



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№ 23 - 2016

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 23

2016

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. Davidov

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

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

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

Ünvan: Bakı şəhəri, AZ 1033, Təbriz küçəsi, 102. tel: 99412 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

✓	ERO-Plenar Sessia Baku 2016	4
✓	Şəlpə qulaq əməliyyatlarında qulaqarxası yumşaq toxumanın ekziziyasının nizamlanması V.M.Qələndərov	8
✓	Использование препаратов метронидазола при стоматологических заболеваниях Ф.А.Мусаев., Г.Ф.Мусаева	13
✓	Всемирный Конгресс FDI 2015 Tailand.....	19
✓	Упрощенная экспресс методика определения микротрещин на поверхности опакового слоя металлокерамического протеза после ее обжига в вакуумной печи Э. Э. Керимов, М. Р. Массай Хосровшахи, Г. Э. Керимова	22
✓	Стоматологические аспекты побочного влияния интенсивных физических нагрузок на организм профессиональных спортсменов Гаджиев Д.Н. Мамедов Ф.Ю.	26
✓	WORLD ORAL HEALTH DAY 2016	35
✓	Контроль поступления фторидов в организм школьников при профилактике кариеса фторированно-йодированной солью Ахмедбейли Р.М.	36
✓	Uşaq yaşlarında ortodontik yardıma olan ehtiyacın sistemləşdirilməsi N.S.Həsənli	45

✓	XX МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ.....	50
✓	Alt üçüncü böyük azi dişi cərrahiyyəsində levobupivakainin postoperativ ödemə təsiri E. F. Nəcəfov.....	52
✓	Состояние органов и тканей полости рта на фоне интенсивных физических нагрузок Ф.Р. Сафаралиев.....	57
✓	X Международная конференция «Современные технологии в стоматологии» Астана, Казахстан.....	66
✓	Uşaqlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsində loroben preparatının tətbiqi İmanov E. Ə. Zeynalova G.K.	68
✓	I tip şəkərli diabeti olan uşaqlarda ağızın gigiyenasının və parodont toxumalarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi Nağıyeva S.A.	76
✓	22 МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ ТУРЦИИ.....	80
✓	Distal dişləm anomaliyasının müalicəsində yeni yanaşma: modifikasiya edilmiş aktivatorla müalicə Novruzov Z.H.	83
✓	Tarıverdiyeva Esmira.....	89



EUROPEAN REGIONAL ORGANIZATION ERO-PLENARY SESSION

29th/30th April, 2016, Baku, Azerbaijan

29-30 aprel 2016-ci il tarixdə Bakıda Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Avropa Regional Təşkilatının illik yaz Plenar Sessiyası keçirilib. Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyası (FDİ) dünyada ən hörmətli professional təşkilatlardan biridir. FDİ World Dental Federation 1900-ci ildə Parisdə yaradılıb. Hal-hazırda bu təşkilata dünyanın bir milyonundan artıq stomatoloqu daxildir. FDİ fəaliyyətinə Baş Assambleya rəhbərlik edir. Baş Assambleya təşkilata daxil olan assosiasiyalarının nümayəndələrindən ibarətdir. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası 1998-ci ildən həqiqi üzv seçilib. FDİ qeyri hö-

kümət təşkilatıdır və BMT və ÜST ilə rəsmi münasibətdədir. FDİ bir necə regional təşkilatları var və o cümlədən 1965-ci ildə yaradılan Avropa regional təşkilatı - ERO. Hal-hazırda ERO 37 ölkənin stomatoloji assosiasiyalarını təmsil edir. ASA 2003-ci ildən ERO-FDİ-in həqiqi üzvüdür. Bakıda keçirilən Plenar Sessiyada bütün daxil olan ölkələrin və, o cümlədən, 25 ölkənin stomatoloji birliklərinin rəhbərləri iştirak edib.

Bu sessiyanın Bakı şəhərində keçirilməsinə Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) tərəfindən illər öncə Azərbaycan Respublikasının təqdimatı keçirilib və səs vermədə yek-



ERO-Plenar Sessiyanın Prezidiumu



ASA - nın rəhbəri R.Əliyevanın məruzəsi.

dilliklə bu hüquq qazanıb. Sessiyanı giriş sözü ilə açan Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Avropa regional təşkilatının prezidenti-doktor **Philipp Ruska (İsveçrə)** bütün nümayəndələri və Plenar Sessiyada iştirak edən xüsusi qonaqları salamladıqdan sonra iclası açıq elan etdi. Tədbirdə çıxış edən Azərbaycan Prezidenti Administrasiyasının humanitar siyasət şöbəsinin müdür müavini **Məhərrəm Əhmədov** bildirib ki, Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Avropa regional təşkilatının illik Plenar Sessiyasının Bakıda keçirilməsi çox əlamətdar



Ümumdünya stomatoloqlar federasiyasının Prezidenti doktor Patrick Hescot.

bir hadisədir, Azərbaycan öz müstəqilliyini yenidən bərpa etdikdən sonra səhiyyə sistemi, o cümlədən, stomatologiya sahəsi daim diqqət mərkəzində olub. O, ERO-nun Plenar Sessiyasının işinə uğurlar arzuladı.

Çıxış edən Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti professor **Rəna Aliyeva** belə bir tədbirin ölkəmizdə keçirilməsinin əhəmiyyətindən danışdı. **Rəna Əliyeva** qeyd etdi ki, ASA ölkə daxilində olduğu kimi, beynəlxalq fəaliyyətini də uğurla davam etdirir Assosiasiyanın əsas məqsədlərindən biri də məhz beynəlxalq aləmdə Azərbaycanın nüfuzunu daha da möhkəmləndirməkdir. Bu gün tam əminlikdə deyə bilərik ki, biz buna nail olmuşuq.

Rəna Aliyeva ERO-nun rəhbərliyinə və üzv olan ölkələrin nümayəndələrinə dəvəti qəbul edib, Bakıya gəldiklərinə görə təşəkkür etdi və səmərəli fəaliyyətlə bərabər onlara gözəl istirahət də arzu etdi. Sonra gündəliyə əsasən, ASA-nın prezentasiyası təqdim olundu. Məruzə ilə ASA-nın Şura üzvü tibb üzrə fəlsəfə doktoru **Kamran Şahbazov** çıxış etdi. Məruzədə ASA-nın yaradılmasının zəruriliyi və onun fəaliyyətindən bəhs edildi. Eyni zamanda Azərbaycanda stomatoloji kadrların hazırlanması, stomatoloji xəstəliklərin epidemioloji vəziyyəti və tibbin bu sahəsi üzrə yardımın təşkili təqdim olundu.

Plenar sessiyanın iclasında Liberal Dental Practice in Europe - sədr **Ernst-Jürgen Otterbach**, Relations between dental practitioners and universities - sədr **Narmin Yamalik**, Integration - sədr **Elena İvanova**, Quality in Dentistry - sədr **Roland L Herron**, Continuing medical education - sədr **Hande Sar Sancaklı**, Dental Team - sədr **Edoardo Cavalle**, Aging population - **Philippe Rusca** il ərzində görülmüş işlər barədə hesabat verdilər. Hesabatların müzakirəsində çox geniş fikir mübadiləsi oldu, xüsusilə aşağıda göstərilən məruzələr ətrafında: Liberal Dental Practice in Europe, Quality in Dentistry, Continuing medical education. Plenar



Azərbaycan nümayəndə heyəti iclasda.

sessiyanın nümayəndələri doktor Simona Dianiskovanı Relations between dental practitioners and universities komitəsinin sədri seçdilər. Sonra universitetlər və praktiki həkimlər arasında birgə əməkdaşlıq barəsində sənəd qəbul edildi. Ardıcıl təhsil barəsində nümayəndələr rəhbər prinsiplərin layihəsini qəbul etdilər.

Müzakirələr zamanı bir çox nümayəndələr stomatoloqların ardıcıl təhsil barəsində və stomatoloq-qiqiyenistlərin professional kvalifikasiyasına aid fikir söylədilər. Qeyd olundu ki,

elə ölkələr var ki stomatoloq-gigiyenist bakalavr səviyyəsini alır: məsələn Niderland, bunu nəzərə alaraq, hesab olunur ki, ERO mütləq gigiyenistlərin iş prinsiplərini tənzimləsin.

29 aprel axşam təntəli ziyafət zamanı ERO-nun prezidenti doktor Philippe Rusca, doktor Anna Lella (Poland) prezident nişanını təqdim etdi və gələcək işlərində ona uğurlar arzu etdi.

30 aprel 2016-cı ildə Plenar Sessiya işini davam etdirdi və ERO-nun rəhbərliyinə seçkilər keçirildi.

Doktor **Michael Frank (Almaniya)** - Prezident-elekt, doktor **Olivyer Zeyer (İsveçrə)** - baş katib, prof. **Taner Yücel (Türkiyə)** və **Bartolomeo Griffa (İtaliya)** ERO-nun şura üzvləri seçildilər, doktor **Enriko Lai (İtaliya)** auditor, xəzinədar vəzifəsi doktor **Bartolomeo Griffaya** həvvalə olundu.

Plenar Sessiyanın sonunda Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Prezidenti doktor **Patrick Hescot** söz verildi. Doktor **Patrick Hescot** FDI-n 2014-2017 illərdə nəzərdə tu-



Təntənəli mərasimin sonu cətir.

tulmuş strategiya planı cərcivəsində “Strategic plan 2014-2017” görülmə işlərdən danışdı və bu baxımdan FDI-n bir çox lahiyələrindən bəhs etdi. Doktor Patrick Hescot qeyd etdi ki, hal – hazırda yaşlı əhalinin sanitar maariflənməyə və ağızın sağlamlığına böyük ehtiyacı var. Bu baxımdan doktor Patrick Hescot hesab edir ki, bir çox lahiyələr təşkil etmək lazımdır. Bu il Poznanda (Polşa) keçirilən Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının illik konqresində qeriatrriya mövzusunda həsr olunmuş xüsusi sessiya keçiriləcək. Habelə doktor Patrick Hescot periodont xəstəliklərinə aid yeni lahiyədən və onun məqsədindən nümayəndələrə məlumat verdi.

Polşa nümayəndə heyyyətinin üzvü doktor Marek Szewczyński Poznanda keçirilən Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının illik kongressinə növbəti dəfə hazırlıq barəsində məlumat verdi.

ERO Prezidenti doktor Philipp Rusca Bakıda keçirilən Plenar Sessiyasını yekunlaşdırdı. O, sessiyanın təşkilatçılarna, nümayəndələrinə və tərcüməçilərə dərin təşəkkürünü bildirdi və son illərdə ERO-ya rəhbərliyindən böyük şərəf duyduğunu və məmlunluğunu bildirdi.

Eyni zamanda intensiv işlə bərabər Plenar Sessiyanın yüzdən artıq nümayəndələri Azərbaycanın tarixinə, mədəniyyətindən, adət və ənənələri ilə tanış oldular. Nümayəndələr üçün təşkil olunan ekskursiyalarda qonaqlar böyük həvəslə iştirak etdilər və hətta Almaniya nümayəndələrinin xahişi ilə Bakı şəhərində əlavə hüsusi qəzinti təşkil olundu. Axşam ziyafətlərində qonaqlar ənənəvi Azərbaycan qonaqpərvərliyi ilə, mətbəx və musiqisi ilə tanış oldular.

Beləliklə ERO-FDI Plenar Sessiyası Bakıda öz işini yekunlaşdırdı.



Doktor Patrick Hescot Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının fəalları.

ŞƏLPƏ QULAQ ƏMƏLİYYATLARINDA QULAQARXASI YUMŞAQ TOXUMANIN EKZİSİYASININ NİZAMLANMASI

V.M.Qələndərov

Azərbaycan Tibb Universiteti

Tədris Cərrahiyyə Klinikası

Qələndər Plastik və Rekonstruktiv Cərrahiyyə Klinikası

Açar sözlər: qulaq seyvanının böyük olması (şəlpə qulaq), qulaq arxası toxuma ekzisiyası

Qulaq seyvanının deformasiyası kongenital (anadangəlmə) qulaq malformasiyalarının (qüsurlarının) ən çox təsadüf olunan növüdür. Bu deformasiyanın komponentlərindən biri olan antiheliks olmasının olmaması və ya kifayət qədər olmaması faktların 75%-də rast gəlinən haldır. ümumiyyətlə bilateral (ikitərəfli) olmaqla təzahür edir, lakin birtərəfli də ola bilər. Antiheliks olmasının olmaması və ya kifayət qədər olmaması ilk dəfə Luckett tərəfindən xarakterizə edilmiş və müəllif tərəfindən həmin ildə antiheliks yaradılmaq üçün konka (burun eti) kartilajından ay şəklində rezeksiya tətbiq olunmuşdur.

Qulaq kartilajının qırılmağa qarşı müqavimətli olması, forma verilə biləcəyinin çatınlığı və əvvəlki vəziyyətinə qayıtmağa meyilli olması yeni antiheliks əmələ gətirilməsində məcburi faktorlardır. Bunların qarşısını almaq və iti kənarlı antiheliks əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün kartilajın zəiflədilməsi məqsədi ilə geniş işlər görülmüşdür. Bunlar müxtəlif iti alətlərin köməyi ilə cızılmaqla zəiflətmə, (scoring, scarification, sculpting), turla (dövrə) şəklində yumşaltma, tam təbəqəli qığırdaq kəsmə və ekzisiyaları kimi cərrahın üstünlük verdiyi variantlardır.



Bu metodlardan hansı tətbiq edilsə-edilsin, yeni əmələ gətirilən antiheliks qorunub saxlanması lazımdır. Bu məqsədlə hal-hazırda əksəriyyət tərəfindən məqbul hesab edilən metod kartilaj forması verildikdən sonra daimi tikiş qoyulmalıdır.

Klinikamızda antiheliks yenidən əmələ gətirilməsi məqsədi ilə perikondrioplasti və qabaq tərəfdə cızılaraq zəiflətmə texnikaları kombinə edilmiş, yeni əmələ gətirilən antiheliks qorunub saxlanması məqsədi ilə daimi olmayan tikiş tətbiq edilmişdir. Bu məqalədə texniki və uzaq müşahidə nəticələri təqdim edilmiş, ədəbiyyat nəzərdən keçirilmişdir.

Material və metod. Perikondrioplasti, qabaq tərəfdə cızmaqla zəiflətmə və eksternal kontinü tikiş tətbiq etmə kombinasiyasını əhatə edən texnika, klinikamızda 2002-2014-cü illər arasında yaşları 27 arasında dəyişən 3 qadın, 11 kişi olmaqla cəmi 14 faktda tətbiq olunmuşdur. Xəstələr 6-12 ay nəzarətdə saxlanmış, heç bir iltihablanma müşahidə olunmamışdır.

Cərrahi üsul Əməliyyat yerli anesteziya yolu ilə keçirilə bilər. Yeni əmələ gətiriləcək antiheliks üzərində digər metodlarda olduğu kimi cızma və işarələmə icra olunur. Qulaq seyvanı arxa

tərəfindən fisiforma şəkilli dəri yeri ekzisiya edilir. İşarə nöqtələrinin əmələ gətirdiyi xəttin hər iki tərəfində perikondrim flepləri bərk halda 3-4 mm-ə qədər götürülür. İşarə nöqtələri istiqamətində qıgırdaq tam təbəqə şəklində kəsilməklə qabaq tərəfə keçirilir. Qabaq tərəfdə 3 mm-ə qədər subperikondrial diseksiya əmələ gətirilir. 11 No-li skalpelin köməyi ilə işarə nöqtələrinə paralel şəkildə, yəni yeni əmələ gətiriləcək antiheliksə paralel olmaqla qıgırdaq qabaq tərəfdən zəiflədilir.

3,0 dəyirmi iynəli prolen tikiş ilə, qulaq arxasındakı defekt eksternal kontinü olmaqla bağlanır. Texnikanın xüsusiyyəti bu tikişin qoyulmasındadır. Tikiş, dəri, dərialtı və perikondrium fleplərinin ucundan keçirilməklə flepləri ağız-ağıza gətirəcək şəkildə kontinü qoyulur. Yeni əmələ gətirilən antiheliksə lazım olan bucaq verilənə qədər tikiş gərilir. Qulaq arxası dərisi hissəvi kəsilib götürülür. Bu zaman dərinin miq-

darı çox yaxşı ölçülərək gərgin olmadan tikiş atılmalıdır. Əks təqdirdə keloid və çapıq əmələ gəlmə riski artar. İki uc arasında vazelinli tənzif qoyulmaqla üzərində düyün vurulur.

Sonra qulağa uyğun vəziyyətə gətirilib və sarğı tətbiq olunur.

27 yaşlı kişinin qulaqlarındakı forma qüsurunun onu uşaq yaşlarından narahat etdiyini qeyd edərək klinikamıza müraciət etmişdir. Aparılan müayinə nəticəsində hər iki qulaq seyvanında antiheliksənin olmadığı, heliks-kəllə məsafəsinin 3.5 sm olduğu müəyyən edildi. Xəstə bu səbəblə bundan əvvəl heç bir müalicə almadığını bildirdi. Digər sistem müayinələri normal nəticələr verdi.

Xəstə əməliyyata qəbul edilməklə yerli anesteziya altında yuxarıda qeyd edilən metod tətbiq olundu. Əməliyyatdan sonra 3-cü gün sarğı açılmaqla infeksiya, maserasiya və ilk mərhələdə tikişə aid əmələ gələ biləcək iltihablar baxımın-



Şəkil. Şəlpə qulaq əməliyyatının öndən və arxadan nəticələrinin görüntüsü.

dan yoxlama aparıldı. Heç bir problemə rast gəlinmədi. Hər iki qulağa uyğun vəziyyətdə qəlib və sarğı yenidən tətbiq olundu. Tikişlər 10 gün sonra götürüldü. İltihab müəyyən edilmədikdən sonra qəlib və sarğı tətbiqinə eyni gün son verilməklə əməliyyatdan sonra 1 ay müddətində saç elastik bantından istifadə etdirildi. Xəstə 3 il müşahidə altında oldu. Bu müddət ərzində heç bir iltihab halına rast gəlinmədi.

Müzakirə Kosmetik otoplasti əməliyyatlarında əsas məqsəd iltihabsız, daimi nəticə göstərən metodla simmetrik və təbii görünüşlü qulaq seyvani təmin etməkdir. Bu günə qədər 50-dən çox metodun təqdim olunması, bu mövzuda hələlik yekun nəticənin alınmadığını göstərir.

Qulaq seyvani deformasiyasının etiologiyasında mühüm yer tutan antiheliksın olmaması, ya da kifayət qədər olmamasının aradan qaldırılması məsələsində də çox sayda metoddan bəhs edilmiş, lakin bunların heç biri təklidə qəbul edilməmişdir. Bunların çoxunda Luckett tərəfindən xarakterizə edilən metodun modifikasiya edildiyi və ya yeni əmələ gətiriləcək antiheliks nahiyyəsində qığırdağın müxtəlif vasitələrlə zəiflədildiyi, bu qayda ilə yeni əmələ gələcək antiheliksın iti kənarlı olmasından uzaq olmağa çalışıldığı məlum olmuşdur. Məsələn, arxa tərəfində cızmaqla zəiflətmə Pierce tərəfindən şərh edilmişdir. Bundan sonra eyni təşəbbüs qığırdağın cızılan tərəfinin əks istiqamətində qıvrılmağa meyilli olduğunu müəyyən edən, Stenström tərəfindən qabaq tərəfdə tətbiq olunmuşdur. Anterior scoring (qulağın qabaq tərəfində cızmaqla zəiflətmə) adlandırılan bu metodda qığırdağın qabaq tərəfində əmələ gələn və "fibrin cap" adlandırılan strukturun qığırdağın arxaya doğru qıvrılmasına və bu vəziyyətdə yenidən modelləşməsinə kömək etdiyi təcrübə yolu ilə də göstərilmişdir.

1974-cü ildə Skoog tərəfindən şərh olunan periokondrioplasti otoplastidə demək olar ki, ingilab kimi qəbul edilmişdir. Bu gün də çox sayda metodun bir hissəsi olaraq tətbiq edilir. Son illərdə də minimal təşəbbüslərlə antiheliks əmələ gətirmə istiqamətində metodlar işləyib hazırlanmışdır. Lakin məqsəd ancaq antiheliks qıvrımının əmələ gətirilməsi deyil, hamar və yumşaq konturlu antiheliks təmin etməkdir.

Antiheliksın yenidən əmələ gətirilməsində müəlliflər arasında fikir müxtəlifliyi olduğu kimi yeni formanın qorunub saxlanması məsələsində də fikir müxtəlifliyi vardır. Bu gün ən çox istifadə edilən metod 1963-cü ildə Mustarde tərəfindən təklif edilən daimi tikiş tətbiq edilməsidir. Bu texnika ilə 10 illik müshidələrin nəticəsində 391 xəstəni əhatə edən seriyada 17 xəstədə yekun nəticə alına bilmədiyi bildirilmişdir. Lakin bu metodda bildirilən rezidual deformasiya nisbəti 24%-ə qədər çıxa bilər. Yüksək hesab edilə biləcək bu nisbət üçün daimi tikişlərə daimi şəkildə tətbiq olunmaqla kartilajın cırılmasına və tikişlərin açılmasına səbəb olur. Daimi tikiş tətbiqinə aid tez-tez görünən iltihablar qranulomun əmələ gəlməsi, tikişlərin sökülməsi və ya əl ilə hiss edilməsidir. Bəzi xəstələrdə qranulom əmələ gəlməsindən sonra keloidin əmələ gəldiyi bildirilmişdir.

Nəticə Antiheliksın yenidən əmələ gətirilməsi üçün klinikamızda tətbiq edilən metod Skoog tərəfindən təklif edilən periokondrioplasti metodu ilə Stenstroma aid edilən anterior scoring texnikasının kombinasiyası və buna əlavə olaraq daimi olmayan eksternal kontinü tikişin dəri, dərialtı toxumaları ilə yanaşı periokondrium fleplərini ağız-ağıza gətirəcək şəkildə qoyulmasıdır. Tikişin bərk halda götürülməsi fleplərin ucundan keçirilməsi fleplərin ağız-a

ğıza gəlmələri üçün kifayətdir. Çox nazik və yapışmış halda olan perokondrium flepləri bütö halda götürülə bilməzsə, bu texnika tətbiq olunmamalıdır.

Tətbiqinin sadə olması, antiheliksə lazımı bucağın verilə bilməsi, qulağın içində tikiş materialı saxlanmaması, lazım gəldikdə qulaq sey-

vanı deformasiyasının düzəldilməsində istifadə olunan digər metodlarla kombinə edilə bilməsi qeyd edilən texnikanın üstünlükləri kimi hesab olunmuşdur. Bizim bu üsulla etmiş olduğumuz əməliyyatlar öz nəticələrini çox müsbət şəkildə göstərmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Davis, J., Rogers, B.O.: Aesthetic and Reconstructive Otoplasty. Springer Verlag Inc., New York, 1987.
2. Madzharovv, M.M.: A new method of auriculoplasty for protruding ears. Brit. J. Plast. Surg., 42:285, 1989.
3. Jonson, P. e.: Otoplasty: Shaping the antihelix. Aesth. Plast. Surg., 18: 71, 1994.
4. Mustarde, J. C.: The correction of prominent ears using simple mattress sutures. Brit. J. Plast. Surg., 16: 170, 1963.
5. Matsua, K., Hirose, T., Tomoni, T.: Nonsurgical correction of congenital auricular deformities in the early neonate, plast. Reconstr. Surg., 1:38, 1984.
6. Pierce, G.W., Klabunde, E.H., Bergeron V. L.: Useful procedures in plastic surgery. Plast. Reconstr. Surg., 2:358, 1947.
7. Stenström, S.J.: A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. Plast. Reconstr. Surg., 32:509, 1963. Ann. Plast. Surg., 33:371, 1994.
8. Weinzwieg, N., Chen, L., Sullivan, W. G.: Histomorphology of neochondriogenesis after antihelical fold creation: a comparison of the otoplasty technique in the rabbit.
9. Skoog, T.: Plastic Surgery: New methods and refinements. W.B. Saunders Co., Philadelphia 1974.
10. Tramier, H.: Personal approach to treatment of prominent ears. Plast. Reconstr. Surg., 99:562, 1997.
11. Erol, Ö.O.: Anterior approach. 11. Congress of International Confederation of Plastic and Reconstructive and Aesthetic Transsections pp 126. 16-21 May, 1995. Yokohama.

SUMMARY

REGULATION OF EXCISION SOFT TISSUE POSTERIOR TO THE EAR IN BIG-SCALE EAR OPERATIONS

V.M. Galandarov

Azerbaijan Medical University

Teaching surgery clinic

Galandar plastic and reconstructive surgery clinic

Key words: big-scale ear, excision of soft tissue posterior to ear

Various surgical procedures have been utilized in reshaping of the antihelix, one of components of the prominent ear deformity. The perichondrioplasty and anterior scoring are widely used techniques.

The newly formed antihelix is maintain the new shape of the antihelix is presented. The suture is applied continuously in a way to pass through the skin, subcutaneous tissue and perichondrial flaps by a 3/0 prolene with round tip. In this manner, the antihelix can be formed in desired shape and angle. The suture is removed after ten days postoperatively. The patient is instructed to wear elastic headband for one month postoperatively.

The technique have been observed to have smooth antihelical folds, symmetrical and natural appearance of both ears. No major complication was seen.

РЕЗЮМЕ

РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭКЗИЦИИ МЕЖУХОВОЙ МЯГКОЙ ТКАНИ ПРИ
ОПЕРАЦИЯ ПО ЛОПОУХОСТИ

В.М. Галандаров

Азербайджанский Медицинский Университет

Учебно-Хирургическая клиника

Клиника Пластической и Реконструктивной хирургии Галандар

Ключевые слова: большие ушные раковины (лопоухость), экзиция тканей, экзиция заднеушных тканей

При придании новой формы антихеликсу (стиба), являющейся одним из компонентов деформации ушной раковины, используются различные методы. Из них наиболее применяемые методы царапание перикондриопласта и хряща, их ослабление (anterior scoring). После придания формы антихеликсу, обеспечивается, в основном, сохранение новой формы абсорбальными или неабсорбальными (поглощаемыми и непоглощаемыми) шовными материалами. Однако могут наблюдаться преждевременные или поздневременные осложнения (воспаления). Эта статья посвящена новой технике швов, применяемой с целью сохранения формы антихеликса, придающую новую структуру. Применяется с наличием поверхностного натяжения, проводя через кожный, подкожный и перикондриальный флэп (лоскут) иглу с проленовой нитью (нитью для швов) диаметром 3/0. Таким путём можно придать нужный угол антихеликсу и обеспечить сохранение новой формы. Шов снимают через 10 дней и больному в постоперационный период рекомендуется в течение 1 месяца использовать слабовходящую несжимающую волосяную нить. В нашей клинике в 14 случаях больные наблюдались от 6 месяцев до 1 года с применением данной техники. У всех больных наблюдалось формирование антихеликса симметричного и естественного вида и слабого контура, никакой осложнения (воспаления) не наблюдалось.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕТРОНИДАЗОЛА ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ф.А.Мусаев., Г.Ф.Мусаева

Азербайджанский Медицинский Университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Ключевые слова: метронидазол, использование в стоматологии, заболевания пародонта, лечение периодонтита

Среди многочисленных лекарственных средств предложенных для лечения стоматологических больных, антибактериальные препараты занимают одно из ведущих мест, особенно при лечении заболеваний пародонта (ЗП).



чено развитие кандидами-коза, снижение иммунитета, возникновении токсической реакции организма, а также аллергической реакции вплоть до анафилактического шока (9,16).

В связи с вышеприведенными данными, поиски лекарственных средств, способных эффективно и без особых побочных проявлений воздействовать на имеющиеся воспалительные процессы при ЗП продолжают оставаться актуальной: задачей в стоматологии (1,4,13).

По нашим и литературным данным одним из таких лекарственных препаратов можно считать метронидазол (трихопол). Он является представителем группы 2 –нитроимидазол, впервые предложенный в 1955 году японским ученым Nikamuro, как мощное антипротозойное средство при лечении мочеполевого трихомониаза (17). В настоящее время этот препарат выпускается во многих странах мира под названиями: клион, флажил, флагил, орвагил, трихозол и др. Наши ранние исследования (11,12) показали целесообразность применения трихопола в лече-

Лекарственные препараты используемые с этой целью, относятся к различным группам: антисептикам, нестероидными противовоспалительным (НПВП), препаратам растительного происхождения нитрофуранового, сульфамидного ряда, антибиотикам и группе имидазола (метронидазол, трихопол).

Из антибактериальных препаратов наиболее популярными в последние годы в медицинской практике, а также в стоматологии считаются антибиотики (4,7,9,13). Однако при лечении ЗП в стоматологии используют эти препараты исходя из ряда факторов, если они эффективно воздействуют на имеющую микрофлору, хорошо переносятся больными, обладают достаточной проникающей способностью в тканях пародонта (2,7,11). При лечении больных антибиотиками не исклю-

нии болезней пародонта при наличии в полости рта трихомонад. Впоследствии целесообразность лечения пародонтита с использованием метронидазола подтвердили многие авторы, что привело к широкому внедрению этого метода в стоматологическую практику, сегодня такой способ приводятся в основных учебниках по терапевтической стоматологии (9,15,16).

Необходимо отметить, что высокая эффективность метронидазола, сочетается с низкой токсичностью. До настоящего времени не отмечалось развития резистентности к нему, не описаны случаи анафилактического шока. Препарат нельзя применять женщинам во внутрь в первые сроки беременности, а также в период кормления ребенка грудью. При лечении этим препаратом не рекомендуется использовать алкоголь из-за опасности развития тетурамонопоподобной реакции (17).

Имеются ряд публикаций в которых успех лечения болезней пародонта метронидазолом объясняют активным воздействием этого препарата не только на простейших, но и на анаэробную флору пародонтальных карманов (2,4,11). Наши исследования по определению чувствительности микрофлоры пародонтальных карманов к метронидазолу и ряду антибиотиков показали, что анаэробная флора сильно чувствительна к трихополу в дозе 25 мг/мл, большинство же антибиотиков обладают слабой активностью в отношении этих микроорганизмов (6,11). Учитывая широкий спрос практической стоматологии «Юникс Фармасьютикал Лабораториз» (отделение фирмы «Дж.Б.Кемикапс энд Фармасьютикале Л.Т.Д.») наладило массовый выпуск препарата под названием «Ме-

трогил –Дента», содержащий метронизол 10 мг и хлоргекседин 0,5 мг, для местного лечения стоматологических больных (8).

Авторы ряда клинических исследований по применению этого препарата при лечении заболеваний пародонта (3,5,7,12), с использованием современных клинических методов, в том числе и лазерной флюоресцентной диагностики отмечают, что не всегда только местное применение стандартной 10% пасты «Метрогил -Дента» достаточно эффективна и предлагают также повысить концентрацию препарата до 25% (2,6,7).

Учитывая, что любое лекарственное средство имеет как местное, так и общее воздействие, мы как и ряд других исследователей (9,12,15,16) при назначении этого препарата исходим из конкретной клинической ситуации и считаем возможным использовать метронидазол, как местно, так и per os или сочетать местное назначение с общим приемом во внутрь.

Н.В.Курякина (9) у пациентов, страдающих пародонтитом отмечает что сердечно-сосудистые заболевания у них встречаются в 2 раза чаще, чем у пациентов со здоровым пародонтом и по её мнению, такое явление объясняется повышенной концентрацией микроорганизмов, способствующие к образованию тромбов, вследствие агрегации тромбоцитов.

По рекомендации Американской ассоциации сердца, пациентам группы риска необходимо длительно назначить один из нижеприведенных антибиотиков (амоксциллин, диоксициклин, клиндамцин) совместно с метронидазолом в течении 7-14 дней. Такая профилактика должна быть проведена

у стоматологических больных подлежащих оперативному вмешательству на сердце с диагнозом быстро прогрессирующая форма пародонтита, локализованным, генерализованным ювенильным пародонтитом.

В последние годы опубликованы единичные исследования по применению препаратов метронидазола в лечении не только при заболеваниях пародонта но и зубов (10,14,15). Учитывая, что при гангренозном пульпите, не выдерживающий герметизации полости зуба, а также при острых гнойных, хронических обострившихся периодонти-тах, анаэробная микрофлора является преобладающий использование антианаэробных препаратов закономерно.

При эндодонтическом лечении зубов не выдерживающие герметизации, а также при неоднократных осложнениях в процессе лечения, рекомендуем использовать методику временного антибактериального пломбирования корневых каналов. После тщательной эндодонтической обработки каналов они промываются антисептиками и раствором метронидазола. Затем каналы заполняются пастой, в состав которых входят препараты метронидазола: 1) «Гриназоль» компании «Septodont», которая содержит 10% препарата или же 2) 15% пастой метронидазола на облепиховом масле. Эти пасты обновляются и вводятся в каналы ежедневно или через день, до полного исчезновения клинических симптомов болезни. Спустя 2-3 недели каналы пломбируются пастой на основе гидрооксида кальция или же материалами для постоянного пломбирования.

Основываясь на многолетнем опыте (более 40 лет) использования препаратов ме-

тронидазола в стоматологической практике, необходимо отметить, что во многих случаях препараты этой группы вполне заменяют антибиотики, они достаточно эффективны, лишены ряда отрицательных свойств. Препараты метронидазола применяют как в общем, так и местном лечении стоматологических больных, в том числе и спортсменов, как в период тренировки так и спортивной нагрузки.

Как свидетельствуют многочисленные данные, спектр использования препаратов группы имидазола широкий и врачу-стоматологу во многих случаях бывает трудно выбрать конкретный способ введения данного препарата для лечения больного, поэтому предлагаем конкретную схему назначения препарата в зависимости от диагноза:

1) При катаральном гингивите с выраженной кровоточивостью из десен, а также с целью нормализации состояния гигиены полости рта (зубная паста содержащая метронидазол, лечебная паста Метрогил-Дента)

2) При галлидозе, сопровождаемый гноетечением из десен (втирание в десну, введение в карманы (Метрогил-Дента)

3) При язвенном гингивите (введение в пародонтальные карманы Метрогил-Дента, внутрь трихопол по 0,25x3 раза 5 дней)

4) При язвенно-некротическом стоматите (ежедневная аппликация Метрогил-Дента, прием трихопола 0,25x3 раза 5 -7 дней)

5) При альвеолите у больных с ЗП (местно введение Метрогил-Дента, общее прием трихопола 5-6 дней)

6) При наличии ЗП у лиц, носителей ортодонтических конструкции, введение в пародонтальные карманы Метрогил-Дента

донтальные карманы и втирание в десну Метрогил-Дента

7) При пародонтите, протекающий с частыми обострениями и абсцедированием десен (общий прием трихопола 0,25х3-7 дней, местно паста Метрогил-Дента 10 дней)

8) При пародонтите с обильными и гнойными выделениями из пародонтальных карманов (общий прием трихопола 0,25х3 раза 7-10 дней, местно введение 25% пасты метронидазола под защитную повязку -5-7 дней)

9) При быстропротекающем пародонтите (БПП) (общее и местное применение метронидазола)

10) При подготовке больных к операциям на пародонте и в послеоперационном пери-

оде (прием трихопола в течении недели по 0,25х3 раза в день)

11) До и после имплантации зубов, особенно при (ЗП) (местно втирание пасты Метрогил-Дента и общий прием трихопола в течении недели)

12) При эндодонтическом лечении зубов с гангренозным распадом пульпы, с острым и обострившим периодонтитом (местно в полость зуба паста «Гриназоль», или 15% паста метронидазола на растительном масле в течении недели, меняя каждый день)

13) Для профилактики эндокардита у больных с пародонтитом (общий прием метронидазола по 0,25х3 раза в день 7 дней в сочетании с антибиотиками и противогрибковыми препаратами).

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Алиева Р.К., Амиралиев Р.С. Распространенность заболеваний пародонта у детей некоторых районов г.Баку //Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2003, №1, с.72-74
- 2.проф.Александров М.Т., к.м.н.Прикулс В.Ф., Богданов В.О., Васильев Е.Н. Определение антимикробной активности препаратов, используемых в комплексном лечении больных пародонтитом //Стоматология, 2009, №2, с.13-15
- 3.Амиралиев Р.С. Эффективность геля «Метрогил-Дента» при лечении заболеваний пародонта /IX Respublika elmi konfransın materialları, Bakı, 2003, s.129-130
- 4.Грилевская К.И. Патогенетическое обоснование применения клиндамицина и амоксиклава в терапии пародонтита //Автореф. дис., к.м.н., Ставрополь, 2008, 24 с.
- 5.Грудянов А.И., Дмитриева Н.Н., Овчинникова В.В. Лечение воспалительных заболеваний пародонта, Метрогил-дента /Сборник Новые медицинские технологии. М. 2001, с.130-131.
- 6.Грудянов А.И., Дмитриева Н.Н., Овчинникова В.В. Обоснование оптимальной концентрации препарата Метрогил-Дента при лечении воспалительных заболеваний пародонта. //Стоматология. 2002, том 81, №1, с.44

7. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Антимикробная пародонтологическая терапия в пародонтологии /М.2004, с.80
8. Инструкция по медицинскому применению препарата Метрогил-дента «Юникс Фармасьютикал Лабораториз» (отделение фирмы «Дж. Б Кемикапс Энд»), стр.1-2
9. Курякина Н.В. Заболевания пародонта. М. 2007, С.151-154
10. Марченко А.И., Лихота Т.Ф., Рубан А.И., Соколовская Е.П. «Применение антианаэробных средств при лечении стоматологических заболеваний» /Тезисы VIII Всесоюзного съезда стоматологов г. Волгоград, 1987, т.2с.54
11. Мусаев Ф.А. Определение чувствительности анаэробной микрофлоры при пародонтите к лекарственным препаратам /Материалы I съезда стоматологов и зубных врачей Азербайджана Баку, 1989 г. С.37-39
12. Мусаев Ф.А. Лечение трихополом больных пародонтозом инвазированных трихомонадами /Материалы II Всесоюзного съезда протозоологов. Киев, 1976, ч. II, с.65-66
13. Dos.Musaev F.Ə. Parodont xəstəliklərinin müalicəsində antibakterial preparatlarının tətbiqi /Heydər Əliyevin anadan olmasının 81-ci ildönümünə həsr olunmuş elmi-praktiki konfrnsın materialları, Bakı, 2004, səh.226-229
14. Мусаев Ф.А., Мехтиева Г.Ф. Использование препаратов метронидазола при эндодонтическом лечении зубов /Ə.M.Əliyevin anadan olmasının 115 illiyinə həsr edilmiş konfrnsın materialları. Bakı, 2012, s.115
15. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. М. 2007
16. Шугар Л., Баноци И., Рац И., Шаллаш К. Заболевания полости рта. Будапешт, 1980, 320 стр.
17. Овчинникова А.К., Кремнева В.Ф. Фармокология антипрозоных средств. Москва, 1990 г., 163 с.

XÜLASƏ

METRONİDAZOL PREPARATININ STOMATOLOJİ XƏSTLİKLƏRDƏ TƏTBİQİ.

Musayev F.A., Musayeva Q.F.

Azərbaycan Tibb Universiteti

Terapevtik stomatologiya kafedrası

Açar sözlər: metronidazol, stomatoloji xəstəliklərdə tətbiqi, parodont xəstəlikləri, periodontitlərin müalicəsi

Müxtəlif stomatoloji xəstəliklərində, aktiv antianaerob təsirə malik olan, metronidazol (trixopol) dərman preparatının praktiki tətbiqi öyrənilmişdir.

Antibiotiklərin tətbiqi zamanı müşahidə olunan mikroorqanizmlərdə davamlılığın yaranması, kandida-mikozun və allergik reaksiyalar kimi arzuolunmaz halların metronidazol preparatının tətbiqi qeydə alınması, onun ağız boşluğunun gigiyenası, parodont xəstəliklərinin və dişlərin endodontik müalicəsi, ortodontiya, ağız boşluğundakı cərrahi əməliyyatlar, implantologiya və s. kimi stomatologiyanın müxtəlif sahələrində geniş istifadəsinə imkan verir.

SUMMARY

USING OF METRONIDAZOLE' MEDICATIONS IN DENTAL DISEASES

F.A.Musaev, G.F.Musaeva

Azerbaijan Medical University

Department of Therapeutic Dentistry

Keywords: metronidazole, dental disease, periodontal disease, endodontic treatment of apical periodontitis.

It is considered the practical using of the active anti-anaerobic drug - metronidazole (Trichopolium).

Considering that the use of antibiotics can lead to undesirable consequences (the development of resistance, candidiasis, allergic reactions), in exchange it is offered to use the drugs of metronidazole (to improve the oral hygiene, when periodontal diseases, in endodontic treatment of periodontitis, orthodontics, implantology).



ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС FDI 2015 TAILAND

Столицей мировой стоматологии в 2015 году стал экзотический Таиланд. Его столица Бангкок - место проведения 103 Ежегодного конгресса Всемирной Федерации Стоматологов – FDI Annual World Dental Congress. Азербайджанскую делегацию представили руководство и члены Азербайджанской Стоматологической Ассоциации и руководство научно-производственного объединения Vitta.

22 сентября состоялась торжественная церемония открытия конгресса FDI. Конгресс организован и проводится под патронажем Его Величества короля Таиланда. Конгресс

открыл председатель организационного комитета доктор Adirek S. Wongsas, отметивший особую значимость идеи “Dentistry in the 21 Century” и подчеркнувший, что конгресс FDI впервые проводится в Бангкоке - столице страны улыбок, как в мире называют Таиланд. В конце приветствия председатель оргкомитета выразил благодарность всем стоматологическим факультетам девяти университетов Таиланда, аппарату короля, руководству города, поддержавшим идею и организацию мероприятия. Далее выступил с приветствием Министр здравоохранения Таиланда, Президент FDI – dr. Tin Chun Wong и



Делегация приступает к работе



На торжественной церемонии открытия конгресса

Президент-элект dr. Patrick Hescot. Во время церемонии парада флагов Азербайджанская делегация приветствовала внос в зал и представление флага Азербайджана.

Делегаты АСА приняли участие во многих секциях научных заседаний по проблемам эндодонтии, дентальной имплантологии, простодонтии и других.

Делегаты АСА приняли участие в работе Генеральной Ассамблеи, проходившей в два этапа А и В, соответственно 20 и 24 сентября.

На заседаниях были обсуждены и приняты положения FDI по следующим темам: **стоматологические имплантаты** (о необходимости серьезных оснований для удаления зуба и замены его имплантатом, критическом подходе к решению вопроса о проведении операции имплантации зуба, необходимости проведения тщательных клинических и радиологических исследований перед вынесением данного решения с учетом соматического статуса пациента; **здоровье полости рта** для продолжительности жизни (национальные

стоматологические ассоциации, стоматологические службы, правительственные авторитеты должны вести пропаганду здоровья полости рта и распространять информацию о здоровье полости рта как фундаментальной части общего здоровья населения); **диета без сахара и кариес зубов** (необходимо выполнять руководство ВОЗ о снижении употребления сахара для взрослых и детей на международном, национальном и региональных уровнях; необходимо снизить употребление свободных сахаров в связи с распространением неинфекционных заболеваний NCDs); **здоровье полости рта и качество жизни** (необходимо проводить исследование качества жизни в зависимости от здоровья полости рта с использованием клинических и поведенческих индикаторов). Исследование качества жизни, связанное со здоровьем полости рта определяет эффективность государственных затрат на общее и стоматологическое лечение; **рак полости рта** (государственные национальные политические программы здоровья должны развивать стра-

тегию профилактики рака полости рта, проводить специальное обучение по ранней диагностике, своевременному эффективному лечению). Национальным государственным службам необходимо информировать население об увеличении случаев возникновения оро-фарингеального рака в связи с увеличением вирусной папилломы человека HPV; **базовое стоматологическое образование** (Базовое стоматологическое образование является важной первой ступенью к успешной стоматологической практике, гармонизация связи Университетов, стоматологической науки и ежедневной стоматологической практики для более реалистичного и немедленно применяемого стоматологического образования, междисциплинарный подход в стоматологическом образовании и индивидуальный подход к каждому пациенту); **эффективность работы стоматологической команды** (врач-стоматолог является лидером и самым квалифицированным специалистом в стоматологической команде и должен контролировать работу персонала, входящего в стоматологическую команду); **положение FDI по зубным техникам** (зубной техник не имеет права работать в полости рта, устанавливать диагноз и планировать лечение пациента); **роль FDI в стоматологической этике** (FDI отвечает за стоматологическую этику на всех уровнях международных организаций во всем мире).

Торжественное открытие Конгресса FDI прошло 22 сентября. Была представлена изумительная по своей красоте гармония красок, мелодий, танцев, пения – замечательного искусства тайского народа.

24 сентября в результате голосования на Генеральной Ассамблее Б Конгресса FDI в

Бангкоке Президентом-Электом Всемирной Стоматологической Ассоциации FDI была избрана Dr. Kathryn Kell (США). Казначеем FDI был избран Dr. Jack Cottrell (Канада), новым членом Совета FDI стал Prof. Li-Jian Jin (Гонконг). Новым членом Комитета по стоматологической практике был избран Dr. Haiping Lu из Китая. Новыми членами Комитета по стоматологической науке стали: Prof. Ryutaro Kamijo (Япония), Prof. Dr. Reinhard Hickel (Германия), Prof. David Williams (Англия) и Dr. Thomas Hart (США). Новыми членами Комитета FDI по общественному здоровью были избраны: Dr. Sophie Darteville (Франция), Prof. Paulo Ribeiro de Melo (Португалия), Dr. Marshall Gallant (США) и Dr. Fadil Elamin (Судан).

Во время проведения конгресса Азербайджанская делегация провела ряд деловых встреч с членами Совета FDI, президентами и представителями национальных стоматологических ассоциаций стран-членов FDI, были обсуждены вопросы проведения Пленарной Сессии в Баку в апреле 2016 года, вопросы участия АСА в Continuing Education Programme и ряд других проблем.

В научной программе конгресса Азербайджанская делегация имела презентацию исследования Р.К.Алиевой, Г.К.Зейналовой на тему: «Effect of Fluoride Toothpaste to Remineralization processes of Enamel».

Социальная программа Конгресса включала в себя ознакомление с достопримечательностями Бангкока.

Алиева С.Я.

УПРОЩЕННАЯ ЭКСПРЕСС МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКРОТРЕЩИН НА ПОВЕРХНОСТИ ОПАКОВОГО СЛОЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ЕЁ ОБЖИГА В ВАКУУМНОЙ ПЕЧИ.

Э.Э.Керимов, Мохаммед Реза Массан Хосровшахи, Г.Э.Керимова

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра ортопедической стоматологии, г.Баку

Ключевые слова: металлокерамика, Vita-95, Noritake, сколы керамических облицовок, микротрещины опакowego слоя.

Несъемные металлокерамические зубные протезы прочно вошли в конструкции несъемных зубных протезов, так как традиционным ме-



ны, сколы и отломы керамической облицовки связаны с неизбежными погрешностями в процессе обжига керамического опакowego слоя ког-

да на её поверхности остаются микротрещины глубиной 0,2 микрона [11, 12]. В процессе пользования металлокерамическими протезами, указанные микротрещины соединяясь, в конечном счете, ведут к сколу того или иного участка керамической облицовки. Причем этот недостаток присущ, почти, ко всем облицовочным керамическим материалам.

Ввиду наличия ряда недостатков и осложнений в металлокерамических протезах, ведутся неустанные поиски по совершенствованию металлических и керамических компонентов этих видов протезов [8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18].

Одним из частых и неприятных осложнений в металлокерамическом зубном протезировании считаются сколы керамических облицовок (от 10,5 до 15,3%), устранение которых сопряжено с трудностями их реставрации. По мнению многих авторов, трещи-

ны, сколы и отломы керамической облицовки связаны с неизбежными погрешностями в процессе обжига керамического опакowego слоя ког-

да на её поверхности остаются микротрещины глубиной 0,2 микрона [11, 12]. В процессе пользования металлокерамическими протезами, указанные микротрещины соединяясь, в конечном счете, ведут к сколу того или иного участка керамической облицовки. Причем этот недостаток присущ, почти, ко всем облицовочным керамическим материалам.

Определение остаточных участков с микротрещинами в опаковом слое сопряжено с трудностями их малой величины - 0,2 микрона, невидимых невооруженным глазом и сложностью их обнаружения применением высокотехнологического, дорогостоящего оборудования и таких методик как микрорентгеноструктурный анализ, методика многократного увеличения и светооптического

исследования, использования рентгенофазового исследования, изучения кристаллической решетки облицовки и многих других методов, которые недоступны при массовом изготовлении металллокерамических зубных протезов.

Занимаясь исследованиями физико-химических характеристик двух широкоиспользуемых керамических облицовочных материалов ведущих зарубежных фирм, Vita-95 и Noritake, нами получены ряд результатов, характеризующих эти материалы. Так, трещиностойкость материала из Vita-95 была выше, чем у Noritake – 1131,6N против 796,1N; сколы керамических облицовок из Vita-95 наблюдались реже – 10,1% против 16,3%.

Цель исследования. Обнаружение и устранение очагов с микротрещинами с помощью предложенного нами упрощенного экспресс метода и профилактика возможных сколов во время пользования несъемными протезами.

Материалы, методы исследования и полученные результаты

Экспресс методика определения микротрещин заключается в нанесении раствора метиленовой сини на окончательно моделированную облицовочную поверхность до проведения глазуровки керамической облицовки. Места расположения микротрещин окрашиваются в темно-синий цвет. Устранение слоя керамики с микротрещинной, нанесение нового слоя массы и повторный обжиг гарантирует профилактику сколов и трещин облицовочной керамики.

Нами были проверены факты о местона-

хождении микротрещин на поверхности опалового слоя, после изготовления 35 коронок и мостовидных протезов, изготовленных с применением Vita-95 и аналогичного количества указанных протезов из Noritake.

Результаты наших исследований показали, что при применении облицовочной керамической массы из Vita-95 микротрещины на различных участках фарфора возникали в 8,6% случаев, а из массы Noritake в 13,3% ($p < 0,05$).

На рис. 1: 1,2,3,4 показаны зоны со следами метиленовой синей на облицовочной керамике из Vita-95.

На рис. 2: 5,6,7,8 показаны зоны со следами метиленовой синей на облицовочной керамике из Noritake.

Данные о механической устойчивости

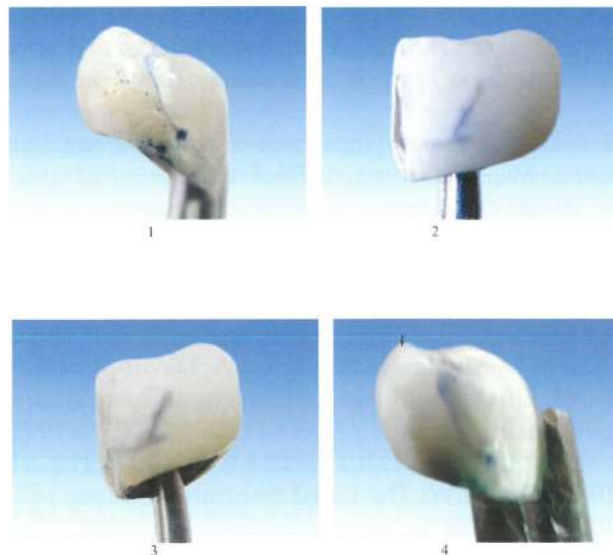


Рис. 1. Микротрещины на поверхности опалового слоя из массы Vita-95 после ее обжига в вакуумной печи.

облицовочных керамических масс и частоте микротрещин на поверхности фарфора после ее обжига позволяют научно обосновать выбор



Рис. 2 Микротрещины на поверхности опакowego слоя из массы Noritake после ее обжига в вакуумной печи.

керамической массы в металлокерамическом зубном протезировании.

ЛИТЕРАТУРА

1. İsmayilov M.İ. Metal keramik diş protezləri. Bakı, 1993, s.40
2. Seyidbəyov O.S., İsmayilov M.İ., Əliyev M.M. Müasir stomatoloji protez materialları, Bakı, 2013, s.164
3. Səfərov A.M., Tağıyev A.İ., Kərimova G.E. Stomatoloji keramika (Tədris metodik vəsait), Bakı, 2008, s.35
4. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. –М.: Триада-Х, 1998-174с.
5. Лебеденко И.Ю. Ортопедическое лечение патологии твердых тканей зубов и зубных рядов с применением нового поколения стоматологических материалов и технологий // Автореф.дис....д-ра м.н., М., 1995-48с.
6. Лебеденко И.Ю. и соавт. Изучение зоны контакта покрытия с каркасом металлокерамических зубных протезов // проблемы нейростоматологии и стоматологии. -1998.-№1, с.18-25
7. Фарфоровые коронки и металлокерамические протезы //Под.ред. А.И.Рыбакова, Д.М.Каральника.-М., Медицина, 1983, 64с.
8. Харитонов С.В. Исследование состава и структура покрытий металлокерамических зубных протезов в практике ортопедической стоматологии и судебной медицины // Автореф.дис.к.м.н., М., 2004, 19с
9. Goto S., Miyagawa Y., Oguza A. Devdopmen of Ag-Pg-Au-Cu Alloys for Multiple Dental Applications. Part I: Effects of Pd and Cu Contens and Addition of Ga or Sn on Physical Properties and Bond with Ultra-Low Fusing Ceramic //Dent.Mater.J.,2000, № 19 (3), P.294-306
10. Mc lean J.W. The failed restoration: causes of failure and how to prevent them //int.Dent.J.-1990.-№ 40. – P.354-358
11. Mohammed Reza Massahi Khosrowshahi A comparative study of the fracture strength of dental porcelains: Vita VMK versus Noritake African journal of Pharmacy and Phatmacology Vol.6(23). PP.1675-1678. 22 June 2012
12. Розенталь С.Ф., Лэнд М.Ф., Фуджимото Ю. Ортопедическое лечение несъемными протезами пер.с англ.под. ред. И.Ю.Лебеденко, М.Рид Элсивар, 2010
13. Campel, S.D. (1989). A comparative strength study of metal-ceramic and all-ceramic esthetic materials Modules of rupture. J.Prosthet Dent, 62, 476-479.
14. Jalali H., Aghajan F., Shirzadi (2005) Evaluation of the effect of polishing on flexural strength of feldspatic porcelain and its comparasion with autoglezing and over glazing //journal of Dentistry. Tehran University

of Medical Sciences vol.18 (2).

15. Kern, M. (1993). Fracture strength of all-porcelain, resin bonded bridges after testing in an artificial oral environment. J.Dent, 21, 117-121.
16. Munoz, C.A. (1982). Comparative study of the strength of aluminous porcelain jacket crowns constructed with the conventional and twin foil techniques. J.Prosthet Dent, 48, 271-281.
17. Ozcan, M. (2003). Fracture resons in ceramic-fused-to-metal restorations. Journal of Oral Rehabil, 30(3), 265-269.
18. Sarikaya I, Güler A.U. (2010) Effects of different poliching techhicues on the survice roughness of dental porcelains //Journal of Applied Oral Science: Revista FOB. 18(1):10-6

XÜLASƏ

VAKUUM SOBASINDA METALKERAMIKA DIŞ PROTEZİNİN OPAK TƏBƏQƏSİNİN Bİ- ŞİRLMƏSİNDƏN SONRA ONUN SƏTHİNDƏ YARANAN MIKROÇATLARIN SADƏ EKS- PRESS ÜSULLA TƏYİN EDİLMƏSİ

E.E. Kərimov, M.R. Məssai Xosrovşahi, G.E. Kərimova
Azərbaycan Tibb Universiteti
Ortpedik stomatologiya kafedrası, Bakı.

Açar sözlər: metallokeramika, Vita-95, Noritake, keramik üzlüklərin qopması, opak təbəqəsində mikroçatların qalması.

Metalkeramikadan çıxmayan diş protezlərinin hazırlanma prosesi zamanı, metal üzərindəki opak təbəqəsinin vaku-
um sobasında bişirilməsindən sonra, onun səthində 0,2 mikron dərinlikdə çatlar qala bilər. Gələcəkdə belə çatlar təzyiq
altında birləşərək protezin üzərindəki keramika üzlüyünün bir hissəsinin qopmasına səbəb olur.

Belə mikroçatlar çox mürəkkəb üsullar və bahalı avadanlıqlar vasitəsi ilə aşkar olunur.

Müəlliflər belə sahələrin aşkar edilməsi üçün sadə üsul təklif edir. Keramikanın üzərinə mina təbəqəsinin çəkməz-
dən öncə onu metilen abısı ilə rəngləmək lazımdır. Metilen abısı bir müddətdən sonra yuyulur və keramikanın üzə-
rindən xaric olunur. Mikroçatlar sahəcikləri isə rənglənərək çatların yerləşməsinə göy rəngdə göstərir. Belə sahələr diş
texniki tərəfində yonulur, oraya yeni opak təbəqəsi əlavə olunur, yenidən sobada bişirilir və sonra protezə mina təbəqəsi
çəkilir. Bu sadə üsul vasitəsi ilə keramik üzlüyün qopmasının profilaktikası aparılır.

SUMMARY

SIMPLIFIED PROCEDURE FOR DETERMINING EXPRESS MICROCRACKS ON THE SURFACE OF OPAQUE LAYER IN THE METAL CERAMIC PROSTHESIS AF- TER FIRING IN A VACUUM OVEN

EE Kerimov, MR Massai Khosrowshahi, GE Kerimov
Azerbaijan Medical University
Department of Prosthetic Dentistry, Baku.

Keywords: metal-ceramik, Vita-95, Noritake, microtracks, firing its opak layer.

It is reported that the microcracks depth of 0.2 microns is required to remain on the surface of a metal-ceramic pros-
thesis after firing its opaque layer. These microcracks then combined and lead to the cleavage of metal-cladding. These
microcracks are not detectable to the naked eye and determined by using complex methods and expensive apparatus.

As a simple method the authors suggest to paint the surface of opaque layer with methylene blue after firing opaque
layer. Outbreaks of microcracks revealed by blue outline after removal of methylene blue. The dental technician pre-
pares these areas, eliminates microcracks, causing new opaque layer, conducted firing, and then covered with enamel
layer. Thus, it is possible to carry out prevention of possible and unwanted chips of ceramic.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОБОЧНОГО ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ОРГАНИЗМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Гаджиев Д.Н. Мамедов Ф.Ю.

Азербайджанский Медицинский Университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Ключевые слова: спортсмены, кариес, аномалии, ортопедия

Интенсивные физические нагрузки и стрессовые ситуации, имеющие место в спортивной деятельности, могут играть определенную роль в оптимизации адаптационных процессов в различных органах и системах организма, что выражается в ослаблении функций иммунитета, существенных иммунологических нарушениях на фоне сочетания физических и психоэмоциональных нагрузок и, как результат, в возникновении простудных и инфекционных заболеваний у профессиональных спортсменов после интенсивного тренировочного цикла. [1,2,3,16,17].

Специалисты в области спортивной медицины полагают, что значительный рост за последние годы физических и эмоциональных нагрузок в сфере спорта высших достижений привел к появлению у профессиональных спортсменов некоторых групп скрытых патологических процессов и иммунодефицитных состояний. Так, респираторные заболевания, возникающие у спортсменов при переохлаждении и иммунологических нарушениях,



и есть один из наглядных примеров яркого проявления срыва адаптационных возможностей организма и усиления иммунодепрессии [5,6,10,13,15].

Максимальные под влиянием высоких физических нагрузок изменения иммунного статуса, угнетение ряда иммунологических параметров, являющиеся одной из основных причин повышенной заболеваемости профессиональных спортсменов инфекционного характера наиболее часто отмечаются в соревновательный период тренировочного цикла при развитии синдрома перетренированности, что свидетельствует о его патологическом состоянии. [7,8,9,11,12].

Однако следует учитывать, что занятие профессиональным спортом, чрезмерное напряжение, физическое и психоэмоциональное переутомление, резкие колебания температуры воздуха, в связи частыми переездами и сменой обстановки, могут негативно влиять на организм в целом и ослаблять иммунобиологическую сопротивляемость организма и способствовать развитию и ак-

тивизации скрытых одонтогенных очагов инфекции. Эффективность работы врача-стоматолога, основанная на высокоэффективных диагностических решениях и выборе широкого спектра современных диагностических методов, во многом будет зависеть от навыков в комплексной клинико-лабораторной оценке основных параметров фоновой реактивности органов и тканей полости рта [4,14].

Цель исследования: оценить состояние полости рта и нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи среди профессиональных спортсменов.

Материалы и методы исследования

Для достижения цели исследования проведено изучение показателей стоматологического статуса среди представительной различных возрастных групп профессиональных спортсменов, пользующихся защитными каппами. Обследованию подлежали спортсмены в возрасте от 18 до 32 и старше лет включительно. Всего с этой целью изучено состояние полости рта у 340 лиц данного возраста.

В составе обследованных во всех возрастных группах было изучено состояние органов, тканей полости рта и губ. Проведено также их анкетирование в целях выявления качества и потребности оказываемой им ортопедической стоматологической помощи. По ним оценивалась нуждаемость обследованных профессиональных спортсменов в ортопедической стоматологической помощи. При определении объема оказанной ортопедической помощи и нуждаемости в ней детальному анализу подвергались материалы

соответствующего раздела смотровых карт, в котором отмечался как объем ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи, так и имеющаяся на сегодняшний день нуждаемость в ней.

Стоматологическое обследование осуществлялось при естественном освещении с помощью зубоврачебного зеркала и зонда. Полученные данные вносились в «Карту осмотра полости рта профессиональных спортсменов». Оценивались некоторые эпидемиологические показатели: распространенность и интенсивность кариеса зубов, заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта, аномалий зубочелюстной системы и др. Показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов, заболеваний губ, распространенности некариозной патологии, аномалий зубочелюстной системы и т.д. оценивались в процентах к числу обследованных. Интенсивность кариеса зубов определялась по индексам КПУ (в среднем на 1 обследованного) в каждой возрастной группе.

К числу обследованных, нуждающихся в ортопедической помощи, относили:

- спортсменов, не нуждающихся в ней;
- лиц, уже имеющих годные конструкции, но нуждающихся в дополнительном протезировании;
- лиц, имеющих некачественные конструкции и нуждающихся в повторном протезировании;
- спортсменов, имеющих различные дефекты зубных рядов и нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи;

Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики

(определение средней арифметической величины – M , их средней стандартной ошибки – m , критерия значимости Стьюдента – t). Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнялась с использованием стандартных программных пакетов прикладного статистического анализа (Microsoft Excel и Statistica 6.0 для Windows).

Результаты собственных исследований

Согласно полученным данным эпидемиологических исследований, практически все обследуемые профессиональные спортсмены фактически попадают в определенные нами возрастные группы. Поэтому для оценки в возрастных показателях динамики поражения кариесом зубов нами производилась оценка показателей его распространенности и интенсивности по всем возрастам обследования отдельно. Это позволило точно оценить показатели стоматологического статуса и возможные изменения его в зависимости от возрастного аспекта.

Структурный анализ КПУ по группам выявил существенные различия. Полученные данные свидетельствуют о том, что индекс КПУ достоверно отличается между 1 и все-

ми остальными группами, т.е. при наличии перенапряжения в молодом возрасте показатель КПУ выше, чем у спортсменов с перенапряжением, но уже в более старших возрастных группах, при этом по 1 и 3 группе существенные различия не выявлялись (табл.1)

Как показали результаты предварительных исследований, индекс КПУ был больше связан с возрастом спортсменов, а также характером и интенсивностью тренировочного процесса. Оба фактора свидетельствуют о том, что кариозный процесс чаще возникает на фоне более глубоких процессов нарушения адаптации именно у юных спортсменов. В среднем на всех обследованных нами профессиональных спортсменов, пользующихся защитными каппами, распространенность кариеса зубов достигала $87,65 \pm 1,78\%$. В возрастном аспекте показатели варьируют в пределах от $83,33 \pm 3,40\%$ в возрастной группе 25-32 года до $91,43 \pm 2,73\%$ - в возрастной группе до 25 лет. В целом различия между группами значительные и в некоторой степени связаны, согласно результатам проведенного анкетирования, несвоевременным обращением к стоматологу в указанных воз-

Таблица 1
Возрастные показатели пораженности кариесом зубов профессиональных спортсменов

Возраст (лет)	Число обследованных	Распространенность кариеса зубов (в % к числу обследованных)	Индексы КПУ (в среднем на 1 обследованного)
До 25 лет	105	$91,43 \pm 2,73$	$5,15 \pm 0,16$
25-32 лет	120	$83,33 \pm 3,40$	$4,74 \pm 0,15$
Старше 32 лет	115	$88,70 \pm 2,95$	$5,04 \pm 0,18$
В среднем	340	$87,65 \pm 1,78$	$4,97 \pm 0,10$

растных группах. По полученным данным среднее значение индекса КПУ составил $4,97 \pm 0,10$ на одного обследованного профессионального спортсмена. Он также колебался от $4,74 \pm 0,15$ в возрастной группе 25-32 лет до $5,15 \pm 0,16$ – в возрастной группе до 25 лет.

В нижеследующей таблице представлены повозрастные показатели интенсивности заболеваний кариесом зубов у профессиональных спортсменов. Так, практически на всех обследованных 32,90% из числа выявленных пораженных зубов нуждаются в лечении кариеса, чаще всего поверхностного и среднего. Что касается осложнений кариеса зубов, подлежащих в основном удалению, то их удельный вес в структуре КПУ составил

нами, в терапевтической стоматологической помощи и серьезных дефектах ее оказания к моменту проведения данных исследований. Выявляется достаточно высокая потребность обследованных и в ортопедическом лечении, если учесть, что сумма элементов, характеризующих число удаленных зубов («У») составила в среднем на всех обследованных более 13,61% от структуры КПУ. В целом полученные показатели отличаются в возрастном аспекте достаточной неоднородностью.

Таким образом, оценка структуры индекса КПУ по всем важным составляющим показала сравнительно высокий уровень потребности обследованных профессиональных спортсменов разного возраста в некоторых

Таблица 2

Структура составляющих элементов индексов КПУ
среди профессиональных спортсменов (%)

Возраст (лет)	К	П	У
До 25 лет	38,08	36,04	11,28
25-32 лет	32,16	39,72	12,65
Старше 32 лет	28,79	45,00	16,72
В среднем	32,90	40,36	13,61

в среднем на всех обследованных 13,61%. Удельный вес пломбированных зубов среди профессиональных спортсменов в самой младшей возрастной группе не превысил в среднем 36,04%, а удаленных составил 11,28% (табл.2).

Полученные данные свидетельствуют о высокой нуждаемости обследованных спортсменов, пользующихся спортивными кап-

видах стоматологической помощи и определенные недостатки в ее организации.

Поскольку в нашей стране нам не встречались сведения относительно пораженности профессиональных спортсменов, пользующихся защитными каппами, вышеуказанной патологией, нами проведено клиническое изучение данных показателей среди обследованного контингента населения. Как было

Таблица 3

Распространенность аномалий зубочелюстной системы
у профессиональных спортсменов (%)

Возраст (лет)	Число обследо- ванных	Распространенность					
		аномалий зубов		аномалий прикуса		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 25 лет	105	31	$29,5 \pm 4,45$	18	$17,1 \pm 3,68$	49	$46,7 \pm 4,87$
25-32 лет	120	30	$25,0 \pm 3,95$	30	$25,0 \pm 3,95$	60	$50,0 \pm 4,56$
Старше 32 лет	115	21	$18,3 \pm 3,60$	8	$7,0 \pm 2,37$	29	$25,2 \pm 4,05$
В среднем	340	82	$24,1 \pm 2,32$	56	$16,5 \pm 2,01$	138	$40,6 \pm 2,66$

установлено, наиболее часто встречающимися среди зубочелюстных деформаций оказались аномалии положения отдельных зубов ($24,1 \pm 2,32\%$ в среднем на всех спортсменах) (табл.3).

Согласно опубликованным данным литературы распространенность кариеса зубов в значительной степени коррелирует с показателями распространенности аномалий зубочелюстной системы. При этом были выявлены некоторые различия в распространенности аномалий прикуса в возрастном аспекте. Так, максимальных величин эти показатели достигли в возрастной группе до 25 лет, примерно в 1,3 раза превысив полученные по сравнимой возрастной группе показатели. Некоторые отличия в данных как по показателям пораженности кариесом зубов и по показателям частоты встречаемости аномалий и деформаций зубочелюстной системы среди обследованных профессиональных молодых спортсменов можно объяснить чрезмерными физическими нагрузками и низким уровнем

адаптационных возможностей организма.

На высокий уровень пораженности данной категории спортсменов в той или иной степени наложило свой отпечаток отсутствие диспансерного учета и своевременного оказания высококвалифицированной стоматологической помощи. Как нам известно, в проведенных ранее в республике практических эпидемиологических исследованиях не осуществлялась оценка показателей пораженности стоматологическими патологиями среди лиц, занятых в спорте высоких достижений. Это дало бы хорошую возможность получить достаточно данных, которые четко коррелировали бы с их возрастом, спортивной квалификацией, спортивным стажем и, конечно же, возрастом. Таким образом, тот или иной уровень поражаемости кариесом зубов профессиональных спортсменов и, как результат, аномалиями зубочелюстной системы будет самым негативным образом влиять на трудоспособность спортсмена и на качество его жизни. При этом, в организационном

плане своевременным является оценка показателей стоматологической заболеваемости данного контингента населения, поскольку это предоставляет большие возможности в деле планирования и повышения эффективности стоматологической помощи с учетом выявленного уровня, частоты встречаемости и структуры пораженности теми или иными патологиями. А выявленные в результате проведения данных исследований показатели имеют существенный практический интерес, поскольку дают возможность в полном объеме планировать различные виды специализированной стоматологической помощи.

В соответствии с задачами исследования было проведено изучение нуждаемости профессиональных спортсменов в ортопедической стоматологической помощи. Анализ полученных результатов показал, что в среднем на всех обследованных не нуждается в ортопедической помощи только $47,4 \pm 2,71\%$ спортсменов, как молодого, так старшего

возрастов. При этом необходимо отметить, что по мере увеличения возраста количество таких лиц неуклонно уменьшается. Так, если в возрастной группе до 25 лет число лиц с интактными зубными рядами составляло $50,5 \pm 4,88\%$, то уже во второй более старшей возрастной группе оно сократилось в среднем до $48,3 \pm 4,56\%$. (табл.4). Иными словами, по мере увеличения возраста обследованных спортсменов растет количество лиц, нуждающихся в ортопедическом лечении. Определенный интерес для планирования ортопедической помощи имеет оценка нуждаемости обследованных в ортопедической стоматологической помощи. Некоторые из исследуемых показателей представлены в суммарном выражении для того, чтобы яснее представить и лучше проследить динамику показателей и на последующих этапах наблюдений.

Так, в данные исследования были включены лица, полностью обеспеченные орто-

Таблица 4.

Нуждаемость профессиональных спортсменов в ортопедической стоматологической помощи

Возраст (лет)	Число обследованных	Не нуждаются		Нуждаются в ортопедической помощи							
				имеют протезы		нуждаются в коррекции		нуждаются в протезировании		всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 25 лет	105	53	$50,5 \pm 4,88$	5	$4,8 \pm 2,08$	17	$16,2 \pm 3,59$	30	$28,6 \pm 4,41$	52	$49,5 \pm 4,88$
25-32 лет	120	58	$48,3 \pm 4,56$	7	$5,8 \pm 2,14$	20	$16,7 \pm 3,40$	35	$29,2 \pm 4,15$	62	$51,7 \pm 4,56$
Старше 32 лет	115	50	$43,5 \pm 4,62$	8	$7,0 \pm 2,37$	18	$15,7 \pm 3,39$	39	$33,9 \pm 4,41$	65	$56,5 \pm 4,62$
В среднем	340	161	$47,4 \pm 2,71$	20	$5,9 \pm 1,28$	55	$16,2 \pm 2,00$	104	$30,6 \pm 2,50$	179	$52,6 \pm 2,71$

педической помощью на момент осмотра. В возрастном аспекте их количественные показатели постепенно увеличиваются от $4,8 \pm 2,08\%$ в возрастной группе до 25 лет до $5,8 \pm 2,14\%$ - уже в старшей возрастной группе 25-32 года. К числу нуждающихся в наблюдении отнесены также профессиональные спортсмены, имеющие незначительные дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти в виде отсутствия одного зуба на одной из челюстей, либо небольшие повреждения фронтальных зубов травматического характера.

Наибольший интерес вызывают показатели непосредственной нуждемости в протезировании молодых спортсменов, вы-

явленной на момент проведения обследования. Таковых в общей сложности в среднем на всех осмотренных оказалось $30,6 \pm 2,50\%$. Показатели при этом неуклонно возрастают с $28,6 \pm 4,41\%$ в возрастной группе 25 лет, до $33,9 \pm 4,41\%$ - в возрастной группе старше 32 лет. Таким образом, суммарная нуждемость обследованных спортсменов, пользующихся защитными каппами, в ортопедическом лечении составила $46,8\%$. Полученные в ходе клинических исследований данные указывают на необходимость повышения качества и улучшения организации ортопедической стоматологической помощи профессиональным спортсменам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Житнухин Ю. Л., Афанасьева И. А., Кульчицкая Ю. К. Клеточная иммунная защита у спортсменов // Медицинская иммунология. – 2006. – Т. 8, №2/3. – С. 368–369.
2. Жуков Ю. Ю. Влияние спортивного стресса на иммунологический статус и состояние здоровья спортсменов // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2009. – № 8. – С. 50–55.
3. Калюжин О. В., Баштаненко А. Ф., Шкалев М. В. Иммунокоррекция в спортивной медицине // Якутский медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 55–58.
4. Кобрин В. Г. Характеристика и оценка патогенности одонтогенных очагов хронической инфекции у спортсменов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.51 – Санкт-Петербург, 2004. – 18 с.
5. Коган О. С., Савельева В. В. Особенности иммунорезистентности организма представителей циклических видов спорта в различные периоды тренировочного процесса // Теория и практика физической культуры. – 2009. – № 1. – С. 31–36.
6. Козлов В. К. Иммунопатологические состояния и заболевания спортсменов: вопросы классификации // Материалы III Международного конгресса «Человек, спорт, здоровье». – Санкт-Петербург, 2007. – С. 83.
7. Мишин В. Г., Мешкова М. Е., Никитин В. Ю. и др. Иммунная составляющая спортивной адаптации // Медицинская иммунология. – 2009. – Т. 11, № 4/5. – С. 449–450.
8. Бережная Н. М. Иммунологические исследования в клинике: состояние вопроса / Н. М. Бережная // Иммунология. 2006. – № 1. – С. 18–23.

9. Ткачук М. Г. Органы иммунной системы в процессе восстановления после интенсивных физических нагрузок в условиях иммунокоррекции и без нее: (экспериментально-морфологическое исследование) : автореф. дис. ... д-ра биол. наук – Москва, 2001. – 38 с.
10. Трищенко С. Н., Архипова С. В., Краюшкина Н. А. Изменения показателей местного иммунитета глотки у юных хоккеистов при лечении хронического тонзиллита // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 377–380.
11. Куяров А. В., Сайгушева Л. А. и др. Факторы неспецифической защиты у спортсменов в условиях Севера // Теория и практика физической культуры. – 2010. – № 12. – С. 57–63.
12. Beck C. K. Infections diseases in sports // Med. Sci. Sports. – 2000. – Vol. 32, N 7. – P. 431–438.
13. Pedersen B. K., Bruunsgaard H, Ostrowski K et al. Cytokines in aging and exercise // Int. J. Sports Med. – 2000. – Vol. 21, suppl. 1. – P. S4–S9.
14. Davies R. M. The prevention of dental caries and periodontal disease from the cradle to the grave: what is the best available evidence? // Dent. Update. – 2003. – Vol. 30, N 4. – P. 170–176.
15. Gleeson M., Pyne DB, Austin JP et al. Epstein-Barr virus reactivation and upper-respiratory illness in elite swimmers // Med. Sci. Sports Exerc. – 2002. – Vol. 34, N 3. – P. 411–417.
16. Ibfelt T., Petersen EW, Bruunsgaard H et al. Exercise-induced change in type 1 cytokine-producing CD8+ T-cells is related to a decrease in memory T-cells // J. Appl. Physiol. – 2002. – Vol. 93, N 2. – P. 645–648.
17. Fahlman M. M., Engels H. J. Mucosal IgA and URTI in American college football players: a year longitudinal study // Med. Sci. Sports Exerc. – 2005. – Vol. 37, N 3. – P. 374–380.

РЕЗЮМЕ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОБОЧНОГО ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ОРГАНИЗМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Гаджиев Д.Н.

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра ортопедической стоматологии

Выявлены высокие показатели пораженности среди 340 молодых профессиональных спортсменов кариесом зубов. Оценка структуры КПУ показала низкий удельный вес пломбированных зубов и высокие показатели по кариозным и удаленным зубам. Значительная потеря зубов свидетельствовало о высоком уровне нуждаемости профессиональных спортсменов в ортопедической стоматологической помощи. Специальный анализ материалов клинических и эпидемиологических исследований показала, что на момент осмотра в ортопедическом лечении нуждалось более 45% обследуемых спортсменов.

XÜLASƏ**PEŞƏKAR IDMANÇILARDA INTENSİF FİZİKİ YÜKLƏMƏLƏRİN ORQANİZMƏ OLAN MƏNFI TƏSİRİNİN STOMATOLOJİ ASPEKTLƏRİ****Hacıyev C.Q.**

Azərbaycan Tibb Universiteti
Ortopedik Stomatologiya kafedrası

Açar sözlər: idmançı, kariyes, anomaliya, ortopediya

340 gənc professional idmançı arasında kariyesin yüksək dərəcədə yayılması aşkar olunmuşdur. KPÇ strukturunun qiymətləndirilməsi plomblanmış dişlərin az faizdə, kariyesli və çəkilmis dişlərin sayının isə yüksək dərəcədə olmasını göstərmişdi. Dişlərin itirilməsi professional idmançılar arasında ortopedik stomatoloji yardıma olan ehtiyacın yüksək səviyyədə olmasına zəmin yaradır. Klinik və epidemioloji tədqiqatların materiallarının xüsusi analizi idmançıların 45%-ən çoxunda ortopedik müalicəyə olan ehtiyac aşkar edilmişdir.

SUMMARY**DENTAL ASPECTS OF THE ADVERSE EFFECT OF INTENSE EXERCISE ON THE BODY OF PROFESSIONAL ATHLETES****Hacıyev DN**

Azerbaijan Medical University
Department of Prosthodontics

Key words: athletes, caries, anomalies, orthopedics

Revealed high rates of caries infection among 340 young professional athletes. Evaluation of the structure of the DMF showed a low proportion of sealed teeth and high rates of carious and removed teeth. A significant loss of teeth testified to the high level of needs of professional athletes in prosthetic dental care. Special analysis of materials of clinical and epidemiological studies have shown that at the time of inspection in orthopedic treatment needed more than 45% of observed athletes.

WORLD ORAL HEALTH DAY 2016

Letter from the President



Membership, campaigns, workshops

FDI President Dr Patrick Hescot

From Latin America to the Middle East: there are membership discussions, occasional issues of debate and, especially in the Middle East, opportunities to outline how being part of FDI is beneficial to a current non-member. I will return to these points later in this communication.

This is also the 'Letter from the President' issued in month preceding World Oral Health Day and a great opportunity for me to tell you about the many ways that your national dental association can get involved in this year's campaign: It All Starts Here. Healthy Mouth. Healthy Body

World Oral Health Day 2016

World Oral Health Day (WOHD) was celebrated on March 20 and the initial results are very promising, showing that the campaign is having an increasing impact globally. A full campaign evaluation is underway and I will share the results with you in due course. I would like to take this opportunity to thank all FDI member associations who organized activities, as well as our industry partners and other stakeholders who helped raise awareness around the theme of 'Healthy Mouth, Healthy Body' and brought us one step closer to our vision of 'Leading the World to Optimal Oral Health'.

This year, we used a slightly different campaign approach from what we are used to: in



fact, we unveiled key campaign assets — I am speaking in particular about the excellent video and entertaining smartphone game available on Apple and Android devices — only a few days in advance. The aim

was to ensure maximum impact, especially over social media and learn from last year's campaign which showed a peak of activity at this time that could be leveraged to have a higher level of engagement overall. As for the local events, first reports show how diverse and original they were and I look forward to seeing all the activities once they have been collated.

Special thanks go to our international sponsors Philips Sonicare, the Wrigley Oral Healthcare Programme, Henry Schein Inc. and Unilever. It is through their support that we can match our actions with our ambition to raise awareness worldwide about oral health and its impact on general health. 'Healthy Mouth. Healthy Body.'



World Oral
Health Day
20 March 2016

КОНТРОЛЬ ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДОВ В ОРГАНИЗМ ШКОЛЬНИКОВ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ФТОРИРОВАННО-ЙОДИРОВАННОЙ СОЛЬЮ

Ахмедбейли Р.М.

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра терапевтической стоматологии

Ключевые слова: кариес, фториды, профилактика.

Использование фторидов признано наиболее эффективным из всех доступных способов снижения пораженности кариесом зубов в рамках коммунальных программ профилактики [1, 3, 12].

Эффективность системных методов профилактики фторидами довольно высока – от 25 до 80% снижения прироста интенсивности кариеса зубов [12].

Одним из эффективных системных методов профилактики кариеса является использование фторида в пищевой поваренной соли [2, 3, 6, 7, 9, 10].

В условиях биогеохимического дефицита фторида и йодида при внедрении кариес-превентивных программ с использованием фторированно-йодированной соли важно контролировать содержание фторида в соли и физиологических границах их поступления в организм [1, 4, 5, 6, 8, 11].

Прямое определение поступления фторидов из продуктов питания и напитков весьма затруднительно. Поэтому используют метод определения его выведения из организма и по этому показателю рассчитывают уровень поступления фторидов. Многочисленными исследованиями было доказано, что в воз-



расте до 15 лет с мочой выводится 50% поступившего в организм фторида. Поэтому показатели суточной экскреции фторида с мочой для лиц до 15 лет умножают на 2.00 с целью получения величины суточного поступления [1].

Цель исследования – изучить мониторинг поступления и экскреции фторида с мочой на фоне потребления фторированно-йодированной соли у школьников, проживающих в условиях биогеохимического дефицита фторида и йодида.

Материал и методы исследования

Комплекс кариеспрофилактических мероприятий с использованием в рационе детей школьного возраста фторированно-йодированной соли ($300,0 \pm 50,0$ мгF/кг, $40,0 \pm 10,0$ мгI/кг) в течение 36 месяцев был апробирован у 625 школьников в возрасте 6, 9 и 12 лет, родившихся и проживающих в условиях биогеохимического дефицита фторида и йода. Группу сравнения составляли 700 детей в возрасте от 7 до 15 лет (по сто детей в каждой возрастной группе), проживающих в тех же условиях.

Клиническое обследование было проведено по методу ВОЗ [27] в одном из типичных очагов эндемичных по зобу, где отмечается биогеохимический дефицит как по водорастворимому фториду, так и водорастворимому йодиду. Обследование было проведено в возрастных группах 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 и 15 лет. Возрастные группы 6, 9 и 12 лет были профилактическими. Возрастные группы 7, 8, 10, 11, 13, 14 и 15 лет являлись контрольными.

С целью определения суточного поступления фторида у детей школьного возраста, проживающих при биогеохимическом дефиците фторида и йода изучен мониторинг поступления и экскреции фторида у 141 детей, потребляющих и не потребляющих фторированно-йодированную соль.

Суммарную концентрацию фторидов (ионы и комплексные соединения) в моче и фторированно-йодированной соли определяли потенциометрическим методом (ГОСТ 4386-89). Для этого использовали электродную систему, состоящую из фторид-селективного и вспомогательного хлор-серебряного электродов. Для определения содержания фторидов в моче использовали 20 мл образца.

Сбор мочи проводили в течение 9-24 часов. Образцы обрабатывали цитратно-этанольным буферным раствором в соотношении образец: буфер=2:1 и измеряли концентрацию фторидов иономером ЭВ-74.

Для определения содержания фтора в фторированно-йодированной соли из различных частей пакета брали несколько проб весом по одному грамму. Пробу помещали в стакан емкостью 50 мл, прибавляли 19 мл дистил-

лированной воды, перемешивали и прибавляли 2 мл цитратно-этанольного буфера и снова перемешивали. В жидкость опускали фторселективный и хлор-серебряный электроды, затем измеряли разность потенциалов иономера и рассчитывали концентрацию фтора в моль/л, а затем вычисляли содержание фтора в 1 кг соли (мг/кг).

С целью определения суточного поступления фторидов рассчитывали следующие показатели:

- продолжительность сбора мочи (в часах);
- скорость выделения мочи (в мл/ч), путем деления ее объема на продолжительность сбора;
- скорость экскреции фторида (в мкг/ч), которая выражалась умножением скорости выделения мочи на концентрацию в ней фторида.

Показатель интегральной суточной экскреции фторида с мочой (ИСЭФМ) определяли по формуле [1]:

$$ИСЭФМ = \frac{СЭФ \cdot t}{100} (мг)$$

где СЭФ – скорость экскреции фторида;

t – продолжительность сбора мочи;

1000 – коэффициент пересчета мкг в мг.

Суточное поступление фторида (мг) в организм детей рассчитывали умножая ИСЭФМ на 2 [1].

Результаты и их обсуждение

Данные о содержании фторида в потребляемой детьми школьного возраста поваренной соли представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Содержание фторида в потребляемой фторированно-йодированной соли (мгF/kg)

Содержание фторида	2002 г	2003 г	2004 г
В 1 кг соли	140,3±5,86	280,2±6,48	298,9±3,14
В 5 г соли (суточная норма)	0,701±0,029	1,40±0,03	1,50±0,02

Если учесть, что норма поступления поваренной соли школьниками составляет 5 г в сутки, то в организм ребенка, с учетом использования фторированно-йодированной соли с содержанием 300,0 мгF/kg должно дополнительно поступать 1,5 мг фторида.

Таким образом, теоретический расчёт показал, что реальное суточное поступление фторида в I год исследования составило 0,7 мг, во II год 1,4 мг и в III год исследования 1,5 мг.

Нами установлено, что у детей школьного возраста, проживающих в условиях биогеохимического дефицита фторидов и йодидов, скорость экскреции фторида с мочой составила $8,37 \pm 0,82$ мкг/ч, медиана концентрации фторида в моче – $0,336 \pm 0,023$ мг/л. Показатели интегральной суточной экскреции фторида с мочой составили $0,202 \pm 0,020$ мг и соответственно СПФ $0,403 \pm 0,039$ мг (табл. 2).

Кариеспревентивные меры в течение одного года приводили к достоверному повышению концентрации фторида в моче до $0,42 \pm 0,035$ мг/л, ($p < 0,05$). Уровень экскреции фторида с мочой составил $10,61 \pm 1,28$ мкг/ч. Уровень ИСЭФМ составил $0,255 \pm 0,031$ мг, а СПФ $0,510 \pm 0,062$ мг.

В группе школьников, в рационе которых фторидные пищевые добавки отсутствовали, исследуемые показатели были ниже и соответственно составили: концентрация фторида в моче – $0,368 \pm 0,043$ мг/л, уровень экс-

креции фторида – $6,74 \pm 0,874$ мкг/ч ($p < 0,05$), уровень ИСЭФМ $0,162 \pm 0,021$ мг ($p < 0,05$) и СПФ $0,324 \pm 0,042$ мг ($p < 0,05$).

К концу первого года исследования уровень суточного поступления фторида в профилактической группе школьников, принимающих фторидные добавки (СПФ – 0,510 мг) и контрольной (СПФ – 0,324 мг), не принимающих их, несмотря на различия и более высокий уровень СПФ в профилактической группе, по схеме суточных уровней поступления фторидов в организм человека (ВОЗ, 1984) [1] соответствовал уровню «очень низкий» (0,1–0,6 мг – очень низкий), как в профилактической, так и контрольной группе школьников. Такую ситуацию можно объяснить тем, что теоретическое суточное поступление фторида (0,7 мг) в соответствии с паспортной оценкой содержания фторида в соли (140,3 мг/kg) в первый год исследования не соответствовало норме суточных поступлений (ВОЗ, 1984) фторидов (1,5 мг) и был ниже безопасных с токсикологической позиции норм суточных доз фторида и адекватных норм для достижения профилактического эффекта, принятых для детей школьного возраста (1,5–2,5 мг/сут) Циркуляр Департамента Здравоохранения США (1985 [1, 12].

Кариеспревентивные меры к концу второго года исследования привели к значительному увеличению исследуемых показателей

Таблица 2.

Мониторинг суточной экскреции фторидов у школьников при профилактике кариеса зубов
фторированно-йодированной солью

Показатели	До профи- лактики M±m (min-max)	Группы	Сроки обследования									
			Через 1 год			Через 2 года			Через 3 года			
			M±m (min-max)	P ₀	P ₁	M±m (min-max)	P ₀	P ₁	P ₁	P ₀	P ₁	P ₁
Скор. экскреции фтора, мкг/ч	8,37±0,82 (1,31-18,17)	Опыт.	10,61±1,28 (3-29,48)			45,37±4,18 (9,26-77,54)	0,001	0,001		0,001	0,001	
		Контр.	6,74±0,874 (1,18-17,9)		0,05	15,74±2,09 (1,33-32,2)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,01	0,001
К-ция фтора в моче, мг/л	0,336±0,023 (0,142-0,576)	Опыт.	0,42±0,035 (0,19-0,95)	0,05		1,82±0,15 (0,86-3,89)	0,001	0,001		0,001	0,001	
		Контр.	0,368±0,043 (0,076-0,878)	0,01		0,681±0,077 (0,21-1,38)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
ИСЭФМ, мг	0,202±0,020 (0,031-0,436)	Опыт.	0,255±0,031 (0,072-0,708)			1,058±0,098 (0,222-1,861)	0,001	0,001		0,001	0,001	
		Контр.	0,162±0,021 (0,028-0,430)		0,05	0,380±0,050 (0,032-0,773)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
СПФ, мг	0,403±0,039 (0,062-0,872)	Опыт.	0,510±0,062 (0,144-1,416)			2,115±0,197 (0,444-3,722)	0,001	0,001		0,001	0,001	0,05
		Контр.	0,324±0,042 (0,056-0,860)		0,05	0,761±0,100 (0,064-1,546)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

Примечание: Статистическая достоверность: P₀ – относительно до профилактики, P₁ – относительно через 1 год, P₂ – относительно через 2 года, P₁ – относительно опытной группы.

Концентрация фторида в моче увеличилась до $1,82 \pm 0,15$ мг/л, уровень экскреции фторида с мочой до $45,37 \pm 4,18$ мкг/ч, уровень ИСЭФМ поднялся до $1,058 \pm 0,098$ мг, а СПФ до $2,115 \pm 0,197$ мг. В контрольной группе школьников исследуемые показатели были достоверно ниже. Концентрация фторида в моче составила $0,681 \pm 0,077$ мг/л ($p < 0,001$), уровень экскреции фторида с мочой $15,74 \pm 2,09$ мкг/ч ($p < 0,001$), уровень ИСЭФМ составил $0,380 \pm 0,050$ мг ($p < 0,001$), СПФ – $0,761 \pm 0,100$ мг ($p < 0,001$).

К концу второго года исследования уровень суточного поступления фторида в профилактической группе школьников, принимающих фторидные добавки (СПФ – $2,115$ мг), по схеме суточных уровней поступления фторидов в организм человека соответствовал уровню «оптимальный» ($1,5-4,0$ мг – оптимальный), в контрольной группе школьников, не принимающих фторидные добавки, уровень суточного поступления фторида (СПФ – $0,761$ мг) соответствовал уровню «низкий» ($0,7-1,4$ мг – низкий). Это можно объяснить тем, что теоретическое суточное поступление фторида ($1,40$ мг) в соответствии с паспортной оценкой содержания фторида в соли ($280,2 \pm 6,48$ мг/кг) практически соответствовал норме суточных уровней поступления фторида в организм человека (ВОЗ, 1984), а также суточным дозам фторида для детей школьного возраста ($1,5-2,5$ мг), принятых Циркуляром Департамента Здравоохранения США (1985) [1, 12].

К концу третьего года исследования исследуемые параметры практически не изменились и остались на уровне, полученном к концу второго года кариеспрофилактических

мероприятий. В группе школьников, употребляющих фторированно-йодированную соль, концентрация фторида в моче составила $1,68 \pm 0,100$ мг/л. Скорость экскреции фторида с мочой $45,2 \pm 3,19$ мкг/ч, уровень ИСЭФМ – $1,085 \pm 0,076$ мг, а СПФ – $2,175 \pm 0,162$ мг.

В группе школьников, в рационе которых фторидные добавки отсутствовали, показатели были достоверно ниже. Концентрация фторида в моче составила – $0,599 \pm 0,065$ мг/л ($p < 0,001$), скорость экскреции фторида с мочой – $17,39 \pm 1,598$ мкг/ч ($p < 0,001$), уровень ИСЭФМ – $0,334 \pm 0,030$ мг ($p < 0,001$), СПФ – $0,667 \pm 0,061$ мг ($p < 0,001$).

Таким образом, трехлетнее потребление фторированно-йодированной соли приводило к увеличению суточного потребления фторидов СПФ с $0,403 \pm 0,039$ мг до $2,175 \pm 0,162$ мг ($+1,772$ мг или увеличение в $5,40$ раза). У школьников, в рационе которых фторированно-йодированная соль отсутствовала, показатель СПФ к концу исследования составил только $0,667 \pm 0,061$ мг ($+0,264$ мг или увеличение $1,66$ раза).

Анализ данных о СПФ в организм показал, что фактическое поступление фторидов в организм школьников, потребляющих фторированно-йодированную соль, оказалось в пределах теоретически ожидаемого. Т.М. Марталер [8] сообщает, что дети, которые в течение трёх лет потребляли фторированную соль (250 мгF/кг), выделяют $31-48$ мкг фтора в час, что полностью соответствует полученным нами данным – $45,2 \pm 3,19$ мкг/ч.

ВОЗ в 1984 году была принята схема суточных уровней поступления фторида в организм человека [1]:

$0,1-0,6$ мг – очень низкий;

ре- 0,7-1,4 мг – низкий;
ль, 1,5-4 мг – оптимальный;
ала 5-12 мг – высокий (вызывающий флюороз
ри- зубов и костей);
DM 20 мг и более – очень высокий.

Если сравнить полученные нами данные со стандартами (ВОЗ, 1984) суточных уровней поступления фторидов в организм человека, то полученный уровень СПФ в группе школьников, употребляющих фторидные добавки ($2,175 \pm 0,162$ мг), относится к уровню «оптимальный» (1,5-4 мг), не употребляющих фторидные добавки ($0,667 \pm 0,061$ мг) – к уровню «низкий» (0,7-1,4 мг).

Циркуляром Департамента Здравоохранения США (1985) безопасными с токсикологической позиции и адекватными для достижения профилактического противокариозного эффекта считаются следующие суточные дозы фторида для детей и взрослых [1, 12]:

дети до ½ года ... 0,1-0,5 мг

от ½ до 1 года ... 0,2-1,0 мг

1-3 года ... 0,5-1,5 мг

4-6 лет ... 1,0-2,5 мг

7-10 лет ... 1,5-2,5 мг

11-19 лет ... 1,5-2,5 мг

Взрослые ... 1,5-4,0 мг

Таким образом, для детей школьного воз-

Таблица 3.

ижние и верхние физиологические уровни суточного поступления фторида для лиц разного возраста

Возраст	Нормы FAO		Уровни поступления фторида (мг)			
	Масса тела, кг	Энергозатраты МДж	Пропорционально массе тела		Пропорционально энергозатраты	
			Нижний	Верхний	Нижний	Верхний
До 1 года	7,30	3,40	0,17	0,45	0,40	1,08
1-3	13,40	5,70	0,31	0,82	0,68	1,81
4-6	20,20	7,60	0,47	1,24	0,90	2,41
7-9	28,10	9,20	0,65	1,73	1,10	2,92
10-12						
-Девочки	38,10	9,80	0,88	2,34	1,17	3,11
- Мальчики	36,90	10,90	0,85	2,27	1,30	3,46
13-15						
-Девочки	49,90	10,40	1,15	3,07	1,24	3,30
- Мальчики	51,30	12,10	1,18	3,16	1,44	3,84
16-19						
-женщины	54,40	9,70	1,26	3,35	1,15	3,08
-мужчины	62,90	12,80	1,45	3,87	1,52	4,06
Взрослые						
-женщины	55,0	9,20	1,27	3,38	1,10	2,92
-мужчины	65,0	12,60	1,50	4,00	1,50	4,00

раста (7-16 лет), физиологический уровень суточного поступления фторида составляет 1,5-2,5 мг.

Полученный нами у детей школьного возраста, употребляющих в течение 36 месяцев фториды посредством фторированно-йодированной соли, суточный уровень поступления фторида $2,175 \pm 0,162$ мг согласно циркуляру Департамента Здравоохране-

продуктов) на массу тела и энергозатраты (отправные точки расчёта: масса тела взрослого мужчины – 65 кг, энергозатраты – 12,6 МДж, минимальное поступление фторида 1,5 мг, максимальное – 4 мг) (табл. 3).

На основании этих расчётов Т.М.Marthaler предложил так называемые «консервативные» уровни суточного поступления фторида (табл. 4).

Таблица 4.

Повозрастные «консервативные» уровни суточного поступления фторида

Возраст	Уровни поступления фторида (мг) пропорциональные			
	Масса тела		Энергозатратом	
	Нижний	Верхний	Нижний	Верхний
До 1 года	0,16	0,33	0,39	0,78
1-3	0,30	0,60	0,66	1,31
4-6	0,45	0,90	0,87	1,75
7-9	0,63	1,25	1,06	2,12
10-12				
-Девочки	0,85	1,70	1,13	2,26
-Мальчики	0,82	1,65	1,25	2,51
13-15				
-Девочки	1,11	2,23	1,20	2,39
-Мальчики	1,14	2,29	1,39	2,78
16-19				
-женщины	1,21	2,43	1,12	2,23
-мужчины	1,40	2,81	1,47	2,95
Взрослые				
-женщины	1,23	2,45	1,06	2,12
-мужчины	1,45	2,90	1,45	2,90

ния США (1985), является физиологичным и безопасным с точки зрения токсичности. Т.М.Marthaler [1, 5] рассчитал (табл. 3) возрастные границы поступления фторида, приняв за основу нормы США по поступлению фторида в организм взрослых и нормы FAO (международная организация по стандартизации пищевых и сельскохозяйственных

Полученные нами данные суточного поступления фторида ($2,175 \pm 0,162$ мг) также соответствуют физиологическим «консервативным» уровням суточного поступления фторидов пропорциональные массе тела и пропорциональные энергозатратом как для детей школьного возраста, так и взрослых, разработанных Т.М.Marthaler [1].

Полученные результаты свидетельствуют, что содержание фторида $300,0 \pm 50,0$ мг/кг в составе фторированно-йодированной пищевой поваренной соли является оптимальным и безопасным с точки зрения токсичности для потребления детьми школьного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесник А.Г., Персиц М.М. Физиологические уровни суточного поступления фторида в организм человека и методика его определения по экскреции фторида с мочой у детей при внедрении системных методов фторидпрофилактики кариеса зубов. Методические рекомендации. М., 1996, 24 с.
2. Gillespie G.M., Baez R. Development of salt fluoridation in the Americas // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 2005, v. 115, p. 663-669
3. Götzfried F. Legal aspects of fluoride in salt, particularly within the EU // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 2006, v. 116, p. 371-375
4. Ketley C.E., Cochran J., Holbrook W.P. et al. Urinary fluoride excretion by preschool children in six European countries // Community Dent. Oral Epidemiol., 2004, v. 32, p. 62-68
5. Marthaler T.M. Monitoring of renal fluoride excretion in community preventive programmes on oral health. World Health Organization, Geneva, 1999
6. Marthaler T.M., Schulte A.G., Monitoring salt fluoridation programs through urinary excretion studies // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 2005, v. 115, p. 679-684
7. Marthaler T.M., Pollak G.W. Salt fluoridation in Central and Eastern Europe // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 2005, v. 115, p. 670-674
8. Marthaler T.M., Steiner M., Menghini G. et al. Urinary fluoride excretion in children with low fluoride intake or consuming fluoridated salt // Caries Res., 1995, v. 29, p. 26-34
9. Schulte A.G. Salt fluoridation in Germany since 1991 // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 2005, v. 115, p. 659-662
10. Tramini P. Salt fluoridation in France since 1986 // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 2005, v. 115, p. 656-658
11. Villa A. Critical evaluation of previously published data on the fractional urinary fluoride excretion in your children // Comm. Dent. Health., 2004, v. 21, p. 155-160
12. WHO, World Health Organization: Fluorides and Oral Health. WHO Technical Report Series Nr. 846, Geneva, 1994

XÜLASƏ

FLÜORLAŞDIRILMIŞ VƏ YODLAŞDIRILMIŞ DUZLA KARIYESİN PROFİLAKTİKASIN-
DA MƏKTƏBLİLƏRİN ORQANİZMİNƏ FLÜORUN QƏBULUNA NƏZARƏT EDİLMƏSİ

Əhmədbəyli R.M.

Azərbaycan Tibb Universiteti
Terapevtik stomatologiya kafedrası**Açar sözlər:** fluoridlər, kariyes, profilaktika

Flüorun və yodun biogeokimyəvi çatmamazlığı şəraitində flüorlaşdırılmış və yodlaşdırılmış duz istifadə etməklə tətbiq olunan kariyes-profilaktik proqramlara duzun tərkibində flüorun miqdarına, eləcə də flüorun orqanizmə fizioloji hədd çərçivəsində qəbuluna nəzarət etmək vacibdir.

Üç il ərzində flüorlaşdırılmış və yodlaşdırılmış (300 ± 50 ppmF, 40 ± 10 ppmI) duzun istifadəsi məktəblilərin orqanizmində flüorun sutkalıq qəbulunu $0,403 \pm 0,039$ mq-dan $2,175 \pm 0,162$ mq-a qədər (+1,772 mq və ya 5,40 dəfə artım) artırmışdır.

Qida rasionunda flüorlaşdırılmış və yodlaşdırılmış duz olmayan məktəblilərdə flüorun sutkalıq qəbulu tədqiqatın sonunda $0,667 \pm 0,061$ mq (+0,264 mq və ya 1,66 dəfə artım) təşkil etmişdir.

Tədqiqat nəticəsində aldığımız $2,175$ mq flüorun sutkalıq qəbulu səviyyəsi ÜST tərəfindən qəbul olunmuş flüorun orqanizmə sutkalıq qəbulu sxeminə əsasən «1,5-4,0 mq - OPTİMAL» səviyyəyə uyğundur. Sutkalıq qəbul olunan $0,667$ mq flüor səviyyəsi isə həmin sxem üzrə «0,7-1,4 mq - AŞAĞI» səviyyəyə uyğundur.

Beləliklə, flüorun miqdarı 300 ± 50 ppmF həcmində məktəbyaşlı uşaqların orqanizmi üçün optimal və təhlükəsiz sayılması məqsədəuyğundur.

SUMMARY

FLUORIDE INCOME CONTROL IN ORGANISM OF SCHOOLCHILDREN UNDER PRE-
VENTION OF DENTAL CARIES WITH USE OF FLUORIDATED AND IODIZED SALT

Ahmedbeyli R.M.

Azerbaijan Medical University
Department of Therapeutic Stomatology**Key words:** fluoride, caries, preventiv

Related to the application of the caries-preventive measures by using of fluoridated and iodized salt in condition of biogeochemical deficiency of fluoride and iodide it is important to control content of fluoride in salt and fluoride income in physiological rate into organism of schoolchildren.

Three-years consumption of fluoridated and iodized salt (300 ± 50 ppmF and 40 ± 10 ppmI) stimulated increase of daily fluoride income into organism of schoolchildren from $0,403 \pm 0,039$ mg to $2,175 \pm 0,162$ mg (+1,772 mg or increasing in 5,40 times).

In children have not consumed fluoridated and iodized salt (used only iodized salt, not fluoridated) increasing of daily fluoride income changed only to $0,667 \pm 0,061$ mg (+0,264 mg or increasing in 1,66 times).

The daily fluoride income rate in $2,175$ mg matches to the "1,5-4,0 mg - OPTIMAL" level respectively to scheme of Daily Fluoride Income Levels of WHO.

The daily fluoride income rate in $0,667$ mg matches to the "0,7-1,4 mg - LOW" one.

In conclusion – content of 300 ± 50 ppmF in fluoridated and iodized salt is optimal and safety for organism of schoolchildren.

UŞAQ YAŞLARINDA ORTODONTİK YARDIMA OLAN EHTİYACIN SİSTEMLƏŞDİRİLMƏSİ

N.S.Həsənlı

Azərbaycan Tibb Universiteti
Uşaq stomatologiyası kafedrası

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 23 2016

Açar sözlər: diş-çənə anomaliyaları, uşaq yaşları, ortodontik müalicəyə ehtiyac, sistemləşdirmə.

Mövzunun aktuallığı.

Dünyanın bir sıra dövlətlərində aparılmış stomatoloji tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, əhali arasında diş-çənə sisteminin anomaliyaları kütləvi xarakter almışdır. Diş-çənə anomaliyalarının bəzi formalarının yayılma göstəricilərinin hətta 90%-ə qədər artması faktının mövcudluğu bu barədə ciddi düşünməyin gərəkli olmasına əsas verir (1, 4).

Diş-çənə sistemində olan anomaliyalar nəticəsində insanın zahiri görkəmində, çeynəmə funksiyasında, nitqində yaranan qüsurlar və dəyişikliklər insan psixikasında yararsızlıq kompleksli adlanan halın inkişaf etməsinə səbəb ola bilər (7). Bu baxımdan, diş-çənə anomaliyalarının vaxtında aşlar edilərək düzgün müalicə olunması gələcək ağırlaşmaların qarşısını ala bilər (2, 3). Lakin araşdırmalarımız göstərir ki, ortodontik yardıma ehtiyacı olanların yalnız az bir qisminə lazımi ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilir. Əhaliyə göstərilən ortodontik yardımlar sırasında çox vaxt keyfiyyətsiz ortodontik aparatların düzəldilməsi, göstəriş olmadan və ya səhv konstruksiyaların hazırlanması faktının olması da danılmazdır. Belə qeyri-peşəkar müalicədən sonra əmələ gələn fəsadların aradan qaldırılması daha da mürəkkəb bir prosesə çevrilir.



Bu halda diş-çənə sistemindəki anomaliyaya düzgün aparılmayan müalicə nəticəsində yaradılmış ikincili deformasiya da qoşulur ki, bu da gələcək müalicəni olduqca ağırlaşdırır (5, 6).

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatoloji klinikasına müraciət edən uşaqların ortodontik yardıma olan ehtiyacını müəyyənləşdirmək və sistemləşdirmək olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatoloji klinikasına müraciət edən, Bakı şəhərində, həmçinin Azərbaycan Respublikasının digər şəhər və rayonlarında daimi yaşayan, diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formalarının – dişlər, diş sıraları və dişləm anomaliyaları olan 12-15 yaş aralığında 620 nəfər xəstə arasında stomatoloji müayinələr aparılmışdır. Diş-çənə anomaliyalarının sistemləşdirilməsində Enqlin, həmçinin bəzi əlavələrlə Kalvelisin təsnifatından istifadə edilmişdir. Diş-çənə anomaliyalarının ortodontik yardıma ehtiyacını müəyyənləşdirərkən aşağıdakıları nəzərə almışıq: anomaliyanın növünü, mayinə edilənin yaşını və onun ümumi vəziyyətini, diş-çənə sistemindəki morfoloji, funksional və estetik qüsurların dərəcəsini, diş-çənə sisteminin hansı inkişaf mərhələsində olmasını,

öz-özünü tənzimləmə ehtimalının olması və s. Statistik təhlil Ms Excel proqramında həyata keçirilmişdir. Tədqiqat nəticəsində alınan nəticələrin orta qiyməti və onların statistik baxışdan dürüstlüyü variasion statistika metodu ilə, parametrik və qeyri-parametrik metodların köməyi ilə müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri.

Aparadığımız tədqiqatlar nəticəsində diş-çənə anomaliyası olan uşaqları 3 qrupa ayırmışıq.

Birinci qrupa daxil edilən yeniyetmələr diş-çənə anomaliyası olanların $75,3 \pm 1,01\%$ -ni təşkil etmişdir. Bu qrupda çıxan və çıxmayan ortodontik aparatlardan istifadə etməklə aktiv ortodontik müalicənin aparılması tövsiyə olunmuşdur. Distal dişləmli yeniyetmələrin $76,6\%$ -nin, mezial dişləmlilərin $80,4\%$ -nin, dərin dişləmlilərin $61,5\%$ -nin, açıq dişləmlilərin $86,2\%$ -nin, çarpaz dişləmlilərin $69,8\%$ -nin aparatlarla aktiv ortodontik müalicəyə ehtiyacının olması müəyyən edilmişdir. Diş cərgəsində trema və diastema olanların $42,9\%$ -i, diş cərgəsində dişlərin sıxlığı olanların $91,3\%$ -i, diş cərgəsində dişlərin yerləşmə anomaliyası olanların $68,4\%$ -i, dişin say anomaliyası olanların $23,4\%$ -i də bu qrupa daxil edilmişdir. Dişin forma, ölçü və struktur anomaliyası olanlarda isə aktiv ortodontik müalicəyə zərurət olmadığından, bu göstərici 0-ra bərabər olmuşdur.

İkinci qrupa daxil edilən yeniyetmələr diş-çənə anomaliyası olanların $16,8 \pm 2,07\%$ -ni təşkil etmişdir. Bu qrupda zərərli vərdişlərin tərgidilməsi, ağız ətrafı, dil və dodaq əzələlərinin miogimnastikası, xüsusi tənəffüs hərəkətləri, bioloji aktiv nöqtələrə təsir, lazer işığının təsiri, ortodontik treynərlərdən istifadə kimi profilaktik tədbirlər kompleksi tövsiyə olunmuşdur. Profilaktik aparatlar, zərərli vərdişlər (barmaq-

ların, dilin, müxtəlif əşyaların sorulması), dilin qeyri-düzgün vəziyyəti, ağız tənəffüsü, süd və daimi dişlərin erkən itirilməsi nəticəsində yaranacaq diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının qarşısının alınması üçün çox vacibdir. Distal dişləmli yeniyetmələrin $11,2\%$ -nin, mezial dişləmlilərin $6,8\%$ -nin, dərin dişləmlilərin $17,6\%$ -nin, açıq dişləmlilərin $4,7\%$ -nin, çarpaz dişləmlilərin $9,9\%$ -nin bu kimi profilaktik tədbirlərə ehtiyacının olması müəyyən edilmişdir. Diş cərgəsində trema və diastema olanların $10,1\%$ -i, diş cərgəsində dişlərin sıxlığı olanların $6,1\%$ -i, diş cərgəsində dişlərin yerləşmə anomaliyası olanların $13,7\%$ -i, dişin say anomaliyası olanların $48,9\%$ -i də bu qrupa daxil edilmişdir.

Üçüncü qrupa daxil edilən yeniyetmələr diş-çənə anomaliyası olanların $7,9 \pm 2,18\%$ -ni təşkil etmişdir. Bu qrupa daxil edilən şəxslər ildə iki dəfə olmaqla həkim-ortodont müşahidəsində (nəzarətində) olmaq tövsiyə edilmişdir. Distal dişləmli yeniyetmələrin $12,2\%$ -nin, mezial dişləmlilərin $12,8\%$ -nin, dərin dişləmlilərin $20,9\%$ -nin, açıq dişləmlilərin $9,1\%$ -nin, çarpaz dişləmlilərin $20,3\%$ -nin həkim-ortodont¹ müşahidəsinə (nəzarətinə) ehtiyacının olması müəyyən edilmişdir. Diş cərgəsində trema və diastema olanların $47,0\%$ -i, diş cərgəsində dişlərin sıxlığı olanların $2,6\%$ -i, diş cərgəsində dişlərin yerləşmə anomaliyası olanların $17,9\%$ -i, dişin say anomaliyası olanların $27,7\%$ -i də bu qrupa daxil edilmişdir.

Çənələrin böyüməsi və dişlərin çıxması anomaliyaların öz-özünə tənzimlənməsi imkanlarını təyin edir. Bizim fikrimizcə, öz-özünə tənzimlənmənin imkanları bu və ya digər müalicə metodlarının səmərəsi – anomaliyaların etiologiyasından, onun ifadə dərəcəsindən, dişləmin formalaşması dövründən, ön dişlərin və onla-

rın mayalarının yerləşməsindən, həmçinin irsi faktorlardan asılıdır. Öz-özünə tənzimləmənin ümumi göstəricilərinin ölçüsü dişlərin anomal vəziyyətinin korreksiyası ilə bağlıdır. Hesab edirik ki, diş-çənə sistemində pozuntularını aşkar etmək və onları vaxtından aradan qaldırmaq üçün profilaktik müayinələr vacib faktorlardır. Lakin diş-çənə anomaliyalarının yaş aspektində böyümə və inkişafının pozğunluqlarının dərəcə göstəricilərini təyin etmək problemi mövcuddur. Süd dişləri üçün qəbul edilən yaş norması, dəyişən dişlərdə formalaşan patologiya ya da formalaşmış dişləm anomaliyası hesab oluna bilər. Belə ki, anomaliyaların bir hissəsi anatomik normadan cüzi kənaraçıxma olub, dəyişən dişlərdə fizioloji halın həddləri ilə sərhədlənir və heç də həmişə müalicəyə ehtiyac olmur. Bu fakt onunla izah olunur ki, yaş artdıqca pis vərdişlərin təsiri kəsilir, bəzi diş-çənə anomaliyaları öz-özünə tənzimlənir. Bu isə, kiçik məktəb yaşlı uşaqlara ortodontik yardım göstərəkən, öz-özünə tənzimlənməyə olan meyillərdən məqsədayönlü şəkildə istifadə etməyin mümkünliyünü göstərir.

Fikrimizcə, öz-özünə tənzimlənmə barədə olan məlumatları dəqiqləşdirmək üçün uzun müddət müşahidələr aparılmalıdır: bəzi məlumatlar birmomentli və seçmə formada aparıldığı üçün həqiqətə uyğun deyildir. İstənilən patologiyanın, o cümlədən də diş-çənə sisteminin patologiyalarının yayılmasının azaldılması məsələsi, xəstəliyin baş vermə və inkişafı səbəblərinin, həmçinin orqanizmin öz-özünə tənzimlənmə xüsusiyyətinin hərtərəfli, kompleks tədqiqini tələb edir.

Diş-çənə anomaliyalarının yayılma səviyyəsinin yüksək olması ilə əlaqədar olaraq, belə xəstələrin vaxtında adekvat müalicəsinin təşkil

edilməsi çox aktualdır. Ortodontik müalicənin əsas məqsədi diş-çənə sisteminin morfoloji və funksional vəziyyəti arasında harmoniyanın yaradılmasıdır. Həkim-stomatoloqlar həkim-ortodontlarla sıx əlaqədar işləməlidirlər. Bu da parodont xəstəlikləri, gicgah-çənə oynaqının xəstəlikləri olan şəxslərin müalicəsinin keyfiyyətinin yüksəltməyə imkan verir. Diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının aradan qaldırılması üçün aparılan ortopedik müalicədə ortodont mühüm rol oynayır, bu isə diş cərgələrinin tamlığının bərpa edilməsinə imkan verir, diş-çənə sisteminin funksiyası üçün optimal şərait yaradır.

Dişləmin qaydaya salınması problemi üç bərabər əhəmiyyətli aspektə malikdir: tibbi, psixoloji, sosial. Sosial adaptasiya planında estetika və nitq funksiyası birinci dərəcəli əhəmiyyətə malikdir: bunlar insanın peşə yararlılığının elementləri hesab olunurlar.

Ortodontiyada həkimlə xəstə arasındakı əks əlaqə də mühüm əhəmiyyətə malikdir. Əməkdaşlığın effektiv olması üçün xəstənin müalicəyə qarşı neqativ münasibətinin qarşısını alan kompleks tədbirlər vacibdir. Xəstənin müalicəyə olan mənfi münasibətinin əsas səbəbləri bunlardır: müalicə önü qorxu, müalicə mexanizmlərinin başa düşülməməsi, müalicənin müvəffəqiyyətinə inamın olmaması. İxtisaslı və vaxtında ortodontik yardımın göstərilməsi problemi fəvqəladə aktual hesab olunur. İnsanların ağız boşluğunun vəziyyətinə artan marağı həyat keyfiyyətlərinin radikal dəyişiklikləri ilə bağlıdır. Sağlam dişlər – sağlam mədə-bağırsaq traktı, gözəl gülümsəmə və özünə inam deməkdir. Ona görə də ixtisaslı ortodontik yardımın göstərilməsi mühüm əhəmiyyət daşıyır. Lakin müasir ortodontiyanın nailiyyətlərinə baxmayaraq, bəzən müalicə tədbirləri arzu edilən nəticəyə səbəb olmur.

Ortodontun ilkin məsləhəti çox mühüm əhəmiyyətə malikdir. Ilkin məsləhət zamanı xəstə müalicə olunur, müalicənin vacibliyi və qiyməti izah edilir, müalicəyə tələb olunan vaxt və cəhd məsrəfləri təyin edilir. Bu, gələcəkdə mümkün olan konflikt halların aradan qaldırılmasına xeyli kömək edə bilər. Məlumdur ki, stomatoloji müəssələrin xəstələrinin böyük əksəriyyəti müalicə zamanı güclü psixosomasiyalı gərginlik keçirirlər; bu gərginliyi azaltmaq üçün xəstəni müalicə etməmişdən əvvəl məlumatlandırmaq vacibdir. Dünyada daha progressiv müalicə metodu kimi qəbul edilmiş müasir çıxmayan ortodontik texnika – breket sistemi barədə məlumatlandırılmalar vacib sayılmalıdır. Ortodontik yardımın təşkilində ortodontiya şöbəsinin təchizati

mühüm əhəmiyyətə malikdir, bu isə xəstələrə yüksək səviyyədə ortodontik yardım göstərməyə imkan verir. İnsanın dişlərinə həyat keyfiyyətinin yeni faktoru kimi baxışlar, stomatoloji xəstəliklərin profilaktika və müalicəsinə olan yanaşmanın dəyişilməsinə müsbət təkan verir.

Profilaktik tədbirlərin işlənilib hazırlanması üçün, vaxtında protezləmənin aparılması kifayət qədər vacib bir məsələdir. Ona görə də, biz hesab edirik ki, kariyesin ağırlaşmasının nəticəsi kimi, süd və daimi dişlərin erkən itirilməsindən sonra, həmçinin daimi dişlərin ilkin adentiyası zamanı uşaqlarda protezlənmənin aparılması vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, М, 2000, 42 с.
2. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М, 2000, с. 39.
3. Панахов Н.А. Распространение и интенсивность зубочелюстных аномалий у подросткового населения Азербайджана. Вісник стоматології. Украина, Одесса, 2012, вып. 3, №3(80), с. 112-113.
4. Чернышова Л.Е. Дефекты зубных рядов и трансверзальные аномалии окклюзии. Ортодонтический реферативный журнал, 2004, №3, с. 64-65.
5. Huang W.J., Creath C.J. The midline Diastema: A review of its etiology and treatment. USA Pediatr. Dent., 1995, Vol. 17, p. 3-5.
6. Kaminek M. Dental and skeletal traits in the prognosis of orthodontic treatment. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, 2002, Vol. 114, p. 345-354.
7. Proffit W.R. Contemporary orthodontics. 3' ed., St. Louis, 2000, p. 331-337, 344-347.
8. Thilander B., Lennartsson B. A study of children with unilateral posterior cross bite, treated and untreated, in the deciduous dentition. Journal of Orofacial Orthopedics, 2002, Vol. 63, №5, p. 371-383.

РЕЗЮМЕ

СИСТЕМИЗАЦИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.С. Гасанли

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра детской стоматологии

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, детский возраст, нуждаемость в ортодонтическом лечении, системизация.

Целью исследования явилось определение нуждаемости в ортодонтическом лечении детей, обратившихся в стоматологическую клинику. Детей с зубочелюстными аномалиями подразделили на 3 группы. В первую группу ($75,3 \pm 1,01\%$) вошли дети с зубочелюстными аномалиями, которые нуждаются в активном ортодонтическом лечении с использованием съемных и несъемных ортодонтических аппаратов. Во вторую группу ($16,8 \pm 2,07\%$) вошли подростки с зубочелюстными аномалиями, которые нуждаются в профилактических мероприятиях, таких, как упражнения для отвыкания от вредных привычек, миогимнастика околоушных, язычных и щечных мышц, специальные дыхательные упражнения, воздействия на биологические активные точки, в том числе лазерным светом, использование ортодонтических трейнеров. В третью группу ($7,9 \pm 2,18\%$) вошли подростки с зубочелюстными аномалиями, которые нуждаются во врачебном наблюдении два раза в год.

SUMMARY

SYSTEMATICS NEEDS IN ORTHODONTIC TREATMENT IN CHILDHOOD

N.S.Hasanli

Azerbaijan Medical University
Department of Pediatric Dentistry

Keywords: dentomaxillary anomalies, childhood, needs in orthodontic treatment, systematics.

The aim of the study was to determine the needs in the orthodontic treatment of children who applied to the dental clinic. Children with dentomaxillary anomalies were subdivided into 3 groups. The first group ($75,3 \pm 1,01\%$) included children with dentomaxillary anomalies that need active orthodontic treatment with removable and fixed orthodontic appliances. The second group ($16,8 \pm 2,07\%$) included adolescents with dentomaxillary anomalies that require preventive measures such as exercise for the withdrawal of bad habits, miogimnastika circumoral, lingual and buccal muscles, special breathing exercises, the impact on biological active points, including laser light, the use of orthodontic trainers. The third group ($7,9 \pm 2,18\%$) included adolescents with dentomaxillary anomalies that need medical supervision twice a year.

XX МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Развитие стоматологии в современных условиях трудно представить без хорошего базового медико-стоматологического образования. Базовое образование в мире дополняется постоянным повышением квалификации, самоусовершенствованием и постоянной работой над повышением своего профессионального уровня. Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация (АСА) одной из приоритетных направлений своей деятельности считает организацию различных семинаров, симпозиумов, конференций, способствующих получению врачами информации о достижениях современной стоматологии и реализации учёбы по совершенствованию врачами своих профессио-



GLOBAL CONTINUING
EDUCATION PROGRAMME 2015
FDI World Dental Federation
FACILITATING KNOWLEDGE TRANSFER

нальных навыков. В этом свете АСА периодически организует мероприятия в рамках "Global Continuing Education Programme", проводимой FDI по всему миру. Программа конференции 2015 года была составлена с учётом большого интереса азербайджанских врачей к ортодонтии. Состоявшаяся 16-17 октября 2015 года XX Международная стоматологическая конференция была посвя-



Доктор Marzia Segi с коллегами в перерыве



Профессор Erhan Ozdiler с супругой

щена современным методам диагностики и лечения в ортодонтии. Работу конференции приветствовали специальным письмом Президент FDI доктор Patrick Hescot и программный директор " Global Continuing Education Programme " профессор Alexandre Mersel .

В работе конференции приняли участие более ста врачей из Баку и регионов страны. С лекциями выступили зарубежные и отечественные ученые. Большой интерес вызвал программный доклад лектора FDI по ортодонтии dr. **Marzia Segu (Italia)** , возглавляющей Segu Studio di odontoiatria e ortodonzia. Доктор Marzia Segu является признанным в мире учёным в области теории и практики зубочелюстных аномалий. Её доклад включал в себя очень богатый клинический материал собственных исследований и охватывал все разделы патологии зубо-челюстной системы.

Большой интерес участников вызвали доклады ведущего ортодонта Турции (как известно, ортодонтическая школа Турции относится к числу сильнейших) профессора, доктора **Erhan Ozdiler**: "Evaluation of Stomatognathic functions of the assessment of orthodontics" и "Treatment with botox". Доклады вызвали большой интерес присутствующих и способствовали активному обмену мнениями. Хорошо подготовились к конференции и выступающие из Азербайджана : доктор философии медицины , доцент Заур Новрузов , доктор философии медицины , доцент Рамида Шадлинская , доктор философии медицины , доцент Саида Гулиева.

На второй день конференции был проведен мастер-класс.

Гюльмамедова Т.Ю.

ALT ÜÇÜNCÜ BÖYÜK AZI DİŞİ CƏRRAHİYYƏSİNDƏ LEVOBUPİVAKAİNİN POSTOPERATİV ÖDEMƏ TƏSİRİ

E. F. Nəcəfov

N. Tusi adına klinika

Açar sözlər: alt üçüncü böyük azı diş, levobupivakainin, retensiya.

Müasir üz çənə cərrahiyyəsində retensiyalı diş əməliyyatları sıxlıqla olunmaqdadır. Bu əməliyyatlardan sonra ortaya çıxan ödem, trismus, ağrı kimi ağırlaşmalar çox zaman qaçınılmaz olur. Bu səbəbdə bu ağırlaşmalara ən az sallmaq üçün bir çox çalışmalar aparılmış və fərqli anestetik və başqa maddələr istifadə olunmuşdur.

Retensiyalı alt üçüncü böyük azı diş əməliyyatlarında rutin olaraq, daha geniş olaraq artikain və ya lidokain tərkibli anestetik maddələr istifadə olunur. Çünki bu maddələr daha sürətli anesteziya ortaya çıxardır və təsiri daha qısa zamanlı olur. Bu araşdırmada istifadə olunmuş levobupivakain isə daha uzun vaxtda təsirə malik olub və tərkibində heç bir vazokonstriktor olmamasına baxmayaraq vazokonstriktor təsir göstərməkdədir [6].

Bu araşdırmanın məqsədi, klinikamızda rutin olaraq istifadə olunan artikain ilə üz çənə cərrahiyyəsində az istifadə olunan levobupivakainin, retensiyalı alt üçüncü böyük azı diş cərrahiyyəsindən sonra ödemə təsirlərinin qarşılaşdırılmasıdır.

Material və metod

Bu araşdırmada heç bir sistem xəstəliyi olmayan və ən az bir retensiyalı alt üçüncü böyük



azı diş olan 100 xəstə iştirak etmişdir. Retensiyanın çətinlik dərəcəsi Parant şkalasına [10] görə dəyərləndirilmişdir. Bu şkalaya görə II-IV çətinlik dərəcəsinə malik dişlər araşdırmaya daxil edilməmişdir. Lokal infeksiyası olan, bir ay müddətində antibiotik və ya ağrıkəsici

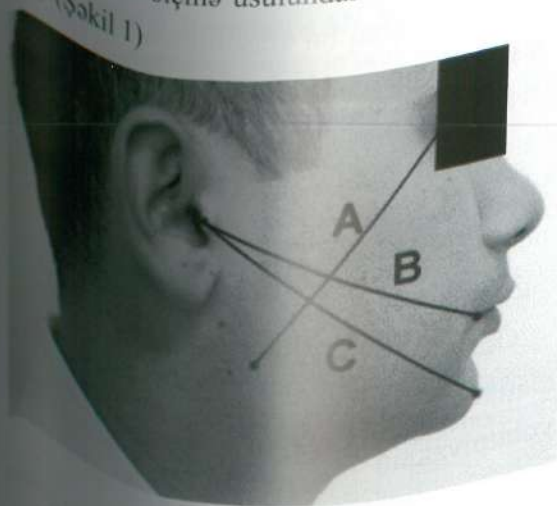
istifadə edən, periodontal problemi olan, siqaret və spirtli içki qəbul edən, hamiləliyə qarşı dərman istifadə edən və əmizdirmə dönməndə olanlar araşdırmaya daxil edilmədi. Postoperativ olaraq infeksiya əmələ gələn xəstələr də araşdırmadan çıxarıldı.

Araşdırmada iştirak edən xəstələrin hamısı, Səlcuq Universiteti Diş Həkimliyi Fakültəsi Ağız Diş və Çənə Cərrahiyyəsi kafedrasına retensiyalı alt üçüncü böyük azı dişin çəkilməsi üçün müraciət etmiş, yaş aralığı 18-40 olan xəstələr arasından təsadüfi seçilmişdir.

Bütün əməliyyatlar eyni cərrah tərəfində aparıldı. Xəstələr iki qrupa bölünərək, bir qrupa 0,25%-lik levobupivakain (Chirocaine, Abbott Laboratoriyaları, Nycomed Pharma Norveç), digər qrupa isə artikain (Ultracain DS Forte, Sanofi-Aventis, Almaniya) istifadə edildi. Bu anestetiklərdən biri təsadüfi seçilərək alveolaris inferior anesteziyası və bukkal anesteziya edildi. İkinci böyük azı dişin orta üçlüyündən keçəcək şəkildə vertikal komponentli kəsik aparılaraq,

envelop fleb qaldırıldı. Retensiyalı dişin ətrafındakı sümük rond və fissur frezalarla qaldırılaraq, lazım olduğunda diş kron kök olaraq ayrılaraq diş çekimi aparıldı. Yara yeri 3.0 ipek sapla ikildi. Xəstələrə postoperativ amoksisillin 500 mg 3x1, parasetamol 500 mg 2x1 və xlorheksidin glukonat yazıldı.

Ödəmi dəyərləndirmək üçün preoperativ və postoperativ ikinci və yeddinci günlərdə ölçmə aparıldı. Bu dəyərləndirmədə Üstün və həmkarlarının ödəmi ölçmə üsulundan istifadə olundu [14]. (Şəkil 1)



Əldə olunan məlumatların SPSS proqramı ilə statistik dəyərləndirilməsi aparıldı. Mann-Whitney U və Wilcoxon W testləri istifadə olundu.

Müzakirə

Bu araşdırmada asimptomatik retensiyalı alt üçüncü böyük azı dişi olan 100 xəstə iştirak etmişdir. Xəstələrin yaşları 18-40 arası olmuşdur. Əməliyyat sonrası infeksiya əmələ gələn və ikinci və yeddinci günləri kontrola gəlməyən xəstələr araşdırmadan çıxardılmışdır.

Xəstələr təsadüfi iki qrupa bölünərək, bir qrupa artikain, digər qrupa isə levobupivakain ilə anesteziya olundu.

Əməliyyatlar tək cərrah tərəfindən eyni üsulla aparılmışdır. Əməliyyatların ortalama vaxtı $16,33 \pm 5,76$ dəqiqə olmuşdur. Ödəmi dəyərləndirmək üçün preoperativ ölçmələr alındı. Bunun üçün Üstün və həmkarlarının üsulundan istifadə edilmişdir. Xəstələr postoperativ ikinci və yeddinci günlərdə çağırılaraq müvafiq ölçmələr alınmışdır. Daha sonra əldə edilən məlumatlar statistik dəyərləndirilmişdir (Sxem 1-2).

Statistik dəyərləndirmənin nəticəsinə görə hər iki qrup arasında anlamlı fərq tapılmışdır

Sxem 1

Ödəm

Anestetik maddə	2. gün	7. gün
Grup I	$2,288 \pm 1,841$	$0,032 \pm 0,17$
Grup II	$2,99 \pm 1,7939$	$0,184 \pm 0,43$
Toplam	$2,639 \pm 1,8423$	$0,108 \pm 0,3341$

Sxem 2

Ödəm

Olunan testlər	2. gün	7. gün
Mann-Whitney U	927,000	1,049E3
Wilcoxon W	2,202E3	2,324E3
p dəyəri	0,026	0,014

($P < 0,005$). Levobupivakain olunan xəstələrdə artikain olunan xəstələrə görə daha az ödem görünmüşdür.

Postoperativ ödem alt üçünü azı diş cərrahiyyəsindən sonra gözlənilən vəziyyətdir. Ödəmi azaltmaq üçün çox zaman preoperativ kortikosteroidlər istifadə olunmaqdadır. İnflamasiya, ağrı və ödəmi kontrol etmək üçün, sərtliyi azaltmaq və dağılmasını asanlaşdırmaq üçün yerli soyuq tətbiqi geniş yayılmışdır [3, 15]. Lakin başqa bir araşdırmada göstərilmişdir ki, üzə istifadə olunan buz torbaları xəstənin daha rahat hiss etməsinə səbəb olur, ancaq ödəmin həcminə təsir etməz [5]. Ödem ümumiyyətlə əməliyyat sonrası ikinci gündə ən yüksək səviyyəsinə çatır və 5-7-ci günlərdə azalmağa başlayır.

Retensiyalı üçüncü böyük azı dişinin cərrahiyyəsi ilə əlaqədar əmələ gələn toxuma zədələnməsi, müxtəlif endogen proinflammator birləşmələrin ifrazatı və ya sintezinin qıcıqlandırılması ilə əlaqədardır [7]. Proinflammator birləşmələrin xüsusi bir sinfi də, araxidon turşusu metabolitləridir. Toxuma zədələnməsində ödem və hiperalgeziyanın əmələ gəlməsində müxtəlif araxidon turşu metabolitləri rol oynayır [4].

Retensiyalı alt üçüncü böyük azı diş cərrahiyyəsi sonrası üzde əmələ gələn ödəmin həcmi yaş və cinsiyyətə də bağlıdır. Belə ki, 40 yaş üzərində xəstələrdə ödem daha sıx görünür [16].

Əməliyyat sonrası əmələ gələn ödem haqqında aparılmış çalışmaların çoxunda kortikosteroidlər istifadə olunmuşdur [1,8,9,12].

J.P. Rood və həmkarlarının apardıqları bir araşdırmada 0,75% levobupivakain, 2% liginokain və plasebonun postoperativ ağrıya təsirlərini yoxlamışlar. Levobupivakain verilən xəstələrdə daha aşağı VAS (Visual Analog Sca-

le) dəyərləri olduğu və ağrıkəsici təsiri daha uzun sürdüyü ortaya çıxmışdır [11].

Başqa bir araşdırmada 0,5% bupivakain ilə 0,5% levobupivakain qarşılaşdırılmışdır. Dodaq və pulpa anesteziyasında hər iki məhlul demək olar ki, eyni nəticə vermişdir [2]. Lakin levobupivakainin rasemik bupivakainə görə, ürək damar və mərkəzi sinir sisteminə daha az toksiki təsiri vardır [13].

Nəticə

Bir ilk olaraq bu araşdırmada istifadə olunmuş anestetik maddənin postoperativ ödemə təsiri araşdırılmışdır. Daha öncə aparılmış araşdırmalarda levobupivakain və digər anestetik maddələri qarşılaşdırarkən, anestetikin təsir etmə müddətinə, anesteziya dərinliyinə və postoperativ ağrıya təsirləri dəyərləndirilmişdir [2,11].

Ödəmin ölçümlərindən əldə edilmiş məlumatları statistik dəyərləndirdikdən sonra, levobupivakain istifadə olunan xəstələrdə daha az ödem əmələ gəldiyi ortaya çıxmışdır. Lakin levobupivakain artikainə görə daha uzun induksiya vaxtı vardır və dərin anesteziya əldə etmək üçün çox vaxt tələb olunur. Bunun üçün retensiyalı alt üçüncü böyük azı dişlərinin cərrahiyyəsinə artikain və levobupivakaini kombinasiya edərək istifadə olunduqda daha cəlbedici nəticələrin ortaya çıxacağına inanırıq. Levobupivakainin tərkibində vazokonstriktor olmaması, aşağı səviyyəli sistem toksikliyi olduğundan dolayı, sistem xəstəliyi olan və ya tərkibində vazokonstriktor olan anestetik maddələrə əks göstərişi olan xəstələrdə rahatlıqla istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Beirne OR, Hollander B. The effect of methylprednisolone on pain, trismus and swelling after removal of third molars. *Oral Surg* 1986;61:134
2. Branco FP, Ranali J, Ambrosano GMB, Volpato MC. A double-blind comparison of 0.5% bupivacaine with 1:200,000 epinephrine and 0.5% levobupivacaine with 1:200,000 epinephrine for the inferior alveolar nerve block. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;101:442-7. (13)
3. Campbell WI, Kendrick RW. Preemptive analgesia using local anesthesia: a study in bilaterally symmetrical oral surgery. *Br J Anaesth* 1997;79:657-659.
4. Cooper SA, Beaver WT. A model to evaluate mild analgesics in oral surgery outpatients. *Clin Pharmacol Ther* 1976;20:241-250.
5. Forsgren H, Heimdahl AAN, Johansson B, Krekmanov L. Effect of application of cold dressing on the postoperative course in oral surgery. *Int J Oral Surg* 1985;14:223-28. (29)
6. Foster RH, Markham A. Levobupivacaine: A review of its pharmacology and use as a local anaesthetic. *Drugs* 2000;59:53-59. (30)
7. Hargreaves KM, Swift JQ, Roszkowski MT. Pharmacology of peripheral neuropeptide and inflammatory mediator release. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:503.
8. Holland CS. The influence of methylprednisolone on postoperative swelling following oral surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1987;25:293-299.
9. Milles M, Desjardins PJ. Reduction of postoperative facial swelling by low dose methylprednisolone: An experimental study. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:978-981.
10. Parant M. *Petite Chirurgie de la Bouche*. Paris: Expansion Cientifique, 1974. (Quoted by Garcia GA, Sampedro GF, Rey GJ, Torreira GM. Trismus and pain after removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 1977;55:1223-26. The book is out of print.) (72)
11. Rood JP, Coulthard P, Snowdown AT, Genery BA. Safety and efficacy of levobupivacaine for postoperative pain relief after the surgical removal of impacted third molars: a comparison with lignocaine and adrenaline. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002;40:491-96. (77)
12. Schaberg SJ, Stuller CB, Edwards SM. Effects of methylprednisolone on swelling after orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:356.
13. Shiwa SS, Macleod BA, Day B. Intraarticular bupivacaine after arthroscopic meniscectomy: a randomized double-blind study. *Arthroscopy* 1989;5:33-35. (84)
14. Üstün Y, Erdoğan O, Esen E Karsli ED. Comparison of the effects of 2 doses of methylpredisalone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;96:535-39. (90)
15. Vanlersberghe C, Lauwers MH, Camu F. Preoperative ketorolac administration has in preemptive analgesic effect for minor orthopaedic surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996;40:948-952.
16. Yuasa H, Sugiura M. Clinical postoperative findings after removal of impacted mandibular third molars: prediction of postoperative facial swelling and pain based on preoperative variables. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004;42:209-214.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ЛЕВОБУПИВАКАИНА НА ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ
ОТЕК В ХИРУРГИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА.

Наджафов Е.Ф.

Клиника им. Н. Туси .

Ключевые слова: третий моляр нижней челюсти, левобупивакаин, ретенция.

Это исследование включало 100 пациентов между возрастными 18-40, без системных заболеваний и по крайней мере имеющих один ретенционный нижний третий коренной зуб. Пациенты были разделены беспорядочно в 2 группы через использование двойного слепого эксперимента. Перед операцией данные взяты от пациентов для оценки отека. После операции все пациенты получили то же самое предписание, которое включало амоксициллин, парацетамол, хлоргексидин глюконат. Во вторые и седьмые дни сделаны заново оценки отека. Все данные, оценены статистически. Статистически доказано что, у группы с левобупивакаином было наименьшее количество отека ($P < 0,005$).

SUMMARY

INFLUENCE OF LEVOBUPIVIKAIN TO POSTOPERATIVE INFLAMMATION AFTER
THIRD MOLAR SURGERY.

Nəcəfov E. F.

N. Tusi clinic.

Key words: lower third molar, levobupivacaine, retention

This study included 100 patients between ages 18-40 do not have any systemic disease and at least have one impacted lower third molar that is bone retentioned. The patients separated randomly into 2 groups via using double blind experiment. Before the operation, recordings are taken from patients for edema evaluation. After the operation, all patients obtained the same prescription that included amoxicillin, paracetamol, chlorhexidine gluconate. Edema evaluations are redone on the second and seventh days. All data evaluated statistically. It is found out that group had levobupivacaine statistically indicated less edema ($P < 0,005$).

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Ф.Р. Сафаралиев

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра ортопедической стоматологии

Ключевые слова: спортсмен, полость рта, пародонтит

Возможность отрицательного влияния одонтогенных очагов хронической инфекции в полости рта у спортсменов особенно велика, что можно объяснить не только с их высоким уровнем распространённости и интенсивности, но также и с негативным воздействием на здоровье больших физических и эмоциональных нагрузок в процессе интенсивных тренировок. В некоторых исследованиях, посвящённых нарушениям и восстановлению функциональных состояний различных органов и систем организма у спортсменов различных видов спорта, показано, что распространённость и тяжесть стоматологической заболеваемости у профессиональных спортсменов, которые представлены в скоростных, силовых и игровых видах спорта коррелирует с их спортивным стажем и квалификацией (1,3,4,5). При этом выявлялись более тяжелые формы клинических проявлений и степеней тяжести этих заболеваний, и более длительные реабилитационные периоды именно у лиц, занятых в спорте высших достижений.

Систематическое увеличение доз антигена из имеющихся очагов инфекции на фоне



выраженного возрастания частоты встречаемости иммунных нарушений при интенсивной физической нагрузке могут играть роль разрешающего фактора в хронизации очагов инфекции и утяжелении патологического процесса (2,8,9,10).

В ходе научных исследования были выделены среди профессиональных спортсменов группы повышенного риска по кариесу зубов и его осложнениям, к которым были отнесены спортсмены с высокой спортивной квалификацией, занятых в видах спорта, требующих большой выносливости - плавание, тяжёлая атлетика, единоборства (6). Все вышеуказанное свидетельствует о необходимости врачебного контроля при планировании диспансерных наблюдений, учета, своевременного выявления, качественного лечения основных стоматологических заболеваний и, что очень важно, оценки степени влияния очагов инфекции в полости рта на организм и общее физическое состояние спортсмена.

Цель исследования оценка влияния интенсивных физических нагрузок на состояние полости рта

Материал и методы исследований

Для реализации цели и задач исследования в период с 2011 по 2015 гг. было обследовано 340 спортсменов-единоборцев.

Критериями включения в исследуемую группу явились:

1. Спортсмены, занимающиеся единоборствами;
2. Возраст 18 – 30 год;
3. Спортивный стаж профессиональных занятий спортом – более 5 лет;
4. Квалификация:
 - кандидаты в мастера спорта
 - мастера спорта
 - мастера спорта международного класса.

Комплекс диагностических мероприятий включал в себя:

- сбор анамнеза, проведение основных методов исследования с целью изучения распространённости основных стоматологических заболеваний: кариес и его осложнения, воспалительных заболеваний пародонта;
- объективные методы исследования гигиенического состояния полости рта (индексы Quigley-Hein и Силнесс-Лоэ) и состояния тканей пародонта (йодное число Свракова, Пародонтальный индекс Рассела (PI Russel, 1956), индекс кровоточивости Мюллмана-Коуэлла).

При сборе анамнеза нами была разработана «Индивидуальная карта наблюдения профессиональных спортсменов», в которую вносили следующие данные: продолжительность занятий, вид спорта, спортивный стаж, длительность тренировки, участие на спортивных соревнованиях.

Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины – M , их средней стандартной ошибки – m , критерия значимости Стьюдента – t). Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнялась с использованием стандартных программных пакетов прикладного статистического анализа (Microsoft Excel и Statistica 6.0 для Windows).

Результаты исследований

Некоторые исследователи отмечают выраженное отрицательное влияние чрезмерных физических нагрузок на ткани пародонта, вплоть до того, что у спортсменов с интактным пародонтом наблюдается кровоточивость десны после интенсивных тренировок.

При проведении клинических исследований частыми жалобами, которые предъявляли обследуемые спортсмены, были наличие кровоточивости и неприятный запах изо рта.

Так, жалобы на наличие кровоточивости в большинстве случаев предъявляли профессиональные спортсмены, у которых диагностировались хронические воспалительные заболевания пародонта ($63,3 \pm 4,40\%$) и пациенты контрольной группы, также с наличием хронического воспалительного процесса в тканях пародонта ($54,2 \pm 4,55\%$). Неприятный запах изо рта беспокоил обследуемых в $25,8 \pm 4,00\%$ и $16,7 \pm 3,40\%$ случаев соответственно (табл. 1). К участию в анкетировании были привлечены 120 спортсменов-единоборцев, а также 120 лиц группы сравнения, не занимающихся профессиональным спортом.

Таблица 1

Анализ жалоб пациентов исследуемой группы и группы сравнения

Жалобы	Исследуемая группа n=120		Группа сравнения, n=120	
	Абсолютные значения	Относительные значения	Абсолютные значения	Относительные значения
Кровоточивость	76	63,3±4,40	65	54,2±4,55
Галитоз	31	25,8±4,00	20	16,7±3,40
Изменение цвета десны	22	18,3±3,53	44	36,7±4,40
Частота обострений в год	39	32,5±4,28	23	19,2±3,59

При статистическом анализе полученных данных было установлено, что 23,3±3,86% обследуемых посещали стоматологические кабинеты 3 раза в год (в группе контроля – 24,2±3,91%, $p<0,05$), 20,8±3,71% – 2 раза

$p<0,01$); в 18,3±3,53% случаев спортсмены обращались с целью лечения зубов и воспалительных заболеваний пародонта раз в году (в группе сравнения – 17,5±3,47%, $p<0,05$).

В ходе проведения клинико-эпидемиологических исследований нами была изучена

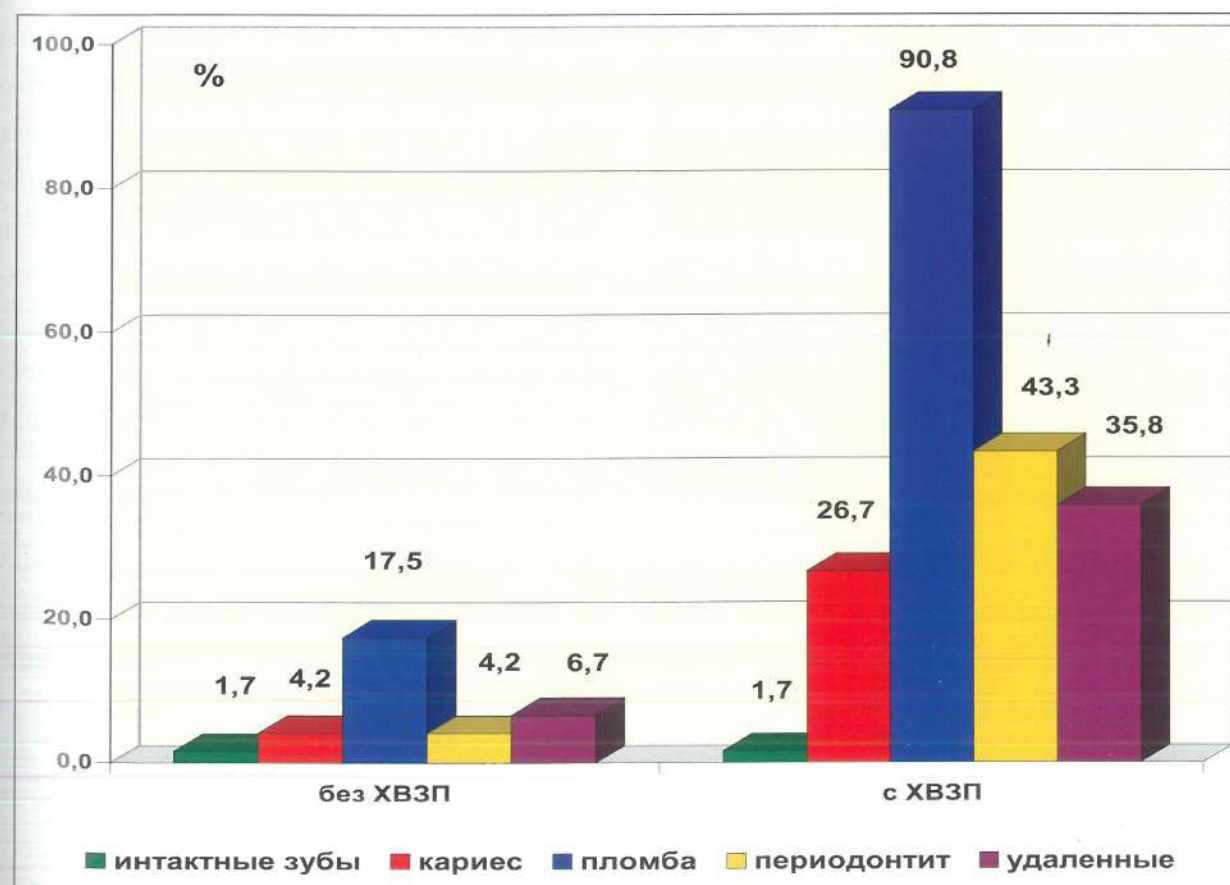


Рисунок 1. Распространённость кариеса и его осложнений у спортсменов

Распространенность	Контр.	120		спортсмен	120	
	Абс.	%	m%	Абс.	%	m%
интактные зубы	2	1,7	1,17	2	1,7	1,17
кариес	5	4,2	1,82	32	26,7	4,04
пломба	21	17,5	3,47	109	90,8	2,63
пародонтит	5	4,2	1,82	52	43,3	4,52
удаленные	8	6,7	2,28	43	35,8	4,38

структура, распространённость и интенсивность основных стоматологических заболеваний, при этом нами оценивались следующие позиции: кариес, пульпит, апикальный пародонтит, количество реставрированных и удалённых зубов (рис 1.).

Нами выявлено, что у профессиональных спортсменов-единоборцев, кариозный процесс диагностировался почти в 6,5 раз чаще ($p < 0,05$, разница достоверна), чем у обследуемых лиц, не занимающихся профессиональным спортом. Реставрированные зубы также сравнительно чаще выявлялись в группе спортсменов – в $90,8 \pm 2,63\%$ и $17,5 \pm 3,47\%$ случаев соответственно. Практически схожая ситуация наблюдалась при определении частоты встречаемости хронического апикального пародонтита, который выявлялся примерно в 10,2 раза чаще, чем в контрольной группе.

Как наиболее частый фактор, по причине которого была проведена экстракция зубов, обследуемые основной группы отмечают спортивные травмы, тяжелые формы воспалительных заболеваний пародонта, обострение апикального хронического пародонтита, которое очень часто сопровождалось выраженным отёком мягких тканей периапикальной области.

У обследуемых лиц контрольной группы значения изучаемых показателей были ниже следующими: кариес зубов – $26,7 \pm 4,04\%$ и $4,2 \pm 1,82\%$, соответственно; различные формы хронического апикального пародонтита – $43,3 \pm 4,52\%$ и $4,2 \pm 1,82\%$, удалённые по различным причинам зубы – $35,8 \pm 4,38\%$ и $6,7 \pm 2,28\%$. Необходимо отметить, что, в отличие от основной группы, среди причин, приведших к экстракции зубов, пациенты контрольной группы указывали на потерю зубов, в следствии развития воспалительных и деструктивных заболеваний тканей пародонта и периапикальной области, то есть тканей пародонтального комплекса. Что касается эпидемиологической ситуации по распространённости и интенсивности пародонтопатий у лиц исследуемых группы, то она оказалась следующей (рис.2).

При сравнительном статистическом анализе полученных данных, представленных на диаграммах было выявлено, что данные по частоте встречаемости основных стоматологических патологий воспалительного и деструктивного характера отличаются достоверно, при этом в группе обследуемых профессиональных спортсменов чаще всего наблюдался хронический генерализованный катаральный гингивит ($40,9 \pm 2,63\%$) и



Рисунок 2 . Распространённость заболеваний пародонта у спортсменов-единоборцев (350)

хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести ($32,0 \pm 2,49\%$), а у пациентов в сравниваемой контрольной группе преобладал генерализованный пародонтит средней степени тяжести ($30,0 \pm 2,65\%$) и сравнительно легкого течения ($30,7 \pm 2,66\%$).

Таким образом, в структуре заболеваний пародонта воспалительного и деструктивного характера не определялось существенных различий между сравниваемыми пациентами; но при этом необходимо отметить, что у обследуемых лиц, не занимающихся профессиональным спортом, преобладали более тяжёлые формы хронического генерализованного пародонтита.

Для проведения клинических исследований состояния тканей пародонта и гигиены ротовой полости, а также степени развития патологических процессов были применены следующие критерии: гигиенические индексы Quigley-Hein, Силнесс-Лое; пародонто-

логические индексы – Мюллемана-Коуэлла, йодное число Свракова, пародонтальный индекс PI по Расселу. Обследование проводилось на различных этапах тренировочного цикла, при этом индексные данные регистрировались до начала тренировочного процесса и по окончании интенсивных физических нагрузок. Полученные результаты были статистически обработаны и представлены в нижеследующей таблице (табл.2). При изучении клинических особенностей гигиенического состояния полости рта у исследуемых основной и контрольной групп было установлено, что в большинстве случаев зубные отложения при развитии воспалительных заболеваний пародонта чаще наблюдались в области фронтальных зубов, тогда как в контрольной группе практически здоровых с точки зрения состояния мягких тканей пародонта мягкий зубной налет локализовался в дистальных отделах зубного

аблица 2

Значения стоматологических индексов у профессиональных спортсменов

Индексы	Спортсмены с интактным пародонтом, n=55		Спортсмены с воспалительными заболеваниями пародонта, n=65	
	до тренировки	по окончании тренировки	до тренировки	по окончании тренировки
Гигиенические:				
Индекс Quigley-Hein, баллы	2,14±0,027	2,35±0,023 p<0,001	3,44±0,019	4,19±0,012 p<0,001
Индекс Силнесс-Лое, баллы	1,36±0,009	1,55±0,008 p<0,001	2,14±0,020	2,75±0,010 p<0,001
Йодное число Свракова, баллы	—	—	5,98±0,034	6,52±0,061 p<0,001
Индекс Мюллемана – Коуэлла, баллы	—	1,12 ± 0,015	2,16±0,018	2,75±0,013 p<0,001
PI по Расселу	—	—	3,27±0,014	3,82±0,023 p<0,001

Примечание: p – достоверность различия между показателями до и по окончании тренировки.

ряда, что обусловлено, по нашему мнению, преимущественно ротовым дыханием в период интенсивных тренировок. У обследуемых нами профессиональных спортсменов-единоборцев нередко диагностировались обильные как мягкие, так и над- и поддесневые зубные отложения. Гигиеническое состояние полости рта и значения соответствующих исследуемых индексов в исследуемой группе спортсменов, имеющих практически здоровый пародонт, ухудшились по окончании интенсивного тренировочного процесса почти в 1,5 раза (p<0,001).

Определенная интересная картина наблюдалась в динамике значений гигиенического индекса Мюллемана-Коуэлла: до начала предсоревновательных тренировок у спортсменов-единоборцев с интактным пародонтом не было зарегистрировано признаков спонтанной кровоточивости десны, однако по окончании специального тренировочно-

го цикла после интенсивного выполнения упражнений за счёт усиленного притока крови на мышцы плечевого пояса и шеи уже стала выявляться кровоточивость и чаще всего в области фронтальной группы зубного ряда.

В группе спортсменов, у которых не наблюдались какие-либо патологические изменения в мягких тканях пародонта, то есть с интактным пародонтом, значения гигиенических индексов до начала интенсивных тренировок составили: Quigley-Hein – 2,14±0,027 балла, Силнесс-Лое – 1,36±0,009 балла, при этом отличия с данными пациентов исследуемой группы, но после завершения интенсивных физических нагрузок, оказались достоверными: 2,35±0,023 балла и 1,55±0,008 балла, соответственно (p<0,001). Значения тех же гигиенических индексов, но уже у спортсменов с хроническими процессами воспалительного характера в окружающих зуб тканях до начала интенсивных фи-

зических упражнений составили следующие цифры: Quigley – Hein – $3,44 \pm 0,019$ балла, индекс Силнесс – Лое – $2,14 \pm 0,020$ балла; при этом все полученные в этот период индексные значения статистически достоверно отличались от аналогичных показателей, но уже выявленных в данной исследуемой группе, после окончания интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок. Значения пародонтологических и гигиенических индексов к завершению клинических наблюдений возросли и составили: йодное число Свракова – $6,52 \pm 0,061$ балла, против $5,98 \pm 0,034$ балла, до начала тренировок; индекс Мюллемана – Коуэлла – $2,75 \pm 0,013$ балла, против $2,16 \pm 0,018$ балла и индекс PI по Расселу – $3,82 \pm 0,023$ балла, против $3,27 \pm 0,014$ балла в начале исследований, со-

ответственно. Все зарегистрированные данные достоверно отличались от аналогичных показателей в группе сравнения ($p < 0,001$).

Таким образом, выраженное ухудшение состояния околозубных мягких тканей среди обследуемого контингента населения выявлялось в соревновательный период подготовки или в ходе проведения выездных тренировок, связанных с переездом и частой сменой мест проживания, что выражалось в усилении кровоточивости десны, наличии галитоза или неприятного запаха изо рта, нарушения вкусовой чувствительности, что также было связано в немалом количестве случаев с нарушением или даже отсутствием привычного режима гигиенического ухода за полость рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деревянко С. Н. Патология ЛОР-органов у спортсменов / С. Н. Деревянко // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2006. – № 2. – С. 44–46.
2. Гаврилова Е. А. Стрессорный иммунодефицит у спортсменов / Е. А. Гаврилова. – Москва : Сов. спорт, 2009. – 192 с.
3. Гладков В. Н. Некоторые особенности заболеваний, травм, перенапряжений и их профилактика в спорте высших достижений / В. Н. Гладков. – Москва : Сов. спорт, 2007. – 152 с.
4. Голокова В.С. Критерии адаптации и дезадаптации молодых спортсменов-единоборцев Республики Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.03 / Голокова Вера Степановна. – Якутск, 2011. – 25 с.
5. Гребняк В. П. Проблемы функционального контроля при подготовке спортсменов / В. П. Гребняк // Теория и практика физического воспитания. – 2005. – № 3. – С. 141–144.

6. Мамедов Ф. Ю., Бабаев, Е.Е.Альтернативные методы лечения заболеваний пародонта на фоне развития синдрома перетренированности // Российский стоматологический журнал. - 2014. - № 1. - С. 24-27
7. Epstein-Barr virus reactivation and upper-respiratory illness in elite swimmers / M. Gleeson, DB Pyne, JP Austin et al.// Med. Sci. Sports Exerc. – 2002. – Vol. 34, N 3. – P. 411–417.
8. Fahlman M.M. Mucosal IgA and URTI in American college football players: a year longitudinal study / M. M. Fahlman, H. J. Engels // Med. Sci. Sports Exerc. – 2005. – Vol. 37, N 3. – P. 374–380.
9. Karacabey K. The effects of exercise on the immune system and stress hormones in sportswomen / K. Karacabey, O. Saygin, R. Ozmerdiventi // Neuro Endocrinol. Lett. – 2005. – Vol. 26, N 4. – P. 361–366.
10. Koch A.J. Salivary immunoglobulin A response to a collegiate rugby game / A. J. Koch, A.D. Wherry, M.C. Petersen // J. Strength. Cond. Res. – 2007. – Vol. 21, N 1. – P. 86–90.

XÜLASƏ

GƏRGİN FİZİKİ YÜKLƏMƏ FONUNDA AĞIZ BOŞLUĞUNUN ORQAN VƏ TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİ

Səfəraliyev F.R.

Azərbaycan Tibb Universiteti
Ortopedik Stomatologiya kafedrası

Açar sözlər: idmançı, ağız, parodontit.

Professional idmançılar arasında ağız boşluğunun vəziyyətinin klinik qiymətləndirilməsi zamanı onun toxumalarında patoloji proseslərin inkişafına və psixo-emosional stressin ciddi mənfi təsir göstərməsi təsdiqlənmişdir. 350 professional idmançılar arasında araşdırma apardıqdan sonra, bir çox idmançılarda ağız boşluğunun orqan və toxumalarında funksional pozuntular aydın şəkildə aşkar edilmişdir.

SUMMARY

STATE OF ORGANS AND TISSUES OF THE ORAL CAVITY ON A BACKGROUND OF INTENSE EXERCISE

Safaraliev F.R.

Azerbaijan Medical University
Department of Prosthodontics

Keywords: athlete, oral cavity, periodontitis

Clinical evaluation of oral health among professional athletes proves the serious negative impact of intense physical and psycho-emotional stress on the development of pathological processes in its tissues. After carrying out research among 350 professional athletes, we found that many athletes have a clear picture of violations of the functional state of organs and tissues of the oral cavity.

Мнение авторов может не совпадать с мнением редакционной колле-
гии. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

X МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ВЫСТАВКА («Современные технологии в стоматологии»)

Astana Dental-EXP

9-10 октября 2015 г.



Информационный партнер
Dentainpress

В столице Республики Казахстан г. Астане 9-10 октября 2015 года состоялась выставка ASTANA DENTAL EXPO 2015 и 10 Международная конференция «Современные технологии в стоматологии». Организаторами мероприятия, при поддержке Всемирной Федерации Стоматологов (FDI) явилась Казахстанская Стоматологическая Ассоциация и Республиканский институт последипломного обучения врачей.

С приветственным словом к участникам выставки и конференции обратились заместитель министра здравоохранения и социального развития республики Казахстан Цой А.В. и президент Казахстанской Стоматологической Ассоциации Исентаева Э.А. Далее выступил вице-президент КСА, профессор Республиканского института последипломного обучения врачей Галым Пернебаев, который отметил, что на выставке представ-





лены 13 стендов, в мероприятии принимают участие около 18 различных компаний со всего мира, что является свидетельством того, что у зарубежных фирм, занимающихся сферой стоматологических услуг, есть огромный интерес к казахстанскому рынку. Также было отмечено, что в рамках конференции состоятся выступления, обсуждения актуальных проблем современной стоматологии, ряд вопросов, касающихся внедрения новых технологий, которые позволяют повысить эффективность и прибыльность работы всех участников стоматологического рынка. В рамках научной программы на конференции выступили ведущие специалисты научных институтов и вузов Турции, Германии, Azerbaijan и Казахстана. Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация также получила приглашение для участия на 10-ой Международной научной конференции «Со-

временные технологии в стоматологии» Решением совета АСА Azerbaijan представила на конференции доц. кафедры стоматологии детского возраста Azerbaijanского Медицинского Университета Зейналова Г.К., выступившая с докладом «Опыт проведения профилактики стоматологических заболеваний у школьников Azerbaijan». Большой интерес вызвали у участников конференции доклады проф. кафедры ортопедии стоматологической школы Университета Мармара Атилле Сертгеза (Турция, Стамбул) «Эстетика в переднем отделе при протезировании на имплантах» и проф. Питера Борбели (Ганновер, Германия) «Использование элайнеров системы Suissealign в ортодонтической практике».

Алиева С.Я.

UŞAQLARDA PARODONTUN İLTİHABI XƏSTƏLİKLƏRİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ LOROBEN PREPARATININ TƏTBİQİ

İmanov E. Ə. Zeynalova G.K.

Azərbaycan Tibb Universiteti

Uşaq stomatologiyası kafedrası

Acar sözlər: kataral gingivit, xroniki parodontit, Loroben

Getdikcə artan parodontun iltihabi xəstəlikləri insan orqanizminə nəzərəçarpan dərəcədə mənfi təsir göstərməklə onların əmək qabiliyyətini və keyfiyyətini aşağı salır. Yaranan patoloji proseslər diş ətrafı toxumaların dayaq aparatını dağıdarkən dişlərin laxlmasına və nəticə kimi vaxtından tez itirilməsinə gətirir. Vətən və bir sıra ölkələrin tərəfindən aparılan elmi tədqiqatlar əhali arasında parodont xəstəliklərinin yüksək yayılması faktını aşkar etmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatlarına görə bu göstəricilər 80-92%-ə yaxınlaşır [1,2].

Bu xəstəliklərin profilaktika və müalicəsi uşaq stomatologiyası daxil olmaqla, müasir stomatologiyanın ən önəmli problemlərindən biri olaraq qalır. Bu, onların əhali arasında geniş yayılması, eləcə də diş-çənə nahiyyəsinin funksiyasının pozulmasına və xəstənin ümumi statusunda dəyişikliklərə səbəb olan ağır nəticələrlə əlaqədardır [4-6]. Məlumdur ki anatomo-fizioloji xüsusiyyətlərlə əlaqədar olaraq, uşaq orqanizmində müdafiə mexanizmləri tam formalaşmamışdır. Buna görə də 6-12-15 yaşlı uşaqları «risk qrupuna» daxil edilməsi və on-



larda üz-çənə nahiyyəsindəki iltihabi xəstəliklərinin spesifik gedişatının qeyd olunması vacibdir.

Parodont xəstəliyinin uşaq yaşlarında müəyyən edilməsinin əhəmiyyəti bir də onunla izah edilir ki, əksər hallarda o, orqanizmin hansısa bir ümumi xəstəliyini müşayiət edir. Diaqnozu düzgün qoyulmuş parodont xəstəliyi həkimin diqqətini ola bilsin gizli inkişaf edən ümumi xəstəliyə cəlb etsin.

Müasir stomatologiyanın ən əsas vəzifələrindən biri - parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsinin effektivliyini artırmaq yollarının araşdırılmasıdır [5,7,9,10].

Parodontologiyada istifadə edilən geniş yayılmış dərman vasitələri qrupundan biri – antiseptiklər qrupudur. Müasir antiseptik preparatlar geniş antibakterial spektrə malikdir və mikrobların rezistentliyini induksiya etmir. Onların tətbiq edilməsi perspektiv istiqamət hesab edilir, çünki iltihabın hüceyrə amillərinə təsirin xüsusiyyətini dəyişməyə imkan verir [3,11,]. Parodont xəstəliklərinin etiologiyasının və patogenezin, klinik gedişini, parodontun toxumalarında patoloji anatomik dəyişikliklərin nəzərə alınma-

sı mütləq klinik, paraklinik və laboratoriya tədqiqat metodlarının nəzarəti altında aparılmışdır.

Biz yuxarıda şərh edilənləri nəzərə alaraq, uşaqlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsində, tərkibində antiseptik, iltihab əleyhinə və ağrı kəsici komponentlər olan, Loroben preparatının effektivliyini araşdırmaq məqsədilə tədqiqat aparmaq qərarına gəldik. Loroben preparatının tərkibindəki aktiv maddələr: xlorheksidin qlükonat 0,12% və ben-zidamin HCl 0,15%.

Tədqiqatın material və metodları: Respublika uşaq stomatoloji mərkəzində xroniki kataral gingivitis (XKG) və yüngül dərəcəli xroniki parodontit (YDXP) diaqnozlu 103 xəstə tədqiqata cəlb edilmişdir. Onlardan 67 nəfər xronik kataral gingivitisli xəstə, 36 nəfər yüngül dərəcəli xronik parodontitisli xəstələr olmuşdur.

Xəstələr 3 müayinə qrupuna bölünmüşdür:

I qrup - heç bir müalicə tədbirləri təyin edilmədən, yalnız ağız boşluğunun peşəkar səviyyəli gigiyenası aparılmışdır.

II qrup - ağız boşluğunun peşəkar gigiyenası aparıldıqdan sonra xlorheksidin-biqlukonat məhlulundan istifadə edilmişdir.

III qrup - ağız boşluğunun peşəkar gigiyenası aparıldıqdan sonra Loroben preparatı tətbiq edilmişdir.

Tədqiqat, müalicə prosesinin 3-cü, 5-ci, 7-ci günündə, eləcə də müalicə kursu bitməsi ərafəsində müalicənin 14-cü günündə həyata keçirilmişdir. Müayinənin nəticələri xüsusi hazırlanmış kartalara daxil edilirdi. Müayinə zamanı diş ətinin rəngi, forması, ödem, qan-axma, patoloji diş əti cibi, diş əti kənarının retraksiyası, diş əti üstü və diş əti altı diş çöküntülərinin olması kimi faktlar nəzərə alınır.

Obyektiv stomatoloji testlərə müraciət edilmiş, riyazi-statistik analiz aparılmışdır:

-Greene-Vermillion OHİ-S indeksi; (1974)

-Şiller-Pisarev sınağı (Свраков Д., Писарев Ю., 1963);

-PMA əmsalı (Massler M., Schour Y., 1949; Parma C., 1960);

-Kompleks parodontal əmsal- KPI (P.A. Leus, 1988);

-Parodontal indeks (PI);

-SBI indeksi

Bundan başqa, xəstələrin parodontal ciblərinin mikroflorası və yerli immunitet göstəricilərinin tədqiqi aparılmışdır.

Tədqiqat müalicə prosesində xəstələrdə müxtəlif növlü parodontopatojen florası nümayəndələrinin əmələ gəlmə tezliyi və sayının dinamikası müalicədən əvvəl və sonra müəyyənləşdirilmişdir. Mikroskopik müayinə Qram üsulu ilə boyadılmış yaxmaların mikroskopiyası ilə aparılmışdır.

Müalicə-profilaktik tədbirlərin aparılması prosesində yerli immunitet faktorlarının (Lizosim, sIgA, İgG) funksional fəallığı yoxlanılmışdır. Qarışıq ağız suyunda immunoglobulinlərin (sIgA, İgG) konsentrasiyası Məncinin radial immunodiffuziya üsulu ilə, lizosimin aktivliyi nefelometrik üsulla təyin edilmişdir.

Bu məlumatlar müalicə-profilaktik tədbirlərdən əvvəl və müalicənin gedişatı zamanı əldə olunurdu.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri statistik təhlil olunmuşdur. Kəmiyyət analizi üçün qeyri-parametrik U-Uilkokson (Mann-Uitni) meyarı, keyfiyyət analizi üçün χ^2 – meyarından (Pirsonun polixorik və tetraxorik uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur. Klinik müşahidələrin daha həssas

analizini aparmaq məqsədilə hər bir klinik qrupda hadisələrin başvermə şansları hesablanmışdır və alınmış göstəricilərin müqayisəsi və statistik qiymətləndirilməsi üçün müqayisə qruplarında şanslar nisbəti (ŞN) və bu göstəricinin 95%-li etibarlılıq intervalı (Eİ) hesablanmışdır. Bütün hesablamalar EXCEL-2010 elektron cədvəlində aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Müalicə-profilaktik tədbirlər nəticəsində ağız boşluğunda baş verən dəyişikliklərin dinamikada müşahidəsi göstərmişdir ki, Loroben preparatının tətbiqindən 3 gün sonra tədqiq edilən göstəricilərdə mühüm müsbət dəyişikliklər müşahidə edilmişdir.

Müalicəyə qədər xronik kataral gingiviti olan pasiyentlərdə PMA indeksinin orta göstəricisi $33,8 \pm 2,3$ %, Greene-Vermillion (OHI-S) gigiye-na indeksinin orta göstəricisi $2,24 \pm 0,19$, parodontal indeks (PI) – orta hesabla $1,69 \pm 0,12$ və qanama indeksi (SBI) – orta hesabla $1,68 \pm 0,12$ təşkil edirdi.

3-cü gün pasiyentlərin diskomfort hissi ilə bağlı şikayətləri azaldı, lakin 9 (25,7%) pasiyentdə dişlərin təmizlənməsi zamanı dişətinin cüzi qanaması qalmaqda davam edirdi. OHI-S indeksi $53,1\%$ azalaraq $1,05 \pm 0,6$, PMA indeksi $39,1\%$ azalaraq $20,6 \pm 1,8\%$ olmuşdur. Müayinə zamanı dişəti məməciklərinin zəif hiperemiyası və şişkinliyi qeyd edilirdi. PI indeksi $27,2\%$ azalaraq orta hesabla $1,23 \pm 0,09$ ($p < 0,01$) olmuşdur. Zondlama zamanı qanaxma yalnız 6 xəstədə müşahidə edilirdi. SBI indeksi $61,7\%$ azalaraq orta hesabla $20,6 \pm 1,8$ olmuşdur (cədv.1).

5-ci gün xronik kataral gingivit diaqnozu olan 2 pasiyentdə dişlərin təmizlənməsi zamanı dişətinin qanaması ilə bağlı şikayətləri qeyd edilirdi.

OHI-S indeksi $74,1\%$ azalaraq orta göstərici $0,58 \pm 0,04$, PMA indeksi $63,3\%$ azalaraq orta göstərici $12,4 \pm 1,1\%$ olmuşdur. Yoxlama zamanı dişəti məməciklərinin hiperemiyası və şişkinliyi müşahidə edilmirdi. PI indeksi orta hesabla $0,96 \pm 0,05$ (1,8 dəfə, $p < 0,001$) qədər azalmış-

Cədvəl 1.

Xronik kataral gingivitli xəstələrdə Loroben preparatının yerli tətbiqindən sonra standart klinik indekslərin göstəricilərinin dinamikası

Klinik indekslər	Müalicədən əvvəl	Müalicə dinamikası (M, m)			
		3 gün	5 gün	7 gün	14 gün
OHI-S	$2,24 \pm 0,19$ (1,1 – 3)	$1,05 \pm 0,06$ (0,4 – 2) ***	$0,58 \pm 0,04$ (0,1 – 1,3) ***	$0,24 \pm 0,02$ (0 – 0,8) ***	$0,12 \pm 0,01$ (0 – 0,4) ***
PMA, %	$33,8 \pm 2,3$ (21 – 46)	$20,6 \pm 1,8$ (30 – 31) ***	$12,4 \pm 1,1$ (8 – 21) ***	$7,8 \pm 0,6$ (4 – 15) ***	$5,6 \pm 0,4$ (2 – 12) ***
SBI	$1,68 \pm 0,12$ (1,3 – 3,2)	$1,07 \pm 0,09$ (0,5 – 1,8) ***	$0,65 \pm 0,05$ (0,3 – 1,2) ***	$0,26 \pm 0,01$ (0 – 0,8) ***	$0,10 \pm 0,01$ (0 – 0,4) ***
PI	$1,69 \pm 0,12$ (1,1 – 3,5)	$1,23 \pm 0,09$ (0,8 – 1,6) **	$0,96 \pm 0,05$ (0,5 – 1,4) ***	$0,32 \pm 0,02$ (0,1 – 0,9) ***	$0,11 \pm 0,01$ (0 – 0,3) ***

Qeyd: MƏ göstəricilər ilə fərqi statistik dürüslüyü: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (U-Uilkoksona görə) P – başlanğıc qiymətlərlə [müalicəyə qədər] müqayisədə fərqi səhihliyinin əhəmiyyətlik səviyyəsi

di. Zondlama zamanı 2 xəstədə qanaxma qeyd edilirdi. SBI indeksi $0,65 \pm 0,05$ -ə (2,6 dəfə, $p < 0,001$) qədər azalmışdı.

7-ci gün diskomfort hissi, dişlərin təmizlənməsi zamanı diş ətlərinin qanaması ilə bağlı şikayətlər yox idi. Yoxlama zamanı dişəti məməciklərinin hiperemiyası və şişkinliyi, zondlama zamanı qanaxma müşahidə edilmirdi. OHI-S indeksi 89,3%, PMA indeksi 76,9%, PI indeksi 81,1% SBI indeksi 84,5% azalmışdı.

14-cü gün pasiyentlərin hər hansı şikayəti yox idi. Klinik tədqiqat zamanı iltihab əlamətlərinin olmaması, xronik kataral gingivitin bütün əlamətlərinin aradan qaldırılması qeyd edilirdi. Aparılan müalicədən sonra dişəti kənarı diş boyunca kip birləşirdi. Zondlama zamanı qanaxma müşahidə edilmirdi. Ağız boşluğunun qənaətbəxş gigiyenik vəziyyəti qeyd edilirdi. 14 gün ərzində əsas parodontal indeksləri qiymətlərinin tədricən azalması müşahidə edilirdi.

OHI-S indeksi 94,6%, PMA indeksi 83,4%, SBI indeksi 94,0%, PI indeksi 93,5% azalmışdı.

Müalicəyə qədər 14 nəfər YDXP diaqnoz-

lu pasiyentlərin PMA indeksi orta hesabla $49,6 \pm 3,8\%$, Greene-Vermillion (OHI-S) gigiyena indeksi orta hesabla $2,60 \pm 0,22$, parodontal indeks (PI) orta hesabla $2,98 \pm 1,22$ və qanaxma indeksi SBI – orta hesabla $2,66 \pm 0,21$ təşkil edirdi (cədv.2).

3-cü gün 8 pasiyentin diskomfort hissi, dişlərin təmizlənməsi zamanı dişəti qanaması ilə bağlı şikayətləri qalmaqda davam edirdi. OHI-S indeksi 57,7% azalaraq orta hesabla $1,10 \pm 0,10$ olmuşdur. PMA indeksi orta göstərici 51,2% azalaraq $24,2 \pm 1,6\%$, PI indeksi 4,4 % azalaraq orta hesabla $2,85 \pm 0,20$ olmuşdur. Müayinə zamanı dişətinin zəif hiperemiyası və şişkinliyi, zondlama zamanı qanaxma qeyd edilirdi. SBI indeksi 20,7 % azalaraq orta hesabla $2,11 \pm 0,16$ olmuşdu.

5-ci gün bütün pasiyentlərin diskomfort hissi ilə bağlı şikayətləri azalır, 4 xəstədə dişlərin təmizlənməsi zamanı diş ətlərinin qanaması qalmaqda davam edir. Yoxlama zamanı dişətinin az nəzərə çarpan hiperemiyası və şişkinliyi, zondlama zamanı qanaxma müşahidə edilirdi.

Cədvəl 2.

Loroben preparatının yerli tətbiqindən sonra yüngül dərəcəli xronik parodontiti olan pasiyentlərdə standart klinik indekslərin göstəricilərinin dinamikası

Klinik indekslər	Müalicədən əvvəl	Müalicə dinamikası			
		3 gün	5 gün	7 gün	14 gün
OHI-S	$2,60 \pm 0,22$ (1,1 – 3)	$1,10 \pm 0,10$ (0,6 – 1,8) ***	$0,72 \pm 0,05$ (0,4 – 1,4) ***	$0,51 \pm 0,03$ (0,2 – 1) ***	$0,31 \pm 0,02$ (0,1 – 0,6) ***
PMA, %	$66,6 \pm 5,8$ (51 – 75)	$34,2 \pm 2,2$ (25 – 45) ***	$16,8 \pm 1,4$ (24 – 36) ***	$11,2 \pm 1,0$ (7 – 19) ***	$9,3 \pm 0,8$ (5 – 16) ***
SBI	$2,66 \pm 0,21$ (1,4 – 3,8)	$2,11 \pm 0,16$ (1,3 – 3,2) *	$2,06 \pm 0,15$ (1,2 – 3) *	$1,81 \pm 0,14$ (0,8 – 2,6) **	$0,56 \pm 0,04$ (0,2 – 1,2) ***
PI	$2,98 \pm 0,22$ (2 – 4,1)	$2,85 \pm 0,20$ (1,8 – 3,9)	$2,33 \pm 0,18$ (1,2 – 3,4) *	$1,93 \pm 0,14$ (1 – 3) ***	$0,44 \pm 0,03$ (0,2 – 1,1) ***

Qeyd: Müalicədən əvvəlki göstəricilərlə fərqi statistik dürüstlüyü:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (U-Uilkoksona görə) P – başlanğıc qiymətlərlə [müalicəyə qədər] müqayisədə fərqi səhhiyyənin əhəmiyyətli səviyyəsi

OHİ-S indeksi orta hesabla 72,3%, PMA indeksi 66,1%, SBİ indeksi 22,6%, Pİ indeksi 21,8% azalmışdır.

7-ci gün diskomfort hissi, dişlərin təmizlənməsi zamanı dişətinin qanaması ilə bağlı şikayətlər yox idi. Klinik müayinə zamanı dişəti məməciklərinin hiperemiyası və şişkinliyi, zondlama zamanı qanaxma müşahidə edilmirdi.

OHİ-S indeksi 5,1 dəfə ($0,51 \pm 0,03$), PMA indeksi 4,4 dəfə ($11,2 \pm 1\%$), Pİ indeksi 1,5 dəfə ($1,93 \pm 0,14$), SBİ indeksi 1,5 dəfə ($1,81 \pm 0,14$) azalmışdır.

14-cü gün pasiyentlər hər hansı şikayət bildirmirdilər. Klinik müayinə zamanı heç bir iltihab əlaməti qeyd edilmirdi. Aparılan müalicədən sonra dişəti kənarı diş boyunlarına kip birləşirdi. Zondlama zamanı qanaxma müşa-

hidə edilmirdi. Bütün müşahidə müddətləri ərzində parodontal indekslərin statistik cəhətdən səhii azalması müşahidə edilirdi. PMA indeksi 81,3% ($9,3 \pm 0,8$), OHİ-S indeksi 88,1%, Pİ indeksi 85,2% ($0,44 \pm 0,03$), SBİ indeksi 78,9% ($0,56 \pm 0,04$) azalmışdır. Ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti yaxşı hesab edilirdi. OHİ-S indeksinin orta göstəricisi $0,31 \pm 0,02$ olmuşdur.

XKG diaqnozu olan pasiyentlərdə diş çöküntülərinin təmizlənməsindən və diş-diş əti şırımının Loroben preparatı ilə işlənməsindən bilavasitə sonra mikroorqanizmlərin tərkibinin keyfiyyətində və kəmiyyət göstəricilərində əhəmiyyətli dəyişiklik müşahidə edilirdi. (cədv.3).

Müalicə tədbirləri aparılmasından sonra, bütün mikroorqanizmlərin rastgəlmə tezliyi və sayının dinamikası nəzərə çarpaçaq dərə-

Cədvəl 3.

Loroben preparatının yerli tətbiqindən əvvəl və sonra xroniki kataral gingiviti olan pasiyentlərin dişəti şırımlarında parodontopatogen mikroorqanizmlərin sayının dinamikası

Mikroorqanizm	Müalicədən əvvəl	Müalicə dinamikası (M, m)		
		3 gün	7 gün	14 gün
Streptococcus intermedius	$6,6 \pm 0,4$ (0 – 9)	$4,6 \pm 0,3$ (0 – 7) ***	$2,8 \pm 0,2$ (0 – 5) ***	$0,8 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Streptococcus mitis	$8,5 \pm 0,7$ (0 – 12)	$3,1 \pm 0,3$ (0 – 7) ***	$1,8 \pm 0,1$ (0 – 5) ***	$0,6 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Streptococcus sanguis	$6,7 \pm 0,5$ (0 – 8)	$2,7 \pm 0,2$ (0 – 5) ***	$2,2 \pm 0,2$ (0 – 4) ***	$0,6 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Prevotella intermedia	$8,2 \pm 0,7$ (0 – 13)	$3,4 \pm 0,3$ (0 – 7) ***	$1,9 \pm 0,1$ (0 – 5) ***	$0,7 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Prevotella melaninogenica	$8,1 \pm 0,7$ (0 – 13)	$5,1 \pm 0,4$ (0 – 9) ***	$1,7 \pm 0,1$ (0 – 5) ***	$0,3 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Actinomuces spp.	$6,2 \pm 0,5$ (0 – 8)	$4,2 \pm 0,4$ (0 – 7) **	$2,2 \pm 0,2$ (0 – 5) ***	$0,8 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Bacteriodes forsythus	$6,6 \pm 0,4$ (0 – 8)	$2,3 \pm 0,2$ (0 – 6) ***	$1,8 \pm 0,1$ (0 – 3) ***	0 ***
Actinobacillus actinomycetem comitans	$4,9 \pm 0,3$ (0 – 8)	$3,1 \pm 0,2$ (0 – 7) ***	$2,1 \pm 0,2$ (0 – 6) ***	$0,9 \pm 0,1$ (0 – 2) ***
Fusobacterium nucleatum	$6,6 \pm 0,5$ (0 – 10)	$3,2 \pm 0,3$ (0 – 7) ***	$2,3 \pm 0,2$ (0 – 5) ***	$1,0 \pm 0,1$ (0 – 2) ***

Qeyd: Müalicədən əvvəl göstəricilər ilə fərqi statistik dürüslüyü:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (U – Uilksona görə)

cədə çox azalmışdır, hətta bir mikroorqanizmə (*Bacteriodes forsythus*) rast gəlinməmişdir.

YDXP müalicəsi zamanı diş çököntülərinin təmizlənməsindən və parodontal ciblərin Loroben preparatı ilə işlənməsindən sonra mikroorqanizmlərin tərkibi kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərində əhəmiyyətli dərəcədə dəyişikliklər olmuşdur. Bu mikroorqanizmlər üzrə kəmiyyət göstəriciləri müvafiq olaraq, nəzərə cəpacaq qədər azalmışdır.

Loroben preparatın 14 gün ərzində müntəzəm olaraq tətbiq edilməsi bütün müşahidə hallarında parodontal ciblərin "sanasiyasına" səbəb olmuşdur. Mikroorqanizmlərdən *Prevotella intermedia*-nin sayının dinamikasında, daha çox özünü göstərmişdir.

Beləliklə, Loroben preparatının məhlulunu parodontopatoqen floranın əsas növlərinə münasibətdə effektiv qəbul etmək olar.

Laborator tədqiqatların nəticələri göstərir ki, müalicə-proflaktik tədbirlərin aparılması prosesində Loroben preparatının istifadəsi zamanı yerli immunitet faktorlarının funksional fəallığı daha çox bərpa edilmişdir. Həm professional gigiyena, həm də xlorheksidin-biqlükonat məhlulunun yerli tətbiqinin müalicədən sonrakı göstəricilərinə nəzər salsaq, lizosimin aktivliyi Loroben preparatının tətbiqindən sonra nəzərə cəpəpan dərəcədə daha cox artmışdır. Belə ki, xronik kataral gingivitin müalicəsi üçün peşəkar gigiyena tətbiq edildikdə Lizosimin aktivliyi $35,4 \pm 1,2\%$, xlorheksidin biqlükonat tətbiq edildikdə $37,2 \pm 1,3\%$, Loroben preparatından istifadə edildikdən sonra $41,4 \pm 1,2\%$ olmuşdur. Yüngül dərəcəli xronik parodontit zamanı peşəkar gigiyenanın tətbiqi nəticəsində də Lizosimin aktivliyi artaraq $35,8 \pm 1,3\%$, xlorheksidin biqlükonat məhlulunun tətbiqindən sonra $37,8 \pm 1,5\%$, Loroben preparatının istifadəsindən sonra isə $40,7 \pm 1,5\%$ olmuşdur.

Digər göstəricilərdən, xronik kataral gingivit zamanı peşəkar gigiyena aparıldıqdan sonra sIgA $0,30 \pm 0,02$ q/l, xlorheksidin biqlükonatın tətbiqi zamanı sIgA $0,32 \pm 0,02$ q/l, Loroben preparatının tətbiqindən sonra sIgA-nın göstəricisi $0,41 \pm 0,02$ q/l olmuşdur.

Yüngül dərəcəli xronik parodontit zamanı immunoqlobulinlərdən sIgA miqdarında artım olmuşdur. Belə ki, professional gigiyena tədbirlərindən sonra $0,39 \pm 0,03$ q/l, Xlorheksidin biqlükonat məhlulunun tətbiqindən sonra sIgA $0,38 \pm 0,03$ q/l, Loroben preparatının tətbiqindən sonra sIgA-nın göstəricisi $0,49 \pm 0,03$ q/l olmuşdur.

Analoji olaraq IgG-nin göstəricilərində xeyli fərq vardır. Aparılan laborator tədqiqatların nəticələrinin müqayisəsindən əldə olunmuş göstəricilərə görə peşəkar gigiyena tədbirlərindən, xlorheksidin-biqlükonat məhlulunun tətbiqindən sonra IgG səviyyəsi Loroben preparatının tətbiqindən sonrakı göstəricilərlə müqayisədə daha yüksək olmuşdur.

Xroniki kataral gingivitə görə aparılan peşəkar gigiyena IgG-ni azaldaraq $0,48 \pm 0,02$ q/l, xlorheksidin-biqlükonat məhlulunun istifadəsi zamanı $0,44 \pm 0,02$ q/l-ə. Loroben preparatının tətbiqindən sonra $0,38 \pm 0,02$ q/l-ə çatmışdır.

Yüngül dərəcəli xronik parodontitli xəstələrdə professional gigiyena tədbirlərindən sonra IgG-nin göstərici $0,50 \pm 0,02$ q/l-ə qədər, xlorheksidin-biqlükonat məhlulunun tətbiqindən sonra IgG-nin göstəricisi $0,48 \pm 0,02$ q/l-ə qədər. Loroben preparatının tətbiqindən sonra IgG göstəricisi $0,39 \pm 0,02$ q/l-ə qədər azalmışdır.

Klinik, immunoloji tədqiqatların və obyektiv

sınaqların nəticələrinə əsaslanaraq, belə qə-liklərinin müalicə və profilaktikasında Loro-naətə gəlmək olar ki, uşaqlarda parodont xəstə-ben məhlulunun tətbiqi effektivdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. Москва: МЕДпресс, 2001. - 302 с.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта.-Москва, МИА Медицинское информационное агентство, 2009. - 331 с.
3. Heasman P.A., Heasman L., Stacey F. Local delivery of chlorhexidine gluconate [PerioChip] in periodontal maintenance patients : Dental School, University of Newcastle upon Tyne //J. Clin. Periodontol. -2001. -Vol.28, N 1.-P.90-95.
4. Qarayev Z.İ., Pənahov N.A. Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsi. Bakı 2001, 112 səh.
5. Aas J.A., Paster B.J., Stokes L.N., Olsen L, Dewhirst F.E. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. //J clinical microbiology, 2005; 43: 5721- 5732.
6. Ainamo J., Ainarao A. Risk assessment of recurrence of disease during supportive periodontal care. Epidemiological consideration. //Journal of Clinical Periodontology, 2007. - v.23.-N3.- p. 232-239
7. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Исследование влияния на поверхность зуба различных инструментов для удаления зубных отложений // Стома-толо-гия, 2006, №6, 27-30 с.
8. Зимин С.Р., Безруков В.М., Орехова Л.Т. Клиника и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. Санкт-Петербург, 2008, 473 с. 9.Etienne D. Locally delivered antimicrobials for the treatment of, chronic peri-odontitis //Oral.Dis. -2003. - Vol.9, Supp. I. - P.45-50.
9. Дмитриева Л.А., Романов А.Е., Царев В.Н. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и анти-сеп-ти-ков в комплексе лечения заболеваний пародонта.-Москва, Медпресс, 2002.-94 с.
10. Кисельникова Л.П. Роль антибиотикотерапии и антибио-тико-про-фла-к-тики в ком-п-лексном лечении заболеваний пародонта//Стоматология, 2008, №3, 19-22 с.

SUMMARY

COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATION DISEASES OF SUPPORTING TISSUE OF CHILDREN PEDIATRIC DENTISTRY DEPARTMENT OF AMU

Imanov E.A. Zeynalova G.K.

Azerbaijan Medical University

Department of Pediatric Dentistry

Key words: catarrhal gingivitis, chronic periodontitis, Loroben

In the process study participated schoolboy 103 patients with a diagnosis of chronic catarrhal gingivitis (HKG) and chronic periodontitis easy degree (HPLC). Of these, 67 people were sick with chronic catarrhal gingivitis and 36 people with chronic periodontitis easy degree. The laboratory results showed that in the process of conducting treatment and preventive measures during the use of the drug Loroben was significantly restored the functional activity of the local immune factors. If we take into account indicators after professional hygiene and local application of a solution of digluconate of chlorhexidine, after treatment with Loroben values increased markedly. A solution of Loroben improves trophic periodontal tissues, promotes the elimination of bleeding gums and inflammation, and thus promotes positive treatment outcome.

РЕЗЮМЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Иманов Э.А. Зейналова Г.К.

Азербайджанский Медицинский Университет

Кафедра стоматологии детского возраста

Ключевые слова: катаральный гингивит, хронический пародонтит, Лоробен

Представлены результаты исследования, проведенного с целью исследования влрть 103 школьников, больных с диагнозом хронический катаральный гингивит (ХКГ) и хронический пародонтит легкой степени (ХПЛС). Из них 67 человек были больны хроническим катаральным гингивитом и 36 человек - хроническим пародонтитом легкой степени. Результаты лабораторных исследований показали, что в процессе проведения лечебно-профилактических мероприятий во время использования препарата Лоробен была значительно восстановлена функциональная активность местных иммунных факторов. Если принять во внимание показатели после как профессиональной гигиены, так и местного применения раствора хлоргексидина-биглюконата, то после лечения препаратом Лоробен значения показателей заметно увеличились. Раствор Лоробен улучшает трофику тканей пародонта, способствует ликвидации кровоточивости десен и воспаления, а значит, способствует положительному исходу лечения.

I TIP ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN UŞAQLARDA AĞIZIN GİGİYENASININ VƏ PARODONT TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Nağıyeva S.A.

Azərbaycan Tibb Universiteti
Uşaq stomatologiyası kafedrası

Acar sözlər: I tip şəkərli diabet, uşaqlar, gingivit

Mövzunun aktuallığı: Epidemioloji tədqiqatların nəticələrinə əsasən parodontun iltihabi xəstəlikləri əhalinin müxtəlif yaş qrupları arasında rast gəlinir və bu xəstəliklərin tezlikləri yaş artdıqca daha da proqressivləşir (1). Parodont xəstəlikləri arasında uşaqlarda ən çox rast gəlinən gingivit olması və bir qayda olaraq yeniyetməlik dövründə daha ağır formada gedişata malik olması bir sıra tədqiqatçılar tərəfindən öz təsdiqini tapmışdır (2). Əgər gingivit bu dövrdə müalicə olunmasa və düzgün idarə olunmasa parodontitə qədər proqressivləşə bilər (3).

Parodont xəstəliklərinin etiologiya və patogenezinin çoxsaylı nəzəriyyələri arasında endokrin patologiyaları xüsusilə də şəkərli diabet mühüm yer tutur. Şəkərli diabet parodontitin ağır və proqressivləşən formalarının əmələ gəlməsində, parodont toxumalarının və çənə sümüklərinin infeksiyalaşmasında, diş-dişəti birləşməsinin dağılmasına gətirib çıxaran vacib risk faktoru kimi qeyd olunur. (4)

1997-ci ildə Amerika Diabet Assosiasiyası hətta parodontopatiyaları retinopatiya, nefropatiya, neyropatiya, makroangiopatiya və mikroangiopatiyalardan sonra şəkərli diabetin 6-cı ağırlaşması elan etdi. (5)

Uşaq və yeniyetmələrdə diabetik ağırlaş-



maların proqressivliyinin qarşısını almaq və onlara göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətini artırmaq üçün çoxlu səylər tələb olunur. Bu məqsədə nail olmaq üçün hər şeydən əvvəl diabetin ağırlaşmalarının, onların birincili, ikincili, üçüncülü profilaktikasının monitorinqi üzrə tədbirlər kompleksi lazımdır (6).

Bu xəstələrin oral gigiyenalarının yaxşılaşdırılması və ağızdaxili infeksiyalarının müalicəsinin təxirə salınmaz olaraq həyata keçirilməsinin həyati vacibliyi var. Bildiyimiz kimi orqanizmin hər hansı bir hissəsində meydana gələ biləcək iltihab, bütün metabolik funksiyalarda pozğunluqlarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu səbəbdən diabetli insanların ağız boşluğu orqanlarının vəziyyəti və oral gigiyenaları yaşayacaqları həyat tərzinin keyfiyyəti ilə birbaşa əlaqədardır. Diabetli uşaqlar bu xəstəliklə yaşamağı yeni-yeni öyrəndikləri üçün, ağızın qulluğuna sağlam uşaqlar qədər önəm verməyə bilirlər. Bu uşaqların valideynləri də oral gigiyenanın vacibliyini çox da yaxşı bilmirlər. Diş həkimləri həm diabetli uşaqlara, həm də onların valideynlərinə bu uşaqların ağız gigiyenasının vacibliyini bildirmələri lazımdır (7). Həm də diabetli uşaqların ağız boşluğu xəstəliklərinin müalicəsi zamanı həkimlərin diqqətə almalı olduğu önəmli məqamlar da, gələcəkdə bu uşaqlarda ağırlaş-

maların baş vermə riskini azaldacaqdır (8).

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqatlarımızda respublikamızda yaşayan və I tip şəkərli diabeti olan uşaqlarda diş əti xəstəliklərini və bu xəstəliklərin ağızın gigiyenasından nə qədər asılı olub-olmadığını öyrənməyi qarşımıza məqsəd qoymuşuq.

Tədqiqatın materialı və müayinə metodları. Bakı şəhəri 6 sayılı uşaq kliniki xəstəxanasının endokrinoloji şöbəsində stasionar müalicə alan, Bakı şəhərində, həmçinin Azərbaycan Respublikasının digər şəhər və rayonlarında yaşayan 88 nəfər I tip şəkərli diabeti olan uşaqların ağızlarında müayinə aparılmışdır. Tədqiqata cəlb olunan uşaqların valideynlərinə bu müayinələrin nə üçün aparıldığı izah olunmuş və onların razılığı alınmışdır.

Müayinələrdə yaş ortalaması $12,3 \pm 3,4$ yaş (6-18 yaş arası), şəkərli diabetlə xəstələnmə müddəti ortalaması $5,1 \pm 3,6$ il (1-14 il arası) olan 88 (51 qız, 37 oğlan) uşaq iştirak etmişlər. Kontrol qrup olaraq yaş ortalaması $11,02 \pm 3,3$ yaş olan 99 sağlam uşaq müayinə olunmuşdur. Uşaqların hamısından gündəlik diş fırçalama alışqanlığı soruşuldu və ağıza qulluğun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün Ərp İndeksi (Əİ) (Sillness & Löe, 1964), periodontal toxumaların vəziyyətini qiymətləndirmək üçün Gingival İndeks (Gİ) (Löe & Sillness, 1967) indeksindən istifadə edildi. Pasientlərin bütün dişlərinin ərp

indeksi qiymətləndirilərək, ortalaması hesablandı.

Tədqiqatın nəticələri. Sorğu zamanı diabetli uşaqlar qrupunun yarısının, kontrol qrupunun isə $\frac{1}{4}$ -nin gündə 2 dəfə və daha çox diş fırçaladığı aşkar edilmişdir. Gündə bir dəfə diş fırçalayan və ya hərdən bir diş fırçalayan uşaqların sayı diabet qrupunda 16 (18,2%) və 30 (34,1%) olmuşdursa, kontrol qrupunda isə 44 (44,4 %) və 30 (30,8%) olmuşdur. Hər iki qrupda qızlarda və oğlanlarda diş fırçalama sıxlığı bir-birinə bənzəyirdi.

Diabet və kontrol qrupunun ortalamə Əİ və Gİ-nin göstəriciləri cədvəl 1-də verilmişdir. Göründüyü kimi kontrol qrupunun ortalamə Əİ və Gİ-nin göstəriciləri diabet qrupundan daha yüksəkdir.

Diabet qrupunda ortalamə Əİ göstəricisi $0,93 \pm 0,6$ olmuşdursa, buna qarşı kontrol qrupda Əİ göstəricisi $1,31 \pm 0,46$ olmuşdur.

Diabet qrupunda ortalamə Gİ $0,61 \pm 0,36$ olmuşdursa, kontrol qrupunda $0,91 \pm 0,47$ olduğu görünür.

Cədvəl 2-də isə diabet və kontrol qrupunda diş fırçalama sıxlığına görə periodontal dəyərləndirilmələrin qarşılaşdırılması verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi kontrol qrupunda eləcə də diabet qrupunda diş fırçalama sıxlığı artdıqca Əİ və Gİ göstəricilərinin azaldığının şahidi oluruq.

Cədvəl 1.

Diabet və control qrupunun Əi və Gi göstəricilərinin qarşılaşdırılması.

	Diabet (n:88)	Kontrol (n:99)
Yaş (il)	$12,3 \pm 3,4$	$11,7 \pm 3,2$
Ortalama ərp indeksi	$0,93 \pm 0,6$	$1,31 \pm 0,46$
Ortalama gingival indeks	$0,61 \pm 0,36$	$0,91 \pm 0,47$

Cədvəl 2.

Diabet və kontrol qrupunda diş fırçalamaq sıxlığına görə bəzi özəlliklərin və parodontal dəyərləndirmələrin qarşılaşdırılması.

Fırçalama sıxlığı	Dişabet(n:88)			Kontrol(n:99)		
	≥2 dəfə (n:42)	1 dəfə (n:30)	nizamsız (n:16)	≥2 dəfə (n:25)	1 dəfə (n:30)	nizamsız (n:44)
Yaş (il)	10.0±2.3	12.9±3.7	12.8±3.2	12.04±3.8	11.25±2.7	11.65±3.05
Dişabet sürəsi	4.5±3.3	5.5±3.7	5.0±3.4	-	-	-
Əİ	0.27±0.12	0.75±0.42	1.28±0.57	0.96±0.46	1.28±0.37	1.46±0.42
Gİ	0.23±0.19	0.5±0.31	0.89±0.4	0.6±0.5	0.79±0.35	1.10±0.42

Başqa bir tərəfdən görürük ki, diabet qrupunda və kontrol qrupda dişlərini eyni sıxlıqda (gündə 1 dəfə və ya çox) fırçalayanlarda Əİ və Gİ göstəriciləri diabet qrupunda kontrol qrupundan nəzərə cəpacaq dərəcədə düşükdür.

Şəkərli diabeti olan uşaqlarda ağız boşluğunun gigiyenasını öyrənən tədqiqatçıları araşdırən zaman bir-birinə zidd iki fikirlə qarşılaşırıq: bəzi tədqiqatçılar öz işlərində şəkərli diabetli uşaqlarda Əİ və Gİ göstəricilərinin sağlam qrupdakı uşaqlara nisbətən daha yüksək göstəricilərə malik olduğunu qeyd edir, digərləri isə bunun əksinə - şəkərli diabetli uşaqlarda Əİ və Gİ göstəricilərinin sağlam qrupdakı uşaqlara nisbətən daha aşağı göstəricilərə malik olduğunu qeyd edirlər. Biz isə öz tədqiqatlarımızda şəkərli diabetli uşaqlarda da sağlam qrup uşaqları ilə eyni olaraq indekslərin göstəricilərinin ağız boş-

luğu gigiyenasına düz mütənasib bağlılığının şahidi oluruq. Digər tərəfdən sağlam qrupdan olan uşaqların tam yarısının diş fırçalamaları gündəlik xarakter daşımadığı halda şəkərli diabetli uşaqların 1/3-nin dişlərini vaxtılı vaxtında fırçaladıqları sorğu nəticələrindən göründü. Diş fırçalama sıxlığı artdıqca Əİ və Gİ göstəricilərinin azaldığını, yəni gündə 2 dəfə və daha çox diş fırçalayanlarda Əİ və Gİ göstəricilərinin dişlərini gündə 1 dəfə və ya nizamsız fırçalayanlara nisbətən daha aşağı olduğu, aşkar olundu. Digər tərəfdən hər iki qrupda da dişlərini gündə 1 və ya daha çox fırçalayanların göstəricilərinin qarşılaşdırən zaman şəkərli diabetli uşaqlarda göstəricilərin çox aşağı olması belə bir qənaətə gətirir ki, bu vəziyyət şəkərli diabeti olan uşaqların vaxtında və düzgün qidalanması ilə əlaqədardır.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.К., Алимский А.В. Распространенность заболеваний пародонта среди школьников в некоторых районах Азербайджана // "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" 2001, №3 c.24-27
2. Salvi GE, Kandylaki M, Troendle A, Persson GR, Lang NP. Experimental gingivitis

EVAL

Key
The
in com
regular

OCE

Кл
При
гивита
вильн

in type 1 diabetics: a controlled clinical and microbiological study // J Clin Periodontol 2005;32:310-316.

3. Lalla E, Cheng B, Lal S, Tucker S, Greenberg E, Goland R, Lamster IB. Periodontal changes in children and adolescents with diabetes; A case-control study. // Diabetes Care 2006; 29; 295-299.
4. SaesBusato IM, Bittencourt MS, Machado MA, Gregio AM, Azevedo-Alanis LR. Association between metabolic control and oral health in adolescents with type 1 diabetes mellitus. // Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics 2010; 109; e 51-56.
5. Furukawa T., Wakai K., Yamanouchi K., Oshida Y., Miyao M., Watanabe T., Sato Y. Associations of Periodontal Damage and Tooth with Atherogenic Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus // Internal Medicine May 2007, 1359-1364.
6. Козодаева М. В., Иванова Е. В., Манулов Б. М. Состояние пародонта у больных сахарным диабетом (обзор) // Пародонтология. – 2011. - №1(58). – С. 3-7.
7. Naghiyeva S.A., Zeynalova G.K. Childrens parodontal substantances condition suttered from diabetes // Материалы II международного конгресса стоматологов. Тбилиси 2000 , с 93-95
8. Didem Özdemir Özenen, Meltem Özdemir Karataş, Nüket Sandallı "Tip I diyabetli çocuklarda oral değişiklikler" // Cumhuriyet Üniversitesi diş hekimliği Fakültesi dergisi, 2007, s 58-63

SUMMARY

EVALUATION OF PERIODONTAL TISSUE AND ORAL CAVITY HYGIENE IN CHILDREN WITH TYPE I DIABETES.

Naghiyeva S.A.

Azerbaijan Medical University
Department of Pediatric Dentistry

Key words: diabetes I, children, gingivitis.

The Research showed that oral cavity hygiene and gingival index in children with Diabetes are lower in compare with healthy children, which brings us to conclusion that, these are all related to cleaning teeth regularly, eating on time and properly in children with Diabetes

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Нагиева С.А.

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра детской стоматологии

Ключевые слова: сахарный диабет I типа, дети, гингивит.

При обследовании детей, страдающих сахарным диабетом показатели индекса гигиены и гингивита достоверно ниже, чем у практически здоровых детей группы сравнения, что объясняется правильным питанием и более ответственным отношением к чистке зубов.

22 МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ ТУРЦИИ

22 Международный конгресс Ассоциации стоматологов Турции прошел в Измире - жемчужине Эгейского моря, городе несравненной красоты, удивительного синего моря, изумрудной зелени и красивых людей.

По традиции проведение конгресса сопровождалось большой выставкой- Expodental 2016, где были представлены все ведущие мировые производители стоматологического оборудования и материалов.

Выставка насчитывала площадь свыше 4000 м и более 120 экспонентов: A- Dec, Sirona, Colgate, Listerin, Signal, TEB, Sensodyne, İpana-Oral B и др.

Научная программа конгресса включала самые актуальные вопросы стоматологии, лекции по которым лекции читали ведущие ученые Турции, Испании, Италии, Германии, Польши и других стран.

Отрадно отметить, что проф. Р. К. Алиева решением руководства Стоматологической Ассоциации Турции была включена в Научный комитет международного конгресса.



Приветствие председателя оргкомитета



22 Международный конгресс проходил в дни национального праздника Турции - 19 мая, дня, непосредственно связанного с именем великого Кемалья Ататюрка. Это придало высокую торжественность открытию, где с приветственным словом выступил Президент TDB профессор Taner Yücel. В приветственном слове г-н Taner Yücel подчеркнул, что цель конгресса - провести обмен мнениями по научной программе в «Семье стоматологов» - „Family of Dentistry” в праздничной обстановке. Также он особо отметил важное событие в жизни стоматологов Турции - учреждение TDB-Akademi для проведения непрерывного последипломного образования, что должно способствовать систематизации



обучения врачей.

В период проведения Международного конгресса состоялся 6 th Neighbouring Countries Dental Associations Collaboration Platform Meeting

Идея создания платформы сотрудничества

Neighbouring Countries Dental Associations Collaboration Platform Meeting принадлежит Ассоциации стоматологов Турции во главе с проф. Taner Yücel . В мае 2015 года членами Платформы был подписан протокол о сотрудничестве профессиональных стоматологических объединений с целью взаимодействия в сфере научных изысканий, развития программ профилактики стоматологических болезней, в обмене достижениями современных технологий и т. д.

Вся деятельность Neighbouring Countries Dental Associations Collaboration Platform Meeting будет соответствовать этическим принципам сотрудничества, принятым Всемирной Федерацией стоматологов (FDI) и направлена на развитие высоких профессиональных критериев врачей- стоматологов.

Научная программа заседания Neighbour-



Церемония открытия конгресса



С друзьями за столом

ing Countries Dental Associations Collaboration Platform Meeting включала в себя обсуждение результатов вопросника по использованию Амальгамы в странах-членах данного сотрудничества в свете принятой FDI конвенцией по ртуте «Minamata Convention on Mercury»

Также был заслушан доклад вице-президента Грузинской стоматологической Ассоциации проф. В. Маргвелашвили об эпиде-

миологической ситуации стоматологических болезней в Грузии.

Принято решение к следующему митингу еще более координировать свою деятельность и продолжать сотрудничество.

Работа конгресса завершилась грандиозным Гала-ужином в исторической части Измира.

Самедова С.И.

DİSTAL DİŞLƏM ANOMALİYASININ MÜALİCƏSİNDƏ YENİ YANAŞMA: MODİFİKASIYA EDİLMİŞ AKTİVATORLA MÜALİCƏ.

Novruzov Z.H.

Azərbaycan Tibb Universiteti
Uşaq stomatologiyası kafedrası

Açar sözlər: distal dişlər, aktivator

Diş-çənə sistemi anomaliyaları arasında ən çox rast gəlinən distal dişləm anomaliyasıdır. Distal dişləm anomaliyasının ortodontik müalicə üsullarının öyrənilməsi, anatomik və funksional qüsurların aradan qaldırılmasına zəmin yaradır (1).



çuxurunda aşağı və önə doğru yerdəyişir. Bu zaman oynaqdaxili liflərdə gərginlik yaranır ki, bu da oynaq qığırdağında enxondral sümükləşməyə təkan verir. Oynaq başında, oynaq çuxurunda adaptiv forma dəyişikliyi əmələ gəlməsi və yeni sümük yaranması ilə çənə sümüyü önə doğru yerdəyişir (4).

Distal dişləm anomaliyasının mənşəyinə görə diş, skelet və funksiya formaları vardır. Diş mənşəli Enql təsnifatı ilə, yuxarı və aşağı 6-cı dişlərin münasibətinə görə təyin edilir. Sefalometrik olaraq ANB bucağının 4°-dən böyük olması skelet mənşəli distal dişləmə dəlalət edir. Skelet mənşəli distal dişləmin maksilla, mandibula mənşəli və kombinə olunmuş formaları var. ANB bucağının böyüməsi əgər SNA bucağının böyüməsindən qaynaqlanırsa maksilla mənşəli, SNB bucağının kiçilməsindən qaynaqlanırsa mandibula mənşəli, hər iki bucağın dəyişməsindən qaynaqlanırsa kombinə olunmuş distal dişləm adlanır (1-2).

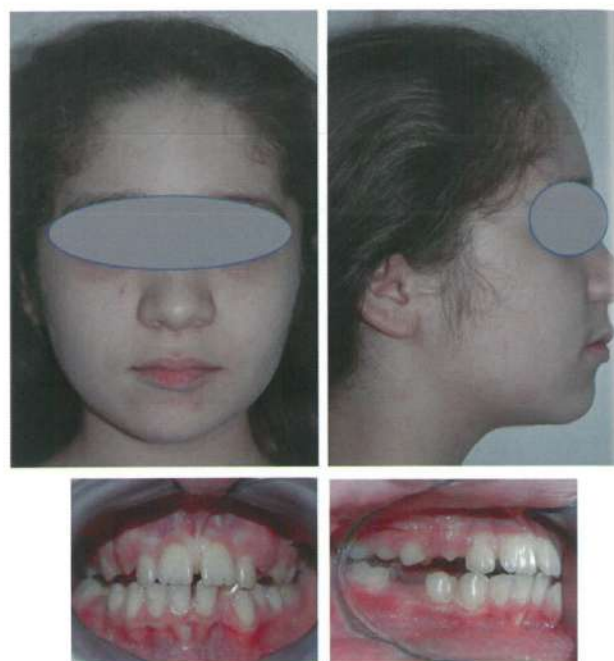
Uşaqlarda distal dişləm anomaliyasının müalicəsində aktivatorlardan geniş istifadə olunur. Aktivatorların stimullaşdırıcı təsiri ilə sümüklərin ölçü və formasında dəyişikliklər əmələ gəlir (3). Aktivatorun əsas təsir yeri gicgah-çənə oynaqdır. Aktivator ilə çənə vertikal istiqamətdə açılaraq önə çəkildiyi üçün, oynaq başı oynaq

Distal dişləm anomaliyasının düzəlməsi üçün aşağı çeynəmə dişlərinin yuxarı və önə, yuxarı dişlərin isə arxa və yanağa tərəf yerdəyişməsi lazımdır. Aktivatorlardakı interokkluzial 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 vacibdir. 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. Məhz bu faktor da distal dişləm aktivatorlarının çatışmayan cəhətidir. Distal dişləm aktivatorlarının digər bir mənfi cəhəti isə ağız boşluğunda çox yer tutduqları üçün stomatoqnatik funksiyaların icrasına mane olmasıdır (5).

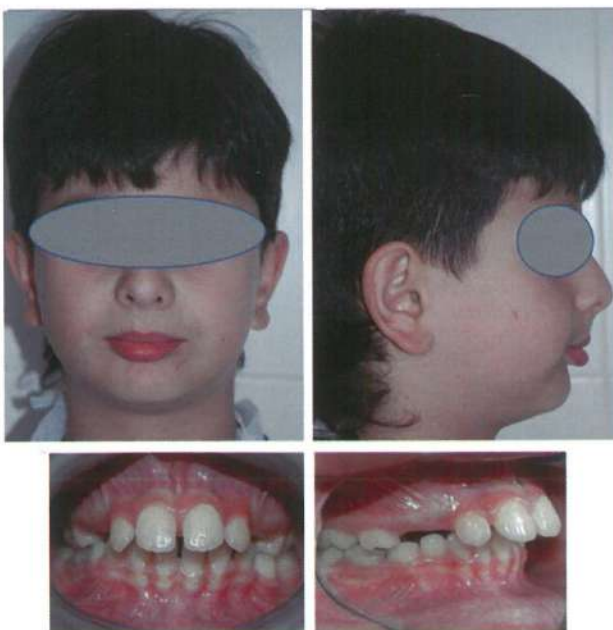
Bu məqalədə, modifikasiya edilmiş əkiz-blok aparatı ilə müalicə etdiyimiz iki pasiyentin müa-



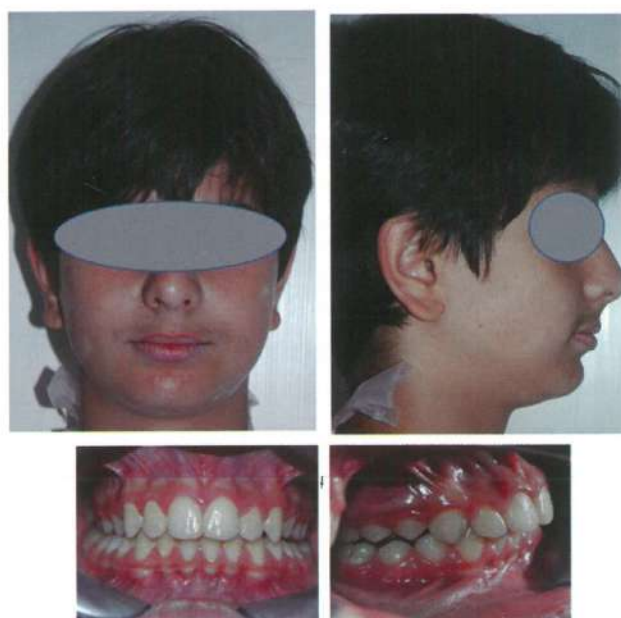
Şəkil 1. Xəstə A müalicədən əvvəl.



Şəkil 2. Xəstə A müalicədən sonra.



Şəkil 3. Xəstə B müalicədən əvvəl.



Şəkil 4. Xəstə B müalicədən sonra.

licə əvvəli və sonrası nəticələrini təqdim edirik. Yuxarı kəsici dişlərdə retruziyanın qarşısını almaq üçün aparatın yuxarı hissəsindəki dəhliz qövsünə akril lövhə əlavə etdik və kəsicilərin biraz önündən keçməsinə təmin etdik. Bu yolla yuxarı kəsicilərə təsir edən dodaq təzyiqini aradan qaldırdıq. Aşağı kəsici dişlərdə protruziya olmaması üçün, aşağı kəsici dişlərin dil tərəfin-

dəki akrildən yonaraq dəhliz qövsünü aktivləşdirdik.

Xəstə A. aşağı dodağın yuxarı dodaqla müqayisədə çox arxada qalması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Xəstə müraciət etdiyi zaman 9 il 10 ay xronoloji, 10 il sümük yaşına sahib və inkişafının 96%-ni bitirmiş S inkişaf mərhələsində olan bir qızıdır. Qabarıq (konveks) profilə sahibdir,

gicgah-çənə oynaqında patologiya yoxdur.

Klinik intraoral müayinədə; arxa dişlərin 2-ci sinif əlaqədə olduğu görülmüşdür (Şəkil 1). Overbite 4 mm, overjet 9 mm-dir. Ortopantomogram rentgenin müayinəsində bütün dişlərin mövcud olduğu təyin edilmişdir. Model analizi nəticələrinə görə üst çənədə 2 mm, alt çənədə 5 mm yer darlığı var. Sefalometrik analiz nəticələrinə görə xəstə sümük mənşəli distal dişləm (ANB=6°), protruziv vəziyyətdə olan alt kəsici və norma həddində olan GoGn/SN bucağına sahibdir (GoGn/SN=34°).

Xəstə B. çənənin uc hissəsinin yuxarı dodaq və burunla müqayisədə çox arxada qalması və aşağı dodağın çox qatlanması şikayəti ilə müraciət etmişdir. Xəstə müraciət etdiyi zaman 10 il 5 ay xronoloji, 10 il sümük yaşına sahib və inkişafının 95%-ni bitirmiş S inkişaf mərhələsində olan oğlandır. Qabarıq profilə sahibdir.

Klinik intraoral müayinədə; arxa dişlərin tam 2-ci sinif əlaqədə olduğu, overbaytın 4 mm,

overjetin 7 mm olduğu görülmüşdür (Şəkil 1). Ortopan-tomoqram rentgenin müayinəsində bütün dişlərin mövcud olduğu təyin edilmişdir. Model analizi nəticələrinə görə üst çənədə yer darlığı mövcud deyil, alt çənədə isə 2 mm yer darlığı var. Sefalometrik analiz nəticələrinə görə xəstə sümük mənşəli distal dişləm (ANB=7°), protruziv vəziyyətdə olan alt kəsici və norma həddlərində olan GoGn/SN bucağına sahibdir (GoGn/SN=32°).

Müalicə

Hər iki xəstənin müalicəsi modifikasiya edilmiş əkiz-blok aktivatoru ilə aparılmışdır. Aparatdan kəsici dişlərdə normal overjet yaranana kimi (xəstə A-da 7 ay, xəstə B-də 8 ay) məktəb xarici vaxtlarda istifadə edilmiş, daha sonra 3 ay gecələr istifadə edilmişdir.

Nəticə və Müzakirə

Xəstələrin aktivator müalicəsindən əvvəl və

Cədvəl 1.

Xəstələrin Steiner sefalometrik analizinin nəticələri

Ölçümlər	Müalicədən əvvəl (A)	Müalicədən sonra (A)	Müalicədən əvvəl (B)	Müalicədən sonra (B)
SNA	79°	79°	80°	79°
SNB	73°	77°	73°	76°
ANB	6°	2°	7°	3°
1-NA	9 mm / 41°	8 mm / 40°	5,5 mm / 34°	5 mm / 34°
1-NB	5 mm / 20°	5 mm / 22°	2,5 mm / 22°	3 mm / 22°
Pg-NB	2 mm	3 mm	2,5 mm	2,5 mm
Holdaway fərqi	3	2	0	0,5
I/I	114°	112°	119°	118°
Occ/ SN	15°	16°	16°	15°
GoGn/SN	34°	37°	32°	34°
Yumşaq toxuma analizi	5 mm / 2 mm	2 / 1 mm	0 / +2	-1 / 0

sonra Steiner sefalometrik analiz nəticələri Cədvəl 1 də verilmişdir. Nəticələrə görə SNB bucağının artmasından qaynaqlı olaraq ANB bucağında azalma görülür ki, bu da çənə sümüyünün önə yerdəyişməsinin nəticəsidir. ANB bucağının azalması ilə sümük mənşəli distal dişləm anomaliyası normal dişləmə keçmişdir. Xəstə B-də SNA bucağında 1 dərəcəlik azalma olmuşdur ki, bu da yuxarı kəsici dişlərin köklərinin yerdəyişməsi ilə əlaqəli ola bilər. Aparatın yuxarı hissəsindəki vestibulyar qövsü öndən seyr etdirib kəsici dişlərdə retruziyanın qarşısı alınmağa çalışılması öz bəhrəsini vermişdir. Belə ki, yuxarı kəsici dişlərdə retruziya minimal səviyyədə olmuşdur. Aparatın aşağı hissəsində isə alt kəsici dişlərin lingual tərəfindəki akrilin yönülməsi onların protruziyasının qarşısını almışdır.

Hər iki xəstənin GoGn/SN bucağı böyümüşdür. Aktivatorların təsiri ilə çənə sümüyü önə yerdəyişdikcə molyar və premolyar dişlər nəhiyyəsinə açıqlıq əmələ gəlir. Bu açıqlığı bağlamaq üçün aktivatorlarda vertikal istiqamətdə

aşındırmalar aparılır. Nəticədə molyar və premolyar dişlər vertikal istiqamətdə inkişaf edərək açıqlığı bağlayır. Molyar dişlərin vertikal inkişafı eyni zamanda çənə sümüyünün aşağı-arxa istiqamətdə rotasiyasına səbəb olur ki, nəticədə GoGn/SN bucağı böyüyür.

Yumşaq toxuma ölçülərində hər iki xəstənin dodaqlarında arxa yerdəyişmə görünür. Yumşaq toxuma xətti çənəucuna təmas edilərək çəkildiyi üçün, əslində bu çənə ucunun önə yerdəyişməsinin təcəssümüdür.

Son

Hər iki xəstədə distal dişləm çənə sümüyünün önə yerdəyişməsi hesabına müalicə edilmişdir. Yuxarı kəsici dişlərdə retruziya, aşağı kəsici dişlərdə protruziya olmaması sümük yerdəyişmə miqdarının daha çox olmasına zəmin yaradır. Aktivatorlarda müəyyən dəyişikliklər etməklə kəsici dişlərdəki arzuolunmayan yerdəyişmələrin qarşısını almaq mümkündür.

ƏDƏBİYYAT

1. Qarayev Z.İ. Əliyeva R.Q. Novruzov Z.H. Ortodontiya. Bakı, 2015. 272 səh.
2. Ülgen M. Ortodontik tedavi prensipleri. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Yayınları, 1999; Ankara
3. Woodside D.G. Do functional appliance have an orthopedic effect? Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 1998. 113: 11-13
4. Bishara S.E., Ziaja R.R. Functional appliances: A review. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 1989. 95: 250-8
5. Novruzov Z.H., Qədimli Ç.C., Özdiler E.F., Karaman A.İ. Sınıf II bölüm 1 maloklüzyonlarında kullanılan ikiz blok ve monoblok fonksiyonel tedavi aygıtlarının SNA, SNB və ANB açıları üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Diş hekimliği fakültesi dergisi. 2013, 40 (2): 1-8

SUMMARY

A NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF DISTAL BITE ANOMALIES: TREATMENT WITH A MODIFIED ACTIVATOR APPLIANCE

Novruzov Z.H.

Azerbaijan Medical University

Department of Pediatric Stomatology

Key Words: distal malocclusion, activator

Dento-facial effects of activators used to correct distal occlusion are defined by cephalometric analysis in this article.

In most cases distal bite anomalies in children are being treated with functional orthopedic apparatus. The main disadvantage of functional devices is the retrusion of upper incisors and protrusion of lower incisors. It is possible to prevent unwanted movements of the incisors by making some modifications on activators.

РЕЗЮМЕ

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА: ЛЕЧЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННЫМ АКТИВАТОРОМ.

Новрузов З.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет

Кафедра детской стоматологии

Ключевые слова: дистальный прикус, активатор

В статье цефалометрическими анализами было определено влияние на зубо-челюстную систему активаторов, которые используются при лечении дистального прикуса.

У детей аномалии дистального прикуса в основном лечатся функциональными ортопедическими аппаратами. Главный недостаток функциональных аппаратов это ретрузия верхних резцов и протрузия нижних резцов. Сделав определенные изменения на активаторах можно избежать этих нежелательных изменений.



**EOS 22 TO 24 SEPTEMBER 2016
IN BARCELONA IN SPAIN
BARCELONA FORUM INVITES
PROFESSIONALS TO WITNESS THE
FUTURE OF ORTHODONTICS.**

TARIVERDİYEVA ESMİRA QULAM QIZI

Azərbaycan Tibb Universitetinin terapevtik stomatologiya kafedrasının dosenti Tariverdiyeva Esmira Qulam qızı ömrünün 79-cu baharında əbədiyyətə qovuşdu. E.Tariverdiyeva 1937-ci il dekabrın 27-də Bakı şəhərində dünyaya göz açıb, 1959-cu ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun stomatologiya fakültəsinin ilk məzunlarından olub. O, 1959-1963-cü illərdə Bakı şəhəri 1 saylı poliklinikada həkim-stomatoloq vəzifəsində çalışıb, 1963-1965-ci illərdə Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda klinik-ordinatura kursu keçib. 1965-ci ildən həyatının sonuna qədər - 50 ildən artıq bir müddətdə Azərbaycan Tibb Universitetinin terapevtik stomatologiya kafedrasında fəaliyyət göstərərək baş laborant, assistent, dosent vəzifələrində çalışıb. Onun yüksək ixtisaslı həkim-stomatoloq kadrlarının yetişdirilməsində əvəzsiz xidmətləri olub. E.Tariverdiyeva elmi-tədqiqat işlərini də yüksək səviyyədə yerinə yetirərək 1972 - ci ildə "Akromeqaliyalı xəstələrin ağız boşluğunda dəyişikliklər" mövzusunda namizədlik dissertasiyasını müvəffəqiyyətlə müdafiə etmişdir.

Esmira xanımın elmi marağı çoxşaxəlidir. Onun tədqiqatları terapevtik stomatologiyanın müxtəlif məsələlərinə həsr edilmişdir. Parodont və ağız boşluğunun selikli qışası xəstəliklərinin kliniki xüsusiyyətləri, onların etiologiyası və patogenezinə həsr olunmuş çox saylı məqalələrin müəllifidir. Dosent Tariverdiyevanın 70-dən artıq elmi işi tədris və tədris-metodik vəsaitləri çap olunub. Uzun illərin tədrisi və təcrübəsinin məhsulu olaraq o, 2014-cü ildə "Ağız boşluğu-



nun selikli qışa xəstəlikləri" adlı dərs vəsaitini nəşr etdirmişdir. Respublikamızın müxtəlif bölgələrindən selikli qışa xəstəlikləri olan insanlar məhz Esmira xanımın yanına gəlirdilər. O, Yüksək səviyyəli alim-həkim kimi neçə-neçə insanlara sağlamlıq qaytarıb, ailələrinə sevinc gətirib. Onun şəfalı əlləri gənclərimizə və yaşlılarımıza bəyaz təbəssüm bəxş edib. Esmira xanım tələbələrini çox sevirdi, yalnız ona görə yox ki, o ömrünün yarısından çoxunu gənclərin tərbiyəsinə, onların yüksək səviyyəli mütəxəssis olmasına həsr edib həmdə onlara böyük dost və sırdaş olmuşdur. Öz dəyərli məsləhətlərini nəinki tələbələrdən, həmçinin kafedranın gənc əməkdaşlarından da əsirgəməzdir. Onun tələbələrinin soracağı bu gün təkcə respublikamızdan və MDB ölkələrindən deyil, İran, Türkiyə, Finlənidiya, Fransa, Almaniya və s. gəlir.

Dosent E.Q.Tarıverdiyeva uzun illər stomatologiya fakültəsinin elmi-şurasının, stomatologiya üzrə ixtisaslaşdırılmış müdafiə şurasının problem və metod komissiyasının üzvü olub, dəfələrlə ölkəmizdə və onun hüdudlarından kənarda keçirilən beynəlxalq miqyaslı elmi forumlarda elmi məzurələrlə çıxış edib.

Dosent E.Tarıverdiyeva kafedranın canlı tarixi idi və o, həmişə kafedranın ənənələrinin qorunub saxlanmasına çalışır, daim onun köməyinə, onun təcrübəsinə, onun müdafiəsinə

ehtiyacı olanların yanında olardı. Esmira xanımın qəlbi həmişə dostları, həmkarları, tələbələr üçün açıq idi. Lakin təəssüf ki,amansız ölüm onun arzularını da özü ilə birlikdə apardı.

Dosent Esmira xanım Tarıverdiyeva bütün tələbələrinin, uzun illər onunla çiyin-çiyinə işləyən həmkarlarının, stomatologiyada ilk addımlarını atan gənc həkimlərin, bütün onu tanıyanların,dost və tanışlarının, doğmalarının qəlbində daim yaşayacaq,xoş xatirələrlə anılacaqdır. Allah rəhmət eləsin.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və “Qafqazın Stomatoloji yenilikləri” jurnalının idarə heyəti.



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 23 - 2016