



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№ 18 - 2012

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 18 2012

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyəti

Təsisçi və baş redaktor
Redaktor
Redaksiyanın müdiri
Məsul katib
Bədii tərtibatçı

R.Q. Əliyeva
Z.İ. Qarayev
S.Y. Əliyeva
E.S. Mirzəzadə
V.K. Davıdov

Aslanov K.L.	Azərbaycan
Ağayev İ.Ə.	Azərbaycan
Avraamova O.Q.	Rusiya
Alimski A.V.	Rusiya
Murat Akkaya	Türkiyə
Qarayev Q.Ş.	Azərbaycan
Quliyev N.C.	Azərbaycan
Leontyev V.K.	Rusiya
Sadovski V.V.	Rusiya
Seyidbəyov O.S.	Azərbaycan

Kosenko K.N.	Ukrayna
Marqvelaşvili V.	Gürcüstan
Menabde Q.V.	Gürcüstan
Niqmatov R.N.	Özbəkistan
Nermin Yamalik.	Türkiyə
Nejat B.Sayan	Türkiyə
Ruzuddinov S.R.	Qazaxıstan
Vaqner V.D.	Rusiya
Vəliyeva M.N.	Azərbaycan
Yuldaşev İ.M.	Qırğızıstan

Ədliyyə Nazirliyi tərəfindən 11 dekabr 1998 tarixdə qeydiyyatda alınmışdır. Reyestr №64.

Ünvan: Bakı şəhəri, AZ 1033, Təbriz küçəsi, 102. tel: 99412 566-02-83; faks: 99412 566-02-83
Адрес: г. Баку, AZ 1033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 566-02-83; факс: 99412 566-02-83
Address: AZ 1033, Baku Azerbaijan, 102, Tebriz str: phone: 99412 566-02-83; Fax: 99412 566-02-83
E-mail: azerbstom@yahoo.com

Tiraj: 500. "OSKAR" nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

✓	A vision for education in the field of oral health Orlando Monteiro da Silva, Denis Bourgeois	4
✓	Global oral health in the context of preventive/ treatment interventions and materials Peter Cooney	5
✓	Мюнхен, март 2012 год Халида Насирова	6
✓	Применение дифференцированной иммунокоррекции с помощью Полиаксидония и изучение экспрессии рецепторных молекул клеточной активации и особенности клинического течения хронического остеомиелита нижней челюсти Хатами Г.М, Царёв В.Н.	8
✓	Uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin əmələ gəlməsində mədə-bağırsaq disbakteriozunun rolu və onların qarşılıqlı əlaqəsi Əliyeva R.Q., Bayramov Y. İ.	17
✓	Пленарная сессия ERO Апрель 2012 года Прага Сабина Алиева	25
✓	Влияние фторидсодержащей зубной пасты на процессы реминерализации эмали Зейналова Г.К.....	28
✓	Состояние параметров качества жизни у лиц с кариесом зубов Самедова С.И.	35

✓	19-ый Международный Стоматологический Конгресс TDB	
	Сабина Алиева	41
4	✓ Distal dişləm anomaliyası və onun müalicə dövrü	
	Əliyeva R.Q., Novruzov Z.H., Saniç K.B.	43
	✓ Юбилейный 100-ый конгресс FDI	
5	Эльмар Мирзазаде	49
	✓ Влияние жевательных резинок на профилактику кариеса зубов	
.6	у детей школьного возраста	
	Р.А.Аббасова	51
	✓ 18-ci Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə və 7-ci Beynəlxalq Stomatologiya Sərgisi	
	Elmira Ağayeva	56
.8	✓ «От теории к практике. как достичь прогнозируемого результата»	
	16-17 июня 2012 год, Баку	
	Фарида Гулиева	58
17	✓ Naxçıvan MR Kəngərli rayonu əhalisi arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin	
	yayılması və intensivliyinin öyrənilməsi.	
	Qarayev Z.İ., Cəfərov R.M.	60

A vision for education in the field of oral health

**President FDI Orlando Monteiro da Silva,
Chair of the FDI Development Committee Denis Bourgeois**



**Orlando Monteiro
da Silva**

The FDI World Dental Federation salutes and strongly supports the World Health Organization's ongoing initiative to develop policy guidelines on scaling up and transforming health professional education and training.

It is also keen to provide advice and input into this WHO process, which in itself is part of an ongoing worldwide reflection on the future of health care and health economics.

The FDI, representing nearly one million dentists worldwide, is currently undergoing its own reflections on the future of dental medicine, consolidated by the FDI's highly active participation in public health campaigns, most notably its work with the World Health Professions Alliance in the fields of counterfeit medicine and, more recently, noncommunicable diseases (NCDs).

A roadmap for the profession

The NCD campaign, which involved high-level advocacy within both WHO and the UN, has made a significant contribution to the FDI deliberations over the past few months, which have yielded a draft policy document titled "Vision 2020", set to provide a roadmap for the profession during the next decade.

In it, education is presented as a multifaceted process, with a whole of society approach, involving the health professional, health authority and patient. The vision comprises a review of current approaches and curricula- although not specifically mentioned, this could be matched by parallel strategies to develop oral health literacy among the teaching profession, in the interests of school health and prevention programmes,

as well as among members of the general public. It further comprises an advocacy component to emphasise the crucial role of oral health in general health and ensure the appropriate allocation of resources to dental training and education. What is required is a sustainable economic environment to educate, train and retain oral health-care workers in adequate numbers for places and settings where a need has been identified.



Denis Bourgeois

Roles and responsibilities

With this in mind, "Vision 2020" places under review the roles and responsibilities of the oral health-care workforce and their educational and training needs, bearing in mind the widely variable and inequitable access to care. It goes without saying that national authorities, with their unique insights into local needs, retain ownership of national procedures, standards, and educational requirements and qualifications.

Dental education

Despite the growing recognition of oral health as an important factor in general health, there is a perceived growing disconnect between dental education and medical education, the former retaining a disproportionate focus on restorative care. "Vision 2020" calls for a trans-professional perspective in dental education. This would help provide a public health focus, facilitate collaboration with other medical professionals and respond to WHO and UN calls for integrated disease prevention, notably with regard to NCDs.

Global oral health in the context of preventive/treatment interventions and materials

Peter Cooney Chief of Dental Officer, Canada

In order to assess which preventive and promotion intervention to use, it is utterly important to evaluate the needs and current oral health status of the individual or population first, as well to conduct an assessment of the community. The oral health assessment would include the incidence of caries, periodontal disease, and oral cancer. The assessment of the community would include elements such as whether there is a community water system, whether the community is fluoridated and at what level, and the availability of dental and other health professionals.



Canada recently completed an oral health survey that established the current oral health status of Canadians and, in addition to describing the needs of the population, it established a baseline to which the effectiveness of any intervention can be compared. This assessment, along with an in-depth understanding of the dental public health community and the particularities of a community, lays the necessary groundwork for determining the intervention approach to take.

In addition to understanding the needs of an individual or a population, it is also important to compare the reach, effectiveness and costs of an intervention in order to determine which intervention will have the greatest impact. For example, a community with a high incidence of caries and a viable central water supply may benefit from introducing water fluoridation. At a cost per person of \$0.77 to \$4 and a potential 20 to 40 per cent reduction in caries, water fluoridation is a cost-effective initiative for the appro-

priate community. A community without a viable central water infrastructure might benefit from a fluoride-varnish programme, which has a cost per person of \$24 to \$51 and a potential 24 to 46 per cent reduction in caries. Another potential intervention could be a sealant programme, which has a cost per person of \$20 to \$36 and a potential 23 to 87 per cent reduction in caries; however, this programme relies heavily on the availability and participation of dental professionals. All of the above-listed interventions have been proven to be successful in individuals and in communities and can improve the oral health of a population; however, one invention (or a combination of a few interventions) may be more suitable after an assessment of the situation.

In terms of treatment options, an understanding of the individual or community is also vital when making clinical decisions involving different dental materials. For example, when deciding between composite or amalgam fillings for treatment of caries, establishing the ease of access to a dental professional and the size of the cavity are key. Amalgam is inexpensive, durable, and relatively fast and easy to place. Composites may cost more, may not be as strong or durable in locations where they are subject to forces produced by chewing, and are often more difficult to place. In some remote communities with limited access to a dental professional, amalgam fillings may be the material of choice.



Мюнхен

март 2012 года

Хорошо известная всем стоматологам немецкая компания VDW является ведущим в мире производителем полного спектра высококачественной продукции для эндодонтии, в том числе новейших систем никель-титановых файлов Mtwo и Reciproc.

VDW был основан в 1896 году. Начиная с 1889 г. компания приступила к производству эндодонтических инструментов. Разработан-

ная VDW в 1950 г. цветовая шкала маркировки файлов позже была принята за стандарт. С 1978 года в компании был начат выпуск серии гамма-стерилизованных инструментов в специальных канвальных. В 1999 году VDW вошёл в крупнейшую компанию по производству стоматологической продукции Dentsply.

В марте 2012 года компания VDW пригласила руководителей Азербайджанской Стома-



до начала лекции, как и в остальные дни у всех хорошее настроение

тологической Ассоциации проф. Алиеву Р.К. и проф. Гараева З.И., членов АСА и Главного директора Научно-Технической Компании "VITTA" Гулиева К. для ознакомления с деятельностью учебного центра компании VDW в Мюнхенском Университете Максимилиана Людвига. Курсы проходили под руководством проф. Юрия Малыка. Доктор Ю.Малык является преподавателем Мюнхенского университета им. Максимилиана Людвига и консультантом компании VDW. С его стороны был подготовлен интересный доклад на актуальные проблемы стоматологии. В течении двух дней участники курсов получили информацию о методах проведения эндодонтического перелечивания, лечения осложнений, протоколе расширения каналов, правильной ирригации и obturation корневых каналов. Во время курсов стоматологи имели возможность расширять зубные каналы на фантомах пользуясь новейшей системой никель-титановых файлов Reciproc и заполнять каналы системой 3D obturation BeeFill при помощи разогретой гутта-перчи. Революционная система никель-титановых файлов Reciproc разработанная доктором Г. Яредем (Канада), позволяет расширить зубной канал лишь одним файлом.

Каждый участник курса был обеспечен индивидуальным микроскопом, с помощью которого он проводил все процедуры и проверял результат проделанной работы.

После курсов участники посетили производственные цеха и ознакомились с процессом изготовления продукции.

Находясь в постоянном контакте со стоматологическим сообществом всего мира компания VDW разрабатывает инновационные концепции и создаёт новые продукты и системы, упрощающие и совершенствующие работу стоматолога. Сегодня компания предлагает линию инновационных и традиционных эндодонтических продуктов, начиная с инструментов для подготовки доступа в корневой канал, электронных приборов для определения рабочей длины, современных никель-титановых систем инструментов и заканчивая аппаратами для obturation. При этом компания поддерживает стоматологов программами по повышению квалификации. Так, за год организуются до 1500 курсов в Германии и за её пределами.

Компания VDW и в дальнейшем будет поддерживать азербайджанских стоматологов и проводить мероприятия по обучению.

Халида Насирова



участники семинара после занятий, в центре- проф.Ю.Малык

Применение дифференцированной иммунокоррекции с помощью Полиаксидония и изучение экспрессии рецепторных молекул клеточной активации и особенности клинического течения хронического остеомиелита нижней челюсти

(кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФПДО, лаборатория молекулярно-биологических исследований НИМСИ, кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии МГМСУ, Москва)



Асп. Хатами Г.М.

Введение. Хронические остеомиелиты челюстных костей являются весьма распространенной патологией. Чаше других встречаются хронический травматический и хронический одонтогенный остеомиелиты нижней челюсти. Несмотря на то, что данная патология, казалось бы, хорошо изучена, эффективность лечения по-прежнему не очень высокая. Об этом свидетельствует большое количество местных и общих осложнений, возникающих в процессе лечения, в раннем или отдаленном послеоперационных периодах (Ефимов Ю.В. с соавт., 2010; Самогёсов П.А. с соавт., 2004; Халил Али Мухсен, 1996)

В последние годы остеомиелит как инфекционный воспалительный процесс изменил свою клиническую картину (Агапов В.С., Тарасенко С.В., 2002; Робустова Т.Г., 2006, Шулаков В.В., 2004; Hudson J.W., 1993).

Причинами атипично протекающей воспалительной реакции в челюстно-лицевой области являются изменения неспецифической и иммунной реактивности организма, ухудшение экологической обстановки, алкоголизм, наркомания, неконтролируемый приём различных лекарственных препаратов. Известно, что иммуноотропные препараты оказывают разнонаправленное действие на иммунитет, что

обусловлено воздействием их на разные клетки-мишени в иммунной системе больного (Г.Д. Ахмедов, В.Н. Царёв, А.М. Панин, 2010; Шулаков В.В., 2004).

При проведении иммунотерапии существует тактика назначения иммуномодулятора с учетом премущественного воздействия на определенные звенья иммунной системы - моноцитарно-макрофагальное, клеточное или гуморальное звено (Царёв В.Н., Савченко З.И., Чергештов Ю.И., 2012).

Вместе с тем до настоящего времени нет работ, установивших «точки приложения» иммуноотропных препаратов в местном иммунитете полости рта. Это связано, в первую очередь, с недостаточным объемом исследований местного иммунитета ротовой полости, где освещается лишь содержание S-IgA в слюне лизоцима и фагоцитарной функции всех нейтрофилов полости рта без учета их субпопуляционного состава.

Цель исследования: изучение иммунного статуса у больных хроническим остеомиелитом нижней челюсти и особенностей клинического течения для выяснения перспектив применения иммуномодуляторов типа полиоксидония.

Материалы и методы исследования. Комп-



профессор
Царёв В.Н.

лекс иммунологических исследований в динамике лечения был выполнен у 34 больных хроническими остеомиелитами. Из них: 15 больных, которых лечили без применения полиоксидония (традиционное лечение) и 19 больных, которым проводили курс парентеральной терапии полиоксидонием (иммунотенезирующая терапия). Исследования лейкоформулы и иммунного статуса выполняли при поступлении в стационар, после операции секвестрэктомии, и через 1 неделю после операции.

Рентгенологическое обследование челюстей заключалось в изучении ортопантомография челюстей, а в отдельных сложных случаях использовалось спиральная-КТ.

Проводили сравнительный анализ клиникорентгенологических и лабораторных параметров больных хроническим остеомиелитом при поступлении (группа сравнения) и контрольной группой (здоровые без соматической патологии). Хирургическое лечение выполняли по стандартному протоколу (Крешетов Е.В., 1998; Самогёсов П.А. и др., 2010).

Статистическую обработку проводили методом параметрической статистики.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период в стоматологический стационар ЦС и ЧЛХ МГМСУ И ГKB №36 с хроническими (одонтогенными и посттравматическими) остеомиелитами поступило 34 пациента, в том числе: 23 пациента с одонтогенным остеомиелитом и 11 пациентов – с посттравматическим. Из них у 27 пациентов наблюдали нетипичное течение воспалительного процесса челюстей что составило (79,4 %).

Локализацию патологического процесса в области нижней челюсти наблюдали у 28 (82,4 %) пациентов, у 6-и (17,6 %) - обеих челюстей. Среди болеющих 23 (67,6 %) составили мужчины и 11 (32,4 %) - женщины в возрасте от 23 до 65 лет, в основном не работающие. Пос-

тупление больных в стоматологический стационар осуществлялось следующим образом: 25 (73,5 %) направлено из амбулатории, 9 (26,5 %) были доставлены бригадой скорой помощи.

При осмотре больные предъявляли жалобы на: резко болезненную припухлость и выраженную деформацию лица, наличие оголенной кости на месте удаленных ранее зубов и подвижность болезненность соседних зубов, затруднения в приеме пищи, зловонный запах изо рта, ухудшение общего самочувствия, слабость, недомогание.

Средние сроки от начала появления первичных признаков заболевания до поступления в стационар составили от 1,5 до 24 месяца. Все больные связывали начало заболевания с удалением подвижного или разрушенного зуба в процессе плановой хирургической санации полости рта в амбулатории, после операции и травмой. При уточнении анамнеза жизни 27 обследованных отмечали наркоманию (79,4 %) в прошлом и 25 имели наркотическую зависимость на момент болезни (73,5 %). Все обследованные отмечали использование искусственного наркотического комбинированного вещества, известного в среде наркоманов под названием “Дезоморфин”. Длительность употребления этого вещества составляла от 1 до 5 лет. Как указывали сами больные, это вещество содержит в своей химической структуре высокотоксичные составляющие: хлор, сернистый ангидрид, серная, соляная кислоты и т.д.

При клиническом обследовании состояние всех поступивших оценивалось, как средней степени тяжести. Температурная реакция не превышала субфебрильные цифры. Проводились консультации смежных специалистов (психиатр, невропатолог, терапевт, анестезиолог). Данные обследования проведенные смежными специалистами подтверждали наркотическую зависимость, наличие у 10 больных хронического гепатита, у 7 пациентов выявля-

ли патологию со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Другой патологии не определяли. Среди нами обследованных пациентов результаты специальных исследований на наличие заболевания сифилисом и ВИЧ-инфекции были отрицательны, носительство вирусов гепатита В и/или С (у большей части) выявлено у 17-и пациентов (50 %).

емым и ихорозным запахом без выбухающих грануляций. Движения нижней челюсти были затруднены. При осмотре полости рта: слизистая в цвете изменена, отечна, переходная складка в области очага поражения сглажена, альвеолярный отросток и лунки удаленных зубов оголены, лишены надкостницы, покрыты грязно - серым фибриновым налетом, при

Таблица

Параметры популяций и субпопуляций лимфоцитов у пациентов со сниженной реактивностью, подготовленных для амбулаторного хирургического лечения (группа контрольная - 15 чел., основная группа (полиоксидоний) – 19 чел.)

Показатель	Ед. изм.	Группа контрольная	Основная группа	P
CD3 (Т-лимфоциты)	процент	57,6±3,5	62,6±3,1	<0,05**
	млрд/л	1,1±0,1	1,2±0,2	>0,05
CD4 (Т-хелперы/индукторы)	процент	29,2±1,4	32,1±2,6	>0,05
	млрд/л	0,5±0,1	0,7±0,1	<0,05**
CD8 (Т-цитоксич./супрес.)	процент	31,9±2,7	31,2±2,4	>0,05
	млрд/л	0,6±0,1	0,6±0,1	>0,05
CD4/CD8		1,1±0,1	1,3±0,1	<0,05**
CD21 (зрелые В-лимфоциты)	процент	15,3±2,1	14,1±1,6	>0,05
	млрд/л	0,3±0,04	0,26±0,03	>0,05
CD16 (NK-клетки)	процент	19,3±2,5	18,4±2,3	>0,05
	млрд/л	0,4±0,05	0,34±0,04	>0,05
Иммуноглобулин G	г/л	15, 7±1,4	16,4±1,8	>0,05
Иммуноглобулин А	г/л	1,9±0,2	2,1±0,28	>0,05
Иммуноглобулин М	г/л	1,9±0,2	1,8±0,4	>0,05

Примечание: * значения $P < 0,05$, достоверно выше, чем в основной группе

** значения $P < 0,05$, достоверно ниже, чем в основной группе

Местными признаками болезни были асимметрия лица за счет припухлости кожных покровов и выраженной деформации нижней челюсти и (или) костей средней зоны лица. У 8 больных в области припухлости имелись несколько свищевых ходов с гнойным отделя-

диагностическом поскабливании не кровила. Слизистая на границе с оголенной костью с гиперемированным венчиком. При локализации процесса на верхней челюсти у 1 пациента диагностировано ороантральное сообщение, которое образовалось спустя некоторое вре-

мья после удаления зуба. Реакция регионарных лимфатических узлов в виде серозного лимфаденита определялась у 18-и больных (52,9 %).

Количество лейкоцитов у больных остеомиелитом составляло $6,27 \pm 0,37$ млрд/л по сравнению с контрольной группой ($5,88 \pm 0,36$ млрд/л, $P < 0,05$). Формула крови в группе сравнения: нейтрофилы - 63,88%, лимфоциты - 30,94%, моноциты - 5,06% (по сравнению с контрольной группой, $P > 0,05$). У 1/2 пациентов выявлены такие изменения клеток, как токсигенная зернистость (11,2%), гиперсегментация ядер гранулоцитов (22,2%), сдвиг в сторону палочкоядерных форм (27,7%), плазматизация лимфоцитов (33,3%), свидетельствующие о выраженной интоксикации.

Анализ основных параметров иммунного статуса свидетельствовал о умеренно выраженном дефиците Т-системы иммунитета: снижение экспрессии маркеров CD3, CD4, CD16, значения CD4/CD8 (иммунорегуляторного) индекса (табл. 1). При определении экспрессии молекул адгезии на нейтрофильных гранулоцитах отмечено, что содержание нейтрофилов, имеющих как интегриновые молекулы CD11b, так и CD50 было незначительно повышено. Содержание маркера поздней активации апоптоза CD95 было снижено почти в 6 раз. Одновременно снижалось содержание поверхностного антигена апоптоза CD95L.

Определение аналогичных рецепторов на моноцитах периферической крови показало увеличение экспрессии CD16Fc+ в 1,5 раза, снижение экспрессии CD25 в 1,5 раза и почти двукратное увеличение CD71+. Более чем в 6 раз уменьшалась экспрессия CD95, и в 2 раза уменьшалась экспрессия HLA-DR на моноцитах (табл.2).

В динамике «традиционного» лечения наблюдали увеличение общего количества Т-лимфоцитов, однако их число оставалось пониженным по сравнению с контрольными

значениями. При этом происходило достоверное увеличение количества CD4⁺-лимфоцитов ($p < 0,05$), а содержание CD8⁺- лимфоцитов оставалось практически неизменным, что приводило к увеличению значений иммунорегуляторного индекса. Содержание естественных киллеров так же не изменялось.

Общее количество В-лимфоцитов в ходе лечения постепенно уменьшалось, и к 15-му дню было почти вдвое ниже, чем в контрольной группе и при поступлении на лечение. На этом фоне происходило быстрое увеличение концентрации в периферической крови и IgG, и, особенно, IgA. Концентрация IgM, первоначально повышенная, уже к 5-му дню после операции нормализовалась.

Существенные изменения наблюдались в экспрессии маркеров активации и апоптоза. Увеличивалось содержание лимфоцитов, экспрессирующих интегриновые молекулы CD11b и CD50. Их число увеличивалось на протяжении всего периода наблюдения. Тем не менее, резко уменьшалось число лимфоцитов, экспрессирующих ранние активационные маркеры CD25 и CD71. Так же многократно снижалось содержание поздних активационных маркеров. Так, содержание Т-лимфоцитов, экспрессирующих HLA-DR, уменьшилось более, чем в 10 раз, а CD95⁺ лимфоцитов – в 100 раз. На протяжении периода наблюдения эти значения сохранялись на очень низком уровне, что можно трактовать как подтверждение развития иммунодефицитной ситуации. Так же значительно уменьшалось число клеток, несущих как поверхностные, так и внутриклеточные антигены апоптоза. О преобладании деструктивных процессов свидетельствовало также и повышение содержания поверхностного маркера апоптоза CD95L на лимфоцитах.

Кроме того, наблюдали увеличение содержания интегриновых молекул на нейтрофилах – CD11b и CD50. При этом экспрессия CD11b

Таблица

Характеристика маркеров клеточной кооперации и апоптоза на лимфоцитах и фагоцитирующих клетках у пациентов со сниженной реактивностью, подготовленных для амбулаторного хирургического лечения (группа контрольная - 15 чел., основная группа (полиоксидоний) - 19 чел.)

Показатель	Ед. изм.	Группа контрольная	Основная группа	P
CD16 (Fc- рецепторы на нейтрофилах)	процент	96,62±0,7	96,13±1,2	>0,05
	млрд/л	3,94±0,3	3,51±0,3	>0,05
CD16 (Fc- рецепторы на моноцитах)	процент	12,61±1,87	14,59±1,95	>0,05
	млрд/л	0,04±0,01	0,04±0,01	>0,05
CD11b (Интегрин Mac-1) (на лимфоцитах)	процент	18,4±2,5	18,17±2,6	>0,05
	млрд/л	0,4±0,06	0,3±0,05	>0,05
CD11b (Интегрин Mac-1) (на нейтрофилах)	процент	91,8±2,1	91,9±3,1	>0,05
	млрд/л	3,8±0,3	3,3±0,3	>0,05
CD25 (рецептор IL-2) (на лимфоцитах)	процент	4,1±0,5	3,7±0,5	>0,05
	млрд/л	0,07±0,01	0,07±0,01	>0,05
CD25 (рецептор IL-2) (на моноцитах)	процент	1,6±0,3	2,4±0,3	<0,05**
	млрд/л	0,01±0,001	0,01±0,001	>0,05
CD50 (ICAM-3 лиганд) (на лимфоцитах)	процент	76,8±1,4	77,7±1,1	>0,05
	млрд/л	1,4±0,1	1,5±0,1	>0,05
CD50 (ICAM-3 лиганд) (на нейтрофилах)	процент	82,1±1,4	82,2±1,1	>0,05
	млрд/л	3,4±0,2	2,9±0,2	<0,05*
CD71(рецептор трансферина) (на лимфоцитах)	процент	6,1±2,1	4,8±1,6	>0,05
	млрд/л	0,12±0,05	0,1±0,04	>0,05
CD71(рецептор трансферина) (на моноцитах)	процент	6,6±2,5	13,7±4,5	<0,05**
	млрд/л	0,02±0,001	0,05±0,002	<0,05**
CD95 (антиген APO-1/Fas) (на лимфоцитах)	процент	31,39±4,35	32,93±3,68	>0,05
	млрд/л	0,61±0,1	0,64±0,08	>0,05
CD95 (антиген APO-1/Fas) (на нейтрофилах)	процент	9,27±3,67	9,34±3,36	>0,05
	млрд/л	0,45±0,22	0,39±0,18	>0,05
CD95 (антиген APO-1/Fas) (на моноцитах)	процент	13,04±4,23	22,17±5,8	<0,05*
	млрд/л	0,03±0,01	0,07±0,02	<0,05*
CD3/HLA-DR (ГКГС II класса) (на лимфоцитах)	процент	3,14±0,42	3,53±0,41	>0,05
	млрд/л	0,03±0,01	0,04±0,01	>0,05
HLA-DR (на моноцитах)	процент	69,47±3,24	71,5±2,88	>0,05
	млрд/л	0,22±0,02	0,22±0,02	>0,05
HLA-DR (на лимфоцитах)	процент	16,12±2,0	13,33±1,7	>0,05
	млрд/л	0,28±0,03	0,25±0,03	>0,05

Таблица
клетках
лечения

Фагоцитарное число	кол-во	4,13±0,23	3,77±0,18	>0,05
Фагоцитарный показатель	процент	80,14±0,75	80,57±0,98	>0,05
Коэффициент активности фагоцитов	индекс	3,22±0,28	3,18±0,23	>0,05

Р

Примечание: * значения $P < 0,05$, достоверно выше, чем в основной группе
 ** значения $P < 0,05$, достоверно ниже, чем в основной группе

>0,05 увеличилась, достигая нормы, уже в первые дни после операции, а затем превышала такую, в то время как экспрессия CD50 увеличилась к 5-му дню, а в последующем не менялась. Резко уменьшалось содержание CD95⁺ нейтрофилов, а содержание клеток несущих поверхностные рецепторы апоптоза падало практически до нуля.

>0,05 При рассмотрении экспрессии маркеров активации на моноцитах отмечено 2,5-3 кратное увеличение клеток, несущих ранний активационный маркер CD25, но содержание CD71⁺ моноцитов уменьшалось более, чем в 100 раз. В столь же значительной степени уменьшилось число моноцитов, несущих поздние маркеры активации CD95 и HLA-DR.

>0,05 Принципиально иную картину наблюдали на фоне проведения иммунотерапии с помощью полиоксидония (табл.1 и 2). К завершению курса лечения происходила нормализация общего количества Т-лимфоцитов и CD4⁺ лимфоцитов. Однако увеличивалось и число цитотоксических CD8⁺ лимфоцитов, что приводило к понижению индекса CD4/CD8. Достоверно увеличивалось содержание естественных киллеров.

>0,05 Общее количество В-лимфоцитов практически не менялось на протяжении всего периода наблюдения и лечения. При этом концентрация в периферической крови IgG в начале лечения повышалась также как и при «традиционном» лечении, но к 15-му дню полностью нормализовалась. Концентрация IgA также повышалась, но в меньшей мере чем при «традиционном» лечении, в дальнейшем IgA несколько уменьшилась, но оставалась повышен-

ной по сравнению с контрольными значениями данного показателя.

Изучение экспрессии маркеров активации, адгезии и апоптоза на лимфоцитах показало, что количество клеток, содержащих интегринный антиген CD11b, возрастало к концу лечения, но оставалось сниженным по сравнению с контролем. Происходила более полноценная нормализация содержания CD50⁺ лимфоцитов на фоне иммунотерапии по сравнению с «традиционным» лечением.

Также на фоне применения полиоксидония происходила полная нормализация (в отличие от «традиционного» лечения) экспрессии раннего активационного маркера CD25 на лимфоцитах, но экспрессия маркера пролиферации CD71 понижалась, в то время как при «традиционном» лечении значения данного показателя нормализовались.

Содержание маркеров клеточной кооперации на нейтрофильных гранулоцитах изменялось следующим образом. Количество нейтрофилов, экспрессирующих рецептор адгезии CD11, снижалось к 5-му послеоперационному дню, но затем вновь повышалось выше контрольных значений. Аналогичным образом изменялось содержание CD50⁺ нейтрофилов. Содержание позднего активационного маркера CD95 на нейтрофилах также как и при «традиционном» лечении падало в десятки раз. Также резко уменьшалась и экспрессия антигенов апоптоза нейтрофилов.

Экспрессия активационного маркера CD25 на моноцитах возрастала и к концу лечения увеличивалась в 2 раза по сравнению с аналогичными данными «традиционного» лечения.

Однако содержание моноцитов, экспрессирующих ранний активационный маркер CD71 и поздние маркеры активации HLA-DR и CD95, так же, как и при «традиционном» лечении, падало практически до нуля.

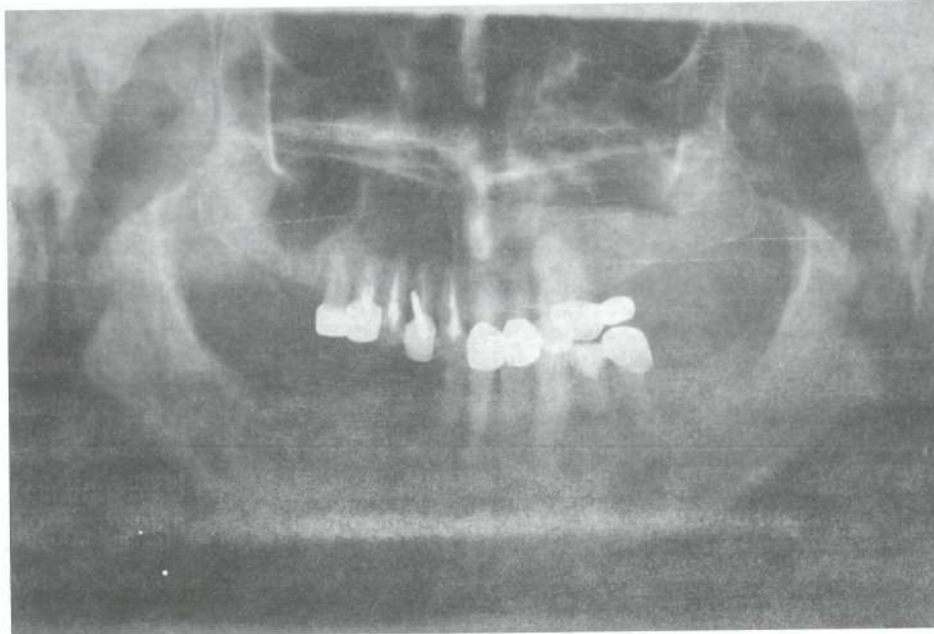


Рисунок 1. Ортопантомограмма пациента К..., 36 лет. Диагноз: хронический продуктивный остеомиелит нижней челюсти справа. До лечения.

Описанная иммунологическая картина, вероятно, может быть объяснена положением о том, что операционная травма, которая существенно повышает уровень выброса кортизола, угнетающего реактивность и процессы активации адаптивного иммунитета, а применение некоторых иммуномодуляторов нормализует этот процесс быстрее, чем без их использования (Царёв В.Н., Савченко З.И., Чергештов Ю.И., 2012).

Примером продуктивного остеомиелита с подобным вариантом течения является развитие заболевания у пациента К., 36 лет. При изучении рентгенограммы (рис.1), отметили объёмность поражения, распространяющаяся

на значительные участки челюстной кости; наличие нескольких самостоятельных очагов с возможной локализацией в разных анатомических областях; хаотичное чередование зон остеосклероза с зонами остеопороза с большим преобладанием последних, напоминающих «мыльную пену»; отсутствие выраженной зоны демаркации по краям процесса; рентгенологическая верификация спонтанного перелома без явной

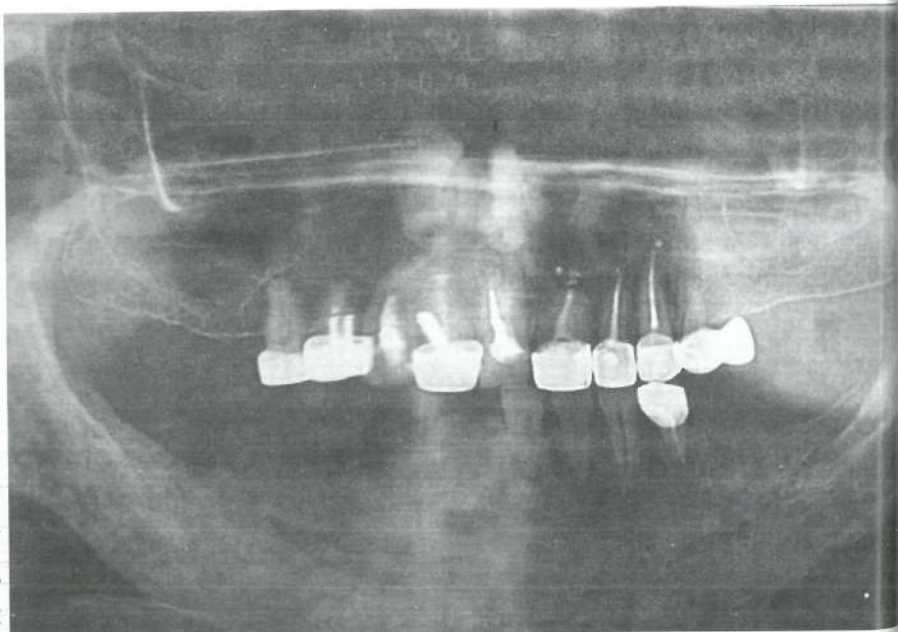


Рисунок 2. Ортопантомограмма пациента К..., 36 лет. Диагноз: хронический продуктивный остеомиелит нижней челюсти справа. Через 6 месяцев после хирургического этапа лечения.

клинической симптоматики последнего. Через 6 месяцев после хирургического этапа лечения наблюдали нормализацию рентгенологической картины (рис. 2).

Заключение. Изменения иммунитета, наблюдаемые при хроническом остеомиелите, в целом характеризовались преобладанием дефицита по большинству показателей. Так, количество Т-лимфоцитов хоть и изменялось в незначительной степени, но, тем не менее, имело тенденцию к понижению, преимущественно за счет числа CD4⁺ лимфоцитов. Наиболее глубокие изменения наблюдались в показателях, характеризующих готовность к адгезии, интеграции, пролиферации, активации иммунокомпетентных клеток, а также к апоптозу. Снижалось количество клеток, несущих интегриновые рецепторы CD11b, маркеры ранней активации CD25, маркеры поздней активации CD95, HLA-DR на различных типах клеток, усиливался апоптоз. На этом фоне определяли незначительную тенденцию к увеличению количества клеток, выполняющих цитотоксические функции: CD8⁺ и CD16⁺ - лимфоцитов. Наблюдали усиление гуморального звена им-

мунитета, преимущественно за счет повышения в периферической крови концентраций иммуноглобулинов классов G и M, что, вероятно, является компенсаторной реакцией в ответ на иммунодефицит клеточного звена иммунитета.

Если на фоне «традиционного» лечения хронического остеомиелита наблюдали чрезмерную стимуляцию гуморального звена иммунитета, которая частично сохранялась после окончания лечения, то при иммунотерапии наблюдали иную иммунологическую картину. При применении полиоксидония происходило увеличение количества всех субпопуляций лимфоцитов, как CD4⁺, так CD8⁺, а также естественных киллеров. Это являлось важным положительным моментом, так как CD8⁺ и CD16⁺-лимфоциты играют значимую роль в реализации иммунных реакций замедленного типа, реализуемых при хроническом воспалении. На фоне иммунотерапии полиоксидонием происходила стимуляция экспрессии некоторых рецепторов клеточной интеграции, адгезии и ранней активации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С., Тарасенко С.В. Профилактика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / В кн. «Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии» // под ред. В.С. Агапова, С.В. Тарасенко, Г.М. Трухиной, А.М. Лакшина. – М.: Медицина. – 2002. – С.62-157.
2. Ахмедов Г.Д., Царёв В.Н., Панин А.М. Иммунный статус при амбулаторных хирургических вмешательствах полости рта. – М.: МГМСУ. – 2010. – 135с.
3. Ефимов Ю.В., Кирпичников М.В., Ефимова Е.Ю., Сидорук А.В., Долгова И.В., Алешанов К.А. Новые технологии при лечении больных хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти на ранней стадии его развития // Медалфавит. Стоматология. – 2010. - №4 (16). – С.27-29.
4. Крешетов Е.В. Новые технологические решения в диагностике и лечении больных с острыми одонтогенными заболеваниями. Казан. вестн. стоматол. – 1996. - №2. - С 116-117.
5. Халил Али Мухсен. Использование высокоэнергетического углекислого лазера и брефопластики в комплексном лечении хронического травматического остеомиелита нижней челюсти. Дисс. ... канд. мед. наук. Тверь – 1996. - 162с.
6. Робустова Т.Г. Одонтогенный остеомиелит челюсти / в кн. «Одонтогенные воспалительные заболевания» // под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина. - 2006. – С 295 – 331.

7. Самотёсов П.А., Большаков И.Н., Волгжанин И.В. и др. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. М.: ГОУ ВУНМЦ. – 2004. – 351с.
8. Царев В.Н., Плахтий Л.Я., Давыдова М.М. и др. Клинические, бактериологические, лабораторные методы исследования и стратегия антибактериальной терапии генерализованного пародонтита: Уч. пособ. — М., УМО. - 2008. - 73 с.
9. Царёв В.Н., Савченко З.И., Чергештов Ю.И. Модуляция стрессорного иммунного ответа антибиотиками при хирургическом лечении флегмон / в кн. Сб. трудов IX Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». — М.: 2012. - С.342-344.
10. Шулаков В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование их лечения с применением медицинского озона:- Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Москва, МГМСУ - 2004. — 41с.
11. Hudson J.W. // J. Oral Maxillofac. Surg. — 1993. — Vol. 51 — P 12 — 94.

XÜLASƏ

İmmunokorreksiya məqsədilə Polioksidonium tətbiqi və hüceyrə aktivliyi reseptor molekulalarının ekspressiyasının öyrənilməsi və alt çənənin xroniki osteomielitlərinin klinik gedişatının xüsusiyyətləri
Hətami Q.M., Tsaryov V.N.

Moskva Dövlət Tibbi Stomatologiya Universitetinin cərrahi stomatologiya kafedrası və mikrobiologiya, virusologiya, immunologiya kafedrası

Çənələrin xroniki osteomieliti ilə müraciət edən 34 xəstələrin müayinəsi zamanı 2/3 xəstələrdə xəstəliyin atipik gedişi aşkar olunub. Bu qrup xəstələrdə 80% narkoloji asılılıq müəyyən edilir. Klinik materialın analizi sümüklərdə progressiv gedişli nekroz prosesinin demarkasion zonasız və sekvstrlərin geyri-ənənəvi formalaşmamasını göstərir. Zədələnmənin kliniko-rentgenoloji xüsusiyyətləri əməliyyat zamanı təsdiq olunub və praktik həkimlər tərəfindən atipik gedişli osteomielitin diaqnostikasında istifadə oluna bilər. 19 xəstənin Polioksidoniumla immunotrop müalicəsi müsbət kliniko-laborator effektivliyə malikdir. Nəticədə alınır ki, ümumi immunitetin öyrənilməsi və uyğun immunotrop müalicənin təyin olunması xroniki osteomielitli xəstələrin cərrahi müalicəsinin effektivliyini artırır.

SUMMARY

Use of Polyoxidonium for immunotrop therapy and study of expression of the receptor molecule cell activation and features during the clinical period of chronic osteomyelitis of the mandible
Khatami G.M., Tsarev V.N.

Moscow State Medical Stomatology University. Maxillo-facial surgery department. Microbiology, virusology, immunology department

On examination of 34 patients with osteomyelitis of the mandible, one third of them have been diagnosed an atypical course of the disease. 80% of patient group was characterized narcological anamnestic record. Analysis of clinical data shows persistently progressive development, which was accompanied by osteonecrosis without demarcation zone and the traditional formation of sequestrum. Clinical and radiographic features of the jaw affection was confirmed during surgery (intraoperative) and can be used by physicians in the practical diagnosis of osteomyelitis atypical course in this group of patients. 19 patients received immunotrop therapy with polyoxidonium as regards good clinical and laboratory effects. This is the issue that the study of systemic immunity with the following prescription of immunotrop drugs increases the efficiency of surgical treatment of the patients with chronic osteomyelitis of the jaws.

Uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin əmələ gəlməsində mədə-bağırsaq disbakteriozunun rolu və onların qarşılıqlı əlaqəsi

ATU-nun Uşaq stomatologiyası kafedrası



Əliyeva R.Q.

Problemin aktuallığı:

Ağız boşluğu selikli qişası (ABSQ) orqanizmdə gedən patoloji prosesləri az və ya çox dərəcədə özündə əks etdirir. ABSQ-nın virus mənşəli xəstəlikləri uşaqlar arasında geniş yayılmışdır. Bunlardan 3 yaşa qədər olan uşaqlarda daha çox rast gəlinən-

Herpesviridae fəsiləsindən olan sadə herpes viruslarının (SHV-1) törətdiyi kəskin herpetik stomatit (KHS) yüksək kontagioz-antropoz-dermatoneytrop infeksiyon virus xəstəliyi olub, ABSQ xəstəlikləri içərisində ən geniş yayılaraq onların 80%-ni təşkil edir (Əliyeva R.Q., 2006; Бородай Н.В., 2001; Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю., 2002; Гранитов В.М., 2001).

Son illər fundamental bioloji və tibbi fənnlərin müasir inkişafı nəticəsində kliniki təbabətin əldə etdiyi nailiyyətlərə əsaslanan müalicə profilaktik tədbirlərinin daima təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, uşaqlarda ABSQ xəstəlikləri xüsusilə də KHS-in artma tendensiyası davam edir.

KHS-lə xəstələndikdə uşaqlarda ümumi vəziyyətin pozulması, ABSQ-da ağır patoloji dəyişikliklərin yaranması, residivlərin baş verməsi və onların xroniki residivləşən formaya keçməsi, KHS-in etiopatogenetik cəhətdən əsaslandırılmış müalicə metodlarının hazırlanması problemini müasir stomatologiyada ən aktual məsələlərdən birinə çevirmişdir.

Normal mədə-bağırsaq mikroflorası orqanizmdə mühüm müdafiə mexanizmlərinin, o cümlədən, istər spesifik, istərsə də qeyri-spesifik immun komponentlərin formalaşmasında, kolonizasiya rezistentliyin və immun tənzimləmənin təmin olunmasında mühüm rol oynayır.

Mədə-bağırsaq mikroflorasının pozulması-disbakteriozlar-patoloji proses olub müxtəlif xəstəliklərin gedişində əlavə və ya başlıca halqa sayılır, əsas xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır və onun nəticələrinə təsir göstərir (Həsənov A.İ., Quliyeva Z.M. 2006; Musayev A.H. 2007).

Son illərin elmi tədqiqatlarının nəticələri təcrübədə daha çox rast gəlinən və müxtəlif səbəblərlə ortaya çıxa bilən herpes simpleks viruslarının (HSV-1) törətdiyi KHS-lə əsasən 6 aydan-3 yaşa qədər olan uşaqların daha çox xəstələndiyini sübut edir. Çünki bu yaşda uşaqlara intraplasentary və ana südü ilə keçən anticisimlər yox olur, spesifik və qeyri spesifik immunitet tam formalaşmamış və histo-hematik baryerlərin keçmə xüsusiyyətləri yüksək olur (Knight S., 2002; Халдин А.А., 2000).

Kəskin herpetik stomatitin (KHS) müalicəsində tətbiq oluna bilən müxtəlif metodlarla dərman maddələri: maddənin damızdırılması (Т.Ф. Виноградова və b., 1983), applikasiyası (Т.Ф. Виноградова və b., Л.Н.Дроботько, 1974), adi səpmə (Е.В. Удовическая və b., 1979) müxtəlif dərman maddələrinin ultrasəsə səpilməsi (Мəmmədova S.A., 1992), biyan preparatının-qliširamın (sirop, emulsiya, həb) şəklində istifadəsi (Mirzəzadə E.S., 2009) alimlər tərəfindən tətbiq edilmişdir.

Ədəbiyyat məlumatlarından da görünür ki, ABSQ-nın patologiyaları və uşaqlarda həzm yolunun vəziyyəti arasında olan qarşılıqlı əlaqə kifayət qədər öyrənilməmişdir. Bütün göstərilənlər hazırkı işin aparılması üçün əsas olmuşdur.



Bayramov Y. İ.

Tədqiqatın məqsədi. Mədə-bağırsaq dis-bakteriozu (MBD) olan uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin (KHS) gedişinin, kliniki formalarının öyrənilməsi və kompleks müalicəsinin təkmilləşdirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Qarşıya qoyulan məqsəd və vəzifələri həll etmək üçün yaşları 6 aydan 3-yaşa qədər olan 220 uşaq kliniki və laborator müayinəyə cəlb olunmuşdur. Onlardan 120-i oğlan, 100-ü isə qız olmuşdur. Müayinələrin aparılması üçün uşaqlar 3 qrupda öyrənilmişdir: Əsas qrup K. Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutunda mədə-bağırsaq disbakteriozu ilə müalicəyə başlayan və ağız boşluğu selikli qişasında kəskin herpetik stomatitin klinikasına uyğun patoloji dəyişiklik olan 138 uşaqlardan ibarət olmuşdur. Onlardan 50-i 6 ay-1 yaşda, 68-i 1-2 yaşda, 20-si isə 2-3 yaşda olmuşdurlar. Onlardan 66-ı (47,8%) oğlan, 72-si (52,2%) isə qız olmuşdur.

Müqayisə qrupunu ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasına ağız boşluğu selikli qişasında kəskin herpetik stomatitin klinikasına uyğun patoloji dəyişiklik olduğuna görə müraciət etmiş 61 uşaqlardan ibarət olmuşdur. Onlardan 13-ü 6 aydan-1 yaşa qədər, 26-ı 1-2 yaşda, 22-i isə 2-3 yaşda olmuşdurlar. Onlardan 23-ü (37,7%) oğlan, 38-i (62,3%) isə qız olmuşdur.

Nəzarət qrupu məktəbəqədər uşaq müəssisəsində tərbiyə alan müayinələrə görə ağız boşluğu selikli qişasında KHS-in klinikasına uyğun indiyədək patoloji dəyişiklik olmayan 6-aydan 3 yaşadək praktik sağlam hesab olunan 21 uşaq təşkil etmişdir. Onlardan 5-i 6 aydan-1 yaşa qədər, 12-i 1-2 yaşda, 4-ü isə 2-3 yaşda olmuşdurlar. Onlardan 8-i (38,1%) oğlan, 13-ü (61,9%) isə qız olmuşdur.

KHS-in diaqnostikası epidemioloji şəraiti nəzərə alan anamnez və xəstəliyin kliniki simptomları əsasında aparılmışdır. Uşaqlarda xəstəliyin dinamikasını öyrənmək üçün kliniki və laborator müayinə metodlarından istifadə olunmuşdur. Müayinə olunan uşaqlarda diaqnoz həkim-pediatr,

uşaqların və onların valideynlərinin anamnestik məlumatları, kliniki və laborator müayinənin əsasında təyin olunmuşdur. Kliniki müayinədə obyektiv və subyektiv müayinə metodlarından istifadə edilmişdir. Kliniki müayinə metodu anamnezin toplanması və xəstə uşağa baxışla başlamışdır. Epidemioloji anamnez xəstəliyin birinci və ya təkrari olmasını aydınlaşdırmaqdan ibarət olmuşdur. Xarici olaraq uzun və bədən digər hissələrinin dərisinə baxış keçirilmişdir. Regional limfa düyünlərinin vəziyyəti müəyyən olunmuşdur. Ağız boşluğuna baxış zamanı selikli qişanın tamlığı və rəngi, zədələnmə elementlərinin mövcudluğu, onların xarakteri, lokalizasiyası və ölçüləri müəyyən olunurdu. Diş ətinin vəziyyəti qanama, ödem, hiperemiya, həmçinin nekrotik ərpin mövcudluğuna əsasən qeyd olunurdu. Həmçinin əsnək, damaq tağları və badamciqlarda zədələnmə elementlərinin olması və sayı aydınlaşdırılırdı.

Əsas və müqayisə qrupları üzrə laborator diaqnostik və immunoloji müayinə üçün patoloji material xəstələrin müraciət etdiyi ilk günlərdə götürülmüşdür. Uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin laborator diaqnostik müayinəsində sitoloji və molekulyar bioloji metod olan (MBM) zəncirvari polimeraz reaksiyadan (ZPR) istifadə olunmuşdur.

Uşaqların ağız boşluğu selikli qişasında zədələnmə sahəsindən qazıma üsulu ilə götürülmüş patoloji materialın sitoloji müayinəsi Pokrovskiy Kimele metoduna əsasən, molekulyar bioloji metod (MBM) zəncirvari polimeraz reaksiya (ZPR) diaqnostikası Kerri Myülles metoduna əsasən törədici-virusun gen fraqmentlər aşkar edilmişdir. Metod müayinə materialının tərkibində axtarılan virus DNT-nin çoxaldılması (amplifikasiyasına) və onun identifikasiyasına əsaslanmışdır.

İmmunoloji müayinədə uşaqların ağız suyunda yerli spesifik və qeyri spesifik immunoloji göstəricilərdən lizosimin aktivliyinin və sİgA, İgA, İgG, İgM-in təyini üçün 0,6-1,0 ml ağız suyu yığılaraq aparılmışdır. Ağız suyu lizosiminin ak

tivliyi Drofeyçukun nefelometrik metodu ilə təyin edilmişdir. Uşaqların ağız suyunda sİgA, İgA, İgG, İgM-in miqdarının təyini immunodiffuziya üsulu Mançini metodu ilə aparılmışdır.

Kəskin herpetik stomatitin kompleks müalicəsi əsas qrupda və müqayisə qrupunun ikinci yarımqrupunda ənənəvi üsulla yanaşı əlavə olaraq probiotik Enterol 250 mq dozada oral yolla gündə 2 dəfə 5 gün ərzində olmaqla, müqayisə qrupunun birinci yarımqrupunda isə ənənəvi üsulla aparılmışdır. Əsas və müqayisə qrupları üzrə uşaqlarda kəskin herpetik stomatit zamanı müalicədən əvvəl və sonra yerli immunoloji göstəricilərdə baş verən dəyişikliklər və praktik sağlam uşaqların yerli immunoloji göstəriciləri ilə müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir. Xəstəliyin kliniki mənzərəsinə və müayinələrin nəticələrinə uyğun aparılan kompleks müalicə nəticəsində ağız boşluğunda patoloji elementlərin sağalmasından sonra (təxminən bir aydan sonra) yerli immunoloji dinamikanı izləmək üçün təkrari immunoloji laborator müayinə üçün material götürülmüşdür.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplarda kəmiyyət göstəriciləri arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldən – U-Uilkokson (Mann-Uitni) meyarından istifadə olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri. Əsas və müqayisə qrupunda rast gəlinən kəskin herpetik stomatit bütün xəstələrdə ilk dəfə olaraq təzahür edildiyi ətraflı toplanmış anamnezə əsasən məlum olmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin yüngül forması əsas qrupda 70 xəstə uşaqlarda aşkar olunmuşdur ki, onlardan 28-i 6 aydan 1 yaşa qədər, 20-i 1-2 yaş, 22-i isə 2-3 yaş arasında, müqayisə qrupunda 13 uşaqlarda aşkar olunmuşdur ki, onlardan 5-i 6 aydan 1 yaşa qədər, 4-ü 1-2 yaş arasında, 4 xəstə uşaq isə 2-3 yaş arasında olmuşdurlar.

Kəskin herpetik stomatitin yüngül forması zamanı prodromal dövr klinikada müşahidə olunmamışdır. Uşaqlarda ümumi intoksikasiya əlamətləri müşahidə olunmamışdır. Uşağın ümu-

mi vəziyyəti qənaətbəxş olmuşdur. Xəstəlik sanki gözlənilmədən bədən temperaturunun $38-39^{\circ}\text{C}$ -yə qalxması ilə başlamışdır. Bundan sonrakı günlər yuxarı tənəffüs yolu selikli qişasının səthi katarı qeyd olunmuşdur. Ağız boşluğunda diş əti kənarı boyunca hiperemiya və cüzi şişkinliklər (kəskin kataral gingivit), birtərəfli çənəaltı limfa düyünlərinin limfadeniti müşahidə olunmuşdur. Xəstəliyin sonrakı inkişafı əsas qrupdakı 46, müqayisə qrupundakı 17 uşaqlarda müşahidə edilmişdir ki, bu zaman da ağız boşluğu selikli qişasında hiperemiya fonunda 4-5 ədəd tək və ya qrup şəklində səpki elementləri görünərək təkrar olunmurdular.

Xəstəliyin sönmə dövrü əsas qrupdakı 70, müqayisə qrupundakı 20 uşaqlarda müşahidə edilmişdir ki bu da nisbətən uzun müddət davam etmişdir. Sonrakı 2-3 gün ərzində səpkilərin rəngi mərməri xatırlamış, kənarları və ortası aydın şəkildə olmamış, kənarlar hiperemiyalı halqa ilə əhatə olunmuş və adi afta şəklini almış, dodaq, ağızətrafı, dəri və üzdə nadir hallarda tək-tək vezikullar, daha sonra isə nazik quru qabıqlar müşahidə olunmuşdur.

Laborator immunoloji müayinənin nəticələri göstərmişdir ki xəstəliyin ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq yerli immunitetin göstəricilərində müvafiq dəyişikliklər yaranmışdır. Belə ki kəskin herpetik stomatitin yüngül forması zamanı müalicədən əvvəl əsas qrupda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $27,9 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$), sİgA $84,1 \pm 0,4$ mq/l ($p < 0,001$; $pm < 0,05$), İgA $11,5 \pm 0,1$ mq/l, İgG $26,2 \pm 0,2$ mq/l, İgM $356,4 \pm 3,4$ mq/l ($p < 0,001$), 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $27,0 \pm 0,8\%$, sİgA-nın miqdarı $69,4 \pm 1,6$ mq/l, İgA-nın miqdarı $10,7 \pm 0,8$ mq/l, İgG-nin miqdarı $31,6 \pm 0,9$ mq/l, İgM-in miqdarı $451,0 \pm 13,6$ mq/l, 2-3 yaşlı əsas qrupdakı uşaqlarda KHS-in yüngül forması aşkarlanmamışdır.

Müalicədən əvvəl müqayisə qrupunda isə ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $28,7 \pm 0,4\%$ ($p < 0,01$), sİgA $87,0 \pm 2,0$ mq/l, İgA $12,0 \pm 0,3$ mq/l, İgG $25,4 \pm 0,6$ mq/l ($p < 0,001$), İgM $356,0 \pm 14,7$ mq/l ($p < 0,001$), 1-2

yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $27,0 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$), sİgA-nın miqdarı $71,0 \pm 1,0$ mq/l ($p < 0,05$), İgA-nın miqdarı $11,0 \pm 0,6$ mq/l, İgG-nin miqdarı $29,8 \pm 0,8$ mq/l, İgM-in miqdarı $390,0 \pm 7,1$ mq/l, 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $27,8 \pm 3,8\%$, sİgA-nın miqdarı $64,3 \pm 12,0$ mq/l, İgA-nın miqdarı $14,0 \pm 6,0$ mq/l, İgG-nin miqdarı $37,5 \pm 3,9$ mq/l, İgM-in miqdarı $460,0 \pm 17,8$ mq/l olmuşdur.

Aparılan kompleks müalicə tədbirlərindən sonra kəskin herpetik stomatitin yüngül forması zamanı əsas qrupda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $30,9 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$), sİgA $93,7 \pm 0,4$ mq/l, İgA $14,7 \pm 0,2$ mq/l, İgG $20,2 \pm 0,1$ mq/l ($p < 0,001$; $p < 0,001$), İgM $250,7 \pm 2,7$ mq/l ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$), 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $30,6 \pm 0,7\%$ ($p < 0,01$), sİgA-nın miqdarı $88,6 \pm 1,1$ mq/l, İgA-nın miqdarı $14,0 \pm 0,8$ mq/l, İgG-nin miqdarı $24,8 \pm 0,7$ mq/l, İgM-in miqdarı $309,0 \pm 14,2$ mq/l ($p < 0,001$; $p < 0,001$) olmuşdur.

Müalicədən sonra müqayisə qrupunda isə ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $31,4 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$), sİgA $96,2 \pm 1,4$ mq/l, İgA $14,4 \pm 0,2$ mq/l ($p < 0,001$), İgG $19,4 \pm 0,5$ mq/l, İgM $222,0 \pm 4,9$ mq/l, 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $30,3 \pm 0,7\%$, sİgA-nın miqdarı $91,3 \pm 0,9$ mq/l, İgA-nın miqdarı $13,5 \pm 0,3$ mq/l, İgG-nin miqdarı $22,5 \pm 0,5$ mq/l, İgM-in miqdarı $265,0 \pm 5,0$ mq/l, 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $36,6 \pm 4,8\%$, sİgA-nın miqdarı $98,3 \pm 17,3$ mq/l, İgA-nın miqdarı $20,0 \pm 8,7$ mq/l, İgG-nin miqdarı $28,5 \pm 3,7$ mq/l, İgM-in miqdarı $310,0 \pm 7,1$ mq/l ($p < 0,001$; $p < 0,001$) olmuşdur.

Yerli müalicə zamanı səpki ocaqlarının əmələ gələn tək-tək eroziyalı nekrotik toxumalardan təmizlənməsi fonunda aktiv epitelizasiya prosesi başlamışdır. Səpki elementlərinin epitelizasiyası patoloji elementlərin kənarlarından mərkəzinə doğru istiqamətdə getmişdir.

Bu dövrdə alınan anamnestik məlumatlara əsasən səpki elementlərinin ağrısı azalaraq az ağrılı olmuş, bədən temperaturu normallaşmışdır.

Səpki elementləri epitelləşdikdən sonra da 1-2 gün ərzində bu uşaqlarda xüsusilə yuxarı və aşağı çənənin frontal dişlər nahiyyəsində kəskin kataral gingivitin əlamətləri müşahidə olunmuşdur. Çənəaltı limfa düyünlərinin birtərəfli limfadeniti 10-12 gün ərzində müşahidə olunmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin yüngül formasında ağız suyunun qoruyucu mexanizmləri aktivləşmiş, təbii immunitet az pozulmuşdur. Xəstənin kliniki sağlması onun pozulmuş immunitetinin təbəripa olunması ilə müşahidə olunmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin orta ağır forması əsas qrupda 52 xəstə uşaqlarda aşkar olunmuşdur ki, onlardan 37-i 6 aydan 1 yaşa qədər, 23-ü 1-2 yaş arasında, 2-i isə 2-3 yaş arasında, müqayisə qrupdakı 26 xəstə uşaqlarda aşkar olunmuşdur ki, onlardan 8-i 6 aydan 1 yaşa qədər, 10-u 1-2 yaş arasında, 8-i isə 2-3 yaş arasında olmuşdurlar. Müşahidə olunan kəskin herpetik stomatitin orta-ağır forması zamanı neyrotrop sadə herpes viruslarının sinir sisteminə göstərdiyi toksiki təsirin nəticəsində ümumi intoksikasiya əlamətləri qarışıq şəkildə özünü büruzə vermişdir. Xəstəliyin bütün dövrlərində ağız boşluğu selikli qişasında patoloji dəyişikliklər qeyd olunmuşdur. Uşağın ümumi vəziyyətinin pozulması zəiflik, kapriz, iş tahananın pozulması, kəskin respirator xəstəliklərin simptomları, bədən temperaturunun $39-40^{\circ}\text{C}$ -yə qalxması ilə kəskin herpetik stomatitin prodroma dövrü özünü büruzə verərək əsas qrupdakı 42 müqayisə qrupundakı 4 uşaqlarda müşahidə edilmişdir. Bu dövr 1-2 gün davam etmişdir.

Kəskin herpetik stomatitin orta ağır formasının kataral dövrü əsas qrupdakı 48, müqayisə qrupundakı 7 uşaqlarda müşahidə edilmişdir ki, onlarda ümumi vəziyyət orta-ağır dərəcədə, bədən ağrısı, əzələ, göz almacıqlarında, iri oynaqlarda ağrılar, ürəkbulanma, qusma kimi simptomlar müşahidə olunmuşdur. Bu dövrdə kəskin kataral gingivit daha şiddətli təzahür etmişdir. Bunlara bərabər əsas qrupdakı 28, müqayisə qrupundakı 14 uşaqlarda bu simptomlarla yanaşı kataral angina və kəskin respirator xəstəliklərin simptomları

ikiterəfli çənəaltı limfa düyünlərinin limfadeniti müşahidə olunmuşdur. Bu fonda bədən temperaturu $39-41^{\circ}\text{C}$ -yə qədər qalxmışdır. Xəstəliyin şiddətli dövrü əsas qrupdakı 41, müqayisə qrupundakı 18 uşaqda müşahidə olunmuşdur ki, bunlarda ilk səpkilərin əmələ gəlməsi ilə bədən hərərəti 37.5°C -yədək düşmüşdür. Lakin təkrar səpkilərin əmələ gəlməsi bədən temperaturunun yenidən $39-40^{\circ}\text{C}$ -yə qədər qalxması ilə müşahidə olunmuşdur. İkincili intoksikasiya əlamətləri daha da artmışdır. Ağız boşluğundakı səpkilərin sayı 8-12 elementdən 23-30 elementə qədər olmuşdur. Səpmə bir neçə dəfə təkrar olunmuşdur ki, bununla əlaqədar olaraq ağız boşluğundakı səpkilər müxtəlif kliniki və morfoloji mərhələlərdə olurdular. Bu dövrdə səpki elementlərinin ağıztrafi nahiyyədə olması əsas qrupdakı 18, müqayisə qrupundakı 6 uşaqda müşahidə olunmuşdur. Bu cür kliniki mənzərə 3-4 günə qədər davam etmişdir. Xəstəliyin sağalma dövrünün davametmə müddəti mədə-bağırsaq disbakteriozunun ağırlığından, uşağın ümumi müqavimətindən, ağız boşluğundakı patoloji prosesin ağırlığından ağız boşluğunda olan kariesli və dağılmış dişlərdən asılı olmuşdur. Kəskin herpetik stomatitin orta ağır forması zamanı səpki elementlərinin epitelləşməsi 3-4 günə qədər davam etsə də bu dövrdə humoral və hüceyrə immunitetinin faktorları tam bərpa olunmamışdır. Kəskin kataral gingivit, kəskin qanaxma və ikitərəfli çənəaltı limfa düyünlərinin limfadeniti uzun müddət davam etmişdir.

Kəskin herpetik stomatitin orta-ağır forması zamanı müalicədən əvvəl əsas qrupda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $34.9 \pm 0.8\%$ ($p < 0.001$), sİgA 95.5 ± 2.5 mq/l, İgA 25.1 ± 1.3 mq/l ($p < 0.001$), İgG 34.1 ± 0.7 mq/l, İgM 470.8 ± 13.1 mq/l, 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $31.9 \pm 1.2\%$ ($p < 0.001$), sİgA-nın miqdarı 81.0 ± 2.5 mq/l ($p < 0.001$; $pm < 0.05$), İgA-nın miqdarı 19.3 ± 1.6 mq/l, İgG-nin miqdarı 39.0 ± 1.2 mq/l, İgM-in miqdarı 542.6 ± 22.0 mq/l ($p < 0.001$), 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $31.4-32.1$ ($p < 0.001$) %, sİgA-nın

miqdarı 72-73 mq/l, İgA-nın miqdarı 16-16 mq/l, İgG-nin miqdarı 46-46 mq/l, İgM-in miqdarı 680-680 mq/l ($p < 0.001$) olmuşdur.

Müalicədən əvvəl müqayisə qrupunda isə ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $38.5 \pm 1.5\%$ ($p < 0.05$), sİgA 105.8 ± 5.3 mq/l ($p < 0.001$), İgA 30.6 ± 3.1 mq/l, İgG 36.4 ± 1.1 mq/l, İgM 455.0 ± 29.9 mq/l ($p < 0.05$), 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $35.3 \pm 0.6\%$, sİgA-nın miqdarı 90.4 ± 2.4 mq/l, İgA-nın miqdarı 25.7 ± 1.9 mq/l, İgG-nin miqdarı 41.4 ± 1.3 mq/l, İgM-in miqdarı 560.0 ± 24.8 mq/l, 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $36.3 \pm 1.1\%$, sİgA-nın miqdarı 87.5 ± 3.9 mq/l ($p < 0.001$), İgA-nın miqdarı 23.1 ± 2.3 mq/l, İgG-nin miqdarı 47.0 ± 0.8 mq/l, İgM-in miqdarı 540.0 ± 48.2 mq/l ($p < 0.001$) olmuşdur.

Aparılan kompleks müalicə tədbirlərindən sonra kəskin herpetik stomatitin orta-ağır forması zamanı əsas qrupda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $38.3 \pm 0.8\%$ ($p < 0.001$; $po < 0.01$), sİgA 116.3 ± 3.6 mq/l ($p < 0.001$; $po < 0.001$; $pm < 0.05$), İgA 29.3 ± 1.5 mq/l ($p < 0.05$; $po < 0.05$), İgG 28.2 ± 0.7 mq/l ($po < 0.001$), İgM 398.4 ± 14.7 mq/l ($po < 0.001$), 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $36.0 \pm 1.2\%$ ($p < 0.001$; $po < 0.05$; $pm < 0.05$), sİgA-nın miqdarı 101.1 ± 3.3 mq/l, İgA-nın miqdarı 24.4 ± 2.1 mq/l ($p < 0.00$; $pm < 0.05$), İgG-nin miqdarı 31.7 ± 1.0 mq/l, İgM-in miqdarı 412.6 ± 21.7 mq/l ($po < 0.001$), 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $36.8-37.3\%$, sİgA-nın miqdarı 94-96 mq/l ($p < 0.05$; $po < 0.001$), İgA-nın miqdarı 21-21 mq/l, İgG-nin miqdarı 38-39 mq/l, İgM-in miqdarı 520-520 mq/l olmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin orta-ağır forması zamanı müalicədən sonra müqayisə qrupunda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $42.0 \pm 1.6\%$, sİgA 135.0 ± 9.1 mq/l ($po < 0.05$), İgA 35.3 ± 3.7 mq/l, İgG 31.1 ± 1.1 mq/l ($po < 0.01$), İgM 390.0 ± 26.3 mq/l, 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $40.6 \pm 1.3\%$, sİgA-nın miqdarı 107,3±4,3 mq/l ($p < 0.001$; $po < 0.01$), İgA-nın

miqdarı $32,2 \pm 2,8$ mq/l, İgG-nin miqdarı $33,2 \pm 1,0$ mq/l, İgM-in miqdarı $429,0 \pm 21,2$ mq/l ($p < 0,05$; $p < 0,001$), 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $44,0 \pm 1,9\%$, sİgA-nın miqdarı $113,6 \pm 6,5$ mq/l ($p < 0,01$; $p < 0,01$), İgA-nın miqdarı $32,5 \pm 3,4$ mq/l, İgG-nin miqdarı $37,6 \pm 0,8$ mq/l ($p < 0,001$; $p < 0,001$), İgM-in miqdarı $406,3 \pm 36,1$ mq/l ($p < 0,05$) olmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin ağır forması əsas qrupda 2 xəstə uşaqda aşkar olunmuşdur ki, onlardan 1-i 6 aydan 1 yaşa qədər, 1-i 1-2 yaş arasında, müqayisə qrupdakı 22 xəstə uşaqda aşkar olunmuşdur ki, onlardan 8-i 6 aydan 1 yaşa qədər, 6-ı 1-2 yaş arasında, 8-i isə 2-3 yaş arasında olmuşdurlar. Bu zaman bədən hərarətinin $39-41^{\circ}\text{C}$ -yə qədər yüksəlməsi ilə uşaqda infeksiyon xəstəliklərin ilkin əlamətləri (apatiya, adinamiya, baş ağrısı, dəri əzələ hiperesteziyası, atrofiya və s.) müşahidə olunmuşdur. Xəstəlik inkişaf etdikcə ümumi intoksikasiya əlamətləri daha da kəskin olmuşdur. Əsas qrupdakı 1 uşaqda bəzən ürək-damar sisteminin pozulma əlamətləri bradi və ya taxikardiya, ürək tonlarının azalması həkim pediatri tərəfindən müşahidə olunmuşdur. Əsas qrupdakı 1, müqayisə qrupundakı isə 6 uşaqda burun qanaxması, ürəkbulanma, qusma halları daha tez-tez müşahidə olunmuşdur. Bədən temperaturu $40-41^{\circ}\text{C}$ -yə qədər qalxdıqda uşağın sifətində sanki əzab ifadəsi müşahidə olunmuşdur. Burun qanaxması, ürəkbulanma, qusma, öskürək, burun axması, göz konyunktivasının şişkinliyi və hiperemiyası müşahidə olunmuşdur. Dodaqlar quru, parlaq və bişməcə şəklində olmuşdur. Ağız boşluğunda selikli qışa şişkin, hiperemiyalı olub, kəskin kataral gingivitin əlamətləri daha da qabarıq şəkildə üzə çıxmışdır. Bu kliniki hal 0.5-1 gün davam etmişdir. Xəstəliyin sonrakı inkişaf dövründə bədən temperaturunun $38-39^{\circ}\text{C}$ -yədək düşməsi ilə ağız boşluğundakı səpki elementlərinin sayı 30-35-ə çatmışdır. Səpkilər bir neçə dəfə residivləşmiş və xəstəliyin ən şiddətli vaxtında ağız boşluğu selikli qışasında müxtəlif inkişaf mərhələlərində

olan 100-dən çox səpki elementini görmək mümkün olmuşdur. Bu kliniki hal 4-6 gün davam etmişdir. Nəinki dodaqlar, yanaqlar, dil və damaq, hətta diş əti kənarı belə bu prosesə uğramışdır. Kataral gingivit xorali formaya keçmişdir. Ağızdan xoşagəlməz qoxu gəlmiş, yuxarı tənəffüs yolları və ağız boşluğu selikli qışasında iltihabi proseslər dərinləşmişdir. Burun və qırtlağın sekresiyasında qan izləri görünmüşdür. Xəstəliyin sağalma dövrünün davamiyyəti əsas və müqayisə qrupunda vaxtında və düzgün aparılmış ümumi və yerli müalicəsinin effektivliyindən, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi və asılı olmuşdur. Bu kliniki hal xəstə uşaqlarda bir ayadək davam etmişdir. Bədən temperaturu normaya düşsə də ümumi vəziyyət gec bərpa olunmuşdur. Gingivit və limfadenit əlamətləri uzun müddət davam etmişdir. Xəstənin kliniki cəhətdən sağlmasına baxmayaraq immün göstəricilərində aşkar dəyişikliklər müşahidə olunmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin ağır forması zamanı müalicədən əvvəl əsas qrupda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $43.2-46.2\%$, sİgA $98-130$ mq/l, İgA $42-43$ mq/l, İgG $41-43$ mq/l, İgM $320-330$ mq/l, 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $33.2-42.3\%$, sİgA-nın miqdarı $86-120$ mq/l, İgA-nın miqdarı $16-36$ mq/l, İgG-nin miqdarı $42-47$ mq/l, İgM-in miqdarı $380-640$ mq/l olmuşdur. 2-3 yaşlı əsas qrupdakı uşaqlarda KHS-in ağır forması aşkarlanmamışdır.

Müalicədən əvvəl müqayisə qrupunda isə ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda $45,8 \pm 0,3\%$ ($p < 0,001$), sİgA $146,3 \pm 3,2$ mq/l, İgA $43,6 \pm 0,9$ mq/l ($p < 0,001$), İgG $40,6 \pm 0,6$ mq/l, İgM $317,5 \pm 3,7$ mq/l ($p < 0,001$), 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $42,1 \pm 0,5\%$ ($p < 0,001$), sİgA-nın miqdarı $110,0 \pm 5,2$ mq/l, İgA-nın miqdarı $37,2 \pm 0,5$ mq/l ($p < 0,001$), İgG-nin miqdarı $45,3 \pm 0,8$ mq/l, İgM-in miqdarı $381,7 \pm 6,5$ mq/l ($p < 0,001$), 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi $39,5 \pm 0,7\%$, sİgA-nın miqdarı $94,1 \pm 2,3$ mq/l ($p < 0,001$), İgA-nın

miqdarı 30,5±0,9 mq/l ($p<0,001$), İgG-nin miqdarı 49,3±0,6 mq/l, İgM-in miqdarı 436,3±9,1 mq/l ($p<0,001$) olmuşdur.

Aparılan kompleks müalicə tədbirlərindən sonra kəskin herpetik stomatitin ağır forması zamanı əsas qrupda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda 48.7-50.3 %, sİgA 120-190 mq/l, İgA 50-54 mq/l, İgG 34-36 mq/l, İgM 260-280 mq/l, 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 36.4-49.4 %, sİgA-nın miqdarı 120-180 mq/l, İgA-nın miqdarı 22-49 mq/l, İgG-nin miqdarı 34-39 mq/l, İgM-in miqdarı 290-470 mq/l olmuşdur.

Kəskin herpetik stomatitin ağır forması zamanı müalicədən sonra müqayisə qrupunda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 6 ay-1 yaşlı uşaqlarda 50,1±0,2% ($p<0,05$; $po<0,001$), sİgA 177,5±1,6 mq/l, İgA 51,3±0,5 mq/l, İgG 37,6±1,6 mq/l, İgM 263,8±1,8 mq/l ($p<0,05$; $po<0,001$), 1-2 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 48,5±0,5% ($p<0,01$; $po<0,001$), sİgA-nın miqdarı 153,3±6,1 mq/l ($p<0,05$; $po<0,001$), İgA-nın miqdarı 49,0±0,7 mq/l, İgG-nin miqdarı 36,8±0,5 mq/l, İgM-in miqdarı 290,0±4,5 mq/l ($p<0,01$; $po<0,001$), 2-3 yaşlı uşaqlarda ağız suyunda lizosimin aktivliyi 48,0±0,2% ($p<0,001$; $po<0,001$), sİgA-nın miqdarı 128,8±5,5 mq/l ($p<0,001$;

$po<0,001$), İgA-nın miqdarı 42,6±1,0 mq/l ($p<0,001$; $po<0,001$), İgG-nin miqdarı 39,9±0,4 mq/l ($p<0,001$; $po<0,001$), İgM-in miqdarı 307,5±5,6 mq/l ($p<0,001$; $po<0,001$) olmuşdur.

Əsas və müqayisə qrupları üzrə uşaqlarda kəskin herpetik stomatit zamanı ağız suyunda lizosimin aktivliyinə dair immunoloji tədqiqatların nəticələri göstərdi ki, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq ağız suyunda lizosimin aktivlik səviyyəsi aşağı düşür. Uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin müalicəsindən əvvəl və sonra yerli immunoloji göstəricilərdə baş verən dəyişikliklər və praktik sağlam uşaqların immunoloji göstəriciləri öyrənilmişdir. Bütün qruplar üzrə hər yarımqrupda immunoloji göstəricilərdə baş verən dəyişikliklər müalicədən əvvəl və sonra bir-birindən fərqlənmiş, ağız suyunda lizosimin aktivliyi, sİgA, İgA-nın səviyyəsinin azalması, İgG və İgM-in səviyyəsinin artması ilə müşahidə edilmişdir. Kəskin herpetik stomatitin kompleks müalicəsindən sonra istər spesifik, istərsə də qeyri spesifik yerli immunitet göstəricilərində müsbət dəyişikliklər baş vermişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Əliyeva R.Q. İnfeksion nəzarət XXI osrin stomatologiyasında ən başlıca amildir // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, 2006, №10/11, s.3-5.
2. Бородай Н.В. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта и изменения в ней при различных патологических процессах // Лабораторная диагностика, 2001, №1, стр. 49-55.
3. Елизарова В. М., Дроботко Л. Н., Страхова С. Ю. Если у ребенка стоматит // Чаша здоровья, 2002, №1, с.3-5
4. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция. Н.Новгород, 2001, 82 с.
5. Həsənov A.İ., Quliyeva Z.M. Uşaqlarda bağırsaq disbakteriozu, onun müəyyən edilməsi, təsnifatı, diaqnostikası və müalicəsi: Tədris metodiki vəsait. Bakı, 2006, 123 s.
6. Musayev A.H. Bağırsaq disbakteriozunun klinik təzahürlərinin diferensial diaqnostik xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, 2007, № 7, s.82.
7. Knight S. Immunology methods for stomatology diseases. Oksford, 2002, 235p
8. Халдин А.А., Иммунологическое обоснование дифференцированных подходов к терапии простого герпеса: Автореф. дисс., канд. мед. наук, М., 2000, 47 с.

РЕЗЮМЕ

**Роль желудочно-кишечного дисбактериоза
в возникновение острого герпетического
стоматита у детей и их взаимообусловленность**

Р.К.Алиева, Ю.И.Байрамов
кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Целью исследования явилось изучение течения, клинических форм острого герпетического стоматита (ОГС) у детей с желудочно-кишечным дисбактериозом и совершенствование комплексного лечения. Результаты проведенного клинического и лабораторного обследования показали, что у детей с желудочно-кишечным дисбактериозом могут выявляться легкая, средне-тяжелая и тяжелая формы ОГС, а также его рецидив. Таким образом желудочно-кишечный дисбактериоз является одним из риск-факторов в возникновении ОГС. В комплексном лечении детей с ОГС на фоне желудочно-кишечного дисбактериоза наряду с традиционным методом применяли пробиотик-Энтерол 250 мг. в комплексном лечении ОГС у детей является эффективным.

SUMMARY

**Role of stomach-intestinal disbakteriosis
in acute herpetik stomatitis emergence
at children and their interconditionality**

R. K. Alieva., Y. I. Bayramov
Pediatric dentistry department of AMU

Research objective was studying of the course and clinical forms of acute herpetic stomatitis of children with stomach-intestinal disbacteriosis and complex treatment improvement. Examination and treatment of 220 children aged from 6 months till 3 years was conducted for this purpose. Results of research showed that at children with stomach-intestinal disbacteriosis mild, medium, severe forms of acute herpetic stomatitis and also recurrent form of the disease can come to light. At children with stomach-intestinal disbacteriosis at a mild form of acute herpetic stomatitis unilateral lymphadenitis comes to light. At a medium and severe forms of the disease bilateral lymphadenitis comes to light. Applying Enterol 250 mg along with traditional treatment at children more accelerated normalization of general condition of an organism and elimination of local manifestations of the disease were revealed. Thus use of Enterol 250 mg in complex treatment at children suffered acute herpetic stomatitis is effective.

*Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.
Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакционной коллегии.
При перепечатке ссылка на журнал обязательна.*



European Regional Organisation of
the Fédération dentaire internationale



Пленарная сессия ERO

Апрель 2012 года Прага



слева направо: Президент Эстонской Стоматологической Ассоциации Piret Vali, Президент ERO Gerhard Seeberger, Президент Германского Федерального Стоматологического Общества Peter Engel, Президент Совета Европейских Стоматологов Wolfgang Doneus, Президент Чешской Стоматологической Ассоциации Pavel Chrz.

Ежегодная весенняя Пленарная Сессия Европейской Региональной Организации Всемирной Федерации Стоматологов прошла в апреле 2012 года в самом сердце Европы- величественной Праге.

До начала Пленарной Сессии прошли заседания рабочих групп: Образование, Либеральная стоматологическая практика, Интеграция, Стоматологическая команда, Взаимосвязь практических врачей с университетами, Женщины в стоматологии.

Пленарная Сессия началась с приветствия Президента ERO-FDI Dr. G. Seeberger, который приветствовал всех участников и гостей этого высокого мероприятия.

Затем мы присутствовали на Презентации деятельности Чешской Стоматологической Ассоциации. С докладом выступил Президент Dr. Pavel Chrz. Затем делегаты и гости обсудили итоги предыдущей Пленарной Сессии, состоявшейся в Мехико, заслушали рапорты Президента- Dr. G. Seeberger, Президента-элект Dr. Rusca, Генерального секретаря Dr. Anna Lella.

Большие дискуссии развернулись во время отчета рабочей группы по Либеральной стоматологической практике в Европе, по вопросу взаимосвязи практических врачей и университетов, по выступлению руководителя группы Prevention, по вопросам базового и



идут дебаты по Либеральной дентальной практике.
Президенту FDI Мишель Арден очень много есть что сказать



дружеские отношения между руководителями ассоциаций определяют многое слева направо:
Президент Стоматологической Ассоциации России проф.Вагнер В.Д., Президент Турецкой
Стоматологической Ассоциации проф.Танер Юджел, Президент Азербайджанской Стоматологической
Ассоциации проф.Алиева Р.К.

последипломного образования. Дискуссии показали на значительные различия в подготовке кадров в последипломный период в странах бывшего Советского Союза и в странах с иной системой образования врачей.

Большой и обстоятельный анализ сделала руководитель рабочей группы Women in Dentistry Dr. V.Barac-Furtinger.

В целом работу Пражской Пленарной Сессии ERO-FDI можно считать весьма конструктивной и способствующей дальнейшему развитию организации стоматологической науки и практики в Европе.

Запомнился также прекрасный и радушный прием мэра Праги господина Bohuslav Svoboda в честь делегатов Пленарной Сессии ERO-FDI, проходившей в резиденции мэра, а также замечательные экскурсии по достопримечательным местам древней Праги, прекрасный ужин на корабле, медленнодвигающемся по волнам Влтавы и хорошая дружественная атмосфера солидарности людей, служащих одной цели: здоровье человека.

Сабина Алиева



Влияние фторидсодержащей зубной пасты на процессы реминерализации эмали

Г.К.Зейналова

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Многостороннее и выраженное влияние фторидсодержащих зубных паст на все основные процессы в полости рта привело к их большой популярности и эффективности действия. Эти качества значительно превышают по своим положительным результатам влияние всех остальных средств профилактики при их массовом использовании (Женева, 1995; Квинтэссенция, 1995).

В нашей республике до 90-х годов, эффективных фторидсодержащих зубных паст не производилось, поэтому мы не имеем собственного опыта использования зубных паст для профилактики основных стоматологических заболеваний. В связи с изложенным для нашей страны важным является приобретение собственного опыта профилактического использования фторидсодержащих зубных паст, выявление их клинического и профилактического действия, особенностей влияния на различные процессы в полости рта, в том числе на процессы де- и реминерализации.

Для определения взаимосвязи между различными уровнями поступления фторида в организм и происходящими процессами, направленными против кариозного процесса с целью профилактики кариеса, были исследованы 909 младших школьников г. Баку 7-10 лет подразделенных на 3 группы. Обследованию были подвергнуты учащиеся I-III классов средних школ Насиминского, Наримановского и Сабаиловского районов



г.Баку. Группы были обозначены следующим образом:

1. С контролируемой гигиеной полости рта – (КГ) (Наримановский район – 298 человек). Дети этой группы на протяжении 3 лет находились под контролем врача, чистили зубы 2 раза в день фторидсодержащей зубной пастой.

2. С неконтролируемой гигиеной полости рта – (НКГ) (Насиминский район – 303 школьника). Участники этой группы один раз были ознакомлены с правилами гигиенического ухода за полостью рта и чистили зубы 2 раза в день фторидсодержащей зубной пастой. Контролю врача на протяжении исследования не подвергались.

3. Группа сравнения – (ГС) (Сабаиловский район – 308 человек). Дети этой группы чистили зубы зубной пастой без какого-либо контроля.

Необходимо отметить, что содержание фторида в питьевой воде в г. Баку и в выше-названных районах в частности 0,3 – 0,5 мг/л.

В качестве модели для исследования изучались зубы детей с начальной стадией нарушения процессов реминерализации эмали с кариесом в стадии белого пятна. При этом подбирались школьники, у которых было поражено как минимум 2-3 зуба с 2-4 белыми кариозными пятнами на каждом. Отличительным признаком поверхностных изменений при начальном кариесе от других изменений эмали являлось проведение пробы, на нарушении

проницаемости метиленовым синим (Аксамит Л.Т., 1973).

Всего у 74 детей изучены показатели 213 пятен, при этом проведено 639 измерений проницаемости эмали.

Диагноз начального кариеса зубов устанавливался на основе клинических и лабораторных показателей. Обычно в придесневой области зубов у этих больных отмечалось наличие белого (варианты - серого, слабо-коричневого) пятна, без четко очерченных границ, покрытого зубным налетом. Жалоб обычно не было, зондирование было безболезненным, зонд не проникал внутрь эмали, но часто с его помощью ощущалась неровность ее поверхности. Одним из признаков начального кариеса было отсутствие блеска в области пятна, тусклость эмали в данном месте.

Проведение исследования свойств белых кариозных пятен в группе *сравнения*, показали, что все пятна обладали выраженным нарушением проницаемости эмали - в среднем, $6,24 \pm 0,22$ балла. Однако в динамике через 1 и 2 года наблюдения отмечалась общая склонность проницаемости кариозных пятен к нормализации. Через 1 год без всякого профилактического вмешательства проницаемость эмали статистически значимо снизилась до $4,96 \pm 0,27$ (на 20,5% от исходного уровня), а через 2 года наблюдений - практически вдвое (на 52,7%).

В таблице 1 представлены данные по всем трем обследуемым группам. Исходные показатели проницаемости эмали белых кариозных пятен не различались между группами. Однако у детей с неконтролируемой гигиеной полости рта проницаемость эмали через год снизилась почти вдвое - до 3,57 (на 54,5%). Через 2 года наблюдалось дальнейшее

снижение проницаемости до 2,34 (еще на 34,5%), что существенно ниже, чем в группе сравнения.

Следует отметить, что направленная диагностика процессов нарушения проницаемости эмали, ее де и реминерализации, в обычных условиях (без программы профилактики в III группе) и при проведении гигиены полости рта фторидсодержащей зубной пастой противоположны. В первом случае (группа сравнения) происходит некоторая нормализация процесса проницаемости, но одновременно продолжается интенсивная деминерализация в белых кариозных пятнах.

При использовании фторидсодержащей зубной пасты мы наблюдали одновременную нормализацию двух процессов - проницаемости эмали и ее реминерализации.

Эти данные свидетельствуют о главных механизмах влияния фторидсодержащей зубной пасты на пораженную кариесом (и, вероятно, здоровую), эмаль зубов: происходит снижение ее проницаемости, очевидно, в результате нормализации структуры эмали за счет ее реминерализации.

Вместе с тем, проницаемость и реминерализация - различные процессы и их динамика не всегда одинакова и однонаправлена, о чем свидетельствуют и наши данные. Так в контрольной группе происходит нормализация проницаемости эмали, но одновременно усиливается деминерализация. При гигиене полости рта с использованием фторидсодержащих зубных паст происходит нормализация одновременно обоих процессов - и проницаемости, и реминерализации.

Таким образом, направленность и развитие этих процессов, обеспечивающих

либо дальнейшее разрушение, либо, напротив, восстановление эмали, может быть различной и по-разному влияющей на свойства эмали зубов.

Очень важны результаты клинического наблюдения и анализа накопленных данных по проницаемости эмали зубов в обследуемых группах.

Нас, прежде всего, интересовали качественные сдвиги в обследуемых группах - частота перехода кариозных пятен в кариес, исчезновение окрашивания кариозных пятен. Переход начального кариеса (белого кариозного пятна) в кариес характеризует качественно новый этап в развитии кариеса - переход его из обратной фазы развития в необратимую.

об излечении начальной стадии кариеса.

Представляем указанные выше качественные изменения в изучаемых белых кариозных пятнах в трех обследуемых группах (табл.2).

Как следует из представленных данных, переход начального кариеса в поверхностный и средний, потребовавший дальнейшего лечения в группе сравнения, отмечается в 20% пятен. При неконтролируемой гигиене полости рта частота перехода белых пятен в кариес встречается столь же часто (22,7%). Но при контролируемой гигиене полости рта подобный феномен встречается в 5 раз реже - в 4,5% наблюдений. Эти результаты совершенно однозначно гово-

Таблица 1

Результаты динамического изучения проницаемости эмали

Сроки исследования	Группы исследований		
	Группа сравнения (n=298)	Группа НКГ (n=303)	Группа КГ (n=308)
Исход	6,24±0,22 (3,5 – 8,8)	6,53±0,24 (3,4 – 8,9)	6,39±0,28 (3,4 – 9,0)
Через 12 мес.	4,96±0,27 (2,4 – 6,7) ***	3,57±0,24 (1,3 – 5,6) *** ^^	3,27±0,26 (1,0 – 5,4) *** ^^
Через 24 мес.	3,29±0,18 (0,9 – 5,5) ***	2,34±0,19 (0,6 – 4,7) *** ^^	1,91±0,08 (0,1 – 3,9) *** ^^ #

Прим.: статистически значимая разница:

- с исходными показателями: * – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$; *** – $p_0 < 0,001$.
- с показателями ГС: ^ – $p_1 < 0,05$; ^^ – $p_1 < 0,01$; ^^ – $p_1 < 0,001$.
- с показателями НКГ: # – $p_2 < 0,05$; ## – $p_2 < 0,01$; ### – $p_2 < 0,001$.

Исчезновение окрашивания кариозного пятна также свидетельствует о качественном изменении в развитии кариозного процесса, но уже в другом направлении - в нормализации кариеса, в его изменении или исчезновении, следовательно,

речь о том, что контролируемая гигиена с фторидсодержащей зубной пастой чрезвычайно эффективна не только для профилактики кариеса, но и для прерывания его дальнейшего развития - перехода кариозного пятна в необратимые фазы ка-

риеса - поверхностный или средний.

Еще более разительные данные по качественному сдвигу показаны в окрашивании белого кариозного пятна. В группе сравнения ни одного случая исчезновения окрашивания пятен не наблюдалось. При неконтролируемой чистке зубов у почти 1/3 кариозных пятен (31,8%) произошла полная нормализация проницаемости, и они перестали окрашиваться. При контролируемой гигиене эффективность паст оказалась еще выше - почти половина пятен (45,8%) перестала накапливать краситель и нормализовалась проницаемость эмали. Таким образом, применение фторидсодержащей зубной пасты при контролируемой гигиене полости рта приводит к качественному сдвигу в их состоянии - они перестают пропускать краситель и накапливать его.

жащая зубная паста активно влияет на реминерализацию эмали, предотвращает переход белых кариозных пятен в необратимые поверхностный или средний кариес, нормализует проницаемость эмали и полностью реминерализует эмаль в течение 3 лет наблюдения

Анализ имеющихся данных по проницаемости белых кариозных пятен эмали позволил определить сравнительную частоту положительной динамики проницаемости в обследуемых группах. Под положительной динамикой мы имели в виду улучшение показателей при следующем осмотре по сравнению с предыдущим, либо отсутствие негативных изменений (сохранение прежних показателей). При этом нами анализировался весь массив положительных сдвигов - по проницаемости эмали во всех

Таблица 2

Качественные сдвиги

Сроки исследования	Группы исследований		
	Группа сравнения (n=298)	Группа НКГ (n=303)	Группа КГ (n=308)
Переход белого кариозного пятна в кариозную полость	60 20,1±2,3%	69 22,8±2,4%	13 ^^^ ### 4,2±1,1%
Исчезновение окрашивания пятна	0	96 ^^^ 31,7±2,7%	141 ^^^ ### 45,8±2,8%

Прим.: статистически значимая разница:

- с показателями ГС: ^ - $p_1 < 0,05$; ^^ - $p_1 < 0,01$; ^^^ - $p_1 < 0,001$.
- с показателями НКГ: # - $p_2 < 0,05$; ## - $p_2 < 0,01$; ### - $p_2 < 0,001$.

При неконтролируемой гигиене полости рта полную реминерализацию кариозных пятен мы наблюдали в 4,5 % пятен. Но зато при контролируемой гигиене полости рта полная реминерализация эмали происходит в 3 раза чаще - в 12,6 % пятен. Таким образом, фторидсодер-

осмотрах только положительная динамика проницаемости эмали во 2-м либо 3-м осмотре (табл. 1). Как следует из этой таблицы данные показатели проницаемости свидетельствуют, что положительные сдвиги в группе сравнения встречаются значительно чаще (в 50-

73,7% пятен). Несколько большая частота положительных сдвигов (77,2-83,3%) наблюдается при неконтролируемой гигиене полости рта. При контролируемой гигиене полости рта положительный сдвиг в проницаемости кариозных пятен эмали наблюдается в 84,2-95,2% пятен, то есть, практически во всех кариозных пятнах произошли положительные сдвиги, что свидетельствует об очень высокой эффективности фторидсодержащей зубной пасты.

Вместе с тем, различия в количественных показателях между осмотрами свидетельствуют о подвижности самих изучаемых показателей, и о том, что процессы проницаемости, де- и реминерализации в белых кариозных пятнах весьма подвижны и могут изменяться во времени.

При контролируемой гигиене полости рта негативная частота динамики показателей проницаемости в среднем в 3 раза ниже, чем в группе сравнения и в 1,5-2 раза ниже таковых в группе с неконтролируемой гигиеной полости рта.

Таким образом, проведенные исследования динамики белых кариозных пятен в естественных условиях за 3 года наблюдения и при проведении профилактики с помощью фторидсодержащих зубных паст показали, что проводимая профилактика оказывает выраженное и устойчивое влияние на клиническое состояние белых кариозных пятен и их свойства – проницаемости и де- и реминерализацию. Приведенные данные убедительно свидетельствуют об этом.

В результате проведенных исследований мы пришли к следующим заключениям:

1. Начальный кариес встречается у 35-45 % школьников в возрасте 7-10 лет, в

выраженной форме, с наличием не менее 3-5 белых кариозных пятен, со значительным нарушением проницаемости эмали (около 6,5 баллов).

2. При контролируемой гигиене полости рта с применением фторидсодержащей зубной пасты происходят качественные сдвиги в состоянии белых кариозных пятен: кариес возникает лишь в 4,2% пятен, полное исчезновение окрашенных пятен в течение 2,5 лет наступает почти в половине случаев (45,8%). Не повлияла контролируемая гигиена только на 6,7% кариозных пятен. В 12,6% случаев наблюдалось исчезновение кариозных пятен. В группе с неконтролируемой гигиеной результаты лучше, чем в группе сравнения, но гораздо слабее, чем при *контролируемой гигиене* полости рта.

3. Анализ всех данных показал, что у 70,8% всех белых кариозных пятен с контролируемой гигиеной наблюдались, при всех осмотрах, только положительные сдвиги, причем в 3-ем осмотре у большинства пятен, в то время как в группе сравнения таких пятен было только 10%. Эти сведения подтверждаются и количественными статистическими данными, которые свидетельствуют о том, что реминерализация эмали по показателям проницаемости в этой группе возросла вдвое, тогда как в группе сравнения и тот и другой показатели ухудшились. В группе с неконтролируемой гигиеной полости рта положительные результаты были достигнуты лишь через 2 года.

4. Анализ всех полученных данных в группе сравнения показал, что только отрицательная динамика всех показателей наблюдалась в 35,5% пятен, а отрицательная динамика всех показателей реминерализации - в 52,2% пятен. При кон-

тролируемой гигиене полости рта только отрицательная динамика была лишь в 6,7% пятен. Очевидно, именно в этих пятнах происходят необратимые процессы, и они переходят в поверхностный и средний кариес. У детей с неконтролируемой гигиеной полости рта такие из-

менения всех показателей встречаются в 16,7% пятен проницаемости.

Частота положительной динамики показателей проницаемости выше во всех группах, а в группе с контролируемой гигиеной достигает 100% детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авраамова О.Г. Клинические аспекты профилактики основных стоматологических заболеваний с использованием фторидсодержащих зубных паст // Стоматология для всех. - Т.1. - с. 50-53.
2. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М., 2006. - 416 с.
3. Лукиных Л.М. Восстановление эмали при кариесе в стадии белого пятна на этапах проводимой реминерализующей терапии Труды V съезда Стоматологической Ассоциации России. - М., 2000. - С.67-70.
4. Пахомов Г.Н., Синтез Дж. Л., Леонтьев В.К. и др. Фторидсодержащая зубная паста в интегрированной программе первоочередной стоматологической помощи населению. - М., 2010. - 24с.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy statement on the use of fluoride // *Pediatr. Dent.* - 2004. - Vol. 26. - N7. - P. 28-29.
6. Curnow MM, Pine CM, Burnside G, Nicholson JA, Chesters RK, Huntington E. A randomised controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing in high-caries-risk children. *Caries Res.* 2012 Jul-Aug;36(4):294-300.
7. Ellwood RP, Davies GM, Worthington HV, Blinkhorn AS, Taylor GO, Davies RM. Relationship between area deprivation and the anticaries benefit of an oral health programme providing free fluoride toothpaste to young children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Jun;32(3):159-65.

XÜLASƏ

Flüörtərkibli diş məcunlarının minanın remineralizasiya proseslərinə təsiri.

G.K.Zeynalova

Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq stomatoloqiyası kafedrası

Flüor tərkibli diş məcunlarının ağız boşluğunun gigiyenasında, minada gedən de- və reminerallaşdırma proseslərinə, əsas stomatoloji xəstəliklərinin profilaktikasının öyrənilməsinin aktuallığı danılmazdır. Dişlər və ağız boşluğu toxumalarının vəziyyətinə flüor tərkibli diş məcunlarının təsirinin profilaktik və klinik effektivliyini qiymətləndirmək üçün 7-10 yaşlı 909 şagirdin ilkin stomatoloji statusu öyrənilmişdir

Dişlərin sərt toxumalarına flüor tərkibli diş macunlarının profilaktik təsirinin aşağıdakı mexanizmləri təyin olunmuşdur: demineralizasiya prosesinin profilaktikası və eyni zamanda remineralizasiyanın sürətləndirilməsi ona gətirib çıxarır ki, yeni kariyes halları yaranmır və sağlam dişlər qorunur. Remineralizasiya prosesinin aktivləşdirilməsi nəticəsində kariyesin ilkin formaları dayandırılır ki, ikincili kariyes baş vermir. Bu zaman keçicilik prosesinin əhəmiyyətli normallaşması baş verir, bu da öz növbəsində kariyesin profilaktikasına və ocaqlı demineralizasiyanın sağlmasına səbəb olur.

SUMMARY

Effect fluoride toothpaste in controlled and uncontrolled oral hygiene mouth on the process of remineralization of enamel.

G.K. Zeynalova

Department of childhood dentistry AMU.

Multilateral and pronounced effect of toothpastes on fluoride all key processes in the oral cavity led to their great popularity and effectiveness.

In our republic to the 90s, efficient fluoride toothpaste was not made, so we have no personal experience using toothpaste to prevent major dental diseases. In connection with the our country is important to purchase their own experience fluoride prophylactic use of toothpastes, their clinical detection and preventive actions, especially the influence on various processes in the oral cavity, including the processes of de - and remineralization.

Studies of the dynamics of carious white spots in the wild for 3 years observation and during prophylaxis with fluoride toothpastes showed that current prevention has a significant and sustainable impact on the clinical status of carious white spots and their properties - permeability and de- and remineralization.

Состояние параметров качества жизни у лиц с кариесом зубов

Самедова С.И.

Кафедра ортопедической стоматологии
Азербайджанский Медицинский Университет

Кариес зубов - одна из наиболее актуальных проблем современной стоматологии, представляющих серьёзную угрозу состоянию здоровья населения. По данным ВОЗ, кариес зубов включён в число шести болезней современности [11]. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в Азербайджане и в большинстве стран мира, свидетельствуют о том, что кариес зубов относится к категории наиболее частых стоматологических заболеваний и занимает ведущее место в структуре стоматологической заболеваемости населения [1,2,4,8,9].

Несмотря на разработанные системы профилактики, широкий выбор средств и предметов гигиены полости рта, состояние здоровья полости рта у населения остаётся на низком уровне. В настоящее время для прогнозирования исходов заболевания и оценки эффективности терапии используют показатели оценки качества жизни (КЖ), которые позволяют оценить индивидуальное восприятие пациентом своих функциональных возможностей [3,5]. Изучение литературных данных у нас в республике показало, что научных исследований влияния стоматологических заболеваний на КЖ людей не встречаются.

Целью исследования явилось изучение параметров качества жизни у людей с кариесом зубов и его осложнениями.

Материал и методы исследования. Ис-



следования проведены среди 200 жителей г. Баку с кариесом зубов и его осложнениями. В зависимости от степени тяжести заболевания, по уровню интенсивности поражения, т.е. по показателю КПУ, обследованные были разделены на 3 группы: легкая степень – КПУ 1-4 зубов, средняя – КПУ – 5-10 зубов, тяжелая – КПУ – 11 и более зубов. С легкой степенью кариеса (I группа) было 45 человек, со средней степенью (II группа) – 100 и тяжелой степенью (III группа) – 55 человек. Изучены жалобы больных, данные анамнеза заболевания и жизни, наследственные и профессиональные факторы, сопутствующие заболевания.

Показатели КЖ изучены по Ноттингемской системе (Nottingham Health Profile), которая включает основные параметры жизнедеятельности – физическая активность, энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон и социальная изоляция [6,7,10].

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средних величин и их ошибок. Достоверность различий определяли параметрическими и непараметрическими методами: t-критерий (Стьюдента), χ^2 , U-критерий (Вилкоксона-Манна-Уитни) с использованием специальной программы – Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно проведенному исследованию в среднем на 1 обследованного индекс КПУ

в I группе составил $3,22 \pm 0,29$, во II группе - $6,53 \pm 0,37$, что было достоверно выше показателя в I группе 2,0 раз ($p < 0,001$), в III группе его значение составило в среднем $13,4 \pm 0,39$, что было достоверно выше аналогичной величины у больных I и II группы

ных зубов было достоверно выше количества компонентов «К» и «Р» вместе взятых в 13,0 раз.

Таким образом, у обследованных со средней и тяжелой степенью заболевания констатируется высокий уровень интенсивности

Таблица 1.

Показатель КПУ для обследованного контингента с кариесом и его осложнениями

Группы	Кол-во обслед.	КПУ на одного обсл.	В том числе				
			К	Р	У	Р	П
I	45	$3,22 \pm 0,29$	0,84	0,47	1,36	0,35	0,20
II	100	$6,53 \pm 0,37$ *	0,91	0,42	3,98	0,88	0,34
III	55	$13,4 \pm 0,39$ *,**	0,67	0,20	11,3	0,94	0,32

Примечание: Статистическая достоверность различия значений $p < 0,001$;

* - относительно первой; ** - относительно второй группы

соответственно в 4,2 раз ($p < 0,001$) и в 2,1 раз ($p < 0,001$) (табл.1).

При этом в структуре индекса КПУ в I группе на компонент «К» (кариес) приходилось 0,84 зуба, на компонент «Р» (осложнения кариеса, подлежащие лечению) - 0,47, на компонент «У» (удаленные зубы) - 1,36, на компонент «Р» (осложнения кариеса, подлежащие удалению) - 0,35 и на компонент «П» (пломбированные зубы) - 0,20 зуба. Как видно, компонент «У» незначительно превышал компоненты «К» и «Р» вместе взятые. Во II группе в структуре индекса КПУ на компонент «К» приходилось 0,91, на компонент «Р» - 0,42, на компонент «У» - 3,98, на компонент «Р» - 0,88 и на компонент «П» - 0,34 зуба. В этой группе количество удаленных зубов превышало первые два компонента вместе взятых в 3,0 раз. В структуре индекса КПУ в III группе доля компонента «К» составила 0,67, компонента «Р» - 0,20, компонента «У» - 11,3, компонента «Р» - 0,94 и доля компонента «П» - 0,32 зуба. Количество удален-

кариеса. Помимо этого, соотношение структуры КПУ, т.е. количества кариозных, пломбированных и удаленных зубов, выражало низкий уровень стоматологического здоровья у лиц со средней и тяжелой степенью кариеса.

Результаты проведенного анализа параметров КЖ представлены в табл.2, согласно которой в I группе влияние заболевания на энергичность отмечена у 5 (11,1%), во II группе - у 23 (23,0%) и в III группе - у 36 (65,6%) обследованных. Средние значения энергичности в I группе составили $0,16 \pm 0,07$, во II группе - $0,26 \pm 0,05$ и в III группе - $0,69 \pm 0,073$ балла, что достоверно превышало средние величины первых двух групп ($p < 0,001$).

Болевые ощущения, оцениваемые 8 баллами, отмечали 2 (3,6%) обследованных III группы. Уровень болевых ощущений, оцененный в 1 балл, в I и II группе обследования практически не отличался - 22,2 и 23,0% случаев соответственно. У лиц III группы отмечалось его достоверное повышение в

сравнении с I группой. Средний балл наличия болевых ощущений у обследованных III группы достоверно превышал аналогичный показатель в I и во II группах, соответственно в 2,6 ($p<0,001$) и в 3,0 раз ($p<0,001$).

Известно, что эмоции - это переживание человеком своего личного отношения к тем или иным явлениям окружающей действительности, а в данном случае к имеющемуся кариесу зубов.

Как видно из табл.2, число обследованных по шкале эмоциональные реакции с оценкой

2 балла и более в III группе в сравнении с I и II группами встречалось соответственно на 46,5% и 45,9% чаще ($p<0,001$). Эмоциональные реакции, оцененные как 1 балл, также чаще отмечены пациентами III группы. Число лиц с этим показателем в III группе достоверно превысило таковых в I группе на 20,2% ($p<0,05$) и во II группе - на 19,1% ($p<0,05$).

Таблица 2.

Показатели качества жизни у обследованных с кариесом и его осложнениями

Критерии оценки		Группы		
I		II	III	
Энергичность	Выше 0	5 (11,1%)	23 (23,0%)	36 (65,6%)*,**
	Ср. балл	0,16±0,071	0,26±0,050	0,69±0,073*,**
Болевые ощущения	8 баллов	0	0	2 (3,64%)
	1 балл	10 (22,2%)	23 (23%)	22 (40,0%) *
	Ср. балл	0,33±0,095	0,29±0,057	0,87±0,212 *,**
Эмоциональные реакции	2 балла и более	2 (4,4%)	5 (5%)	28 (50,9%)*,**
	1 балл	13 (28,9%)	39 (30%)	27 (49,1%)*,**
	Ср. балл	0,37±0,086	0,42±0,067	1,6±0,096*,**
Сон	Более 2-х баллов	2 (4,4%)	6 (6%)	9 (6,4%)*
	Ср. балл	0,57±0,137	0,52±0,098	1,04±0,178*,**
Социальная изоляция	3 балла и выше	4 (8,9%)	9 (9%)	11 (20%)*
	1-2 балла	5 (11,1%)	2 (12%)	17 (30,9%)*,**
	Ср. балл	0,53±0,170	0,51±0,118	1,15±0,208*,**
Физическая активность	8 баллов	3 (6,67%)	5 (5%)	8 (14,5%)*
	1 балл	3 (6,657%)	7 (7%)	14 (25,4%)*,**
	Ср. балл	0,96±0,306	1,14±0,218	2,53±0,424*,**
Состояние здоровья	3 балла и выше	12 (26,7%;)	27 (27%)	28 (50,9%)*,**
	1-2 балла	10 (22,2%)	33 (33%)	25 (45,4%)*,**
	Ср. балл	1,36±0,244	1,64±0,178	2,44±0,251*,**
Общая оценка	Выше 30 баллов	0	3 (3%)	4 (7,3%)
	20-30 баллов	0	4 (4%)	9 (16,4%)*,**
	Ср. балл	4,29±0,739	4,78±0,719	10,31±1,327*,**

Примечание: Статистическая достоверность различия значений $p<0,05$ - 0,001;

* - относительно первой; ** - относительно второй группы

Показатель среднего балла увеличивался соответственно степени тяжести кариеса. Так, у лиц I группы средний балл, как видно из данных табл. 2, составил 0,37±0,086, во II

группе он уже равнялся $0,42 \pm 0,067$, а в III группе составил $1,60 \pm 0,096$, что было достоверно выше показателей I и II группы в 4,3 и 3,8 раз ($p < 0,001$) соответственно.

Сон, являясь одной из жизненно необходимых функций организма, считается одним из важных параметров КЖ. В процессе исследования установлено, что средний балл по шкале «сон» у лиц I группы составил $0,57 \pm 0,137$, у лиц II группы отмечается его незначительное снижение - $0,52 \pm 0,098$, и в III группе средний балл был выше, чем у обследованных с легкой и средней степенью кариеса, т.е. I и II группы, причем разница почти не отличалась. Так, средний балл по этому показателю КЖ у больных с тяжелой формой был достоверно выше показателя I и II группы соответственно в 1,8 и 2,0 раз ($p < 0,001$).

Исследования по шкале «социальная изоляция» показали, что чем тяжелее степень кариеса, тем выше баллы. По данной шкале 3 балла и выше отмечено в 8,9 и 9,0% случаев соответственно у лиц с легкой (I группа) и средней степенью (II группа) кариеса. При этом у лиц с тяжелой степенью социальная изоляция, оцениваемая в 3 и выше, отмечена в 20,0% случаев. Показатель «социальная изоляция» оцениваемая в 1-2 балла, наблюдался у 11,1% лиц с легкой степенью кариеса, у 12,0% - со средней степенью и у 30,9% лиц с тяжелой степенью заболевания. Определение среднего балла позволило выявить, что его величина у лиц с тяжелой степенью превышала таковую у лиц легкой и средней степенью кариеса в 2,2 раз ($p < 0,05$), соответственно.

Оценивая полученные данные по шкале «физическая активность» выявлено, что в I группе 3 (6,67%) обследованных оценили

влияние заболевания на свою физическую активность в 8 баллов и 3 (6,67%) - в 1 балл. Во II группе 5 (5,0%) пациентов оценили это влияние на свою физическую активность в 8, а 7 (7,0%) - в 1 балл. В III группе число лиц с 8 баллами составило 14,5% (8 человек), с 1 баллом - 25,4% (14 человек). Средний балл по этому показателю КЖ имел максимальное значение в III группе обследованных, причем он был достоверно выше показателя в I и II группе соответственно в 2,6 ($p < 0,01$) и 2,2 раз ($p < 0,05$).

Седьмой шкалой исследования КЖ была шкала общего состояния здоровья. С помощью этой шкалы было оценено состояние здоровья пациентов в момент анкетирования. Согласно Ноттингемскому профилю здоровья, чем выше показатель, тем хуже состояние здоровья [5,7]. Исследование КЖ по данной шкале выявило, что данный параметр у лиц с тяжелой степенью кариеса существенно выше, чем у лиц с легкой и средней степенью заболевания. Анализ заполненных больными анкет показал, что 3 балла и выше получено у 15,8% лиц I группы, у 25,0% - II группы, тогда как в III группе такие баллы были у 62,2% обследованных. Число случаев состояния здоровья, оцененное в 1-2 балла, также увеличивалось от легкой степени к тяжелой - от 11,6% случаев в I группе к 17,6% во II группе и до 32,4% случаев в III группе. Полученный средний балл, также как и в предыдущих параметрах КЖ, был достоверно высоким у лиц с тяжелой степенью, что в среднем было в 3,2 раз ($p < 0,01$) больше, чем у лиц I группы и в 2,1 раз больше ($p < 0,05$), чем у пациентов II группы.

Подводя итог полученным результатам анкетирования, была дана общая оценка, которая показала, что у лиц I группы, т.е. с

легкой степенью кариеса, наилучшее КЖ, в сравнении с лицами средней и особенно тяжелой степенью. Об этом свидетельствовал показатель «0» в графе выше 30 баллов и 20-30 баллов. Во II группе в 7,35% случаев отмечалась оценка выше 30 баллов, а в III группе – в 48,7% случаев. Общая оценка показателя 20-30 баллов во II группе отмечалась у 13,2%, в III группе – у 18,9% обследованных. Величина среднего балла также показала лучшее КЖ у лиц с легкой степенью кариеса, у которых этот показатель был минимальным – $4,4 \pm 0,69$. По мере утяжеления заболевания средний балл увеличивался и у

лиц со средней степенью кариеса его средний уровень достиг $7,4 \pm 1,25$, и максимальное значение его наблюдалось у больных с тяжелой степенью кариеса – $23,2 \pm 1,79$, что было статистически достоверно с показателем первых двух групп ($p < 0,01$).

Следовательно, изучение КЖ у лиц с различными формами кариеса позволило отметить, что с утяжелением кариозного процесса КЖ ухудшается. Особенно это отражалось на таких показателях КЖ как энергичность, болевые ощущения, физическая активность, состояние здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской республики: Автореф. дисс. ...докт.мед.наук. М., 2001, 43 с.
2. Пашаев А.Ч. Эпидемиология кариеса зубов у населения Азербайджана // Институт стоматологии, 2009, №2(43), с. 16-17.
3. Гуревич К.Г., Барер Г.М., Фабрикант Е.Г., Смирнягина В.В. Качество жизни - новое гуманистическое направление в медицине // CATHEDRA, 2006, Т.5 №2, с.62-64.
4. Baelum V., van Palenstein Helderman W., Hugoson A. et al. Global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry // J Oral Rehabil., 2007, v. 34, p.872-906.
5. Froberg D.G., Kane R.I. Methodology for Measuring Health –State Preferences – IY: Progress and a Research Agenda // J. Clinic Epidemiol., 1989, v.42, No7, p.675-685.
6. Gradella C.M.F., Bernabé E., Bönecker M., Oliveira L.B. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2- to 4-year-old children // Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2011, v.39, Issue 6, p.498–504.
7. O'Brien B.J., Banner N.R., Gibson S. et al. The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life following combined heart and lung transplantation // J. of Epidemiol. and Community Health, 1988, v.42, No3, p.232-234.
8. Pizzo G., Piscopo M.R., Pizzo I., Giuliana G. Community water fluoridation and caries prevention: a critical review // Clin Oral Invest, 2007, v.11, p.189-193.
9. Topaloglu-Ak A., Eden E., Frencken J.E. Managing dental caries in children in Turkey - a discussion paper // BMC Oral Health, 2009, v.9, p.32-38.
10. Ware J. E. Standarts for validating health measures: definition and content // J. Chron. Dis., 1987, v.40, No6, p.473-480.
11. World Health Organization: Oral Health Surveys. Basic Methods. Geneva: WHO, 1997.

XÜLASƏ

Kariyesi olan şəxslərdə həyat keyfiyyəti parametrlərinin vəziyyəti

Səmədova S.İ.

ATU-nun Ortopedik stomatologiya kafedrası

Həyat keyfiyyəti parametrləri öyrənmək üçün diş kariyesi və onun ağırlaşmaları ilə olan 200 nəfər müayinədən keçdi. Xəstəliyin ağırlığından asılı olaraq intensivliyin səviyyəsi 3 qrupa ayrıldı: yüngül, orta, ağır. Həyat keyfiyyəti Nottingham sistemi ilə araşdırıldı. Kariyesin yüngül formasıyla olan xəstələrdə ən yaxşı həyat keyfiyyətinin göstəriciləri müşahidə olundu.

SUMMARY

Parameters of quality of life for persons with dental caries

Samadova S.I.

Prosthodontic dentistry department of AMU

In order to study the parameters of quality of life (QOL) surveyed 200 individuals with dental caries and its complications. Depending on the severity of the disease, the level of intensity of the lesion patients were divided into 3 groups: mild, moderate, severe. QOL was studied with the Nottingham system. According to the study in patients with mild form of caries observed best QOL compared with those of medium and especially severe form.



19 -ый Международный Стоматологический Конгресс TDB

CAUCASIAN DENTAL NEWS № 18 2012



*идёт заседание слева направо: Президент Стоматологической Ассоциации
Боснии и Герцеговины проф. Меди Ганибегович,
Президент Азербайджанской Стоматологической Ассоциации проф. Алиева Р.К.,
Президент Албанской Стоматологической Ассоциации Доржан Хуси*

С 31 мая по 2 июня 2012 года в Анкаре состоялся 19-ый Международный Конгресс Стоматологической Ассоциации Турции, проходивший под эгидой FDI и ERO.

До начала Конгресса прошли заседания руководства Ассоциации, обсудившие волнующие медицинскую общественность вопросы: Основы медицинского права, Закон о здоровье, Ответственность за обеспечение стоматологов, Ответственность зубных врачей и другие.

В рамках Международного Конгресса состоялся 2-ой Митинг соседних стран по выработке единой платформы (Neighboring Countries Dental Associations Collaboration Platform). На этом митинге присутствовали руководители Стоматологических Ассоциаций 15 стран: Албании, Азербайджана, Боснии-Герцеговины, Болгарии, Грузии, Палестины, Ирака, Северного Кипра, Киргизии, Косово, Словении, Египта, Узбекистана, Иордании



после окончания работы фото на память

и Туниса. Участники митинга решили объединить свои усилия и все свои журналы, статьи, материалы научных собраний размещать на выработанной платформой веб-странице. Платформа и далее будет продолжать свою работу.

Участники митинга выработали стратегию подготовительных работ для организации и

успешного проведения 101-го Конгресса FDI (Istanbul Annual World Dental Congress FDI), который будет проходить в августе 2013 года под эгидой Bridging Continents for Global Oral Health.

Сабина Алиева



во время церемонии открытия слева направо: Президент Узбекской Стоматологической Ассоциации проф. Нигматов Р.Н., Президент Азербайджанской Стоматологической Ассоциации проф. Алиева Р.К., Президент Кыргызской Стоматологической Ассоциации проф. Юлдашев И.М., проф. Калбаев А.А., Президент Грузинской Стоматологической Ассоциации проф. Маргвелашвили В.

Distal dişləm anomaliyası və onun müalicə dövrü

Əliyeva R.Q., Novruzov Z.H., Saniç K.B.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq Stomatologiyası kafedrası



Əhali arasında distal dişləm anomaliyası (II sinif anomaliya) çox geniş yayılmışdır (1). Belə anomaliyalı uşaqların inkişaf xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi və ortodontik müalicə taktikalarının genişlənməsi, anatomik, funksional və estetik əksikliklərin aradan qaldırılmasına imkan yaradır.

Distal dişləm anomaliyaları mənşəyinə görə 3 qrupa ayrılır: diş, skelet və funksiya mənşəlilər. Diş mənşəlilər Angle təsnifatına görə 2 qrupa ayrılır: II sinif I yarım sinif və II sinif II yarım sinif. Skelet mənşəli distal dişləm 3 qrupa ayrılır: maksilla, mandibula mənşəli və kombinasi olunmuşlar. II sinif, I və II yarım sinif anomaliyaların hər ikisində molyar dişlərdə II sinif əlaqəsi olur. Bunlar kəsici dişlər arasındakı əlaqə ilə bir-birlərindən fərqlənilir. Belə ki, I yarım sinifdə kəsici dişlər arasında artmış overjet məsafəsi varkən, II yarım sinifdə azalmış overjet və artmış overbite müşahidə edilir. Skelet mənşəli distal dişləm isə ANB bucağının qiymətlərinə əsasən təsnif edilir. Normal fərdlərdə ANB bucağı 0° - 4° arasında olmalıdır.

Bucağın 4° -dən böyük olması sümük mənşəli distal dişləmə dəlalət edir. ANB bucağının böyüməsi əgər SNA bucağının böyüməsindən qaynaqlanırsa maksilyar mənşəli distal dişləm, SNB bucağının kiçilməsindən qaynaqlanırsa mandibulyar mənşəli distal dişləm, hər iki bucağın dəyişməsindən qaynaqlanırsa kombinasi olunmuş distal dişləm adlandırılır (2).

Anomaliyaların ortodontik müalicəsində effektiv nəticə alınmasına, onun etiologiya və patogenezi ilə yanaşı, müalicəyə başlama vaxtı da əhəmiyyətli təsir edir.

Ədəbiyyatda distal dişləm anomaliyasının müalicəsinə hansı yaşlarda başlamağın daha effektiv bir nəticə verməsi ilə əlaqəli elmi diskussiyalar mövcuddur. Ümumi fikir isə, kiçik yaşlarda başlanan müalicələrin daha yaxşı nəticə verməsidir. Amma daha yeni tədqiqatlara əsasən həddi-büluğ zamanı, inkişafın sıçrayış mərhələsində başlanan müalicələrdə daha qısa müddətdə və daha yaxşı nəticə alındığı məlum olmuşdur (3, 4).

Distal dişləm anomaliyaları çox hallar-

da alt çənə mənşəli olduğu bilinir (5, 6, 7, 8). Alt çənə mənşəli distal dişləm anomaliyalarının müalicəsində miofunksional müalicə metodu geniş istifadə olunur. Bu metodla aparılan müalicənin əsas hissəsi əzələlər tərəfindən həyata keçirilir. Rəqərsə görə, əzələlər canlı ortodontik aparatlardır və hətta bu aparatlar istifadə olunaraq aparılmış müalicələrdə residiv təhlükəsi yoxdur (9).

Funksional müalicə fəlsəfəsində; çeynəmə, dil, yanaq və dodaq əzələlərinin funksiyalarından və tonus dəyişikliklərindən yaranan əzələ qüvvələri, funksional aparatlarla çənə sümüklerine ötürülür. Mandibula inkişafı zəif olan fərdlərdə xüsusi aparatla alt çənənin önə inkişafını sürətləndirmək üçün, alt çənə məcburi öndə tutulur. Bu zaman, xəstədə bayır qanadabənzər əzələ xaric, digər bütün çeynəmə əzələləri gərginləşir. Əvvəlki tonuslarına qayıtmağa çalışan əzələlər, alt çənəyə, funksional aparata və dolayısı ilə də üst çənə dişlərinə və alveol sümüyünə distal istiqamətdə qüvvə ilə təsir edirlər. Nəticə olaraq maksillanın önə inkişafının qarşısı alınır, mandibulanın isə önə inkişafı sürətlənir (alt çənə oynaq başı, oynaq çuxurunda öndə yerləşdiyi üçün, arxa istiqamətdə sümük inkişafının artması hesabına). Yəni maksilla və mandibula arasındakı uyğunsuzluq həm skelet, həm də dentoalveolyar səviyyədə düzəlir.

Funksional aparatlarla aparılan müalicələrdə aparat passiv, əzələlər isə aktivdir. Funksional müalicələrdə həm sagital, həm də vertikal istiqamətdə maksillo-mandibulyar əlaqəni tənzimləmək üçün təklif edilmiş xüsusi aparatlar istifadə olunur ki, bunlar da "aktivator" adlandırılır. 1930-cu illərdən bəri funksional aparatlar istifadə olunurlar. Olduqca uzun bir zamanda istifadə olunduqlarına görə bu

aparatların istifadəsi, tətbiq olunması və təsirləri haqqında çox sayda elmi nəşrlər vardır (10, 11, 12, 13, 14, 15).

Yumşaq toxuma, skelet və funksiyanın inkişafı müəyyən qaydalar çərçivəsində olur. Bu inkişaf «Funksional matriks» nəzəriyyəsi ilə izah edilmişdir. Bu nəzəriyyəyə görə, skelet toxuması bəzən normal böyümə inkişaf üçün məqbul potensiala sahib olmaya bilər və bu zaman funksional bir qıcıqlandırıcıya ehtiyac vardır (2).

Funksional aparatlarla *müalicəyə başlama vaxtı* çox əhəmiyyətlidir. Bu aparatlar böyümə və inkişaf dövründə istifadə olunurlar. Bəzi tədqiqatçılar, böyümə və inkişafın bitməsinə daha yaxın dövrlərə üstünlük verirlər (16). Əgər xəstə aparatı istifadə edə bilərsə, müalicəyə daha tez də başlamaq olar. Belə müalicələrdə çənə adaptasiyası və alveolyar sümük formalaşması (remodelling) bir neçə həftə və ya bir neçə ay sonra başlayır. Bu 12-13 yaşlarındakı uşaqlarda daha qısa müddətdə olur (17).

Ümumilikdə distal dişləm anomaliyasının müalicəsinə nə zaman başlanılması haqqında əsas iki elmi cərəyan mövcuddur. Bunlardan birincisi müalicənin həddi-bülüğdən əvvəl (8-11 yaş) həyata keçirilməsidir. Bu yaşlarda aparılan müalicədə, üst və alt molyar dişlər arası əlaqənin, üst və alt kəsici dişlər arasındakı sagital məsafənin (overjet), üst və alt kəsici dişlər arasındakı vertikal məsafənin (overbite) və kəsici dişlərin sırasının düzəldilməsinə çalışılır (17, 18). Bir müddət sonra ideal okklüziya yaratmaq üçün təkrar bir müdaxiləyə ehtiyac olur. İkinci elmi cərəyan isə müalicənin həddi bülüğ vaxtı aparılması və tək bir müdaxilə ilə başa çatdırılmasıdır (17).

Bəzi alimlərin fikrincə, əgər müalicə zamanı xəstənin böyümə və inkişaf potensialından

yararlanılacaqsa mümkün qədər kiçik yaşlarda müalicəyə başlamaq lazımdır (19). Amma kiçik yaşlarda başlanılan müalicədə xəstənin həddi bəluğ mərhələsinə qədər nəzarətdə saxlanması lazım olur ki, bu da müalicənin uzanması deməkdir (20-22).

Melver funksional müalicəyə, qızlarda 10-11, oğlanlarda 11-12 yaşlarında başlamağı məqsədə uyğun hesab etmişdir (23).

Grabərə görə müalicəyə nə zaman başlanacağına qərar verərkən, çənələr arası əlaqə, diş qövsləri anomaliyaları, sümükləşmə mərhələsi, yaş və cinsiyyət kimi faktorları nəzərə almaq lazımdır (24). Dolayısıyla dəqiq hansısa yaşın müalicəyə başlamaq üçün ideal yaş kimi göstərilməsi çətindir. Bu fərdi xüsusiyyət daşıyır.

Distal dişləmin ortodontik və ya ortopedik müalicələrinin həddi-bəluğ dövründə daha yaxşı nəticə verməsinə səbəb bunlardır (17):

1. Gənclərdə kraniofasial kompleks toxumaları, adaptiv dəyişikliklərə daha uyğundur.

2. Bu yaşlarda pasiyentin ortodontik aparata uyğunlaşması böyüklərə görə daha asan olur.

Eksperimental təcrübələr göstərmişdir ki, çənə ortopediyası və ağızıxarici qüvvələr həm gənc, həm də yetkinlik dövründə əhəmiyyətli kraniofasial dəyişikliklərə səbəb olur (15). Ancaq bu tədqiqatda da gənc heyvanlarda əmələ gələn dəyişikliklərin, yetkinlərlə müqayisə edildiyi zaman daha çox olduğu müşahidə edilmişdir. Burada təsirli ola biləcək faktorlar qısa olaraq aşağıdakı kimi verilmişdir:

1. Sümük daha az minerallaşmışdır, bu səbəbdən asan deformasiyaya məruz qalır.

2. Sütürə və bağlar prekursor hüceyrələrlə daha zəngindir, bu səbəbdən daha sürətli bioloji nəticə alınır.

3. Böyüməkdə olan toxumalar, böyüməkdə olmayan toxumalara nisbətən ortopedik qüvvələrdən daha çox təsirlənirlər.

Bu faktorlara görə böyümənin ən sürətli dövründə funksional aparatlar ən gözəl təsir göstərir (17).

Björkə görə, aktivatorun ən çox təsirli olduğu dövr süd dişləm (4-7 yaş) və qarışıq dişləm (8-12 yaş) dövrüdür. Başlanğıc daimi dişləm dövründə alveol çıxıntının inkişafı digər dövrlərdən çox olduğu üçün skelet cavabı daha az alınır (17).

Arat və b. 20 qız və 21 oğlan olmaqla aktivator-Hg kombinasiyasıyla müalicə edilmiş distal dişləm anomaliyalı fərdlər üzərində apardıqları tədqiqatda: 1-ci Erkən dövr, 2-ci həddi-bəluğ öncəsi, 3-cü həddi-bəluğ və 4-cü həddi-bəluğ sonrası dövrlərində müalicə zamanı əmələ gələn dəyişikliklər statistik olaraq dürust əhəmiyyətli olmuşdur. Bu da həddi-bəluğ sonrası dövrlərdə də funksional müalicəyə cavab alınmasının mümkün olduğunu göstərir (25).

Gugino isə «müalicəyə nə qədər tez başlasanız üz quruluşunu ideal təsəvvürlərinizə o qədər uyğunlaşdırarsınız. Gec başlasanız, təsəvvürlərinizi yaranmış üz quruluşuna uyğunlaşdırmaq məcburiyyətində qalacaqsınız» deyərək erkən yaşlarda müalicəyə başlamağı məqsədə uyğun hesab etmişdir (26).

Elmi ədəbiyyatdan gördüyümüz kimi distal dişləmin funksiyonal müalicəsinə həddi-bəluğdan əvvəl və həddi-bəluğ zamanı başlamaq daha effektivdir. Həddi-bəluğ zamanı tətbiq edilən funksional müalicə ilə alt çənə böyüməsində effektiv dəyişiklik yarandığı məlumdur. Bu səbəbdən funksional aparatların ən gözəl təsiri böyümənin ən sürətli olduğu vaxtdır.

II sinif anomaliyaların müalicəsində istifadə olunan funksional aparatların aşağıdakı 8 təsir

mexanizması vasitəsilə anomaliyanı düzəltdiyi müəyyən edilmişdir (27):

1. Dento-alveolyar dəyişiklər (maksilyar dentoalveolyar hissənin mezial və vertikal inkişafının zəifləməsi, mandibulyar dentoalveolyar hissənin mezial və vertikal inkişafının sürətləndirilməsi),

2. Üzün orta hissəsinin önə inkişafının zəiflədilməsi,

3. Yeniyetmələrdə mandibulanın önə doğru daha çox böyüməsini təmin etmək,

4. Oynaq qığırdağında böyümənin stimulyasiyası və önə olan qığırdaq inkişafının arxaya istiqamətləndirilməsi,

5. Çənə şəxəsinin arxa kənarında yeni sümük yaranması (appozisiya),

6. Mandibula inkişaf istiqamətini önə aşağıdan, sadəcə önə doğru istiqamətləndirilməsi,

7. Anatomik və funksional dəyişiklik əmələ gəlməsi və bunun da sümüyün yenidən qurulmasına (remodelling) səbəb olması,

8. Oynaq çuxurunda adaptativ dəyişikliklər və çuxurun önə yerdəyişməsi.

Ancaq tədqiqatlarda, anomaliyaların düzəlməsində ən çox payı olan amilin mandibulyar böyümə olduğu sübuta yetirilmişdir. Bu səbəbdəndir ki, hətta heyvanlar üzərində aparılacaq tədqiqatlar üçün belə mandibulanın pozisiyasını dəyişdirəcək aparatlar təklif edilmişdir (13, 28).

DeVincenzo öz tədqiqatında funksional aparatla müalicə etdiyi 47 xəstəni kontrol qrupu ilə müqayisə etmişdir (29). Müalicə qrupunda birinci ildəki mandibula uzunluğundakı artma, kontrol qrupundan 2 dəfə çox olmuşdur. Müalicədən sonrakı 2 və 3-cü illərdə də bu artma əhəmiyyətli olmuşdur. Ancaq 4-cü ildə isə, müalicə və kontrol qrupları arasında böyümə baxımdan statistik əhəmiyyətli

fərq olmamışdır. Bu, funksional müalicənin mandibula böyüməsini sürətləndirdiyi, ancaq böyümə başa çatdıqdan sonrakı mandibula ölçüsü üçün genetikdə nəzərdə tutulan mandibula ölçüsünə əlavə bir təsir etmədiyini göstərir.

Funksional aparatlar bir çox malokklüziya müalicəsində istifadə olunurlar. Ancaq II sinif malokklüziyalarda daha gözəl nəticələr əldə edilir. Bundan əlavə, funksional aparatlar bəzi zərərli vərdişlərin dayandırılmasında (barmaq və dodaq əmmə) və ağızdan nəfəs alma kimi oral disfunksiyalarda istifadə olunurlar.

Funksional aparatlarla aparılan müalicəyə təsir edən faktorlar bunlardır (27):

1. Xəstə nizam-intizamı (xəstənin aparatı gündə istifadə etmə vaxtı): uşaqlarda aparılan funksional müalicə nəticəsinə təsir edən faktorlardan biri xəstə nizam-intizamıdır.

2. İstifadə olunma qrafiki: bəzi müəlliflər funksional aparatları sadəcə gecələr, digərləri isə 24 saat istifadə etməyi təklif edirlər (yemək vaxtı istisna olmaqla). Residiv olmaması üçün 24 saat istifadə olunması lazımdır. Bu sümük əmələ gəlməsi və hormonal aktivləşmənin uyğunluğuyla əlaqəlidir.

3. Mandibula böyüməsinin kontrolu: ortodontik müalicə aparılan xəstədə, mandibula böyüməsi daha böyük yaşlara qədər davam edə bilər. Mandibula böyüməsinin müalicə bitdikdən sonra da davam etməsi residivə yol açar.

4. Müalicəyə başlamaq üçün düzgün vaxt seçilməsi: mandibulanın dalğavari formada böyüməsi bilinir. Yəni sürətli böyümə və zəif böyümə mərhələləri bir-birini təqib edirlər. Əgər ortodontik müalicə zəif böyümə dövründə aparılarsa, müalicənin effekti zəif olacaq.

5. Diaqnoz: Bütün anomaliyalarda olduğu kimi burada da düzgün diaqnoz çox əhəmiyyətlidir. Məsələn, III sinif anomaliyalı

xəstə, mandibulanın aşağı və arxa istiqamətdə rotasiyasıyla II sinif anomaliya kimi görünə bilər. Bu halda anomaliyanı düzəltmək üçün II sinif aktivatoruyla müalicəyə başlanılsa müvəffəqiyyətsizlik qaçılmaz olar. Bəzi hallarda ortoqnatik cərrahiyyəyə ehtiyac olur. Belə hallarda xəstəni funksional aparatlarla müalicəyə məcbur etmənin bir mənası yoxdur.

6. Üz hündürlüyünün kontrolu: alt ön üz hündürlüyü artmış olan xəstələrdə funksional aparatlarla müalicə aparılması risklidir. Çünki, belə hallarda mandibulanın premolyar və molyar dişlər nahiyyəsində vertikal inkişafı təmin etmək üçün akril hissədə aparılan aşındırmalar səbəbilə, mandibulada əmələ gələn arxa-aşağı rotasiya vəziyyəti daha da ağırlaşdırma bilər.

Nəticə. Göründüyü kimi elmi ədəbiyyatda distal dişləm anomaliyasının müalicəyə başlanma vaxtı ilə əlaqəli fərqli fikirlər vardır. Dəqiq hansı yaşın müalicəyə başlamaq üçün ideal yaş kimi göstərilməsi çox çətindir. Bu fərdi xüsusiyyət daşıyır. Yəni, xəstədə çənələr arası əlaqə, diş qövsləri arası əlaqə pozğunluqları, anomaliyanın diş və ya sümük mənşəli olması, sümükləşmə mərhələsi və cinsiyyət kimi faktorları nəzərə alaraq buna qərar vermək məqsədə uyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Qarayev Z.İ. Üz-çənə anomaliyalarının genetik aspektləri. Bakı. 'Təbib'. 1997
2. Ülgen M. Ortodontik tedavi prensipleri. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Yayınları, 1999; Ankara
3. Gianelly A.A (1995) One-phase versus two-phase treatment, Am J Orthod Dentofacial Orthop, 108, 556-9
4. Mills M.C and McCulloch K.J. (2000) Posttreatment changes after successful correction of Class II malocclusions with the Twin-Block appliance, Am J Orthod Dentofacial Orthop, 118, 24-33
5. McNamara J.A. (1982). On the Fränkel appliance. Part I. Biological basis and appliance design. J. Clin. Orthod. 16: 320-37.
6. Tümer N. and Gültan A.S. (1999) Comparison of the effects of monoblock and Twin-Block appliances on the skeletal and dentoalveolar structures, Am J Orthod Dentofacial Orthop, 116, 460-8
7. Chang H.F., Wu K.M., Chen K.C. (1989). Effects of activator treatment on Class II, division 1 malocclusion. J. Clin. Orthod. 6: 560-63
8. Türkkahraman H, Sayın M.Ö. (2006) Effect of activator and activator headgear treatment: comparison with untreated Class II subjects, European Journal of Orthodontics, 28, 27-34
9. Rogers A.P. (1939). Evolution, development and application of myofunctional therapy in orthodontics. Am. J. Orthod. Oral. Surg. 25: 1-19. Alınmıştır: JOSEPH, R.V. (1973). The european activator: Its basis and use. Am. J. Orthod. 53: 561-580
10. Frankel R (1969) The treatment of Class II division 1 malocclusion with functional correctors, American Journal of Orthodontics, 2, 65-75
11. Pancherz H (2003) History, Background and Development of the Herbst Appliance, Seminars in Orthodontics, 2003, 9, No 1 (March), 3-11
12. Altuğ, Z., Bayazit, Z., İşeri, H., Gögen, H. (1989). Aktivatör+Oksipital Headgear uygulanan vakalarda yüzün dik yön boyutlarında meydana gelen değişikliklerin incelenmesi. Türk Ortodonti Dergisi 2: 254-60.
13. Bishara, S.E., Ziaja, R.R. (1989). Functional appliances: A review. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 95: 250-8
14. Özdiler, E. (1991). Fonksiyonel tedavinin mandibuler kondilin ön-arka yön konumuna etkisi. Türk Ortodonti Dergisi 4: 55-64
15. Jean, Y., Chen, Leslie A.W., Richard N. (2002). Analyzis of efficacy of functional appliances on mandibular growth. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 122: 470-6
16. Hotz, R.P. (1970). Application and appliance manipulation of functional forces. Am. J. Orthod. 58: 459-478.
17. King, G.J., Keeling, S.D., Hovevar, R.A., Wheeler, T.T. (1989). The timing of treatment for Class II malocclusions in children: a literature review. Angle Orthod. 60: 87-96.

18. Ricketts, R.M. (1952). A Study of Change in Temporomandibular Relations Associated with the Treatment of Class II Malocclusion. *Am. J. Orthod.* 38: 918-933
19. West EE (1957) Analysis of early Class II Div 1 treatment, *Am J Orthod*, 1957, 43, 769.
20. Coben SE (1971) The biology of class II treatment, *Am J Orthod*, 1971, 59, 470.
21. Faubion BH (1971) Treatment analysis and diagnosis: A review of the literature, *Am J Orthod*, 1966, 52, 103.
22. Kessel SP (1973) The rationale of maxillary premolar extraction only in Class II therapy, *Am J Orthod*, 1973, 49, 276.
23. McIver LW (1971) Five steps to better treatment in Class II treatment, *Am J Orthod*, 1971, 48, 175c
24. Graber TM, Vanarsdall RL, Vig KWL (2005) *Orthodontics current principles and techniques*, 2005, Elsevier Inc.
25. Arat, M., Iseri, H., Özdiler, E., Gürbüz, F. (1988). Zeitfaktor bei funktioneller Behandlung der skelettalen Klasse II. *Inf. Kieferorthop.* 3: 363-76
26. Manav, O. (1999). Sınıf II, bölüm 1 malokluzyonların tedavisinde fonksiyonel aparey ve sınıf II elastik uygulamasının stomatognatik sisteme etkilerinin karşılaştırılması. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara.
27. Woodside, D.G. (1998). Do functional appliance have an orthopedic effect? *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 113: 11-13
28. Rabie, A.B., She, T.T., Urban, H. (2003). Functional appliance therapy accelerates and enhances condylar growth. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 123: 40-8
29. Devincenzo, J.P. (1991). Changes in mandibular length before, during, and after successful orthopedic correction of Class II malocclusions, using a functional appliance. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 99: 241-257

РЕЗЮМЕ

Дистальный прикус и время его лечения.

Алиева Р.К., Новрузов З.Г., Саныч К.Б.

Кафедра стоматологии детского возраста Азербайджанского Медицинского Университета.

В научной литературе продолжают дебаты по поводу возраста проведения лечения дистального прикуса. Эффективность лечения, начатого в том или ином возрасте в каждом конкретном случае носит индивидуальный характер. Для принятия правильного решения в данном вопросе и для достижения весомого результата лечения дистального прикуса необходимо учитывать такие факторы как, тяжесть патологии, имеет ли место скелетная или зубная форма аномалии, возраст и пол больного.

SUMMARY

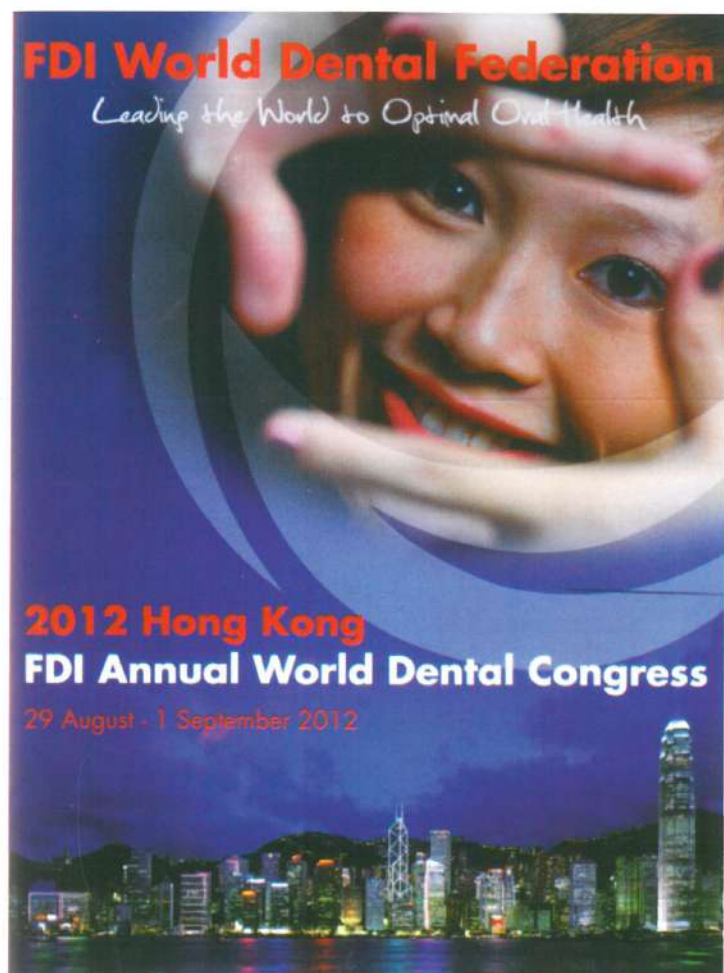
Distal malocclusion and time of treatment.

Alieva R.G., Novruzov Z.G., Sanich K.B.

Azerbaijan Medical University. Pediatric dentistry department.

Discuss about the time of beginning of treatment of distal bite is continued in scientific literature. Effectiveness of treatment is begun at different ages for each case has individual character. For finding true way in this situation and effective treatment of distal bite it is important to keep in mind such factors as severity of pathology, skeletal or dental form of disease, age and sex of patient.

Юбилейный 100-ый Конгресс FDI



FDI World Dental Federation

Leading the World to Optimal Oral Health

**2012 Hong Kong
FDI Annual World Dental Congress**

29 August - 1 September 2012

Юбилейный 100-ый Конгресс Всемирной Федерации Стоматологов FDI состоялся на изумрудном побережье Южно-Китайского моря, в окружении высоких гор и бурной растительности. Центром мировой стоматологии в 2012 году был Гонг Конг- Сянган, как он теперь называется после фактического и юридического вхождения в состав континентального Китая.

Конгресс проходил под девизом FDI Global Caries Initiative "Leading the World to Optimal Oral Health", a profession led call to action to STOP Caries by 2020.

Как и каждый год Конгресс и его научная программа включала все самые значимые и актуальные проблемы стоматологии: General Dentistry and Oral Health; Dental treatment and restorative dentistry; Implantology-

Oral Medicine; Implantology- Oral Pathology; Preventive dentistry- Periodontology; Preventive dentistry- Caries; Preventive dentistry- Epidemiology; Preventive dentistry- Public Health.

Официальную делегацию Азербайджанской Стоматологической Ассоциации на Конгрессе возглавляла Президент АСА- проф. Алиева Р.К. Члены World Dental Parliament от АСА приняли участие на заседаниях Генеральной Ассамблеи, где были заслушаны доклады Президента FDI, исполнительного директора, председателей рабочих групп. Очень большие дискуссии развернулись при обсуждении программы FDI- Vision 2020 Leading the World to Optimal Oral Health, рапортов руководителей региональных организаций, рапорта секции военных дантистов и рабочей группы Women in dentistry.

Красочная церемония открытия 100-го Конгресса FDI состоялась в Гранд-зале Hong Kong Convention and Exhibition Centre, вновь как и каждый год было торжественное внесение флагов стран- членов FDI.



идёт заседание Парламента FDI

На торжественном открытии Конгресса выступил Министр Здравоохранения Китайской Народной Республики- Prof. Chen Zhu, Президент FDI- Dr. Orlando Monteiro da Silva, Президент Hong Kong Dental Association- Dr. Sigmund Leung.

Все выступившие отметили прекрасную организацию проведения Конгресса и Всемирной Выставки, поздравили всех стоматологов мира с началом работы

юбилейного торжества, привлекли внимание мировой общественности к важности решения проблемы здоровья человека через здоровье рта для решения принятой программы Vision 2020 Leading the World to Optimal Oral Health.

Эльмар Мирзазаде



торжественное открытие Конгресса FDI слева направо: Президент FDI Dr. Orlando Monteiro da Silva, Министр Здравоохранения Китайской Народной Республики Prof. Chen Zhu, Президент Гонг-Конгской Стоматологической Ассоциации Dr. Sigmund Leung

Влияние жевательных резинок на профилактику кариеса зубов у детей школьного возраста

Р.А.Аббасова

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Актуальность. Несмотря на все прилагаемые усилия, еще нигде в мире не удалось добиться неукоснительного выполнения детьми установленных процедур по повседневному механическому уходу за гигиеной полости рта. Изобретаются



все более совершенные, привлекательные для детей, зубные щетки и улучшенные с вкусовыми добавками зубные пасты, однако и они не приводят к радикальной перемене сложившейся ситуации, так как быстро теряют свою привлекательность (Р.А.Алиева 2000г). Даже электрические зубные щетки, первоначально нравящиеся детям, со временем также приедаются. Во многих случаях выполнение детьми гигиенических процедур возможно под контролем родителей, но вряд ли оно осуществимо для реализации «золотого» стандарта ухода за гигиеной полости рта – двукратная, по две-три минуты каждая, чистка зубов (утром и перед сном) с полосканием полости рта после каждого приема пищи (А.В.Алимский, Р.К.Алиева 2000г).

В этом аспекте жевательные резинки (ЖР), без каких либо усилий получившие массовое распространение среди детей, в качестве вспомогательного гигиенического средства представляют определенный, инте-

рес. Но насколько они способствуют нормальному поддержанию гигиены полости рта, и при каких режимах должны использоваться, требует серьезных уточнений, особенно в наших условиях, где подобные свойства ЖР еще не изучались.

Цель исследования - изучить влияние использования жевательных резинок в профилактике кариеса зубов у школьников.

Всего в клинических исследованиях принимало участие 347 школьника, из 8 школ Сураханского района г. Баку; из них в возрасте 8-11 лет – 175 человек, которые составляли I группу. II группа была представлена 172 подростками. Все испытуемые в течение 6 месяцев были санированы. При этом у 15 школьников I и II возрастных группах, имеющих заболевание пародонта воспалительного характера (5 человек – гингивит, 5- пародонтит легкой формы и 5 школьников со средне-тяжелой формой), была проведена адекватная терапия пародонта. У всех обследуемых был установлен ортогнатический прикус. В период исследований школьники не применяли медикаментозные средства, не имели ортодонтических аппаратов.

Все школьники имели привычные для них гигиенические навыки по уходу за полостью

рта – чистка зубов щетками и лечебно-профилактическими пастами, а также, в той или иной степени, они пользовались различными жевательными резинками. У всех 347 школьников с их слов, примерно одинаковый режим и характер питания.

Путем проведения 2х гигиенических занятий, в каждой возрастной группе, был объяснен и выработан стереотип привычки чистки зубов: очищение зубодесневой зоны вестибулярной поверхности верхних моляров, далее их жевательных поверхностей и небной соответствующими движениями щетки. После этого – очищение премоляров и фронтальных зубов с правой, затем с левой стороны. Закончив чистку зубов верхней челюсти, в том же плане осуществляется чистка зубов нижней челюсти. При этом необходимо произвести 300-400 движений щеткой, что по времени составляет 2-3 минуты. Процедуру чистки зубов школьники начинали с полоскания полости рта и промывания зубной щетки. После чего из тубы выдавливали на ее щетину лечебно-профилактическую пасту. Завершали чистку также прополаскиванием полости рта. Полоскание полости рта проводили также после каждого приема пищи (рекомендации Ю.А.Федорова).

В последующем участники клинических исследований были разделены на группы участия в следующих исследованиях: группа А-24 школьника, с их помощью был определен выбор лечебно-профилактической жевательной резинки; группа В-32 школьника при их участии определено среднее время, затрачиваемое на сам процесс жевания пищи; группа С-состояла из 212 школьников являю-

щимися участниками изучения влияния регламентированного применения лечебно-профилактической ЖР на кариес зубов; группа Д-79 школьников, которые являлись испытуемыми для определения времени затрачиваемого, при 25 минутном регламенте, на сам процесс произвольного жевания резинки. 31 школьник из них являлся участником в реопародонтографических исследованиях – 16 со здоровым пародонтом и 15 школьников с гистологически измененным пародонтом.

Результаты собственных исследований

Анализ исходного стоматологического статуса показал, что обследованных школьников Сураханского района г. Баку можно отнести к группе кариесвосприимчивых, что подтверждается высоким уровнем распространенности кариеса. Уровень распространенности заболеваний тканей пародонта (гингивит, пародонтит) по полученным данным можно охарактеризовать как низкий.

Гигиеническое состояние полости рта у всех обследованных школьников можно оценивать в среднем как неудовлетворительное.

Общепризнано, что ЖР увеличивает поток стимулированной слюны. Для установления и выбора лучшего стимулятора слюны мы провели сиаламетрические исследования 3-х видов ЖР - «Орбит с мятой», «Стиморол про Z» и «Дирол-эффект с карбамидом» на 24 школьниках. Поскольку изучали 3 вида ЖР, участники исследования были подразделены на 3 подгруппы по 6 человек в каждой и на 1 подгруппу – сравнения, члены которой за 15 дней до исследования и в период исследования не использовали ЖР, а лишь соблюдали основные правила чистки зубов.

Анализ проведенных исследований показал, что лишь в подгруппе жующих «Дирол эффект с карбамидом» скорость саливации слюны статистически достоверно увеличилась до $1,90 \pm 0,10$, по сравнению с исходным слюноотечением $-1,70 \pm 0,2$. Полученные нами данные согласуются с рекомендацией Европейского Сообщества (инструкция ЕС №95/2) о предпочтительности применения «Дирол – эффект с карбамидом» в качестве лечебно-профилактического средства.

Затем, исходя из многочисленных рекомендаций по интенсификации нагрузки на жевательный аппарат в 3 раза (Е. Kawamura, 1974) и преодоления «жевательной лени» свойственной человеку, особенно детям, был установлен регламентированный режим жевания «Дирол – эффект с карбамидом». Для этого, в первую очередь, был проведен хронометраж жевания во время приема пищи. С помощью секундомера фиксировали время затрачиваемое 32 школьниками по 4 человека из каждой возрастной группы (2 девочки и 2 мальчика) на прием пищи в сутки. Хронометраж показал, что в среднем по всем исследуемым группам в сутки школьники жуют пищу 35 минут: во время завтрака – 5,1 мин, обеда – 12,3 мин, ужина – 11,8 мин, промежуточного питания – 5,8 минуты. Наши исследования практически согласуются с исследованиями Е. Kawamura – 30 минут и с исследованиями Н.К.Логиновой (2001) – 33 минут. На этом основании нами был выбран регламент позволяющий интенсифицировать нагрузки на жевательный аппарат школьников в 3 раза, доводя процесс жевания до 110-120 минут.

Известно, что сам процесс жевания резинок отличается от процесса жевания пищевых продуктов. При этом фаза открывания рта и весь цикл жевания – дольше, нижняя челюсть движется быстрее (Karlson et al., 1989). В этой связи встает вопрос о патологии пародонта, а также о последствиях, которые могут наступить в структурных элементах жевательного аппарата при различных состояниях пародонта.

С этой целью было исследовано 64 школьника по 8 человек из каждой возрастной групп с клинически здоровым пародонтом, 15 школьников с различными заболеваниями пародонта; из них 5-с гингивитом; 5-с легкой формой пародонтита; 5-со средне – тяжелой формой пародонтита в возрасте 8-15 лет. У них было предварительно проведено лечение пародонта. Путем опроса и наблюдений выявили рабочую сторону (преимущественного жевания) и нерабочую. Состояние регионального кровоснабжения определяли реографически, по методике А.А.Прохончукова (1980). Измерение проводили как до эксперимента, но после санации, так и в конце каждой недели в течение 4 недель при условии ежедневного применения «Дирол эффект с карбамидом» в день 3 раза по 1 подушечке по 25 минут после еды.

В группе исследованных с клинически здоровым пародонтом после 1-ой недели 1 школьница (8лет) отмечала напряжение в области височно-нижнечелюстного сустава. После 2-ой недели большинство – 59 из 64 школьников отмечали увеличение силы в собственно – жевательных мышцах и утомление – в височных, которое исчезало после

3-ей недели. На протяжении всех 4 недель слизистая десны оставалась в норме (без изменений).

В группе исследованных с гингивитом и пародонтитом через 1 неделю все 15 испытуемых отмечали усиление кровоточивости десен, небольшое утомление в жевательных мышцах. При осмотре отмечали слабую гиперемии слизистой оболочки десны, которая сохранялась на протяжении всего срока наблюдения. Через 2 недели утомление в мышцах исчезало.

Исследуемые обеих групп отмечали улучшение гигиены полости рта. Однако, проведенные исследования не отмечали изменения индекса гигиены ОН1, но было выявлено достоверное снижение количества секстантов с кровоточивостью до $0,6 \pm 0,1$ по сравнению с первичным осмотром в группе с легкой формой пародонтита. Изменения количества секстантов с зубным камнем не произошло.

Большинство жалоб, предъявляли дети II группы с заболеваниями пародонта и при осмотре у них, наблюдалось появление гиперемии слизистой оболочки десны.

Результаты хронометража, 25 минутного применения «Дирол эффект с карбамидом», показали, что в первые 5 минут количество жевательных ударов на рабочей и нерабочей сторонах различно (на нерабочей стороне – в 2,5 раза больше), а затем они выравниваются. После 5 минут количество накусываний на ЖР плавно уменьшается на обеих сторонах и, более того, в процессе жевания включается фронтальный отдел, но на него приходится в 5 раз меньше жевательных ударов.

При регламентированном жевании «Дирол – эффект с карбамидом» по 1 подушечке 3 раза в день в течение 25 минут, механическая нагрузка на боковые отделы челюстей распределяется равномерно. Такую же закономерность мы определили при наблюдении жевания лечебно-профилактических ЖР у лиц имеющих преимущественную сторону жевания.

Таким образом исследование распространенности основных стоматологических заболеваний школьников г. Баку показало, что заболеванию кариесом в возрасте 8-11 лет, подвержено $80,7 \pm 2,32\%$, а в возрасте 12-15 лет $74,4 \pm 3,48\%$ школьников, что подтверждает высокий уровень пораженности зубов кариесом. Заболевания кариесом у детей школьного возраста можно считать малораспространенными в возрасте 8-11 лет и в возрасте 12-15 лет – был выявлен гингивит у $4,62 \pm 1,34\%$, а пародонтит – у $4,68 \pm 3,62\%$ школьников.

Клинические исследования по изучению влияния лечебно-профилактической жевательной резинки «Дирол – эффект с карбамидом» показали, что ее регламентированное использование – по 1 подушечке 3 раза в день по 25 минут после еды – оказывает выраженное противокариозное действие и эти жевательная резинка является лечебно-профилактическим средством положительно влияющей на улучшение кариесогенной ситуации. Ингредиенты, входящие в состав данной лечебно-профилактической ЖР благоприятно влияют на стимуляцию слюны и ее свойства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Р.К. Алиева Распространенность кариеса зубов среди школьников в различных климато-географических регионах Азербайджана (сб. научных трудов: Достижения медицинской науки и практического здравоохранения, Баку, 2000, том.3, стр.60-63)
2. А.В. Алимский, Р.К. Алиева. Особенности пораженности кариесом зубов в Азербайджане (Стоматология, 2001, № 1. стр.58-61)
3. В.К. Леонтьев, Жевательная резинка: позиция стоматолога (Стоматология, 1996, №3 стр. 63-65)
4. Н.К. Логинова, Жевательная резинка как средство профилактики стоматологических заболеваний (Детская стоматология, 2001.№1 стр 39-42)
5. Ю.А. Федоров, Гигиена полости рта, М.Медицина, 1987, 64 стр
6. Kawamura Ed., Tokyos/ Frontiers of oral physiology VI Physiology of mastication? 1974, p 327.
7. Karlson S.et. al. Visualization and quantitative analysis normalized electromyography linear envelopes of muscle contraction patterns during of masticatory mandibular move ments and velocity by on optoelectronic metod (Int.J. Prosthodont., 2002, v.2., №5., p.490-496).

XÜLASƏ

Məktəblilərdə kariyesin profilaktikasında saqqızların rolu

Abbasova R.A.

ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrası

Məktəblilər arasında aparılmış müayinələr, karbamid tərkibli «Dirol» saqqızlarının kariyesin profilaktikasında mühüm rol oynadığını təsdiq edir.

İstifadəsinə tövsiyə edilmiş müalicə-profilaktik əhəmiyyətli karbamid tərkibli «Dirol» saqqızları gündə 3 dəfə yeməkdən sonra 25 dəq. olmaqla, məktəb yaşlı uşaqlarda kariyes əleyhinə effektiv təsir göstərir.

SUMMARY

Role of chewing gum on prevention of caries of teeth of school children

Abasova R.A.

Pediatric dentistry department of AMU

The carried out researches testify to beneficial influence of chewing gum «Dirol with carbamide» on prevention of caries of teeth of school children. Regulated use of «Dirol effect with carbamide» 3 times a day after food for 25 minutes has the expressed anticaries effect on teeth of school children.

18-ci Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə və 7-ci Beynəlxalq Stomatologiya Sərgisi



2012-ci ilin sentyabr ayının 27-dən 29-dək Azərbaycan Respublikasının paytaxtı Bakı şəhərində illik Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə ("BİHE-2012") sərgisi keçirilmişdir. "BİHE" sərgisi təsis edildiyi gündən etibarən Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə keçirilir. Həmçinin, sərgiyə Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası, Azərbaycan Respublikası Sahibkarlar Təşkilatları Milli Konfederasiyası və Azərbaycan İxracın və İnvestisiyaların Təşviqi Fondu (AZPROMO) tərəfindən dəstək göstərilir ki, bu da sərginin yüksək statusunu bir daha təsdiqləyir. "BİHE" sərgisi altıncı ildir ki, Ümumdünya Sərgi Sənayesi Assosiasiyasının (UFI) keyfiyyət nişanına layiq görülür və bu,

sərginin beynəlxalq standartlara cavab verdiyinə sübutdur.

Bu il "BİHE", Azərbaycan beynəlxalq səhiyyə sərgisi 16 ölkədən 107 iştirakçını bir araya gətirmişdir. Azərbaycan, Belçika, Belarus, Rusiya, İran, Türkiyə şirkətləri sərgi çərçivəsində müasir səhiyyə sahəsi üçün zəruri və tələb olunan ən yeni texnologiyaları nümayiş etdirmişdirlər. "BİHE-2012" sərgisində Banqladeş debütanat ölkə kimi iştirak etmişdir. Bütövlükdə isə "BİHE" eksponentlərinin 40%-ni yerli şirkətlər, 60%-ni isə xarici şirkətlər təşkil etmişlər. Həmçinin, bu il sərgi təqdim olunan məhsulların çeşidini xeyli genişləndirmişdir. Belə ki, "BİHE-2012" sərgisi tibbi məhsul və



xidmətlərin geniş spektrini- tibbi və laboratoriya avadanlıqlarını, əczaçılıq preparatlarını, dezinfeksiya vasitələrini, ortopedik məhsulları, tibbi mebeli, klinikalar üçün proqram təminatını və tibbi geyimləri təqdim etmişdir.

“BİHE-2012” sərgisinin fərqləndirici xüsusiyyəti klinika müəssisələrinin geniş ekspozisiyasından ibarət olmuşdur. Bu bölmədə Türkiyə təmsilçiləri böyük fəallıq göstərdilər. Belə ki, sərgidə Türkiyənin 5 müalicə və diaqnostika müəssisəsi iştirak edirdi. Bundan başqa, sərginin tarixində ilk dəfə olaraq, əksər Türkiyə klinikalarının üzv olduqları Türkiyənin Xarici İqtisadi Əlaqələr Komitəsi ayrıca stendlə iştirak edirdi. Bu il Belçikanın aparıcı xəstəxanaları tərəfindən yaradılmış və beynəlxalq əməkdaşlıq üçün cavabdeh olan “Healthcare Belgium” təşkilatı da sərgidə ilk dəfə iştirak edirdi.

“BİHE” sərgisi ilə yanaşı, sentyabr ayının 27-dən 29-dək daha iki tədbir- 7-ci Azərbaycan Beynəlxalq Stomatologiya sərgisi və 6-cı Azərbaycan Beynəlxalq Gözəllik və estetik tibb sərgisi keçirildi.

“Stomatology Azerbaijan-2012” sərgisi çərçivəsində iştirakçılar implantologiya və dişlərin ağardılması sahəsində ən yeni texnologiyaları nümayiş etdirdi.

Beləliklə, sərgi bu il də istehsalçılar və istehlakçılar, habelə tibbi məmulat və dərman vasitələrinin təchizatçıları arasında əməkdaşlıq perspektivlərinin müzakirəsi üçün səmərəli platformaya, eləcə də tibb sahəsindəki mövcud təmayüllərin geniş mütəxəssis dairəsinə nümayiş etdirildiyi unikal məkana çevrilmişdir.

Elmira Ağayeva

«От теории к практике. как достичь прогнозируемого результата»

16-17 июня 2012 год, БАКУ



*слева направо: Главный директор Научно-Технической Компании "VITTA" Гулиев К.,
Президент АСА проф. Алиева Р.*

16-17 июня 2012 года в городе Баку в мероприятиях являлись Азербайджанская Crescent Beach Hotel были проведены лекция и мастер-класс доктора медицины Юрия Малыка- консультанта компании VDW, преподавателя кафедры стоматологии отделения Консервативной Стоматологии и Пародонтологии Университета Людвиг-Максимилиана (Мюнхен, Германия). Организаторами

мероприятия являлись Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация и компания VDW.

На лекции, проведенной 16 июня разбирались такие вопросы как комплексный подход к препарированию, ирригации и obturation корневых каналов, диагностика, нюансы определения длины корневого канала, сложнос-



во время семинара в центре- проф.Ю.Малык

ти механической обработки, техника лечения резорбций и травм, протокол ирригации, термopластическая obtурация корневого канала и ряд других вопросов. Также проводилось обсуждение различных клинических случаев из практики лектора.

Мастер-класс, проведенный 17 июня был посвящен таким темам как, новая философия обработки корневого канала, система одного инструмента Reciproc; ротационная обработка корневого канала с помощью системы Mtwo; эндодонтическое определение рабочей длины корневого канала; термopластическая obtурация корневого канала с

помощью BeeFill 2 in 1; протокол ирригации, ультразвуковая активация ирригационных растворов и ряд других моментов.

В заключении проводили разбор ошибок слушателей во время работы, прозвучали обстоятельные ответы на вопросы, дискуссии на интересные темы. Всем участникам мероприятия были выданы сертификаты VDW.

Фарида Гулиева

Naxçıvan MR Kəngərli rayonu əhalisi arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyinin öyrənilməsi.

Qarayev Z.İ., Cəfərov R.M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası



Əhali arasında ən geniş yayılmış stomatoloji xəstəliklər diş kariesi və parodont toxumalarının xəstəlikləridir. Stomatologiyada epidemioloji

tədqiqatlar əhaliyə göstərilən stomatoloji xidmətin inkişafının proqnozlaşdırılmasına və perspektiv planlaşdırılmasına xidmət edir. Bu tədqiqatların nəticələri stomatoloji xəstəliklərin yayılmasının və intensivliyinin qiymətləndirilməsinə, göstərilən stomatoloji yardımın həcmnin və keyfiyyətinin müəyyən edilməsinə, ölkədə, regionda, vilayətdə, şəhərdə, rayonda stomatoloji xidmətin inkişafı üçün qarşıya real məqsədlər qoyulmasına imkan yaradır və beləliklə, stomatologiyanın əsas problemlərinin həllində əhəmiyyətli rol oynayır.

Əsas stomatoloji xəstəliklərin öyrənilməsi məqsədilə müxtəlif ölkələrdə klinik-epidemioloji xarakterli kompleks tədqiqatlar aparılır. (A.V.Alimskiy, R.K.Alieva, 2000; V.S.İvanov, 2001; E.M.Kuzmina, 2001; A.H Xamedeyeva, B.D.Arxiyova, 2001; A.V.Alimskiy, 2002; O.V.Saqina, 2002; A.K.Bazin, 2003; Z.İ.Qarayev, N.A.Pənahov, 2004; S.V.Filippov, 2005; V.N.Kalaşnikov, 2006; J.Almerich-Silla, J.Montiel-Company,

A.Ruiz-Miravet, 2008; A.Hugoson, G.Koch, 2008; R.Q.Əliyeva, S.B.Ulitovski, 2009; A.Ç.Paşayev, 2009; E.Akpata, A.Al-Attar, P.Sharma, 2009; G.Campus, M.Cagetti, G.Sacco.et al.,

2009; R.Heinrich-Weltzien, B.Mouse.et al., 2009; və b.). Bu tədqiqatların nəticələrindən belə məlum olur ki, müxtəlif ölkələrdə ayrı-ayrı yaş qruplarında əhali arasında karies və parodont xəstəliklərinin yayılma göstəriciləri müxtəlifdir və 15-100% arasında tərəddüd edir. Bütün tədqiqatlarda xəstəliklərin yayılmasının yuxarı yaş qruplarında nisbətən artması diqqəti cəlb edir.

Bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, karies və parodont toxumaları xəstəliklərinin ayrı-ayrı regionlarda müasir epidemioloji tədqiqatlara uyğun ÜST-ün tövsiyyəsinə əsaslanan bütün yaş qruplarında aparılmasına böyük ehtiyac duyulmaqdadır.

Beləliklə, epidemioloji tədqiqatlar zamanı ÜST-ün tövsiyyəsinə uyğun olaraq əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılmasını, xəstəliklərin müxtəlif nozoloji formalarının rast gəlmə tezliyini öyrənməklə, müasir profilaktik tədbirləri tətbiq etmək və stomatoloji xidmətin təkmilləşdirilməsi nəticəsində əhali arasında əsas stomatoloji



xəstəliklərin azalmasına nail olmaq üçün, Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhalinin bütün təbəqələri arasında karies və parodont toxumaları xəstəliklərinin yayılmasını və intensivliyini öyrənməklə stomatoloji xidmətin optimallaşdırılmasına nail olmaq üçün:

Tədqiqatın məqsədi: Naxçıvan MR Kəngərli rayonu əhalisi arasında karies və parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyini öyrənmək olmuşdur.

Tədqiqatın materialları: Naxçıvan MR Kəngərli rayonunda epidemioloji tədqiqatlar

kartlarında qeyd olunmuşdur. Diş kariesinin yayılması və intensivlik göstəricisi-KPÇ indeksi, ağız boşluğu gigiyenasının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün Y.A.Fyodorov –V.V.Volodkinanın və Qrin-Vermillionun gigiyenik indeksləri, parodontun vəziyyətini öyrənmək üçün PMA indeksi, parodont xəstəliyinin müalicəyə ehtiyacını öyrənmək üçün CPİTN indeksi və Löe-Silness-gingivit indeksi öyrənilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri: Kəngərli rayon əhalisi arasında diş kariesinin yayılması və

Cədvəl 1.

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Karies %-lə	p	K	P	Ç	kp KPÇ	p
6	108	102 94,44±2,20	-	631	-	-	305 2,82±0,15	-
12	102	75 73,53±4,37	p<0,001	301	4	-	305 2,99±0,17	p<0,001
15	155	136 87,74±2,63	p<0,01	314	7	18	339 2,19±0,12	p<0,001
35-44	52	50 96,15±2,67	p>0,05	129	57	395	581, 11,17±0,46	p<0,001
65-74	56	56 100,00±0,00	p>0,05	154	25	874	1053 18,80±0,58	p<0,001
Cəmi:	473	419 88,58±1,46	-	1529	93	1287	2909 6,15±0,11	-

üçün ÜST-ün təklif etdiyi təsnifata uyğun olaraq 6, 12, 15, 35-44, 65-74 yaş qruplarından 473 nəfər stomatoloji müayinədən keçmişdir. Müayinələr məktəblərdə olan həkim kabinetlərində və poliklinikalarda aparılmışdır. Hər müayinə olunanın stomatoloji statusu müayinə

intensivliyi cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi müayinə olunan 6-yaşlı 108 nəfər şagirdin 102 nəfərində karies xəstəliyinə rast gəlinib. 6 yaşlılar arasında kariesin yayılması 94,44±2,20% KPÇ-indeksi isə 2,82±0,15 olmuşdur. 12 yaşlı müayinə

olunan şagirdlərin $73,53 \pm 4,37\%$ -də karies aşkar edilmişdir. KPC-indeksi $2,99 \pm 0,17$ -dir. 15 yaşlı şagirdlər arasında kariesin yayılma göstəricisi $87,74 \pm 2,63\%$, KPC-indeksi isə $2,19 \pm 0,12$ olmuşdur.

Göründüyü kimi 12 və 15 yaşlı şagirdlər arasında kariesin yayılma dərəcəsi 6 yaşlı şagirdlərin eyni göstəricilərindən aşağıdır.

35-44 yaş qrupundan 52 nəfər müayinə olunmuşdur. Kariesin yayılması bu yaş

qruplarında (uyğun olaraq $96,15\%$ və 100%) rast gəlinir. Kariesin intensivliyi isə bu yaş qruplarında yüksək ($11,17$ və $18,80$) olmuşdur. 12 yaşlılarda bu göstəricilər nisbətən az yəni $73,53 \pm 4,37\%$ təşkil etmiş, KPC-indeksi isə $2,99 \pm 0,17$ olmuşdur.

Kəngərli rayonu əhalisi arasında parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivliyini öyrənmək məqsədilə 473 nəfər müxtəlif yaş qruplarından müayinə edilmişdir.

Cədvəl 2

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Parodont xəstəlikləri				p
		Gingivit	Parodontit	Parodontoz	Cəmi:	
6	108	66 $61,11 \pm 4,69$	-	-	66 $61,11 \pm 4,69$	-
12	102	39 $38,24 \pm 4,81$	40 $39,22 \pm 4,83$	-	79 $77,45 \pm 4,14$	$p < 0,05$
15	155	54 $34,84 \pm 3,83$	45 $29,03 \pm 3,65$	-	99 $63,87 \pm 3,86$	$p < 0,05$
35-44	52	6 $11,54 \pm 4,43$	20 $38,46 \pm 6,75$	17 $32,69 \pm 6,51$	43 $82,69 \pm 5,25$	$p < 0,05$
65-74	56	4 $7,14 \pm 3,44$	12 $21,43 \pm 5,48$	26 $46,43 \pm 6,66$	42 $75,00 \pm 5,79$	$p < 0,05$
Cəmi:	473	169 $35,73 \pm 2,20$	117 $24,74 \pm 1,98$	43 $9,09 \pm 1,32$	329 $69,56 \pm 2,12$	-

qrupunda $96,15 \pm 2,67\%$ təşkil etmişdir. KPC-indeksi $11,17 \pm 0,46$ olmuşdur.

65-74 yaşlılardan müayinə olunanların 100% -də karies müşahidə olunmuşdur. KPC-indeksi isə $18,80 \pm 0,58$ -dir.

Beləliklə Kəngərli rayonunda əhalinin müxtəlif yaş qruplarında aparılmış stomatoloji müayinələr nəticəsində məlum olmuşdur ki, diş kariesi ən çox 35-44 və 65-74 yaş

Cədvəldən göründüyü kimi ayrı-ayrı yaş qruplarına gəldikdə gingivit ən çox 6 yaşlılarda $61,11 \pm 4,69\%$ və ən az 65-74 yaşlarında $7,14 \pm 3,44\%$ müşahidə edilmişdir. Parodontit xəstəliyi isə 12 yaşlılarda $39,22 \pm 4,83\%$, 65-74 yaş qrupunda $21,43 \pm 5,48\%$ rast gəlinmişdir. Parodontoz xəstəliyinə aşağı yaş qruplarında rast gəlinməmişdir. Yuxarı 35-44 və 65-74

yaş qruplarında parodontoz xəstəliyi uyğun olaraq $32,69 \pm 6,51\%$ və $46,43 \pm 6,66\%$ aşkar edilmişdir.

Beləliklə Naxçıvan MR Kəngərli rayonunda karies xəstəliyinin yayılma göstəricisi $88,58 \pm 1,46$, KPC-indeksi isə $6,15 \pm 0,11$ olmuşdur. Müayinə olunanlardan $69,56 \pm 2,12\%$ -də parodont xəstəliklərinin müxtəlif formalarına rast gəlinmişdir.

Bunlardan ən çox müşahidə olunan gingivit $35,73 \pm 2,20\%$, parodontit $24,74 \pm 1,98\%$, ən azı isə $2,09 \pm 1,32\%$ parodontoz xəstəliyidir.

Bu da rayon əhalisi arasında stomatoloji xidmətin xüsusilə əsas stomatoloji xəstəliklərin profilaktika tədbirlərinin və səhiyyə maarifi işinin daha da yaxşılaşdırılmasına ehtiyac olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Алимский А.В., Алиева Р.К. Показатели пораженности кариесом и флюорозом зубов школьников, родившихся и постоянно проживающих в различных по уровню содержания фтора в питьевой воде регионах Азербайджана // «Стоматология». М., 2000, №2, стр. 40-42.
2. Алимский А.В. Динамика пораженности кариесом зубов школьников г.Караганды "Новое в стоматологии, 2002, 2 стр.101-102.
3. Almerich-Silla J., Montiel-Company J., Ruiz-Miravet A. Caries and dental flurosis in a western Saharan population of refugee children . «Eur J. Oral Sci, 2008, v 116, №6, p.512-517.
4. Акмата Е., Al-Attar A., Sharma P. Faktors associated with severe caries among adults in Kuwait. «Med. Princ Prakt, 2009, v.18, №2, p.93-99.
5. Базин А.К. Эпидемиология и комплексная профилактика кариеса зубов у детей аграрных и промышленных районов Новосибирской области. Автореф. дис . к.м.н, 2003, 24 стр.
6. Campus G., Cagetti M., Sacco G.et al. Caries risk profiles in Sarohman schoolchildren using Cariogram. Acta Odontol Scand, 2009, v.67, №3, p.146-152.
7. Heinrich-Weltzien R, Mouse B.et al. Black Stain and dental caries in Filipino schoolchildren. Community Dent.Oral Epidemiol. 2009, v.37, №2, p.182-187.
8. Hugoson A., Koch G. Thirty year trends in the prevalence and distribution of dental caries in Swedich adults (1973-2003). Swed.Dental. 2008, v.32, №2, p.57-67.
9. Qarayev Z.İ., Pənahov N.A. Azərbaycan Respublikasında yeniyetmələr arasında diş kariesinin yayılması və intensivliyi // «Qafqazın stomatoloji yenilikləri» curnalı, 2004, №8, səh.20-23.
10. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М., 2001, 300 стр.
11. Калашников В.Н. Распространенность кариеса у взрослого населения Ростовской области. Бюллетен НИИ общественного здоровья, 2006, вып.2, стр.85-87.
12. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2001, 213 стр.
13. Пашаев А.Ч. Эпидемиология кариеса зубов у населения Азербайджана. «Институт стоматологии», 2009, №2, стр.16-17.

14. Сагина О.В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и модель лечебно-профилактической стоматологической помощи сельскому населению. Автореф. дис....к.м.н. М., 2002, 25 стр.
15. Филиппов С.В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей Якутска Республики Саха. «Российский стоматологический журнал», 2005, 6.с. 41-42.
16. Хамадеева А.Н., Архипова В.Д. Профилактика основных стоматологических заболеваний. Самара 2001. 230 стр.
17. Əliyeva R.Q., Ulitovski S.B. Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası. Bakı, 2009, 372 səh.

РЕЗЮМЕ

Изучение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний среди населения Кенгерлинского района Нахичевани

Гараев З.И., Джафаров Р.М.

Кафедра ортопедической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета

Стоматологическое обследование было проведено у 473 человек, проживающих в Кенгерлинском районе Нахичевани. У $88,58 \pm 1,46\%$ обследованных был выявлен кариес зубов. Индекс КПУ составил $6,15 \pm 0,11$, а частота встречаемости заболеваний пародонта $69,56 \pm 2,12\%$.

SUMMARY

Study of prevalence and intensity of main dental diseases among the population of Kengerly district of Nakchivan

Garayev Z.I., Jafarov R.M.

Prosthodontic dentistry department of AMU

473 persons of Kengerly district of Nakchivan carried out the dental examination. Prevalence of caries of teeth was $88,58 \pm 1,46\%$. DMF index is $6,15 \pm 0,11$, prevalence of supporting tissue diseases is $69,56 \pm 2,12\%$.



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 18- 2012