



QAFOAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ

№ 2 – 2000

Procter & Gamble

HÖRMƏTLİ HƏMKARLAR !

Bakıda ilk dəfə olaraq Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının köməkliyi ilə "Denta Plus" kompaniyasında stomatoloji materialların, alətlərin və avadanlıqların satış-sərgi salonu təşkil edilmişdir. Salonda dünyanın qabaqcıl stomatoloji kompaniyalarının istehsal etdikləri yeni və keyfiyyətli stomatoloji materiallar satışa çıxarılmışdır.

Burada siz mütəxəssislərdən lazımi məsləhətlər ala, maraqlandığınız suallara cavab tapa bilərsiniz. İnanırıq ki, bizimlə əməkdaşlıq sizin üçün sərfəli olacaqdır.

Satış-sərgi salonunda stomatoloji materiallar Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası üzvlərinə 5% güzəştə satılır.

İşinizə yarayacaq bir çox sərfəli materiallarla tanış olmaq istəyirsinizsə, satış-sərgi salonunda yolunuzu gözləyirik.



*Bizim ünvan:
Azadlıq prospekti 146/14
Telefon: 62-62-60
Faks: 47-91-56*

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 2 2000

**AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI**



**AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION**

**Təsisçi və baş redaktor:
Bədii tərtibat:**

Rəna Əliyeva
Rəna Adilşah

Redaksiya heyəti:

Rəna Əliyeva
Zöhrab Qarayev
Xanım Səlimxanova

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 41-2081; Fax: 99412 41-20-81

E-mail: asa@inteko.net

“Qanun” nəşriyyatının kompüterlərində yığılıb və səhifələnilib. Bakı şəhəri Ağa Neymətulla küç. 44. Tel: 67- 88- 87
Sifariş №22. Tiraj 500. “Oscar” nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur. Tel: 30-23-10, 30-23-20.

MÜNDƏRİCAT



■ Baş redaktordan...3

■ “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalının təqdimat mərasimi Bakı-2000...5

■ Встречи на грузинской земле...7

■ Stomatoloqların II Beynəlxalq konqresi...10

■ “Diş və ağız boşluğu sağlamlığı” Təhsil Proqramının Sumqayıt şəhərində keçirilməsi...12

■ Новейшие технологии от blend-a-med – новый Blend-a-med Complete...14



■ Сравнительный анализ размеров зубных дуг при дистоокклюзии до лечения и после его окончания...18

■ Состояние гистоморфологических и гистохимических показателей тканей пародонта в эксперименте при терапии Кедабекской минеральной водой...24



■ Применение сиропа солодкового корня в лечении герпетического стоматита у детей...30

■ Uşaqlar arasında kəskin və xroniki irinli orta otitlə xəstələnməyə sosial amillərin təsiri...32

■ Динамика утраченных лет жизни в связи с инфекционными и паразитарными болезнями...34

■ Современное состояние этиологии возбудителей сальмонеллезов в г. Баку...38

■ Теоретическое и экспериментальное обоснование метода "депофорез гидроокиси меди-кальция"...41

■ Приверженность компании “A-dec International” делу стоматологического образования...48

■ Şəkərli diabet zamanı dişlərin və parodont toxumaların zədələnməsi...49

■ К сведению авторов...51



BAŞ REDAKTORDAN

Hal-hazırda stomatologiyada və bütövlükdə səhiyyədə aparılan islahatlarda müəyyən müəkimələr və meyllər müşahidə edilir. Məsələn, dövlət stomatoloji müəssisələrinə alternativ olaraq fərdi sektorun əmələ gəlməsi və inkişafı; dövlət stomatoloji müəssisələrinin büdcədən maliyyələşmə imkanlarının azalması; təsərrüfat hesablı iş fəaliyyətinin artması və büdcənin ixtisarı ilə əlaqədar olaraq dövlət stomatoloji müəssisələrinin müstəqilliyinin və sərbəstliyinin artması; dövlət stomatoloji müəssisələrinin əksəriyyətinin rəhbərlərinin şəxsi məqsədlər üçün köhnə statuslarını qoruyub saxlamaq istəyi; dövlət stomatoloji müəssisələri və şəxsi klinikalar arasındakı rəqabət və s.

Keçid dövründə səhiyyə idarələrində fərdi tibbi fəaliyyət üçün qanunverici aktların olmaması, köhnə əmrlərin və sərəncamların hal-hazırda işləməsi müasir şəraitə uyğunlaşmağı ləngidir. Göstərilən müxtəlif situasiyalardan belə nəticəyə gəlmək olar ki, indiki dövrdə düzgün istiqamət üçün stomatoloji müəssisələr şəbəkəsində struktur dəyişikliklərinin aparılmasına ehtiyac duyulur.

Məlumdur ki, stomatoloji xidmət: stomatoloji kabinetlər, rayon və şəhər poliklinikalarının stomatoloji şöbələri və stomatoloji poliklinikalarda göstərilir.

İndiyə qədər bu xidmət, demək olar ki, olduğu kimi qalır. Həmin müəssisələrin material-texniki bazası və avadanlıqları müasir dövrə uyğunlaşmır. Bütün bunlar dövlət stomatoloji müəssisələri şəbəkəsində islahatların müxtəlif variantları haqda fikir söyləməyə imkan verir.

Belə ki, stomatoloji kabinetlərin müqəddəratını müxtəlif şəkildə həll etmək olar. Bəzi stomatoloji kabinetləri özəlləşdirmək, restrukturizasiya etmək, şəxsi kabinet kimi istifadə etmək olar. Məktəblərdə və digər uşaq müəssisələrindəki stomatoloji kabinetləri hər vasitə ilə qoruyub saxlamaq və onların büdcədən maliyyələşməsini təmin etmək lazımdır. Şəhər və rayon poliklinikalarının stomatoloji şöbəsini vəziyyətindən asılı olaraq, bəzi hallarda ayrıca stomatoloji poliklinikaya, əksər hallarda təsərrüfat hesablı stomatoloji şöbəyə çevirmək və özünü doğrultmadıqda isə şöbəni ləğv etmək məqsədəuyğundur.

Dövlət stomatoloji poliklinikalarının aşağıda-



kı formalarda fəaliyyəti, zənnimcə, məqbul sayıla bilər. Dövlət poliklinikası, dövlət poliklinikası qarışıq, yəni pulsuz müalicə şöbəsi və təsərrüfat hesablı şöbələrle, icarəyə verməklə, özəlləşdirilmiş poliklinika şəklində, aksioner cəmiyyət və s. kimi.

Bu keçid dövrü iqtisadiyyatı şəraitində dövlət stomatoloji müəssisələrində aparılan islahatlar haqda mənim qısa mülahizələrimdir.

Dövlət stomatoloji müəssisələrinə alternativ olan fərdi stomatoloji kabinet, klinika və mərkəzlər üzərində ayrıca dayanmaq istədim. Hal-hazırda fərdi stomatoloji kabinetlərin sayı durmadan artır. Bu, dünyada çox geniş yayılmışdır. Belə kabinetlərdə stomatoloqlar məhdud xidmət göstərilir. Obyektiv realığa uyğun olaraq, kabinetlərdəki ucuz avadanlıqlar və materiallar imkan vermir ki, müasir diaqnostikası və mürəkkəb manipulyasiyaları yerinə yetirəsin. Fərdi stomatoloji kabinetlərin böyük əksəriyyətində görülən işlər dövlət stomatoloji müəssisələrindən fərqlənmir və bəzi hallarda geri qalır. Bu yolverilməzdir.

Stomatoloji klinikanın imkanları daha geniş olmalıdır. Burada artıq bir həkim yox, öz sənətinin bütün incəliklərinə sahib olan bir neçə həkim işləyir. Klinikanın avadanlığı və şəraiti müasir tələblərə cavab verməlidir. Klinikada mürəkkəb stomatoloji manipulyasiyalar və əməliyyatlar

yüksək səviyyədə yerinə yetirilməlidir.

Stomatoloji mərkəz dedikdə, burada stomatologiyanın bütün sahələri üzrə ixtisaslaşmış yardım göstərilir. Stomatoloji mərkəzin şəraiti və avadanlığı ön müasir tələblərə cavab verməlidir. Mərkəzin sərəncamında özünün elmi-tədqiqat bazası olmalıdır ki, bu da, öz növbəsində aparıcı institutlarla və xarici partnyorlarla aktiv əməkdaşlıq əlaqələri yaratmalıdır.

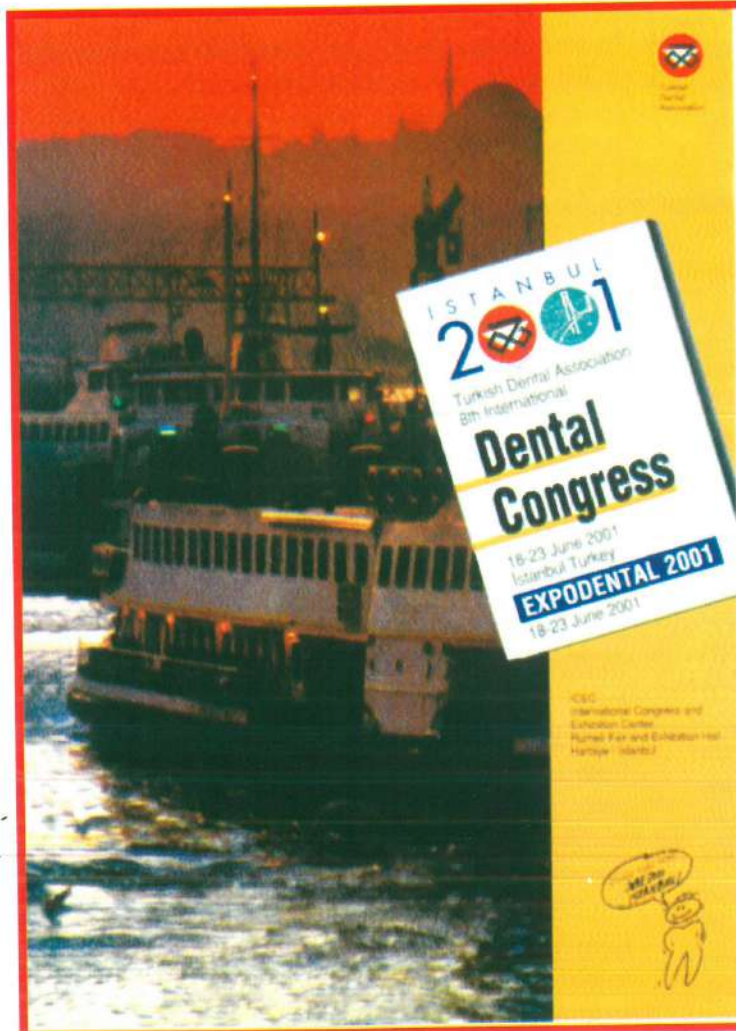
Diş həkimlərinin şəxsi kabinet açaraq ancaq kariesli dişlərin müalicəsi, yaxud çəkilməmiş dişlərin yaratdığı diş cərgəsi qüsurlarını sadə protezlə bərpa etməklə məşğul olduqları dövr artıq keçmişdə qalıb. Bu gün stomatologiyada rəqabət çox yüksək olduğundan başdansa işlə asan qazanca meyl etmək perspektivsiz işdir. İndi hər şey yavaş-yavaş öz yerini tutur. Ona görə şəxsi kabinet, yaxud klinika açan stomatoloq, hər şeydən əvvəl, həqiqi mənada professional olmalıdır.

Şəxsi fəaliyyət üçün mütəxəssisin lisenziya al-

ması çox ciddi və güzəştisiz olmalıdır ki, təsadüfi və qeyri-professionalların sənətə soxulmasının qarşısı alınsın. Verilən lisenziyada stomatoloji kabinetin, klinikanın və ya mərkəzin fəaliyyət növləri göstərilməlidir. Lisenziyada açıq və dəqiq göstərilməlidir ki, bu müəssisənin hansı stomatoloji xidməti yerinə yetirməyə ixtiyarı var. Fərdi stomatoloji xidmət sahələrinə nəzarətin Səhiyyə Nazirliyinin xüsusi tibbi qurumuna həvalə edilməsi alternativ stomatoloji sektorun inkişafına və onun şəbəkəsinin genişlənməsinə xidmət edirdi.

Hörmətlə,
RƏNA ƏLİYEVƏ

R. Aliyeva



К СВЕДЕНИЮ СТОМАТОЛОГОВ!

18-23 июня 2001-го года в
Стамбуле, Турция состоится VIII
Международный
Стоматологический Конгресс и
Выставка - Expodental 2001

Азербайджанская
Стоматологическая Ассоциация
будет представлена на Конгрессе
официальной делегацией.

*Желающих принять участие в
Конгрессе просим обратиться по
адресу:*

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

e-mail: asa@inteko.net

“QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ” jurnalının təqdimat mərasimi

Bakı-2000



7 sentyabr 2000-ci il tarixdə Bakı şəhərində Azərbaycan mehmanxanasının “Relax” zalında “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalının təqdimat mərasimi təntənəli şəkildə keçirilmişdir.

Təqdimat mərasimini jurnalın təsisçisi və baş redaktoru Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının (ASA) Prezidenti, Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq Stomatologiyası kafedrasının müdiri Rəna xanım Əliyeva açaraq mərasimin hörmətli qo-

naqlarına və iştirakçılarna öz təşəkkürünü bildirdi. Jurnalın yaradılmasında və işıq üzü görməsində Azərbaycan Səhiyyə Nazirinin və “Procter & Gamble” şirkətinin xüsusi rolunu qeyd etdi. Sonra Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və onun dövrü mətbu orqanı olan “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalının məqsədi haqqında məlumat verərək onun cəmiyyətdə tibb elminin nailiyyətlərini, o cümlədən stomatologiyada informasiya bolluğunu təmin etmək, inkişaf etmiş xarici ölkələrdə olan tibbi dövrü nəşrlərlə yaradıcılıq ittifaqı və tibbi təşkilatlarla əməkdaşlıq əlaqələri yaratmaq, informasiya, təhsil, əyləncə, mədəniyyət, birgə elanlar hazırlamaq və bu sahədə vasitəçilik etmək, biznes, kommersiya fəaliyyəti ilə məşğul olmaq, müsabiqələr, sosioloji sorğular keçirmək, mükafatlar təsis etməkdən və s. ibarət olduğunu bildirdi. Qafqaz regionunda ilk dəfə dərc olunan bu jurnal ancaq stomatoloqlar və diş texniklərini deyil, eyni zamanda səhiyyənin bütün sahələrində fəaliyyət göstərən mütəxəssisləri və eləcə də

hər bir vətəndaşı əməkdaşlığa çağırır. Sonda “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalının gələcəyinin uğuru, fəaliyyətinin səmərəli, öz oxunaqlı və maraqlı yazıları ilə tibb elminin və səhiyyənin inkişafına dəyərli töhfə verəcəyinə ümid etdiyini bildirdi.

Sonra Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Naziri, millət vəkili, professor Ə.İnsanov cənabları mərasim iştirakçılarını salamladı. Səhiyyədə



Soldan: Xayrunisə Aligiya, P&G bölgə müdiri, Əli İnsanov - Azərbaycan Respublikasının səhiyyə naziri, Verner Qaysler P&G - vitse prezidenti, Rəna Əliyeva - "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının baş redaktoru, Əhliman Əmiraslanov - ATU-nun rektoru

aparılan islahatlardan geniş məlumat verərək, onun nəticəsi kimi ASA-ya onun dövrü mətbu orqanı olan "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalına və onun yaradıcı kollektivinə bu xeyirxah işdə xoş arzularını bildirdi. Əminəm ki, bu jurnalın stomatologiya elminin və təcrübəsinin təkmilləşdirilməsində çox mühüm rol olacaqdır. Sonda hörmətli nazir ASA-nın prezidenti, ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasının müdri, "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının baş redaktoru Rəna xanım Əliyevanı Respublikanın baş uşaq stomatoloqu təyin etdiyi haqda əmr imzaladığını mərasim iştirakçlarına bildirdi.

"Procter & Gamble" şirkətinin vitse-prezidenti cənab Verner Qaysler mərasim iştirakçılarını salamladıqdan sonra bildirdi ki, "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının yaranması və işıq üzü görməsi şirkətimizin Qafqaz regionu stomatoloqları ilə əməkdaşlığın bir hissəsidir. Təsədüfə deyil ki, ilk əməkdaşlıq regionda Azərbaycan Stomatoloji

Assosiasiyası ilə başlanmışdır. Sonda V.Qaysler əhaliyə keyfiyyətli stomatoloji yardım göstərən sənət sahiblərinə müvəffəqiyyətlər və bu jurnalla daimi əməkdaşlıq etmək arzuladı.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Rectoru əməkdar elm xadimi, professor Ə.Əmiraslanov müasir, yüksək tərtibatla nəşr olunmuş "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının yaranmasında və işıq üzü görməsində iştirak edən və zəhməti olan bütün insanları təbrik edərək dedi: - Respublikamızda belə bir jurnalın nəşri təbii ehtiyaclardan yaranır və əminəm

ki, onun fəaliyyəti Azərbaycan səhiyyəsinin, tibbi təhsilinin, o cümlədən stomatologiyasının tarixində ən şərəfli yerlərdən birini tutacaqdır. Bu münasibətlə ASA-nı, onun bacarıqlı işgüzar və qayğıkeş prezidenti Rəna xanımı, ölkəmizin bütün stomatoloqlarını, tibb işçilərini, tələbələrini-



Jurnalın təqdimat mərasimində

zi və stomatologiya elminin tərəqqisinə maraq göstərən əməkdaşları ürəkdən təbrik etdi.

“Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalının təqdimat mərasimində Azərbaycan Respublikası Milli Məclisi sədrinin birinci müavini A.Rəhimzadə və sədr müavini Y.Əliyev iştirak edirdilər.

Təqdimat mərasimində iştirak edən professorlar, baş həkimlər, elmi-tədqiqat institutlarının direktorları, kafedra müdirləri, tibb elmi ilə əlaqəli müxtəlif şirkətlərin nümayəndələri jurnalın baş redaktoruna və yaradıcı kollektivinə bu nəcib, xeyirxah, vacib və taleyüklü işdə müvəffəqiyyətlər arzuladılar.



Jurnalın təqdimat mərasimində

СОТРУДНИЧЕСТВО

ВСТРЕЧИ НА ГРУЗИНСКОЙ ЗЕМЛЕ

Зураб Вадачкория,
*профессор, президент Ассоциации стоматологов Грузии,
проректор и зав. кафедрой стоматологии детского возраста
Тбилисского государственного медицинского университета*

Изменения, произошедшие в общественной и экономической жизни Грузии, повлекли необходимость реформы системы здравоохранения. Реформа, естественно, коснулась и стоматологической практики, науки и образования.

В переходный период выявилось множество проблем, решить которые возможно лишь общими усилиями стоматологов. В связи с этим 1 июля 1997 года большой группой единомышленников была основана Ассоциация стоматологов Грузии.

Ассоциация ставит своей целью содействие улучшению стоматологической помощи населению Грузии, развитию научной и практической стоматологии. В связи с этим Ассоциация осуществляет следующие задачи:

- ✓ ознакомление с опытом ведущих стран мира в области клинической и экспериментальной стоматологии,
- ✓ налаживание связей с зарубежными стоматологическими ассоциациями и центрами с целью ознакомления с научной информацией и подготовки медицинского персонала,
- ✓ организация и внедрение фундаментальных и практически важных научных исследований; организация тематических конференций,
- ✓ информирование членов Ассоциации о международных стоматологических форумах, содействие в принятии участия в работе конгрессов и конференций за рубежом,
- ✓ защита прав врачей-стоматологов – членов Ассоциации,

- ✓ издание периодического научно-практического журнала,
- ✓ работа со студентами и молодыми стоматологами,
- ✓ проведение совместно с Министерством здравоохранения аттестации-лицензирования врачей-стоматологов и аккредитации-лицензирования стоматологических учреждений; сертификация и регистрация стоматологических установок, аппаратов, инструментов, материалов, медикаментов, профилактических средств.

В настоящее время Ассоциация объединяет около 1000 врачей-стоматологов из разных регионов Грузии. Среди них – 12 профессоров и докторов медицинских наук, более 20 доцентов и кандидатов медицинских наук, свыше 10 юридических лиц. Членами Ассоциации являются стоматологи и челюстно-лицевые хирурги государственных учреждений, в частности Тбилисского государственного медицинского университета, Академии последипломной специализации врачей, онкологическо-



го научного центра, специализированных стоматологических клиник, стоматологического объединения департамента железных дорог Грузии, а также сотрудники частных медицинских стоматологических учреждений. Ассоциация сегодня объединяет широко известные частные стоматологические клиники: Uni Dent, RÖS'S, Дент-Экс-95, Дент-Ивер, HBI-Dent.

С момента основания до сегодняшнего дня Ассоциация стоматологов Грузии провела два международных конгресса и две научно-практические конференции в городах Кутаиси и Батуми. В этих мероприятиях наряду с грузинскими специалистами принимали участие свыше 50 профессоров, исследователей и врачей из Германии, США, Российской Федерации, Азербайджана, Армении, Великобритании, Сирии. За этот период были созданы два региональных совета Ассоциации стоматологов – в Западной Грузии (г. Кутаиси) и Абхазии (г. Батуми). Было издано два сборника научных статей, которые заняли достойное место во многих библиотеках мира.

За три с половиной года члены Ассоциации стоматологов Грузии приняли участие в научных форумах стоматологов раз-



На снимке: (слева направо) президент Ассоциации стоматологов Грузии, профессор Зураб Вадачкория, вице-президент Ассоциации, профессор Владимир Маргвелашвили.

ных стран, но самое большое достижение нашей организации – это принятие Ассоциации стоматологов Грузии ассоциированным членом Всемирной федерации стоматологов (1998 г., г. Барселона), а позже – постоянным полноправным членом этой Федерации (1999 г., г. Мехико).

Совсем недавно делегация стоматологов Грузии из 15 человек вернулась из Парижа, где принимала участие в работе сотого юбилейного конгресса Всемирной федерации стоматологов.

20-23 сентября 2000 года в Тбилиси был проведен II Международный конгресс стоматологов. Хотелось бы остановиться на его работе несколько подробнее. Организаторами конгресса являлись Ассоциация стоматологов Грузии и Тбилисский государственный медицинский университет. Генеральным спонсором конгресса выступил blend-a-med.

21 сентября в Тбилисском государственном медицинском университете конгресс был торжественно открыт.

Конгресс приветствовали:

ректор Тбилисского государственного медицинского университета, академик Академии медицинских наук Грузии профессор Рамаз Хецуриани;

первый зам. министра труда, здравоохранения и социального обеспечения, профессор Амиран Гамквелидзе;

председатель комитета здравоохранения и социального обеспечения парламента Зезва Гунишвили;

президент Ассоциации врачей Грузии, профессор Гия Лобжанидзе;

президент Стоматологической ассоциации Армении, профессор Телемак Казарян;

президент Стоматологической ассоциации Азербайджана, доцент Рена Алиева;

Чрезвычайный и Полномочный Посол Азербайджана в Грузии господин Хаджан Хаджиев;

Чрезвычайный и Полномочный Посол Армении в Грузии господин Георгий Хосроев;

президент компании "PRIMUS BALTICUM MESSEGESELLSHAFT" господин Карл Рейналтц.

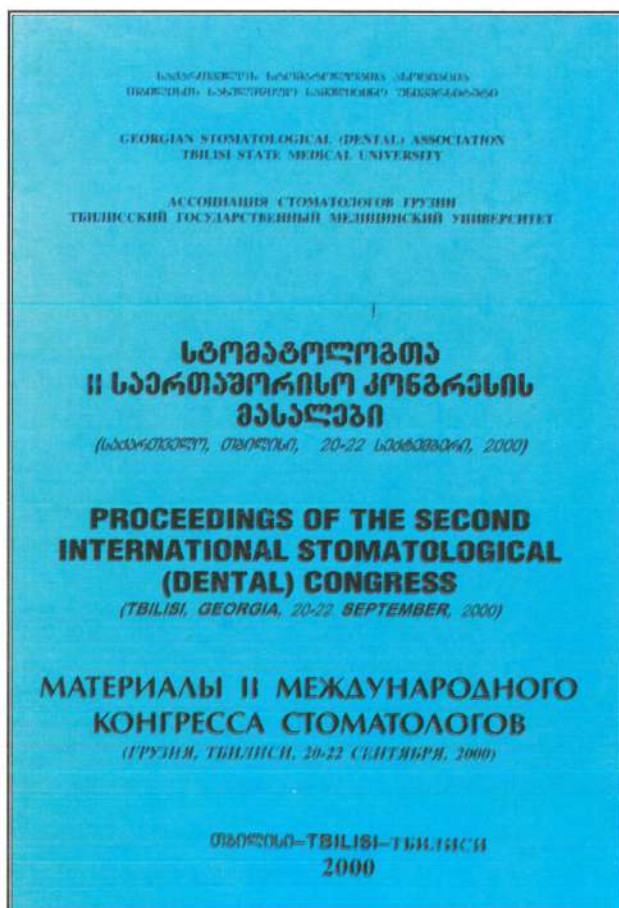
На конгрессе были представлены интересные научные доклады, посвященные актуальным вопросам стоматологии. Материалы II Международного конгресса стоматологов опубликованы в виде сборника научных трудов.

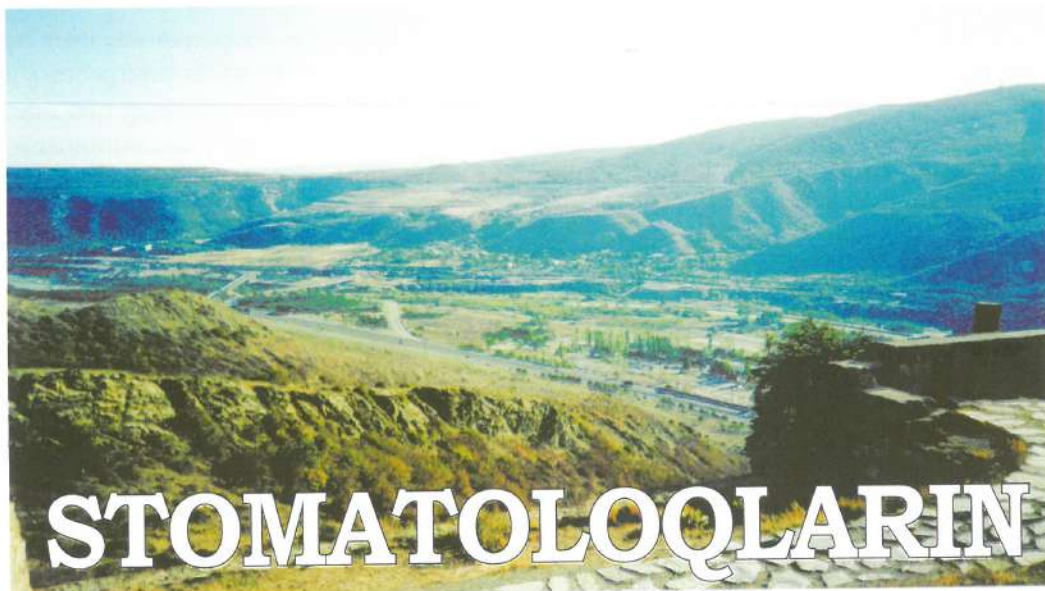
ликованы в виде сборника научных трудов.

Во время проведения конгресса у его участников была возможность посетить Международную выставку-продажу медицинской техники, стоматологии и фармацевтики. Была предложена и интересная культурная программа: экскурсии по Тбилиси и в г. Мцхета - древнюю столицу Грузии. Гости познакомились также с одним из регионов Грузии - Кахети, известный своим виноделием.

Особенно приятно, что конгресс предоставил возможность стоматологам из разных стран познакомиться друг с другом и наладить контакты для дальнейшего сотрудничества.

На конгрессе впервые состоялась встреча и знакомство руководителей ассоциаций стоматологов стран Закавказья. Мы особенно благодарим президентов стоматологических ассоциаций Азербайджана доцента Рену Алиеву и Армении профессора Телемака Казаряна и надеемся, что проведенный конгресс в г. Тбилиси в 2000 г. станет основой для будущего тесного сотрудничества между ассоциациями стоматологов наших стран.





II BEYNƏLXALQ KONQRESİ

Tbilisi 2000

Sentyabr ayının 21-23-ü 2000-ci il tarixdə Gürcüstan respublikasının Tbilisi şəhərində stomatoloqların II Beynəlxalq konqresi keçirilmişdir.

Konqresin açılışı sentyabrın 21-də saat 9.30-da Tbilisi Dövlət Tibb Universitetinin Akt zalında keçirildi.

Konqresi Gürcüstan stomatoloji assosiasiyası və Tbilisi Dövlət Tibb Universiteti **"Procter & Gamble"** şirkətinin himayəsilə təşkil edilmişdir. Konqresin danışq dili gürcü, ingilis, alman və rus dilləri idi.



Gürcüstan stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti professor Zurab Vadaçkoriya təbrikləri qəbul edir

Konqresi giriş sözü ilə Gürcüstan stomatoloji assosiasiyasının prezidenti professor Zurab Vadaçkoriya açıqdan sonra təşkilat komitəsi adından Tbilisi Dövlət Tibb Universitetinin Rektoru professor Ramaz Xetsuriani çıxış edərək konqres iştirakçılarını salamladı və konqresin işinə uğurlar arzuladı. Təbrik sözü ilə konqres iştirakçılarını və təşkilat komitəsini konqresin hörmətli qonaqlarından Gürcüstan əmək, səhiyyə və sosial təminat nazirinin birinci müavini professor Amiran Qamkrelidze, Gürcüstan parlamentinin səhiyyə və sosial müdafiə komitəsinin sədri cənab Zelva Qiqunişvili, Gürcüstan Tibb Assosiasiyasının prezidenti professor Qiya Lobijanidze,



Konqress nümayəndələrini Azərbaycan səfiri təbrik edir

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti Rəna xanım Əliyeva, Ermənistan Dental Assosiasiyasının prezidenti cənab Telemek Kazaryan, "Primus-Balticum Messegesselschaft mbH" kompaniyasının prezidenti cənab Karl Reynalts və "Procter & Gamble" şirkətinin nümayəndəsi İrakliy Marianidze çıxış etdilər.

Konqresin açılış mərasimində Azərbaycan Respublikasının Gürcüstandakı səfiri cənab Hacı Hacıyev və Ermənistan Respublikasının Gürcüstandakı səfiri cənab Qeorgiy Xosroyev iştirak etdilər. Onlar da öz çıxışlarında konqresin iş-

tirakçılarını və təşkilat komitəsini təbrik etdilər və konqresin işinə uğurlar dilədilər.

Sonra konqres işini davam etdirərək iki gün ərzində stomatologiyanın müxtəlif problemlərinə dair elmi mühazirələrlə çıxış etdilər. Azərbaycan nümayəndə heyətinin ASA-nın prezidenti, Azərbaycan Tibb Universitetinin uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri Rəna xanım Əliyeva və həmin kafedranın assistenti S.Quliyeva çıxış etdilər.



Azərbaycan nümayəndə heyəti və Gürcüstan stomatoloji Assosiasiyasının vitse-prezidenti, rofessor Vladimir Marqvelaşvili (sağdan ikinci) fasilə zamanı



Beynəlxalq Konqresin nümayəndələri istirahət zamanı

Konqresin mədəni proqramları çərçivəsində qədim Mtsxetada ekskursiyada olduq və Tbilisi şəhərinin tarixi abidələri ilə tanış olduq.

Tbilisi şəhərində keçirilən Stomatoloqların II Beynəlxalq konqresinin işində Azərbaycan, Gürcüstan və Ermənistan respublikalarının nümayəndə Heyətlərindən başqa Rusiya, Almaniya, ABŞ, Fransa, Suriya və başqa ölkələrin nümayəndələri də iştirak edirdilər.

“DİŞ VƏ AĞIZ BOŞLUĞU SAĞLAMLIĞI” TƏHSİL PROQRAMININ SUMQAYIT ŞƏHƏRİNDƏ KEÇİRİLMƏSİ

QARQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ

№ 2 / 2000



Samira Ələkbərova

Hazırkı dövrdə bütün dünyada birmənalı şəkildə qəbul edilmişdir ki, karies xəstəliyini yalnız profilaktik tədbirlər aparmaqla azaltmaq olar. Başqa sözlə, hər hansı, hətta ən yüksək səviyyədə aparılan müalicə bu xəstəliyin yayılma göstəricisini azalda bilməz.

Məlumdur ki, 5-10 il ərzində profilaktik tədbirlər aparmaqla müəyyən xəstəliklərin yayılmasını 2-3 dəfə azaltmaq olar. Profilaktika dedikdə, sağlamlığın qorunmasına və xəstəliklərin baş verməsinin qarşısının alınmasına yönəldilmiş dövlət, sosial, gigiyenik və tibbi tədbirlər sistemi başa düşülür. Sağlam həyat tərzinin təqlid olunmasında gigiyenik tədbirlərin xüsusi əhəmiyyəti vardır. Gigiyenik tədbir dedikdə sağlam həyat tərzinin qorunub saxlanılması üçün xeyirli vərdişlərin aşılması və onlara ciddi riayət edilməsinə nəzarət başa düşülür. Ağız boşluğu xəstəliklərinin profilaktikasının əsas elementlərindən biri gigiyenik tədbirlərin stomatoloji aspektidir. Stomatologiyada gigiyenik tədbirlər əsas qayda ilə həyata keçirilir:

- Uşağın valideynlərinə və onun tərbiyəsi ilə məşğul olan digər şəxslərə,

sonradan isə uşağın özünə ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini sağlamlaşdırmaq vərdişləri aşılamaq;

- Valideynlər və uşaqların gigiyenik tərbiyəsi təşkil etmək, uşaqlarda gigiyenik tədbirlərə şüurlu sürətdə yanaşmağı aşılamaq, hər bir ailədə sağlam həyat tərzinin yaranmasına nail olmaq.

Uşaqlara gigiyenik vərdişləri valideynləri, tərbiyəçilər və müəllimlər öyrətməlidirlər. Uşağın yaşı nə qədər az olarsa, gigiyenik vərdişi də bir o qədər asan yaradıla bilər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, gigiyenik tədbirlərin səmərəliliyi bu işdə stomatoloqlarla yanaşı, valideynlərin, pedaqoqların, pediatrların, tərbiyəçilərin aktiv iştirak etməsi ilə təmin olunur.

Beləliklə, əhəlinin ağız boşluğunun sağlamlığına nail olmaq və onu qorumaq üçün profilaktik tədbirlərdən istifadə etməklə, sanitar maarif işini yüksəltməklə sağlamlığı möhkəmləndirmək lazımdır. Jurnalın ilk sayında qeyd edildiyi kimi, Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası artıq üçüncü ildir ki, Respublikada “Blend-a-Med

Sumqayıt şəhər uşaq stomatoloji poliklinikasının baş həkimi - Kəmalə Muradova (oturan) və proqramın iştirakçısı həkim-stomatoloq Ruhəngiz Əfəndiyeva



məktəb təhsil proqramını həyata keçirir. Proqramın məqsədi aşağıdakılardır:

- stomatologiya sahəsində məktəblilərdə sanitari maarif işini artırmaqla ağız boşluğunun sağlamlığının yüksəldilməsi;
- profilaktik stomatoloji yardımın genişləndirilməsi;
- fluor tərkibli diş, məcunlarından istifadə edilməsi.

Dünya təcrübəsi göstərir ki, bir çox inkişaf etmiş ölkələrdə 30 ildən artıq müddətdə həyata keçirilən bu tip proqramlar uşaqlara ağız boşluğunun gigiyenik vərdislərinin aşılmasında öz müsbət bəhrəsini vermişdir.

Bu, uşaqların ağız boşluğunun vəziyyətini əsaslı şəkildə yaxşılaşdırmışdır.

Beləliklə, 1999-2000-ci tədris ilində bu proqram Sumqayıt şəhərində də həyata keçirilmişdir. Proqramın keçirilməsində Sumqayıt şəhərinin baş uşaq stomatoloqu K. Muradova aktiv iştirak etmişdir. Proqramın həyata keçməsində, şəhər təhsil şöbəsinin köməyini xüsusi qeyd etmək istərdik.

Proqramın əsas xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, burada stomatoloqlar, müəllimlər, uşaqlar və valideynlər birgə iştirak edir. Sumqayıt şəhərində 5048 məktəbli proqrama cəlb edilmişdir. İlk öncə ASA-nın inzibati qrupu və Sumqayıt şəhər baş stomatoloqu tərəfindən məktəblərdə dərslərin keçirilməsi həkim-stomatoloq R. Əfəndiyevaya

həvalə edilmişdir. İbtidai sinif müəllimləri üçün xüsusi seminarlar təşkil edilmişdir. Müəllimlərə əyani şəkildə ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin qeyri-qənaətbəxş olması və dişləri düzgün təmizləməyin qaydaları nümayiş etdirilmişdir. Seminar keçirildikdən sonra həkim stomatoloq məktəblərdə dərslərin keçirilməsinə başlamışdır.



Hər bir şagirdə tədris vəsaiti dəsti və stomatologiyaya dair "dərslik paylanılır ki, burada aydın və başa düşülən tərzdə dişlərə ağız boşluğuna qulluq haqda əsas anlayışlar şərh edilmişdir. Bu vəsait dəstində ASA-nın prezidenti, Səhiyyə Nazirliyinin baş uşaq stomatoloqu, ATU-nun uşaq stomatologiya kafedrasının müdiri R. Q. Əliyevanın valideynlərə müraciəti vardır. Tədris vəsaitindən əlavə, hər uşağa nümunə olaraq diş məcunu verilir. Uşaqlara, eləcə də onların valideynlərinə nəyə görə

məhz flüor tərkibli diş məcunlarından istifadə etməyin vacibliyi başa salınır.

Proqramın həyata keçirilməsindən bir neçə il sonra onun yaradıcıları və iştirakçıları qəti əmin olublar ki, ağız boşluğuna gigiyenik qulluq qaydalarını öyrənməklə stomatoloji xəstəliklərin uğurlu profilaktikasını təmin etmək və uşaqların sağlamlığını möhkəmləndirmək mümkündür.

ВСЕСТОРОННЯЯ ЗАЩИТА ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ

НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОТ BLEND-A-MED

НОВЫЙ BLEND-A-MED COMPLETE

Dr. Ramona Brad, D.D.S. - Dr. Guy Goffin, D.D.S.

Краткое содержание

Хотя нужды членов семьи – родителей, детей, подростков и пожилых – несколько отличаются, новый опрос среди покупателей подтвердил, что в большинстве семей Европы обычно используют один вид зубной пасты для всей семьи. Создание продукта, отвечающего всем основным потребностям всех членов семьи в отношении гигиены полости рта, до сих пор остаётся трудной, но важной проблемой. Именно с этой целью отделом исследований и разработки Blend-a-med была пересмотрена формула уже существующего Blend-a-med Complete, чтобы обеспечить зубы всех членов семьи ещё большей защитой с помощью одной зубной пасты. Благодаря новому сочетанию ингредиентов новая формула ещё лучше помогает сохранить дёсна здоровыми, поддерживать натуральную белизну зубов и свежее дыхание, не поступаясь при этом противокариесной эффективностью и защитой от образования зубного камня или налёта.

Основное усовершенствование нового Blend-a-med возникает из нового баланса сурфактантов, связующих систем и противомикробного триклозана. Эта новая формула обладает ещё большей противомикробной эффективностью, чем прежде, устраняя более 90% тех бактерий, которые обычные зубные пасты оставляют в полости рта.

Как известно, эти бактерии и являются основными причинами кариеса, образования налёта, болезней дёсен и несвежего дыхания. В ходе клинических исследований новый Blend-a-med Complete доказал, что его применение ведёт к существенному снижению индекса кровоточивости и индекса гингивита в течение 6-месячного периода по сравнению с обычными противокариесными зубными пастами (такими, как Blend-a-med Anti-cavity).

Рекомендовать продукт для всей семьи, отве-

чающий основным потребностям в области гигиены полости рта, непростая задача. Однако с новым Complete от Blend-a-med в вашей ванной вы можете быть уверены в том, что вся семья будет обеспечена всесторонней защитой. Так как большинство людей предпочитает наиболее эффективное и простое решение, отвечающее потребностям в области гигиены полости рта всей семьи, то именно этот новый высокотехнологичный продукт и является наиболее очевидным выбором.

Новый Blend-a-med Complete – ещё один пример того, как отдел исследований и разработки Blend-a-med обращает последние достижения технологии в продукты, которые приносят пользу вашим пациентам каждый день.

Введение

В настоящее время большинство стоматологов осознаёт важное значение зубных паст в предотвращении кариеса зубов, образования налёта, зубного камня и уменьшении болезней дёсен, что в целом помогает держать полость рта в здоровом состоянии.

Было также установлено, что пациенты предпочитают платить за зубную пасту, которая бы всесторонне помогала бороться со всеми основными стоматологическими проблемами полости рта, а не за пасты, которые предотвращают только кариес или только заболевания дёсен. Это очень хорошо, потому что это доказывает, что пациенты проявляют всё больший интерес к гигиене полости рта и что они становятся всё более осведомлёнными о значении её соблюдения.

Среди населения наиболее часто встречаются жалобы на болезни дёсен и кариес, которые являются основными причинами потери зубов. Эти проблемы возникают в большой степени из-за наличия бактериального налёта. Зубной налёт может


blend-a-med


привести к кариесу, образованию зубного камня и к проблемам с дёснами. В свою очередь зубной камень сам по себе может ухудшить состояние дёсен и, таким образом, стать более чем просто эстетической проблемой. Зубная паста может уменьшить образование бактериального налёта и тем самым существенно способствовать улучшению здоровья полости рта у нашего населения.

Учитывая это, исследователи компании Procter & Gamble пересмотрели формулу существующей пасты Blend-a-med Complete в целях дальнейшего улучшения ее антибактериальной эффективности и использовали последние достижения технологии в новой зубной пасте: **Blend-a-med Complete с усовершенствованной формулой.**

Blend-a-med Complete в настоящее время обладает самой совершенной формулой среди других паст Blend-a-med. Его формула позволяет обеспечить надёжную и долговременную защиту от основных болезней полости рта, таких, как кариес, болезни дёсен и образование зубного камня.

Для каждой из этих оральных болезней имеются специальные ингредиенты, которые доказали свою эффективность:

- ✓ фторид натрия – одна из составных запатентованной Procter & Gamble противокариесной системы Флуористат – помогает предотвратить кариес
- ✓ противобактериальный Триклозан и сурфактанты действуют против бактерий и налёта, которые могут стать причиной болезни дёсен
- ✓ пирофосфаты помогают предотвратить образование зубного камня

Важно отметить, что комбинация этих ингредиентов не уменьшает действие каждого компонента в отдельности.

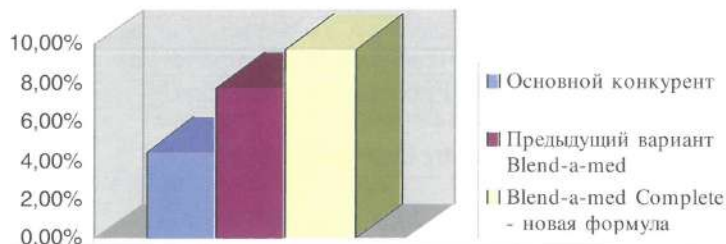
Основные усовершенствования нового Blend-a-med Complete

1. Усовершенствованная очищающая система

Клинические испытания показали существенное повышение эффективности Blend-a-med

Снижение вероятности вторичного налёта (%)

Редукция прироста зубного налёта (%)



Complete в борьбе против налёта. Было проведено сравнение: предыдущий вариант Blend-a-med Complete, продукт основной конкурирующей фирмы и Blend-a-med Complete с новой формулой. Результаты показали статистически значительную разницу в пользу нового Blend-a-med Complete. Вероятность образования вторичного налёта при пользовании новым Blend-a-med Complete была снижена на 9.7% по сравнению со снижением на 7.8% у Blend-a-med Complete со старой формулой и со снижением только на 4.5% у продукта основной конкурирующей фирмы.

Главной причиной повышения эффективности является усовершенствование очищающей системы с новым балансом в формуле, что привело к усилению эффективности сурфактантов и триклозана, уже имеющихся в старом варианте. Как показывает независимое тестирование, сурфактанты одновременно способствуют общей противомикробной устойчивости формулы.

2. Усиление противомикробной эффективности

Новый **Blend-a-med Complete**, в дополнение к очищающей системе обычной зубной пасты, обладает противомикробной системой, которая уничтожает 90% бактерий, остающихся во рту после чистки обычными зубными пастами. БиOLUMиНесцентные исследования показали, что новая формула успешно снижает АТФ (аденозинтрифосфатную) биOLUMиНесценцию на 30.2%, тогда как старая формула обеспечивала снижение только на 3.8%. Результаты сравнения новой формулы Blend-a-med Complete с Blend-a-med Decay Prevention (против кариеса зубов) показали в среднем 1.9-2.0 log (т.е. 98.7-99%) снижение числа бактерий по тесту Kill Rate Test при сравнении за 2 мин. контактного времени

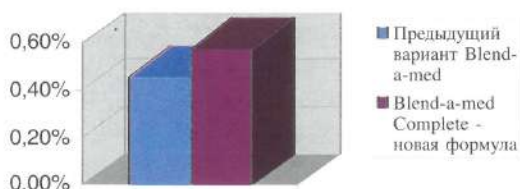


(последующие эксперименты с использованием образцов *pooled saliva* и *F. nucleatum* показали снижение log более чем на 2.0 при тех же условиях тестирования). Полученные данные подтверждают 90% снижение слюнных бактерий (*saliva bacteria*) с новым Blend-a-med Complete в сравнении с Blend-a-med против кариеса зубов.

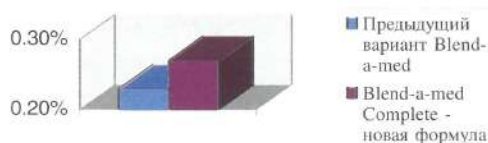
3. Улучшенная защита от болезней дёсен

Клинические испытания старой и новой формул Blend-a-med Complete показали значительное снижение индексов кровоточивости и гингивита (Bleeding and Gingivitis index). Эти данные связаны со здоровьем десен, так как любое снижение гингивитного кровотечения (*gingival bleeding*) считается хорошим показателем улучшения здоровья десен.

Редукция индекса кровоточивости



Редукция индекса гингивита



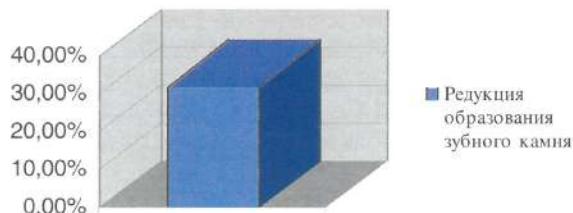
4. Оптимальная защита от образования зубного камня

Клинические испытания показали снижение образования зубного камня на 37% при 6-месячном использовании пирофосфат-содержащих зубных паст по сравнению с не содержащими пирофосфат. В формуле пирофосфаты играют роль ингибиторов роста кристаллов, которые тормозят трансформацию аморфного кальция в более организованные соли

кальция. Пирофосфаты окутывают кальций и замедляют образование кристаллов.

Снижение образования зубного камня по сравнению с использованием не содержащей пирофосфат зубной пастой.

Редукция образования зубного камня по сравнению с зубной пастой, не содержащей пирофосфат

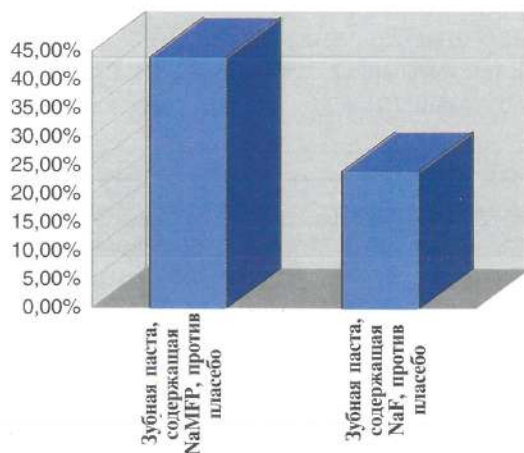


Известно также, что при использовании пирофосфат-содержащей зубной пасты образующийся все-таки зубной камень является более гладким и легче удаляется при профилактике зубов. Это ещё одно преимущество, которое очень оценили дантисты и пациенты.

5. Непревзойдённая противокариесная защита

Благодаря запатентованной системе Флуористат, новый Blend-a-med Complete обеспечи-

Редукция прироста КПУП



blend-a-med



вает непревзойдённую противокариесную защиту. Флуористат - это система, основанная на эффективном сочетании фторида натрия (NaF) и диоксида кремния (silica). Она обеспечивает максимальную биодоступность фторидов и таким образом снабжает полость рта всеми ионами фтора уже в первую минуту после чистки.

Представлена сравнительная таблица снижения КПУ (DMFS) NaF-содержащей зубной пасты vs Пласебо в сравнении со снижением у NaMFP-содержащей зубной пасты vs Пласебо.

6. Улучшенные эстетические данные

Для того, чтобы дополнительно стимулировать пациентов соблюдать гигиену полости рта и соответственно использовать зубную пасту, Procter & Gamble улучшил также эстетический вид нового **Blend-a-med Complete**, сделав его трёхцветным с включениями.



7. Лучшая структура и плотность и лучшее пенообразование

Благодаря новой формуле связующих систем и увеличению концентрации сурфактантов, новый **Blend-a-med Complete** обеспечивает не только лучшую структуру и плотность, но и улучшенную пенообразовательную способность. Последняя особенность была высоко оценена пациентами, что может усилить их интерес к гигиене полости рта.

Заключение

В заключение хочется еще раз отметить появление нового **Blend-a-med Complete** с ещё более полноценной формулой Blend-a-med, обеспечивающего всестороннюю гигиену полости рта, которому вы можете доверять. Благодаря новому балансу его формулы, новый **Blend-a-med Complete** обеспечивает защиту от основных

болезней полости рта, таких, как налёт, кариес, зубной камень и болезни дёсен. В то же время он усиливает приверженность пациентов требованиям гигиены полости рта благодаря улучшенным эстетическим качествам. Было доказано, что новая формула помогает предотвратить такие проблемы, как кариес, налёт и образование зубного камня. Вдобавок это позволяет содержать дёсны в здоровом состоянии и таким образом обеспечивает всестороннюю защиту всей полости рта. Эти комбинированные действия соответствуют всем требованиям пациентов, стремящихся содержать полость рта в здоровом состоянии. Таким образом, нет более всесторонне защищающих зубных паст, чем новый **Blend-a-med Complete**.

Ссылки

1. Stephen KW, Chestnutt IG, Jacobson AP, McCall DR, Chesters RK, Schofer F, Huntington E. Effect of NaF and SMFP dentifrices on 3-year caries increments in adolescents. *Int Dent J* 1994; 44 (3 Suppl 1):287-295.
2. Stookey et al. A critical review of the relative anti-caries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices. *Car Res* 1993; 27: 337-360.
3. Zacherl WA, Pfeiffer HJ, Swancan JR. The effect of soluble pyrophosphates on dental tartar in adults. *JADA* 1985; 110: 737-738.
4. Lu KH, Ruhlman CD, Chung K, Adams A. A clinical comparison of antitartar dentifrices over 4 months of use. *Journal/Indiana Dental Association* 1988; 67: 183.4500-183.4501.
5. Jenkins S, Addy M, Newcombe R. Triclosan and sodium lauryl sulphate mouthrinses. Effects on salivary bacterial counts. *J Clin Periodontol* 1991; 18: 140-144.
6. Jenkins S, Addy M, Newcombe R. Triclosan and sodium lauryl sulphate mouthrinses. Effects of 4-day plaque regrowth. *J Clin Periodontol* 1991; 18:145-148.
7. Vastola KA, Winston JL. The cleaning efficacy of experimental, multi-benefit Triclosan dentifrice. *J Dent Res* 1998; IADR-abstract 1942.



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗМЕРОВ ЗУБНЫХ ДУГ ПРИ ДИСТООККЛЮЗИИ ДО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕ ЕГО ОКОНЧАНИЯ



С.К. Гулиева,
ассистент

*Кафедра стоматологии детского возраста
АМУ*

временных моляров и после прорезывания – первых премоляров на той же челюсти или же при постоянном прикусе отдельных зубов на верхней челюсти.

Всего было получено, изучено и произведено измерений 130 диагностических моделей челюстей до лечения дистоокклюзии. Полученные данные сравнивали с индивидуальной нормой. До лечения у всех пациентов определяли глубину резцового перекрытия, величину саггитальной щели между режцами, а также форму зубных дуг по Кальвелису.

Результаты исследования. Верхний зубной ряд у 43% пациентов был общесуженным, у 49% имел V-образную форму, у 8% – нормальную. Нижний зубной ряд чаще был трансиевидной формы (78%), другие разновидности формы встречались реже.

Изучение суммы мезиодистальных размеров коронок 4-х резцов верхней и 4-х резцов нижней челюсти позволило выявить абсолютную макродентию резцов верхней челюсти у 27 пациентов; индивидуальную макродентию – у 31 (средний размер 4-х резцов верхней челюсти у 58 пациентов с макродентией был $M \pm m = 34,2 \pm 0,23$).

Большое внимание уделяли определению ширины зубных дуг в области первых временных моляров (или первых премоляров) и первых постоянных моляров. Наблюдали сужение зубных дуг как на верхней, так и на нижней челюсти по сравнению со средней индивидуальной нормой в зависимости от суммы ширины мезиодистальных размеров коронок 4-х резцов верхней челюсти с учетом формы лица.

Длина зубных дуг в их переднем участке – один из показателей протрузии или ретрузии резцов и мезиального смещения боковых зубов, в связи с чем определение этого размера важно для планирования ортодонтического лечения.

У пациентов при мезиальном смещении боковых зубов, а также при наличии трем между зубами, изучали модели челюстей по методу Герлаха и определяли длину зубных дуг по Нанце.

Исследования последних лет свидетельствуют о тенденции к увеличению зубочелюстных аномалий, в частности дистоокклюзии (Ф.Я.Хорошилкина, 1995, 1999; Ю.М. Малыгин, 1978; Л.П.Григорьева, 1972; А.С.Персин, 1995, 1998, 1999; Р.К. Алиева, 2000; З.И. Гараев, 1999; С.Г.Гулиева 1999. E. Witt, M.E. Gehrke, 1998; H.G. Serge, 1993), в том числе дистоокклюзии, трудно поддающейся лечению (А.С. Щербаков, 1987; Х.А. Каламкаров, 1995; Ф.Ф. Маннанова, 1998; Т.М. Graber, R.Z. Vanasdal, 1994; E.L. Nanse et. al., 1996 и другие).

Цель исследования. Определить размеры зубных дуг при дистоокклюзии, сочетавшейся с глубоким резцовым перекрытием и с дистоокклюзией в области передних зубов, до лечения, после его окончания и провести сравнительный анализ с данными индивидуальной нормы.

Материал и методы исследования. Сведения о размерах зубов и зубных дуг, а также их формы, были получены при клиническом исследовании пациентов с дистоокклюзией и изучении 260 диагностических моделей их челюстей

Данные, полученные у каждого пациента, были сопоставлены с данными его средней индивидуальной нормы с учетом формы лица, что было важно при наличии тесного положения зубов и определении ортодонтических показаний к удалению отдельных зубов – по методу Хотца – временных клыков на верхней челюсти в возрасте от 8 до 9 лет, затем первых

Таблица №1

Различия размеров зубных дуг, полученных до лечения дистоокклюзии с глубоким резцовым перекрытием, с данными средней индивидуальной нормы с учетом периода формирования прикуса

Размеры	Прикус дистальный глубокий			
	смешанный		постоянный	
	$\bar{d} \pm md$	p	$\bar{d} \pm md$	p
4-4	- 0,3 $\pm$ 0,7	< 0,001	- 3,2 $\pm$ 0,6	< 0,001
6-6	- 2,6 $\pm$ 0,8	< 0,001	- 3,1 $\pm$ 0,7	< 0,01
1 ₀	3,9 $\pm$ 0,4	< 0,05	4,1 $\pm$ 0,8	< 0,05
4-4	- 2,8 $\pm$ 0,3	< 0,001	- 3,2 $\pm$ 0,7	< 0,001
6-6	- 2,3 $\pm$ 0,3	< 0,05	- 3,1 $\pm$ 0,8	< 0,01
1 ₀	- 0,7 $\pm$ 0,5	> 0,05	- 1,2 $\pm$ 0,4	< 0,01

До лечения при дистальном смешанном и постоянном глубоком прикусе установлено статистически гарантированное сужение зубных дуг, удлинение переднего отрезка верхней зубной дуги и статистически не гарантированное укорочение переднего отрезка нижней зубной дуги.

При дистальном глубоком прикусе в периоде смены зубов и при постоянном прикусе получены статистически гарантированные различия с данными средней индивидуальной нормы. Эти различия отражали сужение верхней и нижней зубных дуг в области четвертых и шестых зубов как на верхней

челюсти, так и на нижней. В периоде постоянного прикуса сужение было выражено больше, что свидетельствовало о нарастании нарушений с возрастом. Передний отрез верхней зубной дуги был удлинен как в периоде смены зубов, так и при постоянном прикусе, различия с нормой статистически гарантированные. Длина переднего отрезка нижней зубной дуги как в смешанном, так и в постоянном прикусе была меньше нормы, однако статистически гарантированные различия выявлены только при постоянном прикусе.

Таблица № 2

Различия размеров зубных дуг, полученных до лечения дистоокклюзии, сочетавшейся с открытым прикусом, с данными средней индивидуальной нормы с учётом периода формирования прикуса

Размеры	Прикус дистальный открытый			
	смешанный		постоянный	
	$\bar{d} \pm md$	p	$\bar{d} \pm md$	p
4 - 4	- 2,8 $\pm$ 0,6	< 0,001	- 2,9 $\pm$ 0,6	< 0,001
6 - 6	- 2,9 $\pm$ 1,0	< 0,05	- 2,7 $\pm$ 0,7	< 0,01
1 ₀	1,8 $\pm$ 0,9	> 0,05	1,7 $\pm$ 0,9	> 0,05
4 - 4	- 2,7 $\pm$ 0,8	< 0,001	- 2,4 $\pm$ 0,7	< 0,001
6 - 6	- 2,3 $\pm$ 0,7	< 0,05	- 2,2 $\pm$ 0,8	< 0,01
1 ₀	- 0,9 $\pm$ 0,3	< 0,05	- 0,9 $\pm$ 0,4	< 0,05

При дистальном прикусе и дистоокклюзии в области передних зубов установлено статистически гарантированное уменьшение поперечных размеров зубных дуг в результате их сужения и недоразвития и уплощение нижней зубной дуги, что выражалось в укорочении её переднего отрезка.

В зависимости от степени выраженности нарушений формы и размеров зубных дуг наблюдали разновидности перекрёстного прикуса. Чаше отмечали экзоокклюзию (вестибулоокклюзию) в результате сужения верхней челюсти и её зубного ряда, значительно реже – эндоокклюзию (палатоокклюзию) при резком недоразвитии нижней челюсти.

Особое внимание уделяли диагностированию симметричности расположения боковых зубов, выявлению их медиального смещения. Для этой цели проводили касательные к дистальной поверхности клыков, премоляров и моляров, перпендикулярные срединной плоскости черепа. Определяли смещение коронок первых премоляров верхней челюсти по Шмуту и их отношение к концам первой пары поперечных нёбных складок.

Суммирование данных, полученных при измерении диагностических моделей челюстей, облегчало выбор комплексных методов лечения дистоокклюзии.

Одностороннее несоответствие в расположении боковых зубов определяли по соотношению касательных, проведённых к дистальной поверхности последних моляров и других зубов, перпендикулярных к среднему нёбному шву. При одностороннем мезиальном перемещении верхних боковых зубов между этими линиями появляется расстояние. Чем оно больше, тем больше выражено смещение боковых зубов. При таких нарушениях нередко отмечали одностороннее нарушение соотношений зубных рядов в прикусе и несовпадение средней линии лица и средней линии между резцами.

Изучение размеров и соотношений сегментов зубных рядов по методу Cerlach устанавливали причину неправильных межокклюзионных контактов между зубными рядами и диагностировали одностороннее или двустороннее мезиальное перемещение боковых зубов.

Одностороннее несоответствие в расположении верхних боковых зубов в сагиттальном и трансверсальном направлениях определяли при оценке размеров сторон построенных треугольников по Fuss. Общим катетом для правого и левого треугольников служит срединный нёбный шов. Второй катет представляет собой перпендикуляр, опущенный из

точек Пона на каждом первом постоянном моляре с контактной точкой между центральными резцами. Наши исследования подтвердили наблюдения Fuss.

Одним из признаков мезиального смещения верхних премоляров и моляров является тесное положение передних зубов. А.М. Schwarz различает истинное тесное положение передних зубов вследствие сужения зубного ряда, ложное – развивающееся в результате мезиального смещения верхних боковых зубов. Если тесное положение передних зубов обусловлено сужением верхнего зубного ряда, то, естественно, ширина зубной дуги в области премоляров и моляров должна быть меньше нормы, а длина ее переднего отрезка в пределах нормы или больше, поскольку в связи с сужением зубного ряда обычно наблюдается его удлинение за счет протрузии передних зубов. Иные соотношения имеются при мезиальном сдвиге боковых зубов, сдвиге в сторону более узкой части верхней зубной дуги. При этом её ширина и длина переднего отрезка уменьшаются, а наклон продольных осей клыков остаётся в пределах нормы. Увеличивается также глубина резцового перекрытия. Если в результате мезиального смещения боковых зубов ширина зубной дуги остаётся в пределах нормы, то бывает выражено укорочение переднего отрезка зубной дуги.

Расположение верхних центральных резцов при дистоокклюзии значительно изменяется в зависимости от разновидности аномалии прикуса, поэтому более точные данные могут быть получены при исследовании величины сторон треугольников, образованных соединением точек Пона на премолярах и молярах с срединной точкой резцового сосочка и линией срединного нёбного шва.

Для дифференциации нарушений изучали все стороны треугольника и сравнивали размеры, полученные при измерении обеих половин верхней челюсти.

Двустороннее мезиальное смещение боковых зубов диагностировать труднее, чем одностороннее. С этой целью изучали расположение коронок верхних клыков по отношению к поперечной линии, проведённой через центр резцового сосочка. При дистальном соотношении зубных рядов преобладало их смещение в мезиальном направлении.

Такой способ оценки дополняет предыдущий и позволяет выявить асимметрию в расположении боковых зубов.

Для определения мезиального смещения коро-

нок первых верхних премоляров по Shmuth оценивается их расположение по отношению к поперечной линии, проведенной через задний конец резцового сосочка и основание первой пары поперечных нёбных складок. Эта линия обозначена автором буквами RPT – шовно-сосочковая линия.

Еще одним диагностическим признаком мезиального смещения зубов на верхней челюсти является расположение концов первой пары поперечных нёбных складок. Их окончания в норме проецируются на середину коронок клыков. По данным Hausser, чем больше окончания первой пары поперечных нёбных складок приближаются к десневому краю премоляров, тем чаще наблюдается мезиальное смещение боковых зубов. Такой способ оценки позволяет выявить асимметрию в расположении боковых зубов.

На основании клинического, антропо- и фотометрического исследования, изучения диагностических моделей челюстей выявлены 6 основных клинических разновидностей дистоокклюзии. Эти сведения важны для выбора методов лечения и конструкций ортодонтических аппаратов.

С целью детальной оценки результатов лечения дистоокклюзии были проанализированы данные измерений 260 диагностических моделей челюстей, полученных до начала комплексного лечения (130) и после его окончания (130). Лечение 27 пациентов проведено без удаления отдельных постоянных зубов, 38 – после удаления.

Сравнение данных, полученных до лечения и после его окончания, свидетельствовало о достигнутом расширении зубных дуг в области премоляров и моляров на обеих челюстях, об укорочении



переднего отрезка верхнего зубного ряда и об удлинении переднего отрезка нижнего зубного ряда.

После завершения лечения увеличился объем полости рта за счет зубоальвеолярного удлинения в области боковых зубов обеих челюстей, упустилась кривая Шпее, нормализовалась

глубина резцового перекрытия. Перечисленные изменения способствовали достижению множественного смыкания зубных рядов в центральной окклюзии, созданию благоприятных условий для нормализации функций зубочелюстной системы, функций мимических мышц и мышц языка.

Таблица № 3

Различия размеров зубных дуг, полученных после лечения дистоокклюзии с глубоким резцовым перекрытием, с данными средней индивидуальной нормы с учетом периода формирования прикуса

Размеры	Прикус дистальный глубокий			
	Смешанный		Размеры	
	d±md	P	d±md	p
4 - 4	0,5±0,2	> 0,01	0,6±0,2	> 0,01
6 - 6	0,5±0,1	> 0,001	0,5±0,1	> 0,001
I ₀	0,4±0,1	> 0,01	0,6±0,2	> 0,05
4 - 4	- 0,3±0,1	> 0,01	0,6±0,2	> 0,05
6 - 6	- 0,4±0,1	> 0,001	- 0,3±0,1	> 0,01
I ₀	- 0,6±0,4	< 0,05	- 0,7±0,3	> 0,05

Сравнение размеров зубных дуг, полученных до начала комплексного лечения дистоокклюзии и после его окончания, между собой позволило выявить среднюю величину расширения зубных дуг в области четвертых и шестых зубов, а также укорочения переднего отрезка верхней зубной дуги и удлинения нижней. Однако эти сведения не позволяли в достаточной степени судить об эффективности результатов лечения.

В связи с этим сочли более информативными данные, полученные при сравнении размеров зубных дуг после лечения, с данными средней индивидуальной нормы. Как в периоде смешанного прикуса, так и в периоде постоянного не выявлено статистически гарантированных различий с данными средней индивидуальной нормы в ширине зубных дуг на верхней и нижней челюстях и в длине переднего отрезка верхней зубной дуги.

Следовательно, в процессе лечения и после его окончания у всех 59 пациентов с дистальным глубоким прикусом достигнутые размеры соответствовали норме. Длина переднего отрезка нижней зубной дуги статистически не различалась с нормой только в периоде постоянного прикуса; в периоде смешанного прикуса различия не были статистически гарантированными.

Пациентов с дистоокклюзией, сочетавшейся с дизокклюзией, было 6 человек, у которых проверены результаты лечения и измерены диагностические модели челюстей. Верхний зубной ряд хотя и был значительно расширен, но статистически гарантированных различий с нормой достигнуто не было, т.е. он оставался суженным до 1 мм. То же

относится и к ширине нижнего зубного ряда в области первых постоянных моляров. Размеры переднего отрезка верхней и нижней зубных дуг соответствовали норме; они не имели с ней статистически гарантированных различий, что свидетельствовало об эффективности лечения.

Установлено, что при раннем лечении детей, а также подростков в период их активного роста достигнуты лучшие результаты, чем в более старшем возрасте. Применение функционально-действующих ортодонтических аппаратов в процессе комплексного лечения было особенно эффективным.

Таблица 4

Различия размеров зубных дуг, полученных после лечения дистоокклюзии, сочетавшейся с дизокклюзией передних зубов, с данными средней индивидуальной нормы

Размеры	Прикус дистальный постоянный	
	d ± md	mm
4 - 4	- 0,5±0,3	< 0,05
6 - 6	- 0,6±0,3	< 0,05
I ₁	0,5±0,2	> 0,01
4 - 4	0,6±0,2	> 0,05
6 - 6	- 0,3 ± 0,3	< 0,05
I ₁	- 0,6±0,2	> 0,05

В заключение следует подчеркнуть, что сравнение данных, полученных до начала комплексного лечения и после его окончания, свидетельствует о нормализации форм зубных дуг

и их размеров, а именно: длины переднего отрезка зубных дуг, общей длины зубных дуг, их ширины в области первых временных моляров или первых премоляров и первых постоянных моляров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Р.К. Распространенность аномалий зубочелюстной системы у школьников Азербайджана. Материалы II Международного конгресса стоматологов. Тбилиси, 2000, стр. 14-15.
2. Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии и кровно-родственные браки. Стоматология, 1999, ¹ 5, стр. 50-52.
3. Григорьева Л.П. Височно-нижнечелюстной сустав при дистальном прикусе и его изменение в динамике лечения. Автореф. дис. док. мед. наук. Киев, 1972, 37 с.
4. Гулиева С.К. Анализ результатов комплексного лечения дистоокклюзии с претрузией резцов верхней челюсти. Детская стоматология, 1999, ¹ 2, стр. 40-43.
5. Каламкарров Х.А. Патогенез и принципы лечения функциональной перегрузки пародонта. Стоматология, 1995, ¹ 3, стр. 44-51.
6. Малыгин Ю.М. Анализ эффективности функционального лечения дистального прикуса. В кн.: Актуальные вопросы современной стоматологии. Тбилиси, 1978, стр. 171-176.
7. Маннанова Ф.Ф. Морфо-функциональная характеристика зубочелюстных аномалий у подростков и взрослых при недоразвитии нижней челюсти. Ортодентинфо, 1998, № 3, стр. 7-11.
8. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. М., 1996, стр. 228-241.
9. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика. Виды зубочелюстных аномалий. М., 1999.
10. Персин Л.С. Этиология зубочелюстных аномалий и методы их лечения. М., 1995.
11. Хорошилкина Ф.Я. Устранение функциональных, морфологических и эстетических нарушений при лечении зубочелюстно-лицевых аномалий эджуайз-техникой. М.: 1995, стр. 210.
12. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. М., 1999, стр. 437-486.
13. Щербаков А.С. Аномалии прикуса у взрослых. М., Медицина, 1987, 191 с.
14. Craber T.M., Vanasdal R.L. Orthodontics. Current Principles and Techniques. Second Ed.- St.Louis- Baltimore- Boston - Chicago - London - Madrid - Sidney - Toronto: Mosby. 1994, p. 965.
15. Craber T. M., Neumann B. Removable orthodontic appliances/-Philadelphia: W.B.Saunders Company. 1997.
16. Witt E., Gehrke M.E. Leitfaden der kieferorthopädischen Technik. Zweite, neu überarbeitete Auflage. Berlin - Chicago - London - SanPaulo - Tokio: Quintessenz Verlag - GmbH, 1998, s. 264.

Distookklüziya zamanı çənlərin ölçülərin müalicədən əvvəl və sonra müqayisəli analizi

Quliyeva S.K.

Dərin distal dişləmi olan 59 nəfər pasientin hamısında kompleks müalicənin əvvəlində və müalicə başa çatdıqdan sonra əldə edilmiş məlumatların müqayisəsi diş cərgəsinin formasının və ölçülərinin normallaşdığını göstərmişdir; o cümlədən: hər iki çənədə premolyarlar və molyarlar nəhiyəsində diş cərgəsi genişlənməsinə nail olunmuş, yuxarı diş cərgəsinin ön hissəsi qısaldılmış, aşağı diş cərgəsinin ön hissəsi uzadılmış, Spee əyrisi qalınlaşmış, kəsicilərin qapanma dərinliyi normallaşmışdır.

Sadalanən dəyişikliklər diş cərgələrinin mərkəzi okklüziya vəziyyətində çox sayda təmas etməsinə və diş-çənə sisteminin funksiyalarının, mimiki əzələlərin və dil əzələsinin funksiyalarının normallaşması üçün əlverişli şərait yaranmasına səbəb olmuşdur.

Comparative analysis of the dental arches' sizes before and after distoocclusion's treatment

Quliyeva S.K.

Making a comparison between findings, getting before and after course of comprehensive treatment of all 59 patients with distal deep bite, is showing (demonstrated) normalization of the form and sizes of dental arch;

that is to say: the state-of-the-art (reaching) expansion of dental arch in the area of premolars and molars for the both jaws, decrease of upper dental arch front section, extension of lower dental arch front section, curve of Spee's flattening, normalization of the incisor recovering's depth.

The above mentioned facts contributed to achievement of the multiple closing of dental arches in the central occlusion, sponsorship for the normalization functions of the dentofacial system and functions of the mimic muscles and tongue's muscle.



А.Ч. Пашаев
врач, кафедра
терапевтической
стоматологии

СОСТОЯНИЕ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ГИСТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ

ТЕРАПИИ КЕДАБЕКСКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ

Азербайджанский медицинский университет



И.А. Гасанов
д.м.н., доцент кафедры
гистологии, эмбриологии
и цитологии

Одна из основных задач современной стоматологии заключается в совершенствовании методов профилактики и лечения заболеваний пародонта. В свете решения этих вопросов заслуживает внимания изучение возможностей бальнеотерапевтических факторов, обладающих целым рядом положительных свойств: безвредность, простота в применении, доступность, низкая стоимость и т.д.

Данные, полученные из литературных источников, подтверждают перспективность использования бальнеологических средств, в частности минеральных вод, в процессе терапии воспалительных заболеваний пародонта (1,6). Нами изучалась эффективность применения кедабекской минеральной воды в эксперименте и клинике при лечении заболеваний пародонта. Данная минеральная вода не питьевая, минерализация ее – 12,2 г/л. В своем составе имеет значительное количество меди, марганца и цинка. В настоящее время известно применение ее в народной и общей хирургии (2). Сведения об использовании ее в стоматологии отсутствуют.

Цель исследования: изучить влияние кедабекской минеральной воды на морфологические и гистохимические показатели тканей пародонта при экспериментальном пародонтите.

Материал и методика. Эксперименты были поставлены на 55 беспородных кроликах весом 2,3-2,8 кг. Все животные содержались в одинаковых условиях, имели один и тот же пищевой рацион и режим.

Моделирование пародонтита производили по методике А.И. Воложина, С.И. Виноградовой (1991).

Животные были разделены на 4 группы:

- 1-я группа: "интактная" (5 кроликов). Животные данной группы не подвергались каким-либо воздействиям;

- 2-я группа: модель пародонтита без последующего лечения (контроль; 20 кроликов).

- 3-я группа: модель пародонтита; орошение пораженной десны обычной водой (условный контроль; 15 кроликов);

- 4-я группа: модель пародонтита; орошение пораженной десны кедабекской минеральной водой (основная группа; 15 кроликов).

Интактных животных забивали в сроки, не зависящие от особенностей эксперимента. Всем экспериментальным животным после моделирования пародонтита через 7 дней удаляли лигатуру. У животных 3-й и 4-й групп начиная с 7-х суток проводили регулярное орошение пораженной десны в течение 10 дней (всего 10 сеансов). Животные контрольной группы умерщвлялись на 7, 14, 21, 28-е сутки (по 5 животных) после наложения лигатуры. Кролики условно-контрольной и основной экспериментальной групп забивались на 14, 21 и 28-е сутки.

Во всех случаях животных умерщвляли под гексаналовым наркозом и после забоя у них брались кусочки десны объемом 1,0x0,5x0,4 см. При этом взятый материал включал как зону пора-

жения, так и прилегающие к ней участки десны. В каждом конкретном случае кусок разделяли на 3 фрагмента. Один из них фиксировали в 10% забуференном нейтральном формалине, другой - в жидкости Карнуа, а третий замораживали на твердой углекислоте ("сухом льду") для последующих ферментативных исследований. Фрагменты, зафиксированные в растворах формалина и Карнуа, обезживались, просветлялись и заключались в парафин. Из соответствующих парафиновых блоков изготавливались микротомные срезы толщиной 5,0-7,0 мкм, которые окрашивались как общегистологическими, так и селективными методами. Из фрагмента, зафиксированного на сухом льду, изготавливались криостатные срезы толщиной 10,0-12,0 мкм при температуре ножа - 700С. Указанные срезы послужили основой при выполнении энзимогистохимических реакций.

Были поставлены следующие реакции окрашивания:

1. гематоксилин-эозин;
2. окраска пикрофуксиновой смесью по Ван-Гизону;
3. импрегнация азотно-кислым серебром по В.В. Куприянову (1965) – для характеристики морфо-функционального состояния микроциркуляторного русла;
4. импрегнация азотно-кислым серебром по Ю.К. Елецкому (1967) – для изучения ретикулиново-волокнистого каркаса десны;
5. окраска 0,05% забуференным раствором тионина по И.А. Гасанову (1997) – для характеристики лимфоидно-плазмацитарно-тучноклеточных взаимоотношений;
6. окраска ШИФФ-йодной кислотой по Хокису-Мак-Манусу (1947) – для гистохимического изучения гликогена и гликозаминогликанов (ГАГ). При этом контролем для гликогена послужили результаты окрашивания срезов, предварительно обработанных амилазой слюны или коммерческой амилазой ("Merck", Германия);
7. окраска метиленовым зеленым-пиронином Ж по Браше – для гистохимической оценки состояния рибонуклеопротеидов (РНП).

Кроме указанных, для объективной характеристики метаболического статуса и состояния транспортных, защитных функций гистоструктур десны, была изучена активность следующих ферментов:

1. лактатдегидрогеназа (ЛДГ; L-лактат;

НАД+-оксидоредуктаза; КФ 1.1.1.27.) – тетразолиевым методом по Lojda (1965) – характеризует состояние анаэробного этапа окисления глюкозы;

2. сукцинатдегидрогеназа (СДГ; сукцинат (акцептор) оксидоредуктаза; КФ 1.3.99.1) – тетразолиевым методом по Lojda (1965) – характеризует состояние ферментативной обеспеченности цикла трикарбоновых кислот при аэробном этапе гликолиза;

3. аденозинтрифосфатаза (АТФ-аза; АТФ-фосфогидролаза; КФ 3.6.1.3.) свинцовым методом по Вахитейну и Майзель (1957) – указывает на уровень энергоотложения и энергоутилизации, а также их адекватность происходящим внутриклеточным процессам. Рядом авторов рассматривается также как маркер энергообеспеченности метаболических, транспортных и защитных реакций клеточно-тканевых структур (З.Лойда и др., 1982);

4. кислая фосфатаза (КФ-аза, кислая фосфо-моноэстераза, КФ 3.1.3.2.) – методом Гомори (1950) – является маркерным ферментом защитно-литического потенциала лизосомов различных клеток;

5. щелочная фосфатаза (ЩФ-аза, щелочная фосфомоноэстераза, КФ 3.1.3.1.) – методом Гомори (1952) – является маркерным ферментом клеточных мембран, участвующих в процессах активного транспорта.

В первых двух случаях, при изучении активности ЛДГ и СДГ, в качестве акцептора водорода был применен тетранитросиний-тетразолий (ТНСТ) ("Реанал", Венгрия). Во всех случаях энзимо-гистохимических исследований были поставлены контрольные реакции (нагревание срезов или их инкубация в среде без специфического субстрата).

Все гистологические и гистохимические препараты изучались и фотографировались в идентичных условиях и сопоставимых увеличениях в микроскопах "Amplival" и "NU-2E" ("Carl Zeiss" Германия).

Результаты исследования и их обсуждение. В настоящей статье нами представлена картина морфологического и гистохимического состояния десны экспериментальных животных в трех группах (контрольная, условно контрольная и основная) на 21-е сутки от начала опыта.

Морфологическая картина десны у животных контрольной группы на 21-е сутки от начала опытов несколько восстановлена, хотя остаются явле-

ния альтерации и экссудации. Так, ее эпителий все еще выглядит отёчно-мутным с явлениями псевдокератинизации. Вертикальная анизоморфность восстановлена не полностью, особенно дистрофичными и разрыхленными остаются базальный и промежуточный слои. Большинство их клеток продолжает находиться в состоянии зернистой дистрофии, но очаги деструкции и лизиса не обнаруживаются. Усилено размножение камбиальных эпителиоцитов (1,0-4,0%) и соответствующая репарация эпителиальной пластинки гингивы. Правда, очень часто подобная репарация сочетается с бурным и хаотичным разрастанием акантотических выростов из базального слоя, а также – с определенным спонгиозом. Гистохимически содержание гликогена, по сравнению с предыдущими сроками, несколько повышено, то же самое характерно и для РНП. Оба полимера преимущественно локализованы в промежуточных пластах эпителия. Ферментативное обеспечение гликолиза и последующего фосфорилирования при синтезе энергии несколько улучшено, что подтверждается некоторым нарастанием потенциала ЛДГ, СДГ, АТФ-азы, особенно – в базальном и промежуточных пластах, активность КФ-азы и ЩФ-азы же усилена совсем незначительно.

Собственная пластинка десны значительно восстановлена, ее отек носит уже не диффузно-распространенный, а очагово-периваскулярный характер. Вокруг сосудов все еще остаются воспалительно-клеточные инфильтраты, правда, интенсивность подобной инфильтрации невысока (рис. 1).

Отмечается некоторое огрубение, фиброзирование волокнистого каркаса. Специфических клеточных элементов не много; некоторую митотическую активность (1,0-1,5%) проявляют малодифференцированные адвентициальные клетки. При гистохимическом изучении выявлена прогрессия содержания гликогена, РНП, редокс-потенциала ЛДГ и СДГ, фосфорилирующей активности АТФ-азы. ЩФ-аза, как и прежде, маркируется только в стенке микрососудов, а КФ-аза к данному сроку определяется только у части микрофагов и гистиоцитов. Итак, даже к 21-му дню после моделирования у животных контрольной группы имеют место явления достаточно активно протекающего пародонтита, правда, перешедшего в фазу постепенной репарации гистоструктур гингивы.

К 21-м суткам после наложения лигатуры десна у животных условно контрольной группы в значительной степени восстановлена в морфогистохими-



Рис. 1. Частичное восстановление эпителия и очагово-периваскулярный отек собственной пластинки десны. Усиление тионинофильности ГАГ.

Контрольная группа. 21-е сутки.

Окр.: 0,05% забуференный тионин по И.А. Гасанову;

Ув.: об. 25, ок.15.

ческих параметрах. При этом темпы репарации несколько превосходят аналогичные у животных контрольной группы. Так, толщина эпителия возросла до 60,0 мкм, заметна тенденция к восстановлению его вертикальной анизоморфности. Появился пласт псевдокератина, не характерный для интактной десны. Кроме того, наблюдаются очаги хаотического эктопического разрастания базального и промежуточного слоев, что приводит к формированию целых эпителиальных островков в собственной пластинке. Клетки базального слоя размножаются достаточно бурно, поскольку митотический индекс иногда достигает 4,0-4,5%. Вместе с тем, гистохимически большинство клеток продолжает находиться в состоянии зернистой дистрофии. К 21-м суткам от начала эксперимента заметно возрастает гистохимическое содержание гликогена и запасов РНП. Оба полимера, как и в контроле, главным образом сосредоточены в базальном и промежуточном пластах, а также в акантотических разрастаниях и эктопических очагах. Также несколько улучшается энергоснабжение эпите-

лиоцитов, что подтверждается возрастанием количества внутриклеточных гранул специфического маркера ЛДГ, СДГ, АТФ-азы. Как и у животных контрольной группы, в ингибированном состоянии остаются основные ферменты защиты и транспорта в эпителии (КФ-аза, ЩФ-аза).

Собственная пластинка десны заметно восстановлена. К указанному сроку опытов уменьшается ее отечность, исчезают очаги фибриллолизиса. Воспалительных клеточных скоплений становится гораздо меньше, хотя они продолжают оставаться вокруг сосудов. Увеличивается численность фибробластов, фиброцитов, ретикулярных клеток. Также растет их митотический индекс (до 1,8-2,0%). При гистохимическом анализе в межучастном веществе пластинки ГАГ оказывается несколько меньше, чем в предыдущий срок наблюдений. В определенной степени восстанавливаются энергоснабжение и синтетическая активность основных клеточных элементов, содержание гликогена и РНП в которых увеличивается. По сравнению с предыдущим сроком, заметно улучшено состояние тканевого дыхания (ЛДГ, СДГ, АТФ-аза), защитных и транспортных свойств (КФ-аза, ЩФ-аза) собственной пластинки. Вместе с тем продолжают оставаться явления "ферментативной диффузии", свидетельствующие о всё ещё персисти-

рующих нарушениях ферментного статуса собственной пластинки десны (рис.2). Особо следует остановиться на морфо-функциональном состоянии ее микроциркуляторного русла. Оно к указанному сроку опытов пока остается в редуцированном, спазмированном и деформированном виде, что в наибольшей степени касается гемокапилляров. Кроме того, у части животных до сих пор наблюдаются признаки плазморрагии и клеточные экстравазаты.

Таким образом, к 21-м суткам от начала моделирования пародонтита сколько-нибудь достоверных и ключевых различий в морфогистохимической картине гингивы у животных контрольной и данной конкретной группы не выявлено. Суть происходящих изменений может быть расценена как постепенная репарация гистоструктур гингивы на фоне все еще продолжающегося экссудативного пародонтита.

К 21-м суткам моделирования пародонтита в основной группе при визуальном осмотре десны признаков каких-либо серьезных патологических изменений не замечено. Лишь у одного животного она все еще несколько гиперемична. При общемикроскопическом осмотре план строения мягких тканей десны практически полностью восстановлен. Эпителиальный покров десны, как и в

норме, приобрел вертикальную анизоморфность, содержит 10-14 клеточных пластов, в нем нет очагов разрыхления, лизиса и везикуляции. Толщина покрова достигла обычного уровня. Митотический индекс герминогенной зоны (базального и шиповидного слоев) нормализован и не носит патологически повышенный характер. Практически не обнаружены проявления тяжелой дистрофии, некробиоза и некроза эпителиоцитов. При гистохимическом анализе установлено, что содержание и характер распределения гликогена мало чем отличается от интактной картины; мелкие частицы ШИК-позитивных отложений биополимера встречаются в клетках почти всех слоев, правда, их основная часть все еще сосредоточена в базальном пласте эпителия (рис. 3). Также практически полностью

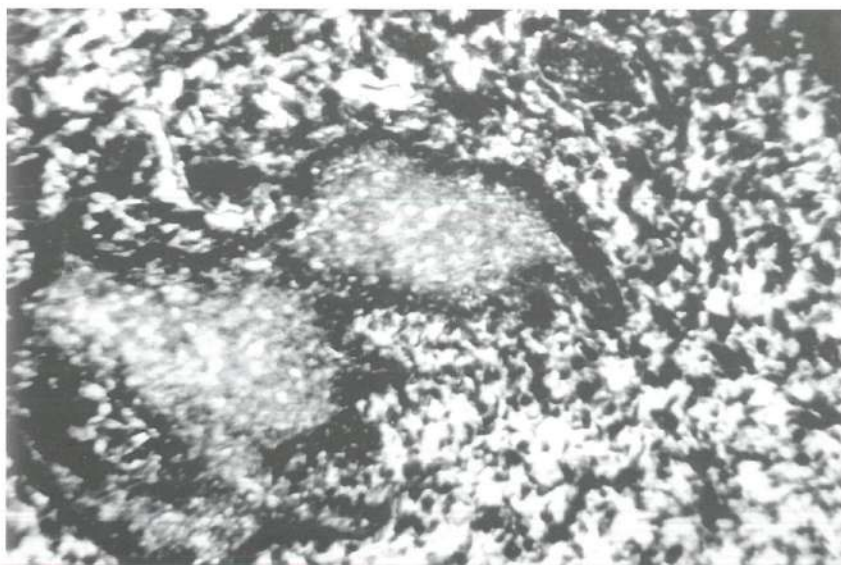


Рис.2. Микроскопическая картина эпителия и собственной пластинки десны у животных с экспериментальным пародонтитом. Очаг эктопического разрастания эпителия. Ферментативная диффузия в собственной пластинке. Орошение десны обычной водой. 21-е сутки моделирования.

Окр.: тетразолиевый метод для ЛДГ по З.Лойда;
Ув.: об. 25, ок. 15.

нормализованы гистохимические свойства и содержание РНП. Вместе с тем, судя по результатам реакции Браше, внутриклеточные синтетические

зальные воспалительные инфильтраты отсутствуют. Митотический индекс клеток соответствует норме. Микрососудистое русло собственной пластинки обнаруживается в виде широ-

копетливой сети, состоящей из нечастых прекапилляров, множества гемо- и лимфокапилляров, а также редких отводящих микровен и лимфососудов. Застой в нем не обнаружен. Признаки деформации и редукции практически не значимы. Гистохимически гликоген и РНП характеризуются теми же параметрами, что и интактная десна (рис. 3-4). Редокс-потенциал ферментов гликолиза (тканевого дыхания) восстановлен. То же самое характерно и для ЩФ-азы, КФ-азы.

Таким образом, после 10 сеансов орошения экспериментально пораженной десны кедабекской минеральной водой можно констатировать практически полную нормализацию гистологической картины основных слоев и тканевых структур гингивы уже к 21-м суткам после моделирования пародон-

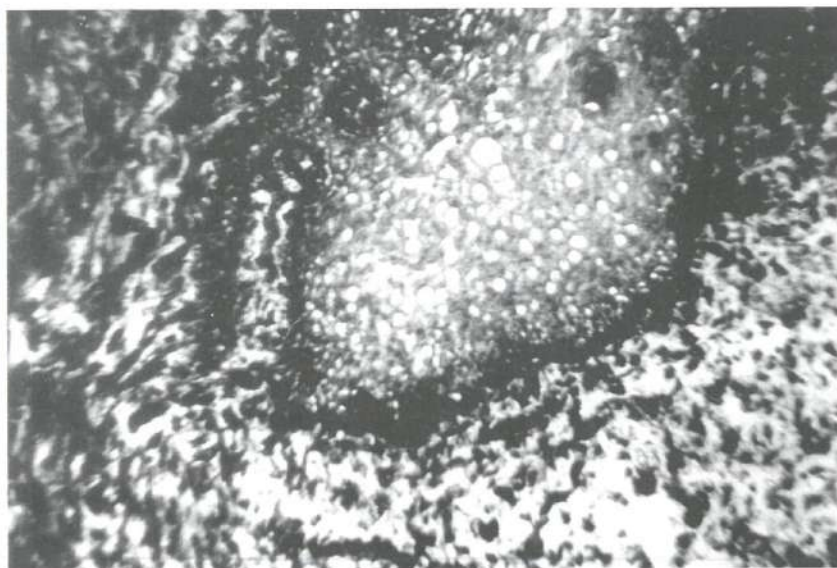


Рис.3. Гистохимическая картина содержания и распределения гликогена в эпителии и собственной пластинке десны. Нормализация их тинкториальных свойств. Экспериментальный пародонтит. Орошение кедабекской минеральной водой. 21-е сутки моделирования.

Окр.: ШИК-реакция по Ходжкису – Мак-Манусу; Ув.: об. 40, ок. 15.

процессы одинаково интенсивно протекают во всех слоях эпителиального покрова гингивы (рис. 4).

Согласно результатам энзимогистохимического анализа, активность основных ферментов анаэробного (ЛДГ), аэробного (СДГ) этапов окисления глюкозы, синтеза и расщепления АТФ (АТФ-аза), а также защитного (КФ-аза) и транспортного (ЩФ-аза) маркеров эпителия уже достигла уровня интактной десны.

Собственная пластинка десны почти полностью восстановлена в основных морфо-гистохимических параметрах: волокнистый остов, как и в норме, содержит примерно одинаковое количество коллагеновых, ретикулярных и эластических фибрилл. Практически нет каких-либо проявлений фибриллолизиса или хаотичного фибриллогенеза. Клеточные элементы, в целом, в умеренном количестве и главным образом представлены фибробластическим и адвентициальным рядом. Перива-

тита.

По нашему мнению, в основной группе более интенсивно, чем в предыдущих группах опытов,

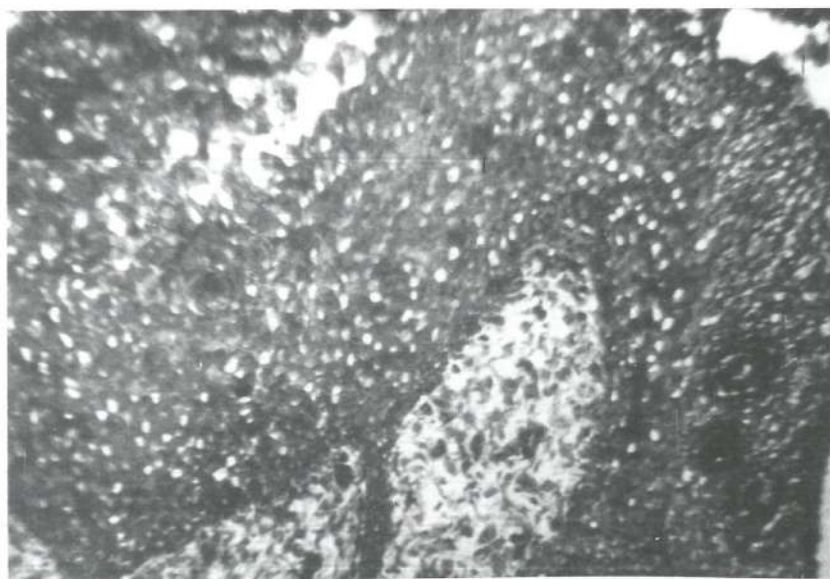


Рис. 4. Гистохимическая картина содержания и распределения РНП в эпителии и собственной пластинке десны. Нормализация их тинкториальных свойств. Экспериментальный пародонтит. Орошение кедабекской минеральной водой. 21-е сутки моделирования.

ОКР.: Реакция Браше; Ув.: об.40, ок.15.

восстанавливаются общее строение и гистохимические свойства как ее эпителия, так соединительно-тканых структур. Отмеченное орошение оказывает выраженное позитивное воздействие также на морфо-функциональное состояние микроциркуляторного русла, точнее – его обеих составных частей: гемо- и лимфо-микрососудистой сети. Значительно улучшив условия циркуляции и дренажа мягких тканей десны, кедабекская минеральная вода тем самым способствует также ранней и эффективной ликвидации хронических вос-

палительных явлений в гингиве, которые имели место у животных предыдущих групп. Вместе с тем не отмечаются какие-либо микроскопические признаки неадекватных структурно-метаболических изменений мягких тканей десны, что также должно рассматриваться как одно из ключевых преимуществ при выборе и применении данного бальнеологического фактора в лечении пародонтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов А.А., Пашаев Ч.А. Минеральная вода "Кала-алты" в комплексном лечении болезней пародонта. Стоматология, 1980, № 4, с.69.
2. Велиев Н.А., Зейналов Ш.М., Дидакунан Ф.И., Ахундов Р.А. Современные возможности лечения перитонита. Академик Мустафа бəј Топчубашовун 100 иллијинə һəср едилмиш елми конфрансын тезислəри. Баку, 1995, с. 495.
3. Воложин А.И., Виноградова С.И. Патогенез экспериментального пародонта у кроликов. Стоматология, № 4, 1991, с. 10-12.
4. Гасанов И.А. Эндокринная секреция в женском

половом тракте в условиях нормы и злокачественной опухолевой трансформации. Дисс. на соиск. докт. мед. наук. Баку, 1997.

5. Лойда З., Госсрау Р., Шиблер Т. Гистохимия ферментов. Лабораторные методы. Пер. с. англ. М., Мир, 1982.
6. Мамедова С.А. Патогенетическое обоснование применения минеральной воды "Кала-алты" в комплексном лечении заболеваний пародонта у больных с хронической патологией почек. Автореферат дис. канд. мед. наук. М., 1990.

Ekspirimentdə Gədəbəy mineral suyu ilə müalicə zamanı paradont toxumalarının histomorfoloji və histokimyəvi göstəricilərin vəziyyəti

Pəşayev A.Ç., Həsənov İ.A.

Gədəbəy mineral suyunun paradontun toxumalarının iltihabı xəstəliyi zamanı morfoloji və histokimyəvi göstəricilərinə təsiri müəyyən etmək üçün dovşanlar üzərində eksperimental tədqiqatlar aparılmışdır. Heyvanlar 4 qrupa bölünmüşdür. Birinci qrup heyvanlar heç bir təsirə məruz qalmamışdır. Digər üç qrupda məlum metodika üzrə paradontitin modeli yaradılmışdır. İkinci qrup heyvanlarda heç bir müalicə aparılmamışdır. Üçüncü qrupda iriqəsiya adi su ilə, dördüncü qrupda isə Gədəbəy mineral su ilə aparılmışdır. Eksperimentin nəticələri göstərmişdir ki, Gədəbəy mineral su ilə tətbiq olunan qrupda digər qruplarla müqaisədə diş əti epiteli və birləşdirici toxuma strukturlarında ümumi quruluşu və histokimyəvi xassələri daha intensiv bərpa olunur.

Experimental histomorphological and histochemical studies of periodontal tissues in Kedabeg mineral water treatment

Pashajev A.Ch., Hasanov I.A.

Experiments on animals (rabbits) were carried out in the aim to study the influence of Kedabeg mineral water on morphological and histochemical characteristics of periodontal tissues in inflammatory pathology. The methodology animals in the experiment were divided into 4 groups. The animals in the first group were not exposed. The model of periodontitis was recieved by the general. In the second group was recieved the model periodontitis without any treatment, in the third group was made irrigation with ordinary water and in the fourth group Kedabeg mineral water. The obtained results of the experiment were evidence that the general structure and histochemical characteristics gums epitelin and gums conjunctive tissue structures were restored more intensive in the group with Kedabeg mineral water irrigation than in other groups of the experiment.

ПРИМЕНЕНИЕ СИРОПА СОЛОДКОВОГО КОРНЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ



Э.С. Мирза-заде,
ассистент



Н.С. Нагиева,
ассистент

*Кафедра стоматологии детского
возраста АМУ*

Как известно, герпес является одним из наиболее распространенных вирусных заболеваний человека. Вызывается он вирусом простого герпеса (ВПГ), являющимся представителем семейства "Herpesviridae". ВПГ вызывает у людей стоматиты, кератиты, конъюнктивиты и ряд других заболеваний. Входными воротами инфекции являются конъюнктив глаза, слизистая губ, ротовой полости и т.д. Заражение и реактивация в последующем латентного ВПГ возможны вследствие поступления в организм больших доз активного вируса, а также при воздействии таких стрессовых факторов, как переохлаждение, эмоциональное перевозбуждение, лекарственная или пищевая аллергия, а также при возникновении различных заболеваний – ОРЗ, пневмония, нефропатия, ревматизм и т.д. Экспериментальное моделирование герпетической инфекции, а также результаты вирусологического обследования больных показали, что при первичной герпетической инфекции независимо от механизма заражения развивается вирусемия (Протас И.И. и соавт., 1990; Lopez C., Roizman B., 1986).

Ведущее место среди заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей занимает герпетический стоматит, который встречается в 80-85% случаев. В последние годы все чаще встречаются рецидивы этого заболевания с переходом в хроническую форму. Связано это с тем, что герпетический стоматит возникает и развивается, как правило, у ослабленных детей в условиях резкого снижения естественных защитно-приспособительных реакций организма. Между тем, формирование хронических форм заболевания является одним из на-

иболее неблагоприятных его исходов, имеющих не только клиническое, но и социальное и эпидемиологическое значение (Мельниченко Э.М., Михайловская В.Н., 1991; Коломиец А.Г. с соавт., 1997; Rothe et al., 1981). В настоящее время на основании значительного прогресса в изучении физиологии и биохимии вирусов достигнуты успехи в разработке рациональных методов химиотерапии вирусных инфекций. Для лечения герпеса разработаны и применены ряд противовирусных препаратов. Однако одной из актуальных проблем является поиск новых лекарственных средств, обладающих не только противовирусным, но и иммунокорригирующим действием, доступных, полученных из местного сырья.

Препараты растительного происхождения всегда привлекали внимание врачей и исследователей. Многие из лекарственных растений, широко используемые в народной медицине, после испытания в клинике нашли применение в современной медицине. К таковым относится и солодка голая, являющаяся одним из природных национальных богатств нашей республики. Использование солодкового корня (лакричный корень) началось в далеком прошлом. Он упоминается в древнейшей медицинской энциклопедии - папирусе Эберса. Гиппократ и Гален широко использовали "сладкий корень" в своих лекарственных композициях. Высоко оценивал целебное действие лакричного корня средневековый энциклопедист Востока - Абу Али ибн Сина. Китайские и тибетские врачи использовали экстракт или отвар корня для нейтрализации действия многих ядов, а также старались по воз-

возможности добавлять экстракты из него во все лекарства, так как считали, что это усиливает действие последних. От греков солодковый корень перешел в арабскую медицину. От арабов рецептуру его переняла Западная Европа. В современной медицине используется ряд препаратов, полученных из солодки голой, обладающих широким спектром фармакологического действия, такие, как глицирам, флакарбин, ликвиритон и др. Они не токсичны и не вызывают нежелательных побочных эффектов (аллергических и иммунологических реакций, эмбриотоксического, тератогенного и мутагенного действия) [Велиева М.Н., 1995; Бондарев А.И., Зарудий Ф.С., 1995]. В практике мировой медицинской науки выявлены также эффективные иммуностимулирующие свойства препаратов солодки голой. Были проведены комплексные клинико-лабораторные исследования иммуностропных свойств этих препаратов при таких детских патологиях, как тимомегалия, инфекционно-гнойные менингиты, сепсисы, аллергодерматозы и др., сопровождающиеся нарушениями иммунного статуса организма ребенка. В результате применения данных препаратов наступала выраженная нормализация иммунологических и клинических показателей (Ливанов М.И. и др., 1993, 1994; Курбанов Г.А. и др., 1993, 1994; Велиев П.М., 1997).

В связи с отсутствием информации о применении препаратов растительного происхождения с иммунокоррипующими свойствами в терапии герпетического стоматита у детей, целью наших исследований явилось изучение эффективности применения сиропа солодкового корня в лечении данного заболевания. Нами было проведено обследование и лечение 76 детей в возрасте 1-5 лет, больных герпетическим стоматитом (18 человек с легкой формой, 58 со среднетяжелой формой заболевания). Диагноз ставили на основании анамнестических данных, клинического и лабораторного исследований. Больные были разделены на 2 группы. Лечение начинали с первичной обработки слизистой оболочки полости рта ребенка: обезболива-

ние 5% анестезиновой эмульсией, антисептическая обработка, в случае необходимости очищение пораженных участков от некротических масс ферментами. После этого в 1-й (контрольной) группе на слизистую оболочку полости рта больного наносили противовирусное средство – бонафтоновую мазь. В дальнейшем с целью ускорения заживления пораженных участков использовали кератопластическое средство – облепиховое масло. Во 2-й группе для приема внутрь назначали сироп солодкового корня по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 7 дней. Местное лечение слизистой оболочки полости рта было аналогично проводимому у больных первой группы. Больным обеих групп назначали рациональную диету, давали рекомендации по уходу за больным ребенком в домашних условиях.

В результате проведенного исследования мы выявили, что применение сиропа солодкового корня приводит к сокращению сроков лечения больных 2-й группы по сравнению с 1-й. Так, средние сроки эпителизации очагов поражения слизистой оболочки полости рта при легкой форме заболевания сократились на 2,6 дня, при среднетяжелой форме – на 2,8 дня. Комплексная терапия герпетического стоматита у детей с использованием сиропа солодкового корня приводит к более быстрому улучшению общего состояния ребенка, нормализации температуры тела, аппетита и сна. Уменьшение сроков излечения детей и тем самым сокращение дней временной нетрудоспособности родителей в связи с уходом за больным ребенком, использование препарата, полученного из растения, активно произрастающего на территории нашей республики, дают в итоге значительный экономический эффект.

Таким образом, полученные результаты позволяют предположить перспективность применения сиропа солодкового корня в комплексном лечении герпетического стоматита у детей и целесообразность дальнейшего продолжения исследований.

Uşaqlarda herpetik stomatitin müalicəsində biyan kökü siropunun tətbiqi

E.S. Mirzə-zadə, N.S. Naqiyyəva

Herpetik stomatitlə 1-5 yaşında 76 uşaq müayinə olunmuşdur. Xəstəliyin diaqnozu kliniki və laborator üsullarla təyin edilmişdir. Müalicə işləri ilə əlaqədar onlar iki qrupa bölünmüşlər. Birinci qrupa daxil olan uşaqların ağız boşluğunda yerli müalicə aparılmışdır (bonafton məlhəmi, çaytikanı yağı). İkinci qrupda daxil qəbul etmək üçün biyan kökü siropu təyin edilmişdir. Xəstənin ağız boşluğunda yerli müalicə birinci qrupdakı kimi olmuşdur. Qruplarda aşkar olunmuş epitelizasiya müddətləri müqayisə edilmişdir.

Nəticələr göstərir ki, biyan kökü siropunun tətbiqi effektivdir.

Use of liquorise sirup in the complex treatment of herpetic stomatitis of children

E.S. Mirzazade, N.S. Nagiyeva

Our purpose is to find out if there is a clinical effect of use of Liquorise Syrup in the complex treatment of herpetic stomatitis of children. It is immunotropic preparation, extracted from Glycyrrhiza glabra roots. We carried out the research and treatment of 76 children aged from 1 to 5 year old suffered from herpetic stomatitis. The patients were divided in 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 mean was changed on the cicatrize preparation - Oleum Hippophaes. For the patients of the second group the Liquorice Syrup was prescribed to take eternally, 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 of Liquorice Syrup in a complex treatment of herpetic stomatitis of children is effective.

UŞAQLAR ARASINDA KƏSKİN VƏ XRONİK İRİNLİ ORTA OTİTLƏ XƏSTƏLƏNMƏYƏ SOSIAL AMİLLƏRİN TƏSİRİ



C.L. Qasimov
aspirant

ATU-nun otorinolarinqologiya kafedrasında

Sosial amillər orta qulağın iltihabi xəstəliklərinə mühüm təsir göstərən amillərdəndir. Məlumdur ki, əhalinin sosial vəziyyətini xarakterizə etmək üçün bir-birindən qarşılıqlı surətdə asılı olan maddi rifah halı, mənzil-kommunal şəraiti və mədəni-gigiyenik səviyyə kimi sosial amillərdən istifadə edilir. Bu amillər və onlarla əlaqədar olan bir sıra digər sosial amillər, o cümlədən ailədə siqaret çəkmə, alkoqoldan istifadə etmə, çoxuşaqlılıq, tam keyfiyyətli qidalanma, vitaminlərdən, mineral maddələrdən, immunstimulyatorlardan istifadə etmə və s. xəstələnmə səviyyəsinə müəyyən dərəcədə təsir göstərir.

Bu amilləri kəmiyyətə qiymətləndirmək olmasa da, əhalinin təmsil olunmuş qruplarında onların keyfiyyətə təhlili sosial amillərin bu və ya digər xəstələnməyə təsirinin xarakteri və dərəcəsi barədə kifayət qədər kompleks təsəvvür yaradır. Biz kəskin irinli orta otitə (KİOO) və xronik irinli orta otitə (XİOO) görə bu məsələni həll etmək üçün Bakı şəhərində prospektiv üsulla müayinə etdiyimiz 8367 uşağı sosial vəziyyətlərinə müvafiq olaraq qənaətbəxş, normal, qeyri-qənaətbəxş və primitiv qruplara bölmüş və aşkar etdiyimiz 85 KİOO-lu və 301 XİOO-lu xəstəlik hadisəsi bu qruplara daxil olmalarından asılı olaraq təhlil etmişik (cədvəl).

Cədvəldən göründüyü kimi, qənaətbəxş qrupa daxil olan ailələrin uşaqları arasında KİOO və XİOO ilə xəstələnmə göstəriciləri ən aşağı olmuşdur-müvafiq olaraq $0,3 \pm 0,1\%$ və $0,8 \pm 0,2\%$. Belə ailələrdə

valideynlər uşaqların sağlamlığına çox diqqətlə yanaşırlar və onlar xəstələndikdə ixtisaslı tibbi yardıma müraciət edirlər. Normal kateqoriyadan olan ailələrin uşaqları arasında KİOO və XİOO hadisələrinin sayı 2 dəfə və daha çox artaraq, müvafiq olaraq $0,6 \pm 0,1\%$ ($t=3,00$; $R<0,001$) və $2,0 \pm 0,3\%$ ($t=3,33$; $R<0,001$) təşkil etmişdir.

Uşaqların ən çox miqdarı qeyri-qənaətbəxş kateqoriyalı ailələrin payına düşür. Maliyyə çətinliyi hiss edən belə ailələrdə xəstə uşaqların müalicəsi ev şəraitində sadə qulaq damcılarından və ucuz antibiotiklərdən istifadə etməklə, həm də yarımçıq aparılır. Təəccüblü deyildir ki, bu ailələrdə KİOO və XİOO ilə xəstələnmə göstəriciləri kəskin surətdə artır-müvafiq olaraq $1,2 \pm 0,2\%$ ($t=2,73$; $R<0,001$) və $4,1 \pm 0,4\%$ ($t=4,20$; $R<0,001$).

Primitiv qrupa, əsasən, maddi imkanları aşağı olan qaçqın və köçkün ailələri aid edilmişdir. Son dərəcə kasıblıq, olduqca pis həyat şəraiti, əhali sıxlığı, elementar mədəni-gigiyenik normalara əməl edilməməsi, uşaqlara hətta ev şəraitində belə tibbi yardım göstərməyin qeyri-mümkünlüyü ona səbəb olmuşdur ki, belə ailələrdə KİOO və XİOO ilə xəstələnmə göstəriciləri çox yüksək rəqəmlərə çatır-müvafiq olaraq $2,4 \pm 0,2\%$ ($t=2,67$; $R<0,001$) və $8,5 \pm 0,8\%$ ($t=4,94$; $R<0,001$). Bu ailələrdən olan uşaqların sayının hamısından az olmasına baxmayaraq, onların payına düşən xəstələnmənin xüsusi çəkisi ən çoxdur, belə ki, bütün KİOO-lu xəstəlik hadisələrinin $37,6 \pm 5,3\%$ -i və XİOO-lu xəstəlik hadisələrinin $38,5 \pm 2,8\%$ -i məhz onların payına düşür.

Bununla yanaşı, apardığımız tədqiqatlar göstərmişdir ki, KİOO və XİOO ilə xəstələnmə siqaret çəkən, alkoqoldan istifadə edən və çoxuşaqlı ailələrin uşaqları arasında bir qayda olaraq yüksəkdir. Burun, boğaz və dişlərin yanaşı gedən xəstəlikləri də uşaqlar arasında yüksək xəstələnməyə səbəb olur. Bütün bu amillər, çox güman ki, orqanizmin rezistentliyini aşağı salaraq, orta qulağın iltihabi xəstəliklərinə əlverişli şərait yaradır.

*Uşaqların KİOO və XİOO ilə xəstəlməsinə
sosial şəraitlər kompleksinin təsiri*

Sosial şəraitlərin kategoriyası	Uşaqların sayı		Xəstəlmələrin sayı			
	Müt.pəg	%	KİOO ilə xəstəlmə		XİOO ilə xəstəlmə	
			Müt.pəg	%	Müt.pəg	%
Gənəetbəxş	1473	17,6±1,0	4	0,3±0,1	12	0,8±0,2
Normal	2562	30,6±0,9	14	0,6±0,1	51	2,0±0,3
Gejri-gənəetbəxş	2973	35,5±0,9	35	1,2±0,2	122	4,1±0,4
Примитив	1359	16,2±1,0	32	2,4±0,4	116	8,5±0,8
Çəmi	8367	100,0±0,0	85	1,0±0,1	301	3,6±0,2

Bununla yanaşı, tam keyfiyyətli qidalanma yolu ilə uşaq orqanizminin rezistentliyinin saxlanması və onun vitaminlərdən, mineral maddələrdən və immunstimulyatorlardan istifadə etmək yolu ilə hətta artırılması KİOO və XİOO ilə xəstəlməni azaldır. Məsələn, tam keyfiyyətli qidalanan uşaqlar arasında XİOO ilə xəstəlmə (2,3±0,3%), əsasən karbohidratlı qidalarla qidalanan uşaqlar arasında aşkar edilən xəstəlmədən (4,5±0,3%) təqribən iki dəfə azdır. Bu fərq vitaminlərdən, mineral maddələrdən və immunstimulyatorlardan istifadə edənlərlə, orqanizmin rezistentliyi ar-

tıran bu mühüm maddələrdən məhrum olanlar arasında - müvafiq olaraq 1,0±0,2% və 5,1±0,3%, özünü daha çox göstərir. Orqanizmin zəifləməsinə səbəb olan burun, boğaz və diş xəstəlikləri olan uşaqlar arasında XİOO-ya təsadüf edilmə, həmin xəstəliklərə görə sağlam uşaqlar arasında olduğundan xeyli yüksəkdir - müvafiq olaraq 6,0±0,4% və 2,1±0,2% (t=8,67; R<0,001).

Alınan məlumatların xəstə uşaqların müalicə və reabilitasiyasında, xüsusən də xəstəliyin profilaktikasında nəzərə alınması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Влияние социальных факторов на острые и хронические гнойные средние отиты у детей

Д.Л.Гасимов

Баку, кафедра оториноларингологии АМУ

Обследованные проспективными методами 8367 детей у детей в г. Баку были по специальному фактору разделены на следующие группы: удовлетворительные, нормальные, неудовлетворительные и примитивные. Среди этих групп выявлены и проанализированы 85 острых и 301 хронический гнойный средний отит.

Исследования показали, что с ухудшением социального положения, у детей возрастают гнойные заболевания среднего уха.

Наряду с этим, полноценное питание увеличивает резистентность детского организма и применение витаминов, минеральных веществ и иммуностимуляторов снижает уровень этих заболеваний.

The effectiveness of social factors to acute and chronic purulent middle otitis disease among the children

J.L.Gasimov

The department of otorinolaryngology of Azerbaijan Medical University, Baku

In Baku city, 8367 children were examined with prospective method. Depending on their social conditions they were divided into, satisfactorily, normal, non-satisfactorily and primitive groups. Revealing 85 acute purulent middle otitis and 301 with matter of chronic purulent middle otitis including into these groups were analyzed. The investigations showed that, depending on the worsening of social condition, the level of the middle ear purulent inflammatory disease of the among the children encreases at the same time, the complete qualitative fuding could be Kept the resistance of child's organism and to increase it with using the vitamins, mineral substances and immunstimulators which could caused to diminish the level of these diseases.

ДИНАМИКА УТРАЧЕННЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ В СВЯЗИ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАРАЗИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ



А.Ф.Алиев,
канд. мед. наук,
ассистент

*Кафедра социальной гигиены и организации
здравоохранения Азербайджанского медицинского
университета*

В настоящее время возможности медицинской науки и практики, а также активная социальная политика государств в Европе, Америке и Азии позволили существенно сократить бремя инфекционных и паразитарных болезней [2, 5]. Страны СНГ в советский период также достигли заметных успехов в борьбе с указанной группой патологий [3, 4]. Затянувшийся переходный период в этих странах характеризуется заметным ухудшением экономической ситуации и ослаблением противоэпидемических мероприятий. Поэтому вероятность увеличения груза инфекционных и паразитарных болезней в странах СНГ велика, что побудило нас проводить исследования по изучению динамики смертности населения в связи с указанным классом болезней и анализу утраченных лет жизни в связи с ними. В работе использованы официальные статистические сведения по Азербайджану в целом и по городу Баку в отдельности. Продолжительность потерянных лет жизни была вычислена по модифицированной нами методике, опубликованной в печати [1].

Полученные сведения о средней продолжительности потерянных лет жизни в Азербайджане в динамике приведены в таблице 1. Из этих данных очевидно, что динамика изучаемого показателя за 1991-1999 годы была параболической, ее пик соответствует данным за 1995 год. В

1999 году по сравнению с 1994-1995 годами наблюдалось выраженное (примерно в 2 раза) уменьшение груза инфекционных и паразитарных болезней.

В нозологической структуре причин утраты человеческой жизни в связи с инфекционными и паразитарными болезнями заметное место занимают острые кишечные инфекции (особенно с неустановленным возбудителем), туберкулез органов дыхания, септицемия и вирусный гепатит.

Динамика продолжительности потерянных лет жизни в связи с острыми кишечными инфекциями также имеет параболический характер (с пиком в 1995 году). Обращает на себя внимание заметное снижение груза острых кишечных инфекций с неустановленными формами возбудителя по сравнению с суммарным грузом инфекционных и паразитарных болезней (таблица 1). Но еще достаточно высок размер потерь человеческой жизни, обусловленных именно этой группой болезней.

Продолжительность потерянных лет жизни, обусловленная септициемией и вирусным гепатитом, в динамике за 1991-1999 годы свидетельствует о явном уменьшении груза этих патологий. В то же время очевидно увеличение груза туберкулеза органов дыхания, в связи с которым практически удвоилась продолжительность утраченных лет жизни.

Сравнение продолжительности потерянных лет жизни одного человека в связи с инфекционными и паразитарными болезнями в республике в целом и в городе Баку показало, что между ними существует явное различие: Баку отличается относительно низким уровнем груза патологий указанной группы. Различие показателей более выражено в 1999 году (таблицы 1 и 2), когда средняя продолжительность потерянных лет

жизни на одного жителя составляла 0,44 по республике и 0,23 по Баку. Существенность различия груза инфекционных и паразитарных болезней между республикой и ее столицей свидетельствует о нереализованных возможностях профилактической работы по борьбе с этими патологиями и указывает на необходимость усиления внимания к данной проблеме в республике в целом.

Таблица 1

Средняя продолжительность потерянных лет жизни в Азербайджане в динамике в связи с инфекционными и паразитарными болезнями

Годы	Всего	В том числе				
		Острые кишечные инфекции (с неустановленным возбудителем)	Туберкулез органов дыхания	Септицемия	Вирусный гепатит	Прочие
1991	0,61	0,31	0,09	0,09	0,06	0,06
1992	0,60	0,31	0,12	0,05	0,04	0,08
1993	0,74	0,37	0,13	0,10	0,04	0,10
1994	0,81	0,37	0,14	0,09	0,02	0,19
1995	0,83	0,38	0,17	0,08	0,01	0,19
1996	0,64	0,30	0,17	0,06	0,01	0,10
1997	0,64	0,27	0,16	0,06	0,01	0,14
1998	0,54	0,24	0,15	0,05	0,01	0,09
1999	0,44	0,14	0,18	0,05	0,01	0,06

В таблице 2 приведены некоторые показатели, характеризующие размер социального груза инфекционных и паразитарных болезней в городе Баку.

Очевидно, что динамика как уровня смертности населения, так и средней продолжительности сокращения жизни одного человека за 1990-1999 годы была однонаправленной и имела параболический характер с пиком в 1995 году. Однако при одинаковом уровне смертности населения в 1990, 1997, 1998 и 1999 годах (17,0 на 100 000 населения) обращает на себя внимание различный размер потерянных годов жизни (0,50, 0,31 и 0,23). Такая ситуация может быть обусловлена уменьшением смертности в детском возрасте и увеличением ее в старших возрастах. В 1999 году, судя по официальной статистике, младенческая смертность в связи с инфекционными и паразитарными болезнями уменьшилась по сравнению с 1990 годом более чем в 8 раз (соответственно 306,8 и 38,1 случая на 100 000 жи-

ворожденных детей). В то же время смертность от указанной причины в возрасте 30-34 лет в 1999 году (19,7 случая на 100 000) была более чем в 3 раза выше, чем в 1990 году (6,4 случая на 100 000). Сходная ситуация была отмечена и в последующих возрастных группах.

В 1990 - 1999 годах удельный вес смертности в связи с инфекционными и паразитарными болезнями в структуре общей смертности населения колебался в пределах от 1,95 (1991 год) до 3,74% (1995 год).

В наблюдаемом периоде доля инфекционных заболеваний в сокращении средней продолжительности жизни также была нестабильной и колебалась в пределах 2,58 - 4,40%. Причем сравнение долей смертности от этого класса болезней в общей смертности и в сокращении продолжительности жизни методом Манна-Уитни показало, что между ними не имеется достоверного различия.

Таблица 2

Некоторые показатели социального груза инфекционных заболеваний в городе Баку
в динамике (в скобках приведены ранги)

Годы	Смертность на 100 000 населения	Доля смертности от инфекционных заболеваний в общей смертности населения (в %)	Средняя продолжительность сокращения жизни, годы на одного человека	Доля инфекционных заболеваний в сокращении продолжительности жизни (в %)
1990	17,2	2,64 (5)	0,50	4,33 (19)
1991	13,3	1,95 (1)	0,31	2,54 (3)
1992	17,7	2,42 (2)	0,36	2,90 (6)
1993	21,8	2,95 (8)	0,53	4,40 (20)
1994	23,6	3,06 (10)	0,52	4,13 (17,5)
1995	27,1	3,74 (16)	0,49	4,13 (17,5)
1996	21,0	3,26 (13,5)	0,35	3,36 (15)
1997	17,7	2,96 (9)	0,31	3,19 (12)
1998	17,0	2,91 (7)	0,31	3,26 (13,5)
1999	17,5	3,09 (11)	0,23	2,58 (4)
Средние величины по укрупненным интервалам				
1990-1994	18,7	2,60	0,44	3,66
1995-1999	20,1	3,19	0,34	3,30
Критерий Т Манна-Уитни		82,5		127,5
μ_T		105		105
σ_T		13,228		13,228
Z_T с поправкой Йейтса		1,739		1,739
P	<0,10	>0,05	<0,10	>0,05

Таким образом, смертность населения в связи с инфекционными и паразитарными болезнями, а также продолжительность утраченных годов жизни в течение последних 10 лет была нестабильной. В Баку, по сравнению с республикой в целом, роль указанного класса болезней в сокращении жизни одного человека заметно низка. На фоне относительной стабильности груза отдельных групп инфекционных заболеваний

существенно увеличилась продолжительность потерянных годов жизни в связи с туберкулезом органов дыхания. При наличии тенденции снижения еще достаточно высок уровень потерь человеческой жизни в связи с кишечными инфекциями, возбудители которых не были установлены. Отмеченные факты требуют срочных мер по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев А.Ф. Потенциальные утраченные годы жизни вследствие преждевременной смертности. Доклады АН Азербайджана. Баку, 2000, том LVII, № 3-4, с. 141-145.

2. Покровский В.И. Инфекционные болезни и цивилизация. Вести медицины, 1994, № 8-9, с. 1-4

3. Проблемы реформ здравоохранения. Подходы и перспективы. В.П.Сергиев, И.Д.Дрынов, Н.А.Малышев. - М., 1998, 120 с.

4. Сергиев В.П. Глобальные проблемы оптимизации охраны здоровья населения. Роль паразитарных болезней. Медицинская паразитология, 1995, № 1, с. 3-7

5. Dolin P.J., Raviglione M.C. and Kochi A.Туберкулез: заболеваемость и смертность в мире в 1990-2000 гг. Бюллетень ВОЗ, 1994, том 72, № 2, с. 27-34.

Dynamics of the years of life lost in connection with contagious and parasitogenic illnesses

A.F.Aliyev

Department of social hygiene and organizations of public health services AMU, Baku

The delayed transition period in Azerbaijan is characterized by noticeable aggravation of an economic situation and weakening of antiepidemic measures. In this work the official statistical information items on republic as a whole and on Baku city separately utilized. The duration of the years of lost life was calculated by procedure modified by us and published in the seal. Thus, the death rate of the population in connection with contagious and parasitogenic illnesses, and also duration of the years of lost life within the last 10 years was unstable. In Baku, as contrasted to by republic as a whole role of the indicated class of illnesses in reduction of life of one person notably low. On a background of relative stability of the consignment of separate groups of contagious, the duration of the years of lost life was essentially increased in connection with a tuberculosis of a respiratory organs. If there is the tendency of decrease the degree of blocking of human life is still high enough in connection with intestinal infection contamination, the activators which one were not established. The noted facts require expedited measures on strife with contagious and parasitogenic illnesses.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Zağqazın Stomatoloji Yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti ASA-nın Şura üzvü AzHTİ-nin kafedra müdürü,

**PROFESSOR SEYİDBƏYOV OQTAY SADIQ OĞLUNA
ƏMƏKDAR ELM XADİMİ**

fəxri adı verilməsi münasibəti ilə iyrəkdən təbrik edir və ümid edirlər ki, stomatologiyada elm nümayəndələrinin inkişafı bizim doğma sənətimizin elmi və təcrübə baxımından inkişafına tökan verəcəkdir.



А.Т. Агамалиева,
аспирант

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭТИОЛОГИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ В г. БАКУ

Кафедра эпидемиологии АМУ

Приобретение сальмонеллезами глобальной социально-экономической значимости и четко выраженной тенденция повсеместного роста заболеваемости населения ставит перед органами здравоохранения ряд сложных задач, от решения которых зависит эффективность мер профилактики этих заболеваний (1,6,4,5,9,12). Одной из таких задач является организация действенного мониторинга этиологической структуры сальмонелл, которой свойственны динамичные изменения, что требует внесения существенных коррективов как в тактику диагностики и лечения больных, так и в специализацию мер по ограничению распространения сальмонеллезов (3,2,7,11,8).

Систематическое изучение этиологической структуры сальмонеллезов в нашей республике было начато с 1967 г. С каждым годом вплоть до 1990 г. объем этих исследований и их качество повышались. Итоги исследований в 1971-1990 гг. обобщены в монографии "Сальмонеллезы в Азербайджане" (10), согласно которым было выделено 36 сероваров сальмонелл, среди которых по удельному весу доминировала *Salmonella typhimurium*, достигающая в среднем 86,4%. Она преобладала также среди животных и птиц и в продуктах питания. Однако современное состояние этиологической структуры возбудителей сальмонеллезов, на фоне роста заболеваемости и ухудшения социально-эпидемиологической ситуации в 90-х годах в г.Баку, остается неизвестным, что и предопределило актуальность настоящего исследования.

Материал и методы исследования. В соответствии с методическими указаниями "Лабораторная диагностика сальмонеллеза человека и животных, обнаружение сальмонелл в кормах, продуктах питания и объектах внешней среды" (М., 1990) проведено бактериологическое исследование 3867 городских жителей, 902 голов

домашнего скота и 801 птицы, а также 1637 проб с различных объектов внешней среды. В общей сложности получено 1283 штамма сальмонелл, серологическую идентификацию их осуществляли путем постановки реакции агглютинации на стекле с коммерческими О- и Н-сыворотками.

Результаты и обсуждение. Анализ статистических данных практических органов по идентификации сальмонелл, выделенных от больных в 1990-1999 гг., показал, что доминирующим сероваром, особенно среди детей раннего возраста, остается *S.typhimurium*, удельный вес которой равен $65,0 \pm 1,0\%$. Заметно возрос удельный вес *S.enteritidis* – $11,3 \pm 1,3\%$ ($P < 0,001$), удельный вес остальных 24 сероваров варьирует от $0,11 \pm 0,1$ до $4,5 \pm 0,7\%$ ($P < 0,001$). В то же время годовая динамика *S.typhimurium* имеет выраженную тенденцию снижения доминирующей роли. В частности, если в 1990 г. ее удельный вес составлял $81,4 \pm 4,0\%$, то к 1999 г. он снизился до $48,4 \pm 5,2\%$ ($P < 0,001$). В эти же годы удельный вес *S.enteritidis*, выявляемый чаще среди взрослых, возрос с $4,1 \pm 2,0$ до $23,6 \pm 4,4\%$ ($P < 0,001$).

Несмотря на это, продолжает сохраняться мнение о доминирующей роли *S.typhimurium*, и поэтому какие-либо существенные изменения в систему диагностики, лечения и профилактики сальмонеллезов не вносятся, хотя во многих странах установлена выраженная антибиотикорезистентность и прогрессивное снижение доминирующей роли этого серовара сальмонелл.

В результате проведенных нами бактериологических исследований среди городских жителей было выделено 188 штаммов сальмонелл, среди домашнего скота и птиц – соответственно 336 и 303 штамма и из разных объектов внешней среды – 456 штаммов. Итоги серологической идентификации выделенных штаммов обобщены в табл. 1.

Всего выявлено 24 серовара сальмонелл, в той или иной мере определяющих в настоящее время заболеваемость сальмонеллезами, при этом впервые выявлены такие серовары, как *S.haifa*, *S.berta*, *S.orion*, *S.bedford*, *S.accrea* и *S.altona*.

Среди городских жителей ведущую роль в заболеваемости сальмонеллезами играют *S.typhimurium* и *S.enteritidis*, хотя значимость первого серовара по сравнению с предыдущим периодом существенно снизилась, а второго серовара, наоборот, повысилась соответственно $51,6 \pm 3,7$ и $36,7 \pm 3,5\%$ ($P < 0,001$). Эти же серовары доминируют и на разных объектах внешней среды – $19,6 \pm 1,9$ и $21,1 \pm 1,9\%$ ($P > 0,05$). Однако, если *S.enteritidis* выявлялась практически в одинаковой степени из всех исследованных факторов (мясо-молочные продукты, куры, яйца, вода, почва, руки, предметы обихода) – от $16,2 \pm 3,1$ до $29,5 \pm 4,3\%$

($P < 0,01$), то значительная часть положительных находок *S.typhimurium* пришлась на руки и предметы обихода, при этом преимущественно в детских стационарах – $41,1 \pm 4,7\%$. Видимо, ограничение циркуляции *S.typhimurium* стационарами является одной из основных причин последовательного снижения ее значимости в заболеваемости городских жителей сальмонеллезами. В то же время постоянная подверженность в стационарах *S.typhimurium* антибиотиковому прессу приводит к селективному отбору устойчивых к лечебным средствам штаммов возбудителей и сохранению данного серовара в числе доминирующих.

Таблица 1

Этиологическая структура сальмонелл, циркулирующих среди городских жителей, синантропных животных и во внешней среде

Серовары сальмонелл	Удельный вес сероваров (в %)			
	Городские жители	Домашний скот	Домашняя птица	Внешняя среда
<i>S.typhimurium</i>	$51,6 \pm 3,7$	$9,8 \pm 1,6$	$4,0 \pm 1,1$	$19,6 \pm 1,9$
<i>S.enteritidis</i>	$36,7 \pm 3,5$	$15,5 \pm 2,0$	$21,1 \pm 2,5$	$21,1 \pm 1,9$
<i>S.heidelberg</i>	$1,1 \pm 0,7$	$1,5 \pm 0,7$	-	$6,6 \pm 1,2$
<i>S.derby</i>	$0,5 \pm 0,3$	$3,3 \pm 1,0$	$12,2 \pm 1,9$	$6,6 \pm 1,2$
<i>S.newport</i>	$0,5 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,7$	$6,3 \pm 1,4$	$4,2 \pm 0,9$
<i>S.anatum</i>	$0,5 \pm 0,3$	$3,6 \pm 1,0$	$8,9 \pm 1,6$	$4,6 \pm 1,0$
<i>S.stanley</i>	$1,1 \pm 0,7$	$2,7 \pm 0,9$	-	$2,4 \pm 0,7$
<i>S.virchow</i>	$0,5 \pm 0,3$	$2,7 \pm 0,9$	-	-
<i>S.gallinarum</i>	$2,7 \pm 1,2$	$6,8 \pm 1,4$	$25,4 \pm 2,5$	$8,3 \pm 1,3$
<i>S.tsionge</i>	$0,5 \pm 0,3$	$5,1 \pm 1,2$	$5,0 \pm 1,3$	$3,3 \pm 0,8$
<i>S.abortus ovis</i>	$0,5 \pm 0,3$	$7,1 \pm 1,4$	-	$1,3 \pm 0,5$
<i>S.infantis</i>	$0,5 \pm 0,3$	$3,3 \pm 1,0$	-	-
<i>S.london</i>	$0,5 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,9$	$2,3 \pm 0,9$	-
<i>S.haifa</i>	$2,1 \pm 1,0$	$6,0 \pm 1,3$	$5,0 \pm 1,3$	$4,4 \pm 1,0$
<i>S.berta</i>	$0,5 \pm 0,3$	$6,0 \pm 1,3$	$4,3 \pm 1,2$	$3,5 \pm 0,9$
<i>S.muester</i>	-	$4,2 \pm 1,1$	$2,6 \pm 0,9$	-
<i>S.typhi</i>	-	$3,0 \pm 0,9$	-	$1,9 \pm 0,6$
<i>S.orion</i>	-	$10,7 \pm 1,7$	-	$1,9 \pm 0,6$
<i>S.typhisuis</i>	-	$4,5 \pm 1,1$	-	$1,1 \pm 0,5$
<i>S.bedford</i>	-	-	$3,0 \pm 1,0$	$3,5 \pm 0,9$
<i>S.panama</i>	-	-	-	$2,9 \pm 0,8$
<i>S.muenchen</i>	-	-	-	$0,9 \pm 0,4$
<i>S.accra</i>	-	-	-	$1,1 \pm 0,5$
<i>S.altona</i>	-	-	-	$0,9 \pm 0,4$

Большая амплитуда каналов циркуляции *S. enteritidis*, высокий риск поступления возбудителей от домашних животных и внешней среды объясняет причину ее возрастающей роли в заболеваемости городских жителей сальмонеллезом. При сохранении текущего хода событий подобная значимость *S. enteritidis* будет прогрессивно возрастать.

Среди домашних животных и во внешней среде резко возросла выявляемость *S. gallinarum*, достигающая в пробах из кур и яиц до $26,3 \pm 5,5\%$. Учитывая, что эти продукты в рационе питания населения занимают ведущее место, значимость этого серовара в заболеваемости сальмонеллезом может также возрасти. По всей вероятности, в результате происходящих динамических изменений в этиологической структуре сальмонелл, обусловленных

сложившейся эпидемиологической ситуацией, и другие серовары, включая вновь выявленные, будут приобретать все большую значимость в заболеваемости сальмонеллезом.

Таким образом, проведенные исследования позволили определить современное состояние этиологической структуры сальмонелл, циркулирующих среди городских жителей, домашнего скота и птицы и во внешней среде, выявить доминирующие серовары и дать их эпидемиологическую оценку. Этиологическая структура сальмонелл подвержена динамическим изменениям, что обуславливает необходимость организации постоянного мониторинга ее состояния, имеющего важное значение для внесения корректив в лечение и профилактику сальмонеллезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Магдей М.В. Пути совершенствования форм и методов профилактики сальмонеллезов. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1993-29 с.
2. Миртазаев А. Особенности эпидемического процесса сальмонеллезов в среднеазиатском регионе в современных условиях и пути совершенствования надзора над этими инфекциями. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1993-31 с.
3. Новгородова С.Д. Сероэпидемиологическая диагностика в очагах сальмонеллезов. Автореф. дис. канд. мед. наук. Нижний Новгород, 1992-15 с.
4. Покровский В.И., Ющук Н.Д. "Сальмонеллез" инфекц.болезн. М., 1996, с. 130-144.
5. Рожнова С.Ш. Сальмонеллез: проблемы и решения. Эпидемиология инфекц. болезн. № 2. М., 1999.
6. Сергеев В.И. Современные тенденции в эпидемиологии сальмонеллезной инфекции и научно-методические основы эпизоотолого-эпидемиологического надзора. Автореф. дис. докт. мед. наук. Омск, 1995.
7. Черкасский Б.Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. М., 1994, стр. 441-446.
8. Aleksic S. Meinzerbing F. Bockemuhl I. Human infection caused by salmonellae of subspecies II to YI in Germany 1974-1992 Zentralblatt für Bakteriologie 283(3) 391 s 1996
9. Caffer M.I. et al; Salmonella Freetown ist isolation in Argentina Recusta Argentina de Microbiologia 28 (2) 79-81 1996,
10. Kuliewa E, The natural boci ob sallmonellosis in Azerbaijan Republic international islamic medical journal. 1997,s.83-85.
11. Nastasi A. et al; Epidemiology ob S. enterica serotype Enteritidis infections in southern Italy during the years 1980-1994. Resarch in Microbiology.137 (5), 333-403, 1996.
12. Wall P.G. et al; Outbreaks od sallmonellosis in hospitals in England and Wales: 1992-1994. Journal ob Hospital inbecton 33 (3), 181-190, 1996.

Bakı şəhərində Salmonelloz törədicilərinin etiologiyasının müasir hali

A.T.Ağamalyeva

Şəhər sakinləri arasında aparılmış bakterioloji və aşkar edilmiş salmonellərin seroloji identifikasiyası salmonellyozların etioloji strukturunun müasir vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan vermişdir. Əvvəlki kimi *S. typhimurium*-un dominant rolunun ($51,6 \pm 3,7\%$) saxlanmasına baxmayaraq, *S. enteritidis*-in də bu cür rolunu nəzərə cəpəcə dəyərdə artmışdır ($36,7 \pm 3,5\%$). Digər serovarların az-az təsadüfləri fonunda *S. gallinarum* ($2,7 \pm 1,2\%$) və ilk dəfə aşkar olunan *S. haifa* ($2,1 \pm 1,0\%$) fərqlənir. Ev heyvanları və quşlar arasında *S. gallinarum*-un, həmçinin *S. haifa*, *S. berta*, *S. bedford* və *S. orion*-un yeni serovarlarının xüsusi çəkisi sür'ətlə artır ki, bu da onların şəhər sakinləri arasında tez-tez aşkar edilməsinin səbəbini izah edir. Xarici mühitin müxtəlif obyektlərində ilk dəfə olaraq *S. accra* və *S. alfona* aşkar edilmişdir.

Salmonellyozların etioloji strukturu dinamik dəyişikliklərə məruz qalmışdır ki, bu da onların vəziyyəti üzərində, salmonellyozların müalicə və profilaktikasında düzəlişlər etmək üçün mühüm əhəmiyyət kəsb edən daimi monitorinqin təşkilini zəruriliyini şərtləndirir.

The etiological structure of salmonellosis at the present time

A.T.Ağamalyeva

Past interview between citizen give chance to value up-to-date situation of the bacteriology and evident.

Not look at previous dominant role of *S. typhimurium* ($51,6 \pm 3,7\%$), *S. gallinarum* ($2,7 \pm 1,2\%$) and first time become evident *S. haifa* ($2,1 \pm 1,0\%$) differ on the less coincident role of the other serovars.

Between domestic animals and bird *S. gallinarum*'s, also *S. haifa*'s, *S. berta*'s, *S. bedford*'s and *S. orion*'s new serovars specific weight grew very quickly and it explains the reason of evident this problem.

First time *S. accra* and *S. alfona* find in the different objects out of surroundings. The etiological structure of salmonellosis belong dynamic changes that is on their position to correct for salmonellosis treatment and health is constant necessary condition in monitoring formation.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА "ДЕПОФОРЕЗ ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ"



А. Кнаппвост

профессор университета, доктор физико-химических и медицинских наук, Институт физической химии с отделом «Биофизическая химия и научные исследования в стоматологии», Гамбург/ Германия

Полностью вылеченный зуб с девитализированной пульпой с присущим ему удерживающим аппаратом, как известно, значительно лучше выполняет жевательную функцию, чем имплантат. Поэтому клинической практике совершенно необходимы высокоэффективные эндодонтические методы, имеющие широкую область показаний. В качестве эффективного лечения можно признать лишь ситуацию, при которой имеют место следующие обстоятельства:

1. Перманентная стерильность всей апикальной дельты.

2. Отсутствие раздражения живой ткани нерезорбирующимися веществами, например, материалами для пломбирования каналов.

Это необходимые условия для того, чтобы произошло физиологическое закрытие отверстий остеосцементом или компактной костью вместо механического закрытия, которое все равно не бывает абсолютно герметичным.

Стерильность всей апикальной дельты, особенно ее многочисленных апикальных выходов, которая не может быть достигнута инструментальными методами, является решающей предпосылкой для действительного излечения в апикальной-периапикальной области. В апикальные выходы факторы защитных механизмов организма не

проникают. Их инфицированное содержимое поддерживает длительный локальный, часто не выявляемый рентгенологически воспалительный процесс, или который при определенных условиях может снова вспыхнуть,

Несмотря на различные изощренные методы подготовки канала, например, коническое расширение, которое нарушает целостность и стабильность корня и опасно различными осложнениями, инструментальная эндодонтия остается не приносящим удовлетворения искусством, требующим значительных затрат времени. Как свидетельствуют бактериологические исследования, существующие до настоящего времени методы за пределами главного канала в боковых рукавах дельты ведут в лучшем случае к обеднению микроорганизмами, но не к стерильности. Нельзя игнорировать отсутствие возможности инструментально обработать апикальную дельту и боковые каналы, так как сколько-нибудь значимая диффузия бактерицидных веществ из главного канала, как будет нами показано ниже, нереальна. Согласно нашим исследованиям, обеспечить стерильность можно только с привлечением метода, основанного на совершенно иных принципах, чем инструментальная эндодонтия, а именно депофореза гидроокиси меди-кальция (Knapwost, 1953).

Диффузия – непригодный способ транспортировки дезинфицирующих веществ в канальную систему

Молекулярная диффузия, происходящая в результате термического столкновения молекул (молекулярное движение), приводит к постепенному проникновению вещества в среду. Для такого распределения характерным является отсутствие четкой границы между веществом и этой средой. Возникает очень неблагоприятный для дезинфекции, например, в апикальной дельте, концентрационный профиль. Это четко видно на примере сульфата меди, который можно отнести к хорошо диффундирующим веществам (рис.1) (Knappwost, 1993). На дне трех стеклянных трубочек, наполненных водой при 20°C, находится в виде водной кашицы кристаллов тонкий слой остающегося насыщенным раствора голубого сульфата меди. Его растворимость насыщения при 20°C равна 271 г/л.

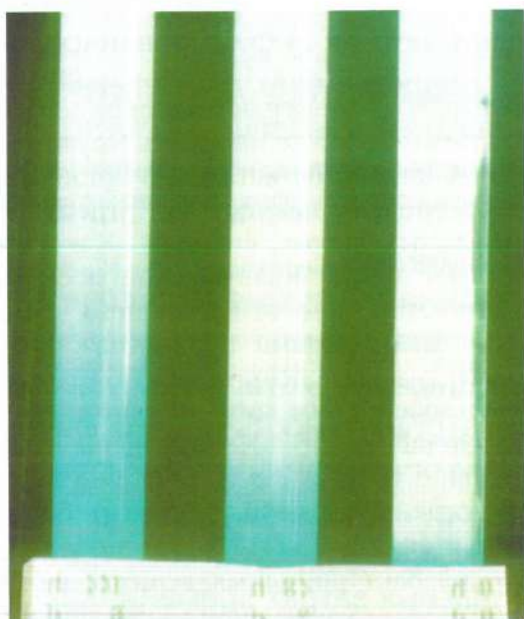


Рис.1. Диффузия сульфата меди из насыщенного водного раствора. Через 6 дней (правая трубочка) раствор с половинной концентрацией насыщения перемещается на высоту 20 мм.

Через 6 дней высота, на которой вещество достигает половины концентрации насыщения (высота полуконцентрации), отмечается на уровне около 20 мм.

Поскольку вязкость “жидкости” в рукавах дельты или латеральных каналах приблизительно в 10 раз выше, чем воды, диффузионное расстояние следовательно будет в 10 раз меньше и через 6 дней будет составлять около 2 мм.

Диффузия гидроокиси кальция, применяемой часто для дезинфекции каналов, приблизительно в 230 раз слабее, чем сульфата меди, так как ее концентрация насыщения составляет 1,18 г/л, то есть в 230 раз меньше, при сравнимом среднем эффективном радиусом частиц.

Эти цифры показывают непригодность диффузии как способа транспорта в эндодонтии. Кроме того, как в случае с гидроокисью кальция, так и при использовании многих других дезинфицирующих препаратов, в латеральных каналах и рукавах дельты происходит их «саморасхождение» в результате реакции с белками пульпы, так что в апикальных выходах не наблюдается даже одномоментной бактерицидности, не говоря уже о перманентной стерильности.

Быстрый транспорт электрически заряженных частиц: электрофорез и ионофорез

В противоположность движению в результате термических столкновений при диффузии перемещение ионов и коллоидов в электрическом поле представляет собой результат воздействия электрической силы и происходит не только очень быстро, но и с созданием благоприятного концентрационного профиля.

Скорость ионов или электрически заряженных коллоидных частиц зависит от силы тока и от величины поперечного сечения имеющегося проводника. Все остальные величины заданы параметрами прово-

дящей жидкости и свойствами частиц (радиус и заряд).

Теоретические расчеты и экспериментальные исследования показывают, что скорость движения иона или частицы:

1. Пропорциональная выбранной силе тока.
2. Обратно пропорциональная поперечному сечению корневого канала (следовательно при большом сечении сильно падает).
3. Не снижается со временем (в отличие от ситуации при самопроизвольной диффузии).

Указанные взаимозависимости действительны также при попадании частиц в дельту, с тем отличием, что через каждый рукав дельты будет проходить часть всего тока.

Если рассчитать практически достижимую скорость транспорта, то получим порядка 1 см в минуту и тем самым в несколько десятков раз выше, чем при диффузии. Определенная указанными параметрами скорость - это линейная скорость. Ее следует отличать от скорости транспорта, которая представляет собой количество транспортируемого вещества в единицу времени и определяется по закону Фарадея как произведение величины прошедшего электрического тока и времени его прохождения, то есть количество электричества. Измеряется произведением "миллиампер x минут».

Рис. 2 показывает ситуацию на примере водной суспензии гидроокиси кальция. Две стеклянные трубочки, заполненные агаром с добавлением фенолфталеина, укреплены в чаше Петри на пасте гидроокиси кальция. В левую трубочку введен медный провод (отрицательный полюс). Сверху в трубку помещен еще один медный провод (положительный полюс). Расстояние между этими двумя полюсами выбрано таким образом, что в результате приложенного напряжения возникает такая же сила поля, как в канале при проведении депофореза с гидроокисью меди-кальция. После приложения напряжения происходит быстрое перемеще-

ние ОН ионов к аноду. Красное окрашивание перемещается четким фронтом в течение нескольких минут на ~2 см, тогда как в правой трубочке только спустя много времени образуется красное облачко, которое перемещается с тем же профилем, что и сульфат меди в ранее описанном опыте.

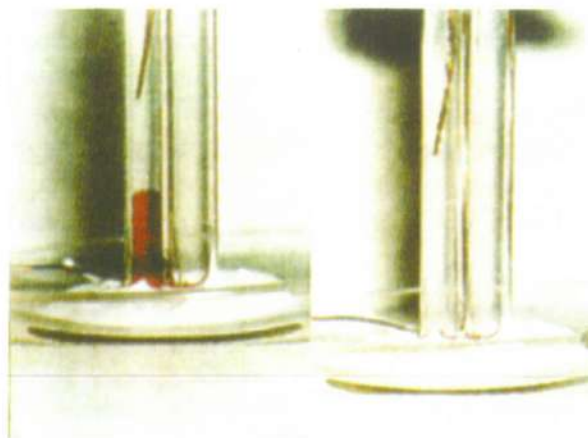


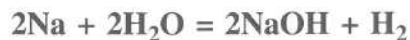
Рис. 2. Под действием электрического поля скорость перемещения частиц в десятки раз больше, чем при самопроизвольной диффузии.

Ионофорез гидроксильных ионов по Bernard

Один из способов использования электрического поля для транспорта ионов в канальной системе корня зуба был предложен французским ученым Bernard (1931). Метод представляет собой ионофорез гидроксильных ионов (OH^-). Известно, что гидроксильные ионы обладают поливалентным бактерицидным действием и в небольших концентрациях являются ингибитором физико-химических процессов воспаления.

Согласно методике Bernard, в канал вносят небольшое количество физиологического раствора. Гидроксильные ионы возникают после включения прибора в области катода вследствие процесса ионизации воды. Сначала на катоде образуется металлический Na, который вступает в реакцию

с водой (электролиз). Упрощенно схематически процесс может быть описан уравнением:



В результате возникновения нейтральных молекул водорода соотношение ионов в воде сдвигается таким образом, что накапливаются свободные гидроксильные ионы, которые начинают перемещаться в апикальном направлении.

К числу недостатков метода следует отнести следующее:

1. Процесс накопления гидроксильных ионов до концентраций, оказывающих дезинфицирующее действие, является длительным. С гораздо большей скоростью, то есть практически сразу после включения прибора, происходит приобретение белками отрицательного заряда в щелочной среде. Отрицательно заряженные белки, включая микроорганизмы и их токсины, в неразрушенном виде, постепенно перемещаются к положительному полюсу (аноду), то есть в периапикальном направлении. Некоторое количество их при этом может выйти за пределы апекса, приводя к его инфицированию.
2. Вследствие создания избытка отрицательных зарядов на еще неразрушенных и поэтому малоподвижных белках, для выравнивания разности зарядов из периапикальной области поступает вода, имеющая наведенный положительный заряд. Это явление носит название электроосмос. Проникновение воды дополнительно приводит к снижению концентрации гидроксильных ионов, ослабляя их бактерицидное действие.
3. Бактерицидное действие гидроксильных ионов, обусловленное лишь щелочным протеолизом и омылением белков, оказывается недостаточным для некоторых видов микроорганизмов.
4. Скорость движения гидроксильных ионов невелика, так как они легко вступают в реакцию с белками и для достиже-

ния ими апикальных отверстий требуется значительное количество времени.

5. Из-за вступления в реакцию с белками в рукавах апикальной дельты и латеральных каналах активность гидроксильных ионов не только не перманентна, но и быстро падает до нуля.

Гидроокись меди-кальция: бактерицидное действие, физико-химические свойства

Из требования существенного возрастания бактерицидности и расширения области проникновения, нами разработан новый препарат гидроокись меди-кальция, коротко $\text{CuCa}(\text{OH})_2$. Это стабилизированная система из трёх действующих компонентов, находящихся в равновесии друг с другом (ионов гидроксидулата, ионов коллоидной гидроокиси меди, гидроксильных ионов). Положительные свойства $\text{Ca}(\text{OH})_2$, то есть неинвазивное действие по отношению к кровоснабжаемой ткани и протеолитическое действие по отношению к микробам, сохраняются и в гидроокиси меди-кальция.

Однако к этому прибавляется извлечение серы из аминокислот протеинов, то есть поливалентное бактерицидное действие ионов меди Cu^{++} или $[\text{Cu}(\text{OH})_4]^{2-}$. Именно это свойство делает депофорез столь эффективным. Одновременное действие двух друг от друга совершенно независимых принципов, а именно протеолиза и извлечения серы, ведет к тому, что гидроокись меди-кальция имеет в 100 раз большую дезинфицирующую силу, чем гидроокись кальция.

Для эндодонтии огромное значение имеет перманентность бактерицидного действия. Так как при отсутствии пульпы, снабжавшейся кровью, содержащей факторы иммунной борьбы с микроорганизмами, вероятность реинфицирования дентина очень велика. Перманентность бактерицидного действия гидроокиси меди-кальция основана на способности сульфида меди под действием кислорода вновь

превращаться в сульфат меди, способный вновь вступать в реакцию с серосодержащими белками микробов.

Таким образом, дезинфицирующая способность ионов меди постоянно возобновляется.

Депозит гидроокиси меди-кальция

В гидроксипупратном ионе Cu^{++} окружен 4-мя ионами OH^- , которые придают ему двойной отрицательный заряд. Благодаря этому гидроксипупратный ион, как и OH^- -ион, перемещается в электрическом поле к аноду. То есть, как и в методе Bernard, имеет место ионофорез.

Однако при депозите гидроокиси меди-кальция перемещаются не только ионы, но и отрицательно заряженные крупные частицы гидроокиси меди, коллоиды. Это явление носит название электрофорез. Таким образом при депозите гидроокиси меди-кальция имеет место как ионо-, так и электрофорез.

Еще одним важнейшим принципиальным отличием метода депозита от ионофореза по Bernard является тот факт, что действующие заряженные частицы (как ионы, так и коллоиды) не постепенно образуются вследствие электрических процессов на катоде, а их вносят в канал перед включением прибора. Так что в самом начале сеанса они устремляются в канальную систему мощным фронтом, убивая микроорганизмы и уничтожая их споры. При проведении лечения вначале осуществляют подготовку зуба с девитализированной пульпой, как при обычном эндодонтическом лечении. Она включает раскрытие полости зуба и создание доступа к устью канала или каналов.

Корневой канал гейтс-бором расширяют до ISO 30-40 на глубину, равную $1/4-1/2$ длины канала, в зависимости от имеющейся возможности, например, до появления искривления. Коронарную часть канала подвергают несколько большему расширению

для создания в ней депо гидроокиси меди-кальция и для открытия возможных параллельных каналов. С помощью каналонаполнителя в канал (не глубже, чем на $2/3$) и на дно полости зуба вносят гидроокись меди-кальция, имеющую консистенцию жидкой сметаны.

Лечение проводится с помощью специального прибора для депозита. В настоящее время имеются две модификации этого прибора: «Комфорт» и «Оригинал 2» (рис. 3). В комплект с прибором входят 2 электрода - положительный и отрицательный. Положительный электрод помещают щекой.

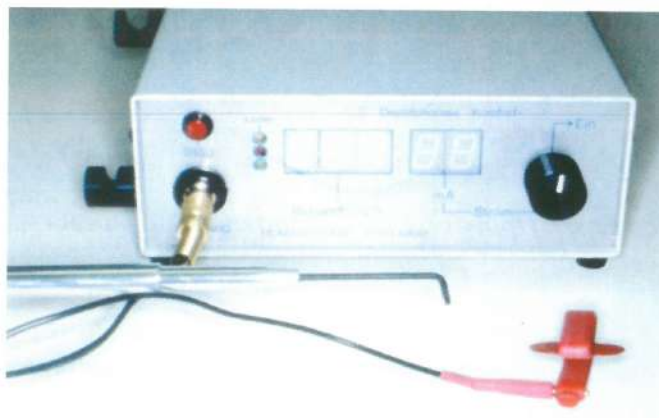


Рис.3. Новый прибор для проведения депозита гидроокиси меди-кальция «Комфорт».

Отрицательный электрод погружают в гидроокись меди-кальция, подготовленного канала на глубину 2-4 мм. Подают ток, постепенно доводя его величину до 1,0-1,7 миллиампера. Напряжение в цепи - около 15 вольт.

1. Сеанс лечения (рис. 4)

Гидроксильные ионы и ионы гидроксипупрата из депо гидроокиси меди-кальция уже через 2 минуты после включения тока проникают во все латеральные каналы и рукава апикальной дельты. В создаваемой ими щелочной среде при $\text{pH} \sim 13$ и повышенной температуре, обусловленной прохождением электрического тока, убиваются микроорганизмы. Протеины микробов и пульпы сначала превращаются в отри-

цательно заряженные стерильные коллоиды, которые лишь в очень небольшом количестве проникают через отверстия.

Для уравнивания отрицательного заряда из периапикальной области в отверстия и микроотверстия устремляются молекулы воды с наведенным положительным зарядом. То есть происходит электроосмос.

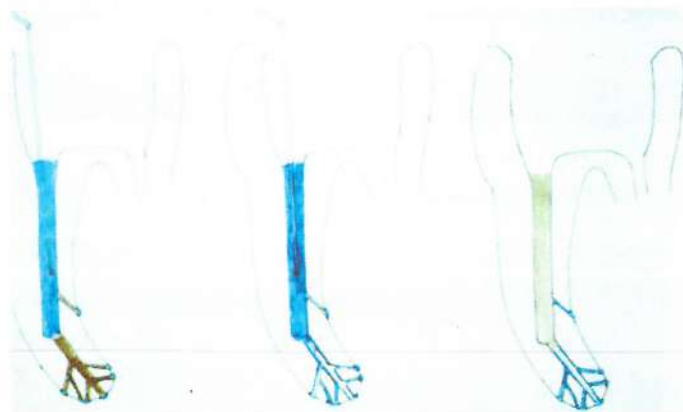


Рис. 4. Процессы, происходящие во время депофореза (схематично).

Электроосмотическое освобождение (разгрузка канала), включая периапикальную область, и быстрое ощелачивание оказывают даже при острой боли немедленное анагетическое действие. Однако проникшие вследствие электроосмоса электролиты уменьшают сопротивление гидроокиси меди-кальция, и величина тока может самопроизвольно возрасти. Это приведет к тому, что при прохождении нужного количества электричества в канал поступит недостаточное количество гидроокиси меди-кальция. Поскольку именно гидроокись меди-кальция, а не электричество обеспечивает стерилизацию корня, это может привести к отрицательному результату лечения. В связи с этим рекомендуется остановить сеанс, выключить прибор, извлечь разбавленную гидроокись меди-кальция, внести свежую порцию гидроокиси меди-кальция и продолжить процедуру.

Белковые соединения - пульпа, ее некротизированные остатки, токсины постепенно разрушаются, превращаясь в стерильный

протеолизат из аминокислот и олигопептидов (рис. 5). Однако для этого требуется определенное время. Внутри отверстий частицы меди оседают вследствие действия двух механизмов:

1. Скорость движения частиц падает при увеличении сечения проводника. Периапикальная область имеет бесконечно большое сечение по сравнению с каналом, поэтому скорость перемещения частиц падает практически до нуля,

2. В нейтральной и слабощелочной среде ($pH < 10$) ионы гидроксикупрата по выходе из канала переходят в слабо-растворимую гидроокись двухвалентной меди $Cu(OH)_2$. При этом образуются гидроксильные ионы, которые в небольших количествах приводят к мягкому ощелачиванию периапикальных тканей и способствуют купированию воспалительных процессов.

Вместе с тем, в больших дозах гидроксильные ионы могут привести к абактериальному раздражению периапикальных тканей или абактериальному воспалению. Во избежание или для уменьшения апикального раздражения гидроксильными ионами лечение проводят в три сеанса.



Рис. 5. Под действием гидроокиси меди-кальция во время одного сеанса депофореза (5 ма x мин.) альбумин разрушается до олигопептидов.

Первый сеанс продолжается 3-5 минут. Время определяется необходимостью подачи количества электричества 5 ма x мин.

После процедуры зуб оставляют открытым или он может быть закрыт временным

пломбировочным материалом, в котором оставляют отверстие для выхода газов и экссудата.

Второй сеанс депофореза проводят через 8-14 дней. Как показали эксперименты, содержимое канала к этому времени превращается в жидкость и во время депофореза в виде стерильного раствора проникает через отверстия в периапикальную область, где ассимилируется без всякой реакции со стороны окружающих тканей. Во время второго сеанса становятся подвижными и коллоидные микрокристаллики гидроокиси меди-кальция. Они перемещаются со своим отрицательным зарядом (по закону Кулона) и выстилают стенки к этому моменту уже свободной и стерильной канальной системы.

Третий сеанс депофореза проводят через 8-14 дней для обеспечения надежной стерильности всей канальной системы и дентина. Суммарное количество электричества, необходимое для обработки канальной системы, за 3 сеанса должно составлять 15 ма x мин. После окончания третьего сеанса канал пломбируют атацамитом - щелочным содержащим медь материалом на основе гидроокиси кальция, который надежно закрывает вход в канал от бактерий ротовой полости. Канал достаточно заполнить на 2/3 глубины, или насколько это удастся без возникновения сопротивления.

Обтурация отверстий обеспечивается, во-

первых, выпавшей в осадок слаборастворимой гидроокисью меди, которая вследствие перманентного дезинфицирующего действия предотвращает реинфицирование апикальной дельты. Кроме того, нами было обнаружено наличие у меди свойства стимулировать покрытие чужеродного материала костной тканью, врастание остеоперимента или сопракта в отверстия, что обеспечивает костную обтурацию канала.

Описанная обтурация сначала гидроокисью меди, а затем костной тканью дает возможность отказаться от пломбирования *ad apicem* и приводит к достижению эффективности лечения, намного превышающей таковую у всех известных традиционных методов терапии, значительно расширяет границы современной эндодонтии.

Депофорез гидроокиси меди-кальция показан при лечении девитализированных зубов с любой формой корня, с облитерированными каналами, покрытых коронкой, с обломками инструментов, с перфорациями (после вкладки гидроокиси кальция), кист, остеолитов.

Параметры проведения сеансов депофореза (сила тока и количество электричества), необходимые и достаточные для обработки канальной системы, были определены экспериментально с использованием приборов типа «Komfort», «Original II» производства фирмы «HUMANCHEMIE» (Германия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Bernard: Vortrag Ionophoresetagung Mailand, Juni, 1932.
2. Knappwost A. Die Grundlagen des Depot-Ionophoreseverfahrens. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. 8 Jahrgang 1953, Heft 7. Seite 359-370.
3. Knappwost A. Das depotphorese-Verfahren mit Kupfer-Calciumhydroxid, die zur systematischen Ausleitung führende Alternative in der Endodontie. ZWR 9/93, S. 618.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ КОМПАНИИ



Мария Тереза Пиетрок (менеджер компании "A-dec" по Центральной и Восточной Европе)

"A-DEC INTERNATIONAL" ДЕЛУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Компания "A-dec" была основана в 1964 г. в маленьком городе Ньюберг, штат Орегон. Сегодня "A-dec" считается одним из крупнейших в мире производителей стоматологического оборудования. Успех "A-dec" обусловлен тем, что она предлагает стоматологам высококачественные изделия в широчайшем ассортименте – от зубоорудочных кресел, табуретов и систем доставки до осветителей, мебели и наконечников.

Компания "A-dec" имеет более 500 уполномоченных представителей в более чем 100 странах мира. В дополнение к этой впечатляющей характеристике следует добавить, что "A-dec" – признанный мировой лидер в поставках самого надежного, долговечного, простого, легко устанавливаемого, дешевого в обслуживании и ремонте стоматологического оборудования. Поэтому оборудование "A-dec" является лучшим выбором для стоматологических учебных заведений.

Тридцатипятилетний опыт работы компании "A-dec" со стоматологическими учебными заведениями начинался в то время, когда большинство их клиник имели только оборудование для работы стоя. Компания "A-dec" разработала маленький блок студенческих наконечников, которые студенты могли легко присоединять к существующему старому оборудованию и затем хранить их в шкафчике. Это простое нововведение не только помогло учебным заведениям обновить оборудование, но и дало выпускникам систему, которую они впоследствии могли использовать в собственной практике. Компания продолжала создавать оборудование,

специально предназначенное для удовлетворения потребностей каждого учебного заведения. Изучая их запросы, "A-dec" разработала и усовершенствовала новые виды оборудования, например, передвижные шкафы и стоматологические установки, монтируемые на кресле блоки. Эти простые нововведения вскоре привлекли внимание стоматологов во всем мире.

В настоящее время "A-dec" имеет репутацию одного из лучших в мире производителей оборудования для зубоорудочных кабинетов и фантомного курса обучения. В результате этого более 85% всех стоматологических школ Северной Америки приобрели оборудование "A-dec". Список стоматологических учебных заведений во всем мире, которые используют оборудование "A-dec", очень велик. Это оборудование есть в Австралии, Индии, Новой Зеландии, Фиджи, Китае, Гонконге, Корее, Тайване, Японии, Малайзии, Таиланде, Канаде, Колумбии, Эквадоре, Доминиканской Республике, Сальвадоре, Гватемале, Мексике, Панаме, Тринидаде и Тобаго, Венесуэле, Пуэрто-Рико, Чили, Суринаме, Бельгии, Франции, Греции, Испании, Великобритании, Египте, Йордании, Кувейте, Ливане, Тунисе, Турции, Йемене, Бахрейне, Кипре, Омане, Пакистане, Саудовской Аравии, Объединенных Арабских Эмиратах, Южной Африке, Хорватии, Словении, Венгрии, Румынии, Чехии, Польше, Эстонии, Белоруссии и России.

Список фирм и их адреса можно получить в компании "Юнидент", которая является официальным международным представителем "A-dec" в России.

Если добавить перечень всех стоматологических школ США, применяющих оборудование "A-dec", станет очевидным, что ни одна другая компания в мире не сможет представить такой впечатляющий список. Задача "A-dec" – дать стоматологам оборудование самого высокого качества, разработанное с учетом требований эргономики и безопасности от инфекций.

ŞƏKƏRLİ DİABET ZAMANI DİŞLƏRİN VƏ PARODONT TOXUMALARIN ZƏDƏLƏNMƏSİ

R.Bədalov, X.Səlimxanova

Azərbaycan Tibb Universiteti

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 2 / 2000

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə dünyada əhalinin 80 %-dən çoxu dişlərin itirilməsinə səbəb olan paradont xəstəliklərindən əziyyət çəkir. Əgər əvvəllər paradont xəstəlikləri əsasən əhalinin orta və yaşlı təbəqəsində təsadüf olunurdusa, bu gün uşaqlar arasında da paradont xəstəliklərinə rast gəlmə tezliyi xeyli artmışdır.

Paradont xəstəliklərinin əmələ gəlməsinin əsas səbəbləri ekzogen və endogen amillərdir. Onun yaranmasının əsas səbəblərindən biri və başlıcası dişlərin üzərinə bakterial ərpin çökməsidir. Dişlərin təmizlənməsi zamanı bu ərpin sisteməlik olaraq tam kənar edilməlidir. Əks halda o günü-gündən artıb bərkiyərək dişlərin boynundan diş ətə altına keçir və diş daşlarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Nəticədə patoloji diş ətə cəbləri inkişaf edir. Dişləri təmizləyərkən diş fırçası bu cəblərə nüfuz edə bilmədiyindən onlarda bakterial floranın heç bir maneə olmadan artıb çoxalması üçün əlverişli şərait yaranır.

Bu patologiya vaxtında aşkar olunmadıqda dişlərin dayaq aparatının

iltihabı və atrofiyası inkişaf edir, dişlərin alveollarla olan əlaqəsinin zəifləməsi baş verir ki, bu da dişlərin itirilməsi ilə nəticələnir. Bu xəstəliyi çox vaxt paradontoz adlandırırlar. Bu gün üçün artıq köhnəlmiş olan həmin anlayışın mənası çənə sümüyünün qeyri-iltihabi atrofiya prosesi kimi başa düşülür.

Sağlam damaq açıq çəhrayı rəngdə olur və onun üzərində adi gözlə heç bir ləkə görünmür. Əgər dişlər düzgün təmizlənsin və uyğun fırçadan düzgün istifadə edilsə, dişləri təmizləyərkən belə damaqda qanaxma müşahidə olunmur.



Şəkil 1.

Orta dərəcəli xroniki parodontit

İltihablaşmış diş ətinin rəngi isə əksinə tünd qırmızı rəngdə olur, diş fırçasının yüngül təması damağın qanaxmasına səbəb olur.

Əgər dişlərin "uzanması" və ya onların boyunlarının açılması hiss olunursa, bu, paradontozun bir əlaməti kimi qiymətləndirilməlidir.

Diş daşları dişlərin arasında və diş əti ciblərində qida qalıqlarının qalması ağızda xoşagəlməz dadın və qoxunun yaranmasına səbəb ola bilər. Bu və bir çox başqa səbəblər parodont xəstəliklərinin inkişafına gətirib çıxarır. (Şəkil 1.)

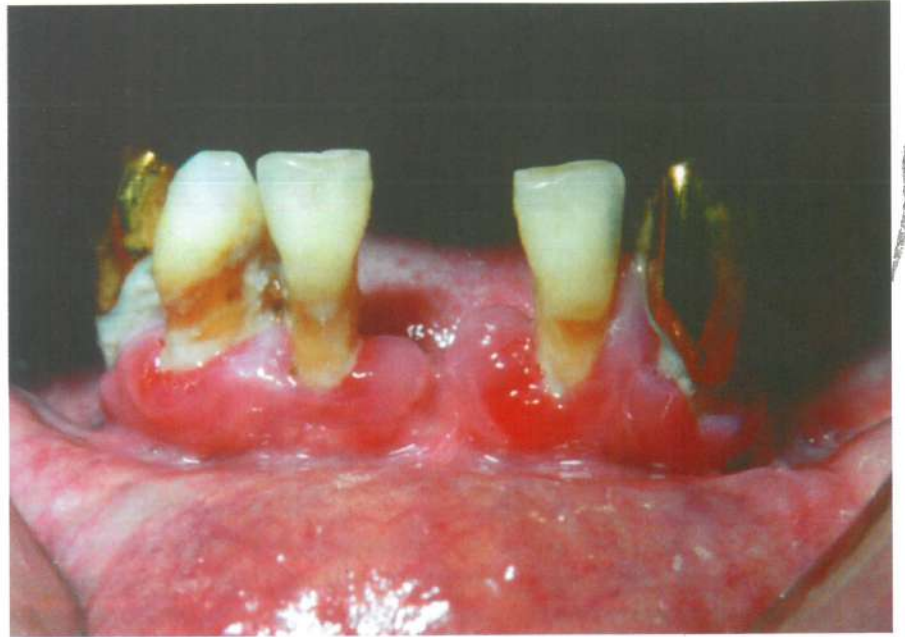
Odur ki, damaqda qanaxma olduqda, dişlərin boynunun açıldığı hiss edildikdə və ağızda xoşagəlməz dad, qoxu duyulduqda dərhal diş həkiminə müraciət etmək lazımdır.

Diş həkimi yerli ağrısızlaşdırma yolu ilə dişlərin boynunda və diş əti ciblərində olan ərpləri və diş daşlarını kənar edir və sonda dişləri yaxşıca təmizləyir. Əgər vaxtında həkimə müraciət edilməzsə, proses ağırlaşır, çox güman ki, cərrahi müdaxiləyə əl atmaq zərurəti yaranacaqdır.

Dişlərin və parodont xəstəliklərin profilaktika və müalicəsində başlıca düzgün seçilməlidir. Bu pastaların tərkibində dişlərdən ləkələri və ərpləri təmizləyən maddələrdən başqa bir çox müalicəvi bitkilərin, o cümlədən çobanyastığı, adaçayı, nanə və s. ekstratları da olur. Çobanyastığı damaqda olan iltihabi prosesi sakitləşdirir. Adaçayı dişətrafi toxumanı yumşaldır. Nanə damaqda qan dövranını sürətləndirir, ağız boşluğunu dezinfeksiya edir, nəfəsin təmizlənməsinə kömək edir.

Parodontitin ilk mərhələsində dişləri düzgün təmizləməklə artıq prosesin sonrakı inkişafının qarşısını almaq olar. Artıq bir neçə həftədən sonra xəstəlik tam sağala bilər.

Parodontit şəkərli diabetin erkən meydana çıxan simptomlarından biridir. Əgər proses yerli amillər nəticəsində yaranırsa, çənənin məhdud bir hissə-



Şəkil 2.

Ağır dərəcəli xroniki parodontit kəskinləşmə mərhələsində

sində yerləşir. Xəstəlik endokrin dəyişikliklər, qara ciyər, mədə-bağırsaq, qan, somatik xəstəliklər və s. nəticəsində yarandıqda isə proses bütün dişləri əhatə edir. Şəkərli diabet zamanı parodontitin daha ağır formaları müşahidə olunur. Şəkərli diabet xəstəliyində ağır mübadilə pozğunluqları, qanda şəkərin miqdarının artması, sidiklə şəkərin xaric olunması baş verir. Bu xəstəlik zamanı parodontit daha sürətlə inkişaf edir. Diabetli xəstələrdə parodontitin inkişafı diş ətinin kəskin iltihablaşması, qranulemaların yaranması, damaqlarda güclü qanaxma, iltihab, dərin diş əti ciblərinin əmələ gəlməsi və son olaraq dişlərin laxlayaraq düşməsi müşahidə olunur. (Şəkil 2.)

Parodontit şəkərli diabetin digər ağırlaşmalarına nisbətən daha tez meydana çıxan əlamətidir. Odur ki, şəkərli diabetin erkən diaqnostikasında onun rolu lazımcı qiymətləndirilməlidir.

Unutmaq olmaz ki, damaqların selikli qişasının ödəmləşməsi və qanaxması, dişlərin laxlaması, sağlamlığın pozulmasının ilk harayı ola bilər. Bu əlamətlərə tez fikir verilsə və həkimə tez müraciət edilsə, dişləri qorumaqla yanaşı digər xəstəliklərin, xüsusilə diabetin sonrakı inkişafının, o cümlədən periferik qan dövranının pozulmasının qarşısı alınmış olar.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В медицинском журнале "Qafqazin stomatoloji yenilikləri" на азербайджанском, русском и английском языках публикуются оригинальные и проблемные статьи, научные обзоры, а также краткие сообщения, посвященные актуальным вопросам стоматологии, клинической, экспериментальной и теоретической медицины. Кроме того по решению редакционной коллегии в журнале публикуются "Письма редактору", представляющие теоретический и практический интерес.

При оформлении статей для печати редакция журнала "Qafqazin stomatoloji yenilikləri" просит придерживаться следующих правил:

1. Статья должна быть заверена визой научного руководителя на первой странице.

2. В начале первой страницы указываются название статьи, инициалы и фамилия автора (авторов) с указанием степени, звания, должности, полное название учреждения, в котором выполнена работа, город. Статья должна быть собственноручно подписана всеми авторами. Следует указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция может вести переписку, точный почтовый адрес и телефон.

3. Статья должна быть представлена в 2 экземплярах. Объем оригинальной статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и рефераты, не должен превышать 8 страниц, обзоров и лекций - 10 страниц, кратких сообщений из практики - 3 страниц.

4. Статья должна быть отпечатана на машинке (стандартная машинописная страница через 2 интервала) или набрана на компьютере (должны быть представлены распечатка с дискеткой). Представленные на дискетке статьи должны быть набраны в программе Norton Kommander или Windows Word 97 шрифтами Times Azadliq (или Times Latin или Times Russian).

5. Оригинальные статьи должны иметь следующие разделы и подзаголовки: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении актуальности проблемы и задач исследования),

материалы и методы исследования, результаты исследования, обсуждение и краткое заключение.

6. При обработке материала используется система единиц СИ. Текст и остальной материал статьи должны быть тщательно выверены; цитаты визируются автором на полях рукописи. В математических формулах должны быть четко различены все элементы: латинские буквы - синим, греческие - красным, индексы надстрочные и подстрочные, прописные (М) и строчные (м) буквы, сходные по написанию цифры и буквы (О-буква и 0-цифра). Дозировки лекарственных средств визируются автором на полях рукописи.

7. К статье следует прилагать только действительно необходимые для пояснения текста рисунки и фотографии. Данные рисунков не должны повторять материалов таблиц. Подписи к рисункам даются на отдельном листе. Место, где в тексте должен быть помещен рисунок, фотография или таблица, следует отметить квадратом на полях.

8. Фотографии могут быть как черно-белыми, так и цветными размером не менее 6х9 см и не более 210х297 см. Весь иллюстративный материал следует вкладывать в конверт, на котором указывается фамилия автора и название статьи. Таблицы (на отдельном листе в 2 экз.) должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь номер и заголовок. Заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию, цифры и единицы измерения - соответствовать тексту. Фототаблицы не принимаются.

При компьютерном наборе таблицы следует набирать в Word 97.

9. Цитируемая в статье литература должна быть напечатана на отдельном листе. Рукописный текст не допускается. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем - зарубежные авторы). В тексте дается ссылка на порядковый номер (в квадратных скобках). Фамилии авторов

даются в оригинальной транскрипции. Список должен содержать не более 20 работ, опубликованных за последние 10 лет. В библиографическом описании приводятся фамилии трех авторов; если же их больше, остальные указываются "и др." При описании статей из журналов, книг, сборников приводят в следующем порядке такие выходные данные: фамилия, инициалы, название источника, год, том (номер), страницы (от и до).

10. К каждой оригинальной статье необходимо приложить на отдельных листах краткое резюме на русском и английском или азербайджанском и английском языках с указанием названия статьи, фамилий и

инициалов авторов. Резюме должно в сжатой форме отражать содержание статьи.

11. Если статья возвращается автору для доработки, исправлений или сокращений, то вместе с новым текстом автор должен вернуть в редакцию и первоначальный текст.

12. Статьи, представленные с нарушением правил оформления, регистрироваться и рассматриваться не будут.

13. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов.

14. Редакция сохраняет за собой право сокращать публикуемые материалы независимо от их объема.



ELAN

Əgər siz istəyirsinizsə, sizin fəaliyyətinizi və istehsal etdiyiniz malları təkcə Azərbaycanda deyil, hətta onun hüduqlarından kənarda da tanısınlar, onda reklamınızı Azərbaycan, rus və ingilis dillərində nəşr olunan "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalında yerləşdirin.

Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyasının "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalı Zaqafqaziya, Orta Asiya, Rusiya və Türkiyədə yayılır.

Reklam və reklam materiallarının yerləşdirilməsi şərtləri əlverişlidir.

Jurnalın redaksiyası həmçinin reklam agentlərini əməkdaşlığa dəvət edir.

**Reklam yerləşdirmək barədə məlumat üçün
41-20-81 nömrəli telefona və faksə
müraciət edə bilərsiniz.**

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Если вы хотите, чтобы о вашей продукции и деятельности узнали не только в Азербайджане, но и за его пределами, размещайте рекламу в журнале "Qafqazın stomatoloji yenilikləri", выходящем на азербайджанском, русском и английском языках.

Журнал Азербайджанской Стоматологической Ассоциации "Qafqazın stomatoloji yenilikləri"

распространяется в странах Закавказья, Средней Азии, в России и в Турции.

Условия размещения рекламы и рекламных материалов выгодные.

Редакция журнала также приглашает к сотрудничеству рекламных агентов.

**По вопросам размещения рекламы
обращайтесь по телефону/факсу 41-20-81**



a^{dec} international, inc.



QAFQAZIN STOMOTOLOJİ YENİLİKLƏRİ

№ 2 / 2000

CAUCASION DENTAL NEWS