



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ

№6-2002 (2)

Procter & Gamble

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 6 2002 (2)

**AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI**



**AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION**

**Təsisçi və baş redaktor
Baş redaktorun müavini**

**R. Əliyeva
Z. Qarayev**

**Redaksiyanın müdiri
Bədii tərtibatçı**

**S. Ələkbərova
A. Cəfərov**

Redaksiya heyyyəti

Aslanov K.L.
Ağayev İ.Ə.
Alimskiy A.V.
Bezrukov V.M.
Danilevskiy M.F.
Gülçin Bermek
Harunisə Aliğil
Qasimov R.K.
Qarayev Q.Ş.
Quliyev N.C.

Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Ukrayna
Türkiyə
Procter&Gamble
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan

Leontyev V.K.
Litvinov A.N.
Məmmədov A.A.
Niqmatov R.N.
Ruzuddinov S.R.
Sadovskiy V.V.
Şenqün Onur.
Vaqner V.D.
Vadaçkoriya Z.O.
Vəliyeva M.N.

Rusiya
Rusiya
Rusiya
Özbəkistan
Qazaxıstan
Rusiya
Türkiyə
Rusiya
Gürcüstan
Azərbaycan

MÜNDƏRİCAT

■ Ağız boşluğuna qulluq və şəxsi gigiyena.	Əliyeva R.Q.	3
■ Роль и значение освещения в практике врача стоматолога. Пьетрок Мария Тереза		5
■ Радиовизиография в стоматологии	И. В. Павленко	9
■ Odontogen iltihab xəstəliklərinin kompleks müalicəsində ampisid preparatının tətbiqi. Əliyeva R.Q., Kəlbəyev Ə.K., Quliyev A.İ., İmanov E.Ə.		12
■ Новые возможности лечения воспалительных заболеваний пародонта. Пашаев Ч. А., Мамедова с.А., Пашаев А.Ч., Юсифов С.Ю.		15
■ Ön çarpaz dişləmin hareketli ortodontik aparatlarla müalicəsi Zaur Novruzov, M. Birol Özel, F. Erhan Öz diler		20
■ Изучение английского опыта организации государственной системы стоматологической службы. И. М. Юлдашев.		28
■ Система усовершенствования врачей - стоматологов в Кыргызской республике: достижения и проблемы развития. И. М. Юлдашев.		35
■ Адаптация к съёмным пластиночным зубным протезам. Бадалов Р.М., Гараев З.И., Рзакулиева Д.М.		43
■ Stranqulyasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı qara ciyərdə gedən morfoloji dəyişikliklərin tədqiqi. Bağırova S. H.		49
■ ASA-stomatoloqlar üçün		53
■ Конгресс международной федерации стоматологов.		55



Şəxsi gigiyenanın orqanizmin sağlamlığında əhəmiyyətli rolu haqda ədəbiyyat məlumatları çox genişdir. Bunun ayrılmaz bir hissəsi ağız boşluğuna və dişlərə qulluqdur.

Tədqiqatçılar ağız boşluğunda çoxlu sayda formasına və tərkibinə görə müxtəlif mikroorqanizmlər müşahidə etmişlər. Ağız boşluğunun optimal temperaturu, nəmliyi, dişlərin arasında və çuxurluqlarında, selikli qışa büküşlərində yığılıb qalan qida qalıqları mikrobların artması və yayılması üçün çox münbit şəraitdir. Ağız boşluğuna qulluq etməyən insanlardan götürülmüş diş ərpinin 1 mq-nın mikroskopik öyrənilməsi zamanı 700-900 milyon müxtəlif mikroorqanizmlər müşahidə olunmuşdur. Hal-hazırda ağız boşluğunda xəstəlik törədən bakteriyalardan başqa çoxlu sayda saprofitlər - yəni insan orqanizminə zərərsiz mikroorqanizmlərin də olması təsdiq edilmişdir.

Bununla yanaşı xeyirli mikroorqanizmlər də var ki, bunlar müxtəlif vitaminlər hasil edirlər ki, bu insan orqanizminin həyat fəaliyyəti üçün vacibdir və həm də bəzi

Ağız boşluğuna qulluq və şəxsi gigiyena

xəstəlik mikroblarının aktivliyini azaldır, yaxud məhv edir.

Mikroorqanizmlər ağız boşluğunun müxtəlif yerlərində eyni olmur. Bunlar ən çox karies boşluğunda, dişlərin arasında yığılır. Dilin üzərində də çoxlu bakteriyalara rast gəlinir ki, bunlar da insanlar asqıran, öskürən və bəzən danışan zaman ağız suyu vasitəsilə ətrafa yayıla bilər. Bir çox infeksiyon xəstəliklər bu yolla yayılır. Ağız boşluğunun xəstəlik törədən mikroorqanizmləri mədə-bağırsaq yollarına düşməklə həmin üzvlərin xəstəliyinə səbəb olurlar. Ona görə də şəxsi gigiyena, o cümlədən ağız boşluğuna qulluq, orqanizmin sağlamlığı üçün çox böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Yeməkdən əvvəl əllərin, həmçinin qəbul edilən meyvə və tərəvəzin təmiz yuyulması, zərərli mikroorqanizmlərin ağız boşluğuna düşməsinin qarşısını alır yaxud azaldır. Bununla yanaşı ağız boşluğuna yaxşı qulluq etmək, xəstəlik törədən mikroorqanizmlərin artması və yayılması imkanını kəskin məhdudlaşdırır. Beləliklə, ağız boşluğuna və dişlərə qulluq insanların sağlamlığı üçün çox vacib şərtlərdəndir.

Bu məqsədlə insanlar müxtəlif diş pastaları, yaxud tozları ilə gün ərzində iki dəfə dişlərini təmizləyir. Diş fırçası ilə dişləri həddən artıq təmizlədikdə ola bilər diş emalında sürtünmə əmələ gəlsin. Bu ən çox dişlərin boyun hissəsində baş verir ki, nəticədə isti, soyuq, şirin və turş qıcıqlara

qarşı həssaslıq artır.

Yaxşı olar ki, dişlər gecə yatmadan əvvəl təmizlənsin. Məlumdur ki, qida qalıqları gecə ağız boşluğunda qaldıqda mikroorqanizmlərin artması və inkişafı üçün daha münbit şərait yaranır. Əgər ağız boşluğu və dişlər təmizlənsə mikrobların sayı kəskin azalır, ağız boşluğu uzun müddət təmiz qalır.

Tədqiqatçıların çoxu hesab edirlər ki, 3-4 yaşından dəşləri yumşaq fırçalarla təmizləmək lazımdır. Uşaqlarda dişlərin təmizlənməsinə vermiş yarıdan sonra onlar üçün istehsal edilən diş pastası və tozlardan istifadə edə bilərlər.

Dişlərin təmizlənməsi aşağıdakı qayda ilə aparılmalıdır. Təmiz diş fırçası ilıq, yaxud ev temperaturunda olan su ilə isladıldıqdan sonra onun üzərinə tükü sızmaqla 1,5-2 sm pasta qoyulur. Sonra 2-3 dəqiqə müddətində dişlər həmin fırça ilə vertikal istiqamətdə, yəni damaq tərəfdən başlayaraq frontal dişlərdə diş tacını kəsici kənara doğru, və çeynəmə dişlərində çeynəmə səthinə doğru hərəkətlərlə vestibulyar və oral tərəfdən təmizlənir. Dişləri təmizləmək üçün bəzən fırça ilə dairəvi hərəkətlər də etmək lazımdır.

Dövrü olaraq damaqları masaj etmək məsləhətdir. Əlləri təmiz yuyandan sonra şəhadət barmağının üzərinə diş pastası sıxaraq həmin barmaqla damaq kök boyunca diş tacına doğru 3-4 dəqiqə masaj edilir. Sonra ağız boşluğunu ilıq su ilə yaxşı-yaxşı yaxalayırırlar. Bunun nəticəsində damağın qan təchizatı yaxşılaşır və dişlər müəyyən qədər yumşaq ərpədən təmizlənir.

Yemək yeyəndən sonra ağız boşluğunu qaynanmış su ilə yaxud sodalı məhlulla (1 stəkan qaynanmış suya 1/4 çay qaşığı soda qarışdırmaqla) yaxalamaq lazımdır. Bunun nəticəsində selikli qışa büküşlərində və dişlərin üzərində qalan qida qalıqları təmizlənir.

Dişlərin və selikli qışanın öz-özünə təmizlənməsi üçün yeməkdən sonra meyvə və

tərəvəzin (alma, kök və s.) qəbulu çox əhəmiyyətlidir. Bundan sonra ağız boşluğunu yaxalamaq lazım gəlmir. Çünki, meyvə və tərəvəzin tərkibindəki vitaminlər orqanizim üçün çox faydalıdır, onları çeynəyərkən ağız suyunun ifrazı artır və ağız boşluğu öz-özünə təmizlənir.

Ancaq dişlərin arasında ilişib qalan qida qalıqlarını dişləri fırçalamaq, yaxud ağız boşluğunu yaxalamaqla təmizləmək həmişə mümkün olmur. Nəticədə insanlarda çox narahatlıq, bəzən ağrı hissiyatı və nəhayət damaqda iltihab yarana bilər. Belə hallarda insanlar əllərinə düşənlərdən (kibrit çöpü, iynə və başqa əşyalardan) istifadə edərək dişlərin arasını təmizləmək istəyirlər və əksər hallarda ya selikli qışanı zədələyirlər, yaxud dişlərin arasında əlavə olaraq nə isə qalır. Yaxşı olar ki, belə hallarda xüsusi hazırlanmış (fil sümüyündən, qaz qanadından, bərk plasmadan, saplardan) diş təmizləyənlərdən istifadə olunsun.

İnsanları inandırmaq lazımdır ki, ağız boşluğuna qulluq sağlamlıq üçün mütləq vacibdir. Ancaq bu məcburi olmamalıdır, onları şəxsi nümunə göstərməklə inandırmaq lazımdır.

Ağız boşluğuna və dişlərə diqqətlə ardıcıl olaraq qulluq etməklə yanaşı selikli qışada yaxud dişlərdə hər-hansı bir xoşagəlməz hissiyat, ağrı, zədələnmə və s. baş verərsə mütləq stomatoloji poliklinikalarda və ya kabinetlərdə işləyən həkim-stomatoloqlara müraciət etmək lazımdır.

RƏNA ƏLİYEVƏ



Роль и значение освещения в практике врача стоматолога

Пьетрок Мария Тереза

Территориальный менеджер Центральной и Восточной Европы
Компании A-dec International Inc.



В настоящее время, возможно, одним из самых важных секретов, охраняемых производителями стоматологического оборудования, является информация о негативном влиянии на здоровье стоматологов ненадлежащего освещения. Эту тему предпочитают не обсуждать... Особенно

те производители, которые просто не уделяют должного внимания качеству своей продукции и здоровью врачей. В своих исследованиях компания A-dec International Inc. не только указывает на важность этой проблемы.

Есть две наиболее важные вещи в стоматологическом кабинете, оказывающие непосредственное влияние на здоровье каждого стоматолога, - это стул доктора и лампа бестеневого освещения.

Независимо от страны или части света стоматологи всего мира испытывают одну и ту же проблему - боль и усталость.

Боль в пояснице чаще всего возникает из-за неправильной посадки, неправильного расположения сидения, его формы и удаленного расположения инструментов.

Головные боли и боли в глазах также достаточно распространены. Как и жалобы на общую усталость. Основной причиной всех этих жалоб является неправильная освещенность помещения, слабая освещенность полости рта и необходимость переключать зрение на различные области освещения. Почему же освещение так важно для здоровья стоматологам?

Наша способность видеть и действовать значительно зависит от освещенности предмета. В то время как общее освещение

должно отвечать требованиям нормального зрения, особые виды деятельности, такие как особо точные манипуляции, работа с мелкими предметами требуют отличных от нормальных условий освещения.

Если предмет сложно рассмотреть, то это обусловлено:

- его размером,
- плохой контрастностью,
- его перемещением (движение и время),
- яркостью.

Все четыре категории присущи особенностям зрительной деятельности стоматолога.

Работа стоматолога является особым видом деятельности, требующим не только знаний и профессиональной подготовки, но и мануальных навыков. Исключительная важность точности выполнения всех манипуляций в полости рта не может быть переоценена. Стоматологи не имеют право на ошибку. Любая неточность почти непоравима и может привести к далеко идущим последствиям.

Все мы знаем, что наша способность видеть значительно возрастает с увеличением освещенности.

Известно, что:

- при правильном освещении лент транспортера на производстве количество брака при сборке уменьшается вдвое,
- при хорошем освещении в цехах увеличивается производительность,
- при освещенности ниже определенного уровня в школах и библиотеках значительно увеличивается количество грамматических ошибок.

Правильное освещение может повлиять на:

- эффективность - лучше и быстрее выполняемая работа,
- чистоту - "высвечивание" ситуаций нечистоплотности,
- безопасность - сокращение риска ошибок при работе с инструментами и оборудовани-

ем.

Какое освещение можно считать "правильным"? Кто же определяет все необходимые для этого параметры?

Две научные организации устанавливают стандарты освещенности всех видов деятельности.

ISO - The International Standards Association - Ассоциация Международных Стандартов;

IES - The Illumination Engineering Society - Общество Инжиниринга Освещения.

Эти организации выполняют функции исследования и экспертизы по поводу стандартов, применяемых местными и федеральными властями, государственными учреждениями здравоохранения и частными организациями. Поэтому ссылка на соответствие этим стандартам очень важна для обоснованного выбора оборудования и условий работы. В своей работе А-дес, не только применяет указанные стандарты, но и совершенствует их.

Существует три области при определении уровня освещенности для любой деятельности:

- ЗОНА РАБОЧЕГО ПРЕДМЕТА (для стоматологов - полость рта),
- ПЕРЕХОДНАЯ - СРЕДНЯЯ ЗОНА (подбородок),
- ЗОНА ОБЩЕЙ ОСВЕЩЕННОСТИ (освещение помещения).

Рекомендуемый IES уровень освещенности в больничных операционных полях - 2500 фут свечей (около 25000 люкс). Сегодняшние стандарты определяют освещенность полости рта как 2000 люкс (200 фут свечей).

Такая величина обусловлена указанными ранее характеристиками, свойственными особенностям зоны рабочего предмета стоматолога -

1. размер,
2. контраст,
3. движение и время,
4. яркость,
5. требования точности.

СРЕДНЯЯ ЗОНА должна соотноситься к ЗОНЕ РАБОЧЕГО ПРЕДМЕТА как минимум 3 к 1. То есть освещенность СРЕДНЕЙ ЗОНЫ (подбородка) должна составлять от 6500 до 10000 люкс.

Освещенность ЗОНЫ ОБЩЕЙ ОСВЕЩЕННОСТИ должна иметь соотношение к освещенности ЗОНЫ РАБОЧЕГО ПРЕД-

МЕТА - как 10 к 1. То есть освещенность поверхности стола, лотков должна составлять около 1500-2000 люкс.

Для сравнения приведем данные.

700 lux - освещение, необходимое для чтения печатного текста с точностью до 96%.

5000 lux - уровень освещенности солнечным днем под тенью дерева.

5000-10000 lux - освещенность для чтения на улице в облачный день.

100000-250000 lux - освещение прямого солнечного света.

Такие уровни освещения мы встречаем в природе. Почему же нам не создать подобное в кабинете? Все просто - как всегда возникает вопрос стоимости.

Чтобы создать подобие солнечного света в кабинете, нам необходимо одновременно:

- установить 28 ламп дневного света длиной 2.70 м каждая,
- добавить 8 ламп накаливания по 200 Вт,
- включить вентилятор и холодильник для охлаждения выделяемого тепла.

Возможно, кто-то задаст вопрос - может 30000 люкс лучше, чем 20000 люкс?

Нет, не лучше. Существует еще один, пока не названный нами фактор, но объективно присутствующий в жизни - это усталость.

Офтальмологи утверждают, что 80-85% энергии в день наш организм тратит через зрение. Для адаптации зрения к различному уровню освещенности мышцы глаза сужают и расширяют зрачок. В среднем наши глаза производят такую адаптацию 250 000 раз!!! Это показатели обычного человека. Что же говорить о стоматологах, которые работают в зоне не просто с различным, а достаточно контрастным освещением. Исследования показали, что в среднем во время работы стоматолог переводит взгляд в новую зону освещения два раза в минуту.

При переводе взгляда от полости рта (20000 люкс) в область лотка (1500 люкс) глаза испытывают колоссальную нагрузку. Чем больше амплитуда между освещенностью помещения и полости рта, тем сильнее нагрузка на глаза.

Показательным в этом отношении является чтение на ночь в постели. При плохом освещении в темной комнате после непродолжительного чтения большинство из нас засыпает.

С возрастом напряжение глаз переносится труднее. Легкость, с которой глаза адаптиру-

ются к изменениям яркости света, уменьшается. Кроме того, понижается острота зрения, то есть способность видеть при любом источнике освещения и для нормальной "картинки" нам необходима большая освещенность.

Острота зрения обычно снижается следующим образом:

- 10% к 40 годам,
- 25% к 60 годам,
- 50% к 80 годам.

Но не будем забывать о факторе перепада освещенности. Именно для этого существует функция разных режимов работы бестеневого светильника. В пасмурный день освещение в полости рта не должно быть в максимально ярком режиме, используйте более слабую позицию освещенности. Увеличение интенсивности освещения может происходить по мере усталости - к концу рабочего дня.

Учитывая все вышеизложенные факторы, обсудим, каким должен быть светильник стоматолога?

Спросим об этом стоматологов. В чем они нуждаются? Ответы будут очевидными:

- равномерное освещение,
- правильная цветопередача,
- отсутствие тени.

Все три требования помогают не только хорошему обзору полости рта, но и позволяют уменьшать нагрузку на глаза и тем самым избежать фактора усталости.

Форма самого светильника очень важна для освещения. Именно форма позволяет расширить зону освещения, но сохранить световой поток в зоне рабочего предмета. Равномерное распределение светового потока позволяет объективно оценить ткани в различных областях полости рта, а также сохранить количество перемещений глаз в зоны с различным освещением. Для современной стоматологии, ставящей своей задачей не только функциональное лечение, но и восстановление эстетических характеристик, цветопередача очень важна. Свет стоматологического светильника должен сохранять натуральную цветопередачу. Это не только позволяет адекватно оценивать состояние мягких тканей при диагностике, но и чрезвычайно важно при подборе цвета коронок. Общеизвестно, особенно в фотографии, что свет в 5000 Кельвинов является нейтральным для цветопередачи.

Сокращение фактора наличия тени имеет

большое значения как для подбора цвета и диагностики, так и для уменьшения нагрузки на глаза.

Все эти показатели напрямую говорят, что для светильника важно качество, как рефлектора, так и защитного покрытия (колпака) светильника.

Прежде, чем мы продолжим разговор о свете, нужно остановиться на показателе - "цветовая температура", имеющем значение для характеристики цветопередачи.

Часто вы слышите от производителей разных ламп характеристику цвета температуры - измеряемого в градусах Кельвина. Что же на самом деле описывается такой единицей измерения,

Кельвин - единица измерения абсолютной температуры черного тела (такого, как уголь) при нагревании до изменения цвета.

Черный цвет - комнатная температура.

Красный цвет - 800 К.

Розовый - 3200 К.

Белый - 4000 К.

Голубой - 8000 К.

IES установило стандарты для бытового освещения - для общей хирургии лампа или лампы должны иметь теплопоглощающий фильтр для того, чтобы спираль лампы находилась в пределах 3200-4000 градусов К.

Большинство спиралей лампочек нагревается до температуры 2950 градусов Кельвина для излучения видимого света.

Как известно, свет включает широкий спектр излучения - от ультрафиолетового до невидимого. Только узкий спектр его пригоден для стоматологического приема.

Дихроический фильтр. Покрытие стеклянного отражателя, который и является рефлектором, называют дихроическим (буквально означает 2 цвета). Дихроический фильтр дает отражение оранжево-желтого цвета.

Задача данного фильтра - пропускать свет определенного цвета через себя и отражать свет нужного спектра. Дихроическое покрытие в идеальном рефлекторе имеет многослойную структуру. Каждый слой "работает" на определенный спектр и тем самым отражает и пропускает (поглощает) выборочные цвета. Качественное дихроическое покрытие позволяет контролировать цвет света в полости рта.

Задача - получить белый свет, который позволит достоверно идентифицировать

цвета в полости рта.

Несмотря на то, что объяснение очень простое, процесс создания такого фильтра очень сложен. В действительности этот фильтр представляет серию покрытий. Качество каждого слоя, толщина и порядок нанесения имеют важное значение, дабы не преломить световую волну ненадлежащим образом. Такая технология требует особых производственных условий. Не на каждом заводе можно создать такие, так как требуются большие вложения и специально обученный персонал.

Что же будет эталоном обычного дневного света? Существует понятие "стандартного северного света". Такое описание подразумевает настоящий белый свет. В действительности дневной свет различен не только в каждую минуту дня, но и на каждой широте.

Утром свет голубой.

В полдень - желтый.

Послеобеденный свет красный.

Вечерний - темно голубой.

Поэтому стандарт света очень тяжело описать в цветовой характеристике. Идентичность света может быть обусловлена только его спектральными показателями.

Стандартный северный свет - это свет, возникающий на 34 градусе северной широты примерно в 10 часов утра днем в середине июня при безоблачной погоде (7400 K). В северном нет красного спектра. Несмотря на нейтральность такого цвета, нельзя предполагать, что цвет предмета в таком свете будет совпадать при другом освещении. Поэтому показатель такого "северного света" не приемлем для стоматологов. Рекомендованные световые характеристики могут быть идентифицированы только по спектральным характеристикам света, передаваемого светильником. Для создания (удержания) необходимого стоматологу спектра и создаются тончайшие фильтры дихроического покрытия. Поэтому производство фильтра для стоматологического светильника является наукоемким и сложным процессом. Важной характеристикой такого покрытия является его износостойкость. Царапины, шелушение покрытия, отслаивание фильтра - картина, которую мы можем наблюдать часто на старых светильниках, а иногда и на дос-

таточно новых. Не только качество фильтра, но и способ его наложения имеют огромное значение для износостойкости. Компания A-des применяет технологию парового нанесения такого многослойного фильтра.

Отсутствие тени. На передней панели рефлектора можно видеть множественные фасетки. В принципе, каждая фасетка отражает источник света самостоятельно. Если количество фасеток 20, то источник света отражается 20 раз, с наложением светового пятна под углом друг на друга. Конечно же, качество отражателя в таком случае становится еще более важным, так как качество отражения, качество наложения и угол совмещения могут оказать значительное влияние на цветопередачу. Эту проблему мы обсуждали выше.

Таким образом, качество стоматологического светильника определяется:

- передачей света через плафон светильника,
- достоверной цветопередачей,
- отсутствием тени.

Принимая во внимание значительное негативное воздействие этих факторов на напряжение глаз и здоровье стоматолога в целом, можно сказать, что эти показатели будут решающими при определении лучшего стоматологического светильника.

В заключение добавим - нашей задачей всегда было создание оборудования для стоматолога, для его нужд и потребностей, его защиты. Все наши модели проходят не только научные испытания, но и испытания у практических врачей. Мы готовы к сотрудничеству. Стоматолог должен знать, что для него особенно важно при выборе оборудования и светильника в частности. Именно поэтому, A-des, один из первых производителей, заявивших о проблеме света в стоматологическом кабинете.

Радиовизиография в стоматологии

И. В. Павленко

Генеральный директор "СТОМА-ДЕНТАЛЬ", Россия



И.В. Павленко
Генеральный директор
"СТОМА-ДЕНТАЛЬ"

Изменения, происходящие в нашей жизни стремительны и неотвратимы. Прогресс в виде интернета, компьютера, программируемых телевизоров и прочего за последние годы изменил нашу жизнь до неузнаваемости.

Изменил не только нашу жизнь, но и нас самих. Многим вещам мы уже не удивляемся, а даже наоборот - удивляемся их отсутствию. 3-4 года назад неизвестное слово "радиовизиограф" вызывало любопытство, уважение, интерес. Сейчас для многих стоматологов это слово вполне обыденно. И наличие радиовизиографов в клиниках уже все меньше воспринимается как "модная" штучка - необходимый рабочий прибор.

Слава визиографов в основном заключалась в том, что такой аппарат значительно снижал дозу возможного облучения. Что же на самом деле представляет из себя радиовизиограф (так же называемый телерентгенографом).

Радиовизиография - это способ обработки изображения, полученного в результате рентгеновского облучения датчика (сенсора), преобразующего рентгеновские лучи в цифровое изображение. Проще говоря - вместо пленки используется датчик, и изобра-

жение сразу же отправляется в память компьютера. А вот специальная программа уже позволяет анализировать снимок, изменять цветовую интенсивность проявления изображения с произведением замеров. То есть изображение, полученное в результате, не только может быть проанализировано программой, но и ведется учет снимков конкретного пациента. Таким образом - есть рентген аппарат, датчик с преобразователем и компьютер с программой.

Какие неоспоримые преимущества получает стоматолог? Исключается этап проявления снимка (как в лаборатории, так и самопроявляющихся пленок), что значительно экономит время, пространство клиники, и сокращает количество работников. Возможность хранения снимков одного пациента в единой электронной карте так же значительно облегчает работу. Сетевые возможности компьютера позволяют иметь доступ к данной информации с различных мест клиник (из разных кабинетов) и очень наглядно демонстрируют пациенту клиническую ситуацию.

Чрезвычайно важно и для пациента, и для врача значительное снижение дозы облучения, в результате сокращения экспозиции (времени облучения), так как характеристики датчика позволяют зафиксировать изображение за более короткий срок. Во многих рекламных публикациях цифры снижения облучения варьируются от 50 до 100 раз.

Рассмотрим этот вопрос подробнее.

За счет чего может быть снижена доза облучения?

- 1 - время экспозиции,
- 2 - размер фокусного пятна,
- 3 - уровень рассеивающей радиации.

Как ни странно только первая характеристика частично зависит от датчика - чем выше его чувствительность и удобнее форма - тем короче экспозиция. 2 и 3 характеристики полностью зависят от **качества рентгеновского аппарата**.

Поэтому, говоря об эффективности радиовизиографии можно сказать о любом визиографе - это хорошо, так как **ЛЮБОЙ** из них снижает уровень облучения по сравнению с традиционным снимком.

Из вышеизложенного напрашиваются два вопроса - как реально сократить характеристики 2 и 3, и как все-таки выбрать радиовизиограф (здесь и далее читай - датчик). Размер фокусного пятна и уровень рассеивающей радиации зависят от уровня технологий, применяемых производителем рентген аппарата. Какой используется генератор рентген излучения, какие материалы для производства, какая технология производства каллиматора (трубки) - и многое другое. Этому мы посвятим отдельную статью.

Качество радиовизиографии (датчика и программы, его обслуживающей) определяется качеством изображения, которое в свою очередь зависит от 1 - разрешающей способности датчика,

2 - качество блока обработки изображения,

3 - характеристик и возможностей программы.

Таким образом, на первый план при выборе датчика выходят технические характеристики датчика. Понятно, что визуально определить качество и

надежность в данном случае не представляется возможным, поэтому репутация и опыт производителя и поставщика занимают архиважное место. Так как рассматриваемый метод диагностики относится к высокотехнологичным, то его совершенствование происходит стремительно. И только крупные производители, имеющие квалифицированный персонал, научно-исследовательские отделы и обладающие патентами на производство комплектующих, могут производить качественный продукт последнего поколения. Устаревшие технологии, как правило, подхватываются "копировщиками" - мелкими фирмами-однодневками, выдающими "свой" товар за новшества по низкой цене.

Но вернемся к изменениям в нас самих. А точнее к проблеме собственной защиты. На фоне мощных рекламных компаний радиовизиографии и лозунге о безопасности мы забыли, что снижение дозы облучения не означает отсутствия облучения.

Огромную роль в этом сыграл новый Сан ПиН 2.6.1.802-99 "Ионизирующее облучение, радиационная безопасность", прочитанный приверженцами датчиков лишь там, где им хотелось... ДА, действительно данный СанПиН позволил располагать дентальные аппараты и пантомографы, работающие с высокочувствительным приемником изображения (без фотолаборатории) и дентальные аппараты с цифровой обработкой изображения "в помещении стоматологического учреждения, находящегося в жилом доме, в том числе в смежных с жилыми помещениями, при условии обеспечения требования норм радиационной безопасности для населения в пределах помещения, в которых производятся рентгенологиче-

ские обследования". Иными словами - то, что разрешение использования в жилых домах рентгеновской аппаратуры не означает, что применение должно происходить в необорудованных помещениях...

Отдельно нужно отметить вопрос об учете доз облучения пациента и его согласия на проведение диагностических рентгенологических исследований. Законодательство предусматривает получение информированного согласия пациента на проведение любых исследований, и рентгенологического в том числе. Информированное согласие означает не только информацию о целях исследования, но и дозе предполагаемого облучения. Применение радиовизиографического метода диагностики предполагает облучение и, соответственно, контроль над ним и учет. А так же наличие обученного персонала, средств защиты и надлежащей документации. Несоблюдение всех требований может не только привести к тяжелым заболеваниям, как персонала, так и пациента, но и само их отсутствие может стать основанием судебного иска пациента.

Так же отметим, что использование радиовизиографических результатов исследования в судебной практике остается спорным вопросом по нескольким причинам. Первое - возможность корректировки (изменения) компьютерного изображения, то есть результатов исследования с помощью компьютерных программ. И второе - как правило, в настоящее время такое исследование производится и описывается не квалифицированным персоналом, то есть даже если и врачом стоматологом, но не имеющим специального образования, а, следовательно, и квалификации для проведения

описания снимков.

В заключении хочется сказать - прогресс неотвратим, но не стоит кидаться под его колеса. За модными словами необходимо видеть суть проблемы. Безусловно - за визиографией будущее, но нужно точно знать, чем вы обладаете, чем вы хотите обладать, и как это достойным образом применять во благо и пациента, и врача.

Компания "Стома-Денталь" уверена в качестве и надежности предлагаемых товаров. Именно поэтому выбор пал на ведущего производителя и разработчика как рентгеновского, так и радиовизиографического оборудования - компанию GENDEX. О конкретных характеристиках оборудования этой компании вы можете узнать в наших офисах по телефонам (0950) 242-98-10 и (4212) 32-51-31.



ODONTOGEN İLTİHAB XƏSTƏLİKLƏRİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ AMPİSİD PREPARATININ TƏTBİQİ

Əliyeva R.Q., Kəlbəyev Ə.K., Quliyev A.İ., İmanov E.Ə.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq stomatologiyası kafedrası

Üz-çənə sisteminin və boyunun iltihab xəstəliklərinin müalicəsində müəyyən müvəffəqiyyətlərin əldə olunmasına baxmayaraq odontogen infeksiya həm teoretik və həm də praktik baxımdan aktual olaraq qalmaqdadır. Odontogen infeksiyaya ancaq cərrahi problem kimi baxmaq düzgün deyildir, ona görə ki, üz-çənə nahiyyəsinin xəstəliklərinin yayılması əksər hallarda karies xəstəliyi, onun fəsadlarının və parodont xəstəliklərinin müalicəsindən asılıdır.

Son illər kəskin odontogen infeksiyaya maraq çox artmışdır. Bu onunla izah olunur ki, üz-çənə nahiyyəsində rast gəlinən iltihabi xəstəliklərin sayı artmaqdadır. Stomatoloji poliklinikalara müraciət edən xəstələrin 20% və stasionardakı xəstələrin 50%-i iltihab xarakterlidir (Şarqorodski A.Q. 1985).

Stomatoloqların sayı artdığı və yeni şəraitli müalicə-profilaktika müəssisələrinin yarandığı bir dövrdə odontogen iltihab xəstəliklərinin artması doğrudan da paradoksal bir haldır. Xəstəliyin gedişi çox vaxt ağır keçir, və ağır fəsadlaşmalara gətirib çıxarır: - mediastinit, üz venalarının tromboflebiti, mağaralı ciblərin trombozu, sepsis, meningit, meningoensefalit və s. Bu cür hallar xəstənin uzun müddət iş qabiliyyətini itirməsindən başqa bəzən əlilliyə gətirib çıxarır. Beləliklə problem ancaq tibbi yox, həm də sosial əhəmiyyət kəsb edir.

Üz-çənə nahiyyəsinin iltihab xəstəlikləri öz təbiəti etibarilə irinli infeksiyadır. Bunu törədiciləri mikroblardır. Bu mikrobların əksəriyyəti adi şəraitdə dəri örtüyündə və ağız boşluğu selikli qişasında qidalanır və

inkişaf edir.

Ampisid preparatı ağız boşluğunun daimi mikroblarından əlavə orqanizmdə iltihab törədən digər mikroorqanizmlərə qarşıda aktiv və təsirlidir.

Ağız boşluğu mikroorqanizmlərinə qarşı aktiv təsirli olduğunu nəzərə alaraq, stomatoloji praktikada və üz-çənə cərrahiyyəsində Ampisidin (sulbaktam-sultamisillinin) geniş tətbiqinə başladıq.

Odontogen iltihabi xəstəliklərin aradan qaldırılmasının başlıca səbəbi infeksiya ocağının birincili sanasiyasıdır. İrinli yaraların müalicəsinin çoxəsirlik tarixi göstərir ki, irinli iltihab xəstəliklərinin müalicəsinin əsasını təşkil edən cərrahi üsuldur - yəni irinli ocağın geniş açılması, təmizlənməsi, drenajlanması və s. İrinli iltihab xəstəliklərinin kompleks müalicəsində antimikrob terapiyanın əsasını ifrazatın identifikasiyası və mikroorqanizmlərin dərman preparatına həssaslığının düzgün təyiniidir. Antibiotikə qarşı həssaslığın yüksək olması müalicənin effektivliyini artırır.

Molekulyar biologiyasını inkişafı antibiotiklərin quruluşunun və onların təsir mexanizminin öyrənilməsində yeni mərhələ açdı. Hüceyrə qışasının strukturu, sintezi və nuklein turşusunun rolu haqda biliklərin genişlənməsi antibiotiklərin bakteriya hüceyrələrinə təsir dairəsini təyin etməyə imkan yaratdı.

Son onilliklərdə tibbi təcrübədə bir çox geniş spektrli yeni qrup antibiotiklər tətbiq edilir. Bu antibiotiklərin təsir mexanizminin molekulyar səviyyədə, yəni mikroorqanizmlərin dərmanlara davamlılığının genetik

təbiəti öyrənilmişdir. Mikroorqanizmlərin antibiotiklərə həssaslığını təyin etmək üçün laborator üsullar daha da təkmilləşmişdir. Xəstələrdə müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə antibiotiklərin sorulmasının kinetikasi və paylanması öyrənilmişdir.

Antibiotiklərin geniş tətbiqi ilə əlaqədar olaraq mikroorqanizmlərin xüsusilə stafilo-kokkların davamlı formaları əmələ gəlmişdir. Yüksək davamlılığa malik mikroorqanizmlər virulentliyini itirmədiyinə görə o daimi infeksiya mənbəyinə çevrilir. Bununla mübarizə aparmaq üçün yeni yarımsintetik antibiotiklərin istehsalı böyük praktik əhəmiyyət kəsb edir. Geniş spektrə malik olan yarımsintetik penisillin (ampisillin) bu baxımdan çox böyük maraq doğurur. Ona görə ki, bu preparat ancaq qrammüsbət yox, həm də qrammənfi mikroblara təsir göstərməklə göy-yaşıl irin çöplərinə qarşı da aktivdir.

Geniş spektrli antimikrob təsirli Asfarmanın istehsalı olan Ampisid (sulbaktam-sultamisillin) preparatı yüksək bakteriosid təsirə malik olduğu üçün onun müalicəvi effektivinə dair stomatoloji praktikada xüsusi tədqiqat aparmaq çox vacibdir.

Ampisidin aktiv maddəsi Sultamisillindir. Sultamisillin hüceyrə membranında mukopeptidlərin biosintezini pozur və beta-laktamazı ləngidərək effektiv bakteriosid təsir göstərir.

Ampisid preparatını tətbiq edərkən bu preparatın stomatoloji praktikada və üz-çənə cərrahiyəsində iltihabi xəstələrin müalicəsində effektivliyini və təhlükəsizliyini müşahidə etməklə nəticələr həkimlər üçün xüsusi hazırlanmış kartlarda qeyd edilmişdir.

Bu müddət ərzində müxtəlif diaqnozla müalicə olunan 258 xəstədə Ampisid preparatının effektivliyi yoxlanmışdır. Bunlardan 62 nəfəri 6-14 yaşında, 196 nəfəri isə 15-60 yaşlarında olmuşlar. Aşağıdakı cədvəldə əyani olaraq bunu görmək olar.

Xəstələrin yaş qrupuna və cinsinə görə göstəriciləri.

Cədvəl 1.

Nö	Xəstələrin yaşı	Qadınlar sayı	Kişilər sayı	Cəmi
1.	6-14	25	37	62
2.	15-20	14	23	37
3.	21-30	17	29	46
4.	31-40	21	31	52
5.	41-50	12	21	33
6.	51-60	9	19	28
CƏMI		98	160	258

Cədvəldən göründüyü kimi iltihabi proseslər ən çox 6-20 yaş arasında rast gəlir 21-40 yaşlarda iltihabi xəstəliklərlə yanaşı üz-çənə sisteminin travmalarına daha çox rast gəlinir. Travmaların əksəriyyəti məişət və sənaye travmalarıdır. Yuxarı yaşlarda bu göstəricilər nisbətən azalır. Kişilərin sayı qadınlara nisbətən demək olar ki, iki dəfə çox olmuşdur.

Müşahidə olunan iltihab xarakterli stomatoloji xəstəliklər aşağıdakı cədvəldə göstərilmişdir.

Cədvəl 2.

Nö	İltihab xəstəliklərinin adı	Xəstələrin sayı
1.	Periodontitlər	35
2.	Periostit	27
3.	Abses və fleqmonalar	59
4.	Odontogen haymoritlər	13
5.	Linfadenitlər	28
6.	Üz-çənə travmaları	32
7.	Müxtəlif operasiyalardan əvvəl profilaktika və sonrakı fəsadlaşmaların müalicəsi məqsədilə	64
CƏMI		258

Yuxarıda göstərilən odontogen iltihabi xəstəliklərin kompleks müalicəsində mikrob əleyhinə antibiotik kimi peroral və parenteral yolla ampisillin-sulbaktam işlədilmişdir. Nəticə göstərmişdir ki, infeksiya prosesinin alınmasında Ampisid çox əhəmiyyətlidir. Antibiotikoqramın nəticəsinə görə ampisillin-sulbaktam müşahidə olunan mikroorqanizmlərin 76,1%-nə qarşı yüksək həssaslığa malikdir.

Müxtəlif cərrahi əməliyyat zamanı profilaktik məqsədlə ampisidin effektivliyini yoxlamaq məqsədilə aparılmış müşahidələr göstərmişdir ki, üz-çənə və boyun

nahiyəsində aparılan əməliyyatların 90%-dan artıq halda Ampisid çox effektiv təsir göstərir. Bütün hallarda profilaktik məqsədlə Ampisid anesteziyadan əvvəl və 12 saatdan sonra işlədilmişdir.

Odontogen xarakterli yumşaq toxumanın iltihab xəstəliklərinin müalicəsində ampicillin-sulbaktam (Ampisid) kombinasiyası təbii aminopenisillinlərdən qat-qat çox effektivdir. Bunu ədəbiyyat məlumatları ilə yanaşı bizim müşahidələrimiz də təsdiq edir. Nəzarətimiz altında olan xəstələrin 89,2%-də tam sağalma və yaxud əhəmiyyətli

yaxşılaşma müşahidə edilmişdir.

Yuxarıda deyilənlərdən göründüyü kimi Ampisidin həm geniş spektrli antimikrob təsirə malik olması, tablet, suspenziya və inyeksiya formasında buraxılması, orqanizmdə (qanda) uzunmüddətli təsirə malik olması işlədilməsində əks göstərişin və onun əlavə təsirin minimum az olması və qısa müddətdə (3-7 gün) effektiv nəticə verməsi onun stomatoloji praktikada və üz-çənə cərrahiyyəsində tətbiq olunmasına geniş imkan yaradır.



Новые возможности лечения воспалительных заболеваний пародонта

Кафедра терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета



Заведующий кафедрой
проф. Пашаев Ч. А.



доц. Мамедова С. А.



Пашаев А. Ч.



Юсифов С.Ю

Наряду с кариесом зубов, заболевания пародонта являются одними из распространённых стоматологических заболеваний современности. Наиболее часто в клинических условиях встречаются две формы данных заболеваний: гингивит и пародонтит. Этиология этих заболеваний изучена многочисленными исследованиями (2,3,4,5,6,7,8,9). В настоящее время общепризнанными являются местные факторы, составляющие основу заболеваний пародонта. Это влияние микробов и их эндотоксинов, энзимные изменения. Также не последнюю роль играют иммунологические сдвиги в пародонте. Безусловно, нередко возникновению патологии в пародонте способствуют общие факторы - заболевания органов и сис-

тем целого организма.

Лечебные мероприятия при заболеваниях пародонта предусматривают устранение местных раздражающих факторов, вызывающих воспалительный процесс в пародонте и непосредственное влияние на патологический очаг, достигается рядом терапевтических мероприятий с последующим наложением противовоспалительной пародонтологической пасты. В литературе имеются данные о различных по своему составу и свойствам пародонтологических пастах (3,5). В этой связи наше внимание привлёк отечественный препарат "Инсановин", предложенный академиком Инсановым А.Б. в качестве антиастматического средства (1). Учитывая высокий тера-

певтический эффект данного препарата, основанный на уникальном сочетании и дозировке составных компонентов, мы использовали "Инсановин" в качестве основы для пародонтологической пасты.

Материал и методика.

При проведении данного исследования лечение получили 56 человек. Из них по поводу катарального гингивита обратилось 25 человек, по поводу пародонтита 31 человек. Противовоспалительные мероприятия включали: удаление над и поддесневых отложений, обучение рациональной гигиене, по показаниям - кюретаж пародонтальных карманов, затем наложение пародонтологической пасты на основе препарата "Инсановин". Фиксация осуществлялась изолирующей парафиновой повязкой.

Пародонтологическую пасту готовили согласно рекомендации заведующего кафедрой фармакологии проф. Ганиева М.М. следующим образом: таблетки "Инсановина" (1 таблетка включает - теofilлин-150 мг, хлороксин фосфат-40 мг, ефедрин гидрохлорид-25 мг, преднизалон-1 мг.) очищали от оболочки, замешивали с белой глиной в соотношении 1:1, затем добавляли вазелин до образования пасты.

Результаты проведенного лечения оценивали следующим образом: положительно, слабо положительно, без изменений. Параллельно с этим проводили индексную характеристику состояния пародонта с использованием индексов ИГ, РІ, РМА.

Результаты исследования и их обсуждение.

Терапевтический эффект новой

пародонтологической пасты отмечался больными уже на 2-3 посещение. В целом процедуру наложения пасты осуществляли в течение 3-7 дней. Общее число процедур зависело от глубины патологического процесса и протяженности пораженного участка. У больных с катаральным гингивитом пародонтологическую пасту накладывают на 1-1,5 часа, у больных с пародонтитом пасту накладывали на 2-3 часа, в зависимости от тяжести патологического процесса. По истечении указанного срока почти все больные отмечали исчезновение патологических



Рис.1 Пациентка Х. 27 лет, катаральный гингивит до лечения



Рис.2 Пациентка Х. 27 лет, катаральный гингивит после лечения

признаков в пародонте. Краснота, отечность, неприятные ощущения не выявлялись. Цвет десны нормализовался.



Рис.3 Пациент К. 40 лет пародонтит до лечения

Иллюстрацией эффективности пародонтологической пасты на основе препарата "Инсановин" могут быть рисунки, отражающие состояние пародонта

пасты). Больные без изменения в пародонте после проведенного лечения нами не встречались.

Данные индексной оценки изменения состояния пародонта до и после лече-



Рис.4 Пациент К. 40 лет, пародонтит после лечения

ния представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы в случае с гингивитом значение индекса ИГ в

Индексная характеристика изменения состояния пародонта больных до и после лечения пародонтологической пастой на основе препарата "ИНСАНОВИН".

Таблица 1

Индексы Заболевание	ИГ		PI		РМА (%)	
	До	после	до	после	до	после
ГИНГИВИТ	2,54 + 0,36	1,07 + 0,09	1,24 + 0,09	0,02 + 0,09	42,7 + 0,09	0,52 + 1,4
ПАРОДОНТИД	2,42 + 0,32	1,1 + 0,08	4,1 + 0,57	1 + 0,16	66,4 + 8,5	20 + 7,18

больных до и после лечения (рис.1 - 4).

Положительный эффект был достигнут у 53-х больных, слабо положительный эффект встречался у 3-х больных (малое количество посещений или небольшое по времени применением

среднем понизилось с 2,54 до 1,07; индекса PI с 1,24 до 0,02; индекса РМА с 42,7% до 0,52%; в случае с пародонтизом значение индексов в среднем понизилось- ИГ с 2,42 до 1,1; PI с 4,1 до 1; РМА с 66,4% до 20%.

Вышеуказанное объективно подтвердило констатированный нами визуально высокий лечебный эффект пародонтологической пасты на основе препарата "Инсановин".

Согласно современным представлениям о патогенезе заболеваний пародонта благоприятное действие препарата "Инсановин" можно объяснить следующим. Прежде всего содержащиеся в составе препарата вазоконстрикторы оказывают сосудосуживающее действие, что способствует уменьшению инфильтрации в пораженных тканях. С другой стороны противовоспалительное действие оказывает хлороксинфосфат, который согласно современным данным оказывает антимикробный и активный иммуносупрессивный эффект за счёт влияния как на иммунокомпетентные клетки, так и на метаболизм соединительнотканых элементов, что возможно

является одним из основных механизмов положительного эффекта пародонтологической пасты на основе препарата "Инсановин" на пораженные ткани пародонта. Усилению противовоспалительного эффекта пасты безусловно способствует содержащийся в препарате преднизолон.

Таким образом, по нашему мнению практическая стоматология получила новую эффективную пародонтологическую пасту на основе первого отечественного препарата "Инсановин", позволяющую за короткое время ликвидировать воспалительный процесс в пародонте. Мы считаем, что все вышеуказанное служит основанием для изучения возможности дальнейшей разработки указанной пасты в первую отечественную готовую фармакологическую форму (гель), для удобства использования врачами и больными.

Литература:

1. *İnsanov Ə.B. İnsanovin: bronxo-obstruktiv sindromun farmakoterapiyasının yeni imkanları. Bakı, 2002, 40 s.*

2. *Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая периодонтология, С.-Пб., Питер Пресс, 1995, 272 с.*

3. *Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.Н., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология, М., Медицина, 1998, 736 с.*

4. *Грудянов А.И., Кирюхина С.А., Масленникова Г.В. Пародонтологическая помощь населению. Современное состояние вопроса и перспективы развития. Заболевания пародонта, эпидемиология, клиника и лечение. Научные труды Азгосмединститута им. Н.Нариманова, Баку, 1990, с. 3-7.*

5. *Иванов В.С. Заболевания пародонта. М., 1989, 270 с.*

6. *Пашаев Ч.А. Эпидемиология*

заболеваний пародонта, кариеса зубов у населения Азербайджана. Заболевания пародонта, эпидемиология, клиника и лечение. Научные труды Азгосмединститута, им. Н.Нариманова, Баку, 1990, с.8-11.

7. *Современные достижения в стоматологии. Доклад комитета экспертов ВОЗ, М., Медицина, 1994, 52 с.*

8. *Beck J.D., Slade G.D. Epidemiology of periodontal diseases. Curr. Opin. Periodontol., 1996, N3, p. 3-9.*

9. *Pilot T. The periodontal disease problem. A comparison between industrialised and developing countries. Int. Dent. J., 1998, vol.48, N3, p. 221-232.*

SUMMARY

Innovations in inflammatory periodontal diseases treatment.

Pashayev C.A., Mamedova S.A., Pashayev A.C., Yusifov S.Y.

In order to increase efficacy of inflammatory periodontal diseases treatment there was used highly effective medicine "Insanovin" as a basis for a periodontal paste with following content: peeled "Insanovin" tablets were mixed with bolus alba (kaolin) in 1:1 proportion and then there was added vaseline (petrolatum) till paste formation.

There were 56 subjects with paste application among them 25 individuals with catarrhal gingivitis and 31 ones with periodontitis. Positive effect was obtained among 53 patients, weakly positive was observed among 3 ones (the little number of visits or short time of paste application). There was not observed any case without periodontal changes after treatment.

Therefore, the conducted study unambiguously revealed the high efficacy of the "Insanovin" based periodontal paste. Moreover, obtained results became the basis for recommendation the subsequent paste elaboration in the first domestic pharmacological form (gel) for convenience of patients and their doctors.

XÜLASƏ

Parodontun iltihabı xəstəliklərinin müalicəsində yeni imkanlar.

Paşayev Ç.A., Mamedova S.A., Paşayev A.Ç., Yusifov S.Y.

Parodontun iltihabı xəstəliklərinin müalicəsinin effektivliyini artırmaq üçün, parodontoloji pastanın əsası kimi, yüksək terapevtik təsirə malik "İnsanovin" preparatından istifadə olunmuşdur. Pastanın tərkibi növbəti qaydada hazırlanmışdır. "İnsanovin" həbləri örtük qışadan ayrıldıqdan sonra, 1:1-ə nisbətində ağ gil ilə qarışdırılmış və qarışıqğa pasta yaranana qədər vazelin əlavə edilmişdir.

56 xəstədə bu pastanın tətbiqi ilə müalicə aparılmışdır. Birlərdən 25-i-də kataral qinqivit, 31-də isə parodontit olmuşdur. 53 xəstədə müsbət effekt alınmış, 3-də isə zəif müsbət effekt müşahidə olunmuşdur (gəlmələrin sayı az olmuş və ya pasta saxlamaq müddəti lazımı qədər olmamışdır). Aparılan müalicədən sonra parodontunda dəyişikliklər olmayan xəstələrə rast gəlinməmişdir.

Aparılmış tədqiqatlar "İnsanovin" preparatının yüksək müalicəvi effektini birmənalı ayırd etmişdir. Alınmış nəticələr, göstərilən pastanın həkim və xəstə tərəfindən rahat istifadə olunması üçün ilk hazır vətən farmakoloji formanın (qel) hazırlanmasına tövsiyə olunmasının əsaslarını təşkil etmişdir.

ÖN ÇARPAZ DİŞLEMİN HERKETLİ ORTODONTİK APARATLARLA MÜALİCESİ

Zaur Novruzov, M. Birol Özel, F. Erhan Özdiler

Ankara Universiteti Dış Hekimliği Fakültesi Ortodontiya Kafedrası

Bütün müalicelerde olduğu kimi ortodontik müalicenin de müveffeqiyyətli olması diaqnozun düzgün qoyulmasına bağlıdır. Anomaliyanın hansı bölgələrlə əlaqəli olduğunu, orqanizmanın anomaliyanı kompensə etmək üçün hansı uyum mexanizmaları olduğunu anomaliyanın nedenini imkan olduğu qədər açıq öyrənmək və ortaya çıxarmaq lazımdır.

Bizim aşağıda materiallarını verdiyimiz xəstənin ilk şikayətləri temporomandibulyar oynaq, ezele ağrıları, bruksizm, çarpazda olan dişlərin estetik görünümüdür.

Klinik olaraq travmatik okluzyon nədəniylə bruksizm və ya diş sıxma alışqanlığı olanlarda alveol sümüyü üzərinə gələn təzyiqlər sümük sorulmasına səbəb ola bilər. Ezele, oynaq kapsulu, oynaq bağları zəif olan insanlarda isə bu təzyiqlər temporomandibulyar oynaq disfunksiyasına səbəb olur. Çünki yıxıcı güclər alveol sümüyü yerinə bu toxumalar tərəfindən adsorbe edilməkdədir (1,2).

Göründüyü kimi stomatognatik sistemin üç komponenti olan temporomandibulyar oynaq, çeynəmə ezeleləri və dental-periodontal kompleks bir-biriylə sıx əlaqədədir.

Oynaq və neyromuskulyar disfunksiyasının yaranmasında 4 faktor var.

1. Anteriordakı disfunksiya.
2. Anterior okluzal kəsişmə.
3. Posterior okluzal kəsişmə.
4. Posterior dəstəyin itirilməsi (3).

Bizim xəstəmizdə çarpazda olan dişlər nədəniylə anterior okluzal kəsişməsi var. Belə xəstələrdə okluziya kəsişmələrindən dolayı kondil fossada məcburi olaraq yer dəyişdirir.

Bu da temporomandibulyar oynaqda disfunksiya ilə nəticələnir (4).

Okluzal reabilitasiya 2 formada olur.

1. Reversibl.
2. Irreversibl.

1. Reversibl okluzal müalicə okluzal durumu və oynaqın durumunu müvəqqəti olaraq dəyişdirir. Müalicə bittikdən sonra stomatognatik sistem evvelki vəziyyətinə döner. Məsələn, okluzal splint müalicələri.

2. Irreversibl müalicələrdə isə stomatognatik sistemin durumu daimi olaraq dəyişir. Bu zaman dişlərin antagonistləriylə əlaqələrində yenidən sekillənmə olur. Belə hallar ortodontik, cərrahi müalicələr və ya böyümə istiqamətini dəyişdirən ortodontik aparatlarla olur (5).

Bizim xəstəmizdə həm reversibl, həm də irreversibl okluzal müalicə kombine olunmuş şəkildədir. Çünki istifadə etdiyimiz ortodontik aparatın okluziyanı açıcı xüsusiyyəti aparatlar tərk edildikdən sonra geri dönecek (reversibl). Amma çarpazdan qurtardığımız dişlər isə daimi olaraq yenidən sekillənmiş vəziyyətdə qalacaqlar (irreversibl).

Biz aşağıda müalicə etdiyimiz xəstələrdən birinin anomaliyası, anamnezi, diaqnozu, müalicə və nəticəsi haqqında xəstədən topladığımız materialı standartlara uyğun bir şəkildə veririk.

1. Anamnez.

1.1 Soy keçmişi. Xəstənin ailəsində buna bənzər bir anomaliya yoxdur.

1.2 Öz keçmişi Xəstəmiz D. Ö. 27 il 4 ay

xronoloji yaşa sahib qızıdır. Ailelərinin sosial durumu ortadır. Anası evdar qadın, atası həkimdir. Xeste 3 uşaqdan üçüncüsüdür. Xestədə olan anomaliya xestenin psixologiyasına mənfi təsir edir. Xeste diş görünümündən razı deyil. Xestenin ağız gigiyenası ortadır. Gündə iki dəfə dişlərini fırçalayır. Diş daşları var. Çürükler yoxdur. 1,5 yaşına qədər ana südüyə beslənmişdir. 1,5 yaşında yeriməyə və danışmağa başlamışdır. Xestenin anomaliya yaradacaq zərərli verdişi yoxdur. Uşaqlıqda Su Çiçeyi keçirmişdir. LOR-la əlaqəli bir problemi olmamışdır.

Tənəffüs yolları normaldır. Xeste burundan tənəffüs edir. Xestenin tənəffüsü normaldır. Xestenin süd və daimi dişlərinin sürmə vaxtlarında gəcişmə olmamışdır. Stomatognatik sistemdə anomaliya yaratacaq bir travma olmamışdır. Xeste zamanında cinsi yetişkinlik dönməsinə girmişdir. Xestenin ümumi fiziki və mental görünümü normaldır (6).

2. Funksiyonal müayinə.

Xeste alt çənəsini normal ölçüdə açar. Mandibula istirahət halından (rest position) maksimum interkuspasiya (Maksimum sayda dişlərin bir birinə deyməsi) vəziyyətinə keçərkən primer kontakt nöqtələri (səg alt və üst yan kəsici və köpek dişləri) nədənəylə sağa doğru yer dəyişdirir. İstirahət halında alt və üst dişlər arasında 2mm məsafə var. Dil danışarkən udqunarkən və istirahət zamanında normaldır.

Dodaqların profil görünümü normaldır.

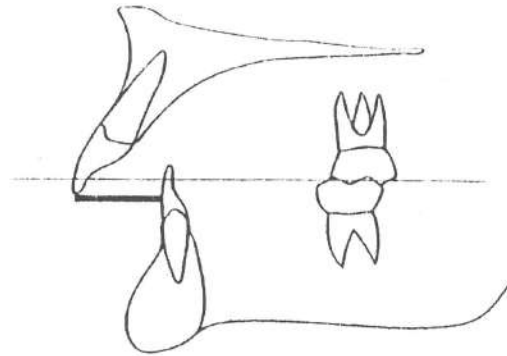
3. Morfolojik müayinə.

3.1 Ortodontik model analizi.

3.1.1 İntermaksiller (çənələr arası) əlaqələr.

3.1.1.1 Sagittal (ön arxa) yöndə əlaqələr. Molyar, premolyar və kaninlər bölgəsində Angle klassifikasiyasına görə KL. 1 dişləm mövcuddur. Overjet (alt və üst kəsici dişlərin kəsici kənarları arasındakı sagittal məsafə (Şəkil 1) normaldır. Sağ üst və alt yan kəsici və köpek dişləri tam carpaz dişləmədedir.

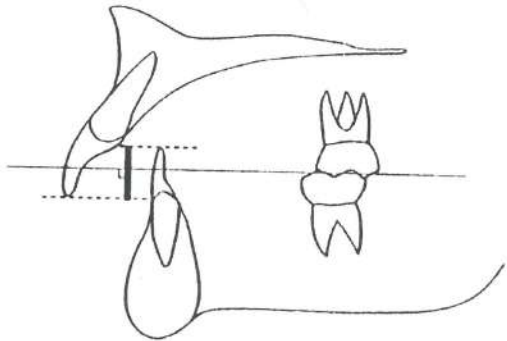
3.1.1.2 Transversal (sağ-sol) yön əlaqələr.



Şəkil 1 Artmış Överjet

Yan carpaz dişləm yoxdur. Alt orta xətt 2.5mm sağa doğru yer dəyişdirmişdir.

3.1.1.3 Vertikal (dik) yön əlaqələr. Xestədə açıq dişləm və ya artmış overbite (alt və üst kəsici dişlərin kəsici kənarları arasındakı vertikal məsafə (Şəkil 2) yoxdur.



Şəkil 2 Artmış Överbite

3.1.2 İntramaksiller (çənə içi) əlaqələr.

3.1.2.1 Alt çənə dişləri sürmə durumları və böyüklükləri normaldır. Diş formalarına gəlincə isə bəzi dişlərdə bruksizmle əlaqəli olaraq patoloji sürtülmə var. Sağ yan kəsici və köpek dişləri diş qövsündən vestibule doğru yer dəyişdirmişlər. Mövcud diş qövsü uzunluğuyla gerekli diş qövsü uzunluğu eyni deyil. 2 mm yer çoxluğu var (6).

3.1.2.2. Üst çənə dişləri sürmə durumları və böyüklükləri normaldır. Diş formalarına gəlincə isə bəzi dişlərdə bruksizmle əlaqəli olaraq patoloji sürtünmə var. Sağ yan kəsici və köpek dişləri diş qövsündən linquale doğru yer dəyişdirmişlər. Mövcud diş qövsü uzunluğuyla gerekli diş qövsü uzunluğu eyni deyil. 1.5 mm yer eksikliyi var (6).

3.2 Rentgen.

3.2.1 Ortopantomogram. Xestenin ortopantomogramı incelenmişdir və önemli bir dəyişiklik qeydə alınmamışdır. Çarpazda olan dişlerden periapikal filmlər alınmışdır. Bu filmlərdə dişlərin periodontal yarıqlarında genişləmə diqqəti çəkir.

3.3 Uzaq rentgen.

3.3.1 Sagittal yön Bizim xestədə çarpaz dişləm, dişlərdən qaynaqlandığı üçün lateral sefalometrik rentgendə önemli bir dəyişiklik yoxdur. Steiner analizi sonucları tablo 1-də verilmişdir.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Dişhekimliği Fakültesi
Ortodonti Anabilim Dalı

Adı Soyadı: *Nicə Özdemir*, Cinsiyeti: *Q*, Doğum Tarihi: *05.10.1974*
İskeletsel Dönem: *R4*, İskelet Yaşı: *27.36* yaş

STEINER SEFALOMETRİK ANALİZİ

		Norm Değer	<i>82°</i>	<i>10°</i>	<i>1°</i>	<i>1°</i>	<i>1°</i>	<i>1°</i>
SNA	ap	82	<i>82°</i>					
SNB	ap	80	<i>78°</i>					
ANB	ap	2	<i>4°</i>					
SND	ap	76	<i>78°</i>					
Üst Keser-NA Uzaqlığı	mm	4	<i>3mm</i>					
Üst Keser-NA Açısı	ap	22	<i>10°</i>					
Alt Keser-NB Uzaqlığı	mm	4	<i>2mm</i>					
Alt Keser-NB Açısı	ap	25	<i>19°</i>					
Pg-NB Uzaqlığı	mm		<i>4mm</i>					
Holdaway Farkı	mm		<i>2mm</i>					
Keserlerarası Açı	ap	131	<i>147°</i>					
Okluzal Düzlem/SN Açısı	ap	14	<i>14°</i>					
GoGn/SN Açısı	ap	32	<i>23°</i>					
SL	mm	51	<i>52mm</i>					
SE	mm	22	<i>20mm</i>					
S Çizgisi/Üst ve Alt dudak	mm	0/0	<i>-4/-2</i>					
Ark Boyu Sapması	mm	Max/Mand	<i>-15/+2</i>					
BoRon Index		6=77% 12=91%	<i>6=74% 12=91%</i>					

3.3.2 Vertikal yön sagittal yönde olduğu kimi normaldir.

3.4 Əl bilek rentgeni (Xestenin böyüməsinin bitib bitmediyini deqiqləşdirmək üçün çəkilir) Xeste Ru (Radius union) merhelesindedir. Yeni, böyümə bitmişdir.

3.5 Fotoqraf ön, profil və ağıziçi fotoqrafları. Fotoqraflarda görüldüyü kimi xestədə



diqqəti çəken bir assimetri yoxdur. Düz bir profile sahibdir (Resim-1).

4. Problem.

Xestenin sağ alt və üst yan kesici və köpek dişləri çarpazdadır. Orta xette yer dəyişmə var. Xeste dərslər oxuyarkən və yatarkən brüksizmdən şikayət edir. Temporomandibulyar oynaqda ağrılar var.

5. Müalicə zərurəti.

Xesteni lokal çarpaz dişləmdən, oynaq-əzələ ağrılarından və psixoloji sıxıntıdan qurtarmaq üçün müalicəyə ehtiyac görülmüşdür.

6. Müalicə hədəfi.

Müalicə hədəfləri bunlardır.

6.1 Lokal çarpaz dişləmin və bundan qaynaqlanan orta xətt sürüşməsinin düzəldilməsi.

6.2 Mandibulanın hərəkət sərbəstliyinin saxlanması və temporomandibulyar oynağın rahatlatılması.

6.3 Bruksizmin azaldılması.

6.4 Estetikanın düzəldilməsi və xesteni psixoloji sıxıntıdan qurtarmaq.

7. Proqnoz.

Bele xestələrdə ön eyik düzlemli ortodontik aparat da istifadə oluna bilər. Amma bizim xestəmizin böyüməsi bitdiyi üçün və oynaq problemləri olduğu üçün biz bundan vaz keçdik (7).

7.1 Lokal çarpazda olan dişlər istifadə edəcəyimiz aparatlarla düzələcək. Üst ortodontik aparatda linquale doğru eyilmiş yan kesici və köpek dişləri vestibule doğru hərəkət etdirmək üçün sadəcə bu iki diş tutan açıcı vida qoyulacaq. Xesteye bu vidanı iki gündən bir çevirmək tövsiyə ediləcək.

Altıda isə vestibule doğru eyilmiş yan kesici və köpek dişləri linquale doğru hərəkət etdirmək üçün alt ortodontik aparatın vestibulyar arkında bu iki dişin mesial və distal qisminə heliks qoymaqla linquale doğru aktivləşdirilmiş bir ark düzəldiləcək. Bu ark sabit şəkildə dişlərə linquale doğru yönəlmiş qüvvə ilə təsir edərək dişlərin linquale doğru hərəkət

etmələrini saxlayacaq. Xeste her kontrola gəldiyində heliksler aktive ediləcək.

7.2 Ortodontik aparatların okluziyanı açıq xüsusiyyətindən faydalanaraq oynaq rahatlatılacaq.

7.3 Ortodontik aparatların okluziyanı çıcı xüsusiyyəti hem de çeynəmə ezelelerinde hipotonus yaradacaq ki, bu da müalicədən sonra bruksizmin azalmasına yardım edəcək.

7.4 Xestenin dişlərinin estetik olaraq düzəlməsi oynaq ağrıların azalması və bruksizmin nisbətən keçməsi xestenin psixoloji baxımdan rahatlanmasına kömək edəcək.

8. Sonuc.

Çarpazda olan dişlər və orta xett düzəldi. Temporomandibulyar oynaqın və M. Massetericanın ağrılarında önəmli yüngülləşmələr qeydə alındı. (Rakosi analizi sonuclarına görə) (8-10).

9. Retensiya.

Xestemizde aktiv olaraq hərəkət etdirdiyimiz dörd diş çarpazdan qurtardık. Bele diş hərəkətlərində retensiyaya ehtiyac yoxdur.

Sadece olaraq oynaq ağrıları şiddətlənməsinə dəyə üst çənəyə bütün alt ədə dişlərinə dəyəcək şəkildə okluziyanı açan bir ortodontik

aparat düzəldtik. Xesteye bunu sadece gecələr istifadə etməsini söyledik.

Xestemizde müalicə evveli və sonunda ağız içi fotoqrafları və ortodontik aparatlar Resim 2-də görülməkdədir.

Ortodontik müalicənin əsas amacı funksional qüvvələrin mümkün olduqca daha çox toxuma və geniş bir sahəyə bərabər olaraq dağılmasını saxlayaraq bütün çeynəmə mexanizmasının sağlığını qorumaq və stabiliteyi saxlamaq olmalıdır.

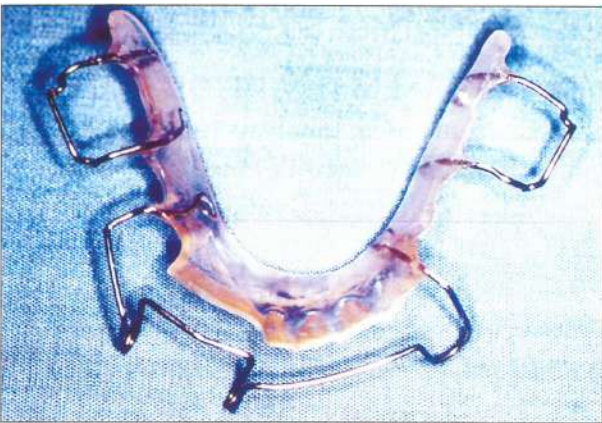
Ortodontik müalicə almış xestələrdə morfoloqik və funksional baxımdan olması gerekenlər bunlardır.

Morfoloqik dəyişikliklər (11).

1. Bilateral K1.1 kanin və molyar əlaqəsi saxlanmalıdır.
2. Alt və üst orta xetlər bir biriylə və xestenin orta oxuyla uyğun olmalıdır.
3. Optimal overget (1-3mm.) və overbite (Üst kəsici alt kəsicinin tacının 13-ni keçməməli) saxlanmalıdır.
4. Diş qövsü formaları simmetrik







Funksiyonal deyisiklikler (11).

1. Alt çenenin dişlerin teması durumundan bütün yönlerə rahat hərəkət edə bilmesi saxlanmalıdır.
2. Okluzal stabilite və qüvvələrin dişlerin uzun oxları boyunca ötürülməsi saxlanmalıdır.
3. Protruziya esnasında bütün posterior dişlərdə diskluziya saxlayacaq şəkildə anterior diş rehberliyi olmalıdır.
4. Lateral hərəkətlərdə işləyən tərəfdə antoqonist dişlər arasında temas olmalıdır.

olmalıdır. Alt və üst diş qövsəri arasında koordinasiya saxlanmalıdır.

5. Optimal diş eyimleri olmalıdır.
6. Çarpasıklıq, rotasiya və diastemalar olmamalıdır.
7. Yüngül Spee və Wilson eyrileri mövcud olmalıdır.
8. Kök paralelliyi və üst ön bölgədə 'Ugly Dugly' saxlanmalı.
9. Posterior bölgədə rehber və destek tuberkul temaları saxlanmalıdır.

Temporomandibuler eklem disfonksiyonu ilə okluzyon arasındakı ilişki halen dartışmalıdır. Ancaq multifaktorial etyolojiyə sahib olan temporomandibuler eklem disfonksiyonlarının tedavisinde saptana bilen tüm muhtemel etyolojik faktorlerin eliminasyonu sırasında okluzal rehabilitasyon ve primer temas noktelerinin de ortadan kaldırılması önemli

yer tutmaqdadır. Bu məqalənin amacı kliniyimizə temporomandibuler eklemlə disfonksiyonu bulguları və ön iki dişdəki çarpaz kapanışa bağlı olaraq sağ üst sentral kəsici dişdə hiper-mobilite və ön dişlərin estetik olmayan görü-

nümü nədəniylə başvurmuş bir xəstəmizin alt və üst çənələrə tətbiq olunan hərəkətli ortodontik aparatlarla tədavisinin sunulmasıdır.

Qaynaqlar

1. YENGİN.E.: Temporomandibuler rahatsızlıklarda teşhis ve tedavi. s.23-27.Istanbul. 2000.
2. OZDILER.E., AKCAM.O., SAYIN.M.O.: Craniofacial characteristics of Klippel-Feil syndrome in an eight year old female. J Clin Pediatr Dent. 2000 Spring; 24(3):249-54.
3. CELİK M.,OZDILER E.: Nöromusküler mekanizma ve Okluzyon. A.U.Dis. Hek. Fak. Derg. 27(2) 277-284.2000.
4. Okeson J.P.: Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Second Edition, The C.V.Mosby Company, St.Louis, p.479-483, 1989.
5. Aubrey R.B.: Occlusal Objectives in Orthodontic Treatment, Am.J.Orth.,74:162-175,1978.
6. ULGEN.M.: Ortodontik Tedavi Prensipleri. Ankara Univ.basımevi .s.44-64., Ankara 1999.
7. OZDILER.E., GOKALP.H., ARAT.M., AKCAM.O.: Çenelik tedavisinin Temporomandibuler Eklem disfonksiyonu Oluşmasındaki Etkisinin Klinik Olarak Değerlendirilmesi. Turk Ort.Derg.11(1):1-5, 1998.
8. AKCAM.M.O.,ALTIOK.T.,OZDILER.F.E.: Functional analysis of cleft lip and palate patients with modified Rakosi method.Cleft Palate Craniofac.J 2002 Jan; 39(1) : 101-4.
9. Bakke M.,Moller E.: Occlusion, Malocclusion and Craniomandibular Function, in Melsen B.: Current Controversies in Orthodontics, Quintessence Publishing Co., Inc., Chicago, Illinois, p.77-101,1991.
10. Rakosi T., Jonas I.: Kieferorthopädie Diagnostik.Klaus H.Rateitschak -- Stuttgart Georg Thieme Verlag.p. 123. 1989.
11. Vlachos C.C.: Occlusal Principles in Orthodontics, Dental Clinics Of North America, 39:363-378, 1995.

ÖZET

ÖN ÇARPAZ DIŞLEMİN HƏRƏKƏTLİ ORTODONTİK APARATLARLA MÜALİCƏSİ

Zaur Novruzov, M. Birol Özel, F. Erhan Özdiğer.

Temporomandibuler eklemlə disfonksiyonu ilə okluzyon arasındakı əlaqə halen tartışmalıdır. Ancaq multifaktoriyal etyolojiyə sahib olan temporomandibuler eklemlə disfonksiyonlarının tədavisində saptarılan bütün muhtəməl etyoloji faktorların eliminasyonu sırasında okluzal rehabilitasyon və primer temas noktalarının da ortadan kaldırılması önemli yer tutmaktadır. Bu məqalənin amacı kliniyimizə temporomandibuler eklemlə disfonksiyonu bulguları və ön iki dişdəki çarpaz kapanışa bağlı olaraq sağ üst sentral kəsici dişdə hiper-mobilite və ön dişlərin estetik olmayan görünümü nədəniylə başvurmuş bir xəstəmizin alt və üst çənələrə tətbiq olunan hərəkətli ortodontik aparatlarla tədavisinin sunulmasıdır.

SUMMARY

Cure of the front-cross bite by the removable orthopedic apparatuses

Zaur Novruzov, M. Birol Ozel, F. Erhan Ozdiler.

The relationship between temporomandibular joint dysfunction and occlusion is still a subject of debate. However on the treatment of temporomandibular joint dysfunction that has a multifactorial etiology, occlusal rehabilitation and elimination of primary contact points take an important place in eradication of all possible etiologic factors. The aim of this article is to present the treatment of a case with removable appliances employed on the upper and lower jaw who was referred to our clinic with symptoms of temporomandibular joint dysfunction and hypermobility of the right central incisor due to occlusal trauma and complaints about the non-esthetic appearance of anterior teeth.

РЕЗЮМЕ

Лечение переднего перекрестного прикуса съёмными ортодонтическими аппаратами

Заур Новрузов, М. Бирол Озел, Ф. Еркин Оздилер.

Связь между височно-нижнечелюстным суставом и окклюзией все еще обсуждается. Однако этиологические факторы между реабилитацией окклюзии и устранением касающихся точек определенные в терапии дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которые имеют мультифакториальную этиологию играют важную роль.

Целью этой работы является лечение переднего перекрестного прикуса и дисфункций височно-нижнечелюстного сустава съёмными ортодонтическими аппаратами.

XÜLASƏ

Ön çarpaz dişləmin çıxan ortodontik aparatlarla müalicəsi

Zaur Novruzov, M. Birol Özel, F. Erhan Öz diler.

Gicgah-çənə oynaqının disfunksiyası ilə okkluziya arasındakı əlaqə mübahisəli mövzudur, ancaq multifaktorial etiologiyalı gicgah-çənə oynaqı disfunksiyasının müalicəsində etioloji faktorlar arasında okkluziya reabilitasiyası çox önəmlidir. Bu məqsədlə ön çarpaz dişləm və gicgah-çənə oynaqı disfunksiyası diaqnozlu bir xəstənin çıxan ortodontik aparatlarla müalicəsi verilmişdir.

ИЗУЧЕНИЕ АНГЛИЙСКОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

*Кафедра стоматологии ФУВ, Кыргызский Государственный
Медицинский Институт Переподготовки и Повышения Квалификации
(КГМИПуПК), г. Бишкек.*



*И. М. Юлдашев
доцент*

Широкий характер реформ, проводимых в большинстве стран мира в области здравоохранения, и стоматологии в частности, говорит о том, что они вызваны к жизни глубинными тенденциями в обществе, расширяющимися через государствен-

ные границы. (5, 6).

Появление серьезных финансовых проблем при переходе к новым экономическим отношениям на пространстве бывшего СССР породило неоднозначную реакцию стратегов медицины, кадрового медицинского состава относительно будущего государственной системы здравоохранения (1, 3, 5). Казавшийся столь очевидным выбор в пользу скорейшей и тотальной приватизации, форсированного внедрения рыночных отношений столкнулся с аргументированной оппозицией реформаторов от "капиталистического" здравоохранения, ратующих за централизацию здравоохранения, расширение социальных гарантий всем слоям населения (7,10), обеспечение согласно стратегии ВОЗ "здоровья для всех" (8, 11,12).

В этом отношении, касательно стоматологии, представляется интересным изучение опыта страны, одной из немногих, возможно единственной в капиталистическом мире, имеющей опыт организации государственной системы здравоохранения (9).

Целью данной статьи является изучение опыта Великобритании по организации государственной системы организации здравоохранения, в частности стоматологии.

В Англии, по сравнению с другими странами существует более прогрессивная система организации медицинской помощи. Это также относится и к стоматологической помощи. В общемедицинской практике, после создания государственной системы здравоохранения в 1948г бывшие частнопрактикующие врачи стали финансироваться местными органами здравоохранения и бесплатно обслуживать прикрепленное население. Зубоврачебную помощь планировалось организовать по этому же принципу, но провести это в жизнь полностью не получилось из-за недостаточного количества специалистов и высокой стоимости лечения зубов и протезирования.

В Великобритании врачи - стоматологи могут работать в общестоматологической поликлинике, в стоматологическом отделении при госпитале, в

стоматологической службе общины (коммуны), университетской стоматологической клинике или в стоматологической службе Вооруженных сил. Примерное количество врачей-стоматологов в каждом из этих секторов составляет:

Общестоматологические поликлиники	21 600	- 78%
Стоматологическая служба госпиталей	2 800	- 10%
Стоматологическая служба общин	1 900	- 7%
Университетские стоматологические клиники	700	- 2,5%
Стоматологическая служба вооруженных сил	600	- 2,2%

Приведем краткое описание особенностей работы врача-стоматолога в каждом из этих подразделений.

Работа в общестоматологических поликлиниках.

Примерно 21 600 врачей стоматологов работают в 10 000 Общестоматологических поликлиниках (Стоматологических Праксисах). Врач-стоматолог может работать в данной клинике в качестве врача - профессионального стажера, врача - ассистента стоматолога, совладельца или может быть хозяином клиники. Клиника может быть частной, государственной (в системе Государственной Службы Здравоохранения) или смешанной.

Врачи - профессиональные стажеры работают обычно в качестве ассоциированного члена (или совладельца). Они полностью отвечают за проводимые ими профессиональные процедуры и лечение. Однако они выплачивают часть от доходов владельцам клиники в качестве оплаты за аренду помещений, оборудования, привлечение к работе вспомогательного персонала, использование стоматологических инструментов и материалов. Условия арендной платы различаются в разных клиниках. Между сторонами заключается договор по основным позициям, которые обычно

оговариваются между хозяином клиники и ассоциированным коллегой (арендатором). Наличие такого договора необходимо всем ассоциированным врачам - стоматологам, поступающим на работу в клинику.

Стоматологическая служба госпиталей.

В Соединенном Королевстве госпитали имеют стоматологические отделения. Они могут принимать врачей стоматологов на работу с выплатой им фиксированной заработной платы. Должности, на которые можно принимать врачей-стоматологов самые различные - от младшего помощника врача до врача-консультанта отделения. Врачи - стоматологи в госпиталях могут иметь специализацию по ортодонтии, хирургии полости рта, восстановительном общем лечении зубов (терапевтический профиль) и др. Конкуренция за получение высших должностей в госпитале очень сильная. Для хорошего продвижения по службе необходима последипломная подготовка, постоянное повышение врачебной квалификации.

Стоматологическая служба отдельных общин (коммун)

Работая в стоматологической службе коммун, врачи - стоматологи обеспечивают лечение больных, которым трудно посещать общие стоматологические клиники, больных со специальными потребностями и др. Они также проводят мониторинг состояния полости рта у населения коммуны, проводят обучение гигиены полости рта, внедряют массовые программы профилактики стоматологических заболеваний. Они также проводят осмотры состояния полости рта и зубов у школьников.

Обучение и исследовательская работа в университетских клиниках.

Небольшое количество стоматологов работают в качестве преподавателей и исследовательских работников в стоматологических вузах и колледжах Великобритании. Они проводят исследовательскую работу, а также обучение студентов и лечение пациентов. Количество ставок для исследовательских работников ограничено, однако имеется возможность работать на временной основе в качестве преподавателя или научного сотрудника. С вопросами следует обращаться к деканам в каждой стоматологической школе.

В Британии имеется несколько специальностей среднего звена, сотрудничающих со стоматологами.

Врачи-стоматологи в своей повседневной работе сотрудничают со следующими специалистами:

(1) Стоматологические медсестры.

В Великобритании имеется примерно 24 000 стоматологических медсестер. Стоматологическая медсестра работает в стоматологической клинике как ассистент на приеме пациента непосредственно за креслом, (данный прием называется "работа в четыре руки"), стерилизует медицинский стоматологический инструментарий, помогает врачу-стоматологу - смешивает различные пломбировочные материалы. Также она может исполнять административные функции. Для работы в качестве стоматологической медицинской сестры нет необходимости в специальной регистрации. Стоматологические медсестры не выполняют каких-либо манипуляций в полости рта пациента.

(2) Зубные гигиенисты

Обязанности зубных гигиенистов оговорены в Законе о стоматологии от 1984г, а также в Правилах о помощниках

врачей-стоматологов от 1986г. Они могут выполнять профессиональную чистку зубов, удаление зубного камня, обработку и полировку зубов, могут проводить местную инфильтрационную анестезию, покрытие зубов специальными профилактическими фторсодержащими гелями, наложение силантов для запечатывания фиссур зубов, обучение пациентов гигиене полости рта. В настоящее время в Великобритании работают примерно 3 900 зубных гигиенистов. Работа в качестве зубного гигиениста разрешается по решению Государственного Стоматологического Совета. Зубные гигиенисты из стран, не входящих в Европейский Союз до принятия на работу нуждаются в предварительном обучении на специальных курсах.

(3) Зубные врачи

В стране в настоящее время работают примерно 370 зубных врачей. Им разрешается удаление молочных зубов, простейшие виды пломбировки кариозных полостей, проведение инфильтрационной анестезии, проведение чистки, полировки зубов, удаление зубного камня и проведение обучения гигиене полости рта. Зубные врачи работают только при госпиталях или стоматологических службах общин и проводят лечение в некоторых специальных группах населения, таких например как пожилые люди и дети.

(4) Зубные техники

В Великобритании в настоящее время работают примерно 8 000 зубных техников. Зубные техники не проходят специальную регистрацию и не контактируют с пациентами. Они могут работать в частных зубоорудительных лабораториях, в лабораториях при госпиталях, при стоматологических слу-

жбах общин или общих стоматологических клиниках.

Для регулирования проблем по стоматологии в Великобритании имеется Государственный Стоматологический Совет. Совет способствует соблюдению высоких профессиональных стандартов и ответственен за разбор заявлений о нарушении профессионального поведения.

Основной объем стоматологической помощи населению Британии в настоящее время оказывается в рамках Государственной Службы Здравоохранения, т. е. по медицинской стоматологической страховке. Это означает, что пациенты оплачивают 80% от стоимости лечения. До недавнего времени это составляло не более 354 (9,10). Остальную сумму за лечение зубов выплачивает государство. Некоторые группы населения обслуживаются в Великобритании бесплатно, это:

- Дети и подростки до 18 лет;
- Молодые люди до 19 лет, если они обучаются полный день на дневном виде обучения;
- Беременные женщины и женщины, имеющие детей до одного года;
- Малоимущие (граждане, получающие пособие по безработице, по бедности, по инвалидности и т. д.). (2,4,5).

Для взрослых пациентов за каждую стоматологическую процедуру установлена фиксированная оплата, которая поступает на счет стоматологической клиники через страховую компанию. Для детей кроме фиксированной оплаты за стоматологическую процедуру установлены также доплаты. Регистрация пациента происходит с прикреплением его к определенному, обслуживающему его стоматологу или клинике. Стоматологи получают оплату за лечение

каждого пациента согласно представленного списка выполненных процедур.

Врачи - стоматологи общестоматологических клиник могут оказывать некоторые виды услуг на платной основе. Они выполняются вне системы Государственной Службы Здравоохранения и, соответственно, не оплачиваются по медицинской страховке. По поводу правил оказания такого вида помощи и перечня платных услуг и другим неясным вопросам, стоматолог всегда может проконсультироваться в Британской Стоматологической Ассоциации.

Все большее число врачей - стоматологов практикуют оказание стоматологической помощи вне системы Государственной Службы Здравоохранения. Данный вид стоматологической помощи оказывается по частному контракту между стоматологом и пациентом. Оплата стоматологического лечения в данном случае зависит от времени, потраченного на лечение, используемых материалов и сложности проведенного лечения. Одновременно с этим частные стоматологи могут оказывать помощь пациентам по их стоматологической медицинской страховке или на основе схемы поголовной оплаты. Британская Стоматологическая Ассоциация оказывает помощь своим членам по всем вопросам частной практики. Кроме того, в каждом регионе имеется местное профессиональное объединение частнопрактикующих врачей-стоматологов.

Определенные успехи достигнуты и британскими врачами - стоматологами в плане профилактики и лечения заболеваний полости рта. Если обратиться к статистике, то согласно отчетам по обследованию населения состояние стоматологического здоровья населения

имеет тенденцию к улучшению. В 1978г 30% взрослого населения полностью утратили свои естественные зубы, в 1988г такое же состояние было у 21%. Также произошло значительное снижение уровня поврежденных зубов. В 1988г среди взрослого населения с постоянным прикусом 14.18 имели здоровые и не леченые зубы, по сравнению с 13.0 в 1978г. Среднее число удаленных зубов также изменилось с 9.0 в 1978г до 7.8 в 1988г. Среднее число пораженных зубов снизилось с 1.9 до 1.0. Улучшение стоматологического здоровья достигнуто благодаря широкому распространению фторсодержащих зубных паст и также улучшению стоматологической помощи. Исследование состояния полости рта и зубов у детей также показало значительное снижение числа пораженных зубов по сравнению с предыдущим исследованием, что, несомненно, отразится в будущем на нуждаемости в стоматологическом лечении взрослого населения (9).

Эти профессиональные успехи в стоматологии Великобритании достигнуты благодаря смещению акцентов от восстановительного (терапевтического) лечения в сторону проведения стоматологических мероприятий.

Обеспечение стоматологической помощью в рамках программ Государственной службы охраны здоровья проводится местными органами охраны здоровья. Эти местные органы здравоохранения организуют получение населением стоматологического обслуживания через "доверенных" врачей Государственной службы здравоохранения (имеются ввиду врачи стоматологи, работающие в госпиталях или сервисных службах коммун) или врачей - стоматологов общестоматологических

поликлиник. Врачи - стоматологи общего профиля, работающие в общестоматологических поликлиниках, самостоятельно заключают договора с местными органами здравоохранения.

Финансирование стоматологической службы в Великобритании осуществляется за счет правительственных фондов для общей и больничной стоматологических служб, создающихся за счет налогообложения. Существуют два источника финансирования местных стоматологических служб: местное налогообложение и правительственные фонды.

Следует отметить, в английской модели государственной организации стоматологической помощи соблюдается принцип доступности медицинской помощи для каждого члена общества независимо от его социального положения и финансовых возможностей. Качество оказываемой медицинской помощи находится на достаточно высоком уровне, включая профессиональный уровень врачей, другого медперсонала, использование современных стоматологических технологий и материалов. Врачи - стоматологи находятся под защитой и патронажем профессиональной ассоциации, вместе с тем соблюдаются права пациентов в свободе выбора врача, отказе от лечения, конфиденциальности информации о его здоровье.

Количество выпускников стоматологов в Великобритании находится под строгим контролем государства, поэтому в настоящее время нет перепроизводства кадров по стоматологии. В стране имеется четырнадцать стоматологических школ и один институт усовершенствования по стоматологии. В 1999г в Великобритании зарегистрировано 29951 врачей-стоматологов, 30%

из них составили женщины. В этот же год в стране в качестве врачей-стажеров было зарегистрировано 5 529 врачей стоматологов из зарубежных стран. Ежегодно примерно 750 выпускников стоматологов заканчивают вузы страны.

Для защиты прав врачей-стоматологов в Англии существует специальная организация - Британская Стоматологическая Ассоциация (BDA) - старейшая профессиональная организация по стоматологии в Великобритании. В

настоящее время членами Ассоциации являются примерно 16 000 специалистов. Ассоциация действует и как профсоюз и как профессиональная ассоциация. Ассоциация публикует литературу по самым различным сторонам профессиональной деятельности. Контакты с коллегами поддерживаются через местные ответвления ассоциации. Штаб-квартира Британской Стоматологической Ассоциации, расположена в Лондоне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Космодемьянская А. И. Малое стоматологическое предприятие - практика в Германии. //Стоматология. - 1997. - №2. - С. 68-69.

2. Леонтьев В. К. Островок "советской" стоматологии в Америке. //Стоматология для всех. - 1998. - №1. - С.63.

3. Мирзабеков О. Обоснование стратегии развития стоматологической службы Республики Казахстан в рыночных условиях: Автореф. дис. ... д. м. н.: Алматы, 2001. - 48с.

4. Оспанова Д. С. Использование опыта организации стоматологической помощи за рубежом. //Проблемы стоматологии. - 2002. - №1. - С.25-26.

5. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. - М., ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432с.

6. Стоматологическое законодательство в Европе. //Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2000. - №1. - С. 81-83.

7. Burt B. A., Eklund S. A. Dentistry, Dental Practice, and the Community. - 5-th ed. - Philadelphia, Saunders, 1999. - 384p.

8. Ham C., Brommels M. Health care

reforms in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. - Health affairs: Winter, 1994. - P. 106-119.

9. Practicing Dentistry in the United Kingdom. - London: BDA, 2001. - 23p.

10. Wall T. P., Brown L. J., Manski R. L. The funding of Dental Services among US children 2 to 17 years old. Recent trends in expenditures and sources of funding. // JADA. - 2002. - Vol. 133, April. - P. 474-482.

11. Working for patients. Secretaries of state for health. Wales, Northern Ireland, Scotland. - London: HMSO, 1989. - 48p.

12. World development report. Investing in health. - Oxford: Oxford University Press, 1993. - 320p.

РЕФЕРАТ

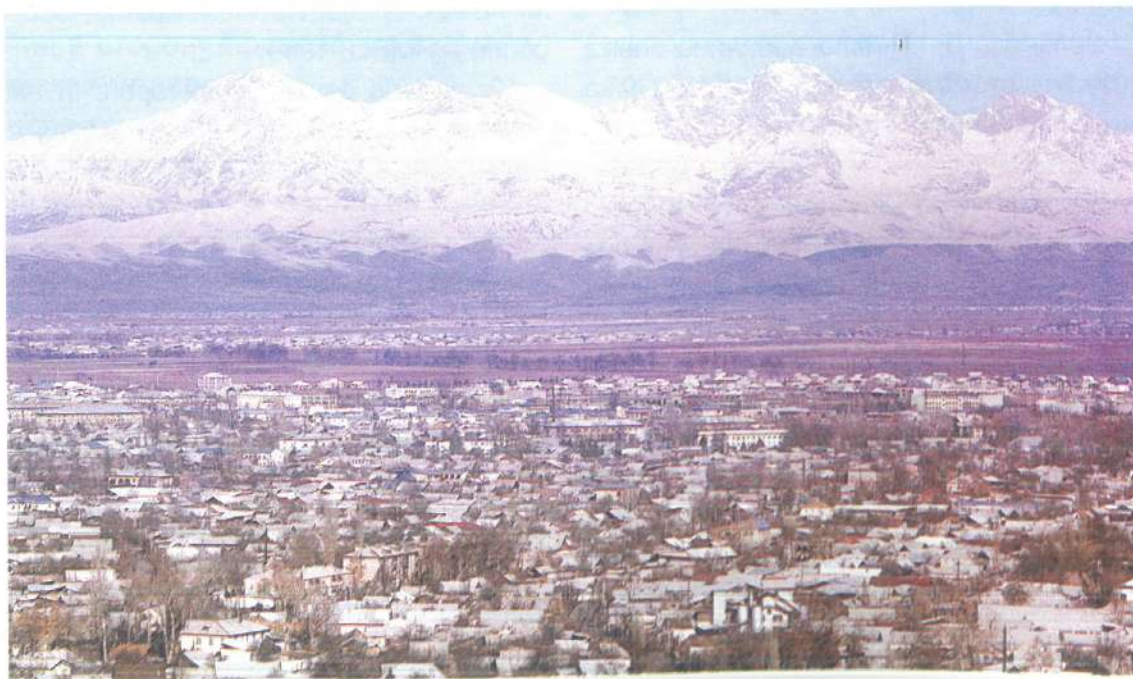
ИЗУЧЕНИЕ АНГЛИЙСКОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.**И. М. Юлдашев**

Статья представляет краткий обзор состояния организации стоматологической помощи в Великобритании. Представлены структура стоматологической службы, кадровый состав, основные принципы разделения по месторасположению, взаимодействию с государственной системой, частнопредпринимательская и государственная службы. Приводится также описание вспомогательных стоматологических кадров, таких как стоматологические медсестры, гигиенисты, зубные врачи, зубные техники.

ABSTRACT

ENGLISH EXPERIENCE IN ORGANIZATION OF PUBLIC DENTAL HEALTH SYSTEM**Yuldashev I. M.**

Article presents a brief review of Public Dental Health basic organization rules in the United Kingdom. It presents a structure of Dental Service System, range of stuff, governmental and private complimentary. Also professions complementary to dentistry as dental nurses, dental hygienists, dental therapists and dental technicians are reflected.



СИСТЕМА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ - СТОМАТОЛОГОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

И. М. Юлдашев.

*Кафедра стоматологии ФУВ, Кыргызский Государственный
Медицинский Институт Переподготовки и Повышения Квалификации
(КГМИПпК), г. Бишкек.*

В силу специфических особенностей врачебной деятельности проблема непрерывного образования является непреложным требованием в поддержании профессионализма на должном уровне и дальнейшем совершенствовании навыков.

Изменившиеся социально-экономические условия обострили и без того актуальную проблему переподготовки врачебных кадров, внесли свои коррективы в тематику, продолжительность, частоту проведения курсов повышения квалификации, ярко высветили достоинства и недостатки системы последипломного образования, актуализировали новые требования, поставили вопросы, на которые система последипломного образования должна отреагировать переосмыслением и перестройкой своей деятельности.

Целью данной статьи является проанализировать существующий уровень системы усовершенствования врачей стоматологов в Кыргызской Республике и обозначить перспективы ее развития.

При всех своих недостатках и достоинствах прежняя, советская система подготовки врачей стоматологов "является известным и признанным в мире фактом" (1, 7, 8, 9). Среди достоинств прежней (советской) школы отмечаются ее высокие общемедицинский и медико-

биологический уровни, которые определяются стоящими значительно выше аналогичных у подавляющего большинства зарубежных стран. Из имевшихся недостатков наиболее драматичными признаются слабость в материальном отношении, не принадлежащих ВУЗам клинических баз, разобщенность в преподавании различных стоматологических дисциплин, слабое внимание практической подготовке, привитию мануальных навыков, крен в сторону перераспределения учебных часов в пользу общественно-политических дисциплин в ущерб часам по специальным дисциплинам (2, 4, 8).

При б. СССР система подготовки и переподготовки стоматологических кадров в Кыргызской Республике включала наличие собственной базы: стоматологического факультета и курсов стоматологического профиля Факультета Усовершенствования Врачей при Кыргызском Государственном Медицинском Институте (ныне Кыргызская Государственная Медицинская Академия). Кроме того, врачи - стоматологи имели возможность получить образование в медицинских институтах Средней Азии (гг. Алма-Ата, Ташкент, Душанбе), других городах бывшего союза, чаще всего это были Москва, Ленинград, Киев, Харьков, Полтава, Волгоград, Одесса и др. (10,

11, 12).

Последипломное образование имело стройную систему, осуществлялось по заранее разработанным планам, четко обозначенным срокам, тематикам. Чаще всего наши врачи - стоматологи выезжали на курсы усовершенствования в гг. Алма-Ата, Ташкент, Москва, Ленинград, Киев, Новокузнецк и др. Параллельно и на достаточно высоком научно-методическом уровне проводились курсы повышения квалификации профессорско-преподавательского состава медицинских вузов. Новые социально-экономические условия внесли свои коррективы в этот процесс.

Ослабление экономических и политических связей с обретением независимости бывшими республиками СССР, резкое падение жизненного уровня населения, резкое сокращение финансирования сферы здравоохранения, расслоение общества привели к вымыванию части врачей, в том числе и врачей стоматологов, в другие сферы экономики. Для поддержания экономического уровня семьи часть врачей вынуждена была прервать профессиональную деятельность, предпочтя ей торговлю, сферу общественного питания, экономику, челночный бизнес, сельское хозяйство.

Определенная часть медицинских стоматологических кадров, в силу различных причин, эмигрировала в страны ближнего (Казахстан, Российская Федерация) и дальнего (Израиль, Германия, США) зарубежья. Чаще это были высококвалифицированные специалисты.

Кроме этого необходимо учитывать новое явление - появление сектора частной стоматологической помощи. При обнищании, законсервированности,

низкой маневренности государственной системы стоматологического обучения и обслуживания, мелкие частные стоматологические клиники быстрее и больше внедряли новые материалы, методики, аппаратуру и инструменты. Частные стоматологические клиники отвлекли на себя часть населения с возросшим спросом на элитное обслуживание (5,7).

При всех положительных моментах, остаются неотработанными вопросы взаимоотношения на профессиональном уровне частных и государственных клиник и вузов, последипломного образования врачей стоматологов. Интересы специальности, интересы пациентов диктуют необходимость выработки кодекса чести врача-стоматолога, этики профессиональных взаимоотношений, разрешения спорных вопросов, имеющих место быть претензий, изучения опыта друг друга и совместного существования (3, 4, 6).

Еще одна важная проблема - совершенствование структуры специальности. Недостатком прежней системы подготовки следует признать подготовку узкоспециализированных врачей - терапевта-стоматолога, ортопеда-стоматолога, ортодонта, хирурга-стоматолога, стоматолога детского возраста (2, 4, 6, 7, 8). Новые условия жизни диктуют новые правила в отношении подготовки врачей стоматологов. Одним из главных посылов для изменения прежней системы является все более укрепляющееся право пациентов на выбор врача. Сейчас пациенты в качестве основного требования к специалисту стоматологу предъявляют несение меры ответственности за проводимое лечение. Причем предпочтение отдается врачу, предоставляющему пациенту весь спектр услуг, включающий полную санацию - лечение,

удаление и протезирование. При прежней системе это было выражено не столь отчетливо. Курсируя между стоматологом - терапевтом, стоматологом - хирургом, попадая к ортопеду-стоматологу, имея за плечами опыт общения с детским стоматологом, а у некоторых пациентов, возможно и с ортодонтом, при появлении конфликтной или просто неординарной ситуации пациент не мог квалифицированно в ней разобраться, найти ответственного за создавшуюся ситуацию. И это никак не стимулировало самих врачей-стоматологов к выработке обостренного чувства ответственности за результаты своей деятельности. Сейчас пациенты с большей охотой доверяют врачу, который в состоянии начав с санации полости рта, проводит гигиенические, лечебные, косметико-эстетические процедуры и манипуляции, заканчивает протезированием и предлагает комплекс стоматологических услуг для ребенка, предлагает динамический контроль стоматологического здоровья и, что немаловажно, профессиональные гарантии.

Предоставление пациенту права выбора врача-стоматолога, стоматологического учреждения, где ему будет оказана помощь, неизбежно окажет положительное влияние на рост качества оказываемой помощи. При слабой подготовке (теоретической и практической), плохой организации приема пациентов, завышении цен, невнимательном отношении к пациентам, стоматологи могут оказаться без работы, в противном случае они должны будут привести свою подготовку, мануальные навыки, условия и организацию работы в соответствие с требованиями времени.

К выпуску именно такого, многоплато-

во развитого специалиста ориентируется сегодня высшая медицинская стоматологическая школа. Эту же проблему ставит во главу угла система последипломного образования врачей стоматологов Кыргызской республики (10, 11).

Если подготовка специалиста - врача стоматолога общего профиля в Медицинской Академии решается со всей основательностью с изменением структуры теоретической, практической подготовки, то и институту последипломной подготовки необходимо пересмотреть свои программы для переподготовки и усовершенствования этих специалистов в ближайшем будущем. А как разрешить проблему нехватки стоматолога общего профиля сегодня? Многие врачи - стоматологи на периферии в силу обстоятельств вынуждены были освоить базовые принципы "смешанного" приема и это, в какой-то мере, позволяло решать проблему нехватки специалистов. Другая тенденция - узкие специалисты - стоматологи-терапевты, стоматологи-ортопеды, стоматологи-хирурги, ортодонты, детские стоматологи - все больше понимают преимущества владения навыками смежных специальностей. Также при желании работать в частных стоматологических клиниках, стоматологических центрах, специалистам нелишне узнать, что предпочтению всегда отдается многопланово подготовленному врачу-стоматологу.

Стремящиеся расширить спектр своих профессиональных возможностей врачи-стоматологи нуждаются в обновлении своих теоретических знаний и, главное - в освоении новых методик работы, адаптации и внедрения новых материалов в повседневную практику.

Не менее актуальная проблема - низкое оснащение кафедры стоматоло-

гическим оборудованием и современными материалами. Имеющиеся в настоящее время на кафедре оборудование и инструментарий, конечно же, не выдерживают конкуренции с высокотехнологичным оснащением некоторых частных стоматологических клиник.

Новым в организации приема пациентов у врача - стоматолога является необходимость в работе с ассистентом или работа в "четыре руки". Подготовка зубных врачей признается неприоритетной ведущими специалистами на всем постсоветском пространстве. Большинство авторов рекомендуют отказаться от подготовки зубных врачей в пользу стоматологов. Одновременно возрастает роль помощника стоматолога, гигиениста. Поэтому перестройка стоматологического образования, по-видимому, должна сочетать в себе отказ от подготовки зубных врачей в медицинских училищах и введение новых специальностей для среднего медицинского персонала, таких как стоматологический гигиенист и помощник стоматолога. В мировой практике функции стоматолога, гигиениста, помощника стоматолога, стоматологической медицинской сестры довольно четко разграничены, что позволяет оптимизировать работу клиники, осмысленно планировать лечебные и санационно-профилактические мероприятия. Есть резон на государственном уровне пересмотреть профиль специальности, номенклатуру и внести все вытекающие отсюда дополнения и исправления.

Как видим и здесь для кафедры стоматологии ФУВ имеется широкое поле деятельности. Кроме перестройки программ, лекций, семинарских занятий, перед кафедрой остро стоит проблема ускоренного освоения самими

преподавателями мощного потока новых методик, новых материалов, изыскания средств для их приобретения и внедрения в клиническую практику и разработки методики и стратегии обучения коллег. Стоматология - специальность, требующая освоения большого количества мануальных навыков. Вероятно, пришло время, когда необходимо пересмотреть устаревшие нормативы по числу курсантов в группах последипломной подготовки, нагрузки на преподавателя. Идеальным вариантом, конечно же, является обучение, если можно так выразиться "из рук в руки", т. е. один курсант - один преподаватель. При этом преподаватель выступает в качестве врача, курсант - в качестве ассистента стоматолога, затем происходит смена ролей. О таком обучении сейчас приходится лишь мечтать.

Проведение платных обучающих семинаров начали практиковать некоторые частные стоматологические центры. Однако большинство из них не имеют официального статуса и, соответственно, не могут быть учтенными при проведении аттестации врачей. Есть проблема и в этой области - найти точки соприкосновения между государственной и частной системами стоматологии, для выработки приемлемых форм сотрудничества и интеграции. В этом процессе, по нашему мнению, особая роль принадлежит Стоматологической Ассоциации Кыргызской Республики (САКР), все возрастающая роль которой не подлежит сомнению в среде профессионалов и, надеемся, пациентов.

Анализ проведенной работы кафедры стоматологии ФУВ Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалифи-

кации выявил определенные достижения и некоторые нерешенные проблемы. За 25 лет существования доцентских курсов (терапевтическая, детская, хирургическая стоматология), а затем кафедры стоматологии факультета усовершенствования врачей при КГМИПбПК прошло обучение 1299 слушателей, из которых последовательно (каждые 5 лет) лишь 53, что составило 4,09%. Чаще врачи, проработав 7-8 лет, попадают на циклы общего или тематического усовершенствования, которыми и ограничивается повышение их квалификации.

Всего в Кыргызстане в настоящее время насчитывается 1270 врачей-стоматологов. По положению из них ежегодно должны проходить курсы усовершенствования 254 врача, что составляет 20%. Пропускная способность кафедры стоматологии ФУВ ежегодно равна 135 врачей, что составляет всего 53% от необходимого количества. Таким образом, почти половина врачей остается вне поля зрения системы переподготовки.

Штаты кафедры по работе с курсантами ФУВ и клиническими ординаторами в настоящее время составляют: один профессор, заведующий кафедрой; четыре доцента, четыре ассистента, и полторы ставки лаборантов.

Методологически обучение курсантов проводится по классической схеме, в два этапа. На первом этапе проверяется исходный уровень знаний слушателей методом бланочного тестирования, задачей которого является выявить, в каких разделах стоматологии курсант плохо ориентируется. На втором этапе, в конце обучения, проводится контроль полученных знаний с использованием

ситуационных задач, тестового тематического контроля и т. д.

Кафедра имеет основную базу в Республиканской Стоматологической Поликлинике (ныне АООТ "Стоматология"), стоматологическое отделение при Институте Экологии и стационар-отделение детской челюстно-лицевой хирургии в Республиканской Детской Клинической Больнице Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики. В АООТ "Стоматология" в распоряжении кафедры имеется четыре стоматологические установки с зубоврачебными креслами в лечебном кабинете, одна учебная комната и кабинет заведующего кафедрой. Все установки являются собственностью АООТ "Стоматология". В Институте Экологии имеется три кабинета: один учебный, один лечебный кабинет с тремя стоматологическими установками и стерилизационная комната. В Республиканской Детской Клинической Больнице имеется одна учебная комната. Кроме того, имеется возможность проведения клинической части занятий в ургентной перевязочной, чистой перевязочной, операционном блоке, непосредственно с больными в отделении. Сказанное выше говорит об актуальности вопроса с клиническими базами для кафедры стоматологии ФУВ. Если в государственных учреждениях, какими являются Институт Экологии и Республиканская Детская Клиническая Больница арендная плата с КГМИПбПК не взимается, то в АООТ "Стоматология" институт вынужден платить арендную плату, вследствие чего возникла необходимость циклы по терапевтической стоматологии проводить в платном порядке. В последнее время отмечается сокращение числа курсантов, особенно

по терапевтической стоматологии. Объясняется это тем, что циклы стали платными. Кроме этого, для курсантов из отдаленных районов подорожание обучения произошло и за счет оплаты дорожных расходов, командировочных и т. д. Особенно это касается Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей. Возможно, подспорьем в решении проблемы станет открытие филиала института в южном регионе с клинической базой в Ошской городской стоматологической поликлинике и отделении челюстно-лицевой хирургии Ошской Областной Объединенной больницы. Однако и в этом филиале, очевидно, все проблемы встанут со всей остротой и актуальностью.

Несмотря на трудности переходного периода, сотрудники кафедры стоматологии ФУВ прилагают определенные усилия для оптимизации учебного процесса. В соответствии с требованиями времени пересмотрены и обновлены программы основных циклов обучения на кафедре. До минимума сокращены длительные циклы общего усовершенствования. Основными сейчас являются одномесечные тематические циклы усовершенствования врачей. Составлен базовый объем тестов для курсантов, включающий вопросы тестового контроля по всем разделам: терапевтической, хирургической, ортопедической, детской стоматологии. Больше внимания уделяется организации выездных циклов, поскольку эта форма организации обучения больше устраивает курсантов, есть возможность сочетать ее с выездными консультациями, проведением операций и сложных манипуляций на местах, решая проблему приезда в центр не только курсантов, но и пациентов. Все

шире внедряется практика проведения выездных циклов в сочетании с организацией в конце обучения научно-практических конференций для врачей всего региона, проведения очередных аттестаций и др.

После рассмотрения некоторых проблем последипломного образования вполне резонно встает вопрос о необходимости для кафедры стоматологии ФУВ собственной клинической базы, причем в государственной стоматологической поликлинике, где арендная плата с учреждений образования не взимается. Лучшим вариантом представляется формирование собственной клинической базы, укомплектованной соответствующим оборудованием, снабженной необходимыми инструментами, материалами. По нашему мнению изыскать возможности оснащения единственного в республике института последипломной подготовки специалистов - медиков можно было бы, используя поступающее по гуманитарным каналам оборудование, использовать кредиты по сотрудничеству с иностранными фирмами и организациями. Не исключается и вариант создания хозрасчетных курсов - для изыскания финансового подкрепления кафедры последипломной подготовки стоматологов.

Таким образом, проведенный анализ состояния стоматологического последипломного образования в Кыргызской Республике позволяет сделать следующие выводы:

1. Система последипломного стоматологического образования Кыргызской Республики нуждается в укреплении своей материально-технической базы. Наиболее приемлемым вариантом было бы создание собственной

клинической базы с оснащением ее соответствующим оборудованием, инструментарием, материалами.

2. Официальные, используемые до последнего времени нормативы, регламентирующие проведение педагогического процесса (длительность и частота циклов, количество курсантов, нагрузки на преподавателя и др.) подлежат пересмотру согласно требованиям настоящего времени.

3. Структура стоматологической специальности нуждается в корректировании, с формированием статуса

врача - стоматолога общего профиля. До- и последипломное образование целесообразно выстроить как непрерывный процесс подготовки специалиста.

4. Появление в медицинской сфере учреждений различных форм собственности актуализирует вопрос их взаимоотношений, наиболее приемлемой формой которого, является регулирующая роль профессиональной ассоциации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А. В. Проблемы последипломной подготовки врачей-стоматологов. // Стоматология. - 1997. - №2. - С. 66-68.

2. Байбулова К. К. Совершенствование стоматологического образования в свете государственного стандарта. // Экспериментальная и клиническая стоматология. - Алматы, 1998. - С. 6-9.

3. Кудрявая Н. В., Перес Ловелле Рейнальдо. Психологическая и педагогическая компетентность в формировании будущих российских врачей-стоматологов. // Стоматология. - 1997. - №6. - С. 59-60.

4. Куклин Г. С., Морозова Н. В., Алимский А. В. Аттестация и сертификация специалистов стоматологического профиля. // Стоматология. - 1997. - №1. - С. 69-70.

5. Ленская А. В. Роль кадровой службы в повышении финансового благополучия клиники. // Новое в стоматологии. - 2000. - №3. - С. 60-63.

6. Леонтьев В. К. Стоматологическая служба в новых условиях хозяйствования в свете реализации программы Стоматологической Ассоциации (Общероссийской) "Стратегия развития стоматологии России". // Стоматология. - 1996. - Спец. Выпуск - С. 7-11.

7. Леонтьев В. К., Вагнер В. Д., Полуев В. И.,

Логинов А. А. Анализ и планирование деятельности стоматологической службы. // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2000. - №1. - С. 9-13.

8. Леонтьев В. К., Соколов Е. И., Володин В. В., Безруков В. М., Максимовский Ю. М. О подготовке и усовершенствовании кадров для стоматологии. // Стоматология. - 2001. - №2. - С. 64-72.

9. Леонтьев В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития. // Стоматология. - 2002. - №1. - С. 75-83.

10. Султанбаева С. У., Цепелева А. С., Юлдашев И. М., Сельпиев Т. Т., Шаяхметова В. Т., Давлетова Г. Р. Проблемы последипломного обучения стоматологов в Кыргызской Республике. // Образование и молодежь на рубеже веков. - Бишкек, 2000. - С. 233-237.

11. Султанбаева С. У., Сельпиев Т. Т. Последипломная подготовка врачей стоматологов. // Проблемы стоматологии. - 2002. - №1. - С. 34-35.

12. Юсупов С. Х., Юлдашхонова Л. С., Саидахметов С. С., Мирзаев М. М. Состояние подготовки специалистов врачей-стоматологов в Республике Узбекистан. // Stomatologiya. - 1999. - №2. - С. 61-64.

СИСТЕМА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ - СТОМАТОЛОГОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

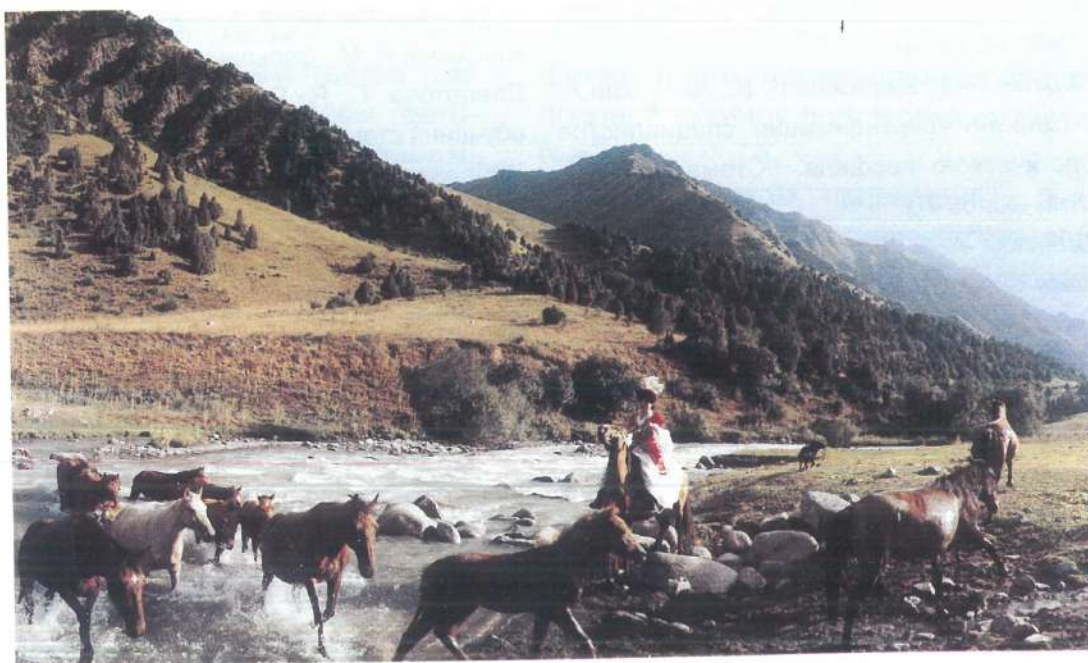
И. М. Юлдашев.

В статье обсуждены достижения и перспективы развития последипломного образования врачей-стоматологов в Кыргызской Республике. Изменение социально-экономических условий, появление частных стоматологических клиник, возрастающий поток новых технологий, материалов, форсируют систему последипломного образования на перестройку своей деятельности. Представлены итоги деятельности кафедры стоматологии ФУВ КГМИПКиК за 26 лет деятельности, обсуждаются необходимость укрепления клинической базы, пересмотра нормативов системы усовершенствования, адаптации к новым условиям деятельности.

DENTISTS CONTINUING EDUCATION SYSTEM IN THE KYRGYZ REPUBLIC: ACHIEVEMENTS AND DEVELOPMENTAL PROBLEMS

Yuldashev I. M.

The article deals with achievements and developmental problems of Dentists Postgraduate Education System in the Kyrgyz Republic. Changing of socio - economical conditions, appearance of private dental clinics, increasing flow of new dental technologies and materials forces Postgraduate Training System to improving and advancing its educational activities. Also results of Dentistry Department's twenty-six years experience are representing. The problems, concerning creation of clinical center, postgraduate training standards and adaptation to current condition are discussing.



АДАПТАЦИЯ К СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ

Бадалов Р.М., Гараев З.И., Рзакулиева Д.М.

*Кафедра ортопедической стоматологии Азербайджанского
Медицинского Университета*

Проблема изучения адаптации к съемным конструкциям зубных протезов привлекла внимание многих ученых-стоматологов. Наблюдая за больными в период адаптации к протезам, можно получить полное суждение об эффективности протезов с точки зрения всех предъявленных к ним требований. Привыкание к протезам является биологическим фактором. Под биологическим фактором подразумевается сумма всех реакций организма на присутствие протеза. Адаптация к протезу происходит постепенно и выражается в развитии нейромускулярной координации (Курляндский В.Ю., 1977, Василенко З.С., 1980, Земская Е.А., 1982, Зуфаров С.А., 1982, Petz R., 1982, Осольский Г.И., 1984, Гаврилов Е.И., 1984, Абаев В.Ю., 1985, Разуменко Г.П., 1987, Незнанова Н.Ю., 1989, Qarayev Z.I., 1999 и др.).

Таким образом, можно заключить, что адаптация к съемным видам зубных протезов - сложный, многогранный процесс.

Однако адаптация к съемным видам зубных протезов остается недостаточно

изученной. Остается недостаточно изученным вопрос, какую роль в этой сложной цепи играет изменение общего и местного иммунитета.

Цель исследования: улучшение процессов адаптации к съемным пластиночным протезам из акриловых пластмасс.

Материал и метод исследования:

С целью изучения процессов адаптации от применения съемных конструкций зубных протезов из акриловых пластмасс в клинике ортопедической стоматологии под нашим наблюдением находилось 157 пациентов. Из них 62 пациента (основная группа), которые с первого дня после протезирования получили Экстракт Элеутерококка. Контрольную группу составили 60 лиц, которым протезирование проводилось без применения адаптогенов.

Для улучшения процессов адаптации пациентов к съемным пластиночным протезам из акриловых пластмасс в раннем периоде после протезирования нами применялся природный адаптоген экстракта элеутерококка. Кроме адап-

тогенных свойств препарат проявляет выраженную иммунностимулирующую активность (Брехман И.И., 1968, Дардымов И.В., 1976, Дранин Г.Н., Гриневич Ю.А., Дизик Г.М., 1994 и др.). Полученные значения иммунологических параметров пациентов тех групп сравнили между собой и с иммунным статусом здоровых лиц (35 человек) с интактными зубными рядами.

С этой целью после окончания ортопедического лечения были проанализированы активность лициозима и содержание секреторного иммуноглобулинов класса А (SJgA), JgG и кортизола в смешанной слюне пациентов.

Полученные данные подвергались статистическому анализу.

Результаты исследования:

Проведенный анализ иммунологических параметров показывает, что защитные механизмы слизистой оболочки полости рта у пациентов, которым требуется ортопедическое лечение, существенно ослаблено. Так, содержание SJgA в смешанной слюне этих лиц снижена на 37,7-38,8% по сравнению с характерно здоровыми людьми соответственно ($p < 0,001$), а активность лициозима на 13,2-14,9% ($p < 0,001$). Концентрация JgG в слюне у этих пациентов была в пределах нормы. Следующие наблюдения показали, что введение в полость рта инородного тела в виде акрилового протеза всегда приводит в таких случаях к изменению начальных параметров местного иммунологического статуса пациентов.

Динамика концентрации секреторного SJgA в слюне после ортопедического лечения с приемом элеутерококка изображена на рис. 1. В раннем периоде после протезирования (через 2-3 дня) концентрация секреторного SJgA в

смешанной слюне проявляет тенденцию до исключительного снижения относительно начального уровня в группе пациентов, которые лечились без адаптогенов - до $0,156 \pm 0,023$ г/л по сравнению с $0,169 \pm 0,024$ г/л перед лечением, а при применении элеутерококка - до $0,163 \pm 0,021$ г/л по сравнению с $0,166 \pm 0,024$ г/л. При дальнейших наблюдениях разница показателей между этими двумя группами все больше выражена. Если в контрольной группе средний уровень SJgA остается приблизительно одинаковым, то при применении элеутерококка он прогрессивно повышается, приблизительно приближаясь к нормальным значениям.

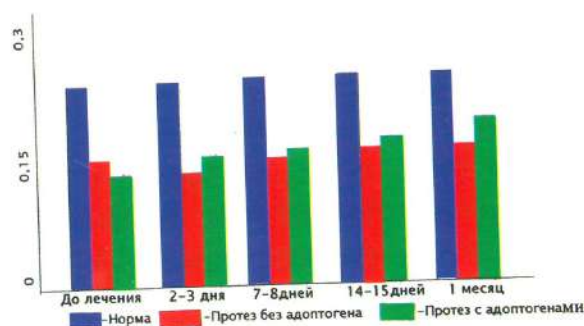
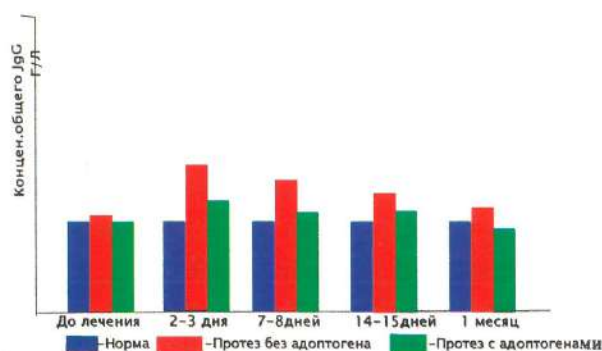


Рис.1: Концентрация секреторного SJgA в смешанной слюне пациентов в динамике ортопедического лечения с применением адаптогенов.

Так, если отклонение от нормы у пациентов этой группы до лечения составило 38,8%, то на 7-8-ой день наблюдалось 31,8%, на 14-15 день разница между пациентами основной и контрольной группами достоверна. ($p < 0,05$). В отличие от SJgA, для общей JgG слюны свойственна абсолютно противоположная динамика (рис. 2). Сразу же после протезирования его содержание в секрете слюнных желез увеличивается ($p < 0,01$). Это увеличение было максимально выраженным (отклонение от нормы на 87,0% ($p < 0,05$)) при

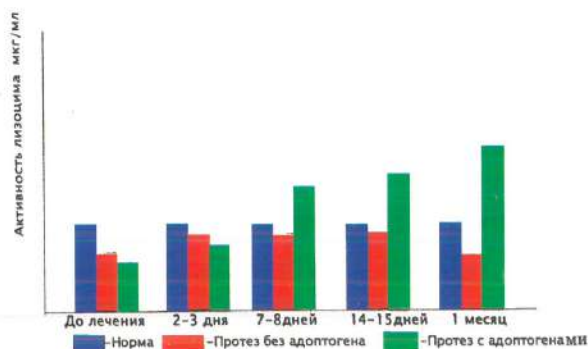
традиционном способе протезирования, который не предусматривал дополнительное применение адаптогенов. В группе протезированных, которые получили препарат элеутерококка, на 2-3 день после ортопедического лечения средний уровень JgG в слюне повышался лишь на 23,3%, такое отличие явилось статистически мало достоверным ($p < 0,05$). Начиная с 7-8-го дней концентрация JgG в слюне пациентов сначала снижается. Но лишь в группе лечащихся адаптогенами, в конце наблюдения содержание JgG в слюне нормализовалось. В то время у пациентов контрольной группы он все еще превышает норму на 25,3%.

Рис. 2: Концентрация общего JgG в



смешанной слюне пациентов в динамике ортопедического лечения с применением адаптогенов.

Рис. 3: Активность лициозима в



слюне пациентов в динамике ортопедического лечения с применением адап-

тогенов.

На рис. 3 графически изображена динамика активности лициозима в слюне пациентов, которые находились под наблюдением на протяжении месяца после протезирования.

До начала лечения ферментальная активность лициозима существенно снижена. На 2-3 день после протезирования она возросла у пациентов обеих основных групп. При этом она достигла среднего уровня 120,34-123,12 мкг/мл, который приблизился до нормы ($129,35 \pm 1,27$ мкг/мл).

В контрольной группе больных, протезы которых были изготовлены усовершенствованной технологией, после окончания ортопедического лечения адаптогены не назначили. На протяжении всего времени наблюдения средняя активность лициозима в слюне остается приблизительно на таком же уровне. Отмечались колебания между 124,03-121,47 мкг/мл, но эти значения все же были достоверно ниже нормы на 6,94% ($p < 0,01$). У получающих экстракт элеутерококка на 7-8-й день после протезирования наблюдалось постепенное увеличение активности лициозима в слюне, что уже в это время превышало на 8,2% контрольное значение, характерное для здоровых людей. Через 14-15 дней после протезирования средний уровень лициозима у пациентов этой группы достигает уровня $146,33 \pm 0,81$ мкг/мл, а через месяц $148,26 \pm 0,72$ мкг/мл, который превышает контрольное значение соответственно на 131% и 14,6% ($p < 0,001$). Полученные на 7-8-й день наблюдения показывают, что разница между пациентами, которые принимали элеутерококк, и те, которые лечились без адаптогенов, имеет статистическую достоверность ($p < 0,001$).

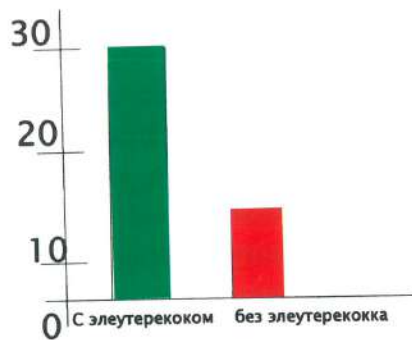


Рис. 4: Средний прирост активности липоцима в слюне пациентов в течение 1 месяца после протезирования с применением адаптогенов.

Для углубленного изучения характера влияния экстракта элеутерококка на процесс адаптации к съемным протезам из акриловых пластмасс была проведена оценка прироста активности липоцима за весь период наблюдения у каждого пациента. Была проанализирована динамика среднего прироста у пациентов каждой группы (рис. 4). При таком анализе выяснилось, что сходство между двумя группами пациентов, которые были под наблюдением, весьма существенно.

Применение элеутерококка увеличивало средний прирост активности липоцима у пациентов на $38,16 \pm 0,82$ по сравнению с $9,22 \pm 0,94$ мкг/мл в контрольной группе почти в 4,1 раза.

В разные сроки после окончания ортопедического лечения пациентов обеих групп, которые были под наблюдением, была изучена концентрация кортизола в секрете слюнных желез.

Соответствующие результаты изображены графически на рис. 5.

Перед началом ортопедического лечения содержание кортизола в слюне пациентов было практически таким, как и у здоровых лиц соответствующего возраста, $15,5 \pm 0,41$ Нмол/мл. Сразу же после протезирования его концентрация в

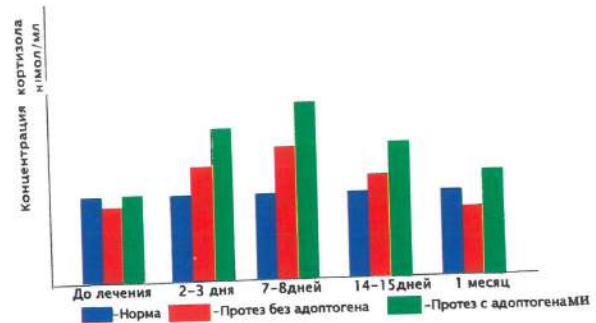


Рис. 5: Концентрация общего кортизола в смешанной слюне пациентов в динамике ортопедического лечения с применением адаптогенов.

секрете слюнных желез достоверно возрастает, достигая максимум на 14-15-й день наблюдений. В более поздние сроки после протезирования концентрация кортизола снижается. В группе с применением экстракта элеутерококка пик концентрации кортизола в слюне пациентов был значительно выше (среднее значение превышало нормальный уровень на 135,7%), чем в группе, которые адаптогенов не получали (норма превысила лишь на 90,6%).

В контрольной группе через месяц после протезирования содержание кортизола в слюне целиком нормализовалось и не отклонилось от уровня, характерного для здоровых людей больше, чем на 3,7%. В группе с применением элеутерококка повышенная концентрация кортизола в слюне держалась дольше. В конце периода наблюдения (через месяц после протезирования) у пациентов, принимавших этот препарат, уровень кортизола был все еще повышенным на 49,6%. Среди пациентов основной и контрольной групп соответственно наблюдения, начиная с 2-3-го дня, достоверны.

Табл. 1.

Через 2-3 дня после протезирования

на фоне приема экстракта элеутерококка концентрация кортизола в слюне

	Средние значения				
	До лечения	2-3 дня	7-8 дней	14-15 дней	1 месяц
Норма	15,52	15,52	15,52	15,52	15,52
Без адаптогенов	14,82	25,84	29,59	19,50	16,20
С адаптогенами	15,05	31,91	36,59	29,48	23,22

повысилась на 128% в отличие от подгруппы контрольной группы (без применения адаптогенов), где она повысилась только на 68,8%. В другие периоды наблюдения средние показатели концентрации кортизола в слюне протезированных пациентов, которые принимали элеутерококк, мало отличались.

Динамика активности кортизола (Нмол/мл) в смешанной слюне пациентов в разные сроки после протезирования съемными пластиночными протезами из акриловой пластмассы на фоне

лечения ЭЭ.

Таким образом, при выполнении ортопедического лечения больным с применением экстракта элеутерококка позволило добиться благоприятных эндокринологических изменений в организме.

Для изучения динамики параметров местного иммунного статуса полости рта результат проведенного анализа позволяет сделать вывод, что назначение экстракта элеутерококка позволит достигнуть оптимального процесса адаптации пациентов в съемным акриловым протезам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев В.Ю. Изменение биохимического и физико-химического состава смешанной слюны у больных сахарным диабетом после протезирования съемными протезами // Здоровоохранение Туркменистана, 1985, №4, стр. 38-41.
2. Qarayev Z.I. Dişsiz çənələrin protezlənməsi. 1999. B., Təbib, 128 səh.
3. Дардымов И.В. Женьшень, элеутерококк /К механизму биологического действия/ М., Наука, 1976, стр. 189.
4. Дранин Г.Н., Гриневич Ю.А., Дизик Г.М. Иммунотропные препараты. Киев, Здоровье, 1994, стр. 288.
5. Незнанова Н.Ю. Нарушение адаптации к съемным пластиночным протезам, методы их коррекции и профилактика. Автореф.дис. канд.мед.наук, - Ленинград, 1989, стр. 17.
6. Оскольский Г.И. Адаптация протезов к новой высоте прикуса // Стоматология. - 1984, №2, стр. 59-60.
7. Разуменко Г.П. Клинико-морфологическое состояние слизистой оболочки протезного ложа в период адаптации к съемным протезам пластиночного типа. Автореф.дис. канд.мед.наук, М., 1987, стр. 24.
8. Земская Е.А., Сыдыгалиев К. Состояние местных защитных факторов полости рта у больных, пользующихся съемными протезами из акриловых полимеров // Стоматология, 1982, №5, стр. 60-63.
9. Зуфаров С.А., Ружковский К.В. Факторы, обуславливающие адаптацию к зубным протезам // Мед.журн. Узбекистана, 1982, №1, стр. 54-55.
10. Petz R. Zu einigen psychologischen Aspekten beim Einfügen von herausnehmbarem Zahnersatz. "Zahntechnik", 1981, 22? #4, 152-156.

XÜLASƏ

ÇIXAN LÖVHƏLİ DİŞ PROTEZLƏRİNƏ
ADAPTASIYA*Bədəlov R.M., Qarayev Z.İ., Rzaquliyeva D.M.*

Aparılan tədqiqatların nəticələri ağız boşluğunun yerli immunoloji göstəricilərinin dinamiki parametrlərinin öyrənilməsi göstərir ki, eleuterokokk ekstraktı təyin etməklə xəstələrin çıxan lövhəli akril protezlərinə adaptasiya prosesi daha səmərəli olur.

Ağız boşluğunun ortopedik müalicəsi zamanı eleuterokokk ekstraktının tətbiq edilməsi orqanizmdə müsbət endokrinoloji dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

SUMMARY

Adaption of patients to dentures with demountable sheets

Badalov R.M., Garayev Z.İ., Rzaguliyeva D.M.

Appliance of eleuterocock extract during orthopedic treatment of patients let to gain positive endocrinological amendments at organism.

Results of researches for investigation of dynamical parameters of mouth cavity local immunological indices mention that appointment of eleuterocock extract let gain optimal process of patients to dentures with demountable sheets.



Stranqulyasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı qara ciyərdə gedən morfoloji dəyişikliklərin tədqiqi.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi Cərrahiyyə kafedrası



Bağrova S.H.

İşin aktuallığı:

Stranqulyasion bağırsaq keçməməzliyi (SBK) cərrahi patologiyalar arasında patogenezinin müxtəlifliyinə, gedişinin ağırlığına və letallıq faizinə görə xüsusi yerlərdən birini tutur. Xəstəliyin patogenezinin müxtəlif aspektlərinin öyrənilməsi, inkişaf mexanizminin tam açılması yeni, təkmilləşdirilmiş müalicə üsullarının tapılmasına təkan verə bilər, bu isə öz növbəsində müalicə prosesini sürətləndirər, onun effektini daha da artıraraq bu xəstəlikdən ölüm faizini xeyli azaldar. Bu səbəbdən də bu problem ən aktual problemlərdən biri kimi dünya cərrahlarının daim diqqət mərkəzində olmaqla müxtəlif istiqamətdə aparılan çoxsaylı elmi tədqiqatların obyektidir. Stranqulyasion bağırsaq keçməməzliyində orqanizmin bütün anatomo-funksional strukturları müxtəlif dərəcədə zədələnərək sıradan çıxır, proses ümumi xarakter alır. Xəstəliyin başlanmasından keçən müddət, keçməməzliyin səviyyəsi, formasından asılı olaraq intoksikasi-

yanın artıb dərinləşməsi orqanizmdə mühüm dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Stranqulyasion bağırsaq keçməməzliyində həyatı əhəmiyyət kəsb edən bütün parenximatoz üzvlərdə o cümlədən qara ciyərdə nəzərə çarpacaq dəyişiklik əmələ gəlir. Durgun bağırsaq mənfəzində əmələ gələn toksinlər portal sistem vasitəsilə qara ciyər toxumasına təsir edərək onun morfo-funksional xüsusiyyətlərini pozur. Müxtəlif səviyyələrdə olan bağırsaq keçməməzliyində qara ciyərdə gedən morfoloji dəyişiklikləri öyrənilmişdir (1,2,3,4,5,6,7,8).

Material və metodika: Stranqulyasion bağırsaq keçməməzliyi (SBK) zamanı qara ciyərdə gedən morfo-funksional dəyişikliklərin tədqiqi məqsədi ilə uyğun olaraq eyni cinsli, yaşlı, çəkisi 15-17 kq olan, eyni şəraitdə saxlanan və yemləndirilən 15 itdən istifadə edilmişdir.

Eksperimental heyvanlarda SBK modeli yaradıldıqdan 6, 24 saatdan sonra hər bir seriyada 5 it olmaqla cəmi 10 itdə qara ciyərdə gedən dəyişikliklər korrelyativ baxımdan öyrənilmişdir. İtlər venadaxili kollipsol narkozunun letal dozası ilə cansızlaşdırıldıqdan sonra göstərilən müddətlərdə qara ciyərləri çıxarılmış və

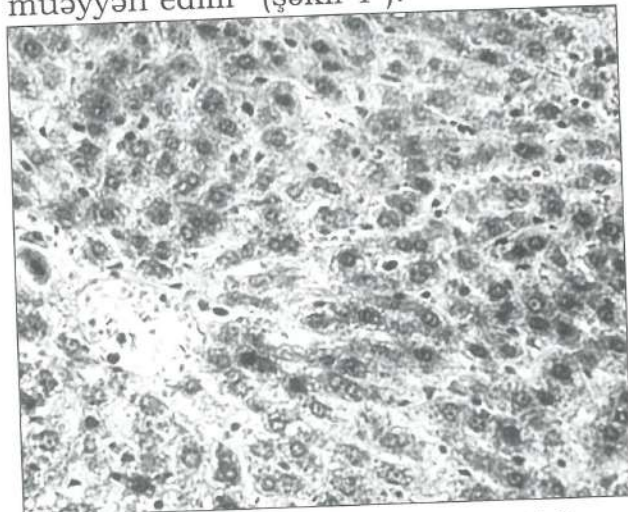
morfoloji qiymətləndirmək məqsədi ilə təşrih zamanı 4 tikə götürülmüşdür. Tikələr 10%-li neytral formalində fiksə edildikdən sonra, spirtlərin artan konsentrasiyasında susuzlaşdırılmış, parafinləşdirildikdən sonra mikrotomla qalınlığı 5-6 mkm olan kəsiklər alınmış, Van-Qizonun pikrofuksin məhlulu və hemotoksilin-eozin boyası ilə boyanmışdır.

İşin gedişi: Nəzarət qrupu ilə müqayisədə (5 intakt it) təcrübədən 6 saat sonra qara ciyərin quruluşunda makroskopik olaraq doluqanlıq, ölçülərinin nisbətən artması, paylı quruluşunun hamarlanması, qara ciyər toxumasının nisbətən kövsəkləşməsi, sarımtıl-boz rəngli, müxtəlif ölçülü ocaqların yaranması, qapı venasının trombozu müəyyən edilir.

Mikroskopik olaraq SBK-dən ilk 6 saat sonra hepatositlərin sitoplazmasında zəif oksifillik və dənəlilik, destruksiya seçilir, hüceyrələrin quruluşu polimorfizmi artır, ödem aşkar edilir. Qeyd edilən dəyişikliklər əsasən periportal məntəqələrdə nəzərə çarpır. Müşahidə müddəti ərzində həmçinin morfometrik metodlarla 0,3-0,5 mm ölçüdə ocaqvari işemik sahələr də qeydə alınır. Periferik və sentrolobulyar məntəqələrdə hüceyrə sərhədlərinin pozulması, hepatositlərin ödemi, destruksiyası, sinusoidal kapillyarların daralması və dezorqanizasiyası müəyyən edilir. Qan damarlarının divarlarından plazma axını, mənfəzlərinin isə detrit və amorf kütlələrlə tıxaclanması müşahidə saatının xarakterik əlamətlərindəndir.

Pikrofuksin boyağı ilə qara ciyər toxumasını boyayarkən paycıqlararası birləşdirici toxumada o qədər də kəskin dəyişikliklər qeydə alınmır.

Belə ki, birləşdirici toxumanın mukoid distrofiyası, ödemi, kollaqen stromanın şişməsi, liflərin fraqmentasiyası və limfoid infiltrasiyası aşkar edilir. Qan damarları ətrafında hüceyrə arası sahələrin genişlənməsi, hepatositlərin sitoplazmasının isə vakoullaşması müəyyən edilir (şəkil 1).



Şəkil 1. Qara ciyər - SBK modeli yaradıldıqdan 6 saat sonra (sentrolobulyar və intermediar sahələrdə hepatositlərin hipertrofiyası, sitoplazmada dənəli distrofiya əlamətləri, nüvələrinin hiperxromotuzu. Sinusoidlərin genişlənməsi)

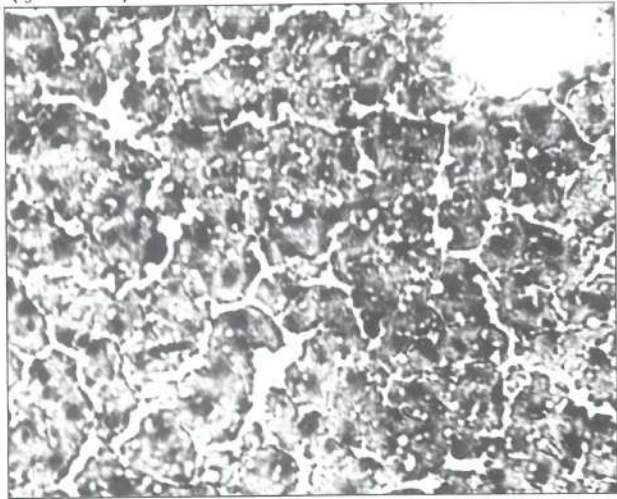
Boyaq: hemotoksilin-eozin
Böyütmə: ob.20. ok 12.5

SBK modeli yaradıldıqdan 24 saat sonra qara ciyərin gətirici damarlarının və sinusoidal kapillyar sisteminin genişlənməsi, hepatositlərin tinktorial xüsusiyyətlərinin pozulması, qara ciyər paylarının radial-tir quruluşunun diskompozisiyası meydana çıxır. Periportal sahələrdə yerləşən hepatositlərdə zülal-hidropik distrofiya əlamətləri müəyyən edilir. Onlar şişmiş, ölçüləri böyümüş, sitoplazmalarında matriksin bazofilliği və dənəliliyi artmış, hiperxromatik nüvələrinin ölçüləri isə artmışdır. Periportal

hepatositlərin bir qisminə ocaqvari xarakterdə nekroz və nekrobioz əlamətləri seçilir. Bu növ hepatositlərin nüvələrinin əksəriyyəti kariopiknoz və kariolizisə uğramış, sitoplazmaları arasında sərhədlər tam itmişdir. Nekroz və nekrobioz sahələr zonal və asinar ocaqlar halında müəyyən edilir. Nekroz ocaqları 2 və daha çox nüvəli hüceyrələr, mononuklear fagositlər, lizisə uğramış hepatositlər və neytrofil leykositlərdən ibarət səddlə digər sahələrdən həddəndir. Nekroz ətrafı toxumada triadaların tərkibinə daxil olan qan damarlarının mənfəzinin kəskin genişlənməsi, qanla dolması, divarlarında uzanmış, tək-tək yerləşən 3 endoteliositlərin olması, xarici qışalarında kollagen liflərin kövşəkləşməsi, Disse sahələrinin genişlənməsi aşkar edilmişdir.

Periferik və periportal hepatositlərdə orta dərəcəli piy distrofiyası əlamətləri aşkar edilir. Sentrolobulyar və intermediar şöbələrdə orta dərəcəli zülal distrofiyası və zəif (birinci dərəcəli) piy distrofiyası əlamətləri nəzərə çarpır, əvvəlki müşahidə saatı ilə müqayisədə retikulyar liflərin parçalanması, kollagen stromanın ödemləşməsi və fragmentasiyası, şiddətli limfoid infiltrasiya müəyyən edilir. Həmçinin öd kanalcıqlarının mənfəzində, hepatositlərin və ulduzvari retikuloendoteliositlərin sitoplazmasında öd elementləri müəyyən edilir. Öd trombları həm iki hepatosit arasında yerləşən öd kanalcıqlarında, həm də bir neçə qaraciyər hüceyrəsi tərəfindən yarıdılan əsasən nekrozlaşmış sahələrdə qeydə alınan psevdotubulyar törəmələrdə müəyyən edilir. Bəzi nahiyyələrdə periduktal fibroz, leyko-limfositar infiltratların da aşkar edilməsi müşahidə

saatının ən xarakterik cəhətlərindəndir (şəkil 2).



Şəkil 2. Qara ciyər - SBK modeli yaradıldıqdan 24 saat sonra (radial-tir quruluşunun dezoriyentasiyası, sinusoid kapillyarların genişlənməsi, sentrolobulyar və intermediar sahələrin hepatositlərinin sitoplazmasının vakuullaşması, vakuol-hidropik distrofiya və nekrobioz əlamətləri).

Boyaq: *hematoksilin-eozin*

Böyütmə: *ob.20. ok 12.5*

İşin nəticəsi: Beləliklə, yuxarıda qeyd edilənlərin analizi, SBK zamanı təcrübə heyvanlarının qara ciyərlərində aydın seçilən morfofunksional dəyişikliklərin yarandığını aşkar etmişdir. Bu növ quruluş dəyişikliklərinin xarakteri və aşkarlanma göstəriciləri SBK müddəti ilə düz mütənasibdir, yəni bağırmaq keçməməzliyi müddəti artıqca bu əlamətlərin intensivliyi də artır, nekroz və nekrobioz halları güclənir və proses dekompensator xarakter alır.

SBK-dan - 6 saat sonra əsasən zülal hidropik və zəif piy distrofiyası əlamətləri əsasən periportal paycılarda nəzərə çarpır və proses kompensator xarakter daşıyır. SBK-dan 24 saat sonra bu əlamətlər hissəvi də olsa periferiyada və intramediar şöbələrdə

də müəyyən edilir, ocaqvari şəkildə nekroz və nekrobioz sahələrinin aşkarlanması, qara ciyərdə radial-tir quruluşunun pozulması, birləşdirici toxuma əsasının disfunksional dəyişiklikləri, qan dövrəsinin bəzi nahiyyələrdə tam blokadası prosesinin qeyd edilən müddətdə artıq dekompenzasiya fazasına keçdiyinə dəlalət edir.

Qara ciyərdə müşahidə olunan morfoloji dəyişikliklər stranguilyasion bağırsağ keçməməzliyində xüsusilə nəzərə alınmalı və keçməməzliyin müddətinə uyğun olaraq həmin üzvün funksiyasının qorunması üçün müvafiq müalicə kompleksi təyin edilməlidir.

Ə D Ə B İ Y Y A T

1. В.П. Петров И.В.Кузнецов А.А.Домникова-Интубация тонкой кишки при лечении больных с перитонитом и кишечной непроходимостью. Журн.Хирургия, 1999, №5, стр. 41-44
2. Bağirov H.S. "Yüksək bağırsağ keçməməzliyində anaerob infeksiyanın qara ciyəre təsiri". Avtoreferat, t.e.n. adı almaq üçün, 1980, Tbilisi.
3. Синдром интоксикации у больных с острой кишечной непроходимости. Хирургия, 1990, № 7, с.63-68
4. Краковский М.Э., Аширметов А.Х. - Основные патогенетические механизмы нарушения детоксикационной функции печени при эндогенных интоксикациях. Вест. АМН.СССР, 1989, № 12, с.70-76
5. Раззаков С.М., Краковский М.Э., Аширметов А.Х. - Детоксикационная функция печени резистентность организма

у больных с острой кишечной непроходимости. Хирургия, 1990, № 12, с.11-15

6. Ермакова, Бакулин, Сергеева - Морфологическое и гистохимическое изучение действия нативного энтеротоксина *C.l.perfringens* типа А на модели перевязанной петли подвздошной кишки кролика. Журнал микробиологии и иммунологии, 1984, № 7, с.106-110.

7. В.Г.Рябцев, Ф.Д.Джейранов, Е.Б.Горбвицкий- Синдром интоксикации у больных с острой кишечной непроходимостью. Журн.Хирургия, 1990, №7,стр.63-68

8. Е.А. Лужников, Ю.С.Голдфарб-Пути повышения эффективности экстренной детоксикации организма при острых экзо-и эндотоксикозах. Анес. и реан.,1993, №1, стр.56

SUMMARY

Investigation of morphological changes in hepatic during strangulation intestinal obstruction.

Bagirova S.H

Thus, analyses of above mentioned during SIO the creation of the clearly expressed morpho-functional changes in a liver of experimental animals detected the character. This kind of the structure changes and detection indicators correspond with the SIO period, that is by increasing of the intestinal obstruction period the intension of these signs also increase, necrosis and necroses cases strengthened and the process gets decompensator character.

The observed morphological changes in a liver in the strangulation intestinal obstruction especially must be taken into consideration and corresponding to the obstruction period for the protection of the liver function should be determined corresponding treatment complex.

РЕЗЮМЕ

Изучение морфологических изменений в печени во время странгуляционной кишечной непроходимости.

Багирова С.Г.

Анализ приведенных выше данных, выявляет ярко выраженные морфологические изменения в печени экспериментальных собак с моделью странгуляционной кишечной непроходимости (СКН).

Характер таких форм изменений и показатели их выявления прямо пропорциональны с промежутком времени, начиная с момента создания модели СКН(6 и 24 часа). То есть, с увеличением периода возникновения СКН интенсивность изменений в печени увеличивается, элементы некроза и некробиоза усиливаются и процесс приобретает декомпенсаторный характер.

Таким образом, морфологические изменения в печени, наблюдаемые во время странгуляционной кишечной непроходимости должны быть учтены и в комплексное лечение включены мероприятия с целью защиты функций печени в зависимости от времени (периода) возникновения СКН.

ASA-STOMATOLOQLAR ÜÇÜN

Dünyada həkimlər arasında bir prinsip hökm sürür. "Həkim bütün ömrü boyu öyrənməlidir". Bu məqsədlə Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının (ASA) gündəlik fəaliyyətinin əsas istiqamətlərindən birini stomatoloq həkimlərin professional bilik və təcrübələrinin artırılması üçün dünyanın aparıcı şirkətləri və klinikalarının əməkdaşları ilə birgə keçirdiyi simpozium, konferensiya və seminarlar təşkil edir.



2002-ci ildə ASA-nın bu sahədə gördüyü işlər təqdirəlayiqdir. Keçirilən tədbirlərdən aşağıdakıların xüsusilə qeyd etmək lazımdır.

Müasir stomatologiyanın aktual problemlərinə dair 19 aprel 2002-ci il tarixdə keçirilən konferensiyada:

- Parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsində balneoloji amillərin əhəmiyyəti - Paşayev A.

- Endodontik müalicənin yeni metodları - Zeynalova G., Nağıyeva S.

29 may 2002-ci il tarixdə müasir stomatoloji klinikanın səmərəli təşkili:

- Stomatoloji qurğunun seçilməsi,
- Klinikanın dizaynı,
- Həkim-xəstə münasibətlərinin psixoloji aspektləri.

STOMA-DENTAL şirkətinin baş direktoru

İ.Pavlenko. Rusiya Federasiyası.

4 iyun 2002-ci il tarixdə dünyada stomatoloji materiallar istehsalında aparıcı DENSPLY şirkətinin məsləhətçi həkimi V.Novikovun müasir stomatoloji materiallarla müalicə mövzusunda seminar:



16-18 oktyabr 2002-ci il tarixdə Müasir ortodontiyanın imkanları - A. Zentner, Almaniya.

21 oktyabr 2002-ci il tarixdə keçirilən ortodontiyanın aktual problemləri - elmi-praktik konferensiya - İL-BONG KİM - Koreya.



5 noyabr 2002-ci ildə stomatoloji təcrübədə və üz-çənə nahiyyəsinin iltihab xəstəliklərinin müalicəsində ampisid preparatının tətbiqi - Əliyeva R., Kəlbəyev Ə. və s.

mövzusunda keçirilən seminar.



Bütün bu seminar və konferensiyalarda onlarla həkimlərimiz öz bilik və təcrübələrini artırmışlar. Azərbaycan stomatoloji Assosiasiyasının bu sahədə gördüyü işlər günü-gündən genişlənir,



həkimlərimizin beynəlxalq əlaqələri artır, onların müasir stomatoloji bilik və təcrübələrinin daha da dərinləşməsi üçün geniş imkanlar yaranır.

КОНГРЕСС МЕЖДУНАРОДНОЙ ФЕДЕРАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ

Как известно, одной из главных задач FDI является проведение Международных Стоматологических Конгрессов, посредством которых происходит процесс интеграции стоматологов всего мира, что также является приоритетной задачей FDI. Так, по последним данным, полученным нами из штаб-квартиры FDI, в состав федерации входят 140 национальных стоматологических ассоциаций, 30 международных стоматологических ассоциаций, а также более, чем 700.000 индивидуальных членов.



в центре - Президент FDI

Конгрессы FDI ежегодно проводятся в одной из стран-членов FDI. Очередной 90-й Международный Стоматологический Конгресс проходил с 1 по 5 октября 2002 года в столице Австрии, городе Вене. Генеральная Ассамблея, научная программа, церемония открытия Конгресса, а также выставка проходили в одном из крупнейших конгресс-центров Европы, Австрийском Центре "Вена".

Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация в лице Президента, Нацио-



церемония открытия

нального секретаря и других членов ACA приняли активное участие во всех разделах программы Конгресса, которая традиционно состоит из:

- 1) официального (открытие, закрытие генеральной Ассамблеи);
- 2) научного (семинары, конференции, симпозиумы);
- 3) социального;
- 4) выставки.

На торжественной церемонии открытия Конгресса с поднятием флагов стран-членов FDI участников приветствовали министр здравоохранения Австрийской Республики, президент Международной Федерации Стоматологов, президент Австрийской Стоматологической Ассоциации. Затем состоялся концерт с участием известных музыкантов Австрии и соседних с ней государств, а также традиционное австрийское представление.

В течение 4 дней участникам Конгресса была предоставлена уникальная возможность встретиться с ведущими местными и международными специалистами и производителями стоматологического оборудования из более чем

100 стран мира. Выставка проходила в 3 холлах конгресс центра. Количество представленных на выставке стендов было более 450.



на Генеральной Ассамблее

Представители Азербайджанской Стоматологической Ассоциации провели ряд конструктивных встреч со своими коллегами из стоматологических ассоциаций России, Турции, Грузии, Кореи, Японии, Австрии, Великобритании, Украины и других стран-членов федерации.

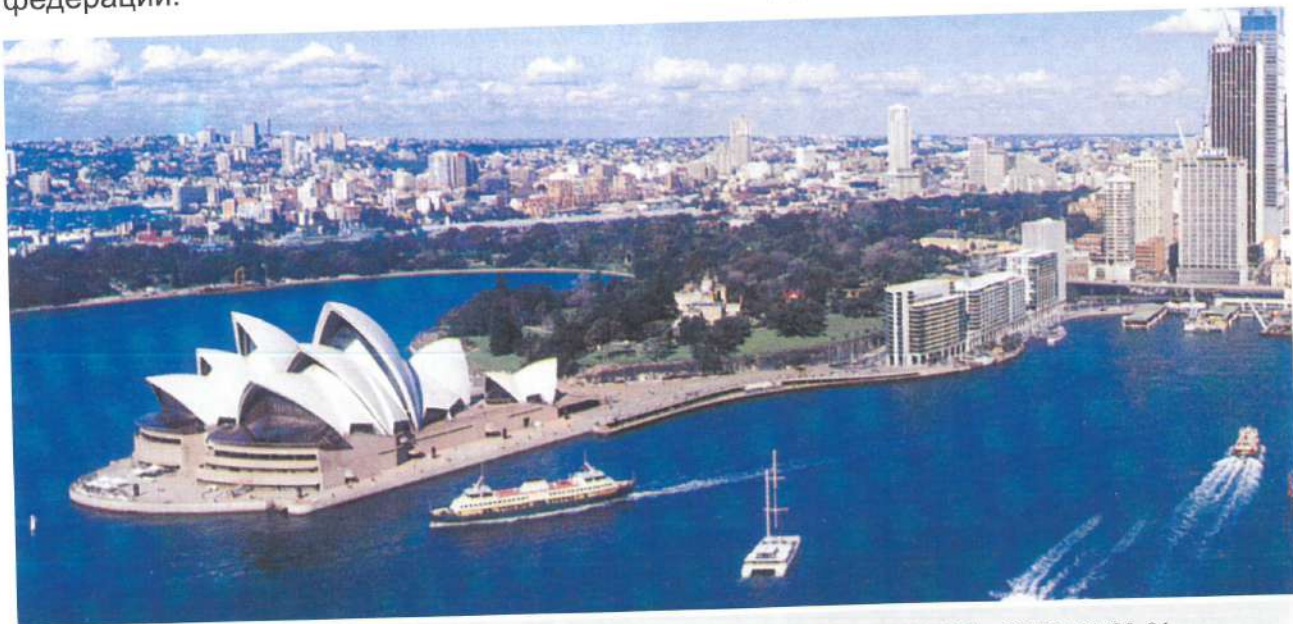
В соответствии с графиком проведения Конгрессов, администрация федерации планирует провести очередной, 91-й по счету, Конгресс в австралийском



идут переговоры

городе Сиднее в сентябре 2003 года на котором также будут представлены интересные научные и социальные программы. На выставке в Сиднее стоматологам будут показаны новинки, представленные на стоматологическом рынке за прошлый год.

Итак, до встречи в Сиднее.



Ünvan: Bakı şəhəri, 370033, Təbriz küçəsi, 102. tel:- 99412 41-20-81; faks 99412 41-20-81
 Адрес: г. Баку, 370033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 41-20-81; факс 99412 41-20-81
 Address: 102, Tebriz str: 370033 Baku Azerbaijan. tel: 99412 41-20-81; Fax: 99412 41-20-81

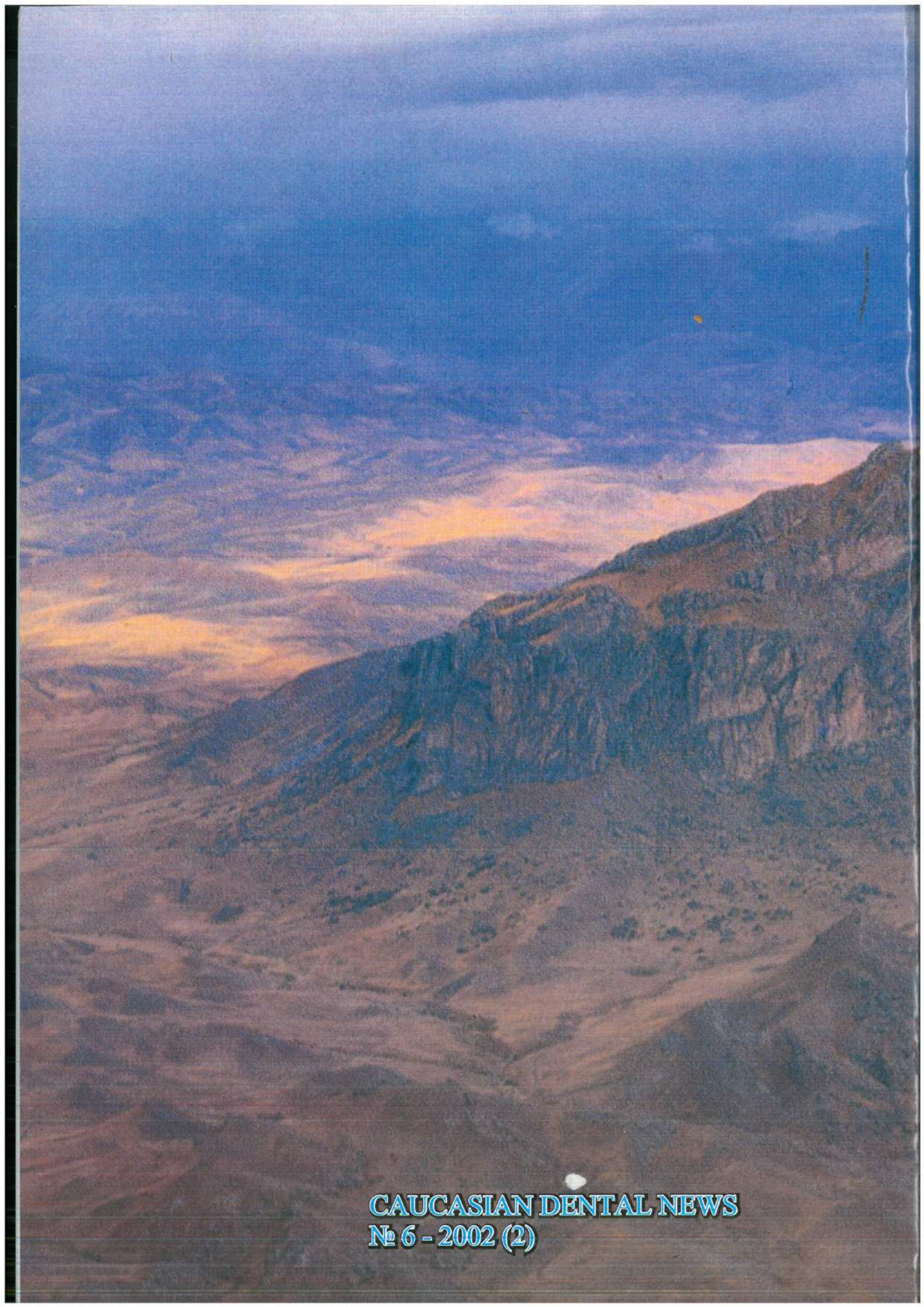
E-mail: asa@aznetmail.com

Мәcmуə nəşrə "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya kompüterində yığılıb və səhifələnilib.

Bakı şəhəri Təbriz küç. 102. Tel: 41- 20- 81

Sifariş №141. Tiraj 1000. "OSCAR" nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

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



CAUCASIAN DENTAL NEWS
№ 6 - 2002 (2)