



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№ 20 - 2014

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 20 2014

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
G.K. Zeynalova
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 qeydiyyatata alınmışdır. Reyestr №64.

Ünvan: Bakı şəhəri, AZ 1033, Təbriz küçəsi, 102. tel: 99412 447-47-87

Адрес: г. Баку, AZ 1033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 447-47-87

Address: AZ 1033, Baku Azerbaijan, 102, Tebriz str: phone: 99412 447-47-87

E-mail: azerbstom@yahoo.com

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

MÜNDƏRİCAT

✓	Bütün dünya əhalisinin stomatoloji sağlamlığı naminə kontinentlərin birləşməsi Redaksiya heyəti	4
✓	Опыт проведения школьной образовательной программы здоровья полости рта Г. К. Зейналова , З.И. Гараев, Р.М. Джафаров.....	7
✓	FDI: Addressing key areas of oral health and policy.....	13
✓	Üz-çənə nahiyyəsinin anadangəlmə qüsurlarının tibbi-sosial aspektləri Yusubov Y.Ə., Qurbanəliyeva Q.İ., Sabrin A.A., Yusubov A.A.	15
✓	20 mart Beynəlxalq ağız sağlamlığı gününə həsr olunmuş tədbir R.Kamalqızı.	20
✓	Prevalence of dental caries among 12-14 year old children in Qatar Mohammed Al-Darwish, Walid El Ansari, Abdulbari Bener	22
✓	1964-2014 ERO: Fifty years R.Kamalqızı.	33
✓	Distal dişləm anomaliyasının müalicəsində istifadə olunan aktivatorla çənənin yerdəyişmə ölçüsü Novruzov Z.H., Əliyeva R.Q.	37
✓	Определение стоматологического статуса у студентов 2- го курса стоматологического факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева Чолокова Г.С.	42

✓	Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhalinin stomatoloji sağlamlığının öyrənilməsi Cəfərov R.M.	46
✓	Ağız suyu vəzilərin xroniki parenximatoz iltihabı xəstəliklərin kompleks müalicəsində antioksidant terapiyanın rolu Qurbanov V.A.	50
✓	Uşaq yaşlarında xroniki yayılmış gingivitlərin müalicəsində professional gigiyena tədbirlərinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi İmanov E.Ə., Rüstəmov E.Ə.	56
✓	20 International Dental Congress	59
✓	Показатели самооценки и тревожности у лиц с заболеваниями пародонта Гараев З.И., Самедова С.И.	61
✓	Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində qeyri-inyeksion mezoterapiyanın tətbiqi Paşayev A.Ç., Cəfərli İ.E.	68



BÜTÜN DÜNYA ƏHALISININ STOMATOLOJİ SAĞLAMLIĞI NAMINƏ KONTINENTLƏRİN BİRLƏŞMƏSİ



Bir milyon diş həkimini təmsil edən Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyası (FDİ) 101-ci Konqresini Avropa və Asiya qitələrinin qovuşduğu, gözəllər gözəli Türkiyənin İstanbul şəhərində keçirdi.

120 ölkədən 15 min diş həkiminin iştirak etdiyi Ümumdünya Stomatoloqlar Konqresinə Türk Dişhəkimləri Birliyi ev sahibliyi edirdi.

Dünya stomatoloqlarının təmsil olduğu konqres elə ilk gününə möhtəşəm açılışla başladı. Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Prezidenti Orlando Monteiro da



Azərbaycan bayrağı zala daxil olarkən, nümayəndə heyəti onu qarşıladı mərkəzdə d-r İbrahimli H.

Silvanın konqres nümayəndələrini salamlaması ilə başlayan mərasim "Anadolu atəşi" ansamblının coşqun rəqsləri ilə başa çatdı.

FDİ 2013 Ümumdünya Stomatoloqlar Konqresi üçün olduqca zəngin bir proqram hazırlanmışdı. İstanbulun ən böyük kongres mərkəzi sayılan Lütfi Kırdar Sarayında konqres çərçivəsində stomatologiyanın bütün bölmələrini əhatə edən, müasir mövzularda 71 konfrans, 7 panel, 54 interaktiv toplantı, 29 kurs və 16 uzmanla görüş təşkil edilmişdi. 6 min kv.m. sahəni əhatə edən 2013 Ex-



Women Dentist Worldwide Forum. R.Əliyevanın çıxışı



soldan sağa: K.Babayev, Z.Novruzov, S.Əliyeva, R. Əliyeva, H.İbrahimli

podental Stomatoloji sərgisində 300-ə yaxın xarici firma stomatologiya sahəsindəki yeni texnologiyalar nümayiş etdirdilər.

Kongresə dəvət alan Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası bu möhtəşəm toplantıya 30 nəfərlik nümayəndə heyəti ilə qatıldı. Nümayəndə heyətinə Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının Prezidenti prof. Rəna xanım Əliyeva başçılıq edirdi. Nümayəndə heyətinin tərkibində prof. Qarayev Z., assosiasiyanın katibi Əliyeva S., üzvlərindən Novruzov Z., Zeynalova G., Nağıyeva S., Kəlbəyeva N., Abbasova L., VİTTA elmi-istehsalat birliyinin direktoru Quliyev K. və əməkdaşları yer almışlar.

Rəna xanım Əliyeva 101-ci FDI kongres çərçivəsində təşkil olunan ən maraqlı forumlardan biri olan Ümumdünya Qadın Stomatoloqlar (Women Dentist Worlwide Forum) Forumunda “Female Dentists in Former Eastern Countries” mövzusunda məruzə ilə çıxış etdi. Təşkil olunan forumlardan “World Oral Health Forum”, “Young Dentists Worlwide Forum” və digərləri çoxlu dinləyici

marağına səbəb oldu.

Kongres günlərində Türkiyənin təşkilatçılığı ilə III Qonşu Ölkələr Stomatoloji Assosiasiyaları İşbirliyi Platformunun Toplantısı – III Heighbor-ing countries dental as-sociations collaboration platform meeting keçirildi. Mövzu Forum on Preventive Dentistry – Problems and Solutions –A Regional Perspective of Neighboring

Countries Platform.

Bu toplantıda Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının üzvü K.Şahbazov “Proqram for Prevention of Dental Diseases in school Chidren in Azerbaijan” məruzəsi ilə çıxış etdi.

Kongresin bir-birindən maraqlı keçən işgünlərindən birində Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının FDI Avropa Regional Təşkilatının ERO-nun yığıncağı zamanı



General Assambleyanın iclasında

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının nümayəndə heyəti tərəfindən iştirakçılara



Dostluq ənənələri davam edir. Mərkəzdə Rusiya Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti dr. Sadovskiy V.V.

ölkəmizin əldə etdiyi uğurları əks etdirən videoçarx nümayiş etdirildi. Videoçarxda Azərbaycanın gözəl təbiəti, gündən günə gözəlləşən şəhərləri, iqtisadiyyatımızın və səhiyyənin inkişaf yolları öz əksini tapmışdı. Bu təqdimatın əsas məqsədi Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının FDI Avropa Regional Təşkilatının ERO 2016-cı ildə keçiriləcək növbəti illik yaz sessiyasının Azərbaycanda keçirilməsi təklifini irəli sürmək, bu təklifin qəbul olunması üçün dəstək qazanmaq idi. Təqdimat yığıncaq iştirakçıları tərəfindən maraqla qarşılandı və hər kəsdə böyük təəssürat yaratdı.

Bundan başqa Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının üzvləri Qarayev Z., Novruzov Z., Nağıyeva S., Səmədova S., Abbasova R., Quliyeva S. öz elmi məqalələri ilə kongresdə iştirak etdilər.

Konqres rəngarəng sosial proqramları ilə də yaddaşlarda qaldı. Bosfor boğazı sahilində açıq

səma altında təşkil olunan Qala yeməyi, İstanbul gecələrinin gözəlliyinin seyrinə çıxaran gəmi gəzintisi congress iştirakçılarına unudulmaz anılar yaşatdı.

Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyası FDI və Turk Dış Həkiməri Birliyinin TDB prezidentləri ümumdünya stomatoloqlarına müraciət olaraq "İstanbul Deklarasiyası" imzaladılar. Deklarasiyanın müddəalarına

görə stomatoloqların insan sağlamlığındakı rolunun genişləndirilməsi, ağız sağlamlığının ümumi sağlamlığın ayrılmaz hissəsi kimi



Möhtəşəm qala yeməyində

tanınması məsələlərinin vacibliyi ön plana çəkilmişdir. Deklarasiyanın imzalanma mərasimində FDI Prezidenti Orlando da Silva öz çıxışında 1 milyondan artıq stomatoloqu təmsil edən Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının missiyasının dünyanı ən mükəmməl ağız sağlamlığına yönləndirməkdən ibarət olduğunu qeyd etdi.

Опыт проведения школьной образовательной программы здоровья полости рта

Г. К. Зейналова, З.И. Гараев, Р.М. Джафаров

Азербайджанский медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста, кафедра ортопедической стоматологии

Состояние здоровья детей и подростков определяет будущее нации. Охрана здоровья детей является важнейшей целью государственной политики в Азербайджане и должна осуществляться в полной мере, как в благоприятных, так и в напряженных социально-экономических условиях. Это положение всецело можно отнести и к такому массовому виду медицинского обслуживания населения, каковым является профилактика стоматологических заболеваний.

По данным ВОЗ за 2011 год, распространенность кариеса молочных зубов у детей 6-летнего возраста составляет 68%, а заболеваний пародонта в 12 летнем возрасте составляет 65%. В Азербайджане состояние уровня профилактической помощи на разных возрастных этапах ее оказания, характеризуется относительно высокими показателями распространенности и интенсивности кариеса, заболеваний пародонта у населения. Распространенность заболеваемости пародонта зубов у школьников Азербайджанской республики, колеблется от 66 до 72%, интенсивность кариеса находится в интервале 1,5-2,2 пораженных постоянных и 2,4-3,1 временных зубов, удельный вес пломб в структуре КПУ не превышает 2-5%, а в структуре кп еще меньшей величины, в 15 лет заболевания пародонта имеют 41% детей, зубочелюстные аномалии, по критерию ВОЗ DAI - 66%

Профилактика стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющим снизить уровень распространенности основных стоматологических заболеваний. В странах, где осуществляются программы профилактики, стоматологическая заболеваемость снизилась в 2-4 раза, и дети в возрасте 12 лет имеют индекс КПУ, не превышающий 1,0-2,0.

В Европейской стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии» сконцентрирован мировой опыт практических инициатив, позволивший добиться реальных позитивных сдвигов в здоровье населения стран, входивших в Европейский регион. Одной из важных задач, контролируемых Европейской стратегией, является стоматологическое здоровье, критерием которого признано снижение заболеваемости кариесом зубов и болезнями пародонта. Из вышесказанного можно сделать вывод, что профилактика кариеса остается одной из нерешенных проблем Азербайджана. Наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий по первичной профилактике основных стоматологических заболеваний является гигиеническое воспитание как детского, так и взрослого населения, санитарно-просветительная работа и стоматологическое просвещение. Поскольку на развитие стоматологических заболеваний наибольшее влияние оказывает

образ жизни, а на распространенность - социально-экономические, возрастно-половые, семейные условия жизни и уровень индивидуальной рациональной гигиены полости рта, навыки которой формируются в семье, понятна особая роль родителей в профилактике стоматологических заболеваний у детей. Используя положительный опыт профилактики кариеса зубов и болезней пародонта в странах Запада, с одной стороны, и учитывая неуклонный рост числа этих заболеваний с другой, Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией в течение 10 лет была проведена школьная профилактическая стоматологическая программа по обучению гигиене полости рта с серьезными результатами, охватившая более полумиллиона детей. Проведение этой программы мы считаем реальным достижением нашей Ассоциации в области профилактики стоматологических заболеваний.

В настоящее время уже ни у кого не вызывает сомнений, что для проведения профилактики кариеса и патологии пародонта принципиально важно мотивировать к проведению гигиены полости рта, особенно детей младших классов общеобразовательных школ. Возникает вопрос: Кто должен проводить такую мотивацию – учителя младших классов общеобразовательных школ, врачи – стоматологи, средние медицинские стоматологические работники или родители? На наш взгляд самый оптимальный возраст мотивации это младшие классы школ, чтобы знания хорошо закрепились в его памяти. Огромную роль в обучении детей играют специальные стоматологические программы, которые проводятся в нашей стране в рамках стоматологической ассоциации.

Комплексная программа, проводимая нами, состоит из 2-х направлений – педагогического и медицинского. Задачей педагогического этапа программы являлась ознакомлением детей начального звена общеобразовательных школ с анатомией и физиологией полости рта, с основными стоматологическими заболеваниями, способами обнаружения таких заболеваний, а также с методами их предупреждения. Основной упор в преподавании делался на необходимость регулярного гигиенического ухода за полостью рта, обучение правильной чистке зубов и рациональному питанию.

Для реализации педагогического этапа комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний нами были переведены, дополнены и адаптированы к местным условиям учебные пособия и программы по гигиене полости рта. Учебные пособия и программы были созданы для детей младших классов, учителей и родителей. Для учителей начальных классов общеобразовательных школ проведено 33 установочных трехчасовых семинара, в ходе которых собственно и осуществлялась подготовка учителей для работы с детьми по комплексной программе. Нами было важно научить учителей так строить программу уроков по гигиене полости рта, чтобы в результате дети были мотивированы к сохранению зубов и десен в здоровом состоянии.

После проведения установочных семинаров с учителями мы попросили их ответить на вопросы анкеты, которую составили для того, чтобы уточнить разделы, в изложении которых учителя или затрудняются, или не считают этот материал необходимым для процесса обучения.

Наиболее ответственно к преподаванию раздела «Гигиена ротовой полости», на наш взгляд, отнеслись учителя начальных классов. Они считают, что обучение практическим навыкам необходимо в 100% случаев, на вопрос «Необходимо ли теоретическое обучение профилактике стоматологических заболеваний» - 95% респондентов ответили положительно.

Среди учителей начальных классов лишь 9% не чувствовали себя подготовленными к проведению занятий с детьми по программе «Гигиена ротовой полости», только 4% респондентов не были уверены, что программа уроков соответствует возрасту детей, лишь 9% учителей на вопрос «Изменила ли программа поведения детей в личной гигиене» и «Была ли реакция родителей на программу положительной» ответили «неуверен».

Наиболее подготовленными к проведению занятий по гигиене полости рта чувствовали себя учителя начальных классов (91%). Именно учителя отметили положительную реакцию на проведение уроков со стороны родителей (90,8% респондентов), при этом 90,9% учителей указали на изменения в отношении детей к вопросам личной гигиены.

Для выяснения уровня знания детей по гигиене полости рта нами было проведено их анкетирование до начала педагогического этапа профилактической программы, через полтора года и через три года после начала программы. Знания детей изучали, используя тест «Как сохранить зубы здоровыми», состоящий из 18-ти вопросов. Каждый вопрос оценивался в баллах.

Исходные уровни знаний по гигиене полости рта детей 7-8 лет были низкими. При

этом 30% мальчиков и 50% девочек считали, что зубы необходимо чистить только 1 раз в день. 50% мальчиков и 40% девочек не знали, какую зубную пасту выбрать, и какой должна быть зубная щетка.

Исходные уровни знаний по гигиене полости рта у детей 8-9 лет и 9-10 лет также оказался низким.

Педагогический этап комплексной профилактической программы благоприятно отразился на уровне знаний по гигиене полости рта. Через 3 года уровень гигиенических знаний у мальчиков увеличился до 12,5 баллов, у девочек до 11,5 баллов; у детей 8-9 лет знания были оценены 12 баллов и 12 баллов соответственно у мальчиков и девочек. Та же динамика отмечена у детей 9-10 лет.

Изучение первоначального стоматологического статуса у 1100 школьников 7-9 лет первоклассников позволило установить высокую распространенность основных стоматологических заболеваний. Распространенность кариеса зубов составила $91,64 \pm 0,83\%$, интенсивность кариеса — $5,83 \pm 0,31$. Воспалительные заболевания тканей пародонта были выявлены у $55,45 \pm 1,50$ школьников. Большинство детей ($73,18 \pm 1,33\%$, по данным ОНІ-S) имели плохую гигиену полости рта.

В результате изучения данных интервьюирования школьников была выявлена недостаточность знаний и навыков детей по основным вопросам профилактики стоматологических заболеваний. Не все первоклассники ориентировались в выборе продуктов питания, полезных и вредных для зубов. Изучение отношения детей к лечению зубов показало, что $67,03 \pm 2,48\%$ детей боятся ходить к стоматологу, а $51,40 \pm 2,64\%$

школьников отметили, что им не нравится стоматолог. Отрицательное отношение к врачу и страх многих детей перед лечением являются факторами, препятствующими эффективному обучению школьников мерам профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта, которое проводят детские стоматологи.

Таким образом, по результатам анализа ответов первоклассников можно констатировать, что дети не имеют достаточных знаний и навыков в области гигиены полости рта и правильного питания, а в

семье эти навыки не формируются и не контролируются. Положительный эффект проведения образовательной программы был получен в отношении снижения у детей 1-й группы (обучавшихся по программе), по сравнению со школьниками 2-й группы (не обучавшихся), распространенности кариеса постоянных зубов на 19,95% ($49,60 \pm 1,83\%$ и $69,55 \pm 2,43\%$, $p < 0,001$). Интенсивность кариеса постоянных зубов также уменьшилась у детей 1-й группы, по сравнению со школьниками 2-й группы, в 1,8 раза ($0,79 \pm 0,11$ и $1,42 \pm 0,21$ по КПУ, $p < 0,001$).

Таблица 1.

Эффективность образовательной стоматологической программы

Показатель	Возраст детей, лет	Группа	
		1-я	2-я
		M $\pm$ m	M $\pm$ m
Распространенность кариеса постоянных зубов	7	$18,19 \pm 1,4^*$	$20,39 \pm 2,12^*$
	8	$45,55 \pm 1,82^{**}$	$53,91 \pm 2,63^{**}$
	9	$49,60 \pm 1,83^{***}$	$69,55 \pm 2,43^{***}$
Интенсивность кариеса, по КПУ	7	$0,23 \pm 0,06^*$	$0,26 \pm 0,08^*$
	8	$0,32 \pm 0,09^{**}$	$0,71 \pm 0,19^{**}$
	9	$0,79 \pm 0,11^{***}$	$1,42 \pm 0,21^{***}$
Индексы гигиены: OHI-S	7	$3,25 \pm 0,23^*$	$3,52 \pm 0,25^*$
	8	$1,72 \pm 0,22^{**}$	$3,34 \pm 0,23^{**}$
	9	$0,75 \pm 0,19^{***}$	$2,63 \pm 0,24^{***}$
Количество детей с удовлетворительной гигиеной полости рта	7	$21,05 \pm 1,49^*$	$21,22 \pm 2,16^*$
	8	$51,07 \pm 1,83^{**}$	$27,65 \pm 2,34^{**}$
	9	$86,43 \pm 1,26^{***}$	$27,74 \pm 2,33^{***}$
Распространенность заболеваний пародонта	7	$54,99 \pm 1,82^*$	$56,42 \pm 2,60^*$
	8	$45,55 \pm 1,82^{**}$	$53,07 \pm 2,63^{**}$
	9	$33,15 \pm 1,72^{***}$	$51,96 \pm 2,64^{***}$

Прим.: статистически значимая разница:

1. с исходными показателями: * – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$; *** – $p_0 < 0,001$

Наряду со снижением распространенности и интенсивности кариеса зубов у младших школьников также улучшилось гигиеническое состояние полости рта. Количество детей с воспалительными заболеваниями пародонта также уменьшилось в 1-й группе, по сравнению со 2-й группой, в 1,7 раза.

Таким образом, внедрение программы, проводимой врачами-стоматологами и учителями среди детей младшего возраста, показало ее высокую эффективность в повышении санитарно-гигиенических

знаний и снижении стоматологической заболеваемости школьников.

Наш опыт внедрения программы «Гигиена ротовой полости» в Азербайджане позволяет утверждать, что необходимо совершенствовать организационную структуру стоматологической помощи детям, способствовать открытию кабинетов гигиены полости рта в школах, с обязательным преподаванием практического раздела специалистами – стоматологами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта и использованию фторидов. Женева, 2011, № 120/10.
2. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2006, 416 с.
3. Azarpazhooh A., Main P.A. Fluoride Varnish in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review // JCDA, 2008, v.74, No1, p. 73-79.
4. Humphris G., Freeman R., Gibson B. et al. Oral health-related quality of life for 8-10-year-old children: an assessment of a new measure // Community Dent Oral Epidemiol., 2005, v.33, No5, p. 326-332.
5. Зейналова Г.К., Алиева Р.К. Организация санитарного просвещения профилактики основных стоматологических заболеваний среди детей младшего школьного возраста в Азербайджане/ Материалы XVI Международной научно-практической конференции «Проблемы и пути развития современного здравоохранения», Международная академия наук и высшего образования (Великобритания); Всеукраинский академический союз (Украина), 2011, с113-115
6. Qarayev Z.I., Cəfərov R.M. Naxçıvan MR Kəngərli rayonu əhalisi arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyinin öyrənilməsi. // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, 2004, №18, səh. 60-64
7. Зейналова Г.К. Значение фторидсодержащей зубной пасты в профилактике стоматологических заболеваний у детей // Curierul medical, Chisinau, Moldova, 2012, №1(325), стр.28-31
8. Qarayev Z.I., Pənahov N.A. Azərbaycan Respublikasında yeniyetmələr arasında diş kariyesinin yayılması və intensivliyi // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, 2004, №8, səh. 20-23
9. Axelsson P. et al. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance // J Clin Periodontol., 2004, v.31, p. 749-757.
10. Christensen G.J. Special oral hygiene and preventive care for special needs // J. Am Dent Assoc., 2005, v.136, p. 1141-1143.

XÜLASƏ

Agiz boşluğu sağlamlığı məktəb təhsil proqramının keçirilməsi təcrübəsi.

G.K.Zeynalova, Z.I.Qarayev, Cəfərov R.M.

Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq stomatologiyası kafedrası və ortopedik stomatologiya kafedrası.

Uşaq və yeniyetmələrin sağlamlığı millətin gələcəyini müəyyən edir. Əhali arasında kariyes və parodont xəstəliklərinin yüksək səviyyədə yayılması və intensivliyi, həmçinin ağız boşluğu gigiyenasının qeyri-qənaətbəxş olması əsas stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası məsələsini ön plana çıxır. Dünya üzrə

stomatoloji xəstəliklərin yayılmasının qarşısını almaq üçün proqramın ÜST və FDI-in irəliləşdirdiyi prinsiplərə əsaslanır. Bu proqramın əsas etaplarından əhalinin stomatologiya sahəsində sanitar maarifləndirməni, profilaktik stomatoloji xidmətin genişləndirməsini, əhalinin ağız boşluğunun sağlamlığının qorunmasının motivasiyasını göstərmək olar. Respublikamızda əhalinin stomatoloji sağlamlığının yaxşılaşdırılması məqsədilə, ÜST-in və FDI-nin prinsiplərinə əsaslanaraq Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası tərəfindən ağız boşluğunun gigiyenasına dair məktəb təhsil proqramı həyata keçirilir.

Biz tərəfdən təklif olunmuş kompleks proqramı iki istiqamətdən ibarətdir – pedaqoji və tibbi. Proqramın pedaqoji hissəsinə aiddir: ümumtəhsil məktəblərin ibtidai bölməsinin şagirdlərinə ağız boşluğunun anatomiyası və fiziologiyası haqqında məlumatların çatdırılması. Həmçinin stomatoloji xəstəliklərin haqqında məlumatın, onların aşkar olunması yolları və qabağını almağa yönəlmiş tədbirlərə aid biliklərin çatdırılması.

Kompleks profilaktiki proqramın pedaqoji mərhələsi ağız boşluğunun gigiyenası haqqında biliklərin səviyyəsini artırmışdır. Üç ildən sonra oğlanlarda gigiyenik biliklərin səviyyəsi 12,5 bala qədər yüksəlmiş, qızlarda - 11,5 bala çatmışdır; 8-9 yaşlı uşaqlarda biliklər eyni səviyyədə olmuş və 12 bala çatmışdır. 9-10 yaşlı uşaqlarda da eyni dinamika əldə olunmuşdur. Beləliklə, məktəblilər arasında həkim-stomatoloqlar və müəlliflər tərəfindən yürüdülmüş proqramın hesabına sanitar-gigiyenik biliklərin artmamasına nail olunmuşdur.

SUMMARY

Experience of carrying out school educational program on oral health.

G. K. Zeynalova, Z. İ. Qarayev, Cəfərov R.M.

Azerbaijan Medical University.

Department of Paediatric Stomatology, Department of Prosthetic Dentistry

Health of population determines the future of the nation. In Azerbaijan, the implementation of prevention programs, fully dependent on public funding, turned up yet to be impossible. Using the positive experience of prevention of dental caries and periodontal disease in Western countries, on the one hand, and given the steady increase in the number of dental diseases on the other hand, during 10 years Azerbaijan Dental Association has been carrying out preventive dental school training program for oral health. This program had serious results and covered over half a million of children. We believed that carrying out this program was the real achievement of our association in the prevention of dental diseases.

A comprehensive program conducted by us, consisted of 2 areas - educational and medical. A goal of educational phase was to familiarize the children of junior classes with the anatomy and physiology of the oral cavity, with the major oral diseases, methods of detection of such diseases, as well as methods for their prevention. The main emphasis in teaching was on the need for regular hygienic oral care, learning proper brushing and nutrition education.

An educational phase of a comprehensive prevention program had a favorable effect on the level of knowledge oral health. After 3 years, the level of hygiene knowledge among boys rose up to 12.5 points and among girls up to 11.5 points on the 15 point scale, in children of 8-9 years knowledge were assessed as 12 points both in boys and girls. The same dynamics observed in children of 9-10 years old.

Of course, the ongoing work is far from covering all the aspects of such a large and important part of dentistry, as prevention, however, we intend to continue our efforts to convince the administrative authorities of the importance of preventive measures, supported and funded by the state.

FDI: Addressing key areas of oral health and policy

I am just at the beginning of what promises to be a very exciting two-year term as FDI President. There is much to build upon from the work of my predecessor, Dr Orlando Monteiro da Silva. We have the right projects, the means and the expertise to fulfil our ambitions. But first – and this may seem a strange question, as we are in the final stages of the FDI Annual World Dental Congress – what is the FDI, what does it mean to be part of it? My own simple definition is that the FDI is the authoritative voice of dentistry worldwide. That is a powerful claim – and it is a powerful position in which to be.



Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Prezidenti Tin Chun Wong

Iwould go even further to say that the FDI is a truly global organization and, as the only one serving the specific needs of dentists, it is unique. Part of what makes it unique has been in evidence during the course of the congress and the FDI World Dental Parliament, held simultaneously. The FDI represents the worldwide solidarity of dentists: if you want to reach the world, you do it through the FDI. We certainly hope that we have reached you,

congress participants, during your time here in Istanbul.

Some of the sessions that participants have attended over the last few days reflect the FDI's priorities over the last 12 months or more. For example, on 29 August, a session was held to assess what effect the Minamata Convention on Mercury may have on the dental profession. Since the convention, which will be signed in Japan in October this year, covers restrictions on



*Dr. Orlando Monterio da Silva, FDI prezident
nişanəsini Dr. Tin Chun Wong təqdim etdi*

the mining of, access to, and trade in mercury, it will necessarily have an impact on the future availability and use of one of dentistry's key restorative materials, dental amalgam, an inert compound containing 50% mercury. The FDI, among other groups, successfully argued for a phase-down rather than phase-out of amalgam. The discussions here in Istanbul measured that success but assessed the implications.

On the same day, we saw the launch of what is set to become the key link in the FDI's Vision 2020 armour for 2014: the new tablet-based data-retrieval application from which the FDI will endeavour to gain deeper knowledge about the socio-economic, behavioural and literacy aspects of oral health worldwide. For the moment, this is a pilot project involving dentists and their patients in a few selected dental practices on all the continents. However, when we roll it out in full, the aim is to provide to our members the tools for analysis of the survey results in order to be in a position to support and advise governments worldwide on aspects of

oral health policy.

This, like all FDI initiatives, is linked to other areas under discussion, for example at the World Oral Health Forum, which addressed oral health within the context of the United Nations initiative on noncommunicable diseases (NCD). Readers will recall that the FDI has been a strong supporter of the NCD initiative and, along with likeminded partners, succeeded in having oral health included in the NCD agenda.

Oral disease is not, in most cases, a life and death issue, although evidence reported during the course of the FDI Science Committee session suggests an established link between oral disease and other NCDs, such as diabetes. However, even though oral disease is not generally fatal, it should not blind us to the fact that toothache equals pain, can mean time off school or work, or loss in self-confidence, or have other deleterious effects on daily life.

People in developed countries are much more aware of disease than those in developing countries are. That is why it is important for governments worldwide to be aware of oral health and adopt measures to improve the oral health of their national populations.

This congress has, we hope, proved to be an inspiration in terms of the continuing education it has offered to people from all over the world and the opportunities it has provided for exchanges with colleagues from other countries. But it has also been important in terms of its contribution to the ongoing debate on oral health and general health within governments and multilateral institutions.

I am looking forward to hearing from you, and meeting you in a year from now in New Delhi in India for what already promises to be an exciting congress.

Annual World dental congress newspaper

Üz-çənə nahiyyəsinin anadangəlmə qüsurlarının tibbi-sosial aspektləri

Yusubov Y.Ə., Qurbanəliyeva Q.İ., Sabrin A.A., Yusubov A.A.

ATU-nun ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası

Üz-çənə nahiyyəsində anadangəlmə bir sıra qüsurlar və sindromlar müşahidə olunur (dodaq-damaq bitişməməsi, makrostoma, qulaq seyvanının qusuru, kəllə-üz dizostoza, kəllə-körpücük dizostoza, Pyer-Roben sindromu, I-II qəlsəmə qövsü sindromu, hemifasial sindrom və s.).

Anadangəlmə qüsurlar arasında ən çox rast gəlinəni 30-35% dodaq və damaq yarığıdır [1]. Bu qüsurla doğulan uşaqların tibbi-sosial və psixoloji reabilitasiyası dünya miqyasında, hətta inkişaf etmiş Avropa ölkələrində və Amerikada ciddi bir problemdir. Bu məsələnin effektiv həlli kompleks tibbi-sosial tədbirlərin müntəzəm və uzun illər aparılmasından asılıdır.

Anadangəlmə dodaq və damaq yarığının tibbi-sosial aspektlərinin analizi bir sıra istiqamətlərdə aparılır. Bunlardan:

1. Patologiyanın rast gəlmə tezliyi
2. Problemin sosial-psixoloji aspektləri
3. Bu qüsurla doğulan uşaqların ümumi vəziyyəti və onun müalicənin nəticəsinə təsiri
4. Qüsür zamanı dodağın və damağın anato-mo-funksional xüsusiyyətləri
5. Dodaq və damaq yarığının bərpasında müasir cərrahi üsulların effektivliyi
6. Damaq bitişməməsinin bərpasının anato-mo-funksional nəticələri və onların korreksiya metodları

Anadangəlmə dodaq və damaq yarıqlarına həsr olunmuş II Ümumdünya konqresin

materiallarına əsasən (Münhen,2000) dünyada hərgüntəqribən 700 uşaq bu patologiya ilə doğulur [2]. Ümumiyyətlə uşaqlarda bu patologiyanın tezliyi 1000 doğulandan 1- 2,2 təsadüf olunur. Yüksək göstərici Çexoslovakiyada (1,81), Fransada (1,75), Finlandiyada (1,74), Daniyada (1,69), Belçiyada (1,47), İtaliyada (1,33), Kaliforniyada (ABŞ 1,2), Almaniya-da 1,85/1000 [3,4,5]. Bizim tədqiqata görə Azərbaycanda 750 doğulan uşaqlardan birində bu qüsür müşahidə olunub [6].

Bu qüsurun baş verməsində müəyyən dərəcədə (20-30%) irsi amilə yer verilir. Bundan əlavə bir çox ekzogen və endogen səbəblərin təsiri nəticəsində yaranı bilər. Hamiləliyin 6-7 həftəliyində xarici amillərin (fiziki, mexaniki, kimyəvi) eləcə də, endogen səbəblərdən (autoinfeksiya, autosensibilizasiya), anadangəlmə olan xəstəliklərdən (toksoplazmoz, stress) qüsür baş verə bilər.

Ailədə uşağın dodaq və damağ yarığı ilə doğulması valideynlərə və yaxın qohumlara psixi təsir göstərir. Bizim tədqiqatın nəticələrinə əsasən 47% ailədə münasibətli vəziyyət yaranıb, 67% valideyndə əsəbilik, ələcsizlik hissi yaranıb ki, o da nəinki ailədə münasibətə eləcə də uşağa qulluq etməyə mənfi təsir göstərib. Valideynlər uşağın bu defektli doğulması ilə əlaqədar olaraq "utanırlarmı" sualına 75% cavab veriblər ki, xəcalət çəkirlər. Ona görə çox vaxt uşağı evdə gizli saxlayırlar. 37% valideyn uşaq doğulan zamanı və ilk günlərdə uşaqdan imtina etmək fikrində olublar. Bu dövrdə verilən

düzgün həkim məsləhətindən sonra valideynlər fikirlərini dəyişiblər. Bu hadisə ilə bağlı yalnız 29% ananın təkrar uşağın olmasına arzusu olub. Bütün bu halların yaranmasında müəyyən dərəcədə doğum evlərində işləyən tibb işçilərinin rolu vardır. Belə ki, anaya bu patologiya haqqında düzgün informasiya verilmir. “Pis xəbərlə” anaya deyirlər ki, uşağında “dovşan dodaq, qurd ağızlıq” var. Anada stress yaranır, ilk növbədə ana döşündə süd yoxa çıxır və s.

Anadangəlmə dodaq və damaq bitişməməsinin bir neçə növləri var. Dodaq yarığı birtərəfli, ikitərəfli tam və hissəvi olur, bəzi hallarda dərinin tamlığı yalnız qırmızı haşıyyə səviyyəsində pozulur, filtrum, burun keçəcəyi nahiyədə pozulmur, əzələ qatı bitişməmiş olur - bu qapalı ya gizli qüsurlar adlanır. Dodaq yarığı bəzi hallarda ağız bucağından köndələn keçir. Belə forma qüsurlarda ağız bucağı yanaqda qurtarır - bu makrostoma adlanır. Damaq yarığı bir neçə formada olur: alveol çıxıntısından keçən sərt və yumşaq damaqla birgə rast gəlir, bu alveol çıxıntısında birtərəfli və ikitərəfli ola bilər. Bir qrup xəstələrdə alveol çıxıntısı sağlam olur, yarıq yalnız yumşaq damaqda, digər pasientlərdə sərt və yumşaq damaqda müşahidə olunur. Bizim məlumatlara görə dodaq və damaq yarığı 77,6% xəstələrdə birgə baş verir.

Üst dodağın birtərəfli tam yarığı zamanı qırmızı haşıyyədən burun keçəcəyinə qədər bütün toxumalar bitişmirlər. Dodağın orta hissəsi qısa olur və qırmızı haşıyyə yarığa dartılıdır. Bütün hallarda burunun dəri, qığırdaq hissələri deformasiya olunur. İkitərəfli yarıq zamanı burun çəpəri qısadır və burunun ucu dodağın orta hissəsinə dartılmış olur, burun qanadları horizontal vəziyyətdə və burun keçəcəkləri geniş olurlar.

Anadangəlmə damaq yarığı zamanı qüsurların növündən asılı olaraq müxtəlif formada anatomik pozğunluqlar müşahidə olunur.

Dodağın və damağın birtərəfli tam bitişməməsində yarıq alveol çıxıntısından, adətən ikinci kəsici dişdən, birinci və ikinci kəsicinin arasından, sonra sərt və yumşaq damaqdan keçir. Sərt damaq nahiyəsində xış sümüyü bir tərəfdən əngin damaq çıxıntısı ilə bitişib, yarıq tərəfdən bitişməyib.

İkitərəfli tam dodaq və damaq bitişməməsi zamanı yarıq alveol çıxıntısında iki tərəfdən keçir, əngin alveol çıxıntısı 3 hissəyə ayrılır. Mərkəzi hissə (kəsici sümük) ayrıca anatomik törəmə kimi təyin olunur və arxa hissəsi xış sümüyünə keçir. Kəsici sümük adətən kəskin önə çıxır (protruziya). Yumşaq damağın bitişməməsi zamanı yarığın sərhəddi sərt damağın arxa kənarına çatır. Sərt və yumşaq bitişməməsində yarığın ön sərhəddi kəsici kanala çatmır.

Uşaqlarda dodaq və damaq yarığı ilə baş verən anatomik dəyişikliklər bir çox funksional pozğunluqlara gətirib çıxarır, onların həyatı ilk günlərdə əlverişsiz şəraitdə olur, beləki, nəfəsalma funksiyası, sorma, udqunma pozulur, sonra uşaq böyüdükdə nitq, eşitmə, çeynəmə funksiyaları pozulur. Yaşa dolduqca uşaqda psixoloji dəyişikliklər - qaradiməz, adamayovuşmaz kompleks yaranır və psixiki inkişafdan qalır.

Həyatın ilk günlərindən patologiya ilə bağlı uşaqlarda qidalanmanın pozulması ilə və digər problemlərlə somatik bir sıra patoloji proseslər baş verir. Bu xəstələrdə bədən çəkisinin aşağı olması, hemoqlobinin aşağı olması, beyin daxili təzyiqin olması müşahidə olunur. Qüsurla bağlı uşaqlarda ağız açıq olduğuna görə onlar tez-tez yuxarı tənəffüs yollarının iltihabı prosesləri ilə xəstələnirlər. Uşaqlarda somatik bu hallar müşadə olunduğu zaman cərrahi əməliyyatlar müəyyən müddətə təxirə salınır. Bununla bağlı valideynlərdə negativ hallar yaranır. Əməliyyatdan sonra yaranan birincil sağlamlasına estetik nəticəyə təsir göstərir.

Anadangəlmə dodaq və damaq yarığının cərrahi müalicəsi qüsurun növü ilə bağlı, yerli amillərdən və uşağın somatik vəziyyətindən asılı olaraq müəyyən yaş dövründə aparılır.

Bu qüsurun cərrahi müalicəsi baxmayaraq qədim tarixə malikdir, ancaq indidə bu cərrahi üsulların təkmilləşməsinə böyük ehtiyac var. Hal-hazırda cərrahi əməliyyatın uşaqda dodaqda, damaqda nə vaxt aparılması haqqında indidə müxtəlif fikirlər qalır.

Anadangəlmə dodaq yarığının növlərindən asılı olaraq müxtəlif cərrahi metodlar istifadə olunur. Axır zamanlar daha çox Millard üsulu ilə xeyloplastika əməliyyatı aparılır. Bu üsulun müəyyən çatışmayan cəhətlərini nəzərə alaraq bizimlə yeni modifikasiya işlənilib (M.Ş No.1526656) [7]. Verdiyimiz modifikasiyanın mahiyyəti bundan ibarətdir: Millard üsulunda yan fraqmentdə kəsik dəridə burun qanadından aşağı görünən yerdə horizontal aparılır. Bu da kosmetik cəhətdən özünü doğrultmur. Ona görə biz əməliyyat zamanı həmin kəsiyi burun qanadının iç səthinə salırıq. İkinci çatışmayan cəhət mərkəzi fraqmentdə burun çəpərinin əsasında qırmızı haşiyəyə - Kupidon xəttinin iç nöqtəsinə qədər aparılan kəsikdə dilimləri bir-birinə tikdikdə bu nahiyyə yuxarı istiqamətə dartılmış vəziyyətdə qalır. Bunu aradan götürmək üçün kəsiyin istiqaməti dəyişdirilib.

Birtərəfli hissəvi, tam dodaq yarıqlarının bərpası üçün cərrahi əməliyyatı uşağın somatik vəziyyətini nəzərə alaraq 3 ayında aparırıq.

Anadangəlmə qüsurlar içində ən ağır forma üst dodağın iki tərəfli tam bitişməməsidir. Bu defekt zamanı üst dodaq alveol çıxıntısı ilə birgə bir-birindən aralı üç fraqmentdən ibarətdir. Çənəarası sümük dodağın orta hissəsi ilə bir yerdə həddindən artıq önə çıxır-protruziya. Burun qanadları horizontal vəziyyətdə olurlar. Bu cür yarıqla doğulmuş uşağın xarici görünüşü

hətta doğum evinin tibb işçilərində ağır təəsürat yaradır. Çox hallarda fraqmentlərarası məsafə eyni olmur. Fraqmentlər qeyri simmetrik olurlar. Belə hallarda yan fraqmentləri orta fraqmentə simmetrik tikmək olmur, burun qanadları qeyri formalarda qalırlar, toxuma azlığına görə ağız dəhlizini yaratmaq mümkün olmur. Ona görə də bəzən cərrahlar ikitərəfli dodaq yarığını iki mərhələdə əməliyyat edirlər. Belə yanaşmada özünü doğrultmur, çünki ikinci etap əməliyyatda əks tərəfdən yenə toxumaları açmaq lazım gəlir.

Beləliklə, ikitərəfli tam dodaq yarığının cərrahi bərpası uzun müddətli, çox etaplı təkrari əməliyyatlar tələb edən ağır bir problemdir. Demək olar ki, ikitərəfli xeyloplastikadan sonra bütün xəstələrdə təkrari əməliyyatlara ehtiyac var.

İkitərəfli xeyloplastika əməliyyatı zamanı baş verən çətinliklər və əməliyyatdan sonra istənilən nəticənin alınmaması ilk növbədə qüsurun növündən asılı olaraq fraqmentlərarası məsafənin geniş olmasından, dodağın orta hissəsində toxuma azlığından, əzələnin olmamasından, çənəarası sümüyün həddindən artıq orta fraqmentlə önə çıxdığından yaranırlar.

Bu yuxarıda göstərilən hallar nəzərə alınaraq qeyd etmək lazımdır ki əməliyyatı ortodontik müalicənin aparılması çox vacibdir. Uşağın bu yaşında eləcə də çıxan aparatın fiksasiyasının texniki cəhətdən çox çətin olmasındır.

Əlbəttə bu istiqamətdə axtarışlar aparılmalıdır, müasir sadə quruluşa məxsus çıxan aparat işlənilməlidir, hansının fiksasiyası çətinlik yaratmasın və s. Bununla yanaşı ikitərəfli tam dodaq yarığı zamanı xeyloplastika əməliyyatını imkan dərəcəsində uşağın ilk aylarında aparmaq lazımdır ki, çənəarası sümük orta fraqmentlə bir yerdə getdikcə deformasiyaya uğramasın. Bu əməliyyatın erkən aparılması ilk növbədə uşağın somatik vəziyyətindən asılıdır. Əfsuslar olsun ki, bu dövrdə də uşaqda əməliyyata əks göstərişlər olur. Ona görə uşaqlarda cərrahi əməliyyatı təhəzzürlü tədbirləri təkmilləşdirilməlidir.

Hal-hazırda ikitərəfli xeyloplastika əməliyyatını uşağın 3-4 ayında aparmaq məqsədə uyğundur. Qabaqlar bu əməliyyatı

uşağın 8-10 ayında aparmaq məsləhət görüldü. Anadangəlmə damaq yarığının cərrahi müalicəsinin uşaqlarda hansı yaşda aparılma vaxtı haqqında da fikirlər müxtəlifdir. Bu fikirlər əsaslı olaraq aşağıdakı səbəblərdən irəli gəlirlər: pasiyentdə nitq naminə əməliyyatın erkən, əngin inkişafı, uzun normal konfigurasiyası xətrinə gec aparılması məsləhət görülür. Əlbəttə xəstə üçün hər iki fakt çox vacibdir. Valideynlərlə söhbət zamanı bu əməliyyatdan sonra uşağın ilk növbədə xarici görünüşünün ya nitqin yaxşı olmasını üstün tuturlar sualına, hər ikisinin yaxşı olmasını istəyirlər deyərək cavab veriblər.

Damaq yarığının cərrahi müalicəsindən sonra əngin inkişafdan qalması sərt damaqda dilimlər biçilərkən yaranmış yara səthinin həcmindən asılı olaraq baş verir. Ona görə bu sahədə cərrahi əməliyyatın təkmilləşməsində yeni axtarışlar o istiqamətdə də aparılır. Bu məqsədlə bizimlə birtərəfli alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damaq bitişməsinin cərrahi müalicəsində yeni üsul işlənibdir (M.Ş.No 1362454) [8]. Bu üsulun mahiyyəti sərt damaqda dilimlər biçilmir. Sərt damaqda yarığı bərpa etmək üçün xış sümüyünün üstündə əsas böyük fraqmentdə olan selikli- sümüküslüyü dilim götürülür. Onun üçün xış sümüyünün əsasında II- formalı kəsik aparılır və dilim onun üstündən ayrılıb liqaturaya alınır. Kiçik fraqmentdə yarığın kənarında selikli- sümüküslüyü sümükdən ayrılır və xış sümüyündə biçilmiş dilim ona tikilir. Beləliklə, sərt damaqda yarıq tam bərpa olunur yumşaq damaqda standart üsulla örtülür.

Bu üsulla birtərəfli tam damaq yarığının cərrahi müalicəsini planlaşdırın zamanı

fraqmentlər arası məsafə nəzərə alınmalıdır, beləki, xış sümüyünün üstündə biçilmiş dilim kiçik fraqmentin kənarında selikli- sümüküslüyünə sərbəst tikilsin. Bir sözlə, sərt damaqda əsas dilimlər biçilmir və əng sümüyünün ikincili deformasiyaya uğramasının qarşısı alınır.

Damaq yarığının cərrahi müalicəsi zamanı anatom-funksional cəhətdən yaxşı nəticə almaq üçün kompleks tədbirlərin-cərrahi əməliyyatın erkən yaşda, ortodontik müalicənin, loqoped təliminin müntəzəm olaraq aparılması əsas məsələdir. Qüsurun növündən asılı olaraq cərrahi əməliyyatı uşaqlarda müxtəlif yaş dövründə aparmaq olar. Yumşaq damağın izlələnmiş yarığı zamanı əməliyyatı uşağın 6-8 ayında, birtərəfli tam yarıqda uşağın 2 yaşında aparmaqla və əməliyyatdan sonra ortodontik müalicəni müntəzəm həyata keçirməklə anatom-funksional yaxşı nəticəyə nail olmaq mümkündür.

Beləliklə, bu problemin tibbi-sosial aspektlərin araşdırılması bu barədə xeyli nailiyyətlərin əldə olduğunu sübut edir. Ancaq buna baxmayaraq demək olarki, anadangəlmə dodaq və damaq yarıqlarının cərrahi müalicəsinin, ortodontik və loqopedik tədbirlərin təkmilləşdirilməsinə, yeni cərrahi, ortodontik üsulların işlənilməsinə böyük ehtiyac var. Məqsəduyğun kompleks reabilitasion tədbirlərin müntəzəm olaraq bu qüsurla doğulan uşaqlarda aparılması anatomo- funksional cəhətdən yaxşı nəticələrin alınmasını təmin edir və bu qrup xəstələrin ailədə, cəmiyyətdə normal şəxs tərzdə olmalarına imkan yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Давыдов Б.Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. Тверь: РИО ТГМА, 2000, с. 222
2. Abstracts 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation. Munich, 2002, 268 p
3. Andrä A., Neumann H. Lippen- Kiefer- Gaumenspalten. Entstehung, Klinik, Behandlungskonzepte. Reinbek: Einhorn-Press Verlag, 1996, p. 95-165
4. Nguyen P., Sullivan P. Issues and controversies in the management of cleft palate. Advances in management of cleft lip and palate // Clin. Plast. Surg., 1993, No 20, p. 671-682

5. Horch H. Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie. München: Welt Verlag, 2000, p. 3-66
 6. Yusubov Y.Ə. Üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya. Bakı: Adiloğlu, 2005, s.302

РЕЗЮМЕ

Медико-социальные аспекты врожденных пороков челюстно-лицевой области

Юсубов Ю.А., Гурбаналиева Г.И., Сабрин А.А., Юсубов А.А.

Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии АМУ

Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области являются одним из самых тяжелых. Медико-социальная и психологическая реабилитация таких детей на сегодняшний день во всем мире продолжает оставаться проблемой.

Несмотря на достижения больших успехов в реабилитации таких детей, существует потребность в усовершенствовании современных подходов и методов их лечения. И только целенаправленные комплексные реабилитационные мероприятия позволяют достичь хороших эстетических и функциональных результатов.

SUMMARY

Medical and social aspects of congenital of the maxillofacial area

Yusubov Y.A., Qurbanaliyeva Q.I., Sabrin A.A., Yusubov A.A.

The Department of Oral and Maxillo-Facial Surgery of Aerbaijan Medical University, Baku

Congenital malformations of the maxillofacial region are one of the most difficult. Medico-social and psychological rehabilitation of children today around the world continues to be a problem. Despite the great success in achieving such rehabilitation in this kind of children, there is a need for improvement of current approaches and methods of treatment. And just targeted comprehensive rehabilitation measures possible to achieve good aesthetic and functional results.

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

20 MART BEYNƏLXALQ AĞIZ SAĞLAMLIĞI GÜNÜNƏ HƏSR OLUNMUŞ TƏDBİR WORLD ORAL HEALTH DAY

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) 20 mart Beynəlxalq ağız sağlamlığı gününə həsr olunmuş geniş tədbir keçirmişdir. ASA və "Asfarma" şirkəti Beynəlxalq Ağız Sağlamlığı Günü (WOHD) ərəfəsində "Loroben" preparatının təqdimatını keçirib. Təqdimat mərasimində stomatoloqlar, tibb işçiləri və digərləri iştirak ediblər. Tədbiri giriş sözü ilə açan ASA-nın prezidenti, professor Rəna Əliyeva qonaqları salamlayaraq bildirib ki, artıq 20 mart Beynəlxalq ağız boşluğu günü tərəfimizdən hər il geniş qeyd olunur və bir neçə ildir ki, Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası ilə "Asfarma" arasında uğurlu əməkdaşlıq etdiyi üçün məqsədimiz tədbirdə "Loroben" preparatını təqdim etmək, onun



tədbirin açılışı

əhəmiyyəti və istifadə qaydaları ilə bağlı stomatoloqları məlumatlandırmaq olmuşdur. Məlum olduğu kimi Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası



tədbir iştirakçıları

yaşı olaraq əsas məramlarımızdan biri də dünya stomatologiyasına geniş integrasiyadır. Çünki dünyanın stomatoloji yeniliklərini, texnologiyalarını əldə etmək, bu sahədəki praktikanı genişləndirmək, Azərbaycan stomatologiyasına yeniliklər gətirir. Düşünürəm ki, biz buna nail olmuşuq. Məhz dünyanın 133 daimi, 9 assosiativ, 25 korporativ üzvünü birləşdirən Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasına (FDİ) qəbul olunmağımız da apardığımız işlərin uğurlu nəticəsidir. Dünya stomatoloqlarını birləşdirən bir təşkilata üzv olmaq həm də SSRİ dağıldıqdan sonra bizim üçün ən əsas vəzifə borcu idi. Ölkəmizə daxil olan tibbi preparatlarla həkimlərimiz hərtərəfli məlumatla malik olmalıdırlar. Bu baxımdan da, "Loroben" preparatı dünyada və Azərbaycanda tanınan məhsuldur. Artıq bir neçə ildir ki, Azərbaycanda da satışdadır.

Bugünkü tədbirin məqsədi də həmin preparat və onun düzgün istifadə qaydaları ilə bağlı stomatoloqları məlumatlandırmaqdır. R.Əliyeva onu da qeyd edərək bildirdi ki, ölkəmizə gətirilən hər hansı preparat mütləq elmi araşdırmadan keçməli və təsdiq olunduqdan sonra satışa buraxılmalıdır: "Bu gün təqdim etdiyimiz məhsul da Azərbaycan tərəfindən təsdiq edilən preparatdır. Türkiyə istehsalı olan dərman məhsulu ağız boşluğunda olan selikli qışa və virus mənşəli xəstəliklərin qarşısının alınmasında sprej və qarqara şəklində istifadə oluna bilər".

Tədbirin davamında konfrans iştirakçılarına "Loroben" preparatı ilə bağlı geniş məlumat verildi.

Sənan Tağıyev

"Asfarma"



səğdən birinci Asfarma'nın nümayəndəsi Leyla Şixlinskaya



Prevalence of dental caries among 12–14 year old children in Qatar

Mohammed Al-Darwish ^{a,*}, Walid El Ansari ^b, Abdulbari Bener ^{c,d}

^a Department of Dentistry, Al-Wakra Hospital, Hamad Medical Corporation, P.O. Box 6397, Doha, Qatar

^b Faculty of Applied Sciences, Health and Sport, University of Gloucestershire, Gloucester, United Kingdom

^c Department of Medical Statistics and Epidemiology, Hamad General Hospital, Hamad Medical Corporation, P.O. Box 3050, Doha, Qatar

^d Department of Evidence for Population Health Unit, School of Epidemiology and Health Sciences, The University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Received 24 July 2013; revised 5 March 2014; accepted 20 March 2014
Available online 5 May 2014

KEYWORDS

Prevalence;
Dental caries;
DMFT index;
School children;
Qatar

Abstract *Background:* To ensure the oral health of a population, clinicians must deliver appropriate dental services, and local communities need to have access to dental care facilities. However, establishment of this infrastructure must be based on reliable information regarding disease prevalence and severity in the target population.

Objectives: The aims of this study were to measure the incidence of dental caries in school children aged 12–14 throughout Qatar, including the influence of socio-demographic factors.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted in Qatar from October 2011 to March 2012. A total of 2113 children aged 12–14 were randomly selected from 16 schools located in different geographic areas. Three calibrated examiners using World Health Organization (WHO) criteria to diagnose dental caries performed the clinical examinations. Data analyses were subsequently conducted.

Results: The mean decayed, missing, and filled teeth index values were respectively 4.62 (± 3.2), 4.79 (± 3.5), and 5.5 (± 3.7), for 12, 13, and 14 year-old subjects. Caries prevalence was 85%. The mandibular incisors and canines were least affected by dental caries, while maxillary and mandibular molars exhibited the highest incidence of dental caries. Dental caries were affected by socio-demographic factors; significant differences were detected between female and male children, where more female children showed dental caries than male children. In addition, children residing in semi-urban areas showed more dental caries than in urban areas.

1. Introduction

1.1. Dental caries

Dental caries is defined as a multi-factorial infectious disease caused by plaque bacteria. When food enters the mouth, bacteria metabolize fermentable carbohydrates, producing acids, which diffuse into hard dental tissue, and demineralize tooth enamel (Featherstone, 2008). In the absence of proper dental hygiene, this process has an increased likelihood of resulting in dental caries. Dental caries currently represents the most common chronic disease among children; it is five times more common than asthma, and seven times more common than seasonal allergies (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Yee et al. (2002) reported in third world countries, dental caries is the fourth most expensive disease to treat. For children of most low-income countries, treating dental caries is estimated at US \$3513 per 1000 children, which would exceed the country's total health budget (Yee et al., 2002). Dental treatment costs could easily exhaust a low-income country's entire health budget, a budget that is already extended to its capacity, or simply does not exist. However, no country claims to have caries free children (WHO, 2003), and the explanation for why young children develop dental caries is complex.

1.2. Dental caries indicators

Dental caries is commonly measured by the sum of decayed, missing, and filled number of teeth (DMFT index) (WHO, 2000). This value has been widely applied to assess the dental caries status at the population level for public health planning and policy-making purposes (Jakobsen and Hunt, 1990). The DMFT index, first introduced by (Klein et al., 1938), is a cumulative caries measure, which indicates caries occurrence, including past and present dental caries. The DMFT index has been in use for more than 76 years, and it remains the most commonly employed epidemiological index for assessing dental caries (Broadbent and Thomson, 2005).

WHO and Federation Dentaire International (FDI) established the first global oral health goal, as follows: by the year 2000, children reaching the age of 12 will not possess an average of more than three decayed, missing, and filled permanent teeth (DMFT) (Aggerdy, 1983). During the following decades, most high-income countries reached or even exceeded these goals, but for many low-income countries, this remains a remote aspiration (WHO, 2000).

In 2003, the FDI, WHO, and International Association for Dental Research (IADR) issued "Global Goals for Oral Health 2020" (Hobdel et al., 2003). These goals provided guidance for local, regional, and national planners and policy makers to improve the oral health status of their populations. The new oral health goals were not numerically specific.

Instead, each country could specify its own targets based on current disease prevalence and severity, local priorities, and oral health systems. Based on DMFT values, WHO generated a scale to classify caries severity: DMFT values between 0.0 and 1.1 were very low; 1.2–2.6 were low; 2.7–4.4 were moderate, 4.5–6.5 were high, and values exceeding 6.6 were very high (WHO, 2000).

Epidemiologic studies from different parts of the world reported that DMFT values and caries prevalence was high among school children (12–14 years old) in some countries, and higher than the figure recommended by WHO goals in Saudi Arabia, Puerto Rico, Peru, Albania, and Lithuania (Table 1).

1.3. Oral health in Qatar and study importance

In Qatar, the oral health care system is in transitional and developmental stages. Systematic data collection is vital to evaluate and plan oral health care for the public. The WHO Global Oral Data Bank (WHO, Oral Health Country/Area Profile, 2013) has collected data on caries prevalence in many countries. Unfortunately, to date, the dental caries status among the school children population in the state of Qatar has never been documented. The absence of dental caries prevalence data in Qatar prevents the organization of any community-oriented oral health promotion programs; therefore a systematic analysis of the dental caries status of Qatar was required. Based on these conditions, the results of the current study are novel, as no similar studies have previously been conducted among Qatar school children.

Therefore, the objectives of the present study were as follows:

- Measure dental caries prevalence among 12–14 year old school children in Qatar.
- Compare dental caries in Qatar by socio-demographic factors (gender, ethnicity, age, residence, and school type).
- Compare dental caries results from Qatar with comparable findings from Eastern Mediterranean regions and other parts of the world.

2. Materials and methods

Ethical approvals for the study were obtained from the following three organizations: (i) Medical Ethics Committee, Research Center (Reference number: RC/11660/2011), Hamad Medical Corporation, State of Qatar; (ii) Research Ethics Subcommittee, University of Gloucestershire, United Kingdom; (iii) Policy Analysis and Research Office, Supreme Education Council, State of Qatar. The participant pool was drawn from schools throughout Qatar, and schools were officially informed, and assured of confidentiality in the study findings.

Table 1 Selected research studies on caries prevalence and DMFT for different countries.

Area	Author/year	Country	Sample size	Age	% Of caries	DMFT
Eastern Mediterranean region countries	El-Nadeef et al. (2009)	United Arab Emirates	1323	12	54	1.6
			1328	15	65	2.5
	Al-Mutawa et al. (2006)	Kuwait		12	26.4	2.6
				14	21.7	3.4
	Al-Sadhan (2006)	Saudi Arabia	205	12–14	93.7	5.94
	Ahmed et al. (2007)	Iraq	392	12	62	1.7
	Pakpour et al. (2011)	Iran	380	12–16	20	2.62
Other countries from different regions of the world	Nurelhuda et al. (2009)	Sudan	1109	12	30.5	.42
	Subedi et al. (2011)	Nepal	325	12–13	53.2	1.6
	Grewal et al. (2011)	India	520	9–12	52.3	.86
	Masood et al. (2012)	Malaysia	1830		70.5	.58
	Yabao et al. (2005)	Philippines	1200	6–12	68.2	2.4
	Casanova-Rosado et al. (2005)	Mexico	1640	12	49.4	3.11
	Jamelli et al. (2010)	Brazil	689	12	71.8	2.9
	Delgado-Angulo et al. (2009)	Peru	90	12	83.3	3.93
	Elias-Boneta et al. (2003)	Puerto Rico	1435	12	81	3.8
	Hysi et al. (2010)	Albania	372	12	85.5	3.8
	Milciuviene et al. (2009)	Lithuania	5910	12	85.5	3.7
				15	92.9	5.6
	Pieper and Schulte (2004)	Germany		12	45.7	1.24
	Campus et al. (2008)	Italy	1333	13–18	59.1	1.94

Following an explanation of the study objectives, written consent was obtained from the schools, and the children and their parents or guardians participating in the study.

2.1. Examiner selection, training, and calibration

Three dentists with previous experience in epidemiological surveys of dental caries were invited to participate in the study. A dental assistant trained in data entry assisted in recording data measured by each dentist during the study. An experienced senior researcher conducted 8 h of training using theoretical and practical activities. During the theoretical discussions, an expert examiner showed photographic slides with clinical examples of each criterion that would be used in the study. The presentation served to instruct dentists and data entry assistants on the criteria and examination methods to be applied, achieve initial standardization protocols, and improve reproducibility among the three dentists and data entry assistants.

Staff training, calibration, and methodological adjustments were performed in a pilot study that involved 30 children, who were not included in the final sample. In this study, the reliability of caries measurements were determined by the test-retest method described by Guilford (1965), and explained in more detail by Rugg-Gunn and Holloway (1974). During the practical phase, each dentist examined thirty children, discussed clinical diagnosis, study codes and criteria, recording, and other errors to reach an acceptable consistency level ($Kappa > 0.80$). The calibration exercises were conducted in two periods of 4 h each, with a 1 week interval between each exercise. Intra-examiner congruency (same examiner in two or more occasions) was evaluated by comparing data from the first and second sessions, respectively. Inter-examiner congruency (variation in disease diagnosis between two or more examiners) was achieved by double-blind duplicated examination of the 30 children.

2.2. Sample size

2.2.1. School selection

The total number of Qatar government and private intermediate schools in the 2011–2012 academic year was 135 (Supreme Education Council, 2012; Qatar Statistics Authority, 2013); with the total number of 12–14 year old school children (Intermediate school children) during the same academic year totaling 40,440 (20,141 males and 20,299 females).

The Supreme Education Council provided a list of intermediate schools (12–14-year-old school children); and 16 schools (8 boy's and 8 girl's schools; 12 government and 4 private schools) were randomly selected from 13 different areas (urban and semi-urban) within the state of Qatar. This sample was chosen to ensure appropriate socio-demographic representation from all segments of society (gender, ethnicity, age, area, government, and private schools Fig. 1).

2.2.2. Children selection within the school

A multistage random sample using a stratified random sampling technique with proportion allocation was employed (Levy and Lemeshow, 1980). WHO (1997) recommended the sample size in each age group (12, 13, and 14 years) range from a minimum of 25–50 for each sampling site. In this way, the range of variability in the population is adequately represented, i.e. the sample is representative of the population. Consequently, 40 children from each age at each sampling site were planned for selection; the survey sample size for each age group was calculated as follows:

Urban: six sites in the capital city	$6 \times 40 = 240$
Six sites in two large towns	$1 \times 2 \times 40 = 80$
Semi-urban: one site in eight semi-urban locations	$1 \times 8 \times 40 = 320$
Total	16 sites $\times$ 40 children = 640

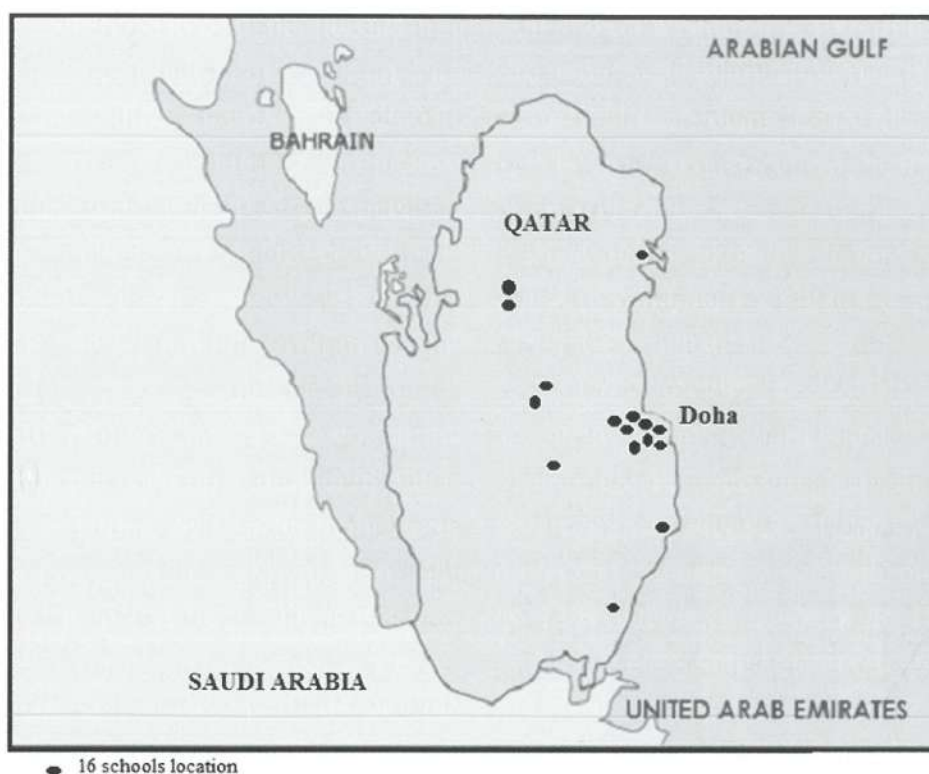


Figure 1 Map of Qatar including 16 schools location.

The distribution applied to three ages groups (12, 13, and 14 years); consequently, the total sample size that should be selected for the study was $3 \times 640 = 1920$ children. Attrition was expected during the study period; therefore an additional 280 children were added to the 1920 children. Therefore, 2200 school children were selected, which was sufficient to address the objectives of the study, and exceed the recommended WHO guideline sample size for a national basic oral health survey (WHO, 1997 Fig. 2).

The number of students selected from each school was determined based on total student body at each school. Finally, the classrooms were chosen on a random systemic basis, and each child was selected randomly from each classroom.

It should be noted, however, that in some areas, the desired number of children, i.e. sample size was not always met in the randomly selected schools; consequently the males and females were not equally represented. The variation resulted from an unwillingness to participate, and the number of children in some schools was below the number recommended to fulfill the sample size at each site (Table 2).

Visitation permissions and coordination with the schools was obtained from the Supreme Education Council and school principals to arrange a day for data collection.

Each child's age was confirmed from school registries. School children below 12 or over 14 years of age were not invited to participate. A total of 87 children with in-complete

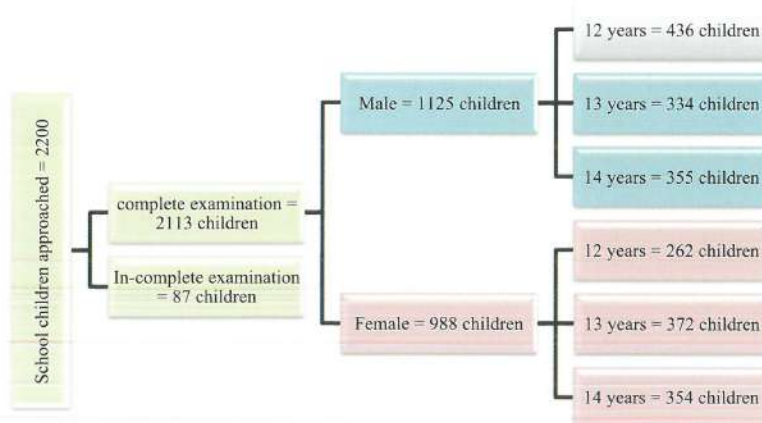


Figure 2 Sampling and inclusion procedure of school children.

Table 2 Distribution of socio-demographic characteristics by gender.

Variables	Total N = 2113 (%)	Male n = 1125 (53.2%)	Female n = 988 (46.8%)
Age (in years)			
12	698 (33)	436 (38.8)	262 (26.5)
13	706 (33.4)	334 (29.7)	372 (37.7)
14	709 (33.6)	355 (31.6)	354 (35.8)
Nationality			
Qatari	1293 (61.2)	756 (67.2)	537 (54.4)
Non-Qatari	820 (38.8)	369 (32.8)	451 (45.6)
Type of school			
Public	1509 (71.4)	774 (68.8)	735 (74.4)
Private	604 (28.6)	351 (31.2)	253 (25.6)
Area (16 schools)			
Urban			
Al Saad	152 (7.2)	152 (13.5)	0
Al Gharafa	175 (8.3)	118 (10.5)	57 (5.8)
South Madinat Khalifa	138 (6.5)	0	138 (14.0)
West Bay	230 (10.9)	230 (20.4)	0
Al Thamama	161 (7.6)	161 (14.3)	0
Al Muntaza	150 (7.1)	150 (13.3)	0
Al Waab	237 (11.2)	0	237 (24.0)
Total	1243 (58.8)	811 (72)	432 (43.8)
Semi urban			
North			
Al Khor	59 (2.8)	0	59 (6.0)
South			
Al Wakra	154 (7.3)	0	154 (15.6)
Umm Said	141 (6.7)	0	141 (14.3)
West			
Al Jumailliah	73 (3.5)	36 (3.2)	37 (3.7)
Al Shahaniyah	313 (14.8)	148 (13.2)	165 (16.7)
Rawdat Rashid	130 (6.2)	130 (11.6)	0
Total	870 (41.3)	314 (28)	556 (56.3)

examinations were exempted, and 2113 completed the study (Table 2). The 2113 children represented 5.3% of the total 12–14 year old school children in Qatar during the 2011–2012 academic year.

2.3. Clinical examination of dental caries status

Dental examinations were conducted from October 2011 to March 2012. All children were examined with a disposable mouth mirror, calibrated periodontal probe, tweezers, tray, gloves, mask, and a consistent light source in their school. The collected data were registered in a diagnostic chart for each child. Detailed identifier and socio-demographic information regarding each child, including age, gender, residential area, school name, class, dental examiner, and data recorder names were included in the diagnostic chart.

The examination procedures, instruments, and diagnostic criteria used in this study were based on a WHO (1997) recommended publication, where a tooth was considered decayed if a cavity was present; if a carious lesion and restoration were present, the tooth was recorded as decayed. All teeth were examined in a systematic order using the FDI tooth numbering system.

The examinations were performed in classrooms under fluorescent lighting with the child sitting on a conventional

classroom chair. Based on visual-tactile criteria, caries diagnoses were documented using the DMFT Index (WHO, 2000) as follows: decayed/untreated caries (D); missing teeth/due to caries (M); filled/dental restorations for caries treatment (F), and teeth/index per tooth (T).

DMFT index scores for each child were computed for permanent teeth. Teeth extracted for orthodontic purposes, or those missing due to trauma or congenitally absent were excluded from data processing, and therefore did not contribute to the final missing teeth (M) score. Missing teeth (M) were counted only if the examiner definitively established tooth loss was due to caries. Finally, radiographic and fiber-optic transillumination examinations were not performed.

3. Statistical analyses

Data were verified for complete responses prior to data entry and analyses. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., version 20, Chicago, Illinois, USA) was used for all statistical analyses. DMFT index scores were computed for each child. Differences in continuous variables between two groups were measured using a Student's *t*-test, and among groups using a one-way Analysis of Variance (ANOVA). Alternatively, a Chi-square test was applied to measure differences between two or more categorical variables.

Table 3 (a) Inter-observer agreement (three examiners) ($N = 30$). (b) Intra-observer agreement (three examiners) ($N = 30$).

	Examiner 2	Examiner 3
(a)		
Examiner 1	0.89*	0.92*
Examiner 2	—	0.87*
Agreement between 1st and 2nd observations		
(b)		
Examiner 1	0.94**	
Examiner 2	0.92**	
Examiner 3	0.90**	

* Kappa coefficient ($p < 0.001$).

** Kappa coefficient ($p < 0.001$).

Binomial logistic regression was employed to identify any association between socio-demographic variables and dental caries. An *a priori* $P < 0.01$ level of significance was established, and significant variables were subsequently analyzed in a multinomial logistic regression through best subset method, with *a priori* $P < 0.05$ level of significance. Adjusted odds ratios with 95% confidence intervals were calculated for all significant variables in the final model. Model adequacy was assessed through Hosmer and Lemeshow (2000) goodness of fit test.

Inter and intra-examiner reliability was measured through Kappa statistics (Table 3). A Kappa value exceeding 0.80 was considered highly reliable, which was recommended by WHO (1997).

4. Results

4.1. Socio-demographic status

A total 2113 of 2200 school children completed the study; 1125 (53.2%) were males and 988 (46.8%) were females. The study population was composed of 698 (33%) 12-, 706 (33.4%) 13-, and 709 (33.6%) 14-year old children. The following socio-demographic data were collected, about 1293 (61.2%) children were Qatari, and 820 (38.8%) were non-Qatari; 1509 (71.4%) attended public schools, and 604 (28.6%) private schools; and 1243 (58.8%) resided in urban areas, and 870 (41.3%) in semi urban areas. Table 2 summarizes the socio-demographic data by gender.

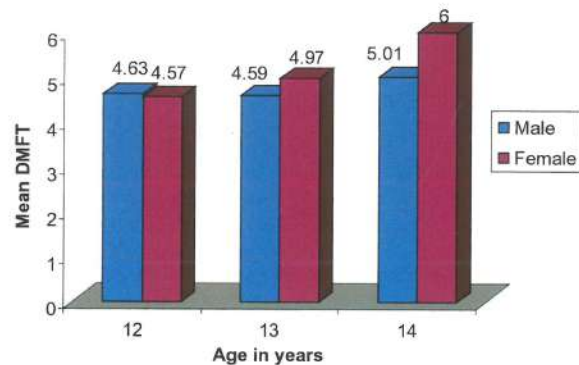


Figure 3 Bar diagram showing mean DMFT among different age group children by gender.

Table 4 Mean caries indices by socio-demographic and other characteristics among school children in Qatar ($N = 2113$).

	DT Mean (SD)	MT Mean (SD)	FT Mean (SD)	DMFT Mean (SD)	Caries free $n = 317$ (15%)
Age (in years) ***					
12 ($n = 698$)	3.51 (3.0)	0.11 (0.45)	1.00 (1.6)	4.62 (3.2)	107 (33.8)
13 ($n = 706$)	3.83 (3.4)*	0.13 (0.47)	0.84 (1.47)	4.79 (3.5)*	126 (39.7)
14 ($n = 709$)	4.25 (3.4)*	0.15 (0.47)	1.10 (1.86)	5.50 (3.7)*	84 (26.5)
Gender**					
Male ($n = 1125$)	3.80 (3.3)	0.11 (0.4)	0.83 (1.5)	4.74 (3.4)	185 (58.4)
Female ($n = 988$)	3.94 (3.2)	0.15 (0.5)	1.14 (1.8)*	5.23 (3.6)*	132 (41.6)
Nationality**					
Qatari ($n = 1293$)	3.79 (3.3)	0.15 (0.5)	0.94 (1.6)	4.89 (3.5)	199 (62.8)
Non Qatari ($n = 820$)	3.97 (3.2)	0.90 (0.3)	1.03 (1.6)	5.10 (3.5)	118 (37.2)
Area**					
Urban	3.79 (3.2)	0.12 (0.4)	1.00 (1.7)	4.91 (3.5)	204 (64.4)
Semi urban	3.97 (3.3)	0.14 (0.4)	0.95 (1.5)	5.06 (3.4)	113 (35.6)
Type of school**					
Public ($n = 1509$)	3.97 (3.4)	0.14 (0.5)	1.01 (1.7)	5.11 (3.6)	230 (72.6)
Private ($n = 604$)	3.61 (2.9)*	0.10 (0.3)	0.91 (1.5)	4.62 (3.08)*	87 (27.4)

DT = Decayed teeth, FT = Filled teeth, MT = Missing teeth, DMFT = Decayed, missing and filled teeth.

* $p < 0.01$ vs. group 1.

§ $p < 0.01$

** By student's *t*-test.

*** By One way ANOVA test.

4.2. Prevalence of dental caries

The number of caries free school children was 317 (15%), indicating the caries prevalence in school children in Qatar was 85% (Table 4). The mean DMFT value for 12-, 13-, and 14-year old children was respectively 4.62 (± 3.2), 4.79 (± 3.5), and 5.5 (± 3.7) (Fig. 3). This indicated that as the age of the children increased from 12- to 14-years old, dental caries increased.

DMFT analysis showed mean DT values were 3.51 (± 3.0), 3.83 (± 3.4), and 4.25 (± 3.4), respectively for 12, 13, and 14 year old children. The mean MT values were 0.11 (± 0.45), 0.13 (± 0.47), and 0.15 (± 0.47), respectively for 12, 13, and 14 year olds. The mean FT values were 1.00 (± 1.6), 0.84 (± 1.47), and 1.10 (± 1.86), respectively for 12, 13, and 14 year old children. Results indicated due to the increased mean values, the DT component was the major constituent of the DMFT index.

Female children exhibited a higher mean DMFT value 5.23 (± 3.6) than male children 4.74 (± 3.4). Qatari children showed a lower mean DMFT value 4.89 (± 3.5) than non-Qatari children 5.10 (± 3.5). Children residing in urban areas had a lower mean DMFT value 4.91 (± 3.5) than children residing in semi urban areas 5.06 (± 3.4). Results indicated private school children had lower mean DMFT values 4.62 (± 3.08) than public school children 5.11 (± 3.6).

Decayed teeth (D) distribution by arch and tooth number is shown in Table 5. Caries lesions were not evenly distributed among different tooth types. The most commonly affected teeth in the maxilla were the first molars (29.9%), followed by second molars (11.8%), central incisors (5.5%), second premolars (4.9%), lateral incisors (4.5%), and second premolars (3.6%). The most commonly affected teeth in the mandible were the first molars (26.3%), followed by second molars (10%), second premolars (1.51%), first premolars (0.61%), central incisors (0.26%), and lateral incisors (0.20%). The least affected teeth were the canines in the maxilla (0.77%) and mandible (0.10%). A comparison of the maxillary and mandibular arch showed a higher caries frequency in the maxilla (60.9%) relative to the mandible (39.1%).

The distribution of missing teeth (M) by arch and tooth number is shown in Table 6. The most commonly missing teeth in the maxilla were the first molars (54.7%), followed by second premolars (5.08%), first premolars (3.9%), second molars (1.17%), central incisors (0.78%), and lateral incisors (0.39%). The most commonly missing teeth in the mandible were the first molars (19.5%), followed

Table 6 Distribution of missing teeth ($N = 256$) by arch and tooth number.

Tooth	Missing teeth		
	Right	Left	Total
Maxilla			
1	1 (.39)	1 (.39)	2 (.78)
2	1 (.39)	0 (0)	1 (.39)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	9 (3.52)	4 (1.56)	13 (5.08)
5	5 (1.95)	5 (1.95)	10 (3.9)
6	75 (29.3)	65 (25.4)	140 (54.7)
7	1 (.39)	2 (.78)	3 (1.17)
Total			169 (66.1)
Mandible			
1	0 (0)	1 (.39)	1 (.39)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	0 (0)	1 (0.39)	1 (.39)
4	5 (1.95)	6 (2.34)	11 (4.3)
5	11 (4.30)	6 (2.34)	17 (6.64)
6	27 (10.5)	23 (9)	50 (19.5)
7	3 (1.17)	4 (1.56)	7 (2.73)
Total			87 (33.9)

by second premolars (4.3%), second premolars (6.64%), second molars (2.73%), and central incisors (0.39%). None of the subjects were missing the lateral incisors in the mandible. The least affected teeth were canines in the maxilla and mandible, in which none of the subjects were missing in the maxilla, and only one tooth in the mandible. A comparison of the maxillary and mandibular arch showed an increased frequency of missing teeth in the maxilla (66.1%) compared to the mandible.

The distribution of filled teeth (F) by arch and tooth number is shown in Table 7. The most commonly filled maxillary teeth were the first molars (47.1%), followed by second molars (7.5%), first premolars (2.96%), second premolars (2.70%), central incisors (0.79%), lateral incisors (0.63%), and canines (0.22%). The most commonly filled mandibular teeth were the first molars (31.2%), followed by second molars (3.92%), second premolars (1.85%) and first

Table 5 Distribution of decayed teeth ($N = 5032$) by arch and tooth number.

Tooth	Decayed teeth		
	Right	Left	Total
Maxilla			
1	166 (3.3)	111 (2.2)	277 (5.5)
2	130 (2.6)	99 (1.9)	229 (4.5)
3	20 (.39)	19 (.38)	39 (.77)
4	153 (3)	96 (1.9)	249 (4.9)
5	110 (2.2)	70 (1.4)	180 (3.6)
6	802 (15.9)	706 (14)	1508 (29.9)
7	300 (6)	292 (5.8)	592 (11.8)
Total			3074 (60.9)
Mandible			
1	7 (.14)	6 (.12)	13 (.26)
2	6 (.12)	4 (.08)	10 (.20)
3	3 (.06)	2 (.04)	5 (.10)
4	16 (.32)	13 (.29)	29 (.61)
5	40 (.80)	36 (.71)	76 (1.51)
6	677 (13.4)	648 (12.9)	1325 (26.3)
7	270 (5.4)	230 (4.6)	500 (10)
Total			1958 (39.1)

Table 7 Distribution of filling teeth ($N = 1890$) by arch and tooth number.

Tooth	Filling teeth		
	Right	Left	Total
Maxilla			
1	10 (.53)	5 (.26)	15 (.79)
2	7 (.37)	5 (.26)	12 (.63)
3	2 (.11)	2 (.11)	4 (.22)
4	30 (1.58)	26 (1.37)	56 (2.96)
5	24 (1.27)	27 (1.43)	51 (2.70)
6	453 (24)	438 (23.1)	891 (47.1)
7	70 (3.7)	71 (3.8)	141 (7.5)
Total			1175 (62)
Mandible			
1	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	10 (.53)	7 (.38)	17 (.90)
5	16 (.85)	19 (1)	35 (1.85)
6	298 (15.8)	291 (15.4)	589 (31.2)
7	41 (2.17)	33 (1.75)	74 (3.92)
Total			715 (38)

premolars (0.90%). The mandibular central incisors, lateral incisors, and canines were not filled in any of the study subjects. A comparison of the maxillary and mandibular arch showed an increased frequency of filled teeth in the maxilla (62%) compared to the mandible (38%).

4.3. Binomial logistic regression analysis

DMFT index scores were classified as binary data; i.e. children with and without dental caries. Binomial logistic regression was employed to identify any association between different exposure variables and dental caries (Table 8). Female children showed a significantly higher incidence of dental caries than male children ($P < 0.05$). Children residing in semi-urban areas showed a significantly higher incidence of dental caries than children residing in urban areas ($P < 0.05$).

4.4. Multinomial logistic regression analysis

Variables significant at the $P < 0.01$ level of significance at the binomial level were analyzed in the multinomial logistic regression analysis using the best subset method (Table 9). One variable remained in the final multinomial logistic regression analysis for dental caries among children in Qatar. Children residing in semi-urban areas showed a significantly higher incidence of dental caries than children residing in urban areas and the difference was statistically highly significant ($P < 0.006$).

5. Discussion

To best of our knowledge, this is the first comprehensive overview based on empirically derived dental caries data among 12–14-year old school children in Qatar.

A 12–14-year old school children study group was selected based on the following criteria: (i) it is likely at these ages all

permanent teeth, except third molars, will have erupted; and (ii) these age groups are considered the caries and disease trend global monitoring ages for international comparisons and monitoring (Aggeryd, 1983; WHO, 1997).

The DMFT index using WHO diagnostic criteria to identify dental caries was applied in the current study. However, WHO criteria grouped different stages of dental caries processes into one code (decayed), without differentiating the various dental caries stages, i.e. initial and advanced carious lesions; non-cavitated and cavitated carious lesions, which may subsequently under- or over-estimate dental caries and its severity (Pine and Harris, 2007). Braga et al. (2009) reported different diagnostic criteria to identify dental caries, such as the International Caries Diagnosis and Assessment System (ICDAS), which have shown utility in differentiating between the various dental caries stages not classified by WHO (Braga et al., 2009). The DMFT index using WHO diagnostic criteria to identify dental caries was employed in the present study for two primary reasons: (i) the majority of the published literature followed WHO criteria in diagnosing dental caries; consequently for comparative purposes across global populations, we adhered to the same methodology; and (ii) WHO excludes initial lesions from diagnostic criteria due to concerns over reliability in diagnosis, citing attempts to identify initial lesions increases examiner variability, resulting in unreliable data (Kidd et al., 2003); however including initial lesions (non-cavitated) in epidemiological surveys can be extremely valuable in early caries detection. Kidd et al., 2003; raised doubts in the reliability of including initial lesions (non-cavitated lesions) in determining caries prevalence.

Although a plethora of published studies on dental caries among different age groups in different regions around the world is available, data on dental caries have not been published from Qatar. Hence, the present study examined the prevalence of dental caries and the influence of socio-demographic factors in Qatar. The study showing dental caries data among 12–14-year old school children in Qatar raises great concerns as dental caries incidence in the study sample was 85%; and only 15% of the examined children were caries-free. If the results of the study group are used as proxy for the total Qatar population, and the high percentage of dental caries in the country is not immediately addressed and remains untreated, the severity of disease is likely to increase in the future. Our results might reflect poor oral hygiene, and the absence of oral health education. Additionally, current estimates indicated that WHO, 2000 goals have not been achieved for Qatar children (WHO, 2000).

Moreover, mean DMFT was $4.62 (\pm 3.2)$, $4.79 (\pm 3.5)$, and $5.50 (\pm 3.7)$, respectively for 12-, 13-, and 14-year old children. These DMFT mean values are within the WHO (2000) "high" category (DMFT 4.5–6.5), and exceed the global goal of three or less decayed, missing, or filled teeth for the year 2000 (WHO, 2000). Interestingly, we found as age increased from 12- to 14-years, more carious teeth were observed; thus, the incidence of dental caries increased. These results were congruent with other studies (Wyne, 2004; Yabao et al., 2005; Shingare et al., 2012), and might result from poor oral hygiene, inadequate oral hygiene procedures, and neglect of dental treatment.

In addition, the present study revealed higher caries prevalence and mean DMFT compared to studies from other countries (Table 1). A comparison with data from other Eastern

Table 8 Univariable logistic regression analysis of predictors for dental caries among children in Qatar ($N = 2113$).

Variables	Crude OR (95% CI)*	P-value**
Gender		
Male	1	0.048
Female	1.23(1.10–1.63)	
Residential area		
Urban	1	0.030
Semi-urban	1.32(1.03–1.69)	

* Outcome variable (1 = caries, 0 = caries free). Odds ratios based on univariable logistic regression analysis.

** Two sided P values based on -2 log likelihood ratio.

Table 9 Multivariable logistic regression analysis for dental caries among children in Qatar ($N = 2113$).

Variables	Adj. OR (95% CI)*	P-value**
Type of residential area		
Urban	1	0.006
Semi-urban	1.48(1.12–1.96)	

* Model adjusted for age, Outcome variable (1 = caries, 0 = caries free). Adjusted odds ratios based on multivariable logistic regression analysis (Adjusted OR, By Hosmer and Lemeshow goodness of fit test).

** 2 Sided p values based on -2 log likelihood ratio.

Mediterranean region countries showed the mean DMFT value for 12–14-year old school children in Qatar was among the second highest in Eastern Mediterranean region countries, and was only exceeded by Saudi Arabia in which the DMFT value was 5.94 (Al-Sadhan, 2006).

Furthermore, the DMFT score for 12-year olds was 4.79 (± 3.2), higher than reports from other regions of the world, including Nepal (1.6), India (0.86), Malaysia (0.58), Philippines (2.4), Mexico (3.1), Brazil (2.9), Peru (3.9), Puerto Rico (3.8), Albania (3.8), and Italy (1.9) (Table 1). However, due to different sample sizes and varying age ranges of participating children, comparisons among all study results must be conducted with caution. The decay component (DT) was the primary contributor to the DMFT value in this study. This is consistent with results from other studies conducted on similar age groups in Saudi Arabia and Sudan (Al-Sadhan, 2006; Nurelhuda et al., 2009), emphasizing an immediate requirement to provide restorative dental services to these age groups.

Results indicated female children had a higher mean DMFT value 5.23 (± 3.6) than male children 4.74 (± 3.4). Therefore, female children showed a significantly higher incidence of dental caries than male children ($P < 0.05$) and the difference was marginally significant. Similar findings were reported among Egyptian (Abdel-Aziz, 1999) and Indian children (Shingare et al., 2012). Dietary habits, and frequent snacking by female children during food preparation might explain these observations. The observation of higher caries risk among females could also be related to fluctuating hormonal levels during puberty (Lukacs and Largaespada, 2006). However, this is incongruent with results obtained for Saudi Arabian children, where males exhibited higher mean DMFT values relative to female children (Al-Sadhan, 2006). Moreover, a technical report by FDI (1988) attributed the higher caries prevalence in girls to earlier permanent teeth eruption; teeth were exposed for longer periods of time, which increased decay risk.

Children residing in urban areas had a lower mean DMFT value 4.91 (± 3.5) than children in semi urban areas 5.06 (± 3.4). Children who resided in semi-urban areas exhibited significantly increased risk for dental caries than children in urban areas (binomial, $P < 0.05$; multinomial, $P < 0.01$ logistic regression analyses). In Qatar, advanced dental service clinics (dental specialty services) in semi-urban areas are fewer than in urban areas. Increased dental caries in this geographic area might also be due to eating habit and lifestyle differences between the two groups. In addition, children in semi-urban areas have more access to and consume more sweetened snacks and drinks than children residing in urban areas (Bener et al., 2013).

In Qatar, children from higher socioeconomic backgrounds were generally enrolled in private schools, and children from lower socioeconomic backgrounds primarily attended public schools. Therefore, school type was chosen to assess children from different socioeconomic backgrounds. The results of the study showed that private school children had a lower mean DMFT value 4.62 (± 3.08) than public school children 5.11 (± 3.6), consistent with results reported by Piovesan et al. (2011). The children from private schools were presumably from higher socioeconomic levels, increasing their opportunity to access dental care clinics. Differences in respective mean DMFT values between Qatari 4.89 (± 3.5) and

non-Qatari children 5.10 (± 3.5) were not observed. This might be due to substantial lifestyle differences.

Results also detected a marked variation in caries distribution by tooth number and arch (Table 5). The mandibular incisors and canines were least affected by dental caries, while dental caries was most frequently recorded in the maxillary and mandibular molars. Udoeye et al. (2009) reported similar findings in Nigerian, and El-Nadeef et al. (2009) in United Arab Emirates children. Due to the molar anatomy (deep pits and occlusal surface fissures and wide proximal surfaces), cariogenic food particles and plaque can more readily be retained, and access for effective oral hygiene can be challenging, therefore more prone to dental caries. On the other hand, incisors and canines have smooth labial and lingual surfaces, and therefore exhibit low retention to cariogenic food particles and plaque.

Results indicated that dental caries was more common in the maxillary (60.9%) relative to the mandibular arch (39.1%). Demirci et al. (2010) evaluated caries prevalence in individual teeth among patients attending a university dental clinic in Turkey, and reported results consistent with the present study.

This epidemiological study indicated that the incidence of dental caries in Qatar's children aged 12–14 is alarming. Many factors might explain high dental caries in the pre-teen to teen-aged population, including changing population lifestyles, inadequate use of dental health services, lack of family support in dental health care, absence of good oral health habits in children, high sugar consumption, and inadequate awareness of the positive effects of fluoride toothpaste. Bener et al. (2013) reported that insufficient educational outreach on oral health in the country has exacerbated the problem.

Qatar has not yet developed a system where routine dental visits are the accepted norm. In addition, oral health education programs have not been launched in the school curriculum. It is clear the population must be educated regarding the advantages of regularly visiting a dentist. For dental caries among children to be reduced, and oral health improved, responsible policymakers must develop and implement appropriate oral health promotion and care programs for use in schools and primary healthcare centers.

Oral health authorities should also focus attention on policies that promote behavioral changes in dietary habits at a national level, which can be achieved through restrictions on advertising and legislation to control unhealthy foods, and bans on unhealthy and sugary food sales in and around schools with enhanced accessibility to healthy foods.

Finally, cumulatively the Supreme Council of Health, dentists, school teachers, the media, parents, and children themselves must arrest caries progression, and decrease caries prevalence throughout Qatar.

Notwithstanding its strengths, clear limitations were identified in this study. It is therefore appropriate to identify and discuss these limitations, and any effects on the results, interpretations, conclusions, and recommendations.

First, dental caries were identified by clinical examinations; no radiographs were taken, which might over- or under-estimate the actual magnitude of the problem. This limitation applies to most studies using WHO criteria for dental caries diagnoses (Al-Sadhan, 2006; Campus et al., 2008; Tramini et al., 2009; Mtaya et al., 2009).

Second, the DMFT index was based strictly on WHO diagnostic criteria to identify dental caries. However, WHO criteria are binary presence/absence data, i.e. presence or absence of decay, and does not differentiate among the various stages of dental caries (initial and advanced carious lesions, and non-cavitated and cavitated carious lesions), which might subsequently under- or over-estimate dental caries incidence and severity (Pine and Harris, 2007).

Third, in the present research only affected teeth were recorded on a diagnostic chart, without determining the tooth surfaces affected by caries. Additional studies that include decayed, missing, and filled surfaces (DMFS) should be conducted.

Finally, the study design was cross sectional; therefore, evidence regarding casual relationships could not be confirmed. Undoubtedly, further longitudinal studies are required to overcome this limitation. Therefore, the data derived from our analysis should be interpreted with caution, considering all previous limitations.

The following recommendations can be drawn from this research:

Dental caries has reached serious levels in Qatar among children, and results of this study emphasize an urgent need to expand the available dental services in the country. Efforts should focus on strengthening dental services, including building the required infrastructures for optimal dental care throughout the country. If dental service expansion is not initiated, serious negative impacts on the future of oral health in Qatar might occur.

The province health authorities should be encouraged to develop nationally oriented oral health care promotion strategies aimed at increased improvement of oral self-care practices, regular dental visits for children, and enhanced control of oral disease.

Implementation of community-based preventive oral health programs focused on healthy diet and adequate oral hygiene practices should be promoted in school curricula and services to combat the growing dental caries problem.

6. Conclusions

The following findings include the important summary highlights of this study:

1. Dental caries prevalence among school children in Qatar was 85%. Mean DMFT values were respectively 4.62 (± 3.2), 4.79 (± 3.5), and 5.5 (± 3.7) for 12-, 13-, and 14-year old children.
2. Dental caries was affected by socio-demographic factors, but significant differences were observed for the following variables:
 - Female children were more at risk for dental caries than male children.
 - Children residing in semi-urban areas were significantly more at risk for dental caries than children residing in urban areas.
3. A comparison of these results with data from other Eastern Mediterranean region countries showed mean DMFT values for 12–14-year old school children in Qatar was the second highest in the Eastern Mediterranean region.

Conflict of Interest

The authors have no conflict of interests to declare.

Acknowledgements

The authors express thanks to Dr. Mohammed Al-Baw, Dr. Mohammed Abdulrahman Saadat, and Dr. Marwa Mohammed Ibrahim for their cooperation and data collection.

References

- Abdel-Aziz, W.E., 1999. An Oral Health Survey in the Governorate of Alexandria (Ph.D. thesis). Faculty of Dentistry, Alexandria University, Egypt.
- Aggerud, T., 1983. Goals for oral health in the year 2000: cooperation between WHO, FDI and the national associations. *Int. Dent. J.* 33, 55–59.
- Ahmed, N.A., Astrom, A.N., Skaug, N., 2007. Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: a post-war survey. *Int. Dent. J.* 57, 36–44.
- Al-Mutawa, S.A., Shyama, M., Al-Duwairi, Y., Soparkar, P., 2006. Dental caries experience of Kuwaiti school children. *Community Dent. Health* 23, 31–36.
- Al-Sadhan, S., 2006. Dental caries prevalence among 12–14 year-old schoolchildren in Riyadh: a 14 year follow-up study of the oral health survey of Saudi Arabia phase I. *Saudi Dent. J.* 18, 2–7.
- Bener, A., Al Darwish, M.S., Tewfik, I., Hoffmann, G.E., 2013. The impact of dietary and lifestyle factors on the risk of dental caries among young children in Qatar. *J. Egypt. Public Health Assoc.* 88, 67–73.
- Braga, M.M., Oliveira, L.B., Bonini, G.A.V.C., Bonecker, M., Mendes, F.M., 2009. Feasibility of the International Caries Detection and Assessment System (ICADS-II) in epidemiological surveys and comparability with standard world health organization criteria. *Caries Res.* 43, 245–249.
- Broadbent, J.M., Thomson, W.M., 2005. For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 33, 400–409.
- Campus, G., Cagetti, M.G., Senna, A., Sacco, G., Strohmenger, L., Petersen, P.E., 2008. Caries prevalence and need for dental care in 13–18-year-olds in the municipality of Milan, Italy. *Community Dent. Health* 25, 237–242.
- Casanova-Rosado, A.J., Medina-Solis, C.E., Casanova-Rosado, J.F., Vallejos-Sanchez, A.A., Maupome, G.I., Avila-Burgos, L., 2005. Dental caries and associated factors in Mexican schoolchildren aged 6–13 years. *Acta Odontol. Scand.* 63, 245–251.
- Delgado-Angulo, E.K., Hobbell, M.H., Bernabe, E., 2009. Poverty, social exclusion and dental caries of 12-year-old children: a cross-sectional study in Lima, Peru. *BMC Oral Health*. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-9-16>.
- Demirci, M., Tuncer, S., Yuceokur, A.A., 2010. Prevalence of caries on individual tooth surfaces and its distribution by age and gender in university clinic patients. *Eur. J. Dent.* 4, 270–279.
- El-Nadeef, M.A.I., Al Hussani, E., Hassab, H., Arab, I.A., 2009. National survey of the oral health of 12- and 15-year-old schoolchildren in the United Arab Emirates. *East. Mediterr. Health J.* 15, 993–1004.
- Elias-Boneta, A.R., Crespo Kebler, K., Gierbolini, C.C., Toro Vizcarrondo, C.E., Poster, W.J., 2003. Dental caries prevalence of twelve year olds in Puerto Rico. *Community Dent. Health* 20, 171–176.
- Featherstone, J.D., 2008. Dental caries: a dynamic disease process. *Aust. Dent. J.* 53, 286–291.

- Grewal, H., Verma, M., Kumar, A., 2011. Prevalence of dental caries and treatment needs amongst the school children of three educational zones of urban Delhi, India. *Indian J. Dent. Res.* 22, 517-519.
- Guilford, J.P., 1965. Reliability of measurements, fourth ed. In: *Fundamental Statistics in Psychology and Education* McGraw-Hill, New York, pp. 438-469.
- Hobdel, H., Petersen, P.E., Clarkson, J., Johnson, N., 2003. Global goals for oral health 2020. *Int. Dent. J.* 53, 285-288.
- Hosmer, D.W., Lemeshow, S., 2000. *Applied Logistic Regression*. Wiley, New York.
- Hysi, D., Droboniku, E., Toti, C., Xhemnica, L., Petrela, E., 2010. Dental caries experience and oral health behavior among 12-year-olds in the city of Tirana, Albania. *Oral Health Dental Management in the Black Sea countries*, vol. 9, pp. 229-234.
- International Dental Federation (FDI), 1988. Technical Report no. 31. Review of methods of identification of high caries risk groups and individuals. *Int. Dent. J.* 38, 177-189.
- Jakobsen, J.R., Hunt, R.J., 1990. Validation of oral status indicators. *Community Dent. Health* 7, 279-284.
- Jamelli, S.R., Rodrigues, C.S., De Lira, P.L., 2010. Nutritional status and prevalence of dental caries among 12-year-old children at public schools: a case-control study. *Oral Health Prev. Dent.* 8, 77-84.
- Kidd, E.A.M., Mejare, I., Nyvad, B., 2003. Clinical and radiographic diagnosis. In: Fejerskov, O., Kidd, E.A.M. (Eds.), *Dental Caries - The Disease and its Clinical Management*. Blackwell Munksgaard, Oxford, pp. 111-128.
- Klein, H., Palmer, C.E., Knutson, J.W., 1938. Studies on dental caries I. Dental status and dental of elementary schoolchildren. *Public Health Rep.* 53, 751-765.
- Levy, P.S., Lemeshow, S., 1980. *Sampling for Health Professionals*. Lifetime Learning Publication.
- Lukacs, J.R., Largaespada, L.L., 2006. Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and "life-history" etiologies. *Am. J. Hum. Biol.* 18, 540-555.
- Masood, M., Yuosof, N., Hassan, M.I., Jaafar, N., 2012. Longitudinal study of dental caries increment in Malaysian school children: A 5-year cohort study. *Asia Pac. J. Public Health* 26, 260-267.
- Milciuvienė, S., Bendoraitienė, E., Andruskeviciene, V., Narbutaitė, J., Sakalauskienė, J., Vasiliauskienė, I., Slabinskiene, E., 2009. Dental caries prevalence among 12-15-year-olds in Lithuania between 1983-2005. *Medicina (Kaunas)* 45, 68-76.
- Mtaya, M., Brudvik, P., Åström, A.N., 2009. Prevalence of malocclusion and its relationship with socio-demographic factors, dental caries, and oral hygiene in 12-to 14-year-old Tanzanian schoolchildren. *Eur. J. Orthod.* 31, 467-476.
- Nurelhuda, N.M., Trovik, T.A., Ali, R.W., Ahmed, M.F., 2009. Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; a school-based survey. *BMC Oral Health* (ID 1472-6831-9-15).
- Pakpour, A.H., Hidarnia, A., Hajizadeh, E., Kumar, S., Harrison, A., 2011. The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal* 16, e822-e827.
- Pieper, K., Schulte, A.G., 2004. The decline in dental caries among 12-year-old children in Germany between 1994 and 2000. *Community Dent. Health* 21, 199-206.
- Pine, C., Harris, R., 2007. *Community Oral Health*, second ed. Quintessence Publishing, USA, 166-167.
- Piovesan, C., Padua, M.C., Ardenghi, T.M., Mendes, F.M., Bonini, G.C., 2011. Can type of school be used as an alternative indicator of socioeconomic status in dental caries studies? A cross-sectional study. *BMC Med. Res. Methodol.* 11, 37.
- Qatar Statistics Authority. Available online: <www.qsa.gov.qa> (accessed on: 17 May, 2013).
- Rugg-Gunn, A.J., Holloway, P.J., 1974. Methods of measuring the reliability of caries prevalence and incremental data. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2, 287-294.
- Shingare, P., Jogani, V., Sevekar, S., Patil, S., Jha, M., 2012. Dental caries prevalence among 3-to 14-year-old school children, Uran, Rigad District, Maharashtra. *J. Contemp. Dent.* 2, 11-14.
- Subedi, B., Shakya, P., Ke, U., Jnawali, M., Paudyal, B.D., Acharya, A., Koirala, S., Singh, A., 2011. Prevalence of dental caries in 5-6 years and 12-13 years age group of school children of Kathmandu valley. *J. Nepal Med. Assoc.* 51, 176-181.
- Supreme Education Council, Office of the Director of General Education, State of Qatar, 2012. Available from: <www.education.gov.qa> Academic year 2011-2012. (accessed on: 19 May, 2013).
- Tramini, P., Molinari, N., Tentscher, M., Demattei, C., Schulte, A.G., 2009. Association between caries experience and body mass index in 12-year-old French children. *Caries Res.* 43, 468-473.
- U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General - Executive Summary. Rockville, MD, National Institute of Health and Craniofacial Research. Available online: <<http://www.nidcr.nih.gov/datastatistics/surgeongeneral/report/executivesummary>> (accessed 21st February, 2014).
- Udoe, C., Aguwa, E., Chikezie, R., Ezeokenwa, M., Jerry-Oji, O., Okpaji, C., 2009. Prevalence and distribution of caries in the 12-15 year old urban school children in Enugu, Nigeria. *Internet J. Dent. Sci.* 7, 10.5580/22a3.
- World Health Organization, 1997. *Oral Health Surveys: Basic Methods*, forth ed., Geneva.
- World Health Organization, 2000. Global Data on Dental Caries Prevalence (DMFT) in Children Aged 12 years. Global Oral Data Bank. Oral health country/area profile programme, Management of noncommunicable diseases. Geneva, May 2000. WHO/NMH/MNC/ORH/Caries.12y.00.3.
- World Health Organization. Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School. WHO Information Series on School Health (Document Eleven). WHO, Geneva, 2003. WHO/NMH/NPH/ORH/School/03.3.
- World Health Organization. Oral Health Country/Area Profile. Available from: <http://www.who.int/oral_health/databases/malmo/en/> (accessed on 17 May, 2013).
- Wynne, A.H., 2004. The bilateral occurrence of dental caries among 12-13 and 15-19 years school children. *J. Contemp. Dent. Pract.* 5, 42-51.
- Yabao, R.N., Duante, C.A., Velandria, F.V., Lucas, M., Kassu, A., Nakamori, M., Yamamoto, S., 2005. Prevalence of dental caries and sugar consumption among 6-12-y-old schoolchildren in La Trinidad, Benguet, Philippines. *Eur. J. Clin. Nutr.* 59, 1429-1438.
- Yee, R., Nepal, K., Sheiham, A., 2002. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *Int. Dent. J.* 52, 1-9.

1964 - 2014

ERO: Fifty years



European Regional Organisation of
the Fédération dentaire Internationale



Fransa Stomatoloji Assosiasiyasının prezentasiyası

Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının - FDİ Avropa Regional Təşkilatının - ERO illik yaz plenar sessiyası Fransanın paytaxtı Paris şəhərində keçirildi. Qeyd etmək lazımdır ki, plenar iclaslar FDİ və ERO tərəfindən hər il keçirilir və burada əsas stomatoloji sahəyə aid bir çox əhəmiyyətli məsələlər müzakirə edilir, qərarlar qəbul olunur. Sessiyada iştirak edən Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyasının prezidenti professor

Rəna Əliyeva "Səs" qəzetinə açıqlamasında bildirdi ki, 38 ölkənin daxil olduğu bu təşkilatın hər il müxtəlif ölkələrdə sessiyası keçirilir və Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) bu çərçivədəki fəaliyyətini 2003-cü ildən aparır. Əsas məqsəd isə ölkəmizin yüksək nüfuzundan istifadə etməklə bu sahədə integrasiyasını artırmaqdır: "FDİ dünyanın ən peşəkar və mötəbər təşkilatlarından biridir. Bu təşkilat Paris dantistlər məktəbinin həkimi Şarl Qodor



Azərbaycan nümayəndə heyəti plenar sessiyanın iclasında

və daha beş diş həkimi tərəfindən 1900-cü ildə yaradılıb”.

Təşkilatın fəaliyyət prinsiplərinə də aydınlıq gətirən R.Əliyeva bildirdi ki, Federasiyaya Şura rəhbərlik edir ki, həmin Şuranı da Baş assambleyaya daxil olan və assosiasiyaya üzv kimi fəaliyyət göstərən nümayəndələr seçir: “Hazırda FDİ-yə 130 ölkədən 190 peşəkar assosiasiya daxildir və bu tərkibdə dünya üzrə bir milyona yaxın diş xəstəlikləri mütəxəssisləri birləşmişdir. Burada beş daimi komitə fəaliyyət göstərir və həmin komitələr informasiya mübadiləsi, tərəfdaşlıq, stomatologiya elminin inkişafı, bu istiqamətdə təhsilə dəstək, eləcə də digər işlərlə məşğul olurlar. Eyni zamanda, FDİ qeyri-hökumət təşkilatı olmasına rəğmən, rəsmi qaydada BMT və Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı ilə sıx əlaqələrə sahibdir. FDİ-nin mənzil qərarı isə Fransanın Forney-Volter şəhərində yerləşir”.

“Qısa dövr ərzində heç bir ölkə Azərbaycan qədər dinamik inkişaf potensialını əldə edə bilməyib”.

R.Əliyeva onu da bildirdi ki, Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyası da bu mötəbər təşkilatın üzvü olduğu üçün burada səmərəli və uğurlu fəaliyyətini davam etdirir, ölkəmizin adını layiqincə təmsil edir. Belə ki, Azərbaycanın son illərdəki tərəqqisi FDİ tərəfindən də yüksək şəkildə qiymətləndirilməkdədir. Bu baxımdan, Azərbaycan nümayəndəliyi 2016-cı ildə Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının (FDİ) Avropa Regional Təşkilatının (ERO) növbəti illik yaz plenar sessiyasının keçirilməsi təklifini verib və həmin sessiyada təklifimiz yekdilliklə qəbul olunub: “Qeyd edirəm ki, seçim gizli səsvermə yolu ilə keçirildi. Bunun qəbul olunması üçün Azərbaycan nümayəndə heyəti Azərbaycanın əldə etdiyi uğurları əks etdirən videoçarx təqdim etdi. Bu təqdimatda ölkəmizlə bağlı bir çox sahələrdəki uğurlar, xüsusilə səhiyyədə əldə edilən nailiyyətlərə toxunulub”.

ASA-nın prezidenti, həmçinin vurğuladı ki, bütün bu kimi uğurlar kontekstində dünya və Avropa səhiyyə təşkilatları FDİ daxil olmaqla daim ölkəmizdə gedən sürətli inkişaf



Axşam yeməyində soldan sağa: Edoardo Cavalle (Italy), Nermin Yamalik (Turkey), S. Aliyeva (Azerbaijan)

proseslərini diqqətlə izləyir, bu tərəqqi amilinə heyran olduqlarını gizlətmirlər: "Azərbaycanın dünya miqyaslı tədbirlərə ev sahibliyi etməsi, iqtisadiyyatı, bütün sahələri əhatə edən layihələri, o cümlədən səhiyyə sahəsində gerçəkləşdirilən nəhəng layihələr - bunların hamısı diqqət mərkəzində saxlanılmaqdadır. Bu baxımdan, onu da vurğulayım ki, bizim növbəti plenar sessiya ilə bağlı təkliflər əsasında təqdimatımız sessiya iştirakçılarında çox yüksək fikir yaradı. Çünki qısa dövr ərzində heç bir ölkə Azərbaycan qədər dinamik inkişaf potensialını əldə edə bilməyib. Bunun fakt olduğunu isə bizimlə söhbət edən bir çox nüfuzlu şəxslər etiraf edirdilər. Biz hər zaman öz söhbətlərimizdə Azərbaycanın inkişafını Ulu Öndər Heydər Əliyevin müdrikliyi ilə bağlamışıq. Belə ki, Azərbaycan dövlət müstəqilliyini əldə etdikdən sonra, xüsusilə xalqımızın Ümummilli Lideri Heydər Əliyev ikinci dəfə hakimiyyətə gəldiyi dövrlərdən başlayaraq, ölkədə bütün sahələrlə yanaşı, səhiyyə sahəsində də uğurlu islahatlar aparılmağa başlandı. Məhz stomatologiya

sahəsində görülən davamlı işlərin nəticəsidir ki, bu gün təşkilatımız mütəmadi şəkildə yeni-yeni layihələr həyata keçirir, uğurlar əldə edir.

Təbii ki, bu gün Ulu Öndər Heydər Əliyevin siyasi kursunu layiqincə davam etdirən möhtərəm Prezidentimiz Cənab İlham Əliyevin də səhiyyəyə göstərdiyi diqqət və qayğı bizim apardığımız məqsədyönlü işlərimizə kifayət qədər stimül, təkan verir. Mən burada Azərbaycanın birinci xanımı, Heydər Əliyev Fondunun prezidenti, UNESCO-nun və İSESCO-nun xoşməramlı səfiri, millət vəkili Mehriban Əliyevanın fəaliyyətinə də toxunmaq istədim. Çünki onun rəhbərlik etdiyi Fond nəinki Azərbaycanda, eləcə də dünyanın ən ucqar nöqtələrində belə, bir çox nəhəng layihələr həyata keçirmişdir. Bir səhiyyə işçisi kimi Mehriban xanım Əliyevanın bu sahə üzrə də göstərdiyi fəaliyyəti yüksək dəyərləndirməklə yanaşı, həm də Onun bir Azərbaycan qadını, Azərbaycan xanımı kimi nə qədər alicənab şəxsiyyət olmasını da vurğulamaq istədim. Əlbəttə ki, dünyada öz sözünü deyən Azərbaycan səhiyyəsi də ya-



İclas qurtarandan sonra gözəl Senada gəzinti

radılan mühitdən yararlanır, həm ölkəmizə, həm də dünya tibb elminə öz mütərəqqi töhfələrini verməkdə davam edir. Təkcə bizim ölkənin FDI-dəki fəaliyyəti deməyə əsas verir ki, bəli, artıq Azərbaycan ən yüksək ali tribunallardan öz sözünü deyən, təkliflərini verən bir güclü dövlətə çevrilmişdir”.

“Bizim əsas məramlarımızdan biri də ondan ibarət olub ki, ASA hər zaman dünya stomatologiyasına integrasiya olunmaq üçün addımlar atsın”.

R.Əliyeva rəhbərlik etdiyi assosiasiya ilə bağlı da öz fikirlərini bildirərək dedi ki, burada əsas qayə, mühüm məqsəd daim irəliyə getmək və stomatologiya sahəsində daha müasir, modern iş prinsiplərini müəyyənləşdirməkdir:

“Assosiasiyamız 1997-ci ildə təsis olunub və yarandığı gündən başlayaraq, beynəlxalq aləmdə nüfuz dairəsini genişləndirib. Təşkilatımız artıq 1998-ci ildən etibarən beynəlxalq stomatoloji forumlarda aktiv iştirak edib. Lakin beynəlxalq aləmə çıxışla yanaşı, ASA respublikamızda da stomatologiyanın bir çox sahəsinə həsr olunmuş

beynəlxalq konfrans və simpoziumlar təşkil edib. Bizim əsas məramlarımızdan biri də ondan ibarət olub ki, ASA hər zaman dünya stomatologiyasına integrasiya olunmaq üçün addımlar atsın. Çünki dünyanın stomatoloji yeniliklərini, texnologiyalarını əldə etmək, bu sahədəki praktikanı genişləndirmək, Azərbaycan stomatologiyasına yeniliklər gətirməyə imkan verir. Düşünürəm ki, biz buna nail olmuşuq. Məhz dünyanın 133 daimi, 9 assosiativ, 25 korporativ üzvünü birləşdirən Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasına (FDİ) qəbul olunmağımız da apardığımız işlərin uğurlu nəticəsidir. Dünya stomatoloqlarını birləşdirən bir təşkilata üzv olmaq həm də SSRİ dağıldıqdan sonra bizim üçün ən əsas vəzifə borcu idi. Daha bir maraqlı faktı bildirmək istərdim ki, ASA-nın FDI-yə qəbul olunmasından öncə, MDB ölkələrindən yalnız Rusiya həmin təşkilata üzv seçilmişdi. Azərbaycan isə bu sırada ikincidir. ASA FDI-yə üzv olunmamışdan bir il öncə federasiyaya paket sənədlər təqdim etdi. Həmin sənədləri Federasiyanın Baş Assambleyası nəzərdən keçirdi və gizlin səsvermə prosedurlarından sonra Azərbaycanın da beynəlxalq təşkilatın üzvlüyünə qəbul olunması yekdilliklə bəyənildi. 1998-ci ildə İspaniyanın Barselona şəhərində ASA ukraynalı həmkarları ilə birlikdə daimi üzvlüyə seçildi və bu günə qədər federasiyanın keçirdiyi bütün beynəlxalq tədbirlərdə iştirak edir”. R.Əliyeva sonda onu da qeyd etdi ki, qarşıda görüləsi bir çox işlər var və ASA bu istiqamətdə daha genişləndirilmiş fəaliyyət proqramlarını həyata keçirəcək: “Məqsədimiz isə birdir. Azərbaycanın uğurlu inkişafında, tərəqqisində öz sahəmizdə maksimum bilik və bacarığımızı əsirgəməməkdir”.

*Rəfiqə
Kamalqızı*

DİSTAL DİŞLƏM ANOMALİYASININ MÜALİCƏSİNDƏ İSTİFADƏ OLUNAN AKTİVATORLARLA ÇƏNƏNİN YERDƏYİŞMƏ ÖLÇÜSÜ

Novruzov Z.H., Əliyeva R.Q.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq stomatologiyası kafedrası

Distal dişləm anomaliyasının müalicəsində aktivatorlardan çox geniş istifadə olunur. Böyümə və inkişafı davam edən insanlarda çənə sümüyünün önə doğru yerdəyişməsində aktivatorların rolu danılmazdır. Distal dişləm anomaliyasının müalicəsində istifadə olunan aktivatorların stimullaşdırıcı təsiri ilə sümüklərin ölçü və formasında dəyişikliklər əmələ gəlir (1). Aktivatorun əsas təsir yeri gicgah-çənə oynaqıdır. Aktivator ilə çənə vertikal istiqamətdə açıqlaraq önə çəkildiği üçün, oynaq başı oynaq çuxurunda aşağı və önə doğru yerdəyişir. Bu zaman oynaq başı və oynaq çuxuru arasındakı liflərdə gərginlik yaranır, bu gərginlik oynaq qığırdağında enxondral sümükləşməyə təkan verir. Həm oynaq başında, həm də oynaq çuxurunda adaptiv forma dəyişikliyi əmələ gəlir və yeni sümük yaranması ilə çənə sümüyü önə doğru yerdəyişir. Andresen və Haupl aktivatorun çənə sümüyünün yerini dəyişməsi və buna uyğun əzələ balansını təmin etdiyini bildiriblər (2).

Distal dişləm anomaliyasının düzəlməsi üçün aşağı çeynəmə dişlərinin yuxarı və önə yerdəyişməsi, yuxarı dişlərin isə arxaya və bukkala tərəf yerdəyişməsi lazımdır. Aktivatorlardakı interokklüzial plastik kütlə vasitəsilə yuxarı dişlərin vertikal inkişafının qarşısı alınır və hətta bu dişlərdə intruziya

aparılır. Müalicə müddətində kəsici dişlərin alveol çıxıntı ilə harmoniyasının qorunması da çox əhəmiyyətlidir. Kəsici dişlər nəzarətsiz qaldığı zaman overjet aşağı kəsici dişlərin protruziyası, yuxarı kəsici dişlərin retruziyası hesabına azalır. Yəni, anomaliya daha çox dento-alveolyar dəyişiklik hesabına düzəlir.

Aktivatorun çənədə yaratdığı yerdəyişmənin ölçüsü və istiqaməti çox əhəmiyyətlidir (2). Ona görə də aktivator hazırlamaq üçün *məcburi okklüziyanın təyini* böyük əhəmiyyət kəsb edir. Çənənin sagital və vertikal yerdəyişməsi interokklüzial akril vasitəsilə tənzimlənir. Aktivatorlarda interokklüzial akril qalınlığı daima tədqiqatçıların diqqət mərkəzində olub. Andresen çənənin vertikal yerdəyişməsini molyar dişlər arasında 3-4 mm, Harvold 9-11 mm, Woodside isə 12-15 mm olaraq fiksə etməyi məqsəduyğun hesab edirlər (1). Harvold çənənin vertikal yerdəyişməsi az olanda müalicə effektinin zəif olduğunu bildirmişdir. Çünki nisbi sakitlik vəziyyətində çənə vertikal istiqamətdə bir qədər açılır. Əgər vertikal yerdəyişmə az olarsa, nisbi sakitlik zamanı çənə aparatdan ayrılır və geriye (əvvəlki vəziyyətinə) qayıdır. Bu isə, nisbi sakitlik zamanı aktivator təsir etməir mənasına gəlir. Bu problemi həll etmək üçün Harvold 4-5 mm-lik nisbi sakitlik vəziyyətinin üzərinə, vertikal yerdəyişmə ölçüsünü 5-6 mm

artıraraq aktivator hazırlamışdır.

Luder vertikal aktivasiya miqdarları fərqli olan aktivatorla müalicə olunmuş iki xəstə qrupunu, üz profilində əmələ gələn dəyişikliklərə görə müqayisə etmişdir (3). Hər iki qrupda II sinif anomaliya düzəlmiş, amma vertikal aktivasiya miqdarı çox olan qrupda, əngin və yuxarı arxa dişlərin vertikal inkişafını daha yaxşı kontrol edilmişdir. Bu da çənənin vertikal yerdəyişməsi çox olduğu zaman çeynəmə əzələlərində daha çox gərginlik yaranması hesabına baş verir.

Amerika alimləri çənənin vertikal yerdəyişmə ölçüsünü nisbi sakitlik zamanı molyar dişlər arasındakı məsafəyə 4 mm əlavə etməklə tənzimləməyi məqsəduyğun hesab edirlər (1).

Çənənin sagittal istiqamətdə yerdəyişməsi ilə əlaqəli fərqli təkliflər var. Bunlar arasında molyar dişlərin əlaqəsini II sinifdən III sinifə doğru aparmaq, yuxarı və aşağı kəsici dişləri başa-baş gətirmək, çənəni maksimum önə çəkəndən sonra 2-3 mm arxada məcburi okklüziyanı təyin etmək var (2). Praktikada distal dişləm anomaliyasının şiddəti ilə əlaqəli olaraq çənənin 3-6 mm önə yerdəyişməsi məqbul qəbul edilir (4).

Frankel çənənin önə yerdəyişməsini hər 4-5 ayda 2-3 mm olaraq mərhələli etməyi məsləhət görmüşdür. Çünki hər yerdəyişmə oynaq başına yeni bir böyümə stimulu verir. Tədqiqatçı çənəni belə önə çəkməyin aparatın akril hissəsində bəzi dəyişikliklər aparmaqla həyata keçə biləcəyini, əzələlərin çənənin yeni vəziyyətinə daha rahat uyğunlaşacağını və əzələlərdə çox gərginlik olmayacağını bildirmişdir. Çənə çox önə alınarsa, aşağı kəsici dişlərdə protruziya əmələ gəlir ki, bu da arzuolunmaz bir nəticədir (2).

Pancherz, Omblus, Hagg, Rabie və Leungun apardıqları tədqiqatlarda aydın olmuşdur ki, tək aktivasiya ilə müqayisədə mərhələli aktivasiya çənə böyüməsinə daha yaxşı təsir edir (5-9). Du

və b. apardıqları tədqiqatda da əng və çənə arası sagittal əlaqə mərhələli aktivasiyada daha tez düzəlmişdir (10).

Dynamax aparatı ilə çənənin sagittal yerdəyişmə miqdarının hər dəfə 3-4 mm olmaqla mərhələli aparılmasını məqsəduyğun hesab edirlər (11). Graber 12-16 həftəlik aralarla çənənin 3 mm-lik mərhələli sagittal yerdəyişməsinə xəstələrin asan uyğunlaşacağını və arzuolunmayan aşağı kəsici diş protruziyasının daha az olacağını bildirmişdir (4). Frankel bir mərhələli yerdəyişmənin fizioloji böyümə zamanı çənə sümüyünün yerdəyişməsinə uyğun olmadığını əsas alaraq çox mərhələli aktivasiyanı məsləhət görmüşdür (12).

Çənənin bir mərhələli yerdəyişməsi ilə çox mərhələli yerdəyişməsi arasındakı fərqin yalnız aparat taxılandan sonra ilk günlərdə xəstənin narahatçılığı olduğu, bunun xaricində fərq olmadığını ortaya qoymuş tədqiqatlar da var (13, 14).

DeVincenzo və Winn aktivatorlarla çənənin bir və çox mərhələli yerdəyişməsi arasında ortodontik müalicə təsiri baxımından statistik fərq olmadığını bildiriblər (15). Banks və b. əkizblok ilə müalicə edilmiş xəstələrdə xəstənin aparata uyğunlaşması və aşağı kəsici diş protruziyası baxımından bir və çox mərhələli yerdəyişmələr arasında fərq olmadığını bildiriblər (16).

Nəticə olaraq belə qərara gəlmək olar ki, aktivator düzəltmək üçün çənənin vertikal vəziyyəti nisbi sakitlik zamanı molyar dişlər arasındakı məsafədən 3-4 mm hündür tənzimlənməlidir. Əks halda nisbi sakitlik və yuxu zamanı aktivator çənəni məcburi okklüziya vəziyyətində saxlamaz. Gecələr qanda böyümə hormonunun arttığını nəzərə alsaq yuxuda aktivatorun çənəni məcburi vəziyyətdə saxlamasının əhəmiyyəti aydın olar. Çənənin sagittal yerdəyişmə

ölçüsünə fərdi qərar vermək lazımdır. Tək və çox mərhələli yerdəyişmələr arasında cənənin böyüməsi baxımından fərq təyin edilməmişdir. Əgər overjet məsafəsi çoxdursa iki mərhələli, azdırsa bir mərhələli aktivasiya aparıla bilər. Bir mərhələli aktivasiyada cənə maksimum önə çəkilmə sərhəddindən 2-3 mm arxada məcburi okklüziya fiksə edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Woodside D.G. 1998. Do functional appliance have an orthopedic effect? *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 113: 11-13
2. Bishara S.E., Ziaja R.R. 1989. Functional appliances: A review. *Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.* 95: 250-8
3. Luder H.U. 1982. Skeletal profile changes to two patterns of activator effects. *Am. J. Orthod.* 81: 390-396.
4. Graber T.M. 2005. Functional Appliances In "Current Principles & Techniques" Ed. By Graber T.M., Vanarsdall R.L., Vig K.W.L., 4th ed, 493-496, Elsevier Mosby St. Louis
5. Pancherz H. 1984. A cephalometric analysis of skeletal and dental changes contributing to Class II correction in activator treatment, *American Journal of Orthodontics*, 85, 125-134
6. Ömblus J., Malmgren O., Pancherz H., Hagg U., Hansen K. 1997. Long-term effects of Class II correction in Herbst and Bass therapy. *European Journal of Orthodontics*, 19, 185-193
7. Hagg U., Du X., Rabie B.M., Bendeus M. 2003. What does headgear add to Herbst treatment and to retention? *Seminars in Orthodontics*, 9, 57-66
8. Rabie A.B.M., Hagg U. 2002 Factors regulating condylar growth. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 122, 401-409
9. Leung D.K., Hagg U. 2001). An electromyographic investigation of the first six months of progressive mandibular advancement of the Herbst appliance in adolescents. *The Angle Orthod.* 2001, 71, 177-184.
10. Du X., Hagg U., Baker A., Rabie M. 2002. Effects of headgear Herbst and mandibular step by step advancement versus conventional Herbst appliance and maximal jumping of the mandible. *European Journal of Orthodontics*, 24, 167-174
11. Lee R.T., Kyi C.S., Mack G.J. 2007. A controlled clinical trial of the effects of the Twin Block and Dynamax appliances on the hard and soft tissues. *European Journal of Orthodontics*, 29, 272-282
12. Frankel R. 1969. The treatment of Class II division 1 malocclusion with functional correctors. *American Journal of Orthodontics*, 2, 65-75
13. Carels C., Van Der Linder FPGM. 1987. Concepts on functional appliances mode of action. *American Journal of Orthodontics*, 92, 162-168
14. Carels C., Van Steenberghe D. 1986. Changes in neuromuscular reflexes in masseter muscles during functional jaw orthopedic treatment. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 90, 410-419
15. DeVincenzo J.P., Winn M.W. 1989. Orthopedic and orthodontic effects resulting from the use of a functional appliance with different amounts of protrusive activation. *American Journal of Orthodontics*, 96, 181-190
16. Banks P., Wright J., O'Brien K. 2004. Incremental versus maximum bite advancement during twin-block therapy: a randomized controlled clinical trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 126, 583-588

РЕЗЮМЕ

Размер изменения положения челюсти активаторами при лечении дистальных аномалий

Новрузов З.Г., Алиева Р.Г.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра детской стоматологии.

Ключевые слова: дистальный прикус, активатор

Активаторы широко используются при лечении дистальных аномалий. Под стимулирующим воздействием активаторов происходит изменение размеров и форм челюстей. С помощью активатора можно менять положение челюстной кости вперед и вниз. Размер изменения положения основной фактор влияющий на результаты лечения.

Для получения хорошего результата вертикальное положение челюсти должно быть на 3-4 мм больше межмолярного расстояния в состоянии покоя. Так как нет разницы в размере изменения сагитального положения челюсти междуодно или многоэтапном изменении положения челюсти, то необходим индивидуальный подход.

SUMMARY

The measure of jaw movement in activators used in distal bite anomaly treatment.

Novruzov Z.H. Aliyeva R.G.

Azerbaijan medical university, department of pediatric dentistry

Key words: distal bite, activator

Activators are widely used in distal bite anomaly treatment. With an impact of stimulating activators the shape and measure of bone change. Activator changes mandible's place in forward and downward directions. The measure of this movement is a key factor that affects the result of a treatment.

In order to achieve a successful result, the vertical location of a mandible should be arranged 3 to 4 mm beyond the postural rest vertical dimension. Since there was found no difference between single and multi step displacement in mandible's growth, individual decisions must be made regarding the size of mandible.

12- ci ağız- diş sağlamlığı alət və avadanlıqları sərgisi. İstanbul – 2014



təntənəli açılış

Türkiyənin İstanbul şəhərində 2014-cü il 3-6 aprel tarixində “12-ci ağız-diş sağlamlığı alət və avadanlıqları” sərgisi keçirildi. Dünyada böyüklüyünə görə üçüncü olan bu sərgi 25000 m² ərazidə qurulmuşdu. Sərgidə Çin, İspaniya, İngiltərə, Koreya, Türkiyə, Rusiya, İsveç, Almaniya, İtaliya və Amerikadan 400-ə yaxın firma təmsil olunurdu. Sərgidə Stomatologiyanın bütün sahələrinə aid yeni diaqnostika vasitələri, texnologiyalar nümayiş etdirilirdi. Sərgini 15000-dən çox adam ziyarət etdi.

Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyası da



təşkilat komitəsinə yadigar hədiyyə



ASA-nın təbriki

sərgiyə dəvət olunmuşdu. Açılış mərasimində Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyası adından çıxış edən Dos. Zaur Novruzov qardaş ölkəyə hər zaman dəstək olduğumuzu vurğuladı. Ulu öndər Heydər Əliyevin “iki dövlət, bir millət” sözlərini xatırladan Zaur Novruzov böyük alqış aldı.

Sərgidə Azərbaycanla yanaşı Liviya, Suriya, Kipr, Kazaxstan, Gürcüstan, Makedoniya və s. ölkələrin stomatoloji assosiasiyalarında təmsil olunurdu.

Z. Novruzov

Определение стоматологического статуса у студентов 2-го курса стоматологического факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева

Чолокова Г.С.

Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

Изучение стоматологической заболеваемости населения Кыргызской Республики выявило распространенность кариеса от 72,54 % до 76,49% и интенсивность кариеса от 3,79 до 4,7, а так же у детей – 77,7% и 2,97 соответственно [3,4,5].

Цель исследования: определить стоматологический статус у студентов 2 – го курса стоматологического факультета КГМА и выявить различия в показателях стоматологической заболеваемости в зависимости от половой принадлежности

Материал и методы. Нами проведено стоматологическое обследование 106 студентов в возрасте 19-20 лет с использованием обычного набора инструментов и пуговчатого зонда. Оценку статуса проводили по индексам ВОЗ [1].

Результат осмотра фиксировали в «Карте для регистраций данных стоматологического обследования» разработанной ВОЗ [1] В карту вносили стандартную информацию: пол, возраст, место проживания, время проживания, национальность. А также данные клинической части исследования: внешний осмотр, состояние слизистой оболочки полости рта, пародонта, некариозные поражения, состояние зубов, челюстно-лицевые аномалии, необходимость в лечении. Определяли распространенность кариеса и интенсивность поражения зубов по индексам кп, КПУ, КПУ + кп.

Гигиену полости рта определяли с помощью индекса Грина –Вермиллиона ОНІ –S, пародонтальный статус с помощью индекса СРІТN [1].

Регистрировали зубо-челюстные аномалии: скученность зубов и наличие промежутков, нарушения прикуса.

Потребность в лечении была выявлена посредством индекса УСП – уровня стоматологической помощи [2].

Анализ данных исследования проводили на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel / XP. Исходная информация карт эпидемиологического исследования для анализа результатов была внесена в простые таблицы в формате Excel /XP. Последующий анализ осуществлялся с помощью статистических и математических программ.

Результаты и обсуждение. Обследование студентов 18 – 20 лет показало неодинаковую распространенность и интенсивность кариеса.

Интенсивность кариеса зубов по курсу составила $6.43 \pm 0,36$, т.е. у каждого студента по 6 зубов поражено кариесом. Распространенность кариеса составила 95,3%. Распространенность кариеса среди женского пола – 95,1%, мужского – 95,6%.

Таблица 1

Распространенность и интенсивность кариеса у студентов ($M \pm m$)

n	P (%)	K	П	У	КПУ
Юноши 45	95,6	$3,33 \pm 0,46$	$2,57 \pm 0,46$	$0,64 \pm 0,15$	$6,57 \pm 0,56$
Девушки 61	95,1	$2,91 \pm 0,36$	$2,75 \pm 0,31$	$0,70 \pm 0,13$	$6,32 \pm 0,48$
106	95,3	$3,09 \pm 0,29$	$2,67 \pm 0,25$	$0,67 \pm 0,10$	$6,43 \pm 0,36$

У юношей интенсивность кариеса (КПУ) - $6,57 \pm 0,56$, у девушек она составляет $6,32 \pm 0,48$.

Изучение составляющих КПУ показало (табл.1), что у юношей компонент К (51%) больше показателя П (39%) и составляет основную массу, а У равно 10 % (Рис.1). У девушек компонент К (46%) так же выше показателя П (43%), но ниже, чем у мужского пола, т. е. П соответственно выше (Рис.2). Это говорит о том, что девушки следят за своими зубами больше, чем юноши. Процент удаленных зубов у женского пола составляет 11.

К,П,У

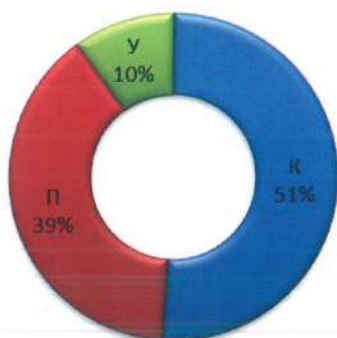


Рис.1. Структура индекса КПУ у юношей.

В целом у 106 студентов компонент К составил 48,0%, П – 41,5%, У – 10,5% (Рис.3).

К,П,У

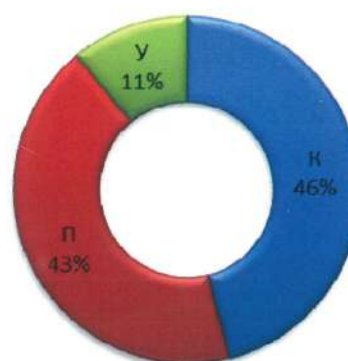


Рис.2. Структура индекса КПУ у девушек.

Студенты со здоровыми зубами составили всего 4,7%. Это один из показателей мониторинга системы стоматологической помощи населению [1].

Важную роль в профилактике кариеса и болезней пародонта играет гигиена полости рта. Определение индекса гигиены показало, что у студентов в среднем он составляет $1,65 \pm 0,06$, т.е. уровень гигиены удовлетворительный. ГИ у юношей равен $1,84 \pm 0,1$; у девушек – $1,5 \pm 0,07$. Полученные данные свидетельствуют о том, что девушки лучше ухаживают за зубами.

Наши исследования показали, что 70,8% имеют признаки заболевания пародонта. Ин-

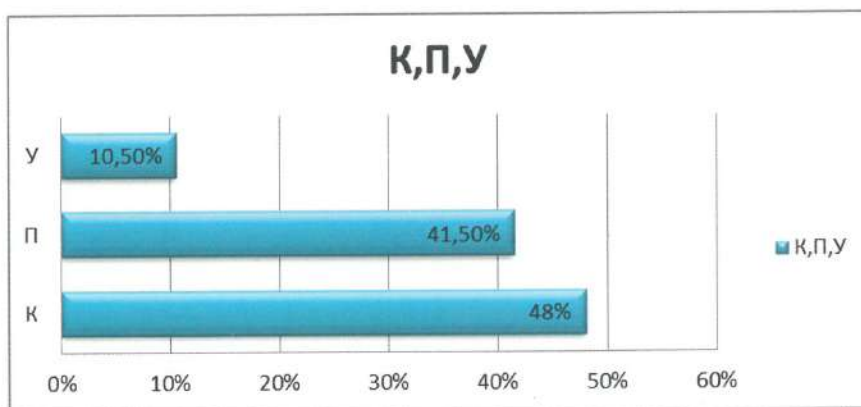


Рис. 3. Структура индекса КПУ у студентов 2 курса.

тактный пародонт имеют 29,2% студентов, юноши – 24,4%, девушки – 32,8%. Здоровых секстантов на одного студента приходится $3,44 \pm 0,02$ (из шести), у юношей $2,97 \pm 0,33$, у девушек $3,78 \pm 0,25$. Средний показатель CRITN $0,56 \pm 0,05$. У юношей индекс CRITN равен $0,65 \pm 0,08$; у девушек – $0,49 \pm 0,07$.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что существенной разницы в показателях поражаемости зубов кариесом и степени заболеваемости пародонта у юношей и девушек нет.

Распространенность ЗЧА составила 23,6%. 1,26% – нуждаются в ортопедическом лечении.

Мы проанализировали, насколько полно стоматологическая помощь удовлетворяет потребности в лечении. Индекс УСП был равен 41,5%, т.е. уровень оказания помощи не достаточный.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ (Женева). Стоматологические обследования. Основные методы. 4-изд. [Текст] / ВОЗ.-Женева, 1997. – 76с.
2. Леус, П.А. Стоматологическое здоровье населения [Текст] / П.А. Леус. – Минск: БГМУ, 2009. – 255 с.
3. Сабурова, Л.Б. Стоматологические заболевания в Киргизии и их профилактика [Текст]: метод. Письмо для вузов / Л.Б. Сабурова, С.У. Хамадеева. – Фрунзе, 1977. – 27 с.
4. Сельпиев, Т.Т. Принципы оказания стоматологической помощи населению Кыргызской республики в условиях рыночных отношений [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Т.Т. Сельпиев. – Бишкек, 1995. – 26с.
5. Юлдашев, И.М. Основные показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта у детей школьного возраста в Кыргызской республике [Текст] / И.М. Юлдашев, Г.С. Чолокова // Медицинские кадры XXI века. – 2006. - №2. - С. 14-19.

XÜLASƏ

İ.K.Axunbayev adına QDTA-nın stomatologiya fakultəsinin II kurs tələbələrinin stomatoloji statusunun öyrənilməsi.

Çolokova Q.S.

İ.K.Axunbayev adına QDTA-nın uşaq stomatologiyası kafedrası. Bişkek.

Tədqiqatın nəticələrindən aydın olmuşdur ki, oğlanlar və qızlar arasında diş kariesi və parodont xəstəlikləri ilə zədalənmə halları arasında dürüst fərq yoxdur.

Moscow 2014



Dental-Salon

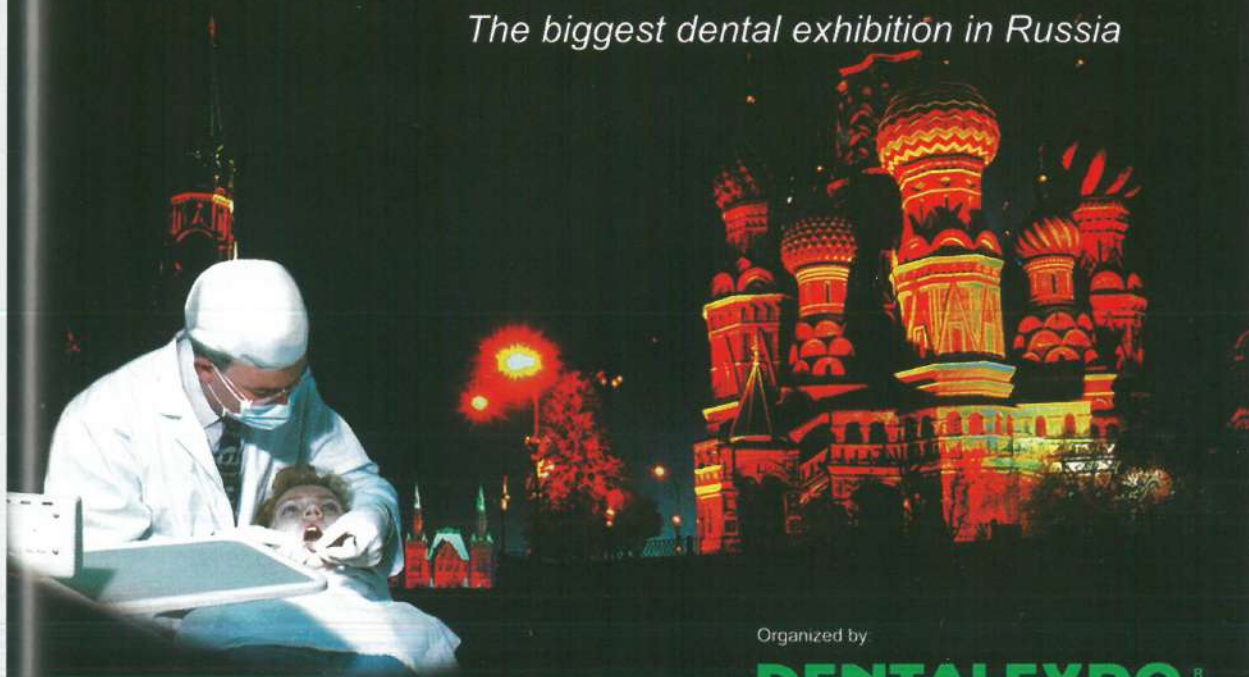
April 21-24, 2014



Dental-Expo

Sept 29 - Oct 2, 2014

The biggest dental exhibition in Russia



In 2014 we expect:

more than **550** exhibitors
more than **30000** visitors
more than **30** countries
more than **500** lectures

Organized by

DENTALEXPO[®]

www.dental-expo.com

Your personal manager:
Ekaterina Pikulina,
international@dental-expo.com,
phone: +7 495 921 4069

NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASINDA ƏHALİNİN STOMATOLOJİ SAĞLAMLIĞININ ÖYRƏNİLMƏSİ

Cəfərov R.M.

Azərbaycan Tibb universitetinin Ortopedik stomatoloji kafedrası

Stomatoloji xəstəliklərin öyrənilməsi əhalinin stomatoloji sağlamlığı haqqında statistik məlumatların toplanması ilə yanaşı bu xəstəliklərin inkişafındakı ümumi qanunauyğunluqları müəyyən etmək mümkündür. Müxtəlif qrup əhalinin stomatoloji statusunu müəyyən etmək üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən işlənib hazırlanan və təklif edilən vahid epidemioloji müayinə üsulundan son illərdə geniş istifadə edilir. Stomatoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsində böyük rol olan polietoloji risk faktorlarının öyrənilməsi kompleks tədqiqatların əsas obyektlərindəndir.

Ən geniş yayılmış stomatoloji xəstəliklərdən kariesin etiologiyası, patogenezi, klinikası, diaqnostikası, müalicəsi və profilaktikası məsələlərinə aid elmdə və təcrübədə böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir. Buna baxmayaraq bütün dünyada bu problemlərlə bağlı tədqiqat işləri hal-hazırda da davam etdirilir.

Stomatologiyada epidemioloji tədqiqatların təkmilləşdirilməsi məsələləri dəyişən iqtisadi şəraitdə aktual olaraq qalır, belə ki, onlar əhalinin stomatoloji xidmət bazarının daha effektiv idarə edilməsi üçün hədsiz faydalıdır.

Azərbaycan Respublikasında 1960-cı illərdən sonra əhali arasında stomatoloji müayinə aparmaqla diş kariesinin yayılmasının müxtəlif səviyyələri aşkarlanmışdır və müxtəlif müalicə və profilaktika tədbirləri tövsiyə edilmişdir. Bu tədqiqatlardan Ə.Ə.Əhmədovun 1968; Ç.A.Paşayevin 1982; R.Q.Əliyevanın

2001; Z.İ.Qarayev və N.A. Pənahovun 2004 və A.Ç.Paşayevin 2011 apardıqları elmi tədqiqat işləri diş kariesinin yayılmasının öyrənilməsi haqda sambalı elmi-praktik əhəmiyyətə malikdir. Respublikada bu problemə aid tədqiqat işləri aparılıb və bugün də davam etdirilir.

Naxçıvan MR-da kariesin yayılmasına həsr olunmuş tədqiqat işləri 30-40-il öncəyə təsadüf edir (E.E.Kərimov 1968; A.M.İbrahimov 1973). Bu regionda aparılmış tədqiqatlardan çox böyük bir zaman keçdiyini nəzərə alaraq ÜST tövsiyyəsinə əsaslanaraq, hər 5-6 ildən bir əhali arasında çox geniş yayılmış stomatoloji xəstəliklərin (karies və parodont xəstəlikləri) öyrənilməsi və həmin xəstəliklərin artmasının qarşısını almaq məqsədilə profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi üçün əməli işlərin görülməsinə tələbat artmaqda davam edir.

Tədqiqat işinin məqsədi: Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhali arasında ÜST-ün tövsiyyəsinə əsaslanaraq bütün yaş qruplarında diş kariesinin yayılmasını və intensivliyini öyrənməklə stomatoloji xidmətin optimallaşdırılmasıdır.

Tədqiqatın materialları və üsulları: Klinik-epidemioloji tədqiqatı yerinə yetirmək üçün tədqiqat aparılan ərazi seçilmişdir. Seçilmiş ərazilərin idarəetmə və yerli təşkilatlarından razılıq alınmışdır, sonra isə tədqiqat aparmaq üçün seçmə qruplar formalaşdırılmışdır.

Tam və dəqiq tədqiqat üçün Naxçıvan Muxtar Respublikasının müxtəlif coğrafi-

iqilin və sosial-iqtisadi regionlarında əhalinin müxtəlif yaş qrupları arasında müayinələr aparılmışdır.

Müayinələr ayrı-ayrı təşkilatlarda (məktəblərdə, böyük yaşlıların iş yerlərində) həm də stomatoloji xidmət üçün müraciət edən əhali qrupu arasında aparılmışdır.

Aşağıdakı yaş qrupları seçilmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən Stomatoloji xəstəliklərin yayılmasını, strukturunun dəyişmə dinamikasını işləmək

aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi: Naxçıvan Muxtar Respublikasında bütün şəhər və rayonlarında müxtəlif yaş qruplarından olan əhali arasında stomatoloji müayinələr aparılmışdır. Bu müayinələrin nəticəsində əhali arasında karies xəstəliyinin yayılması və intensivliyi öyrənilmişdir. (cədvəl 1).

Cədvəldən göründüyü kimi müayinələr ÜST-nin tövsiyyəsinə uyğun olaraq 6, 12, 15, 35-44

Cədvəl 1.

Müayinə olunanların yaşı	Müayinə olunanların sayı	Karies %-lə	p	K	P	Ç	Kp KPC	p
6	844	778 92,18±0,92	-	4896	-	-	4896 5,80±0,08	-
12	937	754 80,47±1,30	p<0,00	3231	66	-	3297 3,52±0,06	p<0,00
15	936	794 84,83±1,17	p<0,05	2936	111	99	3146 3,36±0,06	p>0,05
35-44	521	508 97,50±0,68	p<0,00	1978	1257	3963	7198 13,82±0,16	p<0,00
65-74	473	473 100,00±0,00	p<0,01	1481	318	6391	8190 17,32±0,19	p<0,00
Cəmi	3711	3307 89,11±0,51	-	14522	1752	10453	26727 7,20±0,04	-

və əhalinin stomatoloji yardıma tələbatını müəyyən etmək üçün əhalinin müəyyən yaş qruplarında müntəzəm epidemioloji müayinələr aparılır. ÜST tərəfindən hazırlanmış göstəricilərə əsasən bu üsul müayinə olunmuşların minimal sayında xəstəliyin intensivliyini, risk qüsurlarını, stomatoloji xidmətin quruluşunu, müalicə və profilaktikaya tələbatı dəqiq öyrənməyə xidmət edir. Bu üsul istənilən region üçün uyğundur. Tədqiqatlar əsas yaş qruplarında və hər bir yer üçün standart aparılır. Xəstəliyin yayılma və intensivlik indeksləri 6-yaş, 15 yaş, 35-44 yaş və 65-74 yaş qruplarında

və 65-74 yaş qrupları arasında aparılmışdır. Bu o deməkdir ki, müayinələr həm məktəblilər, həm əhalinin əsas işçi qrupu və həm də yaşlı nəsil arasında keçirilmişdir.

Əhali arasında daimi dişlərdə karies xəstəliyinin göstəriciləri yaşla əlaqədar olaraq artır. Yəni 12 yaşlılar arasında kariesin rastgəlmə tezliyi 80,47%±1,30 olduğu halda 65-74 yaşlılarda bu göstərici 100% olmuşdur. KPC-indeksi uyğun olaraq 3,52±0,06 və 17,32±0,19 olmuşdur. 6 yaşlı uşaqlar arasında süd dişlərində kariesin yayılması 92,18±0,92% olmuşdur. Müvafiq olaraq kariesin intensivlik göstəricisi 5,80±0,08 təşkil edir.

Yaş qrupları arasında müqayisədə diş kariesinin yayılma göstəricisi ən az 12 yaşlılarda ($80,47 \pm 1,30\%$) olmuşdur. KPÇ-indeksi isə $3,52 \pm 0,06$ təşkil edir.

Diqqəti cəlb edən məsələlərdən biri cədvəldən göründüyü kimi KPÇ-indeksinin yaşla əlaqədar olaraq artmasıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, KPÇ-indeksinin strukturunda P indeksinin payı aşağı 0,47, Ç indeksinin isə çox yuxarı 2,8 olmasıdır. Bu göstəricilər müayinə olunan rayonlarda terapevtik stomatoloji xidmətin aşağı səviyyədə olmasından xəbər verir.

Naxçıvan MR-ın bütün şəhər və rayonlarında 6, 12, 15, 35-44 və 65-74 yaş qruplarında 3711 nəfər arasında aparılan stomatoloji müayinələrin nəticələrinə əsaslanaraq demək olar ki, müxtəlif yaş qruplarında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyi müxtəlifdir. Kariesin yayılma göstəricisi 73,4%-100% arasında tərəddüd edir.

Beləliklə Naxçıvan MR-da əhali arasında diş kariesinin öyrənilməsi stomatoloji xidmətin təşkilinə və onun idarə edilməsinə xidmət edəcəkdir.

ƏDƏBİYYƏT

1. Алиева Р.К. Обработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской республики. Автореф. дис. докт. мед.наук, Москва, 2001, стр. 43.
2. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР. Автореф. дис. докт. мед.наук, Москва, 1968, стр. 40.
3. Əliyeva R.Q. Kariesin etiologiyasında qidalanmanın rolu. j. "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" №7, 2003, səh.3-4.
4. Qarayev Z.İ., Pənahov N.A., Azərbaycan Respublikasında yeniyetmələr arasında diş kariesinin yayılması və intensivliyi. j. "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" 2004, №8, səh.20-23.
5. Ибрагимов А.М. Особенности распространения кариеса зубов у школьников Ордубадского района Нахичеванской АССР. Азерб.мед.журнал 1973, № 5, стр. 53-56.
6. Керимов Э.Э., Состояние зубной системы у населения некоторых эндемичных по зубу районов Азербайджанской ССР (Ордубадский, Нахичеванский, Шахбузский и Нухинский районы). Автореф. дисс. канд. мед.наук; Б.1968; ст.20.
7. Пашаев А.Ч. Эпидемиология кариеса зубов у населения Азербайджана ж. "Институт стоматологии" 2009, №2, стр.16-17.
8. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонта и их сочетаний: Автореф. дис. докт. мед.наук, Москва, 1982, стр. 42.
9. Пашаев А.Ч. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний населения Азербайджана и разработка эффективных лечебно-профилактических мероприятий. Автореф. дис. докт. мед.наук, Баку, 2011, стр. 50.
10. Стоматологическое обследования. Основные методы. ВОЗ, женева, 1997, 76 стр.

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НАХИЧЕВАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Джафаров Р.М.

Кафедра ортопедической стоматологии
Азербайджанского Медицинского Университета

Изучение стоматологического статуса 3711 человек в обследуемых регионах во всех возрастных группах выявили различные показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов: соответственно $73,4 \pm 2,5$ – $100,0 \pm 0,0$ и $3,5 \pm 0,06$ – $17,3 \pm 0,19$.

SUMMARY

EXAMINING OF DENTAL HEALTH STATUS OF THE CITIZEN OF NAKHCHIVAN AUTONOMOUS REPUBLIC

Jafarov R.M.

Department of Prostodontic Dentistry
of Azerbaijan Medical University

While examining dental status of 3711 people in surveyed regions in all age groups showed different prevalence and intensity of caries respectively $73,4 \pm 2,5$ – $100,0 \pm 0,0$ and $3,5 \pm 0,06$ – $17,3 \pm 0,19$.

Ağız suyu vəzilərin xroniki parenximatoz iltihabı xəstəliklərin kompleks müalicəsində antioksidant terapiyanın rolu

Qurbanov.V.A.

Azərbaycan Tibb Universiteti Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası.

Aktuallıq: Bir çox müəlliflərin nəticələrinə əsasən ağız suyu vəzin xəstəlikləri içərisində xroniki peraximatoz sialodenit 41,5%– 67,9% rast gəlinir [1,2,3] Patogeneza yetərsizliyi, ağırlıq dərəcəsi müalicə effektinin çətin və çatmamazlığı problemin praktiki səhiyyədə aktuallığını təsdiq edir. [2;3] Xəstəliyin etiopatogenezi haqqında bir neçə müəliflər var. [2] Xroniki parenximatoz sialodenitin əmələ gəlməsi və inkişafında əsas rolu vəz toxumalarında gedən mikrosirkulyator pozğunluqlar göstərilir [3,4]. Mikrosirkulyasiyanın pozulması nəticəsində toxuma və hüceyrələrə lazımı səviyyədə oksigen çatdırılmır. Bu da ilk növbədə oksidləşmə reduksiya reaksiyaların pozulmasına səbəb olur. Hüceyrə və toxumalarda geridönməz bir çox proseslərdə birinci zədələr və zərbə olan struktur hüceyrə membranıdır. Hüceyrə membranının zədələnməsinə bir çox amillər səbəb ola bilər. Bunlardan ultrabənövşəyi şüalar, fiziki amillər, orqanizmdə gedən iltihabı intoksikasiya zamanı əmələ gələn toksinlər və toxumaların oksigen çatmamazlıqları. Hüceyrə membranının zədələnməsi nəticəsində hüceyrələr üçün zərərli olan sərbəst radikallar əmələ gəlir ki, bu birləşmələr hüceyrə tamliğının pozulması Lipid-peroksidləşmə (LPO) reaksiyalarının pozulmasına səbəb olur.

Normada orqanizmdə hüceyrə membranında

meydana çıxan sərbəst radikalları zərərləşdirən orqanizmin təbii müdafiə funksiyası olan antioksidant mühafizə sistemi (AOM) bu prosesi özü tənzimləyir. Lakin orqanizmdə gedən intoksikasiya fonunda, həmçinin mikrosirkulyator pozğunluq toxumalarda və hüceyrələrdə Lipidlərin peroksidləşmə prosesi (LPO) ilə antioksidant mühafizə sistemi (AOM) arasında münasibətin pozulmasına səbəb olur. Beləliklə orqanizm öz-özlüyündən sərbəst radikalları zərərləşdirə bilmir. Bu orqanizmin təbii antioksidant funksiyası pozulmasına göstərir. [6]

Buna görə də xroniki parenximatoz sialodenitlərin kompleks müalicəsində aktual məsələ yeni müalicə metodlarının işlənməsidir, ki, bu da iltihabəleyhinə və antioksidant təsir göstərməklə ağız suyu vəzilərinin patologiyalarında mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşmasına yönəlməlidir.

İşin məqsədi: Ağız suyu vəzilərin xroniki parenximatoz xəstəliklərində kombinə olunmuş müalicə alqoritminin işlənməsi. Ağız suyu vəzilərin xroniki parenximatoz xəstəliklərində antioksidant təsirə malik ozonoterapiyanın müalicəvi effektivliyinin öyrənilməsi.

Toxumaların mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırılmasında bir neçə dərman preparatları olsada biz polifunksiyalı, antihistamin, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırırmaq üçün Dimexid 30% məhlulunun yerli kompressindən istifadə etmişik, həmçinin

polifunksiyali və antioksidant təsir mexanizminə malik olan ozonoterapiya müalicə məqsədi ilə istifadə olunmuşdur.

Xroniki parenximatoz sialodenitlərin müalicəsində yerli və ümumi venadaxili istifadə olunan antioksidant təsirə malik ozonoterapiya zamanı yüksək müalicəvi effekti və uzun müddətli remissiyaya əldə edilmişdir.

Material və metod: Kliniki araşdırma 2011 – 2013 cü illərdə Azərbaycan Tibbi Universitetinin Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrasına və 1 saylı Bakı şəhəri Kliniki Tibbi Mərkəzin Ağız və üz-çənə cərrahiyyə şöbəsinə ambulator müraciət etmiş və parenximatoz sialodenit diaqnozu qoyulmuş 20 xəstə üzərində öyrənilib. Müraciət edən xəstələrini orta yaş həddi 24-48 arasında olmuşdur. Bunlardan 12 nəfər 60% qadın 8 nəfər 40% kişi olmuşdur. Parenximatoz sialodenitlə müraciət etmiş xəstələr ümumi tüpürcək vəziləri xəstələri ilə müraciət etmiş xəstələrin 18,2% nı təşkil etmişdi. (şəkil 1.2)



Şəkil 1. sağ tərəfli xroniki parotit

Tədqiqata daxil olmuş xəstələr 3 qrupda öyrənilib. I qrup kontrol qrup – 5 xəstə daxil olunub. Bunlara müalicə üsulu kimi klinikada qəbul olunmuş ənənəvi müalicə tətbiq olunubdur. Antibakterial terapiya, iltihabəleyhinə və



Şəkil 2. sol tərəfli xroniki parotit

vəzilərin fermentlərlə yuyulması proseduru aparılmışdır.

II-qrup birinci əsas qrup . Bu qrupa daxil olan xəstələrə ənənəvi müalicə ilə yanaşı yerli və venadaxili antioksidant terapiya tətbiq olunubdur.

III – qrup ikinci əsas qrup . Bu qrupa 8 xəstə daxil etdik və bu xəstələrə yerli və ümumi venadaxili antioksidant terapiya ozonlaşdırılmış fizioloji məhlulu (OFM) tətbiq etmişik. Yerli mikrosirkulyasını yaxşılaşdırmaq üçün həmçinin iltihabəleyhinə təsir göstərən Dimexed 30% məhlulundan istifadə etmişik.

Bütün qrup daxil olan xəstələrdə müalicənin 3;5;7 sutkalarında lipidlərin peroksidləşmə reaksiyalarının məhsulları olan Malon Dialdehid, Antioksidant sisteminin əsas göstəricisi olan katalazın qanda miqdarı öyrənilmişdir.

Tədqiqat zamanı xəstələrdə ətraflı anamnez toplanılmışdır. Xroniki parenximatoz sialodenitlə, orqanizmin digər xəstəlikləri arasında münasibətlər ayırd edilmişdir. Xəstələrdə ağız suyu vəzilərin xüsusi müayinə metodları tətbiq edilmişdir. Sialometriya üsulu 1968-ci ildə qəbul edilmiş Androyev metodu ilə öyrənilmişdir. Həmçinin xəstələrdə tüpürcək vəzilərin USM –si (8 xəstədə), Sioloqrafiya (7 xəstə) KT (3 xəstə) MRT 2 xəstədə icra olun-

muşdur. Alınmış nəticələrin işlənməsi "statistik 6" proqramın vasitəsi ilə proqramlaşdırıldı. Göstəricilərini dəyişikliklər $P < 0,05$ ilə hesablanmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi : Xəstələrə tətbiq olunan ozonoterpiya klinikamızda ilk dəfə tətbiq olunduğundan müalicədən qabaq xəstələrə müvafiq tövsiyyələr verildi və müalicə prosedurası izah olunmuşdur. Tətbiq olunan ozonu əldə etmək üçün, Medozon 4 aparatında 200 ml 0,9% NaCl məhlulu ozonlaşdırılmışdır.

Xəstənin 16-nda qulaqətrafi ağzı suyu vəzinin, 4-ndə çənəaltı tüpürcək vəzinin xroniki parenximatoz iltihabı aşkarlanmışdır. Xəstələrin əsas şikayəti ağrının olması (13) şişkinliyin olmasından (15) temperaturun olmasından (6), ağzı boşluğuna duzlu-turş mayenin (13) axmasından ibarət olmuşdur. Vizual müayinə zamanı uzun sol yarısında assimetriya (7), sağ yarısında (9), sol çənəaltı nahiyyədə (2), Sağ çənəaltı nahiyyədə (2) nəfərdə qeyd olunubdur. Regional limfa vəzilərin böyüməsi 5 nəfərdə qeyd olunub. Palpasiyada vəzinin konsistensiyası 5 nəfərdə bərk, 10 xəstədə orta, 5 nəfərdə normal konsistensiyada olub. Ağzı boşluğuna ağzı suyun ifrazı bütün xəstələrdə azalmışdır. Ağzı suyun makroskopik baxışında qatılıq, şəffaflıq 10 xəstədə, 7 xəstədə qatılıq – bulanıqlıq və rənginin dəyişilməsi, 3 xəstədə ağzı suyu vəzidən irin ifrazı qeyd edilib.

Xəstələrin yalnız remisiya mərhələsində sioloqrafiya metodundan istifadə etmişik. 10 Sioloqrafiya müayinənin 5-ndə klassik sioloqrafiya metodunun, 5-ndə Rəqəmsal –sioloqrafiyadan istifadə etmişik. Sioloqrafiyada ağzı suyu vəzilərin axarlarında genişləmə 12 xəstədə qeyd edilmişdir. (şəkil2).

Ultrasəs müayinədə aşağıdakı nəticələri aldıq. Tüpürcək vəzilərin həcmi böyüyüb, kənarları nahamardır, quruluşu iri paycıqlıdır heterogen sahələr qeyd edilmişdir. (şəkil 3).



Şəkil 1. sağ tərəfli xroniki parotit

Qanın biokimyəvi müayinəsi zamanı bütün qrup xəstələrdə müalicədən qabaq məlum üsullarda Malon Dialdehidin və Katalazanın qanda qatılığı öyrənilmişdir.

Qeyd edək ki, prosesin dərinliyindən asılı olaraq, kliniki daha ağır hesab edilən xəstələrdə MDA –nın qanda konsistensiyası normadan daha çox olmuşdur. Müfəviq olaraq Katalazanın səviyyəsi aşağı səviyyədə olub. MDA –nın miqdarı müalicədən sonra I qrup xəstələrdə V sutkadan sonra nisbətən azalmışdır II qrup xəstələrdə I qrupla müqayisədə



Şəkil 2. sol tərəfli xroniki parotit

III sutkadan artmağa başlamışdır. V Sutkadan sonra qanda MDA –nın miqdarı III qrupla müqayisədə normaya az yaxınlaşmışdır. Qeyd edək ki II qrup xəstələrdə bir neçə xəstəmizdə III sutkada MDA –nın miqdarnıda artmasının səbəbi kompentor mexanizmlərlə əlaqədardır. III qrupa daxil olan xəstələrdə MDA –nın nəticələr I qrupla müqayisədə kəskin azalıb, II qrup xəstələrdə müqayisədə isə nisbətən normaya daha yaxın olmuşdur.

Antioksidant sistemin göstəricisi olan katala-

zanın səviyyəsi MDA-nın əksinə olaraq III qrup xəstələrdə I qrupla müqayisədə əsaslı artmışdır. II qrup xəstələrdə I qrupda müqayisədə. Katalaza miqdarı normaya I sutkadan sonra daha yaxın olmuşdur. Qeyd olunan göstəricilərin müqayisədə qiymətləndirilməsi cədvəldə öz əksini tapmışdır. Qeyd edək ki MDA və Katalazanın norması 10 tam sağlam şəxsin qanında götürülmüş biokimyəvi göstəricilərnə görə hesablanıb. (cədvəl 1).

Cədvəl 1

	I sutka	III sutka	V sutka	VII sutka	Norma
MDA	28,8±0,01	26±0,02	20±0,01	1,4±0,01	8-10 Mk M/ml Eritositlərdə
Katalaza	40,1±0,02	40,1±0,02	52±0,02	59±0,01	73,8-77,4

Beləliklə kliniki və biokimyəvi laborator müayinələrin nəticələrinə əsasən tüpürcək vəzinin parenximatoz iltihabı xəstəliklərində kompleks müalicə metodu tətbiq olunmalıdır. Kompleks müalicə metodu həm mikrosirkulyasiyası yaxşılaşdırmalı və ən əsas antioksidant təsirə malik olmalıdır.

Bununlada qeyd edə bilərik ki, ağız suyu vəzinin xroniki parenximatoz iltihabı

xəstəliklərində Dimexid 30% məhlulu ilə yanaşı, antioksidant təsir mexanizminə malik ozonoterapiyanın yerli və venadaxili ümumi tətbiqi xəstəliyin kliniki-laborator göstəricilərin tez bərpa olunmasına, xəstəliyin uzun müddət remissiya mərhələsində qalmasına və residivlərin qarşısını almağa kömək olacaqdır.

ADABIYYAT

1. Авдиенко О.В. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных различными формами сиаденоза: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2008.-24 с.
2. Афанасьев В.В. Классификация заболеваний и повреждений слюнных желез. // Стоматология. 2010. - Т. 89. - №1. - с. 63-65.
3. Щипский А.В. Сиаденоз (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. . докт. мед. наук. М., 2002. - 36 с.
4. Garavello W., Romagnoli M., Somigliana E. et al. The intriguing association between prematurity and neonatal isolated submandibular suppurative sialadenitis //Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2002. - Vol.62. - p. 41-44.
5. Zou Z.J. Chronic obstructive parotitis: a report of 92 cases Text. / /Z.J. Zou // Chung Hua Kou Chiang Hsuth Tsa Chili. 1992. - Vol. 27, №4. - p. 200 202.
6. Кадочникова Г.Д. // Исследование антирадикальной и радикальной активности альфа-токоферола в липидных субстратах методом внешнего стандарта // Свободно-радикальное окисление липидов в эксперименте и клинике : Сб., Тюмень, 1997, Ч. 1, с. 21-27.

РЕЗЮМЕ

**Роль антиоксидантной терапии при комплексном лечении
хронических паренхиматозных заболеваний слюнных желез.**

Гурбанов В.А.

Кафедра челюстной - лицевой хирургии АМУ

Актуальной задачей в комплексном лечении Паренхиматозных сиалоденитов является разработка новых методов лечения, что должно быть направлено на улучшение микроциркуляции при патологии слюнных желез, воздействуя противовоспалительных желез, воздействуя противовоспалительными и антиоксидантами.

Двадцати больным, которым был поставлен диагноз хроническое паренхиматозное заболевание слюнной железы, были проведены исследования. В ходе исследований больные были изучены в 3-х группах. Больным было проведено УЗИ, КТ,МРТ и сиалографическ обследования. Были изучены липидно – пероксидное реакция, основным показателем которой является МДА и было проверено количество каталазы, которая является основным показателем антиоксидантной системы.

При хронических паренхиматозных воспалительных заболеваниях слюнной железы наряду с 30% раствором Диликсида, местное и внутривенное применение озонотерапии, имеющая влияющее действие антиоксиданта, способствует быстрому восстановлению клинико – лабораторных данных, позволяет болезни оставаться долгое время в этапе ремиссии и помогает предотвратить рецидивы.

SUMMARY

The role of antioxidant therapy in complex treatment of chronic parenchymatous disease of salivary glands

Gurbanov.V.A.

Azerbaijan Medical University
Department of oral and maxillo-facial surgery

The actual problem in complex treatment of chronic parenchymatous sialodenitis is preparing of new cure method that most direct recovering of microcirculation affecting antiinflammatory and antioxidant in pathology of salivary glands.

It was investigated in 20 patients diagnosed with chronic parenchymatous inflammation of salivary gland. The patients had been studied in 3 groups. In patients USM, KT, MRT and sialography have been done. The amount of MDA indicator of lipid-peroxidation reaction and catalase indicator of antioxidation system have been determined in blood.

Local and intravenous use of ozonotherapy having antioxidant effect together with dimexid 30 % solution in chronic parenchymatous inflammation of salivary glands had helped to recovering of clinical-laboratory indicators of disease rapidly, remain of disease in remission stage and preventing recurrences.

Uşaq yaşlarında xroniki yayılmış gingivitlərin müalicəsində professional gigiyena tədbirlərinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi

İmanov E.Ə., Rüstəmov E.Ə.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq stomatologiyası kafedrası

Parodont xəstəliklərinin müalicə və profilaktikası müasir stomatologiyanın, o cümlədən uşaq stomatologiyasının vacib problemlərindən biridir. Bu xəstəliklər əhali arasında geniş yayılıb, onların ağır fəsadları orqanizmin ümumi vəziyyətinin və üz-çənə nahiyyəsinin funksiyasının pozulmasına səbəb olur (1, 2, 7, 9.)

Parodont xəstəliklərinin etiopatogenezinin öyrənilməsində və müalicə-profilaktik tədbirlərinin işlənilməsində əldə olunan nailiyyətlərə baxmayaraq, hətta kiçik yaşlarda da bu xəstəliklərə tez-tez rast gəlmək olar. Lakin təcrübədən məlum olduğu kimi, xəstəliyin ilkin etaplarında, uşaq yaşlarında aktiv müalicə-profilaktik tədbirlər həyata keçirilərsə, gələcəkdə baş verə bilən ağır fəsadların qarşısını vaxtında almaq mümkündür (4, 10).

Süd və daimi dişlərin inkişafı və çıxması nəticəsində ağız boşluğu toxuma və orqanları uzun müddət fizioloji gərginlik vəziyyətində olur. Anatomofizioloji xüsusiyyətlərə görə və immun sisteminin formalaşmaması səbəbindən bu yaşlarda üz-çənə nahiyyəsində iltihabi proseslər tez-tez baş verir.

Ədəbiyyatdan məlumdur ki, son illər ərzində uşaqlar arasında parodontun iltihabi xəstəliklərinin rast gəlmə faizi yüksəlməkdədir. Lakin bu xəstəliklərin yayılmasına dair göstəricilər geniş çərçivədə verilir.

Uşaqlarda parodont xəstəliklərinin yayılmasına aid fərqli nəticələrə baxmayaraq, aparıl-

mış epidemioloji tədqiqatlar aşkar göstərir ki, bu yaşlarda parodontun patologiyalarından - xroniki kataral gingivit- 80-85%, hipertrofik gingivit - 12-15%, 14-15 yaşa çatdıqda isə parodontit 3,0-5,0% təşkil edir. Parodont xəstəlikləri daha çox yerli səbəblərin nəticəsində baş verir. Bunlardan dişin səthində aşkar edilən yad törəmələr-diş ərpi, diş daşı və diş -çənə anomaliyalarıdır-diş sıralarının sıxlığı, patoloji dişləmlər və başqaları (1,7, 9).

Sonuncular ilkin travmatik okklyuziya ilə yanaşı, ağız boşluğunun gigiyə-nasını çətinləşdirir və artıq uşaq yaşlarından parodontun xəstəliyini yaradırlar.

Parodontun iltihabi xəstəliklərinin yaranması və inkişafında mikrob amili həll edici rol oynayır. Qəbul edilmiş konsepsiyaya görə, ağız boşluğu-balanslaşmış bioloji sistemdir, parodont xəstəliyi isə əksər hallarda bakterial simbiozla ağız boşluğu toxumaların arasındakı tarazlığın pozulmasının nəticəsidir. Sağlam diş əti olan şəxslərdə diş ərpinin əmələ gəlməsi ilə gingivitin yaranması faktı aşkar edilmişdir (3,5,6).

Üzvi maddələrin (protein və polisaxaridlər - dekstarn, levan) matriksində bakteriyaların toplanması diş ərpin əmələ gətirir. Bu maddələr mikroorqanizmlərin fəaliyyəti nəticəsində əmələ gəlir və həmdə ağız suyu ilə çətdirilir. Yeni yaranmış diş ərbində əsasən qrammüsbət bakteriyalar tapılır. Onlar ekzotoksinlər ifraz edir, hansılara ki, toxuma strukturalara tolerantdır. Yetişmiş diş ərbində isə qrammənfi mikroorqanizmlər vardır

ki, onlar güclü təsirə malik olan endotoksinlər sintez edir. Bu zaman hüceyrələrin, birləşdirici toxuma elementlərinin və əsas maddənin zədələnməsi baş verir.

Lakin ağız boşluğunun düzgün gigiyenası nəticəsində əldə edilmiş müsbət effekt ancaq diş ərpinin mexaniki xaric olunması ilə bağlı deyil, burada diş məcunlarının və eleksirlərin tərkibində olan müalicə-profilaktik komponentlərin rolu da böyükdür (6, 8, 11, 12)

Beləliklə diş əti xəstəliyinin profilaktikası ağız boşluğunun effektiv gigiyenası ilə bağlıdır (4, 11, 12). Məlumdur ki, mikrofloranın gündəlik mexaniki təmizlənməsi nəinki diş əti iltihabının qabağını alır və hətta prosesin ilkin mərhələsinin geri dönməsində şərait yaradır. Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq:

Tədqiqat işinin məqsədi uşaq yaşlarında xroniki yayılmış gingivitlərin yayılmasında professional gigiyena tədbirlərinin effektivliyinin qiymətləndirilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları. Nəzarətimiz altında 6 – 12 yaşlı – 27 pasiyent olmuşdur. Xəstələrə klinik (PMA, CPİTN əmsalları və gigiyenik əmsal- Green, Vermilion sınağı) və laborator (rentgen) müayinə üsulu tətbiq edilmişdir. Belə ki, 33 nəfərdə- kataral gingivit, 32 nəfərdə isə- yüngül formada parodontit aşkar edilmişdir. Xəstələr iki qrupa bölünmüşdür- əsas və nəzarət qrupu. Hər iki qrupda xəstələr üçün peşəkar gigiyena tədbirləri həyata keçirilmiş, və ümumi müalicə sxemi tətbiq edilmişdir: vitaminlər (C, P, B qrupu, askorutin), kalsium və fosfor preparatları (kalsium laktat, kalsium qlukonat- 1 ay), hiposensibilizəedici və antigistamin preparatları (7-10 gün), rasionel və balanslaşdırılmış qidalanma. Əsas qrupa daxil olan xəstələrə ümumi müalicə fonunda "Loroben" preparatı tətbiq edilmişdir. Hər iki qrup xəstələrə klinik, mikrobioloji və immuno-

loji tədqiqatlar aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi.

Əldə olunmuş nəticələr göstərir ki, müşahidə altında olan yayılmış xroniki gingivitli 27 nəfər pasiyentdə professional gigiyena tədbirlərinə başlamazdan əvvəl parodontal indekslərin göstəriciləri aşağıdakı kimi olmuşdur: PMA indeksi – 15,6%, gigiyena indeksi (OHİ-S) – 1,6, parodontal indeks (PI) – 1,3, qanaxma indeksi SBI- 1,2 olmuşdur.

Bu qrupda professöonal gigiyena tədbirlərindən və ağızın fərdi gigiyenasını korreksiyasından sonra müşahidə edilən dəyişikliklər:

3 gün sonra xəstənin şikayətləri və rahatsızlığı yüngülləşir, ancaq uşaqların 24-də 85,2 % dişlər fırçalandıqda qanama olur. Müayinə zamanı dişəti məməciklərində qızartı və şişkinlik, və zondlama zamanı qanaxma müşahidə olunur.

5 gündən sonra pasiyentlərin 16-da (59,2 %) dişlər fırçalandıqda qanama diş ətində qızartı və şişkinlik, və zondlama zamanı qanaxma müşahidə edilir.

7 gündən sonra pasiyentlərin 5- də (18,6%) yenə də dişlər fırçalandıqda qanama olsa da diş ətinin qızartısı və şişkinlik xeyli azalır. Zondlama zamanı qanaxma müşahidə edilir. 14 –gün 2 pasiyentdə (7,4 %) dişlər fırçalandıqda qanama diş ətində qızartı və şişkinlik zeyli azalır ancaq zondlama zamanı yüngül qanaxma müşahidə edilir.

Nəzarət altında olan pasiyentlərdə professional gigiyena tədbirləri və ağızın fərdi gigiyenası aparıldıqdan sonra klinik indekslərin standart göstəricilərin dinamikası xeyli yaxşılaşır. 14-gün parodontal indekslərin göstəriciləri PMA- 6,7%; OHİ-S – 1,6; PI – 0,8; SBI – 0,7% olmuşdur. Statistik hesablamalar da bunu təsdiq edir. Dinamik müşahidələr göstərir ki, 20 gündən sonra klinik göstəricilər normallaşır.

ƏDƏBİYYƏT

1. Алиева Р.К. Распространенность аномалий зубочелюстной системы у школьников Азербайджана /Матер. II Межд. конгр. стоматологов, Грузия, 2000, с. 14-15
2. Алиева Р.К., Алимский А.В. Распространенность заболеваний пародонта среди школьников в некоторых районах Азербайджана // "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" 2001, № 3, с. 24-27
3. Бокая В.Г. Самоконтролируемая гигиена полости рта – эффективный способ профилактики стоматологических заболеваний //Стоматология для всех, 2000, № 3, с. 4-7
4. Васина С.А. Проблемы профилактики стоматологических заболеваний в г. Москве /Сборник тезисов научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии». М., 2002, с. 25-30
5. Грохольский А.П., Кодола Н.А., Центило Т.Д. Назубные отложения: их влияние на зубы, окклюзионные ткани и организм. К., 2000, 160 с.
6. Доклад комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта и использованию фторидов. Женева, 2006, № 120/10
7. Даниллевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевание пародонта, Киев, 2002, 345 с.
8. Зейналова Г.К. Роль и значение фторидосодержащей зубной пасты в профилактике стоматологических заболеваний у детей. // "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" 2011, № 17, с. 6-12
9. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М.:Медицинское информационное агентство, 2001, 300 с.
10. Леус П.А. Оптимизация программ стоматологической помощи детям школьного возраста //Стоматология детского возраста и профилактика, 2007, № 2, с. 59-64
11. Максимовский Ю.М., Сагина О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний. М., 2005, 206 с.
12. Орехова Л.Ю. и др. Основы профессиональной гигиены полости рта: Методические указания. СПб., 2004, 56 с.

РЕЗЮМЕ

**Оценка эффективности проведения мероприятий профессиональной гигиены рта
при лечении заболеваний пародонта у детей**

Иманов Е.А., Рустамов Е.А.

Кафедра детской стоматологии Азербайджанского медицинского университета

Проведенные мероприятия профессиональной гигиены рта у детей, болеющих с хроническим генерализованным гингивитом привели к стабилизации процесса и улучшению клинических показателей.

SUMMARY

Evaluation of effectivity of oral hygiene measures in the treatment of children peridontol disease

Imanov E.A., Rustamov E.A.

Azerbaijan Medical University, Department of Pediatric Dentistry

Occupational activities when was carried out with children suffering from chronic generalized gingivitis resulted with stabilization of process and improvement of clinical indicators.



20th INTERNATIONAL DENTAL CONGRESS

29-31 MAY
2014 Kuşadası
AYDIN

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının nümayəndə heyəti 29 – 31 may tarixlərində Türk Diş Həkimləri Birliyi-nin (TDB) təşkil etdiyi 20- ci Beynəlxalq Diş Həkimləri Kongresinin iştirakçısı oldular. Kongres Türkiyənin dilbər guşələrindən olan Ege dənizi sahillərində, Kuşadasında keçirildi.



xatirə şəkili

Türkiyə diş həkimlərinin ön sıralarında gedənlərini bir yerə toplayan 20-ci Beynəlxalq Diş Həkimləri Kongresində 20 ölkədən 1500 diş həkimi iştirak edirdi. Ağız boşluğunun sağlamlığının nəticəsi olaraq ümumi sağlamlığında problem yaşamayan, minimal invaziv yaxınlaşmalarla maksimum estetik görkəmə sahib olan, diş çürüklərinin olmadığı, təbii dişləri ilə yaşa dola biləcək bir cəmiyyətin yaradılmasında diş həkimlərinə faydalı ola biləcək konfranslar, panellər və kursların təşkil olunduğu bu kongresin əsas mövzusu “Somatik xəstəliklər və Stomatologiya” oldu. Müasir zamanda

bəzi somatik xəstəliklər dünyada aparıcı rola malik ağır xəstəliklər sayıldığı üçün Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyası (FDİ) stomatoloji xəstəliklərlə somatik xəstəliklər arasında (diabetes mellitus, kardiovaskulyar xəstəliklər) əlaqəni öyrənmək məqsədilə araşdırmalar aparılmasını məqsəduyğun sayır. FDİ ağız xəstəliklərinin azalması bərkə orqanizmin bir çox xəstəliklərinin azalacağını güman edir və bunun üçün dünya stomatoloqlarını strateji taktikalar hazırlamağa çağırır.

Kongresin açılış mərasimində çıxış edən FDİ Prezidenti elect Dr. Patrick Hescot (Franca) bu mövzu ətrafında danışaraq ağız boşluğunun və dişlərin sağlamlığının digər xəstəliklərdən ayrı düşünülmədiyini, ağız boşluğundan başlayaraq ürək, xərçəng, diabet kimi bir çox xəstəliklərin



iclas zamanı

erkən diaqnoz və müalicəsinin mümkünlüyünə diqqəti çəkdi. Dr.P.Hescot qeyd etdi ki, “Ağız

sağlamlığı: çeynəmək, yemək, gülmək, danışmaq psixososial həyat üçün cox vacibdir. Ağız sağlamlığı bir insan haqqıdır, ümumi sağlamlığın bir hissəsidir.”



tədbirin sonu dostlarla

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının Prezidenti professor Rəna xanım Əliyeva və assosiasiyanın üzvləri: S. Nağıyeva və N. Kəlbeyevadan ibarət qrup konqres çərçivəsində təşkil edilən “Qonşu Ölkələrin Stomatoloji Assosiasiyalarının 4-cü İşbirliyi Platformu” 4 th NEIGHBORING COUNTRIES DENTAL ASSOCIATIONS COLLABORATION PLATFORM toplantısında iştirak etdilər. Toplantını giriş sözü ilə Türk Dişhəkimləri Birliyinin prezidenti prof. T.Yücel açaraq qonaqları salamladı. Sonra gündəlik məsələyə uyğun olaraq Assosiasiyalarının fəaliyyəti haqqında hesabat, “FDİ 2013 İstanbul 101-ci Ümumdünya Stomatoloji konqresi və Profilaktik Stomatologiya mövzusunda forum dinlənildi. Daha sonra iştirakçılar arasında qarşılıqlı fikir mübadiləsi, söhbətlər aparıldı. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının Prezidenti prof.R. Əliyeva Türkiyənin Soma kömür mədənlərində baş vermiş faciəni anaraq türk xalqının başına gələn bu

faciəyə kədərləndiklərini bildirdi. Sonda TDB Prezidenti 4 th NEIGHBORING COUNTRIES DENTAL ASSOCIATIONS COLLABORATION PLATFORM toplantısının yekun çıxışını söylədi.

Azərbaycan təmsilçiləri konqresin iclaslarında iştirak edərək müxtəlif ölkələrdən gəlmiş professorların maraqlı məruzələrinə qulaq asdılar. Kongresdə stomatologiyanın bütün sahələrini əhatə edən, ən aktual mövzulara həsr olunan konfranslar təşkil olunmuşdu. “Ortodontik müalicənin sərhədləri”, “Kardiovaskulyar xəstəliklərlə parodont xəstəliklərinin əlaqəsi”, “Uşaq

stomatologiyasında travmalar”, “Diastemalar zamanı müalicə alternativləri” və s. mövzularda, stomatoloqların gündəlik rastlaşdıqları problemlərlə uzlaşan konfranslar iştirakçılar tərəfindən diqqətlə izlənilirdi.

Konqres iştirakçıları Efes Konqres mərkəzində təşkil olunmuş Expodental 2014 sərgisindən də faydalandılar.

Konqresin davam etdiyi müddətdə Azərbaycan təmsilçiləri Quşadasının füsunkar mənzərəli yerləri ilə tanış oldular, qədim Efesin qalıqlarını görmək üçün tura qoşuldular və orada kokteyl mərasimində iştirak etdilər, canlı konsert ilə müşayiət olunan Qala gecəsindən xüsusi zövq aldılar.

Kongres iştirakçıları daha möhtəşəm toplantılarda görüşmək arzusu ilə Quşadasından 20-ci Beynəlxalq Diş Həkimləri Kongresindən ayrıldılar.

S.Nağıyeva, N.Kəlbeyeva

Показатели самооценки и тревожности у лиц с заболеваниями пародонта

Гараев З.И., Самедова С.И.

Кафедра Ортопедической Стоматологии
Азербайджанский Медицинский Университет

Заболевания пародонта - одна из актуальных проблем в стоматологии. [1,2,3,5]. Влияние состояния зубов, полости рта и челюстно-лицевой области на качество жизни (КЖ) несомненно [4,7]. Изучение многочисленных исследований, свидетельствует о том, что исследование КЖ в зарубежных странах является одним из основных показателей результатов лечения. Качество жизни рассматривается как система показателей, характеризующих степень реализации жизненных стратегий людей, удовлетворения их жизненных потребностей. Под КЖ понимают совокупность физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанного на его субъективном восприятии. При этом имеется в виду, что КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния пациента, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов [7,8,9].

Методы оценки КЖ пациентов на современном этапе развития стоматологии имеют приоритетное значение. Дополняет и расширяет информацию о КЖ самооценка людьми своего заболевания, которая позволяет в полной мере оценить комфортность, функциональность и эстетичность зубочелюстного аппарата [6].

В настоящее время наблюдается рост частоты осложнений пародонтита, в связи с чем, осмысление КЖ больных с заболеваниями пародонта и как КЖ у данного контингента больных очень важно и поэтому, исследование влияния показателей стоматологического здоровья на КЖ является актуальной задачей.

Цель исследования - анализ данных самооценки лицами с заболеваниями пародонта и определение у них уровня тревожности.

Материал и методы исследования. Исследования проведены среди 200 жителей г. Баку с заболеваниями пародонта. Обследованные были разделены на 3 группы: в I группу были включены 95 человек, с катаральным гингивитом и пародонтитом легкой степени тяжести, во II группу вошли 68 человек с пародонтитом средней степени тяжести и в III группу - 37 человек с пародонтитом тяжелой степени тяжести.

Для субъективной оценки состояния ротовой полости использовали специальный опросник [6], включавший в себя 7 пунктов: кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, боль в деснах, чувствительность зубов, изменения со стороны формы зуба и наличие зубного налета.

Среди обследованных в группах проводили оценку тревожности с помощью шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности по Спиллбергер-Ханину (1995).

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. Первой шкалой, по которой лица 3-х

Таблица 1.

Показатели самооценки лиц с заболеваниями пародонта

Показатели		Группы		
		I группа	II группа	III группа
Кровоточивость	Наличие	36 (37,9±4,98%)	29 (42,6±6,0%)	36 *,** (97,3±2,67%)
	В среднем	0,76±0,11	0,88±0,13	1,95±0,17*,**
Запах изо рта	Наличие	39 (41,0±5,05%)	44* (64,7±5,80%)	31*,** (83,8±6,06%)
	В среднем	0,41±0,051	0,65±0,058*	0,84±0,061*,**
Подвижность зубов	Наличие	3 (3,16±1,79%)	13* (19,1±4,77%)	23*,** (62,2±7,97%)
	В среднем	0,07±0,043	0,41±0,105*	1,86±0,296*,**
Боль в деснах	Наличие	25 (26,3±4,52%)	22 (32,3±5,67%)	29*,** (78,4±6,77%)
	В среднем	0,26±0,045	0,32±0,057	0,78±0,069*,**
Гиперестезия (чувствительность зубов)	Наличие	46 (48,4±5,13%)	42 (61,8±5,89%)	30*,** (81,1±6,44%)
	В среднем	0,91±0,11	1,40±0,17*	2,54±0,27*,**
Изменение формы зуба	Наличие	0	9* (13,2±4,11%)	16*,** (43,2±8,14%)
	В среднем	0	0,29±0,0696*	0,86±0,18*,**
Зубной налет	Наличие	44 (46,3±5,12%)	38 (55,9±6,02%)	32*,** (86,5±5,62%)
	В среднем	1,44±0,04	1,68±0,218	2,59±0,234*,**
Всего	Более 5-и	16 (16,8±3,84%)	12 (17,7±4,62%)	33*,** (89,2±5,10%)
	В среднем	3,85±0,192	5,63±0,190*	11,43±0,499*,**

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

* - относительно первой; ** - относительно второй группы

обследованных групп оценили свое здоровье, была кровоточивость. Нужно отметить, что одной из основных жалоб больных с заболеваниями пародонта, особенно с гингивитом, является кровоточивость десен (табл.1).

При анкетировании наличие кровоточивости отмечали 37,9±4,98% лиц в I группе, во II группе число лиц с этим показателем выросло в среднем на 4,7% и в III группе кровоточивость десен наблюдалась почти у всех обследованных.

дованных – $97,3 \pm 2,67\%$, что достоверно в 2,6 раз ($p < 0,05$) было выше показателя I группы и в 2,3 раз ($p < 0,05$) выше показателей II группы. В среднем кровоточивость составила при легкой степени заболевания $0,76 \pm 0,11$, при средней степени тяжести – $0,88 \pm 0,13$ и при тяжелой степени – $1,95 \pm 0,17$. Как видно, у лиц III группы средняя величина этого показателя была выше чем в I группе в 2,6 раз ($p < 0,05$) и в 2,2 раза ($p < 0,05$) выше, чем во II группе.

Известно, что заболевания пародонта могут быть причиной неприятного запаха изо рта. В процессе обследования на запах изо рта указали $41,0 \pm 5,05\%$ лиц с легкой степенью заболевания, $64,7 \pm 5,80\%$ лиц со средней степенью тяжести и более половины обследованных лиц с тяжелой степенью – $83,8 \pm 6,06\%$. Как видим, по мере утяжеления заболевания увеличивалось число лиц, оценивающих негативное влияние запаха изо рта на свое состояние. Так, во II группе процентное число таких лиц увеличилось в среднем в 1,6 раз ($p < 0,05$), в III группе разница с I группой составила 2,0 раз ($p < 0,05$) и со II группой – 1,3 раз. В среднем показатель этой шкалы имел максимальную величину у лиц с тяжелой степенью и превышал таковой в I и во II группе в 2,0 раз ($p < 0,05$) и 1,3 раз соответственно.

Подвижность зубов характеризует функциональное состояние пародонта и является важным показателем тяжести пародонтита. При самооценке обследованными своего стоматологического здоровья подвижность зубов в I группе отмечали $3,16 \pm 1,79\%$ лиц, во II группе, с увеличением степени тяжести заболевания процентное число увеличилось в 6,0 раз ($p < 0,001$) и в III группе разница составила 19,7 ($p < 0,001$) и 3,2 раз ($p < 0,05$) соответственно показателям I и II групп. Средний показатель также был высоким в III группе и превышал аналогичный показатель в первых двух груп-

пах обследования соответственно в 26,6 и 4,5 раз ($p < 0,001$).

Больные с заболеваниями пародонта жалуются на боль в деснах, которая усиливается при нарастании степени тяжести заболевания. Данное подтверждает и проведенная самооценка обследованными своего стоматологического состояния. Так, максимальное число лиц с болью в деснах выявлены в группе с тяжелой степенью заболевания. Процентное число их и средний показатель были достоверно высокими в сравнении с аналогичными величинами в первых двух группах обследования. Как видно из табл. 3.7, в процентном отношении числа случаев разница с I группой составила 3,0 ($p < 0,01$), со II группой – 2,4 раз ($p < 0,05$). Идентичная картина отмечалась и в отношении среднего показателя, который у лиц с тяжелой степенью был достоверно выше среднего показателя у лиц с легкой и средней степенью заболевания.

Чувствительность в зубах (гиперестезия) может возникать при обнажении шеек зубов, которая часто наблюдается у больных с заболеваниями пародонта. При самооценке на этот показатель обследованные указывали сравнительно чаще, причем и лица с легкой степенью. Анализ самооценки обследованными своего состояния показал, что в I группе гиперестезия отмечена в $48,4 \pm 5,13\%$ случаев, во II группе – в $61,8 \pm 5,89\%$ случаев и в III группе – $81,1 \pm 6,44\%$ случаев. Как видно, у лиц с тяжелой степенью число случаев гиперестезии были в 1,7 ($p < 0,05$) и в 1,3 раз чаще, чем у лиц с легкой и средней степенями тяжести соответственно. По результатам среднего показателя также выявлена повышенная величина последнего при тяжелой степени в сравнении с легкой и средней степенью соответственно в 2,8 ($p < 0,01$) и 1,8 раз ($p < 0,05$).

При тяжелом течении заболеваний пародон-

та происходит изменения формы зуба. Результаты анализа самооценки показали, что у лиц I группы этот показатель не отмечался, во II группе обследования он встречался в $13,2 \pm 4,11\%$ случаев и в III группе – у $43,2 \pm 8,14\%$ лиц, т.е. при тяжелом течении изменения формы зубов встречалась достоверно чаще, чем при средней степени заболевания – в 3,3 раз ($p < 0,01$). В среднем этот параметр был в 3,0 раз ($p < 0,01$) выше в III, чем во II группе.

В настоящее время известно, что зубному налету принадлежит важная роль в возникновении воспалительных заболеваний пародонта. Анализируя результаты самооценки пациентов обследованных групп выявлено, что лица с зубным налетом достоверно чаще было в группе с тяжелой степенью в сравнении с группой лиц легкой и средней степени тяжести заболевания – в 1,9 раз ($p < 0,05$) и в 1,5 раз соответственно. Аналогичные результаты были получены и в отношении среднего показателя. Средняя величина по данному показателю у лиц III группы превышала таковую в I и II группах соответственно в 1,8 ($p < 0,05$) и в 1,5 раз.

Оценивая общий балл по всем показателям выявлено, что более 5-ти баллов среди лиц I группы отмечался в $16,8 \pm 3,84\%$ случаев, во II группе – в $17,7 \pm 4,62\%$ и в III группе – в $89,2 \pm 5,10\%$ случаев, что превышало показатели в первых двух группах обследования в 5,3 раз ($p < 0,01$) и 5,0 раз ($p < 0,01$) соответственно. В среднем показатели III группы были достоверно выше показателей I группы в 3,0 раз ($p < 0,01$) и в 2,0 раз ($p < 0,05$) выше показателей II группы.

Таким образом, самооценка лицами с заболеваниями пародонта положительно коррелировала с тяжестью заболевания. Полученные результаты показали, что самооценка здоровья по всем показателям ухудшалась при тяжелой

степени тяжести заболевания. При этом, следует отметить, что у лиц с легкой степенью заболевания средний балл был сравнительно высоким при наличии зубного налета ($1,44 \pm 0,04$), гиперестезии ($0,91 \pm 0,11$) и кровоточивости ($0,76 \pm 0,11$).

У лиц обследованных групп нами были изучены личностная и реактивная тревожность (табл.2). При изучении уровня личностной тревожности средний показатель у лиц I группы составил $37,4 \pm 0,98$ баллов, в то время как у пациентов II группы величина среднего показателя была выше, чем в I группе в 1,1 раз, а у лиц III группы в сравнении с I группой выше в 1,3 раз. В группе с легкой и средней степенью тяжести заболевания чаще отмечалась нормальная личностная тревожность – у $47,6 \pm 6,29\%$ и $66,7 \pm 7,27\%$ соответственно и реже – сниженная тревожность – у $15,9 \pm 4,60\%$ и $9,5 \pm 4,53\%$ больных соответственно.

Напротив, для лиц III группы, т.е. при тяжелой степени заболевания была характерна частая встречаемость повышенной личностной тревожности – $76,0 \pm 8,54\%$ и редкая встречаемость нормальной тревожности – $20,0 \pm 8,00\%$ случаев.

Сравнительный анализ частоты встречаемости форм личностной тревожности у лиц III группы с первыми двумя группами показал, что повышенная личностная тревожность в III группе была выше, чем в I и II группах соответственно в 2,1 и 3,2 раз ($p < 0,05$), а показатель нормальной тревожности в 2,4 и 3,3 раз ($p < 0,01$) ниже.

Согласно результатам, полученным при исследовании реактивной тревожности у обследованных, выявлено, что максимальное число лиц с нормальной реактивной тревожностью отмечалось в группе со средней степенью тяжести заболевания – $66,7 \pm 7,27\%$, тогда как

Таблица 2.

Уровень тревожности лиц с заболеваниями пародонта

Тревож- ность	Группы	Показатель тревожности (баллы)			Средний пока- затель
		Сниженная (до 30)	Нормальная (31-44)	Повышенная (45 и более)	
Личностная	I (n=63)	10 (15,9±4,60%)	30 (47,6±6,29%)	23 (36,5±6,07%)	37,4±0,98
	II (n=42)	4 (9,5±4,53%)	28 (66,7±7,27%)	10 (23,8±6,57%)	41,2±0,92*
	III (n=25)	1 (4,0±3,92%)	5 (20,0±8,00%)	19 (76,0±8,54%)	48,0±1,33*,**
Реактивная	I (n=63)	8 (12,7±4,19%)	34 (54,0±6,28%)	21 (33,3±5,94%)	38,7±0,97
	II (n=42)	2 (4,8±3,29%)	28 (66,7±7,27%)	12 (28,6±6,97%)	43,6±0,93*
	III (n=25)	0	3 (12,0±6,50%)	22 (88,0±6,50%)	53,4±0,92*,**

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

* - относительно первой; ** - относительно второй группы

в группе с легкой степенью этот показатель встречался у 54,0±6,28%, а в группе с тяжелой степенью значительно реже – у 12,0±6,50% обследованных. Напротив, наибольшее число лиц с повышенной реактивной тревожностью выявлено в III группе, что в среднем было выше, чем в I группе в 2,6 раз и выше, чем во II группе в 3,1 раз ($p < 0,01$). В отношении встречаемости сниженной реактивной тревожности, то, как видно из табл.2, она в сравнении со II группой в 2,6 раз ($p < 0,01$) чаще встречалась у лиц I группы и вовсе не отмечена у лиц III группы.

Средний показатель также был высоким у обследованных III группы и достоверно превышал аналогичные показатели в первых двух группах обследования соответственно в 1,4 и 1,2 раз ($p < 0,05$).

Следовательно, прогрессирование заболевания приводит к повышению личностной и реактивной тревожности. При тяжелой степени тяжести заболевания у 20,0% и 12,0% обследованных уровень личностной и реактивной тревожности соответствовал значениям нормы.

Литература

1. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех, 2000, №2, с. 46-49
2. Грудянов А.И., Фролова О.А. Основные направления научных исследований и новых методов в области пародонтологии в стране и зарубежье // Маэстро Стоматологии, 2008, №4, с. 56-59
3. Заболевания пародонта. Под общ. ред. Ореховой Л.Ю. М.: Поли Медиа Пресс, 2004, 432 с.
4. Оводова Г.Ф. Стоматологическое здоровье в аспекте основных показателей качества жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2009, 16 с.
5. Пашаев А.Ч. Пораженность населения Азербайджана заболеваниями пародонта // Современная стоматология, 2009, №2(46), с. 48-50
6. Плужникова М.М. Качество жизни у больных со стоматологической патологией // Пародонтология 1-2 (19-20) 2001, с. 62-63
7. Смирнягина В.В. Возможность использования критерия качества жизни для оценки эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2007, 175 с.
8. Bernabé E., Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults // Journal of Clinical Periodontology, 2010, v.37, Issue 11, p.968-972.
9. Baker S.R., Mat A., Robinson P.G. What psychosocial factors influence adolescents oral health? // J Dent Res, 2010, v.89, p.1230-1235.

XÜLASƏ

Parodont xəstəliyi olan insanların həyəcan və hissiyatının qiymətləndirmə göstəriciləri.

Qarayev Z.İ., Səmədova S.İ.

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası

Açar sözlər: parodont xəstəlik, özünü qiymətləndirilməsi, şəxsi və reaktiv həyəcan.

Parodont xəstəliyi olan pasiyentlərin həyəcan səviyyəsini və hissiyatını və diş statusu təhlil etmək üçün 200 nəfərin sorğu keçirildi və onlar parodontal xəstəliyin iltihabın ağırlığına görə 3 qruppaya bölündü.

Ağız boşluğunun subyektiv qiymətləndirilməsi üçün 7 bəndən ibarət xüsusi sorğu vərəqindən istifadə olundu. Özünü qiymətləndirmə situasiyası və şəxsi həyəcanı qiymətləndirmək (Spilberq Hanina) üsulundan istifadə edərək həyata keçirilib. Parodont xəstəliyi olan şəxslər özünü qiymətləndirmə göstəriciləri xəstəliyinin ağırlığından asılı olub və xəstəliyin ağır formalarda daha da pisləşib.

Xəstəliyin ağırlaşması şəxsi və reaktiv həyəcanın artmasına gətirib çıxarır.

SUMMARY

Indicators of self-esteem and anxiety in people with periodontal disease

Garayev Z.I., Samedova S.I.

Department of Prosthetic Dentistry Azerbaijan Medical University

Keywords: periodontal disease, self-esteem, personal and reactive anxiety.

To analyze the self-esteem of patients with periodontal disease and dental status of their anxiety level surveyed 200 people who were divided into 3 groups according to the severity of inflammation in periodontitis.

In the subjective assessment of the oral cavity used a special questionnaire, consisting of 7 points. Anxiety assessment was performed using the self-assessment scale situational and personal anxiety on Spillberger Hanina. Self-esteem individuals with periodontal disease was positively correlated with disease severity and all indicators worsened in severe disease severity.

Progression of the disease led to increased personal and reactive anxiety. In severe disease severity in 20.0% and 12.0% of patients, respectively, the level of personal and reactive anxiety adequate values norm.

27th NATIONAL CONGRESS – 8th INTERNATIONAL CONGRESS

Chia (Cagliari) – Sardinia, Italy
Chia Laguna Resort – June 11th - 13th, 2015

30
anniversario

Focus on Dentistry

Congress & Courses

Knowledge and skills: This is what you will receive from a rich program covering all fields of dentistry and presented by world renown speakers as Pascal Magne, Nitzan Bichacho, Francesca Vailati, Francesco Mangani, Renato Cocconi and many others.
CE credits? No problem!
AIO is an ADA CERP recognized provider.



Fun & Leisure

There will be tours on the Island as well as lot's of "fun and sun" for the entire family. Book a pre- or post-meeting individual or group tour and visit Rome, Florence or Venice.



ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI
Italian Dental Association



Location

Sardinia, one of the most beautiful and exclusive islands in the Mediterranean, will host the 8th International Congress of AIO, the Italian Dental Association. Chia, immersed in a setting of fine white sandy beaches, wind-modeled dunes and transparent turquoise waters will be the site of the meeting. For more info visit: en.chialagunaresort.com



Exhibits

The Italian dental industry will focus on updating you on the latest in hi-tech and products.

Networking

Learn, meet and share with colleagues from across Europe.

Register today and join us! For more info visit us at aio.it

PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİNDƏ QEYRİ-İNYEKSİYON MEZOTERAPİYANIN TƏTBİQİ (Eksperimental tədqiqat)

Paşayev A.Ç., Cəfərli İ.E.

ATU-nun terapevtik stomatologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan



Son illər əhali arasında parodontitli xəstələrin sayının artması tendensiyası müşahidə edilir. Müəlliflərin apardıqları araşdırmalar bunun səbəbini insanların həyat tərz, irsi amil, orqanizmin immunoloji statusunun zəifləməsi, ekzogen və digər amillərlə əlaqəli olduğunu göstərir [1,2]. Eyni zamanda parodontitin müasir təbabətdə aktuallığı müalicə nəticələrinin qeyri-qənaətbəxş olmaması ilə də əlaqəlidir. Belə ki, tədqiqatların məlumatına əsasən parodontun iltihabi xəstəliklərinə görə müalicə alan xəstələrin 60%-ndə müalicə qeyri-qənaətbəxş nəticələr son da dişlərin itirilməsi ilə səciyyələnir [3,4].

Yuxarıda qeyd edilənlər parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün daha səmərəli üsulların axtarışını aktual edir [4].

Ədəbiyyat məlumatlarının analizi göstərmişdir ki, parodontitin müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün yumşaq toxumalarda mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşması, hüceyrə və hüceyrəarası səviyyədə müxtəlif üsullarla mübadilə reaksiyalarının aktivləşdirilməsi vacibdir [3,4].

Parodontitin müalicəsində digər ənənəvi

vasitələrlə yanaşı parodont toxumalarının damar təhizatına təsir edən, onun trofikasını və müdafiə mexanizmlərini artıraraq, xəstəliyin proqressivləşməsinin qarşısını alan daha səmərəli üsulların axtarışının vacibliyi görünür. Bir çox müəlliflər öz tədqiqatlarında müxtəlif xəstəliklərin müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılması üçün yardımçı müalicə üsullarının (ozon terapiya, lazer terapiya, elektroforez və dig.) səmərəliliyini göstərir [4,5,6].

Elə bu baxımdan bizim diqqətimizi kosmetologiyada iltihabi xəstəliklərin müalicəsində uğurla istifadə edilən mezoterapiyanın effektləri cəlb etmişdir. Müəlliflər mezoterapiyanın tətbiqi zədələnmiş toxumalarda mikrosirkulyasiyanın artması hesabına iltihabi reaksiyaların daha sürətlə keçməsinə, regenerasiyanın sürətlənməsinə, eləcə də istifadə edilən applikasiya müalicə vasitələrin dərin toxumalara ionlaşmış və daha fəal formada keçməsinə yardımçı olmasını göstərir [8].

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən mezoterapiya zamanı müxtəlif təsirlərə malik olan cihazlardan istifadə edilir [8,9]. Hazırkı tədqiqat qeyri-inyeksiya, aşağı tezlikli ultrasəs və foton şüalarının

müştər
tik cil
həsr e

Eks
xəstəli
tətbiqi
öyrəni

Eks

üzərin

rın mü

dir. Pa

kafedr

(S.Ə.M

metod

filtrasi

li nov

dişlər

dik, di

Diş be

səkkiz

ranın

nöqtə

tura p

ətrafı

yaradı

Par

dıqdar

səmə

edilən

I q

da par

aparıl

II

I grup

müalic

applik

bitki

applik

müştərək təsirinə əsaslanan müasir mezoterapevtik cihazın parodontitin müalicəsində tətbiqinə həsr edilmişdir.

İşin məqsədi.

Eksperimentdə parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində mezoterapiyanın tətbiqinin diş ətinin kliniki vəziyyətinə təsirinin öyrənilməsidir.

Material və metodlar.

Eksperimentlər 50 ağ “Şinşila” cinsli dovşanın üzərində aparılmış və tədqiqat müddətində bunların müvafiq şəraitdə saxlanması təmin edilmişdir. Parodontit modeli terapevtik stomatologiya kafedrasında (Volojin A. metodu) istifadə olunan (S.Ə.Məmmədovanın modifikasiyasında 1990) metodikayla yaradılmışdır. Bunun üçün yerli, infiltrasion anesteziyanın tətbiqi ilə (0,5 ml 0,5%-li novokain məhlulu) dovşanın aşağı çənə kəsici dişlər nahiyəsində diş əti küt üsulla separasiya eddik, diş ətinin vestibulyar və oral hissələrə ayırdıq. Diş boynu səviyyəsində yaradılmış dişəti cibinə səkkiz rəqəmi şəkildə liqatura qoyduq. Liqaturanın sürüşməməsi, etibarlı dayanıqlığı üçün üç nöqtədə yumşaq toxumalara fiksə edildi. Liqatura prodont toxumalarına mexaniki təsir edir, ətrafında mikroorqanizmlərin toplaşmasına şərait yaradır və iltihabi proseslərə başlanğıc verirdi.

Parodontitin eksperimental modeli yaradıqdan sonra təklif edilən müalicə kompleksinin səmərəliliyinin qiymətləndirilməsi üçün müşahidə edilən dovşanlar 3 qrupa bölünmüşlər:

I qrupa 20 dovşan daxil edilmişdir ki, bunlarda parodontit modeli yarandıqdan sonra müalicə aparılmamışdır.

II qrupa isə 15 dovşan daxil edilmişdir ki, I qrupa aid olanlardan fərqli olaraq, bunların müalicəsində “Teaqrip” bitki tərkibli təbii vasitə applikasiya formasında istifadə edilmişdir. Göstərilən bitki yığıntısının dəmləməsi tənzipə isladılaraq applikasiya formasında 10 gün müddətində tətbiq

edilmişdir. Ekspozisiya müddəti hər seansında 10 dəqiqə təşkil etmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, “Teaqrip” Azərbaycan florasından alınmış bitki tərkibli təbii müalicə vasitəsidir. Tərkibində olan komponentlər (dızıotu otu, aptek çobanyastığı çiçəyi, evkalipt yarpağı, kəklikotu otu və dig.) iltihab əleyhinə, zədələnmiş toxumalarda mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşmasına, regenerasiyanın sürətlənməsinə, eləcə də büzücü və bürüyücü təsirlərə malikdirlər.

III qrupa aid dovşanların (15 dovşan) müalicəsində isə göstərilən “Teaqrip” dərman bitki yığıntısının applikasiyası mezoterapiya ilə müştərək aparılmışdır. Bizim tətbiq etdiyimiz mezoterapiya qeyri-inyeksion formada aparılmışdır. Cihazın təsir mexanizmi foton və ultrasəs şüalarının müştərək təsirinə əsaslanmışdır.

Mezoterapiya aşağıdakı rejimdə aparılmışdır:

Müalicə kursu – 21 gün

Seansların sayı – 9

Ekspozisiya müddəti – 10 dəqiqə

Şüalar aşağı intensivli olub, tezliyi 10 Hz təşkil etmişdir.

Foton şüalarının gücünün sıxlığı 125 mVt/sm², şüalanma dozası 50 C/sm².

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi.

Təklif edilən müalicə kompleksinin diş ətinə təsirinin səmərəliliyi parodont toxumalarının vəziyyətinin öyrənilməsi müqayisəli təhlil əsasında aparılmışdır.

Aparılmış müalicənin səmərəliliyi əsasən tədqiq edilən dovşanların ümumi vəziyyətinin, eləcə də parodont toxumalarda iltihabın dərəcəsinin dinamika da qiymətləndirilməsi əsasında öyrənilmişdir.

Parodont toxumaların vizual müayinəsi diş ətində hiperemiya, ödem əlamətlərinin, eləcə də atrofik və hiperplastik proseslərin müşahidəsinə əsaslanmışdır. Müşahidə etdiyimiz dovşanların hər biri parodontit modeli yaradılmamışdan öncə



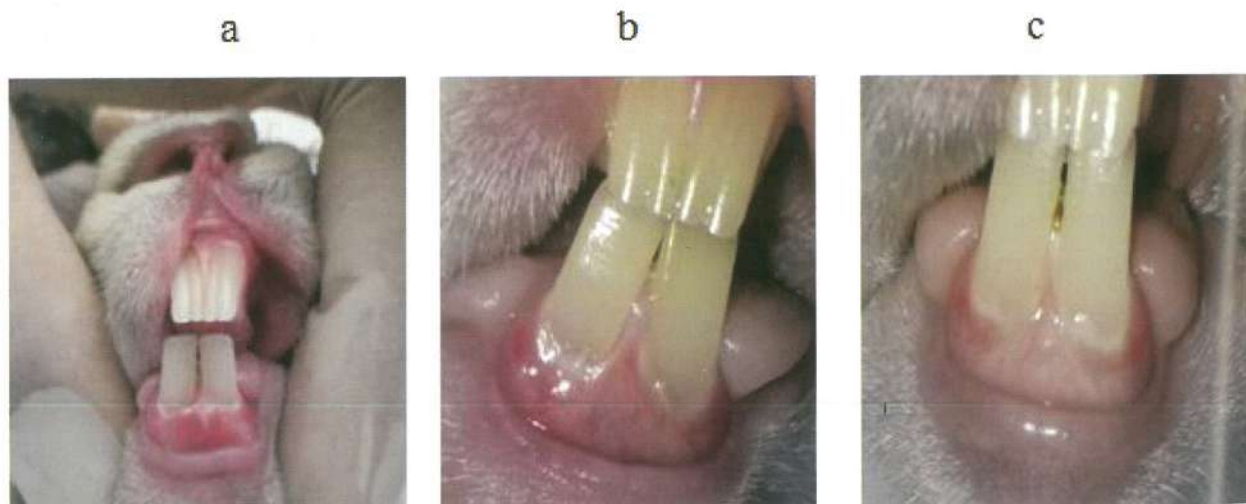
Şəkil 1. III qrup dovşanlara "Teaqrip" bitki dərman yığıntısı dəmləməsinin applikasiyası ilə mezoterapiya seansının aparılması

sağlam olmuşlar. Ağız boşluğunun müayinəsi zamanı diş ətinin selikli qişasının rəngi solğun çəhrayı olmuşdur. Eroziya və dişlərin üzərində ərpın olması əlamətləri qeyd edilmirdi. Aşağı kəsici dişlərin arasında məməciklər itiüclu olub

kəsicilər nahiyyəsində yastılanmışdır. Zondlama zamanı qanama, dişlərin boyun hissəsində yumşaq tərkibli diş daşı çöküntülərinin olması, halitoz əlamətləri eləcə də patoloji diş əti ciblərinin olması qeyd edilirdi. Parodontitin eksperimental modeli formalaşdıqda dişlərin I-II dərəcəli patoloji hərəkətliyi müşahidə edilirdi.

Qeyd edildiyi kimi, müşahidə edilən I qrupa aid olan dovşanlara parodontitin eksperimental modeli yaradıldıqdan sonra müalicə aparılmamışdır.

I qrup dovşanlarda eksperimentin sonunda diş ətinin kliniki vəziyyəti nisbətən yaxşılaşsa da, proses xroniki hala keçmişdir. Belə ki, müşahidənin bu dövründə dovşanların diş əti qanaması və ödəmi, diş ətinin ağrılı olması müəyyən edilirdi.



Şəkil 2. Müşahidə edilən dovşanlarda eksperimentin sonunda diş ətinin vəziyyəti (a-I qrup, b-II qrup, c-III qrup)

dişlərə yaxın məsafədə lokallaşmışlar. Dişlərin diş ətinə birləşməsi, diş ətindən qanama əlamətləri olmamışdır.

Parodontitin eksperimental modeli yaradılması aşağıdakı əlamətlərlə təsdiq edilirdi: dovşanlarda aqressiv davranış əlamətləri yaranmış, tük örtüyünün rəngi solmuş, bədən çəkisi 100-200 q. azalmışdır. Parodont toxumaları ödemli, hiperemiyalı, sianotik olmuşdur. Dışarası məməcik aşağı

I qrup dovşanların əksəriyyətində diş əti makroskopik olaraq qalınlaşmış (şəkil 2a), sianotik və hiperemiyalı olmuşdur. Diş əti məməcikləri bu qrupa aid olan dovşanların atrofiyalaşmışdır. II qrupa aid olan dovşanların müalicəsində qeyd edildiyi kimi "Teaqrip" bitki dərman yığıntısı applikasiya formasında istifadə edilmişdir. Tədqiqat göstərmişdir ki, artıq müalicə zamanı diş ətinin kliniki vəziyyəti yaxşılaşmış, hiperemiya, ödem

əlamətləri I qrup dovşanlara nisbətən olaraq azalmışdır. Dişlərin hərəkətliyinin azalması, eləcə də parodontal ciblərin dərinliyinin azalması qeyd edilirdi. Müşahidənin son mərhələsində parodont toxumalarında iltihabi reaksiyalar nəzərəçarpan dərəcədə azalmışdır. Diş ətinin selikli qişası normal konsistensiya almışdır (şəkil 2b).

III qrup dovşanların kliniki nəticələri digərlərindən fərqli olmuşdur. Bu qrup dovşanlarda mezoterapiyanın aparılması nəzərəçarpan terapevtik effektlərlə müşahidə edilirmişdir (şəkil 2c). Nəticələr göstərmişdir ki, təklif etdiyimiz üsulla mezoterapiyanın aparılması istifadə edilən "Teaqrip" bitki dərman yığıntısının müalicəvi təsirini də artırmış olur.

Müşahidələr göstərmişdir ki, III qrup dovşanlarda artıq müalicənin ilk günlərində diş ətində qanama və ödem nəzərə çarpan dərəcədə azalmışdır. Dişəti ciblərindən irinli ifrazat keçmişdir, ödem əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Müalicənin sonunda diş əti normal rəng almış, ödem və qanama müşahidə edilən dovşanların heç birində müəyyən edilmədi. Diş əti normal konfigurasiyaya malik

olmuşdur. Dişlərin patoloji hərəkətliliyi olmamışdır.

Yekun.

Beləliklə aparılmış müşahidələr I qrupa aid olan dovşanlarda parodontitin gedişi daha ağır olmasını və prosesin xroniki hala keçməsinə göstərmişdir.

II qrupa aid olan dovşanlarda təklif etdiyimiz üsulla Azərbaycan istehsalı olan "Teaqrip" bitki dərman yığıntısının applikasiya formasında tətbiqi səmərəli nəticələr vermişdir. Lakin mezoterapiyanın tətbiqi (III qrup dovşanlar) istifadə edilən vasitənin ("Teaqrip" bitki dərman yığıntısı) effektinin artırılmasına və daha səmərəli kliniki effektin alınmasına gətirib çıxarmışdır.

Eksperimentdə alınmış nəticələr göstərmişdir ki, ultrasəs və foton terapiyanın müştərək təsirinə əsaslanan qeyri-invaziv mezoterapiyanın aparılmasının müsbət kliniki effektlərlə səciyyələnir.

Yuxarıda qeyd olunan kliniki tədqiqatdan əlavə tətbiq etdiyimiz müasir mezoterapiya üsulunun eksperiment heyvanların diş ətinin morfofunksional vəziyyətinə təsiri öyrəniləcəkdir.

ƏDƏBİYYƏT

1. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста. Стоматология для всех, 2000, №2, с. 46-49.
2. Мəmmədov R.M. Parodontun müxtəlif iltihabi xəstəlikləri zamanı ağız boşluğunda immun sistemin vəziyyəti. // Sağlamlıq, 2010, №2, s. 146-150
3. Логина Н.К., Воложин А.И. Патологическая физиология пародонта: Учебно-методическое пособие. Монография, 1995, 108 с.
4. Казарина Л.Н., Окулова Ю.Н. Динамика биохимических показателей у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом под влиянием КВЧ-терапии. // стоматология, №4, с. 22-24
5. Гасымов Р.К., Асланов К.Л., Ибрагимов М.Х. Использование лазерной терапии в комплексном лечении пародонтитов. // Sağlamlıq, №1, 2011, s. 81-84
6. Каплан, М.А. Возможности и перспективы применения фотодинамической терапии / М.А. Каплан, А.Ф. Цыб // Росс. медицинские вести. – 2002. – №2. – С.19-24.
7. Мамедова С.А. Патогенетическое обоснование применения минеральной воды «Кала-алты» в комплексном лечении заболеваний пародонта у больных с хронической патологией почек. Клинико-экспериментальное исследование: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 1990, 27 с.
8. Tennstedt D., Lachapelle J.M. Cutaneous adverse effects of mesotherapy. Ann Dermatol Venerol 1997; 124:2:192-196.
9. Einholtz B., Maudet D., Bicheron M. Use of NHA1 via mesotherapy in oral surgery. Actual Odonto Stomatol 1990;44: 170:285-298.

РЕЗЮМЕ

Применение неинъекционной мезотерапии в лечении воспалительных заболеваний пародонта (Экспериментальное исследование)

Пашаев А.Ч., Джафарли И.Э.

Кафедра терапевтической стоматологии АМУ, Баку, Азербайджан

Настоящее исследование основано на изучении эффективности применения мезотерапии при лечении воспалительных поражений пародонта в эксперименте. В качестве мезотерапии мы использовали наиболее современный и неинъекционный способ мезотерапии основанный на сочетанном ультразвуковом и фотонном воздействии.

SUMMARY

Application of non-injection mesotherapy in the treatment of inflammatory periodontal diseases (Experimental study)

Pashayev A.J., Jafarli I.E.

Department of Therapeutic Stomatology, AMU, Baku, Azerbaijan

The present research is based on the study of the effectiveness of mesotherapy in the treatment of inflammatory periodontal lesions in the experiment. We have used the most modern and non-injection method of mesotherapy based on combined ultrasonic and photon impact. Comparative studies have shown high efficiency of the latter on the morphological and functional status of periodontal soft tissues, accompanied by positive clinical results.



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 20- 2014