-də və diş çərgəsində dişlərin sıxlığı anomaliyası olanların 87,8±2,9 %-də parodont xəstəliyinin bu və ya digər forması aşkar edilmişdir (cədvəl 4).

Dişlənə anomaliyalarından, distal dişləmli yeniyyətlərin 46,9±3,0 %-də, mezial dişləmə - 50,7±5,8 %-də, dərin dişləmə - 52,4±2,7 %-də, açıq dişləmə - 54,7±5,1 %-də və çəp dişləməli yeniyyətlərin 76,1±4,0 %-də parodont

toxumalarında patoloji dəyişikliklərə rast gəlinmişdir (cədvəl 5).

Tədqiqatlarımız nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, diş-çənə anomaliyasının hər bir formasında parodontda gedən dəyişikliyin özünəməxsus klinik xüsusiyyətləri vardır. Bunu, anomaliyanın hər bir forması zamanı parodont toxumasına düşən təzyiqin müxtəlif xarakterli olması ilə izah etmək olar. Lakin diş-çənə anomaliyaları zamanı parodontda gedən dəyişikliyin klinik şəklinin müxtəlif olmasına baxmaya-

raq, diş-çənə anomaliyalarının bütün formaları üçün ümumi sayıla bilən aşağıdakı əlamətləri qeyd edə bilərik.

Parodontda baş verən iltihabi və durğunluq dəyişiklikləri - diş ətinin hipertrofiyası, diş əti qanaxmaları, patoloji diş əti cibləri, diş əti kənarlarının retraksiyasıdır. Patologiyanın daha ağır formalarında dişlərdə patoloji laxlama, dişlərin ikincili olaraq müxtəlif istiqamətlərə əyilməsi, boylama oxu ətrafında fırlanması,

bəzi hallarda öz alveoluna qaxılması müşahidə olunmuşdur. Bütün bu sadalananlarla yanaşı, diş-çənə anomaliyaları zamanı parodontda gədən dəyişikliyin əsas xarakterik xüsusiyyəti - patoloji prosesin diş cərgəsinin müəyyən məhdud, hüdudlanmış bir sahəsində baş verməsidir. Belə ki, diş-çənə anomaliyası olan nahiyyədə parodontda patoloji proses müşahidə edildiyi halda, digər nahiyyələrdə bu dəyişikliklər müşahidə olunmamışdır.

Cədvəl 4.

Diş cərgəsinin anomaliyaları olan yeniyetmələr arasında parodont xəstəliklərinin yayılması

Diş cərgəsinin anomaliyaları	Anom. olan yeniyet. sayı	Parodont xəstəliyi olanlar		χ^2	P
		sayı	M±m		
Ayrı-ayrı dişlərin yerləşmə anomaliyası	313	188	60,1 ± 3,6	45,729	< 0,01
Diş cərgəsində trema və diastema	245	56	22,9 ± 5,6	21,320	< 0,01
Diş cərgəsində dişlərin sıxlığı	174	129	87,8 ± 2,9	126,826	< 0,01

Cədvəl 5.

Dişləm anomaliyaları olan yeniyetmələr arasında parodont xəstəliklərinin yayılması

Dişləm anomaliyaları	Anom. olan yeniyet. sayı	Parodont xəstəliyi olanlar		χ^2	P
		sayı	M±m		
Distal dişləm	273	128	46,9 ± 3,0	6,329	< 0,02
Mezial dişləm	75	38	50,7 ± 5,8	4,334	< 0,05
Dərin dişləm	334	175	52,4 ± 2,7	20,129	< 0,01
Açıq dişləm	95	52	54,7 ± 5,1	9,572	< 0,01
Çəp dişləm	113	86	76,1 ± 4,0	59,214	< 0,01

Diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont xəstəlikləri olan şəxslərin diş-çənə nahiyyəsinin rentgen müayinəsi nəticəsində aşağıdakılar müəyyən edilmişdir.

Daha çox təzyiq düşən nahiyyələrdə parodont yarığının qeyri-barəbər genişlənməsi, alveollararası çəpərin sümük toxumasının rezorbsiyası, həmin nahiyyələrdə osteoporoz əlamətləri, müxtəlif dərinlikdə sümük ciblərinin

yarlanması. Qeyd etmək lazımdır ki, rentgeno- loji tədqiqatların nəticələri heç də həmişə parodont xəstəliklərinin klinik simptomları ilə üst-üstə düşməmişdir.

Tədqiqatlarımızın nəticələrinin analizi bir daha sübut etmişdir ki, diş-çənə anomaliyaları parodont xəstəliklərinin gedişatını ağırlaşdıran əsas səbəblərdən sayılır. Klinik tədqiqatlarımız göstərmişdir ki, diş-çənə anomaliyaları bir sıra

estetik, morfoloji və funksional pozğunluqlar törətməklə yanaşı, bu zaman parodont toxumalarının üzərinə gücünə görə qeyri-normal, istiqamətinə görə qeyri-adi okklüziya yükü düşərək, parodont xəstəliklərinin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Tədqiqatlar zamanı bizim gəldiyimiz qənaətlərə görə, diş-çənə anomaliyaları sağlam parodontda patoloji dəyişikliklər yarada və ya

başqa səbəblərdən yaranmış parodont xəstəliklərinin gedişatını ağırlaşdırır bilər.

Beləliklə, diş-çənə anomaliyalı yeniyetmələr arasında parodont xəstəliklərinə daha çox rast gəlinməsinə nəzərə alaraq, anomaliyaların vaxtında aşkar olunması, profilaktika və kompleks müalicə tədbirlərinin keçirilməsi parodont xəstəliklərinin profilaktikasında önəmli rol oynaya bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.Г. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской республики. Автореф. дис. ...д.м.н. - М. - 2001. - 43 с.

2. Ахмедов А.А., Гусейнов Е.Г., Аскеров С.Б. Частота зубочелюстных аномалий у детей, находившихся на искусственном вскармливании. //Стоматология. - 1986. - №1. с. 79-81.

3. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение. - М. - 1996. - 84 с.

4. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. Автореф. дис. ...д.м.н. - М. - 2000. - 41 с.

5. Грудянов А.И. Принципы организации и оказания лечебной помощи лицам с воспалительными забо-

леваниями пародонта. Эпидемиологические, экспериментальные, клинические и социально-экономические аспекты: Автореф. дис. ...д.м.н. - М. - 1992. - 46 с.

6. Гусейнов А.Г. Взаимосвязь зубочелюстных аномалий с распространенностью кариеса зубов у детского населения Азербайджанской ССР и нуждаемость в ортодонтической помощи и зубном протезировании: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Баку. 1971. 21 с.

7. Каламкарров Х.А. Патогенез и принципы лечения функциональной перегрузки пародонта. //Стоматология. - 1995. №3. - с. 44-51.

8. Boboc G., Talea M., Oltean D. et al. Studiu privind implicatiile parodontale ale terapiei anomalilor dentomaxillare. //Stomatologia. - 1991. - vol. 38. - №12. - s. 97-107.

РЕЗЮМЕ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ И ИХ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Панахов Н.А., Гараев З.И.

Целью исследования явилось изучение распространения заболеваний пародонта при зубочелюстных аномалиях и их рентгенологическая характеристика. Было обследовано 1382 подростков с зубочелюстными аномалиями, среди которых болезни пародонта выявлены у 66,9±1,3%. Контрольную группу составляли 1067 подростки, не имевшие зубочелюстные аномалии; у них болезни пародонта отмечались в 38,5±1,5% случаях. Наиболее часто они встречались у подростков со скученностью зубных рядов, аномалиями расположения отдельных зубов и при прекрестном прикусе.

SUMMARY

PREVALENCE OF THE PARODONT DISEASES DURING VARIOUS FORMS OF THE DENTAL - MAXILLARY ANOMALIES AND THEIR CLINICAL-ROENTGENOLOGICAL CHARACTERISTIC

Panahov N.A., Garayev Z.I.

The intention of examination was the study of preading of the Paradont diseases in the case of dental-maxillary anomaly and the study of their roentgenology charakteristic. 1382 juveniles with dental-maxillary anomaly were examined, the parodont diseases was revealed among 66, 9±1.3% of them. The control group included 1067 juveniles without dental-maxillary anomaly, among they the parodont diseases were revealed in 38,5±1,5 % cases. The most often they were met among juveniles with congestion of dental raw anomaly of layout of separate teeth and in the case of the cross-bite.

Влияние различных методов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти

Кафедра стоматологии детского возраста
и профилактики стоматологических заболеваний ТГМУ, г.Тбилиси



*Вадачкориа З.О.
профессор
зав.кафедрой*

Из всех врожденных пороков развития человека приблизительно 1/3 приходится на расщелину верхней губы и неба. Частота этой патологии составляет свыше 75 % врожденных дефектов лица и головы. Врожденная расщелина неба является одним из наиболее сложных пороков развития человека вообще и челюстно-лицевой области, в частности. Она представляет собой серьезную патологию для организма не только сама по себе, в связи с анатомо-функциональными нарушениями, возникающими непосредственно на лице, но и в связи с теми патологическими процессами, которые развиваются в смежных и других анатомически близких и отдаленных органах и системах. Кроме того, врожденная расщелина лица нередко сочетается с другими пороками и болезнями, представляя в комплексе, порой, чрезвычайно большую опасность для жизни ребенка. Этот порок развития, помимо эстетического изъяна на лице, сопровождается нарушением у ребенка функции дыхания, питания, речевой артикуляции, патологическими изменениями в ЛОР-органах (В.А.Виссарионов,

1989; R.K. Wyse et al., 1990; W.C. Shaw et al., 1991; Л.В. Харьков, 1992; С.Б. Блохина, В.П. Козлова, 1995; R. Sprindzen, J. Bardach, 1995; З.О. Вадачкориа, 1996; 1997; 2000).

Уранопластика является довольно травматичным хирургическим воздействием, выполняемым различными способами в различные возрастные периоды развития ребенка, что, естественно, может отразиться на дальнейшем формировании лицевого черепа. Однако, несмотря на понимание практически всеми хирургами данной проблемы, ее стержневые моменты остаются дискуссионными.

С целью изучения динамики роста верхней челюсти у больных с расщелиной неба было обследовано 501 детей (в том числе здоровые дети с ортогнатическим прикусом) различного возраста до операции, а часть из них через год после уранопластики различными методиками. У всех детей были сняты слепки и изготовлены модели верхней челюсти. Их измерение производилось по методу Д.Н. Поповой и А.А. Талалаева (1975) с учетом ориентиров J.G. Sillman (1951), согласно которым выделяются точки позади зубов, расположенные на вершине гребня альвеолярного отростка.

Оперативное лечение 91 ребенка выполнялось видоизмененным способом "радикальной уранопластики" по А.А. Лимбергу (1926). 30 больных прооперированы с использованием способа Л.Е. Фроловой (1977); 267 детей оперированы без применения наиболее травматичных этапов радикальной уранопластики - резекции задне-внутренних краев больших небных отверстий и интерламинарной остеотомии. В настоящее время эта методика операции упоминается в специальной литературе (А.В.Останин, 1992; М.О. Лыви-Калнин и соавт., 1994; В.П. Павлов, 1994; Е.И. Карпова, 1996 и др.) под названием "щадящей уранопластики", ибо трудно установить, кем она модифицирована впервые. Ско-

рее всего жизненно важная необходимость внедрения нетравматичных методов уранопластики в раннем детском возрасте определила то, что указанные авторы, а также и мы, независимо друг от друга, пришли к одинаковому решению вопроса. Вместе с тем, назвав эту методику щадящей, мы ни в коей степени не отрицаем также щадящего характера способа Л.Е. Фроловой (1977).

Независимо от сроков проведения операции, все три способа уранопластики предусматривают одномоментное достижение нескольких ключевых задач: закрыть дефект, создать длинную и активную небную занавеску, восстановить нарушенную макроструктуру мышечных образований небо-глоточного затвора, сузить носо- и ротоглотку.

Сущность модификации способа А.А. Лимберга заключается в том, что мы отказались от рассечения слизистой оболочки носа по заднему краю небных костей, так как считаем, что это приводит

к вторичному грубому рубцеванию с последующим укорочением мягкого неба. Поэтому, производили широкую отслойку носовой слизистой, особенно по заднему краю небных костей. Более того, с целью удлинения слизистой оболочки полости носа, в отличие от классического способа А.А. Лимберга, мы производили ее Z-пластику на уровне границы твердого и мягкого неба.

Способ пластики неба с сужением глоточного кольца по Л.Е. Фроловой применялся без видоизменений.

Операцию "щадящей уранопластики" начинали с освежения краев расщелины по всей протяженности дефекта. Разрезы проводили с двух сторон по ротовой поверхности, отступая от края расщелины на 2 мм с тем, чтобы полоску слизистой опрокинуть в сторону полости носа для ушивания дефекта носовой выстилки без натяжения (рисунок).

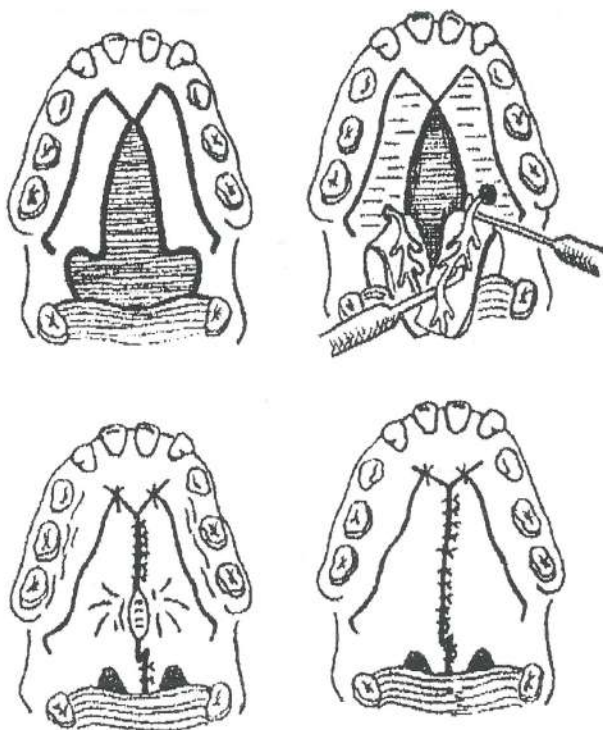


Рисунок. Схематическое изображение основных этапов способа "щадящей уранопластики"

В случае истончения слизистой оболочки этой области ее иссекали в виде полоски. Из разреза по краю мягкого неба выпрепаровывали мышцы. Далее производили разрезы В. Langenbeck, отступая от края десны на 2-3 мм, и продолжая их сзади, окаймляя дуги верхней челюсти по крыло-челюстным окладкам (разрезы F. Ernst-G.Halle). Через эти разрезы производили мобилизацию

групп мышц, прикрепляющихся к медиальным пластинкам крыловидного отростка основной кости без применения интерламнарной остеотомии, добиваясь перемещения их совместно с боковыми отделами глотки к средней линии.

Во избежание второго, не менее травматичного этапа радикальной уранопластики - резекции задне-внутренних стенок больших небных отверстий,

- из толщи лоскутов тупым путем выделяли сосудисто-нервные пучки на протяжении 2/3 длины, после чего лоскуты становились более мобильными. Затем производили, по возможности, широкую отслойку слизистой оболочки носа от небной кости. Особое внимание уделяли отслойке по заднему краю небных костей. Рассечение слизистой оболочки носа нами не применялось. Как правило, проводили Z-пластику слизистой носа. Нередко, при необходимости, таким же путем удлинляли укороченный слизисто-надкоотничный лоскут. От костных краев расщелины отделяли порочно прикрепленные волокна *m.levator veli palatini* et *m. palato-pharyngeus*. Рана в области мягкого неба ушивалась в три слоя (слизистая носа, мышцы, слизистая рта), а в области твердого неба - в два слоя. Шовный материал - кетгут, лавсан, капрон или шелк. В окологлоточные пространства укладывали йодоформные тампоны, ими же прикрывали раны твердого неба с последующей фиксацией назубной защитной пластинкой.

При сквозной односторонней расщелине передний отдел дефекта закрывали с использованием дезпителизованного опрокидывающегося треугольного лоскута В.И. Заусаева (1953). В случае двусторонней расщелины на межчелюстной кости производили Т - образный разрез, перпендикулярная линия которого проходила по середине межчелюстной кости с переходом на сошник. Дефект закрывали опрокидыванием двух дезпителизованных лоскутов. Затем выполняли все остальные элементы операции. Раны защищали йодоформными тампонами и назубной пластмассовой пластинкой.

Послеоперационный период проходил с использованием разработанных мероприятий, направленных на нормализацию общего статуса ребенка и на активацию местных репаративных процессов.

Наибольшее значение в оценке эффективности хирургического воздействия в области неба имеет анализ его отдаленных исходов по двум основным параметрам: состоянию верхней челюсти и речевого аппарата. Поскольку уранопластика проводилась нами с использованием трех различ-

ных методик, определенный интерес вызывает сравнительная характеристика метрических параметров верхней челюсти с учетом способа операции и возраста ребенка, в котором ему произведена пластика неба. Это имеет большое значение не только в прогнозировании развития и тяжести зубочелюстных деформаций, в обосновании ранней ортодонтической помощи детям, но и в определении возможной перспективы проведения хирургической коррекции неба в максимально ранние сроки, что важно для полноценной социальной реабилитации больных.

Для изучения особенностей роста и развития верхней челюсти у детей с врожденной расщелиной неба нами были обследованы 501 детей в возрасте 4-8 лет, из них: 388 - с различными видами расщелины неба и 113 - с ортогнатическим прикусом (средняя индивидуальная норма). Анализ результатов антропометрических исследований о влиянии различных методов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти, показал что при выполнении видоизмененной методики А.А. Лимберга уже через один год отмечается статистически достоверное сужение верхней челюсти в трансверсальных направлениях. При проведении операции по методу Л.Е. Фроловой и шадящей уранопластики достоверное уменьшение размеров верхне-челюстной дуги наблюдалось лишь в области молочных моляров, к тому же эти изменения были менее выражены, чем у детей, которых оперировали по методу А.А. Лимберга. Однако, при сопоставлении результатов методики Л.Е. Фроловой и шадящей уранопластики установлено, что наименьшее сужение дуги верхней челюсти в трансверсальном направлении отмечается у детей, которым была произведена шадящая уранопластика.

Таким образом, сравнительный анализ результатов влияния различных способов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти позволил установить минимальную травматичность методики "шадящей уранопластики", без вмешательства на костные структуры неба, что позволяет рекомендовать ее применение в раннем детстве.

INFLUENCE OF DIFFERENT METHODS OF PALATE PLASTIC ON GROWTH AND DEVELOPMENT OF UPPER JAW

Zurab Vadachkoria

Issue describes palate plastic method. It is compared with other two methods of uranoplasty. Comparable analyzes of results showed, most traumless effect of "sparing uranoplasty" method. The above mentloned encoureged us to recommend this method as a best choice in operational treatment for the children in their earlier age.

Избирательная пришлифовка преждевременно контрактирующих зубов химическим способом

Нигматов Р.Н., Якубова Ф.Х., Юлдашева Н.Р.

Кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии I-ТашГосМИ,
г.Ташкент

При частичной потере зубов, заболеваниях пародонта, а также при аномалиях и вторичных деформациях зубо-челюстной системы нередко появляются преждевременные окклюзионные контакты, которые ввиду развития вторичной травматической окклюзии, ухудшают течение и прогноз болезни. Кроме того, при патологии органов челюстно-лицевой области (парафункции жевательных мышц, болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава) наряду с терапевтическим воздействием необходимо нормализовать окклюзионную нагрузку по величине, направлению и продолжительности (Каламкаров Х.А., 1981, Barrio P., Rezzole N., 1979).

Избирательная пришлифовка зубов направлена на устранение функциональной травматической перегрузки пародонта, установление множественного и равномерного окклюзионного контакта между верхним и нижним зубными рядами. В конечном итоге исключаются парафункциональные ситуации, обусловленные преждевременными окклюзионными контактами.

Во многих стоматологических лечебных учреждениях пришлифовка зубов пока еще не получила достаточного признания (Каламкаров Х.А., 1981). Это объясняется, с одной стороны, боязнью врачей сошлифовывать естественные здоровые зубы, с другой - отсутствием единой общепризнанной методики, а также в следствии сложности проведения данной методики, необходимости многократной посещаемости, страх больного, невозможности добиться очень точных и долговременных результатов.

Избирательная пришлифовка зубов и коррекция окклюзии приводит к улучшению функ-

ции жевательного аппарата, исключении травматических узлов, уменьшении напряжения мышц и ощущения неудобства и даже боли в процессе смыкания зубов, устранении некоторых функциональных нарушений перед протезированием, вредных привычек и закреплении результатов ортодонтического лечения.

Целью настоящей работы - нормализации окклюзии путем избирательной пришлифовки преждевременного контактирующих зубов при помощи химического способа.

Материал и методика. Исследования проведены у 34 больных (11 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих частичной вторичной адентией с явлением вторичной деформацией и заболеваниями пародонта. Ортогнатический прикус был у 27 больных, прямой - у 4, глубокий - у 3. Всем больным проводили клинко-стоматоскопическое обследование, готовили диагностические модели, на которых изучали индивидуальные особенности окклюзионных взаимоотношений, тип смыкания зубов, их наклон и другие антропометрические измерения. У части больных проводили рентгенологические исследования.

Для определения преждевременных окклюзионных контактов получали обзорные окклюдодиаграммы по методике И.И. Посталаки (1987). Для этого использовали 2 пластины воска для бюгельных работ, между которыми прокладывали алюминиевую фольгу толщиной 0,01 мм. Избирательную пришлифовку проводили по нежеопысываемой методике.

Методика проведения химического способа избирательной пришлифовки зубов:

в проведении данной методики используются

30 %-ная ортофосфорная кислота, можно различные другие протравляющие компоненты композиционных и светотвердеющих материалов, при их отсутствии различные химические кислоты в определенных концентрациях.

При проведении этой методики ватными тампонами изолируется слизистая оболочка и при ватной турундой наносится протравляющая жидкость на стандартные точки применяемой при избирательной шлифовке. Необходимо предотвратить попадание реагента на кариесогенные зоны.

Фиксация реагента в пределах 30 секунд (до 1-ой минуты). В течении этого времени происходит достаточная деминерализация твердой ткани зубов. Больному предлагается щелочное полоскание.

Далее при различных окклюзионных взаимоотношениях челюстей (в процессе глотания, разговоре, при приеме пищи, жевании), происходит максимально точное шлифование этих протравленных участков эмали до создания максимального контакта между зубами верхней и нижней челюстей. После того как эти максимальные контакты созданы, сам процесс саморегулированного шлифования заканчивается. После проведенного мероприятия зубы необходимо покрыть фтористом лаком и рекомендовать чистить их пастами, содержащими фтор. Максимальное время проведения этой процедуры составляет 10-15 минут.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная оценка окклюдограмм и контрольных моделей челюстей до и после избирательного шлифования химическим способом показала восстановление множественного и равномерного окклюзионного контакта. Отрадно отметить, что при наличии у больных вторичных перемещений зубов после частичной потери результаты ограничивались химической шлифовкой зубов, блокирующих скользящие движения нижней челюсти.

После химического способа шлифовки зубов по показаниям осуществляли шинирование и протезирование рациональными конструкциями зубных протезов.

Предлагаемая нами методика очень проста, легко усваивается, не требует много времени и выполняется в течении одного посещения.

Немаловажным преимуществом этой методи-

ки является отсутствие грубых оперативных вмешательств (шлифование твердых тканей зубов борами, камнями, дисками, алмазными и карборундовыми фигурными головками и др.).

Нормализация окклюзионных взаимоотношений происходит в течении нескольких минут и незаметно для больного. Подвергшиеся частичной деминерализации в стандартных точках шлифование - режущая поверхность фронтальных зубов и бугров жевательной поверхности - преждевременные пункты касания постепенно шлифуются строго индивидуально и максимально точно, создаются множественные контакты в различных окклюзионных положениях. Далее с течением времени происходит процесс реминерализации эмали, прочность и структура этой ткани восстанавливаются. Таким образом, преимуществом нами предложенной методики является: дешевизна, простота применения, однократное посещение, устранение болевого и психологического фактора и максимальная точность.

Единственным неприятным моментом является появление гиперестезии, проходящая через 3-4 дня, процесс реминерализации происходит постепенно, но в короткое время.

Проведенные клинко-стоматоскопические и антропометрические исследования непосредственных и отдаленных результатов лечения больных в сроки от 3 месяцев до 2 лет показали, что больные отмечали чувство облегчения, удобства при разговоре, жевании и более плотный контакт между зубными рядами, исчезали имевшиеся у части из них привычные парافункциональные движения нижней челюсти со смещением в сторону.

Результаты рентгенологических исследований показали, что у большинства больных процесс резорбции костной ткани альвеолярного отростка стабилизировалась.

Таким образом, устранение скрытых и явных преждевременных зубных контактов, устранение вторичной травматической окклюзии путем избирательного шлифования зубов химическим способом, в комплексном лечении больных следует рассматривать как одно из главных условий, обеспечивающих успех ортопедической стоматологической помощи и эффективность их лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гемонов В.В., Большаков Г.В., Цыренов Б.Б. Гистоархитектоника эмали зубов человека. // Стоматология, 1998. -1. С. 5-8.
2. Золотарева Ю.Б. Избирательное пришлифовывание при лечении болезней пародонта./ Материалы 4-съезда стоматологической ассоциации России, М., 1998. С.49.
3. Каламкарров Х.А. Заболевания пародонта. М. 1981. 187 с.
4. Ловчинюк И.Д. Диагностика, клинко-функциональная характеристика окклюзионных нарушений и особенности их ортопедического лечения. -Дисс.канд.мед.наук., Киев, 1990. -143 с.
5. Линченко И.В. Морфологические особенности окклюзионных поверхностей зубов в различные возрастные периоды. Дисс.канд.мед.наук., Волгоград, 1998. 113 с.
6. Легович М., Мадж Л. Аномалии окклюзии во временном и смешанном прикусах. // Стоматология, 1998.-3. С.51-56.
7. Персин Л.С., Ханукай А.Р. Гармония лица и окклюзия. // Стоматология, 1998. -1. С. 66-70.
8. Спицина Н.П. Сравнительная оценка методов одонтопрепарирования при ортопедическом лечении. Дисс.канд.мед.наук., М., 1996. 130 с.
9. Borio P., Pezzole M. -Minerva stomat., 1979, v. 28, p. 225-230.
10. Silverman M.M. Occlusion in Prosthodontics and in the Natural Dentition, Washington, 1982, p. 245-254.

XÜLASƏ

VAXTINDAN QABAQ TOXUNAN DIŞLƏRİN KİMYƏVİ
ÜSULLARLA SELEKTİV HAMARLANMASI

Niqmatov R.N., Yakubova F.X., Yoldaşeva N.R.

Çeynəmə aparatının okklyuzion yükünü normallaşdırmaq üçün müəlliflər tərəfindən dişlərin selektiv hamarlanmasının kimyəvi üsulu istifadə edilmişdir.

Müşahidə altında 18 yaşdan 55 yaşına qədər dişlərin ikincili deformasiya ilə ağırlaşmış ikincili hissəvi adentiya və parodont xəstəliyi ilə qismən əziyyət çəkən 34 (11 kişi və 23 qadın) xəstə olmuşdur.

Dişlərin kimyəvi hamarlanması üsulunda 30%-li ortofosfat turşusundan istifadə edilmişdir.

Прямые композиционные виниры - решение проблемы дисколоризации зубов

Мамаладзе М.Т., Вадачкориа Д.З., Ивериели М.В., Вадачкориа З.О.

Кафедра терапевтической стоматологии, кафедра детской стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний ТГМУ, г.Тбилиси

Вопрос реставрации фронтальных зубов всегда оставался ведущей проблемой в стоматологии и одонтологии в частности. Сложность и актуальность его обусловлена различными факторами. Во первых, кариес и его осложненные формы всегда остро ставят вопрос о необходимости адекватного восстановления разрушенных коронок зубов. Данная манипуляция уже носит не только лечебный, но и эстетический характер. Цветоизмененные зубы, часто не подвергаются эндо и экзогенному отбеливанию, а от покрытия их искусственными коронками они еще воздерживаются (3). Эстетические параметры фронтальных зубов (их цвет, форма, гладкость поверхностей, наличие кариозных полостей, качество проведенных реставраций) всегда особо волнуют пациентов, так как сильно влияют на черты лица, специфику разговорной речи и др.

Проблему усугубляет еще то, что нередко на фронтальных зубах обнаруживаются дефекты некариозного происхождения, такие как гипоплазия и эрозия эмали, флюороз зубов, клиновидные дефекты и другие. Если к вышесказанному добавить и травмы твердых тканей зубов (переломы или трещины коронковой части), то проб-

лему дентальной реставрации или же реконструкции можно представить во всю ширину.

Последние достижения в стоматологическом материаловедении предоставили врачам большие возможности. Рост и усовершенствование пломбировочных и реставрационных средств дают возможность не только успешно, эстетично запломбировать кариозные полости, но и изменить форму и цвет зубов по желанию пациентов и завуалировать те визуальные дефекты, которые раньше решались всего лишь ортопедическим путем. Современная терапевтическая коррекция¹ зубного ряда первым делом включает изготовление композиционных или керамических виниров зубов. Композиционное винирование фронтальных зубов, что включает покрытие вестибулярных фассет зубов от шейки зуба включая режущий край, является "излюбленной" методикой стоматологов-терапевтов, так как процедура завершается почти всегда в одно посещение и не требует дополнительных лабораторных услуг (1, 7, 9). Современные композиционные массы, компомеры, и ормомеры успешно решают вышеставленные задачи. Однако, преступая к столь сложной и ответствен-

ной процедуре, врачам обязательно следует знать и учитывать все те этапы и нюансы, которые нередко принимают решающий характер и сильно влияют на качество реставрации.

Вопрос особенно актуален, когда дело касается коррекции дисколоризованных зубов (2, 4, 9). С уверенностью можно отметить, что естественный цвет коронки зуба определяется субэмальевым слоем, т.к. сама эмаль, в связи со своей фиброоптической особенностью, ткань прозрачная. Поэтому, для достижения желаемого эффекта во время реставрации цветоизмененных зубов, следует успешно и максимально замаскировать "причинный" дентин. Эту проблему удовлетворительно можно решить с помощью последовательного и грамотного применения микрогибридных композиционных масс, которые и создадут т.н. субопаковый слой - базис для дальнейшей реставрации зуба.

В связи с вышеуказанным, целью нашего исследования являлось усовершенствование метода прямого винирования зубов субопаковой техникой с помощью применения акриловой матрицы.

Под наблюдением находились 22 пациента (15 женщин и 7 мужчин), которые хотели изменить цвет нескольких неэстетических зубов. Всего предстояло реставрировать 31 зуб. В 4 случаях диагностировали - *dentionogenesis imperfecta*, в 9 - *amelogenesis imperfecta*, в 12 случаях - по причине ранней травмы пульпы зубы были девитализированы, а корневые каналы - запломбированы неоднократным пломбировочным материалом, на 6 зубах отмечались несколько лет назад изготовленные прямые композиционные виниры, которые несоответствовали цветы соседних зубов и через фаскеты просвечивались сероватокоричневые оттенки дисколоризованного дентина.

Для проведения реставрации были подобраны следующие массы: гибрид (Purac-

Dentsply, Ariston-Vivadent, Admira-flow-Voco, Ionoseal-flow-Voco) - они создавали субопаковый слой, а композиционную фассету (винир) формировали из Herculait XRV (Kerr.). Перед началом препарирования зубов изготавливали акриловые матрицы, чтобы точно повторить естественную форму и рельеф лабиальной поверхности реставрируемого зуба. Материалом для изготовления матрицы был выбран Duralay Clear.

Метод создания и формирования субопакового слоя первым делом начинали с препарирования поверхностей зубов. Для максимизации силы сцепления и внутреннего цвета субопаковые и композитный слой располагали "Sandwich" техникой. С поверхности коронковой части зубов (лабиальной, проксимальной и режущей) "убирали" эмаль на глубину 0.7 мм. Следует отметить, что эта глубина вполне достаточно для последующего изготовления композиционных или керамических виниров, однако для создания субопакового слоя, в зависимости от интенсивности внутреннего "просвечивания", приходилось "снять" эмаль еще на 0.3 мм в глубину. Таким образом, по всему периметру коронки зуба эмаль была отпрепарированна на 1 мм. В пришеечной кайме зуба эта глубина всегда оказывается недостаточной. Поэтому, для увеличения маргинального прикрепления, механического сцепления и достижения нормального цвета зуба на протяжении всей околодесневой арки, в субгингивальной области структуры зуба убирали еще на 0.2-0.3 мм. После препарирования твердых тканей зуба, приступали к его реставрации. Перед началом реставрации особое внимание уделяли дезинфекции "операционного пола" хлоргексидинсодержащими препаратами или Cavity cleanser (Bisco). Удаление постпрепарировочных масс с поверхности зуба иногда осуществляли методом химического гравирования на 15 или 20 секунд. После промывания и высушивания, зубы были готовы к

реставрации. Основу реставрации представляла комбинация опакowego и гибридного композита т.н. "сэндвич" методом.

Очень часто под понятием "сэндвич" метода подразумевается наложение опакowego слоя (чаще всего комно или ормокера) на дентинную поверхность и сверху т.н. "облицовка", или же заполнение кариозной полости гибридным материалом. На самом деле, суть "сэндвич" метода заключается в том, опаковый лайер занимает место между двумя слоями гибрида (8). Так, в наших исследованиях в 20 случаях комбинировали Tetric-Dyract-Tetric, а в 11 случаях - Tetric-Admira-Tetric. Адгезию к тканям зуба осуществляли с помощью однокомпонентных адгезивов PQ-1 (Ultradent) - 15 случаев, и AQ-bond (Morita) - 16 случаев методом влажного бондинга (5, 6). На первом этапе реставрации, после ретракции краевой десны нитьям равм. 3-0; накладывали тонкий слой подобранного гибрида и полимеризовали в течении 40-50 секунд. Следует отметить, что в 61,5% случаях под гибридным слоем (несмотря на достаточную опаковость Tetric-ceram) по всему периметру зубной фассеты, все равно просвечивал дисколоризованный дентин. В 30,7% случаях сероватый оттенок дентина был особенно заметен в пришеечной области зубов, и лишь в одном случае Tetric-ceram (Universal - A-3) сумел полностью замаскировать неэстетический цвет зуба. Полученные клинические результаты лишний раз подтверждали и так обоснованную необходимость применения компомера и ормокера в качестве дополнительного опакowego слоя, что и осуществили на 20 зубах. Во время реставрации особое внимание уделяли соблюдению дополнительной толщины опакowego слоя. При работе с Dyract клинических трудностей было гораздо меньше, чем во время применения Admira. Последний материал в связи с тем, что является текущим, наносили с помощью кисточек, что

создавало определенные трудности при формировании гладкой поверхности. После полимеризации опакера, накладывали последний слой подобранного гибрида и фотополимеризовали с помощью Demetron-400 (Kerr.). Следует отметить, что перед тем как наносить последний слой гибрида на зуб примеряли уже изготовленную акриловую матрицу.

Внутреннюю поверхность матрицы обрабатывали дентальным вазелином и на зуб накладывали гибридный композит. Плотное прилегание матрицы на пломбировочный материал, способствовало образованию точного размера зуба на композиционную массу. Через матрицу реставрированную поверхность полимеризовали в течении 10 секунд. Окончательную полимеризацию осуществляли на 50 сек. режиме.

В заключении следует отметить, что с помощью применения субопаковой техники успешно можно восстановить фронтальные зубы любыми видами виниров, замаскировать цветоизмененный дентин и заменить старые неудачные реставрации на более прочные и эстетичные. "Сэндвич" метод применения композитов, компомеров и ормокеров актуален еще и тем, что с его помощью осуществляется крепкое прилегание тканей зуба и реставрационных средств. Так, гибридные композиты, содержащие силикатные частицы, прочно связываются, с одной стороны, с дентином, с другой стороны, с другими гибридами или керамическими массами. Опаковые же массы, будучи микрофиллами (с размером частиц около 0,04 мкм), не способны осуществить ту силу сцепления с дентином, что свойственно гибридам (размеры частиц 0,6-5,0 мкм). Именно поэтому, расположенный между гибридными композитами блокированный слой - медиум-опакер и является создателем структурного и оптического совершенства реставрированного зуба.

REFERENCES:

1. Birnbaum N.B. - Direct oven-tempered hybrid composite - resin laminate veneers. Pract. Periodont. Aesth. Dent. 1992, v.4, №5, p. 23-31.
2. Cheek C.C., Heymann H.O. - Dental and oral discoloration associated with minocycline and other tetracycline analogs. J. Esth. Dent., 1999, v. 11, №1, p. 43-48.
3. Fahl N., Denehy G.E., Jackson R.D. - Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. Pract. Periodont. Aesth. Dent., 1995, v. 7, №8, p. 13-21.
4. Giunta J.L., Tsamtsouris A. - Stains and discolorations of teeth: review and case reports. J. Pedod., 1976, №2, 175-182.
5. Kanka J. - Resin bonding to wet substrate. 1. Bonding to dentin. Quintessence Int., 1992, v.23, №1, p. 39-41.
6. Mamaladze M., Iverieli M., Vadachkoria D. - Restoration of frontal teeth with composite veneers made by combined way. Black-Sea Countries II International conference "Advances of Clinical and Theoretical Medicine and Biology", May 11-14, 2000, Trabson, Turkey
7. Nakabayashi N., Ashizawa M., Nakamura M. - Identification of a resin-dentin hybrid layer in vital human dentin created in vivo: durable bonding to vital dentin Quintessence Int., 1992, v. 23, №2, p. 135-141.
8. Terry D. - Direct reconstruction of the maxillary anterior dentition with composite resin: a case report. Pract. Periodontics Aesthet. Dent., 1999, v. 11, №3, p. 361-367.
9. Yamada K. - Porcelain laminate veneers for discolored teeth using complementary colors. Int. J. Prosthodont, 1993, №6, p. 242-247.

RESTORATION OF DISCOLORED TEETH WITH DIRECT RESIN COMPOSITE VENEERS

M. Mamaladze, D. Vadachkoria, M. Iverieli, Z. Vadachkoria

Dental discoloration is an esthetic problem that manifests itself for a variety of reasons. In treating dental problems, the authors looked for solutions that converse tooth structure. To achieve natural-appearing esthetic results it is important to be aware of technological advances in materials science as well as a proper use of esthetic dental techniques. The authors explored a sub-opaquing technique, that allows for progressive lightening of highly stained teeth to create natural color depth in a conservative direct composite veneer procedure.

Особенности состояния тканей протезного ложа при гематологических заболеваниях

Кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии I-ТашГосМИ,
г.Ташкент



Нигматов Р.Н.
доцент

При оказании ортопедической стоматологической помощи больным страдающим общесоматическими заболеваниями, особенно, страдающие болезнями крови и кроветворных органов часто не учитывается состояние органов протезного ложа, что способствует возникновению целого ряда нежелательных явлений, в частности уменьшению сроков пользования зубными протезами, увеличение частоты протезных заболеваний, ускорению атрофических процессов органов полости рта, удлинению сроков адаптации к зубным протезам, в некоторых случаях об отказе пользования ими.

В отечественной и зарубежной литературе очень мало сведений относительно особенностей ортопедической стоматологической тактики при гематологических заболеваниях.

Стоматологическая литература и клинический опыт стоматологов /Русак М.К., Бусыгина М.В., Воробьева А.И., Лузкова С.Л., Дунаевский В.Н., Ландо Р., Хаваш Ф., Постникова А.П., Петросян И.Г., Кутьков Ю.П. и др./ располагают огромным материалом о том, что болезни крови и кроветворных органов имеют характерные клинические проявления в полости рта. Основная масса этих исследований были направлены на выявление частоты и тяжести тех или иных стоматопатий, а также проводились в целях ранней и дифференциальной диагностики заболеваний крови и кроветворных органов.

Целью настоящего исследования является изучение состояния протезного ложа рта больных страдающих различными болезнями крови, кроветворных органов и профилактике побочных воздействий зубных протезов.

Задачей нашего исследования является изучение особенностей тканей протезного ложа и их реакция на ортопедические стоматологические манипуляции и на протезы у гематологических больных. Это позволит в последующем решить ряд проблем, в частности разработки рекомендаций по дифференциальному решению показаний и противопоказаний к зубному протезированию, оптимальных конструкций, материалов и методов изготовления зубных протезов, выбору времени благоприятного протезирования, режима пользования, ухода за протезами и тканями протезного ложа.

Для решения поставленных задач нами обследовано состояние органов полости рта у 309 больных, страдающих различными болезнями крови и кроветворной системы, в НИИ гематологии и ПК Республики Узбекистан. Нозологические формы и возрастные показатели даны в таблице №1.

Состояние твердых тканей зубов и зубных рядов изучали по общепринятой методике. Диагнозы установлены на основании клинических и рентгенологических исследований.

Состояние парадонта изучены по классификации ВОЗ. Кроме общепринятых клинических методов исследования, использованы специальные методы: стоматоскопия, электромиография, реография, электроодонтодиагностика, термометрия, полярография, а также морфологические методы исследования. Кроме клинико-функциональных методов исследования нами изучены состояния имеющихся зубных протезов в полости рта и нуждаемость в зубном протезировании.

Таблица 1

№	нозологические формы	кол-во больных	до 2 лет	20-2 лет	30-3 лет	40-4 лет	50-5 лет	60 и старше
1.	Болезнь Верльгофа	47	11	10	11	5	9	1
2.	Гемофилия	29	13	10	5	4	1	-
3.	Ж.Д.А.	67	-	17	8	18	9	15
4.	Гипопластическая анемия	44	-	13	13	3	2	13
5.	Гемолитическая анемия	13	-	4	4	2	3	-
6.	Постгеморрагичес. анемия	43	-	6	9	18	8	2
7.	Лимфолейкозы	23	-	-	-	4	8	2
8.	Миелолейкозы	39	-	3	5	8	11	11
9.	Острые лейкозы	5	-	3	-	-	2	-
10.	Всего:	309	24	76	55	58	53	43

В зависимости от гематологического диагноза больные были разделены на 3 группы: В первую группу включены 76 больных, страдающих геморрагическими диатезами /Болезни Верльгофа - 47/, /гемофилия - 29/, во вторую группу - 67 больных, страдающих различными анемиями /ЖДП - 67, гипопластическая анемия - 44, гемолитическая анемия - 13, постгеморрагическая анемия - 43/. В третью группу включены 66 больных, страдающих лейкозами /лимфолейкозы - 23, миелолейкозы - 38, острые лейкозы - 5/.

Результаты обследования больных, включенных в первую группу показали, что при болезни Верльгофа, характеризующейся снижением количества тромбоцитов в крови, кроме типичных внешних признаков, обращает на себя внимание кровоизлияние под кожу и кровоточивость из слизистых оболочек, которые возникают спонтанно или под влиянием едва заметных травм. Кровотече-

ния наблюдались в большинстве случаев из межзубных сосочков и пришеечного края десны. В других местах слизистая оболочка полости рта бледного цвета, атрофична.

Зубы и слизистые оболочки десны у таких больных не подвергались лечению из-за боязни вызвать повторных кровотечений. На зубах имелись обильные отложения с темно-бурым налетом.

Во второй группе обследовали 167 больных, страдающих разными анемиями. У больных, страдающих железодефицитной анемией /67/ почти у всех отмечались сухость, шелушение каймы губ, бледность кожных покровов и слизистой оболочки полости рта.

Высокая поражаемость зубов кариесом наблюдались у этих больных.

Межзубные сосочки в области разрушенных зубов и корней гиперемизированы, отекают, рыхлые. На слизистой оболочке щеки,

твердого неба наблюдались единичные пестроты. У большинства больных сухость во рту затрудняла обработку, формирование и проглатывание пищевого комка. Возникла необходимость дополнительно смачивать их. У больных с этой патологией чаще всего отмечалась атрофия слизистой оболочки полости рта, особенно нитевидных и грибовидных сосочков языка, у некоторых больных отмечалась полная атрофия всех сосочков языка /по типу Гюнтер-Миллеровского Глоссита/. У некоторых больных отмечалась парестезия и нарушение вкусовой чувствительности.

У больных /44/ с гипопластической анемией в начале заболевания беспокоили частые кровотечения из десен при чистке зубов и при приеме грубой пищи. При осмотре полости рта обращала на себя внимание резкая бледность слизистой оболочки губ, щек, неба, десен. Весьма характерные для периода обострения заболевания были серые налеты на деснах со зловонным запахом. Межзубные сосочки были отечными с несколько синюшным оттенком. Нередко зубы были подвижными, отмечались глубокие патологические карманы, но без гноетечения.

Состояние слизистых оболочек у больных с гемолитическими и постгемолитическими анемиями точно такое же, как при гипопластической анемии.

При всех видах анемии характерно нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, проявляющееся в виде трещин, заед. Слизистая оболочка протезного ложа истончена, менее эластична, податливость низкая, легко травмируется.

Для всех больных с анемиями характерно недостаточное ороговение эпителия слизистой оболочки языка, атрофия его сосочков, а также резкая бледность видимых кожных и слизистых покровов.

В третьей группе обследованы 66 больных, страдающих лейкозами. У этой группы больных наблюдались выраженная воспалительная реакция в слизистой оболочке полости рта, особенно в деснах. Десны рыхлые, гипертрофированные. Зона вос-

паления обильно васкуляризована, порой наблюдаются застойные явления. Лейкемический инфильтрат иногда полностью перекрывает всю коронковую часть зуба. Кровотечение у них возникает самопроизвольно или от незначительных травм.

У больных, страдающих острыми лейкозами в полости рта постоянно наблюдались наличие кровяных сгустков и резкий зловонный запах. При хронических лейкозах изменения в полости рта носили более стертые формы.

Таким образом, мы изучали клинических, функциональных и морфологических изменений тканей протезного ложа при различных формах болезни крови и кроветворных органов.

Было установлено, что в зависимости от формы патологии меняется рельеф протезного ложа, структура слизистой оболочки и ее функциональное состояние. Без учета этих изменений нельзя добиться эффективного ортопедического стоматологического лечения. Например, при анемиях, кроме гипопластической и гемолитической, преобладают дистрофические процессы в слизистой оболочке протезного ложа в периодах обострения и ремиссии, то у больных с лейкозами и при геморрагическом диатезе в период обострения болезни наблюдается резкая гипертрофия, а у части больных отек слизистой оболочки полости рта, резко изменяющийся рельеф протезного ложа. Следовательно, начало протезирования, снятие слепков, проведение других ортопедических манипуляций возможно почти в любом периоде течения анемии, за исключением гипопластической анемии, а у больных с геморрагическими диатезами и лейкозами проведение вышеперечисленных процедур противопоказано в периодах обострения и активного лечения основного заболевания.

Существенные особенности ортопедической стоматологической тактики при различных гемолитических заболеваниях должны быть решены в вопросах показаний и противопоказаний к протезированию зубов, особенности препаровки зубов и наложения протезов, режима пользования протезами, уход за ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов П.М., Адылов К.А. Состояние органов полости рта у больных, пользующихся различными конструкциями зубных протезов и страдающих болезнями крови и кроветворной системы. // Материалы научной конференции стоматологов г. Ташкента - Ташкент - 1989. - С. 93-96.

2. Джумадиллаев Д.Н. Показания и противопоказания к применению комплексов профилактических мероприятий при препарировании

твердых тканей зубов у больных с пороками сердца // Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы I съезда стоматологов Казахстана. - Алматы, 1998. - С. - 272-280.

3. Яковлев П.В., Яковлева Л.П., Ивасенко П.И., Ильина А.В. Схема действий стоматологической помощи пациентам с сердечно - сосудистой патологией. // Стоматология. Спец. выпуск. М., 1998. - С. - 39-41

X Ü L A S Ə

HEMOTOLOJİ XƏSTƏLİKLƏR ZAMANI PROTEZ YATAĞI
TOXUMALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Nigmatov R.N.

Hematoloji xəstəliklər zamanı ağız boşluğunun selikli qişası (ABSQ) klinik-stomatoskopik üsulla tədqiq edilmişdir. ABSQ-nin klinik-stomatoskopik göstəricilərinin müqayisə edilməsi struktur dəyişmələrinin ağırlığı ilə ümumi xəstəliyin müxtəlif mərhələləri arasında korrelyasiyanı aşkara çıxarmışdır. Bu, ortopedik-stomatoloji taktikanı seçmək məqsədilə protezlənmə məsələlərinin həllində nəzərə alınmalıdır.

SUMMARY

RPOSTHETIC BED CONDITION IN HEMATOLOGIC DISEASES
AND PREVENTION OF SIDE-EFFECTS OF DENTURES

Nigmatov R.N.

Clinical-stomatoscopic examination of the mucosa was carried out in patients with hematologic diseases. Correlation was revealed between the severity of structural changes of the background disease. It should be taken into consideration for decision making in prosthesis and for proper stomatological tactics.

Сравнительная оценка эффективности лекарственных растений в комплексной терапии герпетических стоматитов у детей

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ, г. Баку



Алиева Р.К.
зав.кафедрой



Мирзазаде Э.С.
ассистент



Гулиев А.И.
ассистент

Герпетическая инфекция - эта группа инфекционных заболеваний, вызываемых вирусами семейства Herpesviridae (от греч. Herpes - ползучая болезнь). Вирусы этого семейства подразделяют в зависимости от типа клеток, вовлекаемых в инфекционный процесс и персистенции у "естественных хозяев". Они являются патогенными, им присуща латенция. В настоящее время отмечается рост герпетической инфекции, представляющий серьезную угрозу для репродуктивного здоровья населения. По данным ВОЗ, заболевания, вызываемые вирусом герпеса, занимают 2-ое место (15,8%) после гриппа (35,8%) среди причин смерти от вирусных инфекций (Э.М. Мельниченко, В.Н. Михайловская, 1991).

В случае инфицирования герпес-вирусами при нормально функционирующей иммунной системе запускаются последовательные специфические и неспецифические каскадные реакции, приводящие к формированию сильного длительного иммунитета к конкретному типу вируса. Формирование противогерпетического иммунитета происходит как при манифестном,

так и при бессимптомном течении заболевания. У иммунокомпетентных лиц происходит образование неспецифических альфа-, бета- и гамма-интерферонов, выработка специфических антител различных классов и разной направленности (иммуноглобулины классов Ig M, Ig G2 и Ig G1), повышение активности естественных клеток-"киллеров" и формирование мощного пула высокоспециализированных Т-киллеров. У плода и новорожденного важным фактором, определяющим степень тяжести и течение герпетической инфекции являются противогерпетические антитела, передающиеся трансплацентарно от матери (А.Г. Коломиец с соавт. 1997).

Полученные в последние годы данные свидетельствуют о высоком проценте рецидивов этого заболевания. Рецидивы герпеса возникают с различной частотой. Появление герпетических поражений 1 раз в несколько лет или не чаще 2 раза в год можно расценивать как благоприятный прогностический признак. Рецидивы, возникающие чаще (1 раз в 3 мес., ежемесячно или даже каждые 2 нед.), свидетельствует о не-

достаточности иммунной системы, что требует тщательного обследования и проведения лечения. Было установлено, что частные рецидивы регистрируются у лиц с изолированным или сочетанным иммунодефицитом в разных звеньях иммунного ответа (количественная и/или функциональная недостаточность), и прежде всего связан с дефицитом тех компонентов, которые являются "главной силой" противогерпетической защиты: специфических Ig G - антител, гамма-интерферона, типоспецифических Т-киллеров. Наряду с этим, ВПГ-инфекция может индуцировать функциональные повреждения в неспецифических иммунных эффекторных клетках (изменяет многие функции макрофагов, включая угнетение хемотаксиса, снижение фагоцитоза, при острой инфекции возможно значительное угнетение бласттрансформации лимфоцитов и продукции цитокинов). В этом случае на фоне незавершенного или недостаточно специфического иммунного ответа вирусы получают возможность выживания, мутации и латенции. Проблема герпетической инфекции состоит в том, что иммунная система реагирует только на свободные вирусные частицы или антигенные детерминанты (внеклеточное расположение), но на латентные вирусы, "укрывшиеся" в нервных клетках ганглиев периферической нервной системы и фагоцитах иммунная система не реагирует. Иммунные дефекты выявляются только под антигенной нагрузкой. В результате большой роли иммунологических механизмов в патогенезе герпеса принято считать его не только вирусным, но и в значительной степени иммунологическим заболеванием (Р.М. Бикбулатов, 1986).

В связи с вышеизложенным, при лечении данного заболевания оправдано применение иммуностимуляторов, таких как, декарис, алпизарин, продигозан и др. (Н.В. Курякина, 2001). Дальнейшие исследования в этом направлении, а именно применение лекарственных средств, обладающих как противовирусным, так и иммуностимулирующим действием, доступных, полученных из местного сырья, имеют большую актуальность.

Несмотря на широкое применение химиотерапевтических препаратов, лекарственные растения вызывают значительный интерес у врачей разных специальностей, в частности у стоматологов. Повышение интереса к лекарственным растениям является следствием учащения случаев побочного действия и аллергических ре-

акций после применения синтетических лекарственных средств. В связи с этим многие лекарственные растения, широко используемые в народной медицине, после испытания в клинике нашли применение в современной медицине, в частности в стоматологии. К таковым относятся арника, подорожник, шалфей и другие растения (А.П. Грохольский с соавт. 1995). В данном случае наш выбор пал на лекарственные растения, произрастающие на территории нашей республики. Это - солодка голая (*Glycyrrhiza glabra* L.) и репейник обыкновенный (*Agrimonia eupatoria*).

Нами было проведено обследование и лечение 60 больных. Герпетический стоматит диагностировали на основании клинических и цитологических методов исследования. Острый герпетический стоматит (среднетяжелая форма) был выявлен у 22 детей в возрасте от 1 до 5 лет, 38 детей в возрасте от 4 до 12 лет обратились с обострением рецидивирующего герпетического стоматита. Для проведения лечебных мероприятий больные были разделены на 2 группы. Лечение начинали с первичной обработки полости рта, а именно обезболивание слизистой оболочки полости рта 5 % анестезиновой эмульсией, антисептическая обработка, удаление налета с поверхности зубов сухими или смоченными в слабом растворе марганцовокислого калия, а затем хорошо отжатыми ватными тампонами, в случае необходимости очищение пораженных участков слизистой оболочки полости рта от некротических масс ферментами. Больным 1-ой группы для приема внутрь в течение 7 дней назначали препарат солодки голой. Во 2-ой группе в такой же продолжительности для приема внутрь использовали препарат репейника обыкновенного. Больным обеих групп назначали гипосенсибилизирующую терапию, рациональную диету, родителям давали рекомендации по уходу за больным ребенком в домашних условиях. Выявленные в группах сроки выздоровления сравнивали. Результаты исследования таковы, что сроки выздоровления больных 1-ой группы в 1.2 раза меньше, чем у больных 2-ой группы.

Полученные результаты дают нам возможность предположить перспективность применения препаратов солодки голой в комплексной терапии герпетических стоматитов у детей, а также целесообразность проведения дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Львов Н.Д., Никитина А.А. и др. Сопоставление результатов анализа клинических материалов гинекологического, офтальмологического и стоматологического профилей набором экспресс - методов диагностики герпесвирусной инфекции. Вопросы вирусологии. 1991, №4, с.315-318.
2. Васильева А.П., Протас И.И. и др. Клиника и интенсивная терапия генерализованной герпетической инфекции у детей. Здоровоохранение Белоруссии. 1991, №1, с. 32-37.
3. Хамаганова И.В. Герпетическая инфекция у детей, вызванная вирусом простого герпеса. Педиатрия. 1993, №2, с. 93-97.
4. Самгин М.А., Халдин А.А. Два подхода к терапии простого герпеса. Вестник дерматологии и венерологии. 2000, №3, с. 40-42.

**UŞAQLARDA HERPETİK STOMATİTLƏRİN KOMPLEKS
MÜALİCƏSİNDƏ DƏRMAN BİTKİLƏRİNİN EFFEKTİLİYİNİN
MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

R.Q. Əliyeva, E.S. Mirzəzadə, A.İ. Quliyev

Herpetik stomatitlə 60 uşaq müayinə olunmuşdur. Xəstəliyin diaqnozu klinik və sitoloji üsullarla təyin edilmişdir. 1-5 yaşlı 22 nəfər uşaqda kəskin herpetik stomatit, 4-12 yaşlı 38 uşaqda isə residivləşən herpetik stomatit aşkar edilmişdir. Müalicə işləri ilə əlaqədar, onlar iki qrupa bölünmüşlər. Birinci qrupa aid olan uşaqların ağız boşluğunda yerli müalicə aparılmışdır (bonafton məlhəmi, çaytikanı yağı). Daxilə qəbul etmək üçün biyan kökündən alınmış preparat təyin edilmişdir. İkinci qrupda uşaqlara daxilə qəbul etmək üçün bitrax otundan alınmış preparat tətbiq edilmişdir. Xəstənin ağız boşluğunda yerli müalicə birinci qrupdakı kimi olmuşdur. Qruplarda aşkar olunmuş epitelizasiya müddətləri müqayisə edilmişdir.

Nəticələr göstərir ki, biyan kökündən alınmış preparatın tətbiqi daha effektivdir.

**COMPARATIVE APPRAISAL OF EFFICACY OF MEDICINAL PLANTS IN THE
COMPLEX TREATMENT
OF HERPETIC STOMATITIS OF CHILDREN**

R.G. Aliyeva, E.S. Mirzazade, A.I. Guliyev

Our purpose is to find out if there is a clinical effect of use of medicinal plants in the complex treatment of herpetic stomatitis of children. There are preparations, extracted from glycyrrhiza glabra roots and agrimonia eupatoria. We carried out the research and treatment of 60 children suffered from herpetic stomatitis. The patients were divided on 2 groups. The patients of the first group were treated by the antiviral preparation-unguentum Bonaftoni on the mucous membrane of mouth cavity. Then this means was changed on the cicstrize preparation- oleum Hippophaes. For the patients of the first group the preparation, extracted from glycyrrhiza glabra was prescribed to take externally. For the patients of the second group the preparation, extracted from agrimonia eupatoria was prescribed to take externally, the mucous membrane of mouth cavity was treated as well as the patients of the first group.

The results of our research provide us an opportunity to state that use the preparation, extracted from glycyrrhiza glabra in a complex treatment of herpetic stomatitis of children is more effective.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕПАТОПАТИЙ

Национальный Центр Онкологии, г. Баку



Алиев А.Р.
мл.науч.сотрудник



Ибрагимов Э.И.
профессор



Абдуллаев А.А.
ст.науч.сотрудник

Проблема широкого распространения дисфункций печени среди онкологических больных и их отрицательное влияние на течение основного заболевания в различные годы привлекали пристальное внимание и рассматривались как отечественными, так и зарубежными исследователями (4, 6). На основании проведенных многочисленных исследований теперь уже доказано, что любое оперативное вмешательство у больных со здоровой печенью в 50% случаев вызывает легкое нарушение ее функций (5). Вследствии этого, естественно, неотъемлемыми составляющими в плане ведения онкологических больных являются установление и конкретизация первопричины возникновения гепатопатии. Решение данного положения является крайне важным фактом для проведения более четкой, т.е. научно-обоснованной, целенаправленной подготовки больного к предстоящему хирургическому вмешательству, своевременной коррекции дисфункций печени на этапах лечения и профилактики их возникновения или усугубления в постоперационном периоде.

Методы диагностического поиска нарушений функционального состояния печени и функционально связанных с нею органов, хотя и обла- дают относительно высокой чувствительностью,

требуют больших временных и значительных материальных затрат, а, зачастую, также их повторного проведения. Данные сложности затрудняют целенаправленное исследование функционального состояния печени у больных раком желудка (РЖ) и толстой кишки (РТК), особенно, при наличии более поздних стадий и осложненного клинического течения основного заболевания, когда выполнение оперативного лечения в оптимальные сроки является необходимостью (срочная или экстренная операция) (2,3).

Анализируя причины развития нарушений различных функций печени, необходимо остановиться на трех важных факторах (1):

- изменения функционального состояния печени может быть ответной реакцией на нарушение ее обезвреживающей функции по отношению к различным токсинам и связано с поступлением их с током крови от желудка и толстой кишки через воротную вену. С этой точки зрения можно объяснить повышение частоты выявляемости и степени выраженности дисбаланса показателей биохимического исследования сыворотки крови, особенно, у больных РЖ и РТК с осложненным клиническим течением ракового процесса;

- наличие функциональных нарушений гепатобилиарной системы в определенном числе случаев обусловлено латентно текущими формами вирусных гепатитов "В" и "С", оказывающими неблагоприятное влияние на течение онкологического заболевания, что устанавливается после проведения детального анализа при сопоставлении биохимического и серологического исследований крови;

- у больных РЖ и РТК, особенно, с поздними стадиями заболевания и при присоединении осложненного клинического течения в большинстве случаев отмечается нарушение алиментарного питания, что само по себе является причиной изменения функционального состояния печени - развитие гепатопатии.

Предложенные ранее типовые разделения гепатопатий не соответствуют требованиям, предъявляемым к классификациям, в силу того, что в них не отображается фактор первопричины их возникновения. Кроме того, разделение их не является конкретным и включает в себя только широкий спектр нарушений показателей биохимических исследований крови, характеризующих функциональное состояние печени, не отображая результаты других параметров исследования больного. В результате затрудняется проведение объективной оценки состояния больных РЖ и РТК, что затрудняет выполнение направленной патогенетически обоснованной пред- и постоперационной коррекции дисфункций печени. В связи со сказанным разработка и внедрение в клиническую онкологию классификации гепатопатий является одной из назревших актуальных проблем.

С целью улучшения диагностики дисфункций печени, а соответственно, и проведения более целенаправленного лечения гепатопатий у онкологических больных, нами на основании проведенного исследования разработана и внедрена в повседневную практическую работу клиническая классификация гепатопатий. В последнюю включены две основные группы патологии, обуславливающих нарушения функций печени - врожденные и приобретенные.

К группе врожденных патологий относятся аномалии развития печени и ее наследственные болезни. Диагностика врожденных болезней печени на основании анамнестических данных, лабораторных и инструментальных методов исследования не вызывает затруднений. Большинство врожденных патологий печени проявляются в детском возрасте. В нашем исследовании врожденной патологии и аномалий развития печени мы не наблюдали. Более сложен вопрос диагностики этиологии приобретенных гепатопатий, особенно, у больных со злокачественными опухолями, в частности, РЖ и РТК. Определение первопричины установленной гепатопатии у этого контингента больных

является одной из основных задач в лечении пациентов со злокачественными опухолями различной локализацией, так как позволяет произвести выбор правильной тактики ведения их как в пред-, интра-, так и постоперационном периодах. Исходя из этого, в группе приобретенных гепатопатий мы выделяем две формы: истинные, т.е. первичные и реактивные, т.е. вторичные. К истинным гепатопатиям относятся латентно протекающие или клинически стертые на фоне основного заболевания проявления болезней печени. Параметрами ее нами приняты:

- 1) установление маркеров инфекций, обусловленных вирусными гепатитами;
- 2) установление УЗТ или КТ признаков органических изменений неопухового генеза в печени и функционально связанных с нею органах;
- 3) выявление выраженных изменений биохимических показателей крови, не объясняемых наличием ракового процесса, а именно, его клиническим течением.

К реактивным гепатопатиям относятся нарушения функций печени, вызванные раковой интоксикацией или интоксикацией, причиной которой служит нарушение пассажа по пищеварительной трубке. К параметрам реактивных гепатопатий нами отнесены:

- 1) наличие умеренных изменений биохимических показателей крови;
- 2) выраженные изменения биохимических показателей крови, объясняемые наличием осложненного клинического течения ракового процесса.

В нашем исследовании для подтверждения наличия вирусных гепатитов "В" и "С", как наиболее часто встречающихся, были определены маркеры этих инфекций. А именно, поверхностный антиген HBsAg и анти-HCV соответственно. За параметры органических изменений при ультразвуковой и компьютерной томографических исследованиях были приняты: неоднородность структуры печени, жировая дистрофия её, метастазы в ворота печени, признаки цирротических изменений и портальной гипертензии, признаки калькулёзного и некалькулёзного холециститов, холангита, а также признаки панкреатита.

По клиническому течению мы выделяем две фазы истинных и реактивных гепатопатий. Это - субклиническая и манифестирующая фазы. Субклиническая фаза по выраженности клинических проявлений и показателям биохимических синдромов, выявляемых при исследовании сыворотки крови, нами подразделяется на умеренную и выраженную степени, а манифестирующая - на компенсированную и декомпенсированную. К умеренным нарушениям функции печени относятся гепатопатии при активности АлАТ более 1,3N. Гепатопатия считается выраженной при активности АлАТ

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕПАТОПАТИЙ

Национальный Центр Онкологии, г. Баку



Алиев А.Р.
мл.науч.сотрудник



Ибрагимов Э.И.
профессор



Абдуллаев А.А.
ст.науч.сотрудник

Проблема широкого распространения дисфункций печени среди онкологических больных и их отрицательное влияние на течение основного заболевания в различные годы привлекали пристальное внимание и рассматривались как отечественными, так и зарубежными исследователями (4, 6). На основании проведенных многочисленных исследований теперь уже доказано, что любое оперативное вмешательство у больных со здоровой печенью в 50% случаев вызывает легкое нарушение ее функций (5). Вследствии этого, естественно, неотъемлемыми составляющими в плане ведения онкологических больных являются установление и конкретизация первопричины возникновения гепатопатии. Решение данного положения является крайне важным фактом для проведения более четкой, т.е. научно-обоснованной, целенаправленной подготовки больного к предстоящему хирургическому вмешательству, своевременной коррекции дисфункций печени на этапах лечения и профилактики их возникновения или усугубления в постоперационном периоде.

Методы диагностического поиска нарушений функционального состояния печени и функционально связанных с нею органов, хотя и обладают относительно высокой чувствительностью,

требуют больших временных и значительных материальных затрат, а, зачастую, также их повторного проведения. Данные сложности затрудняют целенаправленное исследование функционального состояния печени у больных раком желудка (РЖ) и толстой кишки (РТК), особенно, при наличии более поздних стадий и осложненного клинического течения основного заболевания, когда выполнение оперативного лечения в оптимальные сроки является необходимостью (срочная или экстренная операция) (2,3).

Анализируя причины развития нарушений различных функций печени, необходимо остановиться на трех важных факторах (1):

- изменения функционального состояния печени может быть ответной реакцией на нарушение ее обезвреживающей функции по отношению к различным токсинам и связано с поступлением их с током крови от желудка и толстой кишки через воротную вену. С этой точки зрения можно объяснить повышение частоты выявляемости и степени выраженности дисбаланса показателей биохимического исследования сыворотки крови, особенно, у больных РЖ и РТК с осложненным клиническим течением ракового процесса;

- наличие функциональных нарушений гепатобилиарной системы в определенном числе случаев обусловлено латентно текущими формами вирусных гепатитов "В" и "С", оказывающими неблагоприятное влияние на течение онкологического заболевания, что устанавливается после проведения детального анализа при сопоставлении биохимического и серологического исследований крови;

- у больных РЖ и РТК, особенно, с поздними стадиями заболевания и при присоединении осложненного клинического течения в большинстве случаев отмечается нарушение алиментарного питания, что само по себе является причиной изменения функционального состояния печени - развитие гепатопатии.

Предложенные ранее типовые разделения гепатопатий не соответствуют требованиям, предъявляемым к классификациям, в силу того, что в них не отображается фактор первопричины их возникновения. Кроме того, разделение их не является конкретным и включает в себя только широкий спектр нарушений показателей биохимических исследований крови, характеризующих функциональное состояние печени, не отображая результаты других параметров исследования больного. В результате затрудняется проведение объективной оценки состояния больных РЖ и РТК, что затрудняет выполнение направленной патогенетически обоснованной пред- и постоперационной коррекции дисфункций печени. В связи со сказанным разработка и внедрение в клиническую онкологию классификации гепатопатий является одной из назревших актуальных проблем.

С целью улучшения диагностики дисфункций печени, а соответственно, и проведения более целенаправленного лечения гепатопатий у онкологических больных, нами на основании проведенного исследования разработана и внедрена в повседневную практическую работу клиническая классификация гепатопатий. В последнюю включены две основные группы патологий, обуславливающих нарушения функций печени - врожденные и приобретенные.

К группе врожденных патологий относятся аномалии развития печени и ее наследственные болезни. Диагностика врожденных болезней печени на основании анамнестических данных, лабораторных и инструментальных методов исследования не вызывает затруднений. Большинство врожденных патологий печени проявляются в детском возрасте. В нашем исследовании врожденной патологии и аномалий развития печени мы не наблюдали. Более сложен вопрос диагностики этиологии приобретенных гепатопатий, особенно, у больных со злокачественными опухолями, в частности, РЖ и РТК. Определение первопричины установленной гепатопатии у этого контингента больных

является одной из основных задач в лечении пациентов со злокачественными опухолями различной локализацией, так как позволяет произвести выбор правильной тактики ведения их как в пред-, интра, так и постоперационном периодах. Исходя из этого, в группе приобретенных гепатопатий мы выделяем две формы: истинные, т.е. первичные и реактивные, т.е. вторичные. К истинным гепатопатиям относятся латентно протекающие или клинически стертые на фоне основного заболевания проявления болезней печени. Параметрами ее нами приняты:

1) установление маркеров инфекций, обусловленных вирусными гепатитами;

2) установление УЗТ или КТ признаков органических изменений неопухолевого генеза в печени и функционально связанных с нею органах;

3) выявление выраженных изменений биохимических показателей крови, не объясняемых наличием ракового процесса, а именно, его клиническим течением.

К реактивным гепатопатиям относятся нарушения функций печени, вызванные раковой интоксикацией или интоксикацией, причиной которой служит нарушение пассажа по пищеварительной трубке. К параметрам реактивных гепатопатий нами отнесены:

1) наличие умеренных изменений биохимических показателей крови;

2) выраженные изменения биохимических показателей крови, объясняемые наличием осложненного клинического течения ракового процесса.

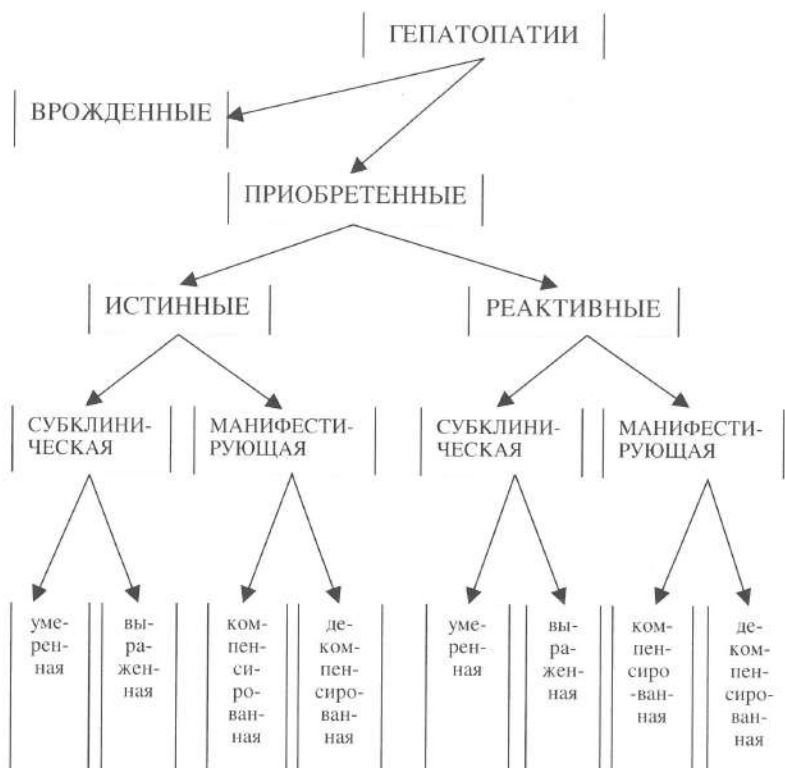
В нашем исследовании для подтверждения наличия вирусных гепатитов "В" и "С", как наиболее часто встречающихся, были определены маркеры этих инфекций. А именно, поверхностный антиген HBsAg и анти-HCV соответственно. За параметры органических изменений при ультразвуковой и компьютерной томографических исследованиях были приняты: неоднородность структуры печени, жировая дистрофия её, метастазы в ворота печени, признаки цирротических изменений и портальной гипертензии, признаки калькулёзного и некалькулёзного холециститов, холангита, а также признаки панкреатита.

По клиническому течению мы выделяем две фазы истинных и реактивных гепатопатий. Это - субклиническая и манифестирующая фазы. Субклиническая фаза по выраженности клинических проявлений и показателям биохимических синдромов, выявляемых при исследовании сыворотки крови, нами подразделяется на умеренную и выраженную степени, а манифестирующая - на компенсированную и декомпенсированную. К умеренным нарушениям функции печени относятся гепатопатии при активности АлАТ более 1,3N. Гепатопатия считается выраженной при активности АлАТ

более 2N, тимоловой пробы более 5ЕД или протромбиновом индексе менее 80%. Компенсированную гепатопатию мы констатируем при тимоловой пробе более 10ЕД, протромбиновом индексе менее 70% или умеренном нарушении мочевинообразовательной функции печени. Декомпенсированная гепатопатия нами установ-

ливается при наличии клинических и лабораторных данных биохимического исследования крови, предполагающих наличие таких грозных нарушений функций печени, которые характерны для печеночной или печеночно-почечной недостаточности. Схема предложенной классификации приведена ниже.

СХЕМА КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЕПАТОПАТИЙ



В результате проведенного исследования наличие гепатопатии по клинико-биохимическим анализам сыворотки крови из 236 больных РЖ и РТК установлено у 139 (58,89%). Серологическое исследование крови проведено 45 больным с установленной гепатопатией. Анализ результатов проведенного исследования показал, что среди данной категории пациентов у 4 (2,88%) выявлено присутствие в крови маркера вирусного гепатита. УЗТ и КТ признаки наличия патологических изменений в печени и функционально связанных с ней органов совместно с нарушениями биохимических показателей сыворотки крови констатировано у 44 (31,65%) пациентов РЖ и РТК. Сочетание наличия маркеров вирусных гепатитов и органических изменений в печени, выявляемых при УЗТ, с изменениями биохимических показателей крови установлено у 7 (5,04%) больных РЖ и РТК. Подтверждение лишь невыраженных изменений биохимических показателей сыворотки крови, указывающих на наличие гепатопатии, констатировано в 53 (38,13%) случаях. В нашем наблюдении выраженные изменения показате-

телей, выявляемые при биохимическом анализе крови и не объясняемые течением основного заболевания, определено у 12 (8,63%) пациентов РЖ и РТК. Выраженные изменения показателей биохимических синдромов, объясняемые наличием осложненного клинического течения РЖ и РТК, наблюдались в 19 (13,67%) случаях. Итак, исходя из предлагаемой классификации, в нашем исследовании, из 139 пациентов РЖ и РТК с установленной гепатопатией у 125 (89,92%) больных РЖ и РТК выявлено наличие субклинической фазы гепатопатии. Из них у 86 (61,87%) больных констатирована ее умеренная степень выраженности, а у 39 (28,05%) - выраженная. Из 39 больных РЖ и РТК с выраженной гепатопатией у 7 выявлены маркер ВГВ и у 2 - ВГС у 14 (10,08%) пациентов было установлено наличие манифестирующей фазы. Из них у 11 (7,92%) имелась компенсированная и лишь у 3 (2,16%) - декомпенсированная степень. По одному случаю у больных РТК компенсированной и декомпенсированной гепатопатией определен маркер ВГВ. По выведенным параметрам форм дисфункций

печени у 67 (48,2%) констатирована истинная гепатопатия, а у 72 (51,8%) - реактивная. Распределение исследованных больных РЖ и РТК с установленной гепатопатией (истинной или

реактивной) по фазе и степени выраженности показателей биохимических синдромов согласно предложенной нами классификации приведено в нижеследующей таблице.

Формы гепатопатий	Число б-х с гепатопатией абс.ч. %	Субклиническая		Манифестирующая	
		Умеренная абс.ч. %	Выраженная абс.ч. %	Компенсированная абс.ч. %	Декомпенсированная абс.ч. %
Истинная	67 (48,2%)	33 (23,74%)	25 (17,98%)	7 (5,04%)	2 (1,44%,)
Реактивная	72 (51,8%)	53 (38,13%)	14 (10,07%)	4 (2,88%)	1 (0,72%)

Преимущество предлагаемой нами классификации заключается в ее простоте. Кроме того, наряду с этим она также позволяет повысить возможности быстрого диагностирования характера гепатопатии, при чем при этом, что имеет немаловажное значение для больных РЖ и РТК с осложнённым клиническим течением основного заболевания, состояние которых, зачастую, требует проведения незамедлительной интенсивной терапии и выполнения срочного, а порой и экстренного оперативного вмешательства, применяется минимум исследований. Несомненно, что предложенная нами классификация,

как и любая другая, содержит в себе ряд нерешенных вопросов, т.е., она не является аксиомой. Однако, при этом, подытоживая полученные данные проведенной работы, было установлено, что ее применение позволяет улучшить диагностику первопричины гепатопатии, ее этиологию, что в свою очередь на различных этапах ведения пациента, облегчает проведение коррекции дисфункций печени, т.е., делает ее более целенаправленной, а следовательно, и благоприятно сказывается в целом на результатах лечения, проводимого больным РЖ и РТК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев А.А., Ибрагимов Э.И., Абдуллаев А.А. Нарушение ферментативной функции печени у больных раком желудка и толстой кишки. - Азербайджанский журнал онкологии и смежных наук. Баку, 2000, Т. 6, № 1-2, с. 65-66.
2. Ананьев В.С., Барсуков Ю.А., Голдобенко Г.В. и др. - В кн.: Рак ободочной и прямой кишки. /Под ред. В.И.Кныша. Москва: Медицина, 1997, с. 66-122.
3. Гешелин С.А. В кн.: - Неотложная онкохирургия. Киев: Здоровья, 1988.
4. Голотюк Н.А., Земяк В.П., Збирак Н.П., Никитченко В.А. Изменения в печени у больных раком молочной железы. - Клиническая онкология. Киев, 1983, выпуск 3, с. 55-58.
5. Покровский Г.А., Черномордик А.Е., Акимов Н.В. и др. Функция печени в послеоперационном периоде у больных злокачественными новообразованиями толстой кишки. - Анестезиология и реаниматология, 1981, № 2, с. 71-73.
6. Manual of clinic oncology. /Eds. D.Hossfeld. Geneva: UICC, 1990.

XÜLASƏ

HEPATOPATIYALARIN TƏSNİFATI

Əliyev A.R., İbrahimov E.I., Abdullayev A.A.

Aparılan tədqiqatların nəticələri göstərdi ki, tərəfimizdən təklif olunan hepatopatiyaların təsnifatının onkoloji xəstələrdə tətbiqi qara ciyərin disfunksiyalarının ilkin səbəbinin diaqnostikasının dəqiqləşdirilməsinə geniş imkan verir. Qeyd edilənlər hepatopatiyaların məqsədyönlü korreksiyasının aparılmasına geniş şərait yaratmaqla sonda müalicənin nəticələrinə müsbət təsir göstərir.

SUMMARY

THE CLASSIFICATION OF HEPATOPATHIES

Aliyev A.R., Ibrahimov E.I., Abdullayev A.A.

The results of the work has established that the employment of offered by us classification of hepatopathies in clinic practice makes it possible to improve the diagnostics of the first cause of liver's disfunction of oncological patients. This promotes carrying out purposive correction of hepatopathies and finally it favourably pells on the results of the treatment.

Распространенность аномалий зубочелюстной системы среди школьников некоторых районов Азербайджана

Алиева Р.К., Алимский А.В., Гараев З.И., Гулиева С.К.

Азербайджанская стоматологическая ассоциация
и ЦНИИС, г. Москва

Аномалии зубо-челюстной системы является довольно распространенной патологией челюстно-лицевой области. В последние годы их частота существенно растет, о чем свидетельствуют многочисленные данные литературы (Х. Каламкаров, 1975; Ю.М. Малыгин, 1985, Ф.Я. Хорошилкина, 1980; А.В. Алимский, 1995; Гараев З.И. 1997 и др.). В значительной степени это связывается с ухудшением состояния внешней среды, с различными техногенными причинами, отдельными социальными, генетическими факторами и др.

Однако до настоящего времени не изученными является состояние прикуса среди детского населения, проживающего в регионах республики Азербайджан, расположенных в предгорной, горной и равнинной местности.

С этой целью в 2000 году по методике ЦНИИС (А.И. Рыбаков, 1964) изучены показатели стоматологического статуса среди 2153 школьников в возрасте от 7 до 16-19 лет, родившихся и постоянно проживающих в равнинной местности (г. Евлах), в предгорье (пос. Ханлар) и в горной местности (г. Дашкесан).

Наиболее высокие показатели пораженности кариесом наблюдались у жителей

равнинного Евлаха с выявленными недостаточным содержанием фтора в питьевой воде (0,3 мг/л).

При относительно оптимальных его концентрациях, выявленных в пос. Ханлар и г. Дашкесане более высокие уровни пораженности кариесом зубов были выявлены у жителей последнего (А.В. Алимский, Р.К. Алиева, 2001).

На таком фоне актуальной стала задача изучения размеров пораженности обследованных школьников аномалиями зубочелюстной системы. В таблице представлены возрастные показатели распространенности среди коренных жителей центральных регионов республики Азербайджан. В целом установлен довольно высокий уровень данной патологии на всех изученных территориях. Однако более высокая частота аномалий зубо-челюстной системы зарегистрирована среди коренных жителей равнинного Евлаха, где отмечалось и наиболее высокая пораженность детей кариесом зубов. В среднем на всех обследованных распространенность аномалий зубочелюстной системы составила здесь 49,2%.

Сравнение полученных данных с другими обследованными регионами республики показала достоверность выявленных разли-

чий между показателями по высокогорному Дашкесану и равнинному Евлаху ($t > 2,0$).

Полученные данные весьма четко характеризуют современный уровень пораженности аномалий зубо-челюстной системы среди школьников центральных регионов

Азербайджана: практически во всех обследованных регионах каждый второй школьник страдает данной патологией. Между тем, как показали наши исследования, ни в одном из них не налажена соответствующая ортодонтическая служба.

Таблица 1

Повозрастные показатели распространенности аномалий зубо-челюстной системы среди коренных жителей некоторых районов Азербайджана (в % к числу обследованных школьников в 2000 г.)

Возраст (в годах)	Место обследования		
	пос. Ханлар	г. Дашкесан	г. Евлах
7	35.44 ± 5.38	45.12 ± 5.49	48.53 ± 6.06
8	53.33 ± 6.44	60.00 ± 5.31	50.70 ± 5.93
9	45.05 ± 5.21	43.48 ± 5.16	47.76 ± 6.10
10	44.68 ± 5.12	23.08 ± 4.77	42.59 ± 6.72
11	43.04 ± 5.57	41.43 ± 5.88	47.27 ± 6.73
12	46.74 ± 5.20	45.61 ± 6.59	44.23 ± 6.88
13	49.32 ± 5.85	47.27 ± 6.73	56.82 ± 7.46
14	45.74 ± 5.13	50.94 ± 6.86	52.17 ± 7.36
15	51.43 ± 5.97	36.76 ± 5.84	51.72 ± 6.56
16-19	46.74 ± 5.20	38.79 ± 4.52	50.00 ± 6.56
Всего (стандартизованный показатель)	46.15 ± 1.73	43.25 ± 1.80	49.18 ± 2.08

Приведенные результаты подтвердили также данные литературы (А.А.Ахмедов и А.Г.Гусейнов, 1971, А.В.Алимский, А.К. Чикорин, 1975) о влиянии различного уровня пораженности кариеса зубов на распространенность аномалий зубо-челюстной системы: их частота выше там, где обнаруживается более высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов.

Полученные нами данные являются основанием для разработки региональных прог-

рамм улучшения стоматологической помощи, и в том числе по лечению и профилактике такой распространенной в Азербайджане патологии, как аномалии зубо-челюстной системы. Основываясь на этих данных, вполне возможно рассчитать необходимое количество кадров врачей-ортодонтонтов для тех или иных регионов республики. По-видимому это явится основной задачей Азербайджанской стоматологической ассоциации на ближайшие годы.

К вопросу о лицензировании стоматологических учреждений по виду деятельности стоматология ортопедическая

Вагнер В.Д., Ряховский А.Н., Койтов Е.В.

Стоматологическая ассоциация России, г.Москва

Для повышения качества оказания стоматологической помощи, в том числе ортопедической, и использования современных научно-обоснованных технологий определенное место отводится системе лицензирования. Лицензирование медицинской деятельности является одним из ведущих направлений системы управления качеством медицинской помощи населению в Российской Федерации.

Лицензирующие органы должны встать на пути проникновения на рынок стоматологических услуг тех технологий, которые в настоящее время не оправдывают себя в стоматологической практике. Примером этого могут служить протезы изготовленные из разнородных металлов, ведущие к возникновению гальваноза в полости рта, штампованно паянные конструкции с нитрид титановым покрытием, изготовление которых уже с 1998 года не рекомендуется Стоматологической ассоциацией России и т.д. Наиболее ответственной, трудоемкой и сложной функцией лицензирующего органа является проведение экспертного обследования условий осуществления деятельности

соискателем лицензии и установления их соответствия нормативам, определенным правилам, стандартам.

Как отмечалось на первой всероссийской конференции "Лицензирование и аккредитация в стоматологии" (2001 г.), лицензирующие органы сегодня испытывают дефицит методических материалов для правильной экспертизы в стоматологии. В связи с этим, нами предпринята попытка, отчасти, восполнить этот пробел.

Нашей задачей было проанализировать все этапы изготовления мостовидного металлокерамического протеза, как в клинике, так и в лаборатории с момента осмотра пациента до сдачи протеза. Нами проведены исследования в клинике ортопедической стоматологии, включающие в себя хронометрирование как клинических, так и лабораторных этапов изготовления некоторых видов ортопедических конструкций, учет оборудования, инструментария, расходных материалов и медикаментов, а также медицинской документации на всех этапах лечения. Результаты этих исследований представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

Клинические этапы изготовления мостовидного металлокерамического протеза
(с двумя опорными коронками и одной промежуточной частью)

№ посещения	Наименование этапа	Затраты времени на этап (мин.)	Оборудование, используемое на этапе	Инструментарий, используемый на этапе	Предметы и инвентарь, используемые на этапе	Расходные материалы и медикаменты, используемые на этапе	Медицинская документация на этапе
1	1.1. Обследование пациента, осмотр, R-графия, диагноз, план лечения	35	Установка стоматологическая, кресло стоматологическое, R-аппарат, негатоскоп, ширма, проявочная машина, столик стоматологический, стул стоматолога	Лоток, зонд стоматологический, зеркало стоматологическое	Стол письменный, стул, защитные очки (экран)	Таблетки для полоскания, стакан одноразовый, салфетки для пациента, маски врача, перчатки одноразовые, пленка рентгеновская, проявитель, закрепитель	Медицинская карта стоматологического больного форма 043/у, форма 039-4у, форма 037-4у, заказ-наряд
	1.2. Распиливание модели, обработка гипсовых столбиков, покрытие столбиков лаком	7	Установка стоматологическая, кресло стоматологическое, столик стоматологический, стул стоматолога, наконечники стоматологические (прямой и турбинный)	Лоток, зеркало, карпульный шприц		Игла инъекционная, анестетик, маска врача, перчатки, стакан одноразовый	
	1.3. Одонтопрепарирование	42		Лоток, зонд, зеркало, пинцет, чашка Петри		Таблетки для полоскания, стакан одноразовый, салфетки для пациента, салфетки одноразовые, маски врача, перчатки одноразовые, перекись водорода 3 %, кровоостанавливающая жидкость боры, турбинные (5 шт.), диски сепарационные (2 шт.)	

1.4. Ретракция	8		Лоток, зеркало, пинцет, гладилка		Перекись водорода 3 %, жидкость, ретрационная нить, маска врачевная, ватные валики, вата, перчатки одноразовые
1.5. Снятие оттисков (альгинатный и силиконовый), дезинфекция оттисков	17		Лоток, зеркало, шпатель для замешивания оттискового материала (альгинатного)		Раствор для дезинфекции оттисков (6% перекись водорода), таблетки для полоскания, салфетки одноразовые, оттисковый материал
			Стекло стоматологическое, оттисковые ложки (2 шт.), резиновая чаша, шпатель стоматологический		Маска врачевная, перчатки одноразовые
1.6. Изготовление временных пластмассовых коронок (прямой метод)	25	Установка стоматологическая, кресло стоматологическое, столик стоматологический, стул стоматолога, наконечник стоматологический прямой	Лоток, зеркало, шпатель стоматологический, тигель для пластмассы, пинцет		Пластмасса для перебазировки коронок (карбодент, SNER), вазелин, маска врачевная, перчатки одноразовые, фреза металлическая, диск сепарационный
1.7. Фиксация провизорных коронок на временный цемент	5		Лоток, зеркало, шпатель стоматологический, стекло стоматологическое, зонд, пинцет		Временный цемент (Proviscell, Temp Bond, Rerip, водный дентин)
Итого	139				

2	2.1. Примерка литого металлического каркаса	17	Установка стоматологическая, кресло стоматологическое, столик стоматологический, стул стоматолога, микрометр з/п, наконечники стоматологические (прямой и турбинный)	Лоток, шпатель стоматологический, стекло стоматологическое, зонд, зеркало, экскаватор, пинцет	Стол письменный, стул	Спирт этиловый 70%, кровоостанавливающая жидкость, валики ватные, корригирующая масса (силиконовая), бумага копировальная (окклюзионная), временный цемент, маска врачебная, перчатки одноразовые, стакан одноразовый, боры турбинные, фрезы металлические	Медицинская карта стоматологического больного форма 043/у, форма 037-4у, форма 039-4у, заказ-наряд
	2.2. Определение цвета керамической облицовки	7		Расцветка керамическая			
3	3.1. Примерка литого каркаса облицованного керамикой	24	Установка стоматологическая, кресло стоматологическое, столик стоматологический, стул стоматолога, наконечники стоматологические (прямой и турбинный)	Лоток, зонд, зеркало, пинцет, шпатель стоматологический, стекло стоматологическое, расцветка керамическая, экскаватор	Стол письменный, стул	Спирт этиловый 70%, корригирующая масса, копировальная (окклюзионная) бумага, стакан одноразовый, таблетки для полоскания, боры (алмазные)	Медицинская карта стоматологического больного форма 043/у, форма 037-4у, форма 039-4у, заказ-наряд
	3.2. Фиксация металлокерамического протеза (временная или постоянная)	15	Установка стоматологическая, кресло стоматологическое, столик стоматологический, стул стоматолога	Лоток, зонд, пинцет, стекло стоматологическое, шпатель стоматологический, экскаватор, зеркало		Спирт этиловый 70%, жидкость для обезжиривания (Hydrol), кровоостанавливающая жидкость (Racesserpine), перекись водорода 3%, цемент для фиксации коронок, валики ватные, вата	
	Итого	36					

Общее время, затраченное на клинические этапы, составляет 199 минут (3 часа 19 минут)

Таблица 2.
Лабораторные этапы изготовления мостовидного металлокерамического протеза

№ этапа	Наименование этапа	Затраты времени на этап (мин.)	Оборудование, используемое на этапе	Инструментарий, используемый на этапе	Предметы и инвентарь, используемые на этапе	Расходные материалы и медикаменты
1	Изготовление мастер-моделей					
	1.1. Отливка модели супергипсом, вклейка пинов, заливка цоколя, отливка модели антагонистов	120	Стол зуботехнический, стул зубного техника, вибростол, микромоток, вакууммеситель, станок для обрезания гипсовых моделей, стол гипсовочный	Резиновая чаша для супергипса, шпатель з/т, резиновая чаша для гипса	Супергипс з/т, гипс медицинский, пины	
	1.2. Распиливание модели, обработка гипсовых столбиков, покрытие столбиков лаком	25		Лобзик з/т, кисть з/т, зажимы, наконечник з/т		Изолирующий лак, фрезы металлические, лак компенсационный
	1.3. Гипсовка моделей в артикулятор	30	Артикулятор (окклюлятор), стол гипсовочный	Резиновая чаша для гипса, шпатель з/т		Гипс медицинский
	1.4. Моделировка металлического каркаса воском	42	Стол з/т, воскотопка, стул з/т, электрошпатель			Воска (погружной, пришеечный, моделировочный)
2	Итого	217				
	Отливка металлического каркаса (при условии наличия собственной литейной)					
	2.1. Установка литниковой системы	12	Стол з/т, стул з/т, весы, установка литейная, печь муфельная, станок обрезной, микромоток, вытяжная вентиляция, печь для выплавки воска, наконечник з/т, электрошпатель	Молоток з/т		Воск литниковый (проволка восковая), масса паковочная, металл, жидкость для обезжиривания, диск вулканитовый
	2.2. Взвешивание, обезжиривание восковой композиции	5				
	2.3. Паковка	5				
	2.4. Сушка литниковой формы	30				
	2.5. Выплавка воска, нагрев в муфельной печи	360				
	2.6. Отливка металла	5				
	2.7. Охлаждение формы	90				
	2.8. Распаковка, обструивание и обрезка литников	17				
	Итого	524				

3	Припасовка и обработка металлического каркаса на модели (фрезеровка и шлифовка)	37	Стол з/т, микромотор, стул з/т, наконечник з/т			Копировка жидкая, фрезы металлические
4	Итого	37				
	Пескоструйная и пароструйная обработка металлического каркаса	9	Пескоструйный и пароструйный аппараты	Зажимы	Стол под пароструйный аппарат	Песок
5	Итого	9				
	Дегазация и оксидирование металлического каркаса	30	Печь для обжига керамики, триггер	Пинцет	Стол под керамическую печь	
6	Итого	30				
	Моделировка керамической облицовки					
	6.1. Нанесение и обжиг первого опака	23	Стол з/т, печь для обжига керамики, микромотор, аппарат пескоструйный, стул з/т, наконечник з/т, наконечник турбинный з/т, триггер, установка турбинная з/т	Набор з/т для работы с керамической массой	Стол под керамическую печь	Керамическая масса, паста полировочная (для керамики и для металла), песок, алмазные головки, боры турбинные, силиконовые полиры, шетки
	6.2. Нанесение и обжиг второго опака	20				
	6.3. Моделировка и обжиг первого дентина	32				
	6.4. Моделировка (корректировка) и обжиг второго дентина	30				
	6.4.1. Возможен дополнительный обжиг	35				
	6.5. Структурирование и предварительная полировка	30				
	6.6. Нанесение глазури	7				
	6.6. Нанесение глазури	7				
	6.7. Глазуровочный обжиг	13				
	6.8. Окончательная полировка керамики и металлических (открытых) частей коронок	27				
	6.9. Пескоструйная обработка внутренних поверхностей коронок	5				
	Итого	222				

Общее время, затраченное на лабораторные этапы, составляет 1039 мин. (17 часов 19 минут)

В ходе исследования (как видно из таблицы 1), при изготовлении мостовидного металлакерамического протеза, нами выделено три посещения пациентом ортопедического кабинета. В свою очередь каждое посещение разбито на несколько этапов, очередность которых зависит исключительно от выработки доктором той или иной тактики проводимого лечения. Проведенное хронометрирование на всех клинических этапах, дало возможность выяснить, какое количество времени необходимо затратить на изготовление данного вида протеза. Учет всего оборудования, инструментария, расходных материалов и медикаментов, медицинской документации позволил сделать вывод о требуемом оснащении ортопедического кабинета.

Анализируя таблицу 2, мы также можем судить о необходимой комплектации зуботехнической лаборатории, количестве времени, используемого зубным техником.

По итогам исследования нами составлен перечень стоматологических материалов, оборудования, инструментария, необходимых для изготовления металлакерамических протезов. Данные результаты представлены в таблицах 3 и 4, в которых отражено конкретное количество используемого оборудования, инструментария, продолжительность их эксплуатации, на всех этапах работы, как во врачебном кабинете, так и в зуботехнической лаборатории. Представленные сведения дают возможность исключить даже самые незначительные упущения в расходе материалов, времени амортизации необходимого оборудования, а также самой работы, как врача, так и зубного техника, затраченной на создание данного вида конструкции.

Наиболее интересный вывод, который можно сделать, сопоставив данные клинических и лабораторных этапов - это количество

времени, затраченное на всю работу. В целом изготовление одного мостовидного металлакерамического протеза, состоящего из трех единиц, составляет 20 часов 38 минут. При этом зуботехническая работа по продолжительности занимает 17 часов 19 минут, что почти в 6 раз больше, чем врачебная (3 часа 19 минут). Хочется акцентировать внимание читателей на том, что именно лабораторный этап, а не непосредственная работа зубного техника, занимает такое количество времени, а точнее технологические процессы, в частности литье металла, продолжающееся 8 часов 44 минуты. Только при выполнении всех требований, необходимых для процесса литья металла (время нагревания, остывания), можно добиться получения точного и качественного, отвечающего всем требованиям, металлического каркаса. А именно, качество литья, произведенного в зуботехнической лаборатории, оказывает прямое влияние на длительность клинических этапов, чем безупречней металлический каркас, тем меньше времени на его примерку тратит доктор. Несомненен и тот факт, что от качества литья в последующем будет зависеть долгосрочность службы готового мостовидного металлакерамического протеза.



Таблица 3

**Затраты на изготовление мостовидного металлокерамического
протеза на клинических этапах**

№ п/п	1. Наименование оборудования	Количество (шт.)	Продолжительность использования (мин.)
1	Стул стоматологический	1	199
2	Столик стоматологический	1	199
3	Установка стоматологическая	1	199
4	Кресло стоматологическое	1	199
5	R-аппарат	1	0,01
6	Проявочная машина	1	5
7	Негатоскоп	1	2
8	Наконечник стоматологический турбинный	1	80
9	Наконечник стоматологический прямой	1	68
	2. Инструментарий		
1	Лоток	1	199
2	Зонд	1	199
3	Зеркало	1	199
4	Пинцет	1	199
5	Шприц карпульный	1	7
6	Гладилка	1	8
7	Шпатель стоматологический	1	90
8	Стекло для замешивания	1	75
9	Ложка оттискная	2	17
10	Шпатель для замешивания оттискного мат-ла (альгинат)	1	1
11	Чаша резиновая	1	17
12	Тигель для пластмассы	1	25
13	Микрометр зуботехнический	1	17
14	Экскаватор стоматологический	1	10
15	Расцветка керамическая	1	7
	3. Предметы и инвентарь		
1	Стол письменный	1	20
2	Стул	1	20
3	Очки защитные (экран)	1	52
	4. Расходные материалы и медикаменты	Количество	
1	Стакан одноразовый	3 шт.	
2	Таблетки для полоскания	6 шт.	
3	Салфетка для пациента	3 шт.	
4	Салфетка для доктора (полотенце)	1 шт.	
5	Маска врачебная	6 шт.	
6	Перчатки одноразовые	6 пар	
7	Пленка рентгеновская	1 шт.	
8	Шприц одноразовый	1 шт.	
9	Игла одноразовая	1 шт.	
10	Проявитель	5 л на 180 снимков	
11	Закрепитель	5 л на 180 снимков	
12	Фрезы металлические	2 шт.	
13	Жидкость кровоостанавливающая (Raceseptine)	0.5 г	

14	Перекись водорода 3%	0.5 г
15	Нить ретракционная (2-х размеров)	4 см.+4см.
16	Валики ватные	10 шт.
17	Вата	0,1 г
18	Дезинфицирующий раствор для оттисков (перекись водорода 6%)	100 мл
19	Оттискной материал (альгинатный)	20 г
20	Оттискной материал Speedex а) базисный (силиконовый) б) корректирующий (силиконовый)	а) 32.0 г б) 5.0 г
21	Вазелин	2 г
22	Самотвердеющая пластмасса (карбодент)	2 г
23	Временный цемент (Repin)	1 г
24	Спирт этиловый 70%	1 г
25	Бумага копировальная (окклюзионная)	2 шт.
26	Жидкость для обезжиривания (Hydrol)	0.2 г
27	Боры турбинные	5 шт.
28	Диски сепарационные алмазные	3 шт.
29	Слюноотсос	3 шт.
5. Медицинская документация и канцелярские товары		
1	Медицинская карта стоматологического больного ф. 0.43/у	1 шт.
2	Заказ-наряд	1 шт.
3	Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф. 0.37-4/у)	1 шт.
4	Дневник учета работы врача- стоматолога-ортопеда (ф. 0.39-4/у)	1 шт.
6. Дезинфекционное и стерилизационное оборудование		
1	Растворы для предстерилизационной очистки (деконекс, лизитол)	2 л. 2% р-р (1 л. воды на 20 мл. р-ра)
2	Раствор для материалов подлежащих утилизации (септодор)	2 л. 0.2 р-р (1 л. воды на 2 мл. р-ра)
3	Вода дистиллированная	2 л
4	Сухожаровой шкаф	180 мин.
5	Автоклав	120 мин.
6	Ультразвуковая ванна "Серьга"	21 мин.
7	Гласперлен	0.75 мин.
8	Лампа бактерицидная	180 мин.

Таблица 4

Затраты на изготовление мостовидного металлокерамического
протеза на лабораторных этапах

№ п/п	Наименование оборудования	Количество	Продолжительность использования (мин.)
1	Стол зуботехнический	1	463
2	Стул зубного техника	1	463
3	Вибростол	1	1
4	Микромотор	1	114
5	Вакуумсмеситель	1	1.5
6	Станок для обрезания гипсовых моделей	1	5
7	Артикулятор	1	340
8	Воскотопка	1	54
9	Электрошпатель	1	54
10	Весы	1	1
11	Установка литейная	1	2
12	Печь муфельная	1	300
13	Печь для выплавки воска	1	60
14	Вытяжная вентиляция	1	390
15	Пескоструйный аппарат	1	8
16	Пароструйный аппарат	1	1
17	Печь для обжига керамики	1	258
18	Установка турбинная з/т	1	30
19	Тригер	1	258
20	Наконечник з/т для микромотора	1	114
21	Наконечник з/т турбинный	1	30
22	Стол гипсовочный	1	150
Инструментарий		Количество	
1	Резиновая чаша для гипса	1 шт.	
2	Шпатель з/т для гипса	1 шт.	
3	Лобзик з/т	1 шт.	
4	Кисть з/т	2 шт.	
5	Молоток з/т	1 шт.	
6	Зажим	1 шт.	
7	Пинцет	1 шт.	
8	Набор з/т для работы с керамической массой	1 шт.	
Предметы и инвентарь			
1	Стол под пара- и пескоструйный аппараты	1 шт.	
2	Стол под керамическую печь	1 шт.	

№ п/п	Расходные метариалы и медикаменты	Количество
1	Супергипс з/т (IV кл.)	100 г
2	Гипс медицинский	170 г
3	Пины	3 шт.
4	Лак компенсационный	1 г
5	Лак изоляционный	0.3 г
6	Воск погружной	0.5 г
7	Воск пришеечный	0.5 г
8	Воск моделировочный	3 г
9	Воск литниковый	2.3 г
10	Масса огнеупорная формовочная	50 г
11	Металл для литья каркаса	15 г
12	Жидкость для обезжиривания	10 г
13	Диск вулканитовый	1 шт.
14	Копирка жидкая PICO-MARK	0.5 г
15	Песок	21 г
16	Керамическая масса	6 г
17	Паста полировочная для керамики и металла	2 г
18	Головки алмазные	2 шт.
19	Боры турбинные	3 шт.
20	Полиры силиконовые	2 шт.
21	Щетки полировочные	2 шт.
22	Фрезы металлические	3 шт.

Полученные результаты исследования могут быть использованы лицензирующими органами при оценке готовности стоматологических учреждений к проведению ортопедического лечения с помощью метал-

локерамических конструкций. Кроме того, по мнению авторов, эти материалы будут востребованы самими стоматологическими учреждениями при расчете себестоимости этих протезов.

Stomatoloji xidmətlərə tələbatın proqnozlaşdırılması barədə

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun stomatologiya kafedrası, Bakı şəh.



Seyidbəyov O.S.
*a.e.x., professor,
kafedra müdiri*

Stomatoloji xidmətlərin həcmnin proqnozlaşdırılması ambulator-poliklinika müəssisələrinin fəaliyyətini optimal təşkil etmək üçün vacib şərtlərdən biridir. Bunun həlli stomatoloji xəstəliklərin ayrı-ayrı klinik formaları üzrə tezliyinin və onların müalicəsi ilə əlaqədar gözlənilən iş vahidlərinin proqnozları əsasında mümkündür. Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Stomatologiya kafedrasında son 3-4 ildə aparılan tədqiqatların nəticələri göstərilən problemin həllində əhəmiyyətli rol oynaya bilər (4, 5).

Azərbaycanda uşaq əhalisinin stomatoloji xəstəliklərinin epidemiologiyası uzun müddətdir ki, tədqiq olunur (1, 2, 3, 6). Hələ 60-cı illərdə bu sahədə əsaslı tədqiqatlar aparılmış və dişlərdə kariyesin yayılması müəyyənəşdirilmişdir (3). Ç.A. Paşayev isə dişlərin kariyesi və parodontun yaşlı əhali arasında epidemioloji problemlərini öyrənmişdir (6). Bizim son illərdə Bakı uşaq populyasiyasında dişlərin kariyesi, parodont xəstəlikləri, üz-çənə anomaliyaları və digər patologiyaların aşkarlanma tezliyi haqqında əldə etdiyimiz məlumatlar (4,5) xəstəliklərin proqnozlaşdırılması üçün imkan yaradır.

Aldığımız məlumatlara görə süd dişlərində kariyes olan uşaqların populyasiyada xüsusi çəkisi yaşla əlaqədar parabola tipində dəyişilir (3-12 yaşlarda müvafiq olaraq 45,5; 54,5; 65,5; 79,0; 88,5; 70,0; 58,5; 28,5; 24,5; 18,5%). Bu tipli dinamika üçün mövcud

tənliklər sistemini (7) həll edərək uşaqların yaşı (x) və kariyesli uşaqların xüsusi çəkisi (y_k) arasında əlaqəni əks etdirən riyazi tənlik alınır:

$$y_k = 68,95 + 7,53 x - 1,57 x^2$$

Daimi dişlərdə kariyes zədələnməsi uşaqların yaşı ilə əlaqədar artır, yalnız 6-cı dişlərin zədələnməsi (y_{k6}) müəyyən qanunauyğunluqla dəyişilir. (6-14 yaşlarda müvafiq olaraq: 7,25; 15,23; 20,30; 25,10; 27,65; 36,05; 36,75; 40,60; 44,70%) uşaqların yaşı ilə düz mütənasibdir və onların əlaqəsini göstərən tənlik belədir:

$$y_{k6} = 22,74 + 4,96 x$$

Diqqəti cəlb edən odur ki, uşaqların yaşı ilə KPÇ əmsalı arasında da düz mütənasiblik var. Ona görə də bu əlaqə riyazi tənliklə də ifadə oluna bilər:

$$KPÇ = 1,79 + 0,32 x$$



Soltanov R.N.
baş həkim

Cədvəl 1.

*Uşaqlarda süd dişlərinin müalicəsi ilə əlaqədar stomatoloqun iş həcmi
(müvafiq yaşlı 100 uşağa)*

Uşaqların yaşı (illər)	Dişlərin sayı				Şərti əmək tutumu vahidləri (ŞƏV) ilə iş həcmi				Cəmi
	Ağırlaşmamış kariyes	Pulpit	Perio-dontit	Çıxarılmalı olan ağırlaşmış kariyes	1	2	3	4	
3	163,6	27,00	9,03	15,91	244,6	81,0	27,1	7,9	360,6
4	243,37	25,05	8,35	11,23	365,1	75,2	25,1	5,6	471,0
5	177,26	88,08	29,36	72,30	265,9	264,2	88,1	36,1	654,3
6	178,00	133,50	44,50	89,00	267,0	400,5	133,5	44,5	845,5
7	241,26	134,38	44,79	88,57	361,9	403,1	134,4	44,3	943,7
8	112,85	62,80	20,94	41,41	169,3	188,4	62,8	20,7	441,2
9	79,16	44,09	14,69	29,06	118,7	132,3	44,1	14,5	309,6
10	56,89	31,41	10,47	20,23	85,3	94,2	31,4	10,1	221,0
11	30,09	14,16	4,72	10,03	45,1	42,5	14,2	5,0	106,8
12	17,34	8,16	2,72	5,78	26,0	24,5	8,2	2,8	61,5
13	9,18	4,32	1,44	3,06	13,8	13,0	4,3	1,5	32,6
14	4,59	2,16	0,72	1,53	6,9	6,5	2,2	0,7	16,3
Yekun	-	-	-	-	1969,6	1725,4	575,4	193,7	4464,1

Cədvəl 2.

*Uşaqlarda daimi dişlərin kariyesinin müalicəsi ilə əlaqədar stomatoloqun iş həcmi
(müvafiq yaşlı 100 uşağa)*

Uşaqların yaşı (illər)	Dişlərin sayı				Şərti əmək tutumu vahidləri (ŞƏV) ilə iş həcmi				Cəmi
	Ağırlaşmış kariyes	Pulpit	Perio-dontit	Çıxarılmalı olan ağırlaşmış kariyes					
	1	2	3	4	1	2	3	4	
6	12,6	2,0	0,6	1,3	18,9	8,0	2,7	1,9	31,5
7	35,7	7,7	2,5	5,1	53,6	30,8	11,3	7,7	103,4
8	63,0	13,5	4,5	9,0	94,5	54,0	20,3	13,5	182,3
9	86,0	18,5	6,2	12,3	129,0	74,0	27,9	18,5	249,4
10	102,2	21,9	7,3	14,6	153,3	87,6	32,9	21,9	295,7
11	128,8	27,6	9,2	17,4	193,2	110,4	41,4	27,6	372,6
12	141,5	30,03	10,0	20,2	212,3	121,2	45,0	30,3	408,8
13	160,5	34,4	11,2	22,9	240,8	137,6	50,4	34,4	463,2
14	175,3	37,7	12,9	25,1	262,9	150,8	58,1	37,7	509,5
Yekun	-	-	-	-	1358,5	774,4	290,0	193,5	2616,4

6-cı dişlər kariyeslə daha tez zədələndiyinə görə dişlərində kariyes zədəsi olan uşaqların xüsusi çəkisi (y_{k6}) KPÇ əmsali arasında olan mövcud əlaqəni əks etdirən tənlik daha təbiiqi əhəmiyyət kəsb edir:

$$KPÇ = 0,029 + 0,052 y_{k6}$$

Beləliklə, uşaqların dişlərinin kariyesinin həm tezliyi, həm də zədələnməsinin intensivli-

yi arasında korrelyasiya əlaqəsi var və onların əlaqəsi riyazi tənliklərlə ifadə olunur. Bu isə uşaqların stomatoloji xidmətə tələbatını proqnozlaşdırmağa imkan verir. Bizim aldığımız məlumatlara görə hesablanmış dişlərin kariyesinin müalicəsi ilə əlaqədar həkim-stomatoloqların iş həcmi 1 və 2-ci cədvəllərdə verilmişdir. Göründüyü kimi süd dişlərində kariyesin müalicəsi 7 yaşda ən yüksək, 14 yaşda isə ən aşağı səviyyədə əmək məsrəfi tələb edir (hər uşağa

müvafiq olaraq 94,32 və 0,16 şərti əmək vahidi). ŞƏV-nin həcmi də uşaqların yaşına uyğun parabola tipində dəyişilir və kariyesin intensivliyi nəzərə alınmaqla proqnozlaşdırıla bilər.

Uşaqlarda daimi dişlərdə kariyesin müalicəsinə əmək məsrəfi ən az 6 yaşda (hər uşağa 0,31 ŞƏV), ən çox 14 yaşda (5,09 ŞƏV) gözlənilir. Nəticədə uşaqların yaşı və müalicəsinin əmək məsrəfi düz mütənasib dəyişilir.

Qeyd etmək lazımdır ki, kariyesli dişlərin zədələnmə formalarından və fəsadlaşmalardan

asılı olaraq əmək məsrəfi əhəmiyyətli dərəcədə artır. Azərbaycan populyasiyasında fəsadlaşmış kariyeslərin xüsusi çəkisi yüksək olduğuna görə onların müalicəsinə əmək məsrəfi də çoxdur.

Beləliklə, uşaq əhalisinin stomatoloji xidmətlərə tələbatı qanunauyğunluqla dəyişilir və onları qabaqcadan proqnozlaşdırmaq olar. Belə proqnozlar ölkənin ayrı-ayrı bölgələrində stomatoloji xidmətlərin perspektiv planlaşdırılmasında istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT:

1. Алиева Р.К., Гулиева С.К., Гюльмамедова Т.Ю. Определение нуждемости детского населения Азербайджана в стоматологической помощи.

(Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана - Баку - 2000 - с. 95-98)

2. Алимский А.В. Оценка стоимости условной единицы трудоемкости в стоматологии. (Стоматология - 1996 №1 - с. 66)

3. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР. (автореф. докт. диссер. - М - 1968 - с. 25)

4. Солтанов Р.Н., Закономерности кариозного поражения молочных зубов. (Азмеджурнал, 2000, №1, с. 30-33)

5. Soltanov R.N. Uşaq stomatoloji xidmətlərinə tələbatı formalaşdıran amillər (Uşaq stomatoloqlarının 2-ci Respublika Elmi Praktiki Konfransının materialları. Bakı - 2000. s. 52)

6. Пашаев Ч.А. Распространенность основных стоматологических заболеваний у жителей г. Баку (Азмеджурнал - 1981 №4, с. 52-54).

7. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. М-Практика - 1999, с. 459.

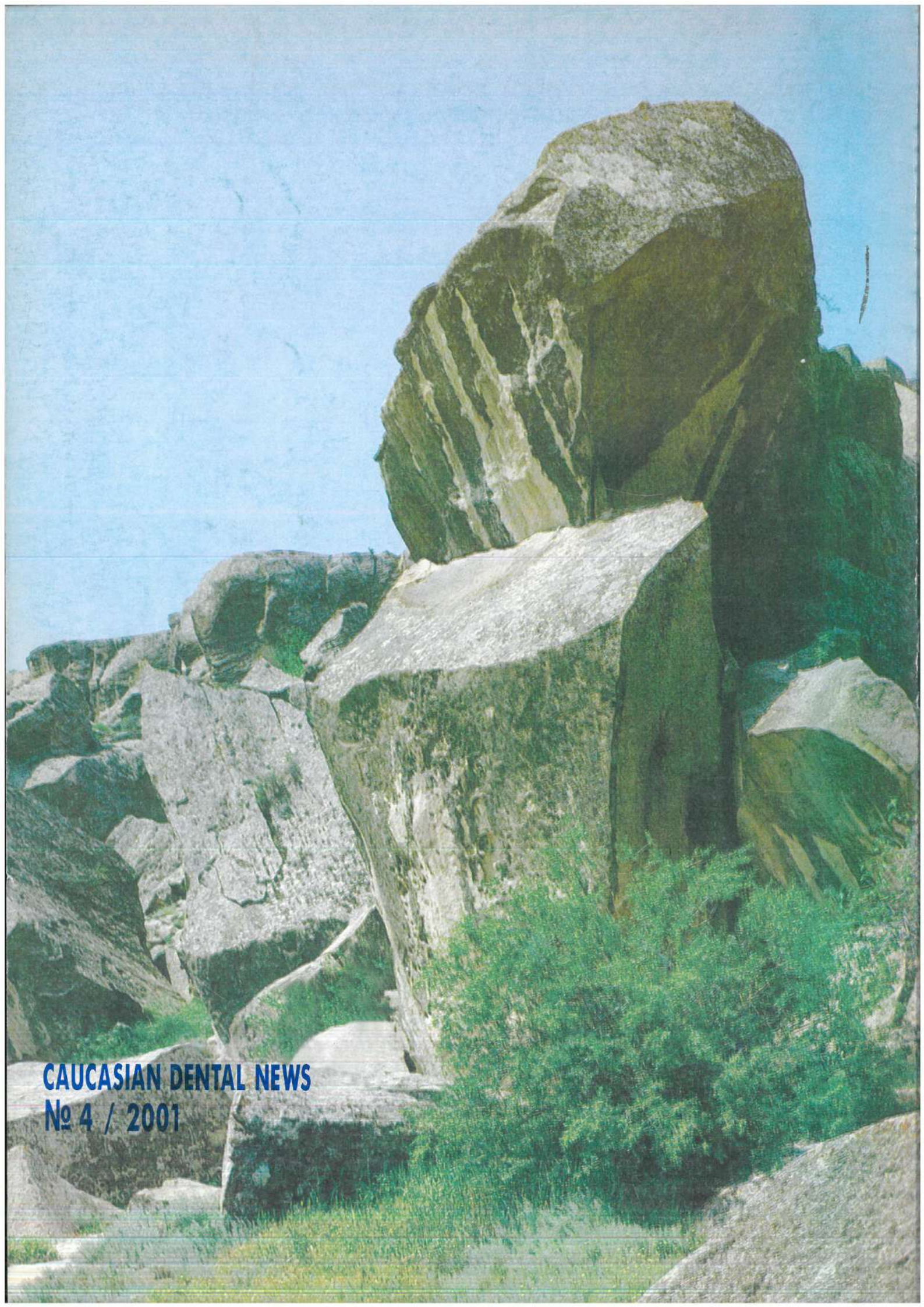
РЕЗЮМЕ

О ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Сеидбеков О.С., Солтанов Р.Н.

Практические наблюдения проведенные нами в последние годы позволило установить уровень и интенсивность стоматологических заболеваний для каждой возрастной группы детей. Применением метода наименьших квадрат выведены уравнения регрессии, хорошо описывающие возрастные динамики стоматологической заболеваемости и интенсивности поражения зубов. При условии выполнения лечебно-профилактической программы с целью полной санации детей установлен объем трудозатрат для каждого возраста отдельно и для популяции в целом.

Считается, что уравнения регрессии, описывающие возрастные динамики заболеваемости могут быть применены для прогнозирования ожидаемого объема трудозатрат врачей-стоматологов.



CAUCASIAN DENTAL NEWS
№ 4 / 2001