



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№ 24 - 2017

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 24 2017

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyəti

Təsisçi və baş redaktor
Redaktor
Redaksiyanın müdiri
Məsul katib
Bədii tərtibatçı

R.Q. Əliyeva
Z.İ. Qarayev
S.Y. Əliyeva
Q.K. Zeynalova
V.K. Davidov

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

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

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

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

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

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

E-mail: azerbstom@yahoo.com

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

MÜNDƏRİCAT

✓	Flamenco and presidential handover highlights of this year's FDI opening	4
✓	FDI 105 Annual World Dental Congress Madrid, Spain 29 August - 1 September 2017	8
✓	Interview: with President FDI - Dr. Kathrin Kell "Make sure that our members have all the right tools to serve the public"	9
✓	Светооптическое и электронно-микроскопическое изучение элементов собственной пластинки слизистой оболочки свободной части десны в экссудативной фазе воспаления у больных с большой талассемией Гасымов Э.К., Шадлинская Р.В., Гусейнова Т.Г., Рзаев Ф.Г.	11
✓	Клиническая оценка мер по коррекции стоматологического статуса у курильщиков табака Сафаров Д.А., Мамедов Ф.Ю.	22
✓	20 Mart 2017 Dünya Ağız Sağlamığı Günü	30
✓	Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının cərrahi müalicəsində fraqmentlərin fiksasiyası üçün yeni qurğunun tətbiqi Mehtiyev O.H, Yusubov Y.Ə, Bilalzadə S.Y, Məmmədov C.C, Məmmədov T.Ə.....	32
✓	ERO Plenar sessiya POZNAN Sentyabr 2016 – CENEVRƏ Aprel 2017	41
✓	Клиническая оценка эффективности использования различных препаратов при лечении повышенной чувствительности зубов Ахмедбейли Первин Азад кызы	44
✓	Ağız boşluğunda onkoloji müdaxilədən sonra oral funksiyaların qiymətləndirilməsi Davudov M.M., Rəhimov Ç.R., Qaraceyi Ə., Həritçi İ.....	52
✓	XXI МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС БАКУ 1-2 ИЮЛЯ 2017 ГОДА	60

✓	Динамика провоспалительных цитокинов у пациентов с хронической стоматогенной инфекцией на фоне сочетанного воздействия традиционной терапии и пиобактериофага	64
4	А.Ч.Пашаев, К.Ч. Карагезова.	
✓	Микробиология полости рта при ношении съемных зубных протезов	70
8	Сафаров А.М., Акперли Л.Б.	
✓	Türkiyə Dışhəkimləri Birliyinin 23-cü Beynəlxalq Konqresi 21 - 24 sentyabr 2017. İstanbul	78
9		
✓	Значение диспансеризации и образовательной программы по гигиеническому уходу за полостью рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей	82
11	Г.К. Зейналова, Р.Г.Алиева, Иманов Э.А., Л.А. Мамедова.	
✓	“Uşaq terapeutik stomatologiyası” fənnindən dərslik	87
✓	ADI - ABГУСТ 2017г., МАДРИД	88
22		
✓	I tip şəkərli diabeti olan uşaqlarda parodont xəstəliklərinin müalicəsində ozonlaşdırılmış zeytun yağının tətbiqi	89
30	Əliyeva R.Q., Nağıyeva S.A.	
✓	Probiotiklərin stomatologiya sahəsində tətbiqi imkanları	96
32	Əhmədbəyli C.R.	
✓	“BİHE” 2017, 23-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə sərgisi	105
41		
✓	Сравнительная оценка преимуществ открытого и закрытого синус лифтинга	108
44	Байрамов Г.Р.	
✓	Buenos Aires, venue for next FDI World Dental Congress	116
52		
✓	Алимский Анатолий Васильевич	118
✓	Elxan Emin oğlu Kərimov	120
60		

FLAMENCO AND PRESIDENTIAL HANDOVER HIGHLIGHTS OF THIS YEAR'S FDI OPENING



The first highlight of this year's FDI World Dental Congress took place tonight at the impressive Palacio Municipal de Congresos de Madrid, when President-elect Dr Kathryn Kell took over the presidential chain of the FDI from outgoing President Dr Patrick Hescot during the congress's welcome ceremony. Kell, who is a dentist from Iowa in the US and a former trustee member of the American Dental Association, will lead the international dental body for the next two years.

In addition to FDI executives, the ceremony was joined by a number of high-profile Spanish health officials, including Dr Óscar Castro Reino, president of the Spanish dental association, Dr Manuel Molina Muñoz from the Madrid regional government's Ministry of Health and Dolors Montserrat from the Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality. A little bit of local colour was also added through an energising flamenco demonstration, which gave everyone in the room the opportunity to discover

their own inner Spaniard. In conclusion, the traditional flag unfurling signified the embracing of the diversity of cultures and nationalities that come together at the FDI congress.

This year marks the fourth time that the FDI's flagship event has been held in the Spanish capital after the congresses in 1903, 1922 and 1978. According to the Spanish dental association, it will be the most successful international congress in the southern European country ever, with over 12,000 participants expected to attend the extensive scientific programme and learn about the latest clinical techniques and products at the accompanying trade exhibition during the course of this week. Over 200 of the world's largest dental manufacturers and distributors have come to Madrid to showcase their latest offerings.

Additional education opportunities will be presented, among others, at a live symposium at the Dental Tribune Study Club booth (5A16-5A20 and 5B13-5B17) in Pavilion 5.

105 КОНГРЕСС ВСЕМИРНОЙ ФЕДЕРАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ

fdi 
World Dental Congress
MADRID 2017



Madrid, Spain
29 August – 1 September 2017

*Bringing the World together
to improve oral health*

Мадрид - столица и крупнейший город Испании представлял средоточие всей стоматологии мира в 2017 году. Именно здесь проходил 105 Всемирный Ежегодный Конгресс и Выставка Всемирной Федерации Стоматологов - 105 Annual World

Dental Congress.

Весь период подготовки и проведения Конгресса прошел под девизом «Bringing the world together to improve oral health» - «Вместе проведем мир к улучшению здоровья рта».



Идет заседание Генеральной Ассамблеи Всемирной Федерации Стоматологов



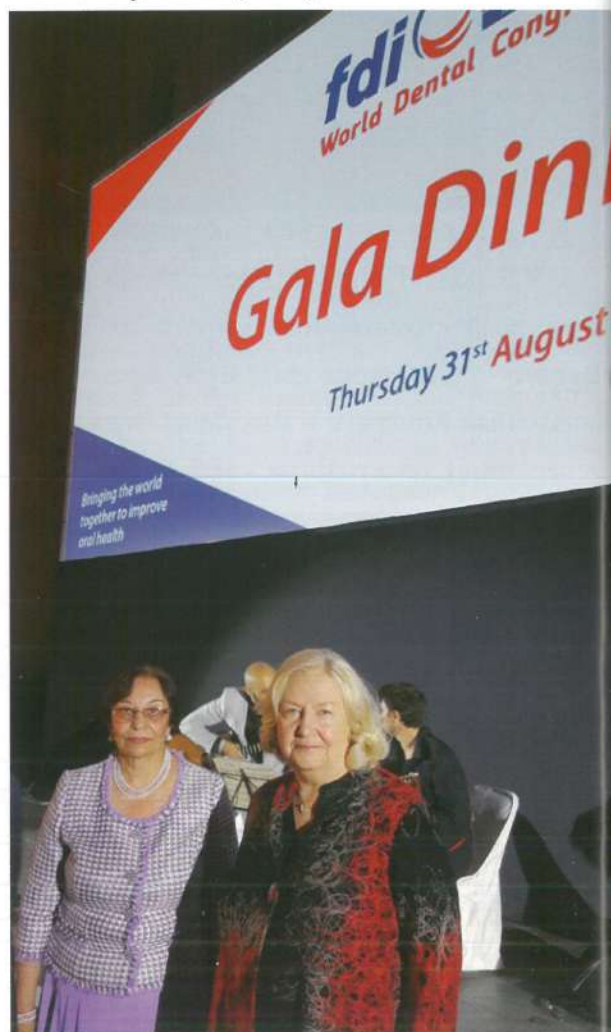
Руководители ассоциаций: Украины, Казахстана, Азербайджана и Грузии; проф. Павленко А.М., проф. Мазур И.П., доктор Есембаева С., проф. Алиева Р.К., проф. Маргвелашвили В.М.

Следует отметить, что испанская стоматология всегда являлась одной из старейших организаций, составляющих FDI. К примеру, Мадрид являлся местом проведения всемирных стоматологических конгрессов в 1903, 1922 и в 1978 годах. Знаменательно, что в Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация была принята в ряды регулярных членов Всемирной Федерации также в Испании - в Барселоне в 1998 году, одной из первых из независимых государств на постсоветском пространстве, следуя линии страны на всемерную интеграцию в международные структуры.

В течении четырех дней деятельности конгресса с 29 августа по 01 сентября 2017 года число участников конгресса составило свыше 8 000 тысяч. Выставка была организована на территории 5000 m². Представлены были 120 государств, опубликовано свыше 1000 научных публикаций, состоялось 123 конференции, действовали 6 залов с синхронным переводом, прошли 4 научных форума, количество докладчиков было свыше ста.

Открытие конгресса состоялось 29 августа. С приветственной речью выступил Dr. Oscar Castro Reino - President of Spanish

Dental Association, затем участников поздравил Dr. Patrick Hescot- President FDI, отметивший важную роль здоровья рта в здоровье человека и необходимость дальнейшего объединения усилий врачей, общества, государства и государственных структур и негосударственных объединениях в привлечении всеобщей активной деятельности для улучшения здоровья. Выступившая на открытии Министр здравоохранения Испании - госпожа Dolores Montserrat поблагодарила локальный организационный Комитет во главе с Spanish Dental Association и выразила уверенность в успешной работе Конгресса. Затем состоялась инаугурация нового Президента FDI - региона Dr. Kathryn Kell (USA).



Справа Президент FDI- Dr.Kathrin Kell (USA)

з поздра- Руководство Азербайджанской Стомато-
 ОI, отме- логической Ассоциации : Президент проф.
 в здоро- Алиева Р., Национальный секретарь- проф.
 нейшего Гараев З., член Совета Алиева С., Шахбазов
 ва, госу- К. и Самедова С. приняли участие на засе-
 ственных даниях Генеральной Ассамблеи, на заседа-
 ей более нии национальных секретарей - Membership
 ния здо- Liason and Support Commitee, на заседании
 Министр научного комитета-Sciense Commitee, на за-
 ка Dolors седании комитета -Education Commitee, на
 ный ор- заседании комитета по общественному здо-
 Spanish ровью- Public Health Commitee и других.

ренность На заседаниях Генеральной Ассамблеи
 м состо- были заслушаны отчеты всех комитетов,
 та FDI - региональных организаций, проведены вы-
 боры Президент - элект. Мы очень рады из-
 бранию нового President - elekt - Dr.Gerhard
 Seeberger (Italian Dental Association).

На Генеральной Ассамблеи состоялись выборы членов правления: Dr. Ashok Dhoble, Indian Dental Asoociation; Prof. Takashi Inoue, Japanese Dental Asoociation; u Dr. Edoardo Cavalle, Italian Dental Asoociation (ANDI); Dr. Maria Fernanda Atuesta Mondragon, Colombian Dental Asoociation; Prof. Young-Guk Park, Korean Dental Asoociation. Избраны так же новые члены правления, а также FDI Speaker Dr.Susie Sanderson, British Dental Association.

Безусловно, нашлось время и для социальной программы. Мадрид – влиятельный культурный центр, в котором расположено множество музеев международного масштаба, среди которых музей Прадо, центр искусств королевы Софии, музей Тиссена-Борнемисы и Форум Мадрид, находящиеся в сотне самых посещаемых музеев в мире.



Азербайджанская делегация на исторической площади Мадрида – Plaza-Mayor

Незабываемым было посещение городов Толедо и Кордоба - столица Кордобского Халифата- Средневекового мусульманского государства на территории современных Испании и Португалии, основанного потомком Омейядов - Абд ар Рахманом III. Кордоба была культурным центром Аль - Аидалуса и воплощением мавританской архитектуры. Период Халифата был отмечен достижениями в области науки, истории, географии, философии и языкознания. Библиотека Аль - Хакама II была одной из крупнейших в мире и насчитывала по меньшей мере 400 000 томов.

До свидания Испания, Спасибо Мадрид!

Следующий Конгресс FDI состоится в Аргентине Буэнос-Айрес с 5 по 8 сентября 2018 года.



Великолепная Месquita – прототип мечети Пророка в Медине

**Buenos Aires
Argentina**
5-8 September 2018

fdiC BUENOS AIRES 2018
World Dental Congress

A PASSION FOR MANY, A COMMITMENT FOR ALL

www.worlddentalcongress.org

In
ha

A

will beg
the FDI.
her here
persona
to be th
tion sho

Denta
you see
now and
ident of

Dr K
lenges r
part of c
definition
pects of
data to e
The nex
we have

Interview: “Make sure that our members have all the right tools to serve the public”



At the end of this year's FDI World Dental Congress, Dr Kathryn Kell will begin her term as the new President of the FDI. *Dental Tribune Online* sat down with her here in Madrid to talk about her role, her personal challenges and what she considers to be the main areas in which the organisation should engage over the next two years.

Dental Tribune Online: Dr Kell, where do you see the main challenges in dentistry right now and with regard to your position as President of the FDI?

Dr Kathryn Kell: One of our greatest challenges remains having oral health considered part of overall health. With our new oral health definition, we can show how it relates to all aspects of health. The next step of this is to collect data to establish the actual situation worldwide. The next phase is then utilising this data once we have collected it. What is the incidence of

periodontal disease in a country compared with another country? What is the prevalence of caries? Is sugar an issue? What countries have the capacity to fluoridate water and is that actually put into effect? There are many challenges ahead, including access to oral health care.

However, we are not investigating specifics only, but how these issues affect people's lives, such as poor oral health affecting one's job, love life or general well-being. Overall well-being is our focus, rather than narrowing down statistics like the extent of caries per mouth. We are seeking to put together certain determinants of oral health so that we have data that we can compare around the world.

What other areas should the FDI further engage in?

We are a membership organisation, and as president, I want to make sure that we serve this membership. Our overall strategy centres

around membership, advocacy and knowledge transfer, and our membership is involved in all the three.

Our members expect us to be good advocates for oral health on a national and international level through partnerships with other organisations. We want to be able to influence the agendas of ministries of health so that countries who need help can get it. Our ultimate goal with advocacy is to put oral health on the programmes of our member countries, as well as internationally.

Regarding knowledge transfer, the focus is how we can communicate information to our members to become better practitioners and to obtain the knowledge that they need on products, standards, procedures and the ways we can

serve our patients better. In general, we want to make sure that our members have all the right tools to serve the public.

Leading the FDI is a commendable and challenging job. What are your personal goals regarding your new position?

One of the challenges on a personal level will be the travel required. I have already received many requests to present in person what the FDI is offering. Our members feel it is important to have that personal connection, for someone from the FDI to address their members. They want direct communication. Over the next two years, I hope we will continue to develop further in this regard.

СВЕР

С
О
Э

1 К

2 Каф

3 Э

Ключ

мы, гемо

Б
ка

анемия

мия) ха

начиная

страдаю

если не

водит к

Следу

причина

цесса сл

ются де

[17, 25]

наличие

провожд

ческими

либо ге

ных с б

нием вс

гружен

СВЕТООПТИЧЕСКОЕ И ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СОБСТВЕННОЙ ПЛАСТИНКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СВОБОДНОЙ ЧАСТИ ДЕСНЫ В ЭКССУДАТИВНОЙ ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЬШОЙ ТАЛАССЕМИЕЙ

Гасымов Э.К.¹, Шадлинская Р.В.², Гусейнова Т.Г.², Рзаев Ф.Г.³

¹ Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии Азербайджанского Медицинского Университета;

² Кафедра стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета;

³ Электронно-микроскопическая лаборатория НИЦ Азербайджанского Медицинского Университета.

Ключевые слова: β -талассемия, свободная часть десны, молекулы ферритина, сидеросомы, гемосидерин, электронная микроскопия.

Большая талассемия (также известная как гомозиготный тип β -талассемии, анемия Кули или средиземноморская анемия) характеризуется острым течением – начиная с первых двух лет жизни больные страдают тяжелой формой анемии [11], и если не провести надлежащее лечение приводит к высокой смертности [1, 2, 8, 21].

Следует подчеркнуть, что основными причинами развития воспалительного процесса слизистой оболочки полости рта являются деформация зубочелюстного аппарата [17, 25] плохая гигиена полости рта [10, 24] и наличие инфекционного начала [4, 15, 23] сопровождающихся хроническими склеротическими изменениями у больных без каких-либо генетических отклонений [28]. У больных с большой талассемией наряду с наличием всех указанных факторов [6, 16, 22] загроможденности организма элементами железа,

существенную роль играет высвобождение иммуннокомпетентными клетками провоспалительных цитокинов, изменяющих уровень протеинов, регулирующих гомеостаз железа [12]. С другой стороны избыток железа (как металла с переменной валентностью) катализируя формирование высокореактивных форм кислорода, которые отщепляя электроны от многих соединений, превращают их в свободные радикалы, которые в конечном счете приводят к оксидативному стрессу и гибели клеток [13, 18, 29]. Не случайно, что у больных с большой талассемией очень редко наблюдаются случаи без патологии структур входящих в состав периодонта [7, 14, 17, 27].

Следует подчеркнуть, что первые светооптические [3] и электронно-микроскопические исследования [5] были приведены сотрудниками нашего университета. Авторами на светооптическом уровне при использо-

вании гистологических и гистохимических методов была дана подробная патогистологическая характеристика изменений структурных элементов эпителиального покрова и собственной пластинки десны у больных с β -талассемией. В электронно-микроскопических исследованиях отмечены нейтрофильно-макрофагальные инфильтрации в деструктивно измененных частях соединительнотканых элементов, разрыхления и многослойность базальной мембраны кровеносных сосудов. Как светооптические, так и электронно-микроскопические исследования проведены без учета фаз развития воспалительных процессов собственной пластинки десны у больных с большой талассемией.

Целью настоящего исследования является изучение характера и выраженности реорганизации клеточных и фибриллярных элементов десны при экссудативной фазе хронического катарально-склерозирующего гингивита (ХКСГ) у больных с большой талассемией на светооптическом и ультраструктурном уровнях.

Материал и методы исследования. Проведено электронно-микроскопическое исследование биоптатов десны (у 18-и пациентов) больных с хроническим гингивитом, полученных по строгим медицинским показаниям под проводниковой анестезией. Учитывая, что обострение хронического гингивита сопровождается нарастанием экссудативных реакций (5 из 18), это и было нами исследовано как на светооптическом, так и на электронно-микроскопическом уровне.

С этой целью после удаления зуба отсекали фрагмент слизистой оболочки оральной поверхности десны. Материал для электрон-

ной микроскопии фиксировался иммерсией в течение 15 минут смесью 2,5% раствора глutarальдегида, 2,5% раствора параформальдегида и 0,1% раствора пикриновой кислоты на фосфатном буфере ($\text{pH}=7,4$). Затем биоптаты на ночь помещали в свежую порцию фиксатора. Последующая постфиксация проводилась в 1% растворе четырехоксида осмия и в 1,5% растворе феррицианида калия на 0,1М фосфатном буфере ($\text{pH}=7,4$) в течение 2 часов. Дальнейшая обработка материала - обезвоживание и заливка в Аралдит и Эпон-812 проводилась по общепринятой методике [19]. Получение полу- и ультратонких срезов было произведено на ультрамикротоме Leica EM UC7. Полутонкие срезы (1-2 мкм) окрашивались с помощью трихромного окрашивания (метиленовым синим, азур II и фуксином) по F. D'Amico (2005) и изучались под световым микроскопом Latimet (Leica) [9]. Изображения были сфотографированы цифровой фотокамерой Nikon (Япон). Ультратонкие срезы (35-70 нм) окрашивались 2% насыщенным водным раствором уранилацетата, затем 0,4% раствором чистого цитрата свинца ("Serva") на 0,1М растворе NaOH. Просмотр и фотографирование окрашенных и неокрашенных ультратонких срезов производилось на электронном микроскопе JEM-1400 (Japan) при ускоряющем напряжении 80-120 кв.

Полученные данные и их обсуждение.

Для сравнительной характеристики изменений, происходящих в стадии обострения ХКСГ существенной на наш взгляд является демонстрация состояния эпителиального покрова и собственной пластинки десны в стадии ремиссии указанной патологии. Как вид-

но и
у бо
тиче
числ
ных
расп
слож
вом
ной
В
боли
плот
волс
как

Рис.
эле
срез

персией, но из рис 1А и 1Б в стадии ремиссии ХКСГ у больных с большой талассемией склеротические изменения характеризуются наличием плотно упакованных, разнонаправленных пучков коллагеновых волокон, которые располагаются не только в составе сетчатого слоя (показаны звездочками), но и в сосочковом слое (показаны снежинками) собственной пластинки десны.

В экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией, где вместо плотно расположенных пучков коллагеновых волокон (на рис.1 показаны звездочками) как на светооптическом (рис. 2А), так и на

ультраструктурном уровнях (рис. 2Б и 2В) обнаруживаются мелкие их кусочки, разбросанные по всему полю зрения микроскопа (показаны стрелками). Заполнение осадками составных частей плазмы крови интерстициального пространства, расположенного между указанными пучками коллагеновых волокон (на рис. 2Б и 2В показаны цветочками), указывает на тотальный характер увеличения проницаемости кровеносных сосудов десны в экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией.

Полученные данные показывают, что если в стадии ремиссии ХКСГ микрососуды окру-

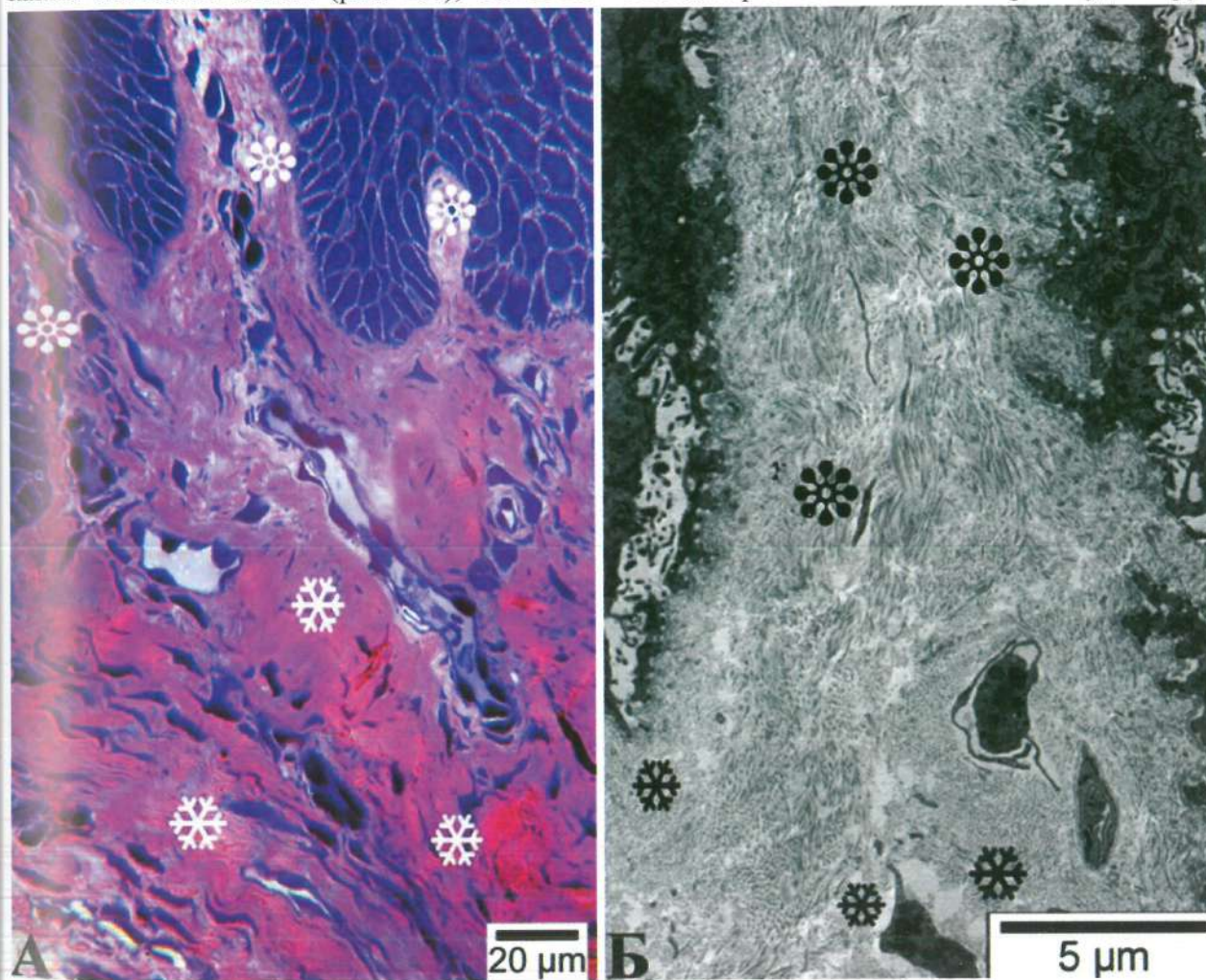


Рис. 1. Светооптические (А) и электронно-микроскопические (Б) особенности строения соединительнотканых элементов в стадии ремиссии ХКСГ у больных с большой талассемией. Объяснение дано в тексте. Полутонкий срез, полихромное окрашивание (метиленовым синим, азур II-фуксином) по F. D'Amico.

жаются плотноупакованными коллагеновыми волокнами (рис. 3А), то в экссудативной фазе вокруг соответствующих микрососудов обнаруживаются пространства (иногда по занимаемой площади больше, чем сами сосуды), где располагается отечная жидкость с мелкогранулярными или хлопьевидными осадками плазмы крови (на рис. 3Б, 3Д и 3Е отмечены цветочками).

Источником поступления отечной жид-

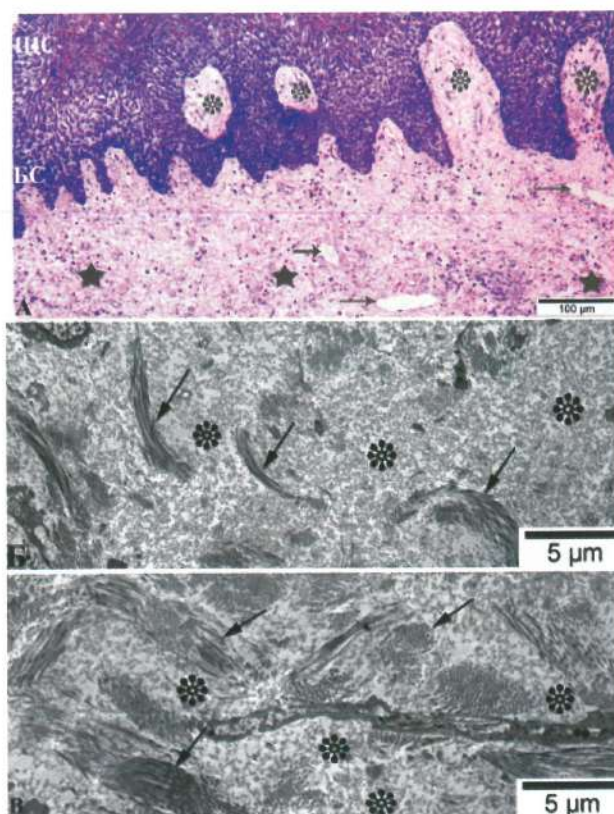


Рис. 2. Светооптические (А) и ультраструктурные особенности (Б и В) строения соединительнотканых элементов десны в экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией. Объяснение дано в тексте. А – полутонкий срез, полихромное окрашивание (метиленовым синим, азури II-фуксином) по F. D'Amico, Б и В – ультратонкие срезы, электронограммы, окрашивание 2%-ным уранилацетатом и 0,6%-ным чистым цитратом свинца. Обозначения: БС – базальный слой; ШС – шиповатый слой.

кости являются все типы микрососудов (прекапиллярные артериолы, в особенности капилляры и посткапиллярные вены), расположенные как в сосочковых, так и сетчатых частях собственной пластинки слизистой оболочки десны. Характерной особенностью эндотелиальных клеток названных микрососудов является нахождение их в сокращенном состоянии, признаком которого является расположение деформированных ядер, выступающих в просвет микрососудов, в центральных частях эндотелиоцитов (рис. 3Б). Интересно, что утолщения обнаруживаются и в отдельных участках периферической части эндотелиоцитов, где в основном располагаются скопления митохондрий, отдельных сидеросом (лизосомы, содержащие молекулы ферритина) и цистерны эндоплазматического ретикулума. В остальных участках периферических частей эндотелиоцитов обнаруживаются резко утонченные части, толщина которых колеблется от 40 до 200 нм. Самые утонченные периферические части эндотелиоцитов обычно располагаются вблизи ядросодержащих (рис. 3Г) и межклеточных контактов (рис. 3Д), где обнаруживаются многочисленные фенестры с или без диафрагмы (в рис. 3Г и рис. 3Е показаны стрелками). В описанных участках при помощи двух (в рис. 3Г показаны кончиком стрелки), или даже одной пиноцитозных везикул (в рис. 3Е показаны кончиком стрелки) формируются трансэндотелиальные каналы. Ультраструктурными признаками в местах выхода отечной жидкости является нарушение двухслойного строения базальных мембран (рис. 3Б-3Е) дупликация и фрагментация их плотной пластинки (рис. 3В и 3Д).

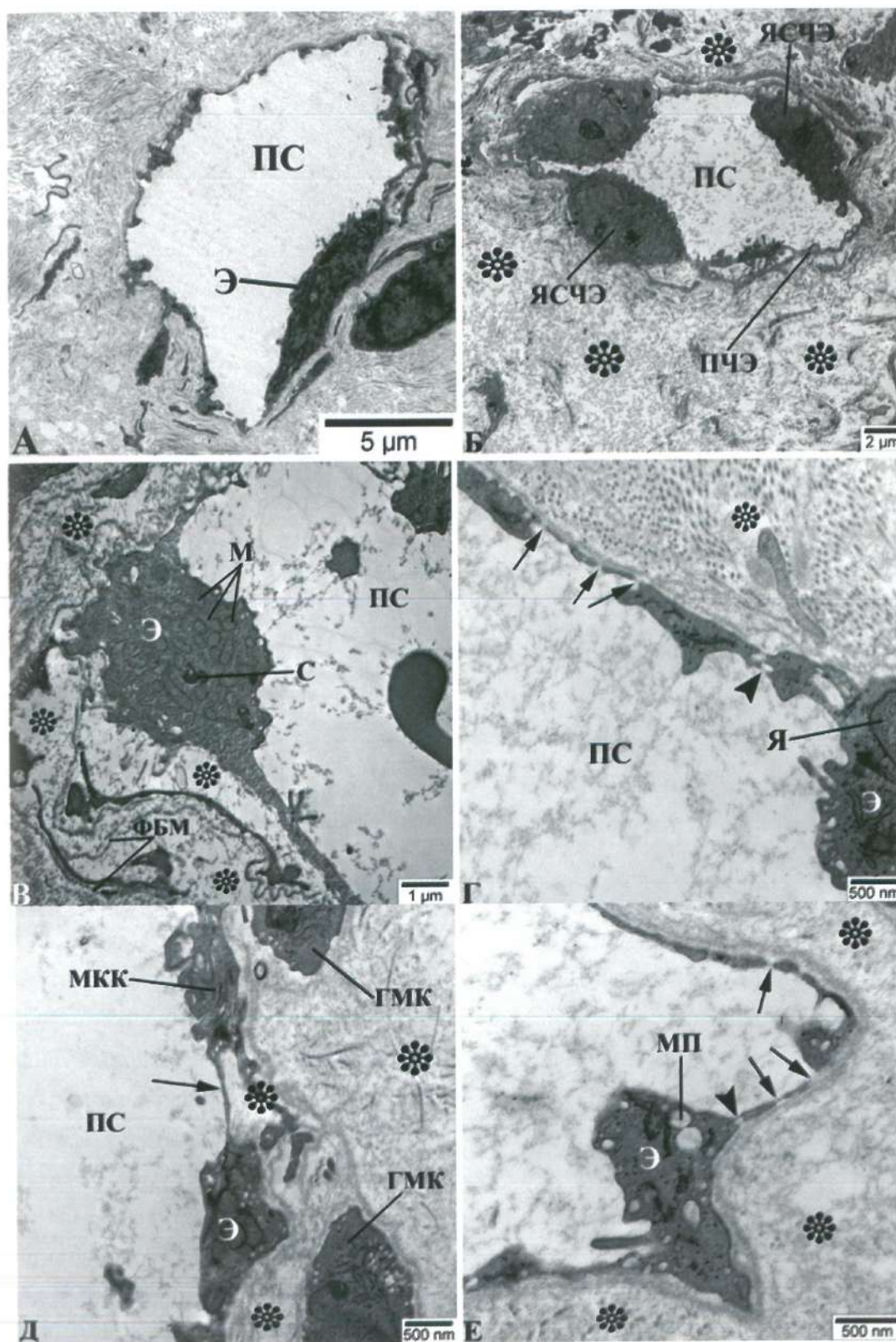


Рис. 3. Ультраструктурные особенности сосудистых элементов десны участвующих в формировании отека жидкости при экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией. Объяснение дано в тексте. А-Е ультратонкие срезы, электронограммы, окрашивание 2%-ным уранилацетатом и 0,6%-ным чистым цитратом свинца. Обозначения: Э – эндотелиоцит; ПС – просвет сосуда.

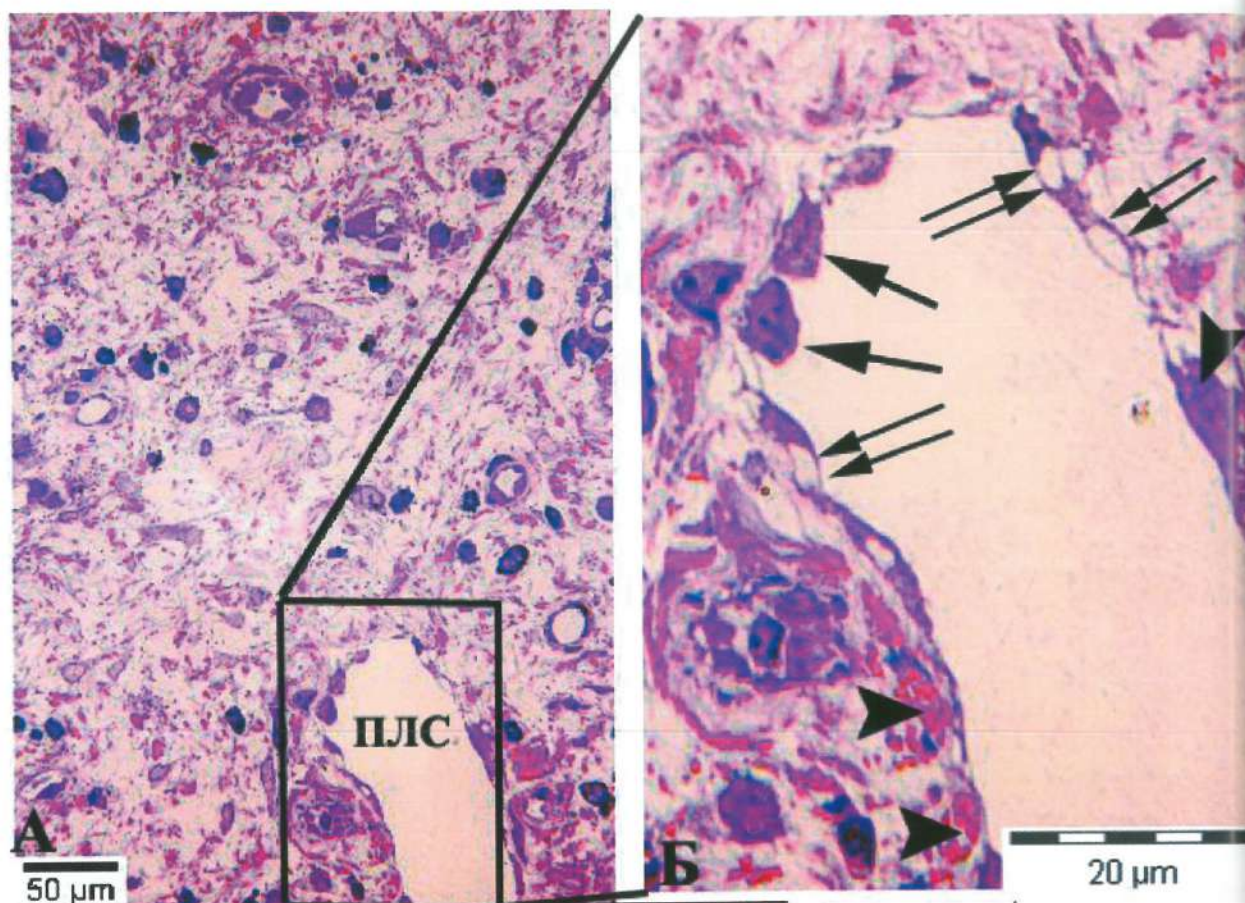


Рис. 4. Особенности строения лимфатических микрососудов десны в стадии экссудативной фазы обострения ХКСГ у больных с большой талассемией. Объяснение дано в тексте. А и Б – полутонкие срезы, полихромное окрашивание (метиленовым синим, азур II-фуксином) по F. D'Amico. Б является фрагментом А. Обозначения: ПЛС – просвет лимфатического сосуда

Таким образом, в основе высокой проницаемости микрососудов собственной пластинки десны при экссудативной фазе ХКСГ у больных большой талассемией лежит наличие там самих утонченных частей, а также присутствие фенестр и трансэндотелиальных каналов.

В экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией в составе собственной пластинки слизистой оболочки десны наряду кровеносными, наблюдается увеличение количества и лимфатических микрососудов с расширенным просветом (рис. 2А показаны стрелками и 4А). В периэндотелиальном пространстве лимфатических

капилляров имеются скопления коллагеновых волокон в виде мелких пучков (на рис. 5В показаны кончиками стрелок). Являясь местом прикрепления якорных филаментов (берущих начало от прерывистой базальной мембраны эндотелиоцитов лимфатиков), они способствуют раскрытию просвета лимфатических капилляров при отеках.

В различных частях эндотелиоцитов, являющихся единственным клеточным элементом в стенке продемонстрированных лимфатиков, обращает на себя внимание наличие многочисленных макропиносом (на рис. 4Б обозначены парными стрелками). Последние свидетельствуют о том, что транспорт

отечной жидкости в направлении просвета лимфатических капилляров наряду с расширенными межэндотелиальными щелями осуществляются еще и трансэндотелиально - с помощью макропиноцитоза. Кроме этого выбухание в сторону просвета лимфатиков ядросодержащих частей эндотелиоцитов (на рис. 4Б показано стрелками) соответствует их сокращенному состоянию, что приводит к появлению вышеназванных межэндотелиальных щелей в стенке лимфатиков [20].

В экссудативной фазе обострения ХКСГ наблюдается увеличение как общего количества и так состава клеточных элементов собственной пластинки слизистой оболочки десны. Обычно, клеточные элементы равномерно распределяются по всей поверхности полутонких срезов, только в отдельных участках обнаруживается их плотное расположение (на рис.2А показано звездочкой). Независимо от плотности расположения в составе клеточных типов существенных различий не обнаруживаются. Следует подчеркнуть, что в стадии ремиссии ХКСГ у больных с большой талассемией в собственной пластинке слизистой оболочки десны, как обычной неоформленной плотной соединительной ткани, преобладающей клеточной формой являются фиброциты. В экссудативной фазе обострения ХКСГ из клеток фиброцитарного ряда в основном встречаются фибробласты, характеризующиеся расширенными цистернами гранулярной эндоплазматической сети (рис. 5). В фибробластах, продемонстрированных на рис. 5А и рис. 5В, цистерны гранулярных эндоплазматических сетей содержат мелкогранулярные секреторные продукты и вокруг их мембраны име-

ются многочисленные прикрепленные рибосомы, которые, в совокупности, указывают на высокую функциональную активность данных фибробластов. При этом на продемонстрированном фрагменте фибробласта на рис. 5В разрыв мембранных структур (показаны стрелкой) цистерн гранулярной эндоплазматической сети, а так же отсутствие в большинстве из них прикрепленных рибосом указывает на снижение или же остановку их секреторной активности.

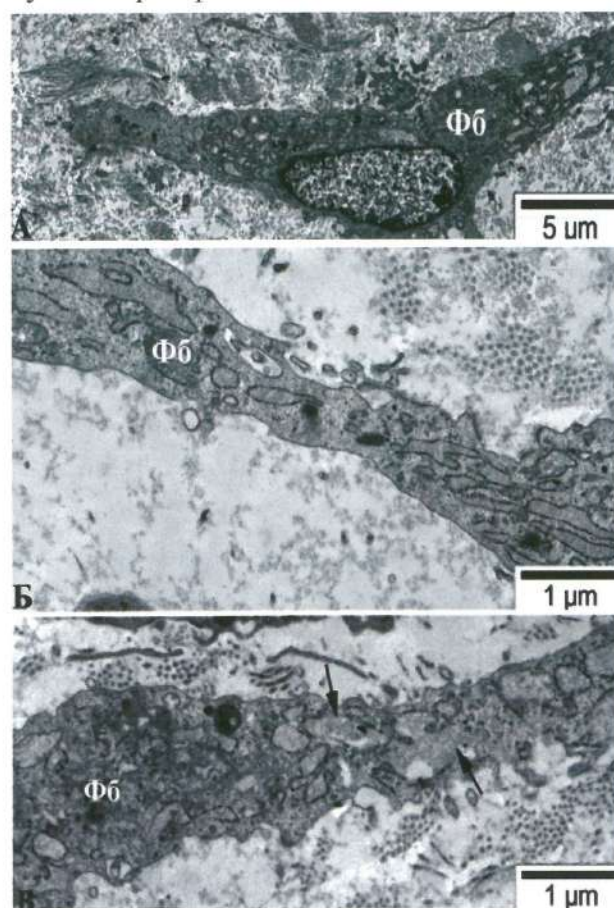


Рис. 5. Ультраструктурные параметры фибробластов с различной функциональной активностью в собственной пластинке слизистой оболочки десны при экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией. Объяснение дано в тексте. А-В - ультратонкие срезы, электронограммы, окрашивание 2%-ным уранилацетатом и 0,6%-ным чистым цитратом свинца. Обозначения: Фб - фибробласты.

В обсуждаемой фазе ХКСГ среди клеточных элементов фиброцитарного ряда [26] в составе свободной части десны самыми распространенными являются макрофаги продемонстрированные на рис. 6. Большинство из них располагаются в около или межсосудистом пространстве (рис. 6А), в месте единственного пути поступления ферритина, как сосочкового, так и сетчатого слоя собственной пластинки слизистой оболочки десны. Наряду с наличием различного диаметра сидеросом (лизосомы, содержащие в своем матриксе железо) обнаружения в цитоплазме продемонстрированных макрофагов крупных скоплений гемосидерина (рис. 6А-6Г) показывают, что описанные клетки представляют собой сформировавшиеся сидерофаги. Как видно из рис. 6Г отдельные сидеросомы сливаясь друг с другом формируют гемосидерин, окруженный общей мембраной.

Еще одной характерной особенностью десны при экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией является обнаружение многочисленных тучных клеток, расположенных как в интерстициальном пространстве собственной пластинки, так и в между клеточными элементами эпителиального покрытия.

Анализируя полученные данные, на первый взгляд можно заключить, что обнаруженные трансформации структурных элементов десны в экссудативной фазе обострения ХКСГ являются первичным острым воспалительным процессом, который за счет выделения вазоактивных веществ, выделяемых тучными клетками и макрофагами, является ответом на патогенные факторы и сопровождается резким увеличением про-

ницаемости сосудов. Однако, накопление достаточного количества гемосидерина в цитоплазме макрофагов в независимости от их места расположения и резкое нарушение кератинизации свидетельствует о наличии хронического процесса, но только в стадии обострения.

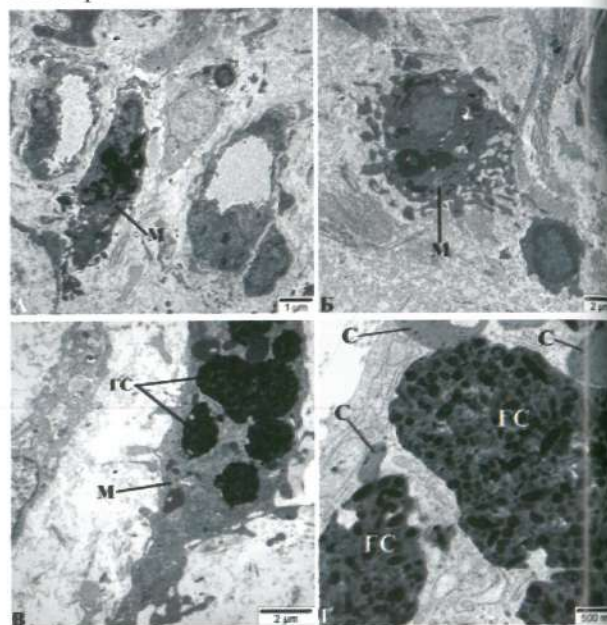


Рис. 6. Ультраструктурные параметры макрофагов (сидерофагов) собственной пластинки слизистой оболочки (А, Б, В) и эпителиального покрытия (Г) десны при экссудативной фазе обострения ХКСГ у больных с большой талассемией. Объяснение дано в тексте. А-Е - ультратонкие срезы, электронограммы, окрашивание 2%-ным уранилацетатом и 0,6%-ным чистым цитратом свинца. Обозначения: М – макрофаг; ГС – гемосидерин; С – сидеросом.

Расположенные во всех частях десны тучные клетки, в совокупности с другими клеточными элементами, особенно макрофагами, необходимо оценивать как источник выделения вазоактивных веществ, что приводит к резкому увеличению проницаемости сосудов. В результате количество отечной жидкости достигает такого объема, что плотная неоформленная соединительная ткань

собственной пластинки слизистой оболочки десны превращается в рыхлую форму соединительной ткани.

Имеющийся у нас фактический материал свидетельствует о том, что не только в экссудативной стадии обострения хронического гингивита у больных с большой талассемией очень редко обнаруживается наличие плазматических клеток, которые представляют собой одну из основных эффекторных популяций клеток приобретенного иммунитета. Эти факты могут быть оценены как нарушение механизмов приобретенного иммунитета у больных с большой талассемией. На самом деле в экссудативной фазе обострения ХКСГ в составе структурных элементов десны основными клеточными элементами являются нейтрофилы, макрофаги и активиро-

ванные фибробласты. Взаимодействие названных клеток имеют принципиальное значение в развитии острого воспаления, носят неспецифический и стереотипный характер и тем самым осуществляют процессы характерные для врожденного (неадаптивного) иммунитета.

В заключении следует подчеркнуть, что наряду с исследованием биопсийного материала с помощью современных методов, выявление молекулярных механизмов, лежащих в основе взаимоотношений между клеточными элементами, участвующими в ответе врожденного иммунитета, могут быть использованы в диагностике и разработке новых принципов лечения воспалительных процессов у больных с большой талассемией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abdullayev H.M., Əfəndiyev Z.İ., Qədimova E.Ə., Məmmədova P.H. Talassemik sindromlu xəstələrin klinik-hematoloji xüsusiyyətləri və müalicəsi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 1991, №1, s.11-14.
2. Quliyev Ə.A. Beta-talassemiya – problemə müasir baxış // Sağlamlıq, 2011, № 1, s.13-18.
3. Гусейнова Т.Г., Мамедбекова Л.Г., Гасанов И.Э., Мусаев С.К. Клинико-морфологические изменения слизистой оболочки полости рта при талассемии // Азербайджанский Медицинский журнал. Баку, 1990, №6, с.79-81.
4. Ипполитов Е.В., Диденко Л.В., Царёв В.Н. Особенности морфологии биопленки пародонта при воспалительных заболеваниях десен (хронический катаральный гингивит, хронический пародонтит, кандидо-ассоциированный пародонтит) по данным электронной микроскопии // Клиническая лабораторная диагностика. 2015, Т. 60, № 12, с. 59–64.
5. Мусаев С.К. Клинико – морфологическая характеристика поражения синовиальной оболочки при β – талассемии // Ревматология, 1991, №3, с. 11-17.
6. Шадлинская Р.В. Проявления бета талассемии в черепно-лицевой области // Інновації в стоматології. 2014, № 3, с. 134-136.
7. Akcalı A, Kahraman S, Gümüş P, Buduneli N. et al. The Association Between Thalassemia Major and Periodontal Health // J Periodontol. 2015 Sep;86(9):1047-57
8. Cunningham M, Macklin E, Neufeld E, Cohen A. Complications of b-thalassemia major in North America // Blood 2004; 104:34-9.
9. D'Amico F. A polychromatic staining method for epoxy embedded tissue: a new combination of methylene blue and basic fuchsin for light microscopy // Biotech Histochem 2005; 80(5-6):207-10.
10. Deinzer R, Jahns S, Harnacke D. Establishment of a new marginal plaque index with high sensitivity for changes in oral hygiene // J Periodontol. 2014 Dec;85(12):1730-8.
11. Galanello R, Origa R. Beta-thalassemia // Orphanet J Rare Dis. 2010 May 21;5:11. doi: 10.1186/1750-1172-5-11.

12. Ganz T, Nemeth E. Iron homeostasis in host defence and inflammation // *Nat Rev Immunol*. 2015 Aug;15(8):500-10.
13. Gozzelino R, Arosio P. Iron Homeostasis in Health and Disease // *Int J Mol Sci*. 2016 Jan 20;17(1). pii: E130. doi: 10.3390/ijms17010130.
14. Gümüş P, Kahraman-Çeneli S, Akcalı A, Sorsa T, et al. Association of thalassemia major and gingival inflammation: A pilot study // *Arch Oral Biol*. 2016 Apr;64:80-4.
15. Hajishengallis G. Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation // *Nat Rev Immunol*. 2015 January ; 15(1): 30-44.
16. Hattab F, Yassin O. Dental arch dimensions in subjects with beta-thalassemia major // *J Contemp Dent Pract*. 2011 Nov 1;12(6):429-33.
17. Hattab FN. Periodontal condition and orofacial changes in patients with thalassemia major: a clinical and radiographic overview // *J Clin Pediatr Dent*. 2012 Spring;36(3):301-7.
18. Kumar J, Teoh S, Das S, Mahakknaukrah P, Oxidative Stress in Oral Diseases: Understanding Its Relation with Other Systemic Diseases // *Front Physiol*. 2017 Sep 14;8:693. doi: 10.3389/fphys.2017.00693.
19. Kuo J. Electron microscopy: methods and protocols. Totowa: Humana Press, 2007, 625 p.
20. Kuprianov V, Banin V, Korol A. Structure and function of lymphatic postcapillaries (coordinating mechanism of the processes of interstitial transport and lymphatic resorption // *Arkh Anat Gistol Embriol*. 1989 Jun; 96(6):31-49.
21. Marsella M, Borgna-Pignatti C. Transfusional iron overload and iron chelation therapy in thalassemia major and sickle cell disease // *Hematol Oncol Clin North Am*. 2014 Aug;28(4):703-27.
22. Othman DA, Surchi O, Omer OA. Gingival health status among patients with transfusion dependent thalassemia (TDT) in Erbil city. // *Zanco J. Med. Sci.*, 2013, Vol. 17, No. (2), p.450-455.
23. Page R, Schroeder H. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work // *kLab Invest*. 1976 Mar;34(3):235-49.
24. Petersen P, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach // *J Periodontol*. 2005 Dec;76(12):2187-93.
25. Pirte A, Vaida L, Venter A, Slăvescu D. et al. Ultrastructural modifications at the level of marginal periodontium in the case of incorrect dental reconstruction // *Rom J Morphol Embryol*. 2009;50(4):683-7.
26. Reilkoff RA, Bucala R, Herzog EL. Fibrocytes: emerging effector cells in chronic inflammation // *Nat Rev Immunol*. 2011 Jun;11(6):427-35.
27. Wang S, Lin K, Chern J, Lu M. Severe bacterial infection in transfusion-dependent patients with thalassemia major // *Clin Infect Dis*. 2003 Oct 1;37(7):984-8.
28. Wellapuli N, Ekanayake L. Prevalence, severity and extent of chronic periodontitis among Sri Lankan adults // *Community Dent Health*. 2017 Sep;34(3):152-156.
29. Zhang C. Essential functions of iron-requiring proteins in DNA replication, repair and cell cycle control // *Protein Cell*. 2014 Oct;5(10):750-60.

XÜLASƏ

BÖYÜK TALASSEMİYALI XƏSTƏLƏRDƏ İLTIHABİ PROSESİN EKSUDATİV FAZASINDA SƏRBƏST DİŞ ƏTİNİN SELİKLİ QIŞASININ XÜSUSİ SƏFHƏ ELEMENTLƏRİNDƏ BAŞ VERƏN DƏYİŞİKLİKLƏRİN İŞIQ VƏ ELEKTRON MİKROSKOPİK TƏDQIQI

Qasimov E.K.¹, Şadlinskaya R.V.², Hüseynova T.H.², Rzayev F.H.³

¹Azərbaycan Tibb Universitetinin histologiya, embriologiya və sitologiya kafedrası;

²Azərbaycan Tibb Universitetinin stomatologiya kafedrası;

³Azərbaycan Tibb Universitetinin ETM-nin Elektron Mikroskopiya laboratoriyası

Açar sözlər: böyük talassemiya, diş ətinin sərbəst hissəsi, endotel hüceyrələri, kollagen lifləri, siderosomlar, hemosiderin, elektron mikroskopu

Böyük talassemiya xəstələrdə sərbəst diş ətindən götürülmüş biopsatlardan hazırlanan Araldit-Epon bloklarından ultratomda kəsilmiş yarım- və ultranazik kəsiklər rəngləndikdən sonra müvafiq olaraq işıq və elektron mikroskoplarında tədqiq olumuşdur. Müəyyən edilmişdir ki, xroniki kataral-sklerotik qinqivitin eksudativ fazasında damarların endotel hüceyrələrinin periferik hissələrində mikro- və makropinositozun sürətlənməsi, diafraqmasız, diafraqmalı pəncərələrin və transendotelial kanalların formalaşması nəticəsində interstisial sahəyə daxil olan ödem mayesinin təsirindən diş ətinin xüsusi səfəsinin torlu qatı da boş birləşdirici toxumaya çevrilir. Monositar mənşəli hüceyrələrin sayca artmalarına və aktiv vəziyyətdə olmalarına baxmayaraq, plazmatik hüceyrənin demək olar ki, aşkar edilməməsinə böyük talassemiya xəstələrdə qazanılmış (adaptiv) immun cavabın kəskin pozulduğunun göstəricisi kimi hesab etmək olar.

SUMMARY

LIGHT AND ELECTRON MICROSCOPIC STUDIES OF CHANGES TAKING PLACE IN GINGIVAL LAMINA PROPRIA ELEMENTS DURING THE EKSSUDATIVE PHASE OF INFLAMMATORY PROCESS IN PATIENTS WITH MAJOR TALASSEMIA

Gasimov E.K.¹, Shadlinskaya R.V.², Huseynova T.H.², Rzayev F.H.³

¹Department of Histology, Embryology and Cytology of Azerbaijan Medical University, Baku

²Department of Dentistry of Azerbaijan Medical University, Baku

³Electron Mikroskopy Laboratory of Azerbaijan Medical University

Key words: major thalassemia, free part of gingiva, endothelial cells, collagen fibers, siderosomes, hemosiderine, electron microscope

The semi - and ultrathin sections of Araldit-Epon blocks which were prepared from the biopsy materials of free gingiva taken from patients with major thalassemia were investigated by light and electron microscopy respectively. It has been found that during the exudative phase of chronic catarrhal-sclerotic gingivitis as the result of intensification of the micro- and macropinositosis, formation of fenestrae containing diaphragms and without them, as well as the formation of transendothelial channels in the peripheral parts of the endothelial cells of vascular wall the edematous fluid into the interstitial space. In consequence the reticular layer of gingival lamina propria also becomes the loose connective tissue. In spite of increase in the number of monocytic lineage cells and their activation, the plasma cells were almost non-detectable inside of gingival lamina propria, the feature that can be evaluated as an indication of the abnormal adaptive immune response in major thalassemia patients.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕР ПО КОРРЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У КУРИЛЬЩИКОВ ТАБАКА

Сафаров Д.А., Мамедов Ф.Ю.

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра терапевтической стоматологии АМУ, Баку.

Ключевые слова: Ключевые слова: курение, студенты, гигиена, профилактика.

Факторами риска снижения защитно-приспособительных механизмов в органах и тканях полости рта, обусловленного некоторыми структурно-функциональными особенностями эпителия, кровоснабжения, вязкостью ротовой жидкости, буферной емкости слюны, могут служить заболевания пищеварительной системы, сахарный диабет, заболевания крови, которые приводят к снижению резистентности организма в целом и тканей полости рта, в частности. Согласно результатам многочисленных научных исследований, к местным патогенетическим причинам возникновения и развития основных стоматологических заболеваний в последние годы, кроме низкого уровня гигиены полости рта, аномалий зубочелюстной системы, наличия ортопедических конструкций относятся также и вредные привычки, в том числе и табакокурение, которое, как экзогенный этиологический фактор риска, вне зависимости от возрастнополовых и социальных показателей, способствует развитию тяжелых форм пародонтитов и нередкоотягощает их течение (3,8). Особенно негативно табачная зависимость



сказывается на здоровье лиц молодого возраста. Курение для них гораздо опаснее в отношении степени разрушительных последствий (1,2,4,5). Курение или табачная зависимость, которые выражено негативно

но влияют как на организм в целом, так и на состояние полости рта даже лиц сравнительно молодого возраста, среди которых по данной патологии наблюдается очень высокий уровень распространенности, по Международной классификации болезней (МКБ-10) отнесена к категории «Умственные и поведенческие расстройства, обусловленные использованием психоактивных соединений» (6,7,9).

Цель исследования: Повышение эффективности профессиональной гигиены полости рта у курильщиков табака.

Материалы и методы исследования. Оценка степени влияния табакокурения на гигиеническое состояние полости рта и тканей пародонта, а также эффективности лечебно-профилактических мероприятий осуществлялось на основании клинических исследований, проведенных среди студентов 2-5 курсов в возрасте 18-22 года на базе Сто-

матологической Клиники АМУ.

На первом этапе исследований были обследованы 180 курящих и 200 некурящих студента, среди которых проводилось анонимное анкетирование для изучения частоты встречаемости табакокурения и степени воздействия на мягкие и твердые ткани полости рта. При этом выявлялись с какого возраста обследуемые начали курить и сколько сигарет выкуривают в день, причины начала курения, попытки прекращения курения, о знаниях в области отрицательном влиянии курения общее состояние организма, на работоспособность, успеваемость, на качество их жизни.

Для достижения поставленной цели были сформированы три клинические группы: 1 группа – удаление налета с использованием пьезоэлектрического ультразвукового аппарата Vector; 2 группа – удаление налета с использованием воздушно-абразивного аппарата Эр-Фло С2; 3 группа – удаление налета с использованием ручных инструментов – кюрет Грейси стандартной жесткости, а также щеточек, резиновых фасонных головок, полировочной пасты, а также использование зубной пасты «Parodontax». Помимо базовой терапии студентам первых двух групп были рекомендованы традиционные антисептики и индивидуальные гигиенические средства.

Клиническое обследование включало анкетирование обследуемых студентов с последующим определением клинических гигиенических и пародонтальных индексов – Силнесс – Лоз (Silness, Löe, 1962) для определения количества налета в придесневой области, Индекс Мюллемана (Mühlemann, 1971) в модификации Коуэлл (Cowell I., 1975) – для

оценки кровоточивости десны, индекс РМА (Shourl., Massler M., 1947) в модификации Parma 1960. Повторное клиническое обследование и индексирование проводили до, а также в ближайшие и отдаленные сроки после курса базовой терапии – 10 дней, 1, 2 и 6 месяцев.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов вариационной статистики. Методы описательной статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего значения (m) для признаков, имеющих непрерывное распределение и частоты встречаемости признаков с дискретными значениями. Для оценки межгрупповых различий значений признаков, имеющих непрерывное распределение, применяли t -критерий Стьюдента и непараметрический U -критерий Уилкоксона-Манна-Уитни. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p < 0,05$. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Microsoft Excel, Statistica for Windows v. 7.0).

Результаты собственных исследований.

Очень важной этиопатогенетической причиной высокого уровня распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний тканей пародонта является так называемый налет курильщика, который формируется по причине негативного влияния раздражающих химических веществ в составе табака (никотин, деготь, аммиачные и феноловые соединения) на эмалевую поверхность и их взаимодействии с уже имеющимися мягкими

зубными отложениями, что всегда сопровождается эстетическим нарушением, инициируемых непосредственным воздействием табачного дыма. В ходе проведенных нами клинических исследований среди студентов была выявлена прямая корреляционная зависимость состояния зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта от табакокурения.

При сравнительной оценке полученных данных у курящих студентов чаще, чем у их оппонентов в контрольной группе диагностировались мягкие и твердые зубные отложения, а также патологические пародонтальные карманы, то есть на лицо был высокий уровень частоты встречаемости явно выраженных признаков развития воспалительного процесса в мягких околозубных тканях (табл. 1). В этой же группе обследуемых студентов, курителей табака, чаще наблюдался сравнительно низкий уровень гигиенического состояния полости рта, о чем свидетельст-

вуют значения гигиенического индекса, которые были достоверно выше по сравнению с контрольной группой некурящих студентов.

Структурные составляющие исследуемого гигиенического индекса свидетельствовали о высокой интенсивности формирования и значительном количестве твердого зубного налета в основной группе. Уровень гигиены полости рта курящих студентов можно оценить как плохой, что нередко и является одной из главных этиопатогенетических причинных факторов возникновения и развития хронического патологического процесса воспалительного характера в тканях пародонта.

По результатам наблюдений достоверно меньшее число студентов контрольной группы имели десневой карман. В тоже время имелись определенные различия в индексных показателях в зависимости от возраста обследуемых лиц. Так значения гигиенического индекса в контрольной группе были достоверно ниже по сравнению со курящими

Таблица 1

Состояние полости рта у студентов (абс. ч.; %)

Показатели состояния полости рта	Курс обучения	Курящие (n=180)		Некурящие (n=200)	
Индекс Гигиены (Федорова-Володкиной)	3 курс	1,48±0,014		1,22±0,011 *	
	5 курс	1,50±0,015		1,25±0,013 *	
Клинически здоровый пародонт	3 курс	5	2,78±1,22	18	9,0±2,02 *
	5 курс	-	-	7	3,5±1,30 *
Наличие кровоточивости десен	3 курс	64	35,6±3,57	93	46,5±3,53 *
	5 курс	6	3,3±1,34	33	16,5±2,62 *
Наличие зубного камня	3 курс	83	46,1±3,72	73	36,5±3,40
	5 курс	130	72,2±3,34	129	64,5±3,38
Наличие десневых карманов	3 курс	28	15,6±2,70	16	8,0±1,92 *
	5 курс	44	24,4±3,20	31	15,5±2,56 *

студентами и наоборот в основной группе наблюдалось выраженное уменьшение доли лиц, у которых не диагностировались какие-либо патологические изменения. При сравнительной оценке полученных по индексам значений среди студентов старших курсов чаще встречались обследуемые с твердыми зубными отложениями и с десневыми карманами. Обращает на себя внимания факт наличия кровоточивости десен, который встречался значительно реже у пятикурсников.

Таким образом, принимая во внимание все вышеизложенное, очень важно с научной и практической точки зрения заполучить сведения о степени влиянии инструментальной обработки различными методами, физическими факторами, а также аппаратурой в силу различного их характера и действия во время процедуры на твердые ткани зуба, а также ткани пародонта. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости проведения клинико-функциональных исследований по сравнительной оценке степени влияния различных лечебно-профилактических средств и методов на функциональное состояние органов и тканей полости рта и на общий психологический статус пациента.

Статистический анализ полученных до и после курса базовой терапии данных, отражающих состояние поверхности зубов и тканей пародонта, позволил сформулировать аргументированное научно-обоснованное мнение об эффективности проводимых профилактических мер, базирующихся на широко применяемых в современной практической стоматологии средств и методах.

По данным проведенных исследований и индексной оценки состояния твердых и

мягких тканей полости рта эффективность в очищении поверхности зуба от налета курильщика выявлялась, но в различной степени особенно на более отдаленных этапах наблюдений при использовании всех применяемых в нашей работе средств и методов. После осуществления профессиональной гигиены полости рта и удаления зубных отложений повторное клиническое обследование проводили через 15 дней, 1, 2, 6 месяцев (табл.2). До и в определенные сроки после завершения лечебно-профилактических мероприятий значения индекса кровоточивости десны по индексу Мюллемана при использовании указанных в таблице методов значительно снижались на 15-й день исследований ($p < 0,001$).

При первичном осмотре у всех пациентов определялась неудовлетворительная гигиена полости рта и кровоточивость десны, степень которой по индексу Мюллемана составляла в среднем $2,6 \pm 0,3$, что в свою очередь характеризовало наличие воспаления в мягких околозубных тканях, о котором также свидетельствовали значения папиллярно-маргинально-альвеолярный индекса. При этом различия между значениями изучаемого индекса до курса базовой терапии и через 15 дней после лечения были статистически достоверными при изучении эффективности каждого из применяемых методов ($p < 0,001$).

Через месяц после терапии значения исследуемых индексов и по частоте встречаемости клинических проявлений воспалительных заболеваний тканей пародонта практически не отличались от таковых при регистрации на предыдущем этапе после лечения, о чем свидетельствовало значительное улучшение

Таблица 2

Динамика изменения значений индекса Мюллемана в группах

Методы	Сроки наблюдения				
	До лечения	15 дней	1 месяц	2 месяца	6 месяцев
Vector (15)	2,56±0,042	0,21±0,020*	0,24±0,028*	0,72±0,035*	0,83±0,040*
ЭР-Фло C2 (20)	2,52±0,050	0,22±0,024*	0,18±0,027*	0,86±0,035*	0,98±0,042*
P ₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Кюреты Грейси (17)	2,52±0,065	0,13±0,018*	0,17±0,025*	0,61±0,032*	0,69±0,043*
P ₁	> 0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,01
P ₂	> 0,05	< 0,01	> 0,05	< 0,001	< 0,001

Примечание: * – статистически достоверное различие относительно до лечения (p<0,001);

P₁ – достоверность различия относительно первого метода;P₂ – достоверность различия относительно второго метода.

гигиенического состояния ротовой полости и пародонтальных индексов, то есть выявлялось более заметное улучшение по ряду клинических признаков в состоянии тканей и можно сказать полное отсутствие воспалительной реакции в десне (табл.3).

Таблица 3

Показатели индекса Силнесс-Лоэ в группах

Методы	Сроки наблюдения				
	До лечения	15 дней	1 месяц	2 месяца	6 месяцев
Vector	2,61±0,058	0,18±0,020*	0,20±0,014*	0,79±0,013*	0,84±0,010*
ЭР-Фло C2	2,56±0,050	0,17±0,016*	0,25±0,008*	0,97±0,015*	1,09±0,018*
P ₁	> 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,001
Кюреты Грейси	2,65±0,055	0,12±0,010*	0,15±0,016*	0,67±0,021*	0,77±0,026*
P ₁	> 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,05
P ₂	> 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,001	< 0,001

Примечание: * – статистически достоверное различие относительно до лечения (p<0,001);

P₁ – достоверность различия относительно первого метода;P₂ – достоверность различия относительно второго метода.

При сравнительном анализе полученных по всем группам курителей табака данных при использовании в процессе выполнения профессиональной гигиены полости рта кюрет Грейси было зарегистрировано максимальное снижение значений гигиенических пародонта. Так, показатели индекса, характеризующего «экологическую» ситуацию полости рта обследуемых студентов, индекса Силнесс - Лоэ значительно снизились уже на начальном после лечения этапе клинических наблюдений в третьей группе - 0,12±0,010

Таблица 4

Изменение индекса РМА в группах с различными методами удаления налета курильщика с поверхности зубов

Методы	Сроки наблюдения				
	До лечения	15 дней	1 месяц	2 месяца	6 месяцев
Vector	53,3±0,35	43,7±0,26 *	32,6±0,40 *	25,5±0,32 *	20,7±0,24 *
ЭР-Фло С2	52,8±0,41	44,5±0,23 *	43,4±0,18 *	33,1±0,25 *	27,2±0,31 *
P ₁	> 0,05	< 0,05	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Кюреты Грейси	53,5±0,56	47,6±0,33 *	33,9±0,24 *	23,7±0,21 *	17,1±0,28 *
P ₁	> 0,05	< 0,001	< 0,05	< 0,01	< 0,01
P ₂	> 0,05	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Примечание: * – статистически достоверное различие относительно до лечения ($p < 0,001$);

P₁ – достоверность различия относительно первого метода;

P₂ – достоверность различия относительно второго метода.

против 2,65±0,055 баллов до начала терапевтического курса ($p < 0,05$). По двум оставшимся группам обследуемых студентов-курильщиков табака столь выраженные различия в индексных данных не регистрировались. В более отдаленные сроки клинических исследований после проведения лечебных и профилактических мер рецидивы воспалительного процесса в мягких тканях пародонта наблюдались чаще всего в во второй группе студентов, где профессиональная гигиена полости рта выполнялась с применением ЭР-Фло С2, что, по нашему мнению, может быть связано со сравнительно выраженной шероховатостью поверхности обрабатываемых зубов (табл.4).

Так, через 2 месяца после завершения кур-

са базовой терапии значения индекса РМА в вышеуказанной группе составили в среднем 33,1±0,25%, тогда как в первой группе, где для улучшения состояния маргинальной и альвеолярной десны, а также десневого сосочка, использовали аппарат Vector, показатели были меньше и определялись в значении 25,5±0,32% ($p < 0,001$).

Таким образом, выявленные в ходе клинических исследований и индексной оценки состояния гигиены полости рта и тканей пародонта результаты свидетельствовали о прямой зависимости состояния обработанной поверхности зубов, а также мягких околозубных тканей от наличия вредной привычки и используемых лечебно-профилактических методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лошакова, Л.Ю., Пылков А.И., Семенькова О.В. Влияние курения родителей на интенсивность поражения кариесом временных зубов их детей // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 25-28.
2. Мокина Н. А., Аверина О. М. Оценка распространенности и статуса табакокурения среди студентов старших курсов медико-профилактического и лечебного факультетов СамГМУ // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Том 7, № 2, 497 – 50.
3. Орехова, Л.Ю., Осипова М.В. Клинические особенности и тенденции изменения пародонтологического статуса курильщиков // Пародонтология. – 2011. – № 1(58). – С. 47-50.
4. Скворцова Е. С., Миронова И. А.. Распространенность курения среди городских подростков-школьников России в 2003-2004 гг. Профилактическая медицина, 2007.-№3, С. 18 – 22
5. Толмачева С.М., Тиунова Н.В., Круглова Н.В. Мониторинг заболеваемости зубов кариесом студентов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии // Нижегородский медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 126-129.
6. Шевляков В.В., Кузуро Н.В. Психологические факторы к табакокурению и отказу от него у молодежи // Психологический журнал, 2008 – №3, 60-65 с.
7. Ширшова Н.Е. Медико-социальные основы профилактики заболеваний пародонта у студенческой молодежи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2007. – 25 с.
8. Dinsdale CR, Rawlinson A, Walsh TF: Subgingival temperature in smokers and nonsmokers with periodontal disease. J Clin Periodontol 2007; Vol.24, № 5 - P.761-766
9. Gorman LM, Lambert PM, Morris HF, et al: The effect of smoking on implant survival at second stage surgery: DICRG interim report #5. Dental implant clinical research group. Implant Dent 2004; № 3.- P.165-169.

XÜLASƏ

TÜTÜN ÇƏKƏNLƏRİN STOMATOLOJİ STATUSUNUN KORREKSIYASI
ÜÇÜN TƏDBİRLƏRİN KLİNİK QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Səfərov C.A., Məmmədov F.Y.

Azərbaycan Tibb Universiteti

Terapevtik Stomatologiya kafedrası, Bakı.

Açar sözlər: siqaret çəkmə, tələbələr, qıyiyena, profilaktika.

Kompleks stomatoloji müayinə AMU-nun 380, 18 - 22 yaş arasında olan tələbələr arasında aparılmışdır. Stomatoloji müayinələrdə və müxtəlif terapevtik və profilaktik metodların effektivliyini müəyyən etmək üçün ÜST-ün tövsiyələri və istifadə olunan sxemlər və gigiyenik, periodontal - PMA SBI indeksləri tətbiq edilmişdir. Tələbələr arasında aparılan anketləşdirmə zamanı siqaret çəkmə, ağız boşluğunda gigiyenik tədbirlərin vaxtında aparılmaması ilə əlaqəndirilən və əsas stomatoloji xəstəliklərin inkişafı üçün zəmin yaradan risk faktorları müəyyən edilmişdir. Bəzi müalicə vasitələrin effektivliyinin müəyyən etdikdə optimal nəticələrə kompleks müalicədə Gracey curetlərindən və "Parodontax" diş məğunundan istifadə edildikdə nail olunmuşdur.

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF MEASURES TO CORRECT
THE DENTAL STATUS OF TOBACCO SMOKERS

Safarov JA., Mammadov F.Y.

Department of Therapeutic Dentistry

Keywords: smoking, students, hygiene, prevention.

A comprehensive dental examination of 380 students of AMU aged 18 to 22 years was carried out. During the dental examination and to determine the effectiveness of various treatment and prophylactic methods, the commonly used schemes based on WHO recommendations and hygienic and periodontal indices - PMA, SBI. At questioning of students, we established risk factors for the emergence and development of major dental diseases, due to the presence of tobacco smoking, the lack of timely hygienic care for the oral cavity. Optimum results in determining the effectiveness of certain therapeutic methods were achieved when Gracie Curet and "Parodontax" used in the complex treatment.



**World Oral
Health Day**

20 March



Live **MOUTH SMART**

Your guide to oral health policies



www.worldoralhealthday.org

I
yaşla
üçün
“Sağl
vərdi
matol
etmə
ğa q
ləzzə
Ka
məlu
ümün
mayış
lamlığ
profil
zırlan
Ka
lamlığ
xəstə
ğa və

DÜNYA AĞIZ SAĞLAMLIĞI GÜNÜ

20 MART 2017



Dünya Ağız Sağlamlığı Günü (DASG) insanları dünyanın hər yerində bütün yaşlarda ağız sağlamlıqlarına diqqət yetirmələri üçün ruhlandırırdı. Kampaniyanın mövzusu “Sağlam Ağızla Yaşamaq” insanlara gigyena vərdişlərinə yaxşı yiyələnmək, müntəzəm stomatoloji müayinələr və risk faktorlarını idarə etmək yolu ilə uşaqlıq çağlarından ta yaşlılığa qədər sağlam, funksional ağızla yaşamaq ləzzətini aşılardı.

Kampaniya ağız xəstəlikləri barədə global məlumatlılığı təşviq etmək, ağız sağlamlığı və ümumi sağlamlıq arasındakı daxili əlaqəni nümayiş etdirmək, insanlarla hər yaşda ağız sağlamlığına diqqət yetirməyə həvəs oyatmaq və profilaktik qulluğu təbliğ etmək məqsədilə hazırlanmışdı.

Kampaniya geniş ictimaiyyəti, ağız sağlamlığı üzrə mütəxəssisləri və nüfuzlu şəxsləri xəstəlik yükü problemi üzərində birgə çalışmağa və əhalinin “Sağlam Ağızla Yaşaya” bilməsi

üçün fəaliyyət göstərməyə həvəsləndirdi. Dünya Ağız Sağlamlıq Günü 2017 – programına: 150 ölkə cəlb edilmişdi. Bu ölkələrdə 550 tədbir keçirilmiş və həmin tədbirlərdə 450 min nəfər iştirak etmişdir. 595 milyon sosial media nümayişi olmuşdur. “**Sağlam Ağızla Yaşamaq**” ideyasını dirçəltmək üçün DASG 2017 məlumatları bir sıra resurslar vasitəsilə yayılmışdır. 2017-ci ilin yanvarında işə salınmış tamamilə yenilənmiş ictimai veb sahifədən (www.worldoralhealth-day.org) başlayaraq, “Sağlam Ağızla Yaşamaq” ideyasının mənasını təbliğ etmək üçün kampaniya mərkəzi və hərəkətverici qüvvə olmuşdu. Bunlar ingilis, fransız və ispan dillərində hazırlanmış kampaniyanın veb sahifəsində yerləşdirilmişdir (ümumilikdə **250 Dünya Ağız Sağlamlıq Günü aktivləri** 18,200 dəfədən çox yüklənmişdir)

Xüsusi vasitələr veb sahifəsində insanları ağız sağlamlığı təbliğatçısı olmağa həvəsləndirən və bu işdə necə iştirak etmək

(birbaşa və ya Milli Stomatologiya Assosiasiyalarının fəaliyyətini dəstəkləməklə) barədə məlumat təqdim edən **ictimaiyyət üçün kampaniya vasitələri** təqdim edilmişdir.

Kampaniya vasitələri xüsusi olaraq uyğunlaşdırılmış və ayrıca olaraq təqdim edilmişdir: Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının (FDI) üzvlərinə məlumatları ötürmək, kampaniyanı üç hədəf səviyyəsinə çatdırmaqla bağlı məsləhət vermək və korporativ tərəfdaşlarla qarşılıqlı əlaqə qurmaq üçün; DASG tərəfdaş olmağın və kampaniyanın, logo və yeni tanınma möhüründən necə istifadə etməyin əlavə üstünlükləri verir.

Ağız Sağlamlığı nədir? Ağız sağlamlığı ağız boşluğunun sağlamlığı deməkdir. Sağlam ağız sizə danışmaq, gülümsəmək, iy bilmək, dad bilmək, təmas etmək, çeynəmək, udmaq, bir sıra emosiyaları əminliklə ağrı və narahatlıq yəni xəstəlik olmadan çatdırmaq imkanı verir.

Effektiv ağız sağlamlığına dair təlimatda ictimaiyyət üçün ağız sağlamlığı ilə bağlı “olar

və olmaz” göstərən, hamilə qadınların, uşaqların və yaşlıların ağız sağlamlığına həsr olunmuş xüsusi bölmələri olan praktiki təlimat hazırlanmışdır. Təlimat FDI ağız sağlamlığı anlayışına əsaslanır və “Sağlam Ağızla Yaşamaq” necə yaşamaq haqqında göstərişləri təqdim edir.

Effektiv ağız sağlamlığı siyasətinə dair təlimatda dünya dövlətlərinin öz vətəndaşlarının ağız sağlamlığını qorumaq üçün icra edə biləcəyi strateji yolları və dəqiq tədbirləri tövsiyə edən təbliğat hazırlanmışdır. Bu təlimat FDI Ağız Sağlamlığı Atlasına əsaslanaraq Baxış FDI 2020 strategiyasını itfa edir və ağız sağlamlığı anlayışını təşviq etməyə davam edir.

Plakatlar mövcudluğundan insanların xəbərlənmədiyi ağız boşluğu xəstəliklərinin fizioloji və psixososial təsirini əks etdirmək üçün kampaniya altı plakat hazırlamışdır. Bu plakatlar kampaniyanın siması olmuşdur, belə ki təsvirlər və hərəkət üçün çağırışlar bütün çap resurslarına uyğunlaşdırılmış və social şəbəkələr vasitəsilə yayılmışdır.

ÇƏNƏNİN OYNAQ ÇIXINTISI SINIQLARININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ FRAQMENTLƏRİN FİKSASIYASI ÜÇÜN YENİ QURĞUNUN TƏTBİQİ

Mehtiyev O.H, Yusubov Y.Ə, Bilalzadə S.Y, Məmmədov C.C, Məmmədov T.Ə.

Azərbaycan Tibb Universiteti.

Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası.

Açar sözlər: çənənin oynaq çıxıntısı sınıqları, sınıq fraqmentlərinin fiksasiyası üçün yeni qurğu.

Mövzunun aktuallığı: Son 25 ildə aparılan araşdırmalarda üz-çənə nahiyyəsinin travmaları ilə olan xəstələrin sayının artmaqda olduğu qeyd edilir [1,2]. Bunun da, əsasında axır zamanlar yol nəqliyyat hadisələrinin və məişət travmalarının artması durur [6,8]. Üz-çənə nahiyyəsinin travmaları zamanı bu nahiyyəni təşkil edən sümüklərin sınıqları ilə tez-tez rast gəlinir. Üz-skeleti sümüklərinin sınıqları arasında çənə sümüyü sınıqları rastgəlinmə tezliyinə görə burun sümüklərinin sınıqlarından sonra ikinci yeri tutur. Üz skeleti sümükləri sınıqlarının 28-60%-i çənə sümüyü sınıqlarının payına düşür [2,4,5].

Ədəbiyyatda çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının, üz skeleti sümüklərinin bütün sınıqlarının 29-40%-ni, ümumi çənə sınıqlarının isə 20-62%-ni təşkil etdiyi bildirilmişdir [3,6,7,8,9]. Yaşlı insanlarda çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının səbəbləri arasında əsas yeri yol nəqliyyat hadisələri, məişət travmaları, iş qəzaları təşkil edir. Uşaqlarda isə çənə sınıqlarının əsas səbəbləri yıxılma və velosiped qəzaları təşkil edir [10]. Çənənin oynaq çıxıntısı sınığına səbəb olan travmaların kişilərdə qadınlara nisbətən üstünlük təşkil etdiyini bildirilmişlər [11].

Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının konservativ-ortopedik və cərrahi müalicə üsullarında xeyli nailiyyətlər əldə olunmasına baxmayaraq,

bu problemin aktuallığı hələ də qalır. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının yerləşdiyi anatomik-topoqrafik xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq bu nahiyyədə cərrahi əməliyyat aparmağın bir sıra çətinlikləri vardır və mövcud fiksasiya üsulları ilə sınıq fraqmentlərinin fiksasiyasını aparmaq bir sıra ağırlaşmalara səbəb olur [4,12]. Çənənin digər nahiyyələrinin sınıqlarında uğurla istifadə edilən müalicə üsullarının çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarında istifadəsinin çətinliyi yeni müalicə üsullarının işlənilməsinin aktual problem olduğunu təsdiqləyir.

Tədqiqatın material və metodları: Azərbaycan Tibb Universitetinin klinik bazası olan Klinik Tibbi Mərkəzin üz-çənə cərrahiyyəsi şöbəsində 2006-2016-cı illər ərzində çənənin oynaq çıxıntısı sınığı ilə müalicə edilən 146 xəstə tədqiq edilmişdir. 2006-2016-cı illər ərzində bizə müraciət edən 146 xəstədən 122-si (83,6%) kişi, 24-ü (16,4%) qadın olmuşdur. Xəstələrin yaşa görə bölgüsünü apardığımız zaman aşkar edilmişdir ki, 25 yaşa kimi olan xəstələrin sayı üstünlük təşkil edir. Travmanın etiologiyasının analizi göstərdi ki, travmaya səbəb olan amillər arasında məişət travması üstünlük təşkil edir. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqları əsasən çənənin digər nahiyyələrinin sınıqları ilə birgə rast gəlinir. Sınıq səviyyəsinin analizi zamanı sınıqların daha çox oynaq çıxıntısının əsasında olduğu aş-

kar edilir.

Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının müalicəsində əsasən cərrahi üsuldan istifadə edilmişdir. Belə ki, 33 (22,6%) xəstədə Tikerşted və ya Vasilyev şinası ilə konservativ müalicə aparılıb, 99 (67,8%) xəstədə cərrahi müalicə, 12 (8,2%) xəstədə isə kompleks müalicə aparılıb. 63 (43,2%) xəstədə sınıq fraqmentlərinin repozisiyasından sonra fiksasiyası titan mini lövhə və vintlərlə əldə edilmişdir. 4 (2,74%) xəstədə sınıq fraqmentlərinin repozisiyasından sonra fraqmentlərin fiksasiyası fraqmentlərə metal məftil ilə qoyulan tikişlərlə əldə edilib, 4 (2,74%) xəstədə cərrahi əməliyyat zamanı kiçik sümük fraqmenti çıxarılıb və kənarlaşdırılıb. 20 (13,7%) xəstədə təklif etdiyimiz yeni qurğu ilə cərrahi müalicə aparılıb.

Aparılan müalicənin effektivliyini qiymətləndirmək üçün müalicədən 6 ay, 1 il və 3 il sonrakı nəticələr öyrənilib. Bu məqsədlə xəstələr təkrari çağırılıb və onlarda klinik və rentgenoloji müayinələr aparılıb. Müayinə zamanı xəstələrin şikayətləri, dişləmin vəziyyəti, çənənin hərəkətləri və ağızın açılma dərəcəsi təyin edilib. Müayinə olunan hər bir xəstədə çənələrin 2 proyeksiyada sadə rentgen şəkilləri və ya ortopantomogramı və yaxud KT-müayinəsi aparılmışdır.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən və aparılan müalicənin effektivliyini qiymətləndirdiyimiz zaman aşkar olundu ki, çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının cərrahi müalicəsində optimal yanaşma ağızdaxili və çənəaltı yanaşmadır ki, bu zaman vacib anatomik strukturların zədələnməsi ilə qarşılaşılır. Lakin, çənənin oynaq çıxıntısının sınıqlarının müalicəsi zamanı sınıq fraqmentlərinin fiksasiyası üçün mövcud fiksasiya sistemlərini bu yanaşmalar ilə istifadə etmək

çətin olur və yaxud bəzi hallarda mümkün olmur. Bundan əlavə, mövcud fiksasiya sistemləri ilə cərrahi əməliyyat zamanı kiçik sümük fraqmenti üzərində travmatik manipulyasiyalar aparılır ki, bu hallarda kiçik sümük fraqmentinin qidalanması pozulur və oynaq başının yuxarı sınıqlarında kiçik sümük fraqmentinin avaskulyar osteonekrozu, gicgah-çənə oynaqının artropatiyaları kimi bir sıra ağırlaşmalar ilə qarşılaşılır. Belə ki, çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının cərrahi müalicəsi zamanı sınıq fraqmentlərinin repozisiyasından sonra fraqmentlərin fiksasiyasını tantal məftil ilə icra etmək texniki cəhətdən çətin və inamlı fiksasiyanı əldə etmək əksər hallarda mümkün olmur. Oynaq çıxıntısının yüksək sınıqlarında bu metod mümkünsüzdür. Bu üsulun yaxın və uzaq nəticələrinin analizi qənaətbəxş deyildir. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının Kişner mili ilə aparılan cərrahi müalicə üsulu zamanı isə cərrahi əməliyyat zamanı bir sıra çətinliklər ilə qarşılaşılır. Belə ki, sınıq fraqmentləri repozisiya edildikdən sonra mili kiçik sümük fraqmentinə fiksə etmək texniki cəhətdən çətin olur və əksər hallarda kiçik sümük fraqmentində böyük travma yaradır. Bəzən isə mili kiçik sümük fraqmentinə keçirmək mümkün olmadığı üçün kiçik sümük fraqmenti çıxarılır və kənarada mil kiçik fraqmentə fiksə edildikdən sonra kiçik fraqment yerinə yerləşdirilir, oynaq kapsulu tikiş qoymaqla bərpa edilir. Texniki cəhətdən çətinliyi və travmatik olması bu üsulun istifadəsini məhdudlaşdırır. Bu üsulla müalicənin yaxın və uzaq nəticələri də qeyri qənaətbəxşdir. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının titan mini lövhə və vintlərlə aparılan müasir cərrahi müalicə üsulu zamanı isə sınıq fraqmentlərinin repozisiyasından sonra titan mini lövhənin kiçik sümük fraqmentinə

fiksasiyası texniki cəhətdən çətindir və titan mini lövhəni sümük fraqmentlərinə fiksə etmək üçün bor ilə fraqmentlərdə dəliklər açmaq lazımdır. Bor ilə kiçik sümük fraqmentində yaradılan dəliklər kiçik sümük fraqmentinə daha artıq travma verir və oynaq çıxıntısının yuxarı sınıqlarında bor ilə kiçik sümük fraqmentində yaradılan dəlik və titan mini lövhəni fiksə etmək üçün bu dəliyə bağlanan vint oynaq başına artıq travma verir və oynaq başının qidalanmasını pozur. Bununla yanaşı, titan mini lövhə və vintlərlə cərrahi müalicə üsulu tətbiq edildikdə çənəaltı kəsikdən istifadə mümkün olur. Çünki, çənəaltı kəsiklə aparılan cərrahi əməliyyat zamanı bor ilə kiçik sümük fraqmentində dəlik açmaq, titan mini lövhəni vintlə bu dəliyə təsbit etmək texniki cəhətdən çətindir və oynaq çıxıntısının yuxarı sınıqlarının müalicəsi zamanı mümkün olur. Digər cərrahi yanaşmalarla aparılan əməliyyatların isə özünəməxsus çatışmazlıqları vardır. Belə ki, titan mini lövhə və vintlərlə aparılan cərrahi müalicə üsulu zamanı məlum olan cərrahi yanaşmalar çənəarxası və qulaqönü yanaşma zamanı üz sinirinin zədələnmə riski vardır və cərrahdan xüsusi bacarıq tələb edir. Həmçinin bu yanaşmalar zamanı sınıq fraqmentlərinin vizualizasiyası az olur. Ağızdaxili yanaşma zamanı isə titan mini lövhəni fraqmentlərə fiksə etmək texniki cəhətdən çətindir və xüsusi alətlərə, avadanlığa ehtiyac vardır. Titan mini lövhə və vintlərlə aparılan cərrahi müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin analizi zamanı titan lövhənin fraqmentlər arasında yaranan gərginliyə davamsızlığı, fraqmentlərin yerini dəyişməsi kimi ağırlaşmalar ilə də qarşılaşılır (Şəkil 1). Bu ağırlaşmanın qarşısını almaq üçün daha qalın titan mini lövhə və vintə ehtiyac vardır. Lakin,

daha qalın titan mini lövhənin və vintin istifadə edilməsi kiçik sümük fraqmentinə daha artıq travma verilməsinə səbəb olur.



Şəkil 1. Titan mini lövhələr və vintlərlə çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının osteosintezi cərrahi müalicəsi aparılmış xəstənin 1 ay sonrakı Rentgenoqrammı. Titan lövhələrin sınıq fraqmentləri arasında yaranan gərginliyə davam gətirməyərək əyilməsi və fraqmentlərin ikincili yerini dəyişməsi.

Bütün bu göstərilənləri nəzərə alaraq çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının cərrahi müalicəsi zamanı yeni fiksasiya üsulunu işləyib hazırladıq. Bu fiksasiya üsulu zamanı öz ixtira etdiyimiz yeni qurğudan (müəlliflik şəhadətnaməsi-İ 2013 0006) istifadə edilib. Bu üsulla 2006-2016-cı illər ərzində 20 xəstə üzərində əməliyyat aparılıb və müalicənin yaxın və uzaq nəticələri izlənilib.

Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının bizim ixtira etdiyimiz qurğu ilə cərrahi müalicə üsulu digər cərrahi müalicə üsullarına nisbətən texniki cəhətdən asan, daha az travmatik və istənilən nəticəni almaq üçün inamlı fiksasiyanı təmin edir. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının təklif etdiyimiz qurğu vasitəsilə fiksasiyasının yuxarıda göstərdiyimiz kimi, istifadə olunan digər cərrahi

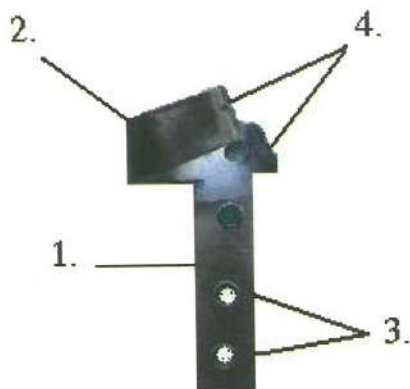
üsullardan bir çox üstünlükləri vardır. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının təklif olunan qurğu ilə cərrahi müalicəsi texniki cəhətdən asandır, cərrahi əməliyyat çənəaltı yanaşma ilə icra edilir, qeyd etdiyimiz qurğu sınıq fraqmentlərinin inamlı fiksasiyasını təmin edir və kiçik sümük fraqmenti üzərində heç bir travmatik manipulyasiya icra edilmir.

Bizim ixtira etdiyimiz yeni qurğu bir lövhədən ibarət olub üzərində 3 hissə ayırılabilir. Çənənin bayır səthinə böyük sümük fraqmenti üzərinə yerləşdirilən hissə, oynaq çıxıntısı

boynunu əhatə edən hissə və oynaq çıxıntısı boynunu əhatə edən hissə üzərində hazırlanmış dişciklərdən ibarətdir. Qurğunun böyük sümük fraqmenti üzərinə yerləşdirilən hissəsi üzərində vintləri bağlamaq üçün yivli dəliklər yaradılıb. Kiçik sümük fraqmentinə bağlanan hissə üzərində heç bir dəlik yoxdur və kiçik sümük fraqmentinə yalnız sıxıcı alətlə fiksə edilir. Qurğunun üzərində hazırlanmış dişciklər kiçik sümük fraqmentinin inamlı, tam hərəkətsiz fiksasiyasını təmin edir. Qurğu sxematik olaraq 2-ci şəkildə göstərilmişdir.

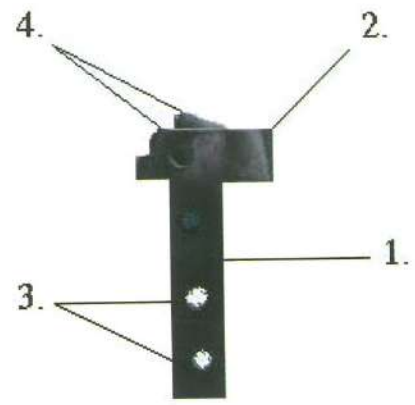
APARATIN SXEMİ

Aparatın daxildən görünüşü



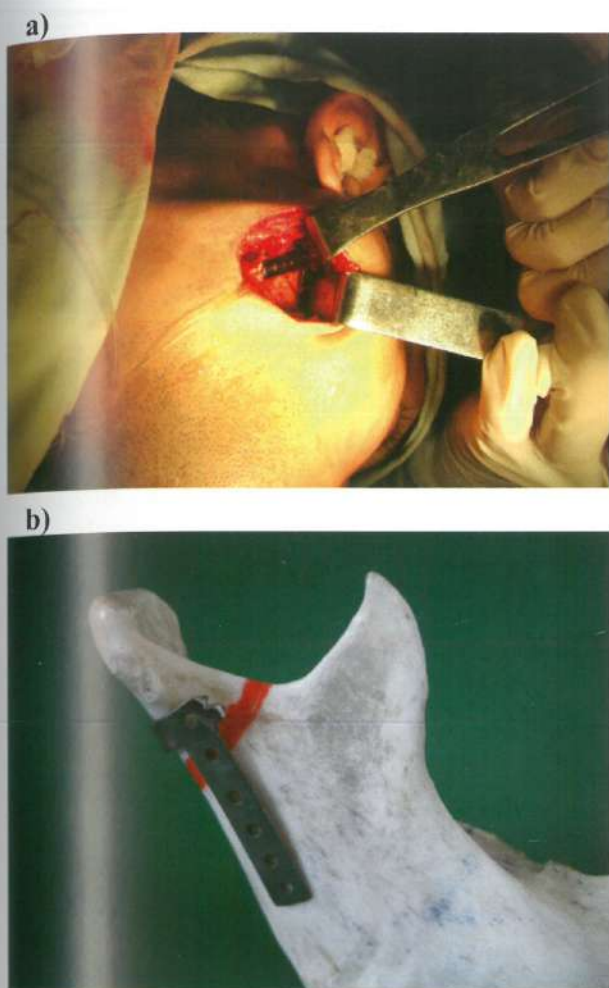
1. Titan lövhə
2. Oynaq çıxıntısı boynunu əhatə edən lövhə
3. Yivli dəliklər
4. Dişciklər

Aparatın xaricdən görünüşü



1. Titan lövhə
2. Oynaq çıxıntısı boynunu əhatə edən lövhə
3. Yivli dəliklər
4. Dişciklər

Şəkil 2. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının fiksasiyası üçün təklif edilən qurğunun sxemi.

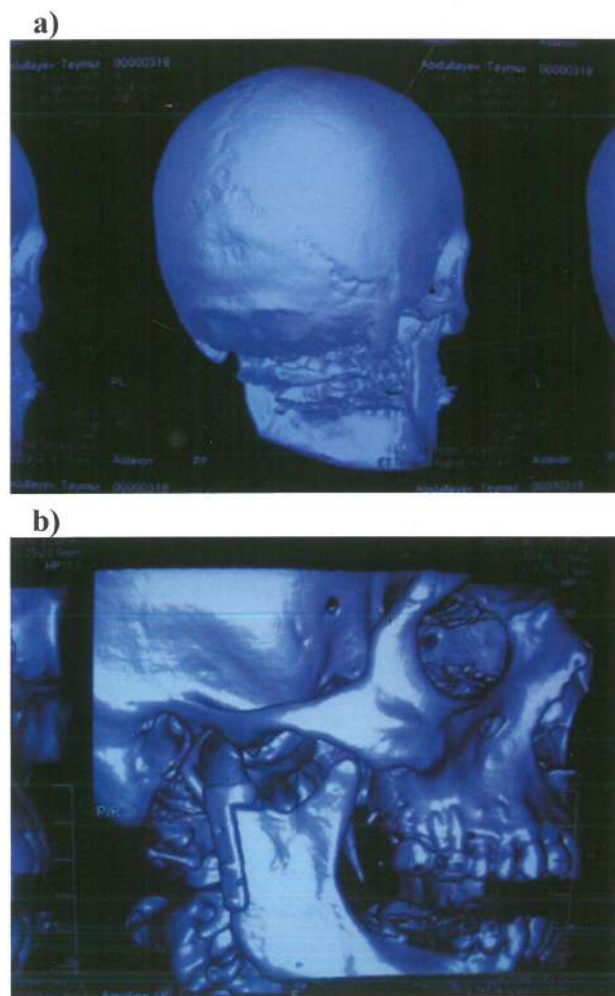


Şəkil 3. Qurğunun əməliyyat zamanı görünüşü-a və çənə skeleti üzərində görünüşü-b

Qurğudan istifadə edilmə qaydası: Çənəaltı nahiyədə çənə kənarından 2 sm aşağı çənə kənarına paralel dəridə 4-5 sm ölçüdə kəsik aparılır, yumşaq toxumalar iti və küt üsulla ayrılır, çeynəmə əzələsinin çənə sümüyünə bağlanan hissəsi çənə bucağının arxa kənarında sümükdən ayrılır, sınıq fraqmentlərinin vizualizasiyasını təmin etmək üçün sümüküstlüyü ayrılır və sınıq fraqmentlərinə doğru qaldırılır. Sınıq fraqmentləri aşkar edilir. Fraqmentlər repozisiya edildikdən sonra qurğunun lövhəsi çənə şaxəsinin bayır səthinə yerləşdirilir. Kiçik sümük fraqmenti lövhənin üzərində olan başcıq hissənin qarmaqları arasında qalır. Lövhə üzərində olan dəliklərə uyğun böyük sümük

fraqmentində (çənənin şaxə nahiyyəsinə uyğun gəlir) bor ilə monokortikal dəliklər açılır, lövhədəki dəliklərdən vintlər daxil edilir və bağlanılır. İstifadə edilən vintin uzunluğu çənənin qalınlığından asılıdır və diametri 2.0 mm-dir. Qurğunun başcıq hissəsi üzərində olan dişciklər sıxıcı alətlə bir-birinə yaxınlaşdırılır. Sınıq fraqmentlərinin inamlı fiksasiyasını yoxladıqdan sonra yara qat-qat tikilir.

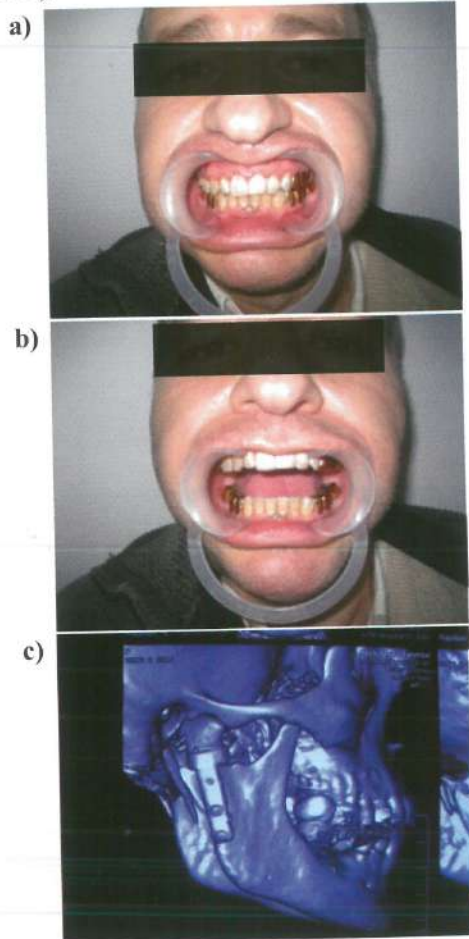
Təklif etdiyimiz yeni qurğu vasitəsilə cərrahi müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin analizini apardıq və digər cərrahi müalicə üsulları ilə qarşılaşdırdıq. Nəticələrin analizi zamanı aşkar et-



Şəkil 4. Xəstə-Abdullayev T., 3D-KT müayinəsində əməliyyatdan əvvəl çənənin sağ oynaq çıxıntısının yerini dəyişmiş sınığı (a) və əməliyyatdan sonra yeni qurğu ilə sınıq fraqmentlərinin fiksasiyası (b).

dik ki, çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının təklif etdiyimiz yeni qurğu ilə cərrahi müalicəsi zamanı digər cərrahi müalicə üsulları zamanı rast gəlinən çətinlik və ağırlaşmalarla qarşılaşılır və müalicənin uzaq nəticələri qənaətbəxş olaraq qiymətləndirilir. Nümunə üçün qeyd edirik:

Xəstə-Abdullayev T. 1974-cü il təv., çənənin sağ oynaq çıxıntısının yerini dəyişmiş sınığı ilə klinikamıza müraciət etmişdir. Xəstə üzərində çənənin oynaq çıxıntısının təklif etdiyimiz yeni qurğu ilə və vintlərlə osteosintezi cərrahi əməliyyatı aparılmışdır və xəstə əməliyyatdan bir il sonra kontrol müayinəyə cəlb edilmişdir (Şəkil 5).



Şəkil 5. Xəstə Abdullayev T., müalicədən 1 il sonra klinik və rentgenoloji müayinəsi. a-dişləmin vəziyyəti, b-ağzın açılma həcmi, c-qurğunun və çənənin sağ oynaq çıxıntısının vəziyyətinin 3D-KT görünüşü.

Nəticə: Aparılan ədəbiyyat araşdırmasına və klinik araşdırmalarımıza görə çənənin oynaq çıxıntısının yerini dəyişmiş sınıqlarının konservativ müalicəsi zamanı çəynəmə funksiyası bərpa olunsada, oynaq çıxıntısının anatomik forması bərpa olunmur. Buna görə də, ən effektiv müalicə üsulu cərrahi müalicə üsuludur. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının cərrahi müalicəsi zamanı vacib anatomik strukturların zədələnməməsi üçün ən etibarlı yanaşma çənəaltı və ağızdaxili yanaşmalardır. Çənənin oynaq çıxıntısının birtərəfli sınıqlarının, kiçik sümük fraqmentinin çıxarılması ilə aparılan cərrahi müalicəsi zamanı sağlam oynaqda bir müddət sonra ciddi artropatiyalar yaranır. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarında sınıq fraqmentlərinin fiksasiyasını məftillə aparmaq texniki baxımdan çətindir. Fraqmentlərin inamlı fiksasiyasını əldə etmək mümkün olmur. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının Kişner mili ilə aparılan cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyat texniki cəhətdən çətin olur və kiçik sümük fraqmenti travmaya məruz qalır. Çənənin oynaq çıxıntısı sınıqlarının titan mini lövhələr və vintlər vasitəsilə aparılan cərrahi müalicəsi zamanı çənəaltı və ağızdaxili yanaşmalardan istifadə texniki çətindir və bəzən mümkün olmur. Kiçik sümük fraqmentini fiksasiya etmək üçün kiçik sümük fraqmentində dəlik açmaq lazım olurki, oynaq başının sınıqlarında kiçik sümük fraqmentinin qidalanmasının pozulmasına və avaskulyar sümük nekrozunun yaranmasına səbəb olur. Çənənin oynaq çıxıntısının tərəfimizdən ixtira edilmiş yeni fiksəedici qurğu ilə cərrahi müalicəsi ən optimal müalicə üsuludur ki, bu zaman çənəaltı yanaşma ilə əməliyyatı icra etmək texniki cəhətdən asandır, kiçik sümük fraqmentində travmatik

manipulyasiya aparılmır, sınıq fraqmentlərinin və uzaq nəticələrinin analizi zamanı heç bir inamli fiksasiyası əldə edilir. Əməliyyatın yaxın ağırlaşma qeyd edilməmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Yusubov Y., Bilalzadə S. Üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya. Bakı, "Elm və təhsil" 2011, 600 s.
2. Yaman F., Atılğan S., Yılmaz U., Gorgun B. Mandibular kondil frakturleri: Retrospektif analiz // Türkiye Klinikleri J. Dental Sci., 2007, v.13, s.48-54
3. Ömezli M., Dayi E., Ayrancı F., Kaya F.Ş. Mandibula kondil kırıkları və tedavi yaklaşımları // Cumhuriyet Dental Journal, 2011, v.15, s.63-70
4. Мирмагомедов М.Д Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений у больных с переломами костей лицевого скелета препаратами антиоксидантного и лимфостимулирующего действия: канд.,мед.,наук., автореф / 25с.
5. Ellis E., Throckmorton G. Treatment of mandibular condylar process fractures: biological considerations // J. Oral Maxillofac Surg., 2005, v.63, No 1, pp.115-134
6. Eulert S., Proff P. Study on treatment of condylar process fractures of the mandible // Ann. Anat., 2007, v.189, No 4, pp.377-383
7. Hardt N., Kuttnerberger J. Craniofacial Trauma. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010, 278 p.
8. Loukota R., Eckelt U. Subclassification of fractures of the condylar process of the mandible // Br. J. Oral Maxillofac Surg., 2005, v.43, No 1, pp.72-73
9. Landes C., Day K. Prospective closed treatment of nondisplaced and nondislocated condylar neck and head fractures versus open reposition internal fixation of displaced and dislocated fractures // Oral Maxillofac Surg., 2008, v. 12, No 2, pp.79-88
10. Schneider M., Lauer G., Eckelt U. Surgical treatment of fractures of the mandibular condyle: a comparison of long-term results following different approaches - functional, axiographical, and radiological findings // J. Craniomaxillofac Surg., 2007, v. 35, No 3, pp.151-160
11. Villarreal P., Monje F. Mandibular condyle fractures: determinants of treatment and outcome // J Oral Maxillofac Surg., 2004 62, No 2, pp.155-163
12. Zachariades N., Mezitis M., Mourouzis C. et al. Fractures of the mandibular condyle: a review of 466 cases. Literature review, reflections on treatment and proposals // J Craniomaxillofac Surg., 2006, v.34, No 7, pp.421-432.

РЕЗЮМЕ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ФИКСАЦИИ
ФРАГМЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ
МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Мехтиев О.Г, Юсубов Ю.А, Билалзаде С.Я, Маммадов Д.Д, Маммадов Т.А.

Азербайджанский Медицинский Университет.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Ключевые слова: переломы мышелкового отростка нижней челюсти, новое устройство для фиксации фрагментов перелома.

Последние время количество пациентов с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области на много увеличилось. При травматических повреждениях челюстно-лицевой области часто встречаются переломы нижней челюсти. Переломы мышелкового отростка составляют большую часть всех переломов нижней челюсти. В связи с анатомическими особенностями области суставного отростка, репозиция и фиксация фрагментов переломы в отличии от других областей имеет ряд трудностей. В этой статье мы будем говорить о предложенном нами новым способом фиксации при хирургическом лечение перелома суставного отростка нижней челюсти.

SUMMARY

NEW METHOD OF SURGICAL FIXATION OF FRACTURE
OF CONDYLAR PROCESS OF MANDIBLE.

Mehtiyev O.H, Jusubov J.A, Bilalzada S.J, Mammadov J.J, Mammadov T.A.

Azerbaijan Medical University, Baku.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery.

Key words: mandibular subcondylar fractures, the new method fixation bone fracture.

At last decades, the number of patients with traumatic injuries of maxillofacial region has increased significantly. Mandibular fractures are often seen during maxillofacial traumatic injuries. Condylus is a most fraqment fractured part in a mandible. Anatomic features of condylar processus are the cause of a number of difficult during the reposition and fixation of fractured fragments. In this article we are going to talk about the new method of fixation during mandibular condylar fractures.



POZNAN Sentyabr 2016 – CENEVRƏ April 2017

Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının - FDI Avropa Regional Təşkilatı – ERO, FDI-nın Konstitusiyasına uyğun olaraq təsis edilmiş və İsveçrə Cenevrənin Kantonunda qeydiyyatdan keçmişdir. Avropa Regional Təşkilatının rəsmi iqamətgahı Cenevrə qərargahındadır. Avropa Regional Təşkilatının Katibliyi Berndə, İsveçrə Dental Assosiasiyasının nəzdində yerləşir.

Avropa Regional Təşkilatı Avropa coğrafi ərazisində – 35 ölkədən olan təşkilatları birləşdirir. Lakin ÜST-nin Avropa strukturlarında təmsil olunan, ancaq Avropada yerləşməyən digər ölkələridə (məsələn keçmiş sovet respublikaları) FDI-nın Avropa Regional Təşkilatında birləşiblər.

Avropa Regional Təşkilatı XX əsrin 50-ci illərində yaradılıb. Avropa Regional Təşkilatı birinci regional təşkilat olaraq dünyanın digər regionları üçün model sayılırdı. 2014-cü ildə

Avropa Regional Təşkilatı 50 illiyini qeyd etdi.

Avropa Regional Təşkilatı stomatoloq və pasiyent arasındakı münasibətlərdə seçim azadlığı prinsipinə əsaslanan müstəqil peşə kimi stomatologiya konsepsiyasını təbliğ edir; Avropa stomatoloqlarının baxışlarını ifadə edərək yerli hakimiyyət orqanları ilə əlaqələrində sorğu və dəstəkləyici sənədlər kimi xidmət edən milli stomatologiya təşkilatları üçün dəyərli sənədlər və qətnamələri qəbul edir.



ASA-nin Prezidenti- Prof. Əliyeva R.Q. və Beynəlxalq əlaqələrin rəhbəri – Əliyeva S.Y.



ERO-nun Plenar Sessiyasının iclası

Avropa Regional Təşkilatını idarə etmək üçün Plenar İclasda 3 illik müddətə seçilmiş İdarə Heyətinin (5 nəfər) vəzifəsidir - Avropa Regional Təşkilatının ali orqanı ildə iki dəfə - adətən aprel və sentyabr aylarında toplanan bütün üzv təşkilatların nümayəndələrindən təşkil edilir. Azərbaycan Stomatoloji Assosiyası tərəfindən təşkil edilmiş 2016-cı ilin aprelin 29-30-da ERO-nun Plenar Sessiyasına Bakı ev sahibliyi etmişdir.

Avropa Regional Təşkilatının 2016-2019-cu illər üçün İdarə Heyəti yeni tərkibdə seçilib.

Avropa Regional Təşkilatının Plenar İclası 8 sentyabr 2016-cı ildə Poznanda FDI illik Konqresi çərçivəsində keçirilmişdir. Adəti üzrə iclasdan əvvəl Avropa Regional Təşkilatı İdarə heyətinin və işçi qruplarının toplantıları keçirilib.

Plenar İclas zamanı Avropa Regional Təşkilatının bütün işçi qruplarının cari fəaliyyəti təhlil edildi və gələcək tədbirlər nəzərdə tutuldu. Xüsusilə, yeni işçi qrupun "**Yaşlı əhali**" - **Ageing Population** - sədri, Dr. **Philippe Rusca** tərəfindən təqdim edildi. O, yaşlı əhalinin sağlamlığının getdikcə daha böyük əhəmiyyət kəsb

etdiyini vurğuladı: bu məsələ indi də aktualdır, gələcəkdə isə daha da vacib olacaq. O qeyd etdi ki, stomatoloqların yaşlı və qoca pasiyentlərin qayğısına qalması çox vacibdir – bu, sadəcə yarıdımçı personalın öhdəsinə buraxıla bilməz. Stomatoloqların gerontologiya sahəsində təhsili və hazırlığı çox əhəmiyyətlidir.

FDI-ın daimi üzvü olan Keçmiş Yuqoslaviya Respublikası Makedoniya Avropa Regional Təşkilatına üzv olmaq üçün müraciət etmişdir və Poznanda təşkilatın nümayəndələri tərəfindən bu məsələyə baxılmış və yekdilliklə qəbul edilmişdir.

Avropa Regional Təşkilatının İdarə Heyəti ağız sağlamlığının ümumi sağlamlıq üçün vacibliyini vurğulayan "**Stomatologiyada tibbi təhsil**" - "**Continuing medical education in dentistry**" layihəsini FDI təqdim etmişdir. FDI Baş Assambleyasında Avropa Regional Təşkilatının Prezidenti Dr. **Anna Lella** nümayəndələrə bu təşəbbüs barədə məlumat verərək bildirdi ki, layihə bu mühüm mövzu ilə bağlı FDI siyasət bəyanatının əsasını təşkil edə bilər.

Avropa Regional Təşkilatı 2017-ci ilin ba-



Çıxış edir FDI-nin Presidenti Dr. Patrick Hescot (Fransa)

harında, 21- 22 aprelə İsvəçrə Dental Assosiasiyası tərəfindən təşkil edilmiş Plenar İclasını keçirmişdir. İclas Cenevrədə - FDI ofislərinin yerləşdiyi şəhərdə baş tutdu.

Plenar İclasdan əvvəl Avropa Regional Təşkilatı İdarə Heyətinin və 2 işçi qrupunun toplantıları keçirilmişdi. Nümayəndələr 2 gün ərzində Avropada stomatologiya peşəsi ilə bağlı ən vacib məsələləri müzakirə etmiş, Avropa Re-

gional Təşkilatının işçi qruplarının fəaliyyətinin nəticələrini yekunlaşdırmış və gələcək işlərinə dair qərar qəbul etməyi planlaşdırmışdır.

Avropa Regional Təşkilatı "Dış texnikinin profili və stomatoloqla münasibət"- "Statement on Dental Technician Profile and Relationship with the Dentist" haqqında bəyanatı qəbul etmişdir. Bu sənəd Avropa Regional Təşkilatı

işçi qurpunun **Stomatologiya Komandası - Dental Team** üzrə çalışmalarının nəticəsidir və əvvəllər işlənilib hazırlanmış stomatoloji gigyena və stomatoloji yardım profili üzrə bəyanatlara riayət edir.

Avropa Regional Təşkilatının növbəti Plenar İclası FDI Baş Assambleyasında bir hissəsi kimi 30 avqust 2017-ci ildə Madriddə baş tutmuşdur.



Dr. Michael Frank (Almaniya), FDI Presidenti Dr. Patrick Hescot (Fransa), ERO-nun Presidenti Dr. Anna Lella, Dr. Bartolomeo Griffa (İtaliya), Dr. Oliver Zeyer (İsvəçrə), Prof. Taner Yücel (Türkiyə)

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ

Ахмедбейли Первин Азад кызы

Азербайджанский Медицинский Университет.

Кафедра терапевтической стоматологии.

Ключевые слова: пародонтит, рецессия, гиперестезия, десенситайзер.

Обращаемость с жалобами на повышенную чувствительность зубов каждого четвертого, а иногда и каждого второго жителя, нередкая обращаемость к специалисту по поводу различных форм гиперестезии зубов представителей сравнительно молодого поколения подчеркивает не только медицинскую, но и социальную значимость этой проблемы для зарубежных ученых (11). Существуют разные причины возникновения и повторных клинических проявлений для повышенной чувствительности зубов, которые чаще всего связываются с возникновением дефектов твердых тканей зуба, то есть их некариозными поражениями: эрозии, клиновидные дефекты, патологическая стираемость (3,6). Нередко развитию исследуемой патологии сопутствуют воспалительно-деструктивные заболевания пародонта, которые в при дальнейшем развитии сопровождаются интенсивной убылью костной ткани альвеолярного отростка, обнажением шеек зубов и рецессией десны. Среди важных этиопатогенетических причинных факторов повышения уровня распространенности и интенсивности гипер-



естезии твердых тканей зубов следует отметить множественный кариес зубов с последующим оголением подлежащего дентина и отколом части коронки зуба. В свою очередь в увеличении частоты встречаемости клинических проявлений тяжелых форм гиперчувствительности зубов в ответ на все виды раздражителей нельзя не учитывать наличие определенных и важных экзо- и эндогенных причин, связанных с факторами окружающей среды, с наличием вредных привычек, с профессиональной деятельностью, где часто и неизбежно воздействие кислот и щелочей, повышенной влажности. Иногда гиперестезия твердых тканей зубов и чрезмерная болевая реакция даже на обычные раздражители может оказаться симптомом многих общесоматических заболеваний (4,8).

Многие годы для лечения и профилактики изучаемой патологии, которая оказывает весьма выраженное негативное воздействие на общее состояние и качество жизни пациентов, разрабатываются и внедряются все новые и новые, как химические, так и физические методы и средства, включающие пре-

парат
лей, л
профи
ются
Одни
стомат
област
средст
имею
отлич
ного
явилс
дений
следо
расши
средст
стези
оптим
этой
менно
ортоп
Це
ность
при
воспа
Ма
ничес
федр
байда
Было
тов в
зией
ткане
В
и леч
с исп
всех
няли

параты кальция, калия, фтора в виде паст, гелей, лаков, а в качестве физических методов профилактики гиперестезии зубов используются электрофорез, лазеротерапия (1,7,10). Одним из важных достижений современного стоматологического материаловедения в этой области является разработка специальных средств, так называемых десенситайзеров, имеющих различный химический состав и отличный механизм, и эффективность лечебного воздействия (9,5). Именно этот факт и явился решающим в организации и проведении научных клинико-лабораторных исследований, которые по причине постоянно расширяющегося арсенала лекарственных средств и новых методик лечения гиперестезии зубов позволяют предложить наиболее оптимальный и эффективный путь решения этой все еще актуальной проблемой современной практической и терапевтической, и ортопедической стоматологии.

Цель исследования. Оценить эффективность применения различных препаратов при лечении гиперестезии зубов на фоне воспалительных заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования. Клинические исследования проводились на кафедре терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета. Было проведено обследование 113 пациентов в возрасте от 25 до 38 лет с гиперестезией твердых тканей зубов при заболеваниях тканей пародонта и рецессии десны.

В ходе проведения профилактических мер и лечения гиперестезии твердых тканей зубов с использованием вышеуказанных средств во всех группах больных первоначально выполнялись профессиональная гигиена полости

рта, затем препарат фиксировался в полости рта на 15 минут, после чего пациенты не принимали в течение часа пищу и воду, общий курс терапии составлял в среднем 10 дней.

Для сравнительной оценки эффективности различных средств в снижении и полной нейтрализации симптома повышенной чувствительности твердых тканей зубов использовались традиционные индексы распространенности и интенсивности гиперестезии зубов - ИРГЗ, ИИГЗ (Шторина Г.Б., 1986), а также индекс сенситивности зубов Л.Ю.Ореховой - С.Б. Улитовского - ИСЗ, (2008), который объединяет, как результаты субъективной оценки состояния зубов самим пациентом, так и экспертную оценку болевых реакций специалистами (2). Обследуемые пациенты в ходе исследования были разделены на группы в зависимости от вида десенситайзеров, которые применялись в их лечении:

Первую группу составили пациенты с повышенной чувствительности зубов, которые обрабатывались препаратом Telio CS Desensitizer.

Вторую группу составили пациенты, лечение гиперестезии твердых тканей зубов у которых осуществлялось путем покрытия поверхностей чувствительных зубов десенситайзером Gluma Desensitizer.

Третья группа включала пациентов, которым лечение повышенной чувствительности проводили путем покрытия зубных поверхностей препаратом Admira protect.

Комплексное стоматологическое обследование пациентов,отягощенных гиперестезией зубов, включало опрос, осмотр, а также дополнительные методы исследова-

ния. Результаты клинических исследований заносили в индивидуальную карту пациента, куда заносились сведения - сопутствующие заболевания, вредные привычки, жалобы, наличие некариозных поражений, состояние гигиены полости рта и тканей пародонта, наличие аномалий прикуса.

Оценку степени повышенной чувствительности твердых тканей зубов осуществляли на основании субъективных и объективных данных. В диагностических целях при повышенной чувствительности твердых тканей зуба использовали различные раздражители - воздействие струи воздуха, холодной воды (25-30°C); механическое воздействие стоматологическим зондом. Оценка эффективности предложенных методик и средств терапии зубов с повышенной чувствительностью проводилась путем сравнительного анализа показателей индексов интенсивности и распространенности гиперестезии зубов, как в ближайшие, так и в отдаленные (через 2 месяца после лечебных мероприятий) сроки наблюдения.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов вариационной статистики. Методы описательной статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего значения (m) для признаков, имеющих непрерывное распределение и частоты встречаемости признаков с дискретными значениями. Для оценки межгрупповых различий значений признаков, имеющих непрерывное распределение, применяли t -критерий Стьюдента и непараметрический U -критерий Уилкоксона-Манна-Уитни. Статистическое различие между

группами считалось достоверным при значении $p < 0,05$. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Microsoft Excel, Statistica for Windows v. 7.0).

Результаты собственных исследований. Для сравнительного анализа эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов у пациентов во всех трех группах был проведен осмотр полости рта и выявлена неудовлетворительная гигиена, о чем свидетельствовали средние значения гигиенических и пародонтальных индексов. Необходимо отметить, что в ряде случаев терапевтический эффект от применения определенных средств можно считать отсутствующим или же оказывался непродолжительным, что нередко приводило к возникновению рецидивов.

В современной практической стоматологии, в частности, в терапевтической стоматологии, проявляется все больший интерес к осуществлению глубоких научных исследований по разработке и внедрению лекарственных средств, которые воздействуют на организм на местном и системном уровне, не вызывая побочных эффектов и осложнений и значительно улучшая результаты лечения и профилактики, повышая при этом качество жизни самих пациентов. Результаты многочисленных исследований доказано, что наличие в достаточном количестве и воздействие некоторых микроэлементов (ионы кальция, фтора, калия) может вызывать деполяризацию нервных волокон, подавляя процесс реполяризации, что делает нервные окончания невосприимчивыми к последующему

действию различных раздражителей. В этом плане применяемые врачами-стоматологами некоторые типы десенситайзеров оказывают весьма выраженное обезболивающее действие при лечении гиперестезии твердых тканей зубов.

Статистический анализ полученных данных, выявленных на основании жалоб до лечения и в определенные периоды после курса базовой терапии и динамического наблюдения за состоянием пациентов (непосредственно после лечения, через 15 дней, 1 и 2 месяца после лечения) выявил значительное снижение болевой реакции тканей зубов на температурные и химические раздражители. При сравнении результатов лечебно-профилактических мероприятий непосредственно после их завершения у почти 92,7±4,07 % пациентов первой группы отмечалось значительное снижение или выраженное ослабление клинических проявлений повышенной чувствительности зубов (табл.1). Тогда как

меньшем количестве случаев - 82,9±6,37% и 70,3±7,51%, соответственно. Именно столько пациентов в этих группах сообщали об отсутствии гиперестезии в аналогичные сроки ($p<0,05$).

Через 15 дней после завершения лечебных процедур при контрольном обследовании число пациентов, которые не испытывали болевых ощущений на различного рода раздражители, незначительно снизилось в первой группе – 82,9±5,88%, против 71,4±7,64% и 64,9±7,85% во второй и третьей группах в аналогичные сроки, соответственно.

Сравнительный статистический анализ полученных данных через 1 месяц после лечения выявил дальнейшее по всем группам снижение количества больных, не предъявляющих жалобы на повышенную чувствительность зубов. И в вышеуказанные сроки регистрировалась определенная разница в показателях.

Так, высокую эффективность проводимой

Таблица 1

Сравнительная оценка жалоб пациентов

Время обследования	Группа - 1 n=41		Группа - 2 n=35		Группа - 3 n=37	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До леч.	41	100,0	35	100,0	37	100,0
После леч.	38	92,7±4,07	29	82,9±6,37	26	70,3±7,51
Через 15 дней	34	82,9±5,88	25	71,4±7,64	24	64,9±7,85
Через 1 мес.	33	80,5±6,19	20	57,1±8,36 *	15	40,5±8,07 *
Через 2 мес.	25	61,0±7,62	9	25,7±7,39	12	32,4±7,70 *

Примечание: * - статистически достоверное различие от показателя основной группы ($p<0,05$, по точному критерию Фишера)

в двух других группах обследуемых больных благоприятная тенденция в улучшении их состояния наблюдалась в сравнительно

терапии и применяемых лечебных средств в первой группе отмечали 80,5±6,19 % пациентов. В остальных же группах процент

лиц, у которых прослеживалась положительная динамика в состоянии твердых тканей зубов, был несколько ниже $57,1 \pm 8,36\%$ и $40,5 \pm 8,07\%$, соответственно во второй и третьей группах больных. При сравнительном анализе показателей в на заключительном этапе клинических исследований среди больных был выявлен рост уровня частоты встречаемости жалоб на повышенную чувствительность в отличии от предыдущих сроков по всем группам. Максимально низкие значения по исследуемому фактору в отдаленные сроки наблюдений фиксировались во второй группе пациентов, где число лиц с нормальной чувствительностью твердых тканей зубов к термическим раздражителям составило примерно $25,7 \pm 7,39\%$.

жайшие после лечебных мероприятий сроки определялось снижение показателей во всех трех группах пациентов (табл.2). Аналогичная картина по группам наблюдалась и через 1 месяц после завершения курса базовой терапии. Необходимо особо отметить тот факт, что в вышеуказанные сроки только в группе 1 зафиксировано более выраженное снижение исследуемого показателя.

Так если здесь индексные данные снизились до отметки $4,91 \pm 0,27\%$, то в двух других группах больных с гиперестезией, развивающейся в твердых тканях зубов на фоне воспалительных заболеваний пародонта и рецессии десны, то у их оппонентов в остальных группах значения были сравнительно выше и составили $7,96 \pm 0,20\%$ и $10,40 \pm 0,41\%$, со-

Таблица 2

Сравнительная оценка индекса распространенности гиперестезии зубов

Группы	Сроки наблюдения				
	исходные данные	после лечения	Через 15 дней	через 1 мес.	через 2 мес.
Группа 1	$15,24 \pm 0,42$	$8,24 \pm 0,30^*$	$4,62 \pm 0,33^*$	$4,91 \pm 0,27^*$	$7,85 \pm 0,26^*$
Группа 2	$15,05 \pm 0,32$	$8,98 \pm 0,33^*$	$5,44 \pm 0,37^*$	$7,96 \pm 0,20^*$	$9,20 \pm 0,31^*$
Группа 3	$14,93 \pm 0,43$	$9,23 \pm 0,28^*$	$8,81 \pm 0,26^*$	$10,40 \pm 0,41^*$	$11,67 \pm 0,38^*$

Примечание: * - статистически достоверное различие от исходных данных ($p < 0,05$)

Лучшие результаты относительно наличия продолжительного положительного результата, то есть высокая профилактическая эффективность применяемого лекарственного средства регистрировалась в первой группе, в которой процент лиц, не имеющих выраженных жалоб на болевую реакцию, составил в среднем $61,0 \pm 7,62\%$.

При сравнении индексных данных по распространенности и интенсивности повышенной чувствительности зубов в бли-

ответственно ($p < 0,05$). В этой же группе все последующая динамика изменения показателей в сравнительном аспекте оказалась намного существеннее. Сравнительный анализ цифровых индексных данных, полученных через 2 месяца в процессе динамического наблюдения за состоянием обследуемых пациентов выявил некоторую тенденцию к увеличению показателей непосредственно во всех трех группах. Но и в этом случае определялась значимая разница по данному факту.

Так если к концу наблюдений показатель индекса распространенности гиперестезии твердых тканей зубов вырос в первой группе до значения $7,85 \pm 0,26\%$, то в аналогичные сроки данные по другим группам оказались значительно выше и регистрировались в области $9,20 \pm 0,31\%$ и $11,67 \pm 0,38\%$, соответственно во второй и третьей группах.

Сравнительная оценка значения индекса интенсивности повышенной чувствительности зубов непосредственно после завершения курса лечебных процедур свидетельствует о выраженном снижении исследуемого показателя по всем группам обследуемых пациентов (табл.3). При этом максимально низкие значения регистрировались через 15

периодов, регистрировалось дальнейшее снижение индексного показателя. Как и в предыдущие сроки клинических исследований, максимально низкие показатели данного индекса были выявлены у больных первой группы - $0,89 \pm 0,103$ балла, против $1,26 \pm 0,084$ и $1,57 \pm 0,055$ баллов во второй и третьей группах, соответственно.

У больных этой же группы был зафиксирован сравнительно незначительный рост индексных показателей интенсивности гиперестезии твердых тканей зубов по сравнению с предыдущим этапом исследований. Так, по сравнению с исходными данными значение индекса в первой группе через 2 месяца было ниже более чем в 1,5 раза ($p < 0,05$).

Таблица 3

Сравнительная оценка индекса интенсивности гиперестезии зубов

Группы	Сроки наблюдения				
	исходные данные	после лечения	Через 15 дней	через 1 мес.	через 2 мес.
Группа 1	$2,29 \pm 0,060$	$1,26 \pm 0,069^*$	$0,74 \pm 0,115$ *	$0,89 \pm 0,103$ *	$1,18 \pm 0,055$ *
Группа 2	$2,21 \pm 0,065$	$1,48 \pm 0,080^*$	$0,91 \pm 0,095$ *	$1,26 \pm 0,084$ *	$1,49 \pm 0,053$ *
Группа 3	$2,33 \pm 0,047$	$1,31 \pm 0,072^*$	$1,45 \pm 0,064$ *	$1,57 \pm 0,055$ *	$1,74 \pm 0,041$ *

Примечание: * - статистически достоверное различие от исходных данных ($p < 0,05$)

дней после лечения при обследовании реакции твердых тканей зубов на раздражители в первой группе, где для лечения гиперестезии использовался комплексный препарат Telio CS Desensitizer. У больных же группы 1 и 2 в аналогичные сроки произошло менее выраженное снижение интенсивности гиперестезии зубов.

В последующие этапы наблюдений, то есть через 1 месяц после завершения тера-

Сравнительный анализ динамики изменения показателей по индексу интенсивности гиперестезии зубов, зарегистрированных к концу клинических наблюдений, показал значительный рост данных, отражающих ухудшение состояния твердых тканей зубов и увеличение чувствительности их твердых тканей на действие раздражителей, в группе 3, где значение исследуемого индекса составило $1,74 \pm 0,041$ балла, против $1,18 \pm 0,055$

балла в группе 1. Но обращает внимание на себя факт все еще низкого по сравнению с первоначальными данными индексного показателя, выявленными до начала лечебно-профилактических мероприятий - $2,33 \pm 0,047$ балла ($p < 0,05$).

пах обследуемых пациентов (табл. 4). Так, у больных второй и третьей групп показатели снизились до $32,4 \pm 0,32\%$ и $31,7 \pm 0,40\%$, соответственно. Но максимальное снижение значений индекса сенситивности зубов было зарегистрировано в группе 1 - $27,7 \pm 0,30\%$.

Таблица 4

Сравнительная оценка индекса сенситивности зубов

Группы	Сроки наблюдения				
	исходные данные	после лечения	Через 15 дней	через 1 мес.	через 2 мес.
Группа 1	$36,4 \pm 0,43$	$27,7 \pm 0,30^*$	$24,1 \pm 0,24^*$	$25,9 \pm 0,33^*$	$28,8 \pm 0,36^*$
Группа 2	$36,3 \pm 0,36$	$32,4 \pm 0,32^*$	$29,0 \pm 0,25^*$	$30,6 \pm 0,33^*$	$32,6 \pm 0,35^*$
Группа 3	$36,8 \pm 0,59$	$31,7 \pm 0,40^*$	$30,4 \pm 0,32^*$	$32,8 \pm 0,25^*$	$34,5 \pm 0,33^*$

Примечание: * - статистически достоверное различие от исходных данных ($p < 0,05$)

Для изучения эффективности применения различных терапевтических средств для лечения повышенной чувствительности зубов был проведен сравнительный анализ значений индекса сенситивности зубов, определенных на всех этапах клинических исследований, как в ближайшие, так и в отдаленные после проведенного курса лечения сроки. При этом, было обнаружено снижение данного индекса практически во всех груп-

Статистический анализ полученных по всем группам данных, полученных и в более отдаленные сроки исследований, продемонстрировал наличие положительной динамики в показателях индекса сенситивности зубов, выявленных в первой группе обследуемых больных, что свидетельствовало как о лечебной, так и профилактической эффективности применяемого у данной группы пациентов лекарственного препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Огнева А.Н., Дармограй В.Н., Морозова С.И., Таболина Е.С. Результаты лечения гиперестезии твердых тканей зубов комплексным препаратом, содержащим фторид калия и экдистерон // Российский стоматологический журнал - 2011. - №5. - С. 33-35.
2. Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б. Определение чувствительности зубов «Пародонтология». - 2009. - № 1. - С. 85-88.
3. Федоров Ю. А., Дрожжина В. А. Некариозные поражения зубов // Клиническая стоматология: руководство для врачей / под ред. А. К. Иорданишвили. М.: Мед. книга, 2010. С. 241-272.
4. Bekes K, Hirsch C. What is known about the influence of dentine hypersensitivity on oral health-related quality of life? Clin Oral Investig. 2013 Mar;17 Suppl 1:S45-51.
5. Blatz MB. Laser therapy may be better than topical desensitizing agents for treating dentin hypersensitivity. J Evid Based Dent Pract. 2012 Sep;12(3 Suppl):229-230.
6. Curtis DA, Jayanetti J, Chu R, Staninec M. Managing dental erosion. Today's FDA. 2012 May-Jun;24(4):44-49
7. Elkassas D, Arafa A. Remineralizing efficacy of different calcium-phosphate and fluoride based delivery

vehicles on artificial caries like enamel lesions. J Dent. 2014 Apr;42(4):466-474.

8. Gillam D, Chesters R, Attrill D, Brunton P, Slater M, Strand P, Whelton H, Bartlett D. Dentine hypersensitivity-guidelines for the management of a common oral health problem. Dent Update. 2013 Sep;40(7):514-523
9. Pandit N, Gupta R, Bansal A. Comparative evaluation of two commercially available desensitizing agents for the treatment of dentinal hypersensitivity. Indian J Dent Res. 2012 Nov-Dec;23(6):778-783.
10. Ritter AV, de L Dias W, et al. Treating cervical dentin hypersensitivity with fluoride varnish: a randomized clinical study. J Am Dent Assoc. 2006 Jul;137(7):1013-1020.
11. Splieth CH1, Tachou A. Epidemiology of dentin hypersensitivity. Clin Oral Investig. 2013 Mar;17 Suppl 1:S3-8.

XÜLASƏ

DİŞ HƏSSASLIĞININ MÜALİCƏSİNDƏ MÜXTƏLİF DƏRMAN PREPARATLARIN KLİNİK QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Əhmədbəyli Pervin Azad qızı

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı.

Terapevtik stomatologiya kafedrası.

Açar sözlər: periodontit, recessiya, hiperesteziya, desensitayzer.

Məqalədə periodontal toxumaların iltihabi xəstəliklərinin və diş ətinin recesiyyası fonunda 113 xəstədə dişlərin sərt toxumalarında olan hyperesthesia simptomunun müalicəsində müxtəlif desensitayzerlərin istifadəsinin səmərəliliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi üçün aparılan klinik tədqiqatların nəticələri təqdim edilir. üç qrup üzrə məlumatların statistik təhlili zamanı məs Telio CS Desensitizer preparatının tətbiqindən sonra dişlərin hiperesteziyasının yayılma səviyyəsini və intensivliyini əks etdirən index dəyərlərində baş verən dəyişikliklərin ön əlverişli dinamikası aşkar olunmuşdur.

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF USE OF VARIOUS DRUGS IN THE TREATMENT OF TOOTH SENSITIVITY

Ahmadbeyli Parvin Azad

Azerbaijan Medical University, Baku.

Department of Therapeutic Dentistry.

Keywords: periodontitis, recession, hypersensitivity, desensitizer.

In the article presents the results of clinical studies on the comparative assessment of the effectiveness of the use of various drugs - desensitizing agents in the treatment of hyperesthesia of tooth hard tissues in 113 patients on the background of inflammatory diseases of periodontal tissues and gingival recession. Statistical analysis of the data for all three groups the most favorable dynamics in the change of index numbers found in the first group of surveyed patients, which after the application of Telio CS Desensitizer drug recorded a significant decrease in the index values of prevalence and intensity of dentin hypersensitivity.

AĞIZ BOŞLUĞUNDA ONKOLOJİ MÜDAXİLƏDƏN SONRA ORAL FUNKSİYALARIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Davudov M.M., Rəhimov Ç.R., Qaraceyi Ə., Hərirçi İ.

ATU, ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası.

Tehran Tibb Elmləri Universiteti, Onkoloji İnstitutu.

Açar sözlər: rekonstruktiv cərrahiyyə, ağız xərçəngi, ağız funksiyaları.

Giriş: Dil və ya ağız dibi nahiyyələrinin xərçəngi zamanı şişin özü və ya müalicəsi yüksək dərəcədə dilin funksionallığının pozulması riskini daşıyır [3]. Cərrahiyyə (rekonstruktiv cərrahiyyə) və radioterapiyadakı tərəqqi yaşama müddətini artırmağa və oral funksional çatışmazlıqları azaltmağa xidmət edir. Dil çeynəmədə, udqunmada, ağız gigiyenasında və danışmada böyük rol oynayır. Dilin davamlılığı, yüksək dərəcədə elastikliyi və müxtəlif formalara düşə bilmə qabiliyyəti bir – birinin tamamlayıcısı olan dil əzələləri və ağız dibi əzələlərinin aktivlikləri ilə əlaqələndirilir [6,7]. Dilin funksiyalarına qidanın molyar dişlər arasında yerdəyişməsinə təmin etmək, qida fraqmentlərinin ağız suyu ilə qarışaraq udquna bilinəcək hala gətirmək və ağız – udlaq nahiyyədə toplamaq daxildir [10]. Udqunmanın oral mərhələsində dil sərt və yumşaq damağa sıxılır və qida kütləsini öndən arxaya doğru istiqamətləndirərək udlağa göndərir. Dilin davamlılığı, elastikliyi və müxtəlif formalara düşə bilmə qabiliyyəti sait və samit səslərin tələffüzü üçün onun hərəkət etməsində mühüm rol oynayır [8]. Dilin hissi mexanizmləri onun və ağız dibinin istiqaməti və formasın dəyişməsi üçün vacib elementlərdir [1,2]. Beləliklə udquna bilinəcək qida kütləsinin hiss olunması çeynəmə və udqunmanın effektivliyi üçün əhəmiyyətlidir.

Bundan əlavə dodaq, dil və dişlərin hissi funksiyaları birincili somatosensorial korteksdə üst – üstə düşür [11]. Dilin periferik hissiyatının pozulması çeynəmə, udqunma və dilin hərəkəti zamanı korteksin mərkəzi idarəsini pisləşdirir. Ağız boşluğunda hissi funksiyanın itirilməsi funksional reabilitasiyanın tamlığını pozur [4,5]. Bu tədqiqatın məqsədi dil və ya ağız dibi nahiyyəsində xərçəngi olan xəstələrdə radioterapiya ilə və yaxud radioterapiya olmadan aparılan cərrahi əməliyyatın effektivliyini yoxlamaq və qiymətləndirməkdir. Biz radioterapiya və cərrahi əməliyyatdan öncə və sonra müxtəlif vaxtlarda dilin hərəkətiliyini və hissi funksiyasını ölçdük. Biz şişin ölçüsünün, lokalizasiyasının və cərrahi müdaxilənin əməliyyatdan sonrakı qısa müddət ərzində dilin funksional pozulmalarına təsirini və bu pozuntuların bir – biri ilə əlaqəsini müəyyən etmişik. Sonda nəticələr sağlamlıq göstəriciləri ilə müqayisə edilmişdir.

Material və Metodlar: 2010 – ci ilin oktyabr ayından 2017 – ci ilin yanvarına qədər dil və ya ağız dibi nahiyyələrində birincili xərçəngi olan 120 xəstə və bu tədqiqatın yaş kriteriyasına uyğun 60 sağlam insan seçildi. Baş və boyun nahiyyəsində residiv/rekurent xərçəng olan, qavrama qabiliyyəti zədələnən xəstələr bu tədqiqata daxil edilmədi. 73 xəstə yalnız cərrahi, 47 xəstə həm cərrahi, həm də radioterapevtik

müalicə almışdır. Xəstələrin vəziyyəti aşağıdakı vaxt aralıqlarında qeyd edildi:

- Cərrahi əməliyyatdan 4 həftə öncə
- Cərrahi əməliyyatdan 4 – 6 həftə sonra
- Radioterapiyadan 4 – 6 həftə sonra
- Cərrahi əməliyyatdan 6 ay sonra
- Cərrahi əməliyyatdan 12 ay sonra

İlk öncə sağlam insanların vəziyyətləri qeyd edilmiş və bu dəyişikliklər aşağıdakı kimi müəyyən edilmişdir:

- Termal hissiyat
- Toxunma hissiyatı
- Dilin protruziyası
- Dilin lateralizasiyası

Dilin hissi funksiyası: Termal (nazik hissi liflər) və taktil (qalın hissi liflər) hissi funksiyalar xəstələrin gözləri bağlı olmaq şərtilə təsadüfi ardıcılıqla həqiqi və saxta qıcıqlandırıcılarla yoxlanıldı. Hər həqiqi və saxta qıcıqlandırıcı cütlüyünün ardından xəstələr qıcıqlanma haqqında məlumat verməli idilər (məcburi seçim proseduru). Qıcıqlandırıcı cütlüklər 3 dəfə tətbiq edildi. Qıcıqlandırıcıların dərəcəsi sağlam insanlara görə təyin olundu və beləliklə xəstələr zədələnməyən nahiyyələrdə düzgün cavab reaksiyası verə bildilər. Yoxlama sahəsi (sağ və sol) dilin ucundan və sağ və sol kənarlarından mümkün olduğu təqdirdə 10 mm uzaqlıqda təyin edildi. Analizlər üçün biz daha çox təsirə məruz qalan nahiyyələrin nəticələrindən istifadə

Cədvəl 1. Cərrahi və cərrahi – radioterapevtik qrupun xarakteristikaları. Hər iki qrupdakı xəstələrin sayında mümkün ola biləcək fərqliliklər χ^2 testi ilə yoxlanıldı.

	Cərrahiyyə (N=73)	Cərrahiyyə Radioterapiya (N=47)	P – dəyəri
Patoloji şişin mərhələsi (pT)			
T1	38	5	0.001**
T2	5	9	
T3	30	24	
T4	0	9	
Rezeksiya sahəsi			
Dil	27	18	0.233
Ağız dibi	19	14	
Ağız dibi və Çənənin bir hissəsi	14	8	
Dil və Ağız dibi	13	7	
Dil və Ağız dibi və Çənənin bir hissəsinin rekonstruksiyası	0	0	
Baş və			
rezeksiya sahəsi			
İlkin qapanma	17	8	0.001**
Lokal dilim (flep)	5	2	
Dəri-əzələ və ya sərbəst dilim (flep)	45	28	
Sümük grefti/dilimi (flep)	6	9	

*** $p < 0.001$

etdik. Termal hissi funksiyanın yoxlanılması üçün həqiqi qıcıqlandırıcı kimi 2 mm diametrli istilikkeçirən aluminium çubuqdan istifadə edildi (22°C; soyuq hissiyatı ilə birlikdə toxunma hissiyatı). Saxta qıcıqlandırıcı üçün istilikkeçirməyən Perspeks çubuqlardan istifadə edildi. Taktıl hissi funksiya 3.22 indeks nömrəli Semmes – Weinstein monofilamenti (Semmes – Weinstein Aesthesiometer, Stoelting Co., Wood Dale, IL) vasitəsilə ölçüldü. Bu filamentə (lif) toxunmaq həqiqi qıcıqlandırıcı idi. Saxta qıcıqlandırıcı isə filamentin (lifin) əvəzinə basqa alətin xəstəyə yaxınlaşdırılması idi. Termal və taktıl hissi funksiyaların azalması 0, normal olması isə 1 olmaqla ölçüldü.

Dilin hərəkətliliyi: Dilin hərəkətliliyi onun

protruziya və lateralizasiyasının ölçülməsi ilə müəyyən edilir. Dilin protruziyası 3 şkalada qiymətləndirilir:

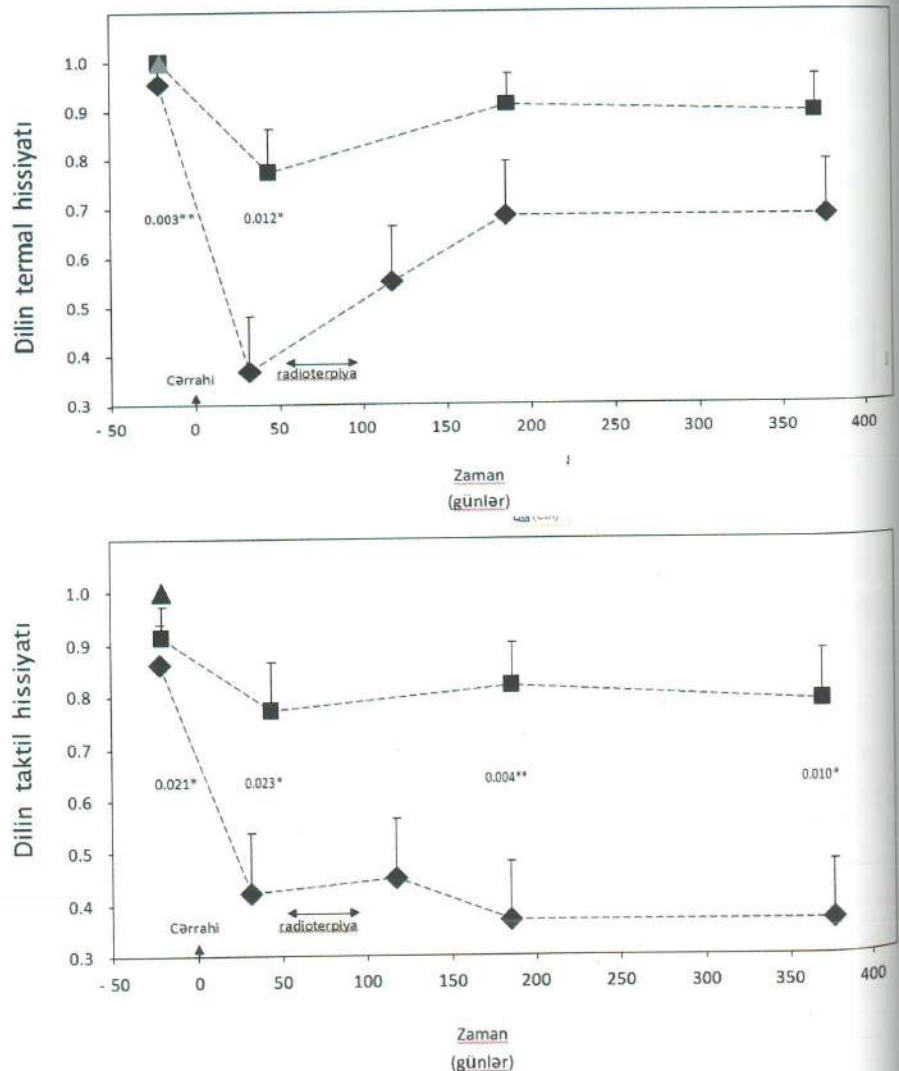
- 0 nöqtəsi - dil aşağı dodağa toxuna bilmir
- 1 nöqtəsi - dil aşağı dodağa toxuna bilir
- 2 nöqtəsi - dil aşağı dodağın üzərindən keçir.

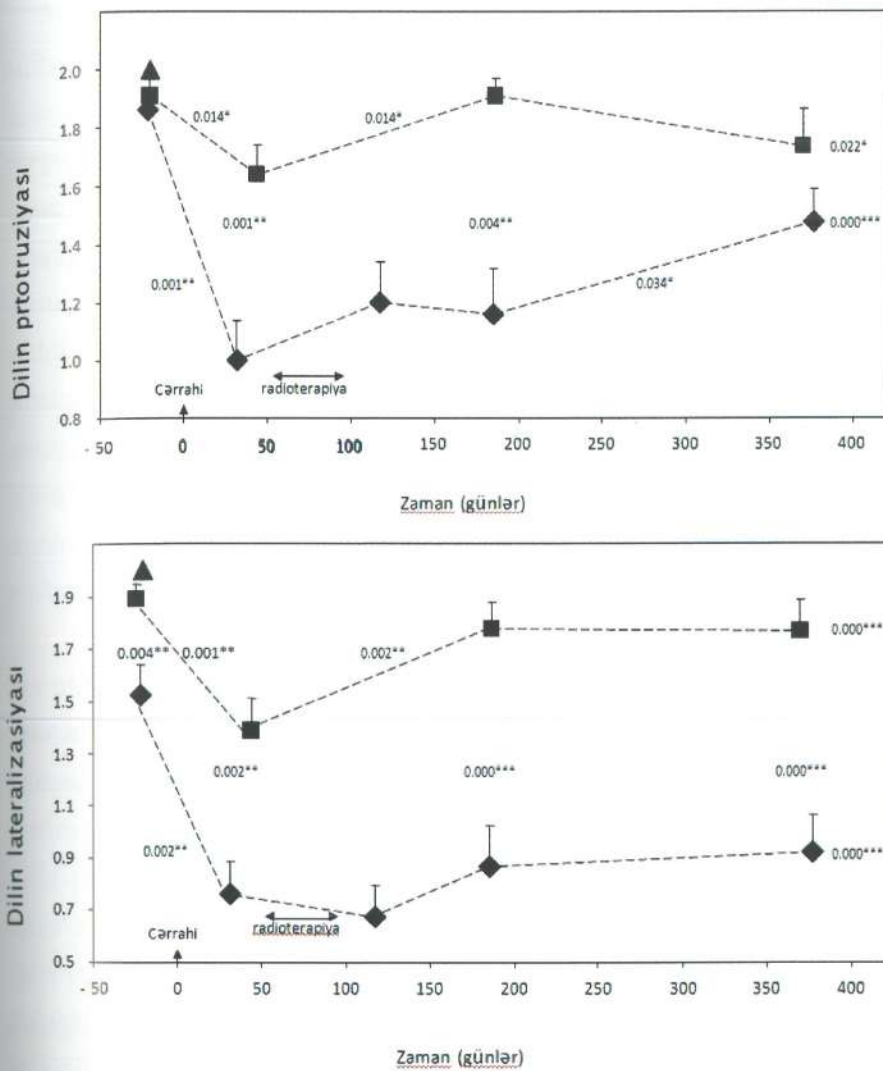
Lateralizasiya da 3 şkalada qiymətləndirilir:

- 0 nöqtəsi - dil ağız bucağına toxuna bilmir
- 1 nöqtəsi - dil ağız bucağına toxuna bilir
- 2 nöqtəsi - dil ağız bucağının üzərindən keçir.

Dilin lateralizasiyası onun sağ və sol lateralizasiyalarının ədədi ortasıdır.

Şəkil 2. Sağlam və hər iki müalicə almış qruplardakı insanlarda dilin termal və taktıl hissi funksiyalarının ədədi ortası. P – dəyəri McNemar testlərindən (iştirakçılar daxilində) və x2 testlərindən (iştirakçılar arasında) əldə edilmişdir. *: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$. Azalan termal hissi funksiya 0 ilə, normal hissiyat isə 1 ilə qiymətləndirildi. ♦: cərrahi qrup (müalicədən əvvəl, müalicədən az sonra, müalicədən 6 və 12 ay sonra) ■: cərrahi – radioterapevtik qrup (müalicədən əvvəl, cərrahi əməliyyatdan az sonra, radioterapiyadan az sonra, cərrahi əməliyyatdan 6 və 12 ay sonra) ►: sağlam qrup. Qrafikdəki ayrılıqlar ancaq visual kömək məqsədi daşıyır.





Şəkil 3. Hər iki qrupda dilin protruziya və lateralizasiyasının ədədi ortası. P – dəyəri Friedman testləri (uzununa), Wilkokson imzalı dərəcə testləri (iştirakçılar daxilində), Mann – Whitney U-testləri (iştirakçılar arasında) vasitəsilə əldə edildi. *: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$; ***: $p < 0.001$. Dilin protruziya dərəcəsi 3 şkalada qiymətləndirildi: 0 nöqtəsi - dil aşağı dodağa toxuna bilmir; 1 nöqtəsi - dil aşağı dodağa toxuna bilir; 2 nöqtəsi - dil aşağı dodağın üzərindən keçir. Lateralizasiya dərəcəsi 3 şkalada qiymətləndirildi: 0 nöqtəsi - dil ağız bucağına toxuna bilmir; 1 nöqtəsi - dil ağız bucağına toxuna bilir; 2 nöqtəsi - dil ağız bucağının üzərindən keçir. Dilin sağ və sol lateralizasiyasının ortalaması tapıldı. ◆ : cərrahi qrup (müalicədən əvvəl, müalicədən az sonra, müalicədən 6 və 12 ay sonra) ■ : cərrahi – radioterapevtik qrup (müalicədən əvvəl,

cərrahi əməliyyatdan az sonra, radioterapiyadan az sonra, cərrahi əməliyyatdan 6 və 12 ay sonra) ►: sağlam qrup. Qrafikdəki ayrılıqlar ancaq visual kömək məqsədi daşıyır.

Nəticə: Bu tədqiqata dil və ağız dibinin yastı hüceyrəli karsinoması olan 45 xəstə daxil edildi. 9 – u qadın 14 – ü kişi olmaqla 63.9 ± 14.0 (ortalama $\pm$ SD (standart deviasiya)) yaş aralıklarında 23 xəstə cərrahi qrupda (CQ), 6 – sı qadın 16 – sı kişi olmaqla 61.8 ± 10.0 yaş aralıklarında 22 xəstə isə cərrahi – radioterapevtik qrupda (CRG) tədqiq edildi. Cədvəl 1 – də patoloji şişin mərhələlərinin (pŞ), rezeksiya sahəsinin və rekonstruksiya tipinin xarakteristikaları göstərilmişdir. X2 testləri xəstələrin sayının birincili şişin ölçüsü və rekonstruksiyanın

tipinə görə hər iki qrupda əhəmiyyətli dərəcədə fərqləndiyini göstərdi (Cədvəl 1). Tədqiq edilən xəstələr və tədqiqəndirmə zamanlarının qrafiki şəkil 1 – də təsvir edilib. Vaxt məhdudiyyəti ucbatından 2 xəstə cərrahiyyə ilə radioterapiya arasındakı zaman müddətində tədqiq edilə bilmədi. Bundan əlavə 2 xəstədə (CQ) cərrahi əməliyyatdan sonrakı 1 ay üçün əlavə rezeksiya aparıldı. 1 xəstədə (CRQ) geniş həcmli osteoradionekroz səbəbindən cərrahiyyədən sonrakı 6 ilə 12 ay arasındakı müddətdə rekonstruktiv əməliyyat aparıldı.

Dilin termal və taktil hissi funksiyaları: Yalnız cərrahi – radioterapevtik qrupdakı xəstələrdə cərrahi əməliyyata görə termal və taktil hissi funksiyalarda əhəmiyyətli dərəcədə azalma müşahidə edildi (Şəkil 2). Cərrahi – radioterapevtik qrupdakı xəstələrdə termal və taktil hissi funksiyaların göstəriciləri cərrahi qrupdakılara nisbətən aşağı oldu. Cərrahi əməliyyatdan öncə hər iki qrupdakı xəstələr sağlam insanlara bənzər termal hissiyyət göstərdilər. Cərrahi – radioterapevtik qrupdakı xəstələrdə daha az taktil hissi funksiya qeyd edildiyi halda, cərrahi qrupdakılar sağlam insanlardakı kimi funksionallıq nümayiş etdirdilər (Cədvəl 2). Cərrahi əməliyyatdan sonra bütün ölçülmə vaxtlarında hər iki qrupdakı xəstələrdə sağlam insanlarla müqayisədə termal və taktil hissi funksiyalarında əhəmiyyətli dərəcədə zəifləmə müşahidə edildi. Burda cərrahi qrupdakı xəstələrin əməliyyatdan 6 və 12 ay sonra qeyd olunan termal hissi funk-

siyalarındakı nəticələr istisna təşkil edir.

Dilin hərəkətliliyi: Hər iki qrupda dilin hərəkətliliyi əhəmiyyətli dəyişikliyə məruz qalıb (Şəkil 3). Hər iki qrupda əməliyyat səbəbindən dilin protruziya və lateralizasiyası azalmışdır (Şəkil 3). Cərrahi – radioterapevtik qrupdakı xəstələrdə protruziya və lateralizasiyanın göstəriciləri cərrahi qrupdakılara nisbətən aşağıdır. Cərrahi qrupdakı xəstələrdə əməliyyatdan 6 ay sonra protruziya və lateralizasiyanın əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşması müşahidə olundu. Hər iki qrupdakı xəstələrdə lateralizasiyanın dərəcəsi sağlam insanlarla müqayisədə aşağı oldu.

Əməliyyat və dilin funksiyası arasında asılılıq: Şişin mərhələsi cərrahi əməliyyatdan sonra dilin protruziya və termal hissi funksiyasının pisləşməsinə böyük dərəcədə təsir edir. Rekonstruksiya sahəsi də protruziyadakı dəyişikliyə təsir edir (Cədvəl 3).

Cədvəl 3. Şişin mərhələsinin, rezeksiya sahəsinin və rekonstruksiyanın dilin əməliyyatdan öncə və az sonrakı funksional dəyişikliklərinə təsiri Kruskal-Wallis testi və biristiqamətli VAAN ilə yoxlanıldı. Bu testlərin p – dəyərləri aşağıda göstərilir

	Şişin mərhələsi	Rezeksiya	Rekonstruksiya
Δ Termal hissi funksiya ^a	0.028*	0.295	0.344
Δ Taktil hissi funksiya ^a	0.977	0.156	0.413
Δ Protruziya ^a	0.030*	0.920	0.035*
Δ Lateralizasiya ^a	0.130	0.765	0.103

Δ: Əməliyyatdan öncə və az sonrakı fiziki nəticələrdəki fərqliliklər

a: Kruskal-Wallis testi

b: biristiqamətli VAAN *: $p < 0.05$

Müzakirə: Bu tədqiqat dil və ağız dibinin squamoz hüceyrə karsinoması olan xəstələrin cərrahi məliyyatdan sonra dillərinin hissi funksiyalarında əhəmiyyətli dərəcədə azalma olduğunu göstərdi (Şəkil 2). Bu nəticələr ağız və ağız – udlaq xərçəngindən müalicə almış xəstələrdə dilin funksionallığının aşağı düşməsi müşahidə olunan uzunmüddətli tədqiqatın nəticələri ilə üst – üstə düşür. Dilin hissi funksiyalarının pozulması daha çox cərrahi – radioterapevtik qrupda müşahidə olundu. hər iki qrupda əməliyyatdan az sonra termal hissi funksiyalarda müəyyən qədər sağalma qeyd edildi. Əməliyyatdan sonrakı ilk 12 ay ərzində taktil hissi funksionallıq aşağı səviyyədə qaldı. Əməliyyatdan sonra bütün hissi funksiyalar sağlam qrupdakılardan aşağı nəticə göstərdi (Cədvəl 2). Halbuki, taktil hissi funsiyanın səviyyəsi cərrahi – radioterapevtik qrupdakılarda cərrahi qrupdakılara nisbətən daha aşağı idi. Əməliyyatdan öncə taktil hissi funsiyanın səviyyəsi cərrahi – terapevtik qrupdakılarda sağlam qrupdakılara nisbətən daha aşağı idisə də, termal hissi funksiyalar üçün belə fərqliliklər müşahidə olunmadı. Bütün xəstələrdə əməliyyatdan az sonra termal hissi funksiyalarda azalma müşahidə olundu ki, bu da birincili şişin ölçüsü ilə əlaqəli idi (Cədvəl 3). Belə ki, birincili şişin ölçüsü dilin termal hissi funksiyalarının ilkin azalmasına təsir edir, daha böyük şişlər də öz növbəsində termal hissi funksiyalarının adha şiddətlə azalmasına səbəb olur.

Taktil və termal hissi funksiyaların nəticələrindəki fərqlər şişin qalın (taktil) və nazik (termal) hissi liflərə kompressiyası ilə izah edilə bilər. Qalın liflər kompressiyaya daha həssas ola bilərlər. Karpal tunel sindromunda olduğu kimi cərrahi dekompressiyadan sonra hissi funksiyalar üzərindəki araşdırmalar göstərdi ki, barmaq-

ların taktil hissi funksiyasının bərpası üçün tələb olunan vaxt termal hissi funksiyanınkından daha çoxdur. Bu fenomen həmçinin cərrahiyyədən sonra dildə taktil hissiyatın bərpa olunmamasına rəğmən termal hissiyatda sağalmanın müşahidə olunmasını izah edə bilər. Bütün xəstələrdə əməliyyatdan öncə dilin protruziya və lateralizasiya səviyyələri sağlam insanlarınkindan aşağı idi (Cədvəl 2). Dilin hərəkətliliyinin bütün ölçmələr boyunca cərrahiyyənin səbəb olduğu pozulmaları qeyd edildi (Şəkil 3). Cərrahi – radioterapevtik qrupdakı xəstələrdə dilin hərəkətliliyi cərrahi qrupdakılardan az idi. müqayisəedici tədqiqat göstərdi ki, ağız xərçəngindən müalicə almış xəstələrdə dilin hərəkətliliyinin itirilməsi ilə qida qəbulundakı məhdudiyyətlər arasında sıx əlaqə vardır. Bu tədqiqatda iştirak edən xəstələrin hamısında cərrahiyyədən az sonra protruziyada azalma müşahidə edildi ki, bu da rekonstruksiyanın tipi və birincili şişin ölçüsü ilə əlaqəli olmuşdur (Cədvəl 3). Böyük həcmli şişlər və rekonstruksiyalar dilin protruziyasını kəskin azaldır.

Bu tədqiqatda cərrahiyyədən sonrakı radioterapiyanın dilin funksiyaları üzərində əhəmiyyətli təsir göstərmədiyi müşahidə edildi. Halbuki, cərrahi – radioterapevtik qrupdakı xəstələrdə birincili şişin ölçüsü daha böyük idi və daha genişhəcmli rekonstruksiyalar aparılmışdı (Cədvəl 1). Buna görə də dilin hissi funksiyalarının və hərəkətliliyinin azalması cərrahi – terapevtik qrupdakı xəstələrdə cərrahi qrupdakılara nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə böyük idi. biz belə bir nəticəyə gələ bilərik ki, cərrahi müdaxilə dilin funksionallığı üzərində böyük mənfi təsir göstərir. Dilin və ağız dibi xərçənginin müalicəsində cərrahi üsulların daha da təkmilləşdirilməsi dili spesifik funksiyaları-

nin qorunması üçün mühümdür.

Cərrahi müalicədən sonra dilin funksional reabilitasiyası çeynəmə, udqunma və danışmaq qabiliyyətlərinin optimallaşdırılması üçün vacibdir. Orofasial fizioterapiya, danışma terapi-

yası və pəhriz kimi təsdiqini tapan müdaxilələr üzərindəki araşdırmalar onkoloji müalicədən sonra oral funksiyaları daha da yaxşılaşdırı-
bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.
2. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). Most frequent cancers in the Netherlands. www.ikcnet.nl 2008.
3. Scott B, Butterworth C, Lowe D, Rogers SN. Factors associated with restricted mouth opening and its relationship to health-related quality of life in patients attending a Maxillofacial Oncology clinic. *Oral Oncol* 2008; 44:430-438.
4. Shah JP, Johnson NW, Batsakis JG. Oral cancer. Martin Dunitz Publishers (distributed by Thieme Medical Publishers), 2003:390.
5. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol* 2009;45:340-350.
6. Speksnijder CM, van der Glas HW, van der Bilt A, van Es RJ, van der RE, Koole R. Oral Function After Oncological Intervention in the Oral Cavity: A Retrospective Study. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1231-1237.
7. Hiiemae KM, Palmer JB. Tongue movements in feeding and speech. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003;14:413-429.
8. Soboleva U, Laurina L, Slaidina A. The masticatory system - an overview. *Stomatologija* 2005;7:77-80.
9. Lazarus CL, Logemann JA, Pauloski BR, Rademaker AW, Larson CR, Mittal BB, Pierce M. Swallowing and tongue function following treatment for oral and oropharyngeal cancer. *J Speech Lang Hear Res* 2000;43:1011-1023.
10. Miyamoto JJ, Honda M, Saito DN, Okada T, Ono T, Ohyama K, Sadato N. The representation of the human oral area in the somatosensory cortex: a functional MRI study. *Cereb Cortex* 2006;16:669-675.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ОРАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННЫХ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ РТА

Давудов М.М., Рагимов Ч.Р., Караджей Е., Харирчи И.

АМУ кафедра хирургии челюстно-лицевой области

Онкологический институт Тегеранского университета медицинских наук.

Ключевые слова: реконструктивные операции, рак полости рта, оральная функция.

Прогресс в реконструктивной хирургии и лучевой терапии привел к повышению процента выживаемости и уменьшению функционального дефицита полости рта. Несмотря на растущую специфичность лечения рака, пациенты все еще сообщают об ухудшении функции языка. Сенсорная функция и подвижность языка были определены у 120 пациентов с карциномой языка и / или дна ротовой полости. Измерения проводились до операции, вскоре после операции, вскоре после лучевой терапии, через 6 и 12 месяцев после операции. Хирургическое вмешательство отрицательно влияло на сенсорную функцию языка и подвижность. Послеоперационная лучевая терапия не ухудшала сенсорную функцию, подвижность или напряженность языка. Мы можем заключить, что операция имела значительное отрицательное влияние на функцию языка, особенно в группе пациентов, которым проводилась послеоперационная лучевая терапия.

SUMMARY

ORAL FUNCTIONS IN PATIENTS WITH ORAL CANCER

Davudov M.M., Rehimov Ç.R., Qaraceyi Ə., Herirji İ.

Azerbaijan Medical University, Baku.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery

Tehran Medical University, Institute of Oncology

Key words: reconstructive surgery, oral cancer, oral function.

Progress in reconstructive surgery and radiotherapy tends to improve survival and reduces oral functional deficits. Despite the growing sophistication of cancer treatment, patients still report deterioration in tongue function. Sensory function and mobility of the tongue were determined in 120 patients with a carcinoma of tongue and/or floor of mouth. Measurements were performed before surgery, shortly after surgery, shortly after radiotherapy, 6, and 12 months after surgery. Surgery had a negative impact on tongue sensory function and mobility. Post-surgery radiotherapy did not further deteriorate sensory function, mobility, or force of the tongue. We may conclude that surgery had a significant negative influence on tongue function, especially in the group of patients treated with post-surgical radiotherapy.

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ
AZƏRBAYCAN STOMATOLOJİ ASSOSİASIYASI
VİTTA ELMİ TEXNİKA ŞİRKƏTİ**

**GLOBAL
CONTINUING
EDUCATION
PROGRAMME**



**MÜASİR İMPLANTOLOGİYAYA QIYMƏTLİ TÖHVƏ -
İTALİYA İMPLANT-PROTEZLƏMƏ MƏKTƏBİ**

**XXI BEYNƏLXALQ STOMATOLOJİ
KONQRESS**

P R O Q R A M

BAKİ - 01-02 iyul 2017

XXI МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС БАКУ 1-2 ИЮЛЯ 2017 ГОДА



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

тия в рамках " Global Continuing Education Programme" , проводимой FDI во многих странах мира. Состоявшийся 01-02 июля 2017 года XXI Международный стоматологический конгресс **«Итальянская школа импланто-протезирования – ценный вклад в современную имплантологию»**. Работу конференции приветственным словом открыла Президент АСА профессор



Выступает проф. Nicola de Angelis (Италия)



Участники конгресса

Р.Г. Алиева, затем к участникам конференции обратилась представитель фирмы BTK **Elena Scialasciova**. В работе конференции приняли участие более 100 врачей из Баку и регионов страны. С лекциями выступали dr dds dmsc **Nicola de Angelis** и dr dds dmsc **Danilo Bacchiocchi**. Большой интерес вызвал программный доклад «Успех в Имплантологии: сохранение твердых и мягких тканей и методы работы в эстетических зонах» - лектор dds dmsc **Nicola de Angelis**. Его

доклад включал в себя очень богатый клинический материал собственных исследований. Также интерес участников вызвали доклад «Итальянская Имплантология с немедленной нагрузкой методом "BWB" (метод шинирования с электро-сваркой): Качество - Высокая Точность - Пассивность - Прочность - Быстрота – Экономичность» Демо «BWB» проекция – представленный dr dds dmsc **Danilo Bacchiocchi**.

На конгрессе были представлены технологии однофазной имплантологии и протезирования с интраоральной электросваркой, двухфазные импланты и синкристиализация: разнообразие вариантов в выборе протезирования и технологические системы протезирования на имплантах.

Затем был проведен мастер класс.



Лекцию читает проф. Danilo Bacchiocchi

ASIA-PACIFIC

EUROPE

MIDDLE-EAST

GLOBAL CONTINUING EDUCATION PROGRAMME 2017

FACILITATING KNOWLEDGE TRANSFER

FDI World Dental Federation



ДИНАМИКА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СТОМАТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И ПИОБАКТЕРИОФАГА

А.Ч.Пашаев, К.Ч. Карагезова.

Азербайджанский Медицинский Университет.

Кафедра терапевтической стоматологии.

Ключевые слова: хроническая стоматогенная инфекция, провоспалительные цитокины, терапия, пиобактериофаг

В современной медицинской литературе достаточно публикаций, отражающих ухудшение состояния стоматологического здоровья населения. По данным мировой статистики, заболевания полости рта встречаются около 3,9 млрд человек [10]. В литературе представлена информация о распространенности, заболеваемости и смертности от конкретных причин, связанных с нелеченным кариесом, генерализованным пародонтитом и тяжелой потерей зубов [2]. Согласно проведенному анализу оказалось, что наиболее распространенными были генерализованный пародонтит и кариес постоянных зубов, составившие соответственно 11% и 9% [10].

Кариес зубов считается одним из основных очагов хронической инфекции. Несмотря на то, что осложнениями кариеса являются лишь две нозологические формы - пульпит и периодонтит, они широко распространены и число удалений зубов по поводу их колеблется от 67% до 80% [4,8]. По



данным ряда авторов, доля пульпита и периодонтита у людей в возрасте до 45 лет составляет 45–50% стоматологических заболеваний [10].

Стоматогенный очаг, являясь источником гетеро- и аутоантигенной персистенции, угнетающе влияет на иммунную систему. В этом аспекте представляет интерес изучение уровня цитокинов у пациентов с хронической стоматогенной инфекцией. [3].

По литературным данным [5] провоспалительные цитокины ИЛ-1β и ФНО-α, играющие важную роль в патогенезе хронического пародонтита, являются ведущими медиаторами воспаления и контролируют воспалительный процесс на всех этапах иммунного ответа - от инвазии пародонта микроорганизмами до деструкции альвеолярной кости. Известно, что в воспаленных тканях пародонта вырабатывается чрезмерное количество провоспалительных цитокинов, среди которых ИЛ-1β и ФНО-α привлекают особое внимание, которые, как считают, несут ответст-

венность за разрушение мягких и твердых структур пародонта [3,5,7].

Известно, что цитокины играют важную роль в поддержании нормального тканевого гомеостаза [9]. Провоспалительные цитокины, такие как интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β) и фактор некроза опухоли (ФНО- α), вырабатываются в ответ на внедрение патогенов и повреждение тканей и стимулируют развитие местной воспалительной реакции, которая направлена на устранение патогена и заживление тканей [5,7].

Данные литературы указывают на увеличение в 4 раза количества ИЛ-6 в содержимом корневых каналов при обострении хронического апикального периодонтита, что свидетельствует о наличии воспаления, захватывающего область периапикальных тканей зуба [1,7].

Данные широкомасштабных и долгосрочных многоцентровых программ исследования свидетельствуют, что, несмотря на широкое использование новых технологий проблема лечения больных с хронической стоматогенной инфекцией остается актуальной среди других в практической стоматологии.

Целью исследования явилось изучение уровня противовоспалительных цитокинов периферической крови и их изменения у пациентов с хронической стоматогенной инфекцией под влиянием местной терапии пиобактериофагом.

Материал и методы. Данное исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии и кафедры микробиологии и иммунологии Азербайджанского Медицинского Университета. В исследование были включены 80 пациентов с храни-

ческой стоматогенной инфекцией в возрасте от 16 до 69 лет, средний возраст $38,5 \pm 12,58$ лет. Мужчин было 30 (37,5%), женщин - 50 (62,5%). Критерием включения явилось наличие первичных очагов хронической стоматогенной инфекции-кариес и его осложнения, хронический пародонтит, критериями исключения - наличие хронических очагов лор-органов, в основном, хронический тонзиллит, хронический фарингит.

Контрольную группу составили 25 практически здоровых лица в возрасте от 22 до 61 года, средний возраст - $36,7 \pm 9,81$ лет. Мужчины составили 48,0% (12), женщины - 52,0% (13).

Концентрации ИЛ-1 β и фактора некроза опухоли (ФНО- α) в периферической крови определены методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью коммерческих наборов ProCon (ТОО "Протеиновый контур", Россия, Санкт-Петербург).

Наряду с традиционной местной и системной антибиотикотерапией был использован препарат «пиобактериофаг-комплексный жидкий», производства ФГУП НПО «Микроген» (Россия). Пиобактериофаг применяли местно в виде орошения и тампонирувания, до 200 мл в зависимости от размеров пораженного участка.

В зависимости от примененного вида лечения больные с хронической стоматогенной инфекцией были разделены на 2 группы: I группа (сравнения) - 40 пациентов, которые наряду с местным традиционным методом лечения; получали системно антибиотикотерапию II группа (основная) - 40 пациентов, которые получали системно антибиотикотерапию (в основном цефалоспоринового и ам-

пищелинового ряда), а местно - фаготерапию («пиобактериофаг – комплексный жидкий»).

Исследования проводили перед началом лечения, спустя 3 и 6 месяцев после проведенного лечения.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов оценки достоверности результатов, методов вариационной статистики по стандартным методикам. Обработку и анализ полученных данных выполняли на персональном компьютере с использованием прикладных программ Microsoft Office (Excel), пакета статистической программы «Statistica 7.0».

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что после лечения у пациентов основной группы (II) и группы сравнения (I) концентрации ИЛ-1 β и ФНО- α снижаются по сравнению с исходными показателями, полученными до лечения (табл.).

Исходный уровень ИЛ-1 β и ФНО- α в крови у пациентов I группы превышал контрольный в среднем в 2,6 ($p<0,01$) и в 2,8 раза ($p<0,01$) соответственно. У пациентов II группы концентрация ИЛ-1 β и ФНО- α была выше контрольной величины в среднем в 2,6

раза ($p<0,01$) соответственно.

Спустя 3 и 6 мес. после лечения содержание ИЛ-1 β в крови обследованных лиц I группы, в сравнении с исходным показателем, снизилось в 1,2 и 1,1 раза соответственно. При этом данные показатели были выше контрольных в 2,2 ($p<0,05$) и 2,4 раза ($p<0,01$). В эти же сроки отмечалось снижение и ФНО- α . Так, через 3 мес. терапии в сравнении с исходным уровень этого цитокина снизился в 1,4 раза ($p<0,05$), через 6 мес. - в 1,1 раза. Спустя 3 и 6 мес. после лечения содержание ФНО- α в сравнении с контрольной величиной было выше соответственно в 2,0 ($p<0,05$) и в 2,4 раза ($p<0,05$).

Во II группе наблюдалась схожая с I группой динамика величин провоспалительных цитокинов. Уровень ИЛ-1 β через 3 мес. по сравнению с исходным снизился в 1,5 раза ($p<0,05$), через 6 мес. - в 1,4 раза ($p<0,05$). Концентрация данного цитокина спустя 3 и 6 мес. была выше контрольного показателя в 1,7 ($p<0,05$) и в 1,8 раза ($p<0,05$). Содержание ФНО- α в крови через 3 мес. терапии снизилось по сравнению с исходным в 1,6 раза ($p<0,05$), через 6 мес. - в 1,4 раза ($p<0,05$). У лиц этой группы через 3 и 6 мес. сочетанной

Динамика концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных с хронической стоматогенной инфекцией до и после лечения ($M\pm m$)

Таблица

Группы обследования	Период обследования	ИЛ-1 β , пмг/мл	ФНО- α , пмг/мл
I группа (n=40)	до лечения	115,0 $\pm$ 8,68 (101-135)*	124,3 $\pm$ 9,06 (102-143)*
	через 3 мес.	94,0 $\pm$ 5,83 (79-119)*	91,4 $\pm$ 4,31 (74-103)*,**
	через 6 мес.	106,4 $\pm$ 5,4 (91-115)*	108,2 $\pm$ 2,56 (100-115)*
II группа (n=40)	до лечения	111,0 $\pm$ 11,0 (42-136)*	115,5 $\pm$ 10,2 (46-143)*
	через 3 мес.	75,0 $\pm$ 6,96 (61-105)*,**	73,3 $\pm$ 7,21 (60-99)*,**
	через 6 мес.	80,0 $\pm$ 7,23 (71-111)*,**	81,4 $\pm$ 9,9 (69-109)*,**
Контрольная группа (n=25)		43,4 $\pm$ 2,0 (38-49)	45,0 $\pm$ 1,65 (41-48)

Примечание: * - статистическая достоверность различий с контрольной группой;

** - с показателями до и через 3 мес. и 6 мес. лечения ($p<0,05-0,01$)

терапии уровень ФНО- α превышал контрольный в 1,6 ($p < 0,05$) и в 1,8 раза соответственно.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что после системной антибиотикотерапии в комплексе с местным традиционным лечением (I группа) и системной антибиотикотерапии с использованием местно пиобактериофага (II группа) у пациентов снижаются исходно высокие уровни цитокинов воспаления - ИЛ-1 β и ФНО- α , причем наиболее выражено - спустя 3 мес. после лечения. При этом у пациентов с сочетанным лечением системными антибиотиками и местным применением пиобактериофага снижение уровня ИЛ-1 β через 3 и 6 мес. по сравнению с исходным было достоверно значимым (в 1,5 и 1,4 раза, $p < 0,05$, соответственно), тогда как снижение концентрации этого цитокина у лиц, принимавших традиционное лечение, после в эти сроки наблюдения не достигло уровня статистической значимости.

Динамика ФНО- α в группах обследования была несколько иной. У пациентов с местным применением пиобактериофага снижение уровня этого цитокина через 3 и 6 мес. по сравнению с исходным, было достоверно значимым - в 1,6 и 1,4 раза ($p < 0,05$), соответственно. У пациентов группы с традиционной терапией статистически существенное снижение отмечалось через 3 мес. после лечения (1,4 раза, $p < 0,05$).

Сравнение величин концентрации ИЛ-1 β и ФНО- α после проведенного лечения между группой сравнения (I группа) и основной группой (II группа) показало наличие статистически достоверных различий по уровню

этих провоспалительных цитокинов. Так в основной группе по сравнению с группой сравнения спустя 3 и 6 мес. терапии снижение ИЛ-1 β в среднем составило 20,2% и 24,8% ($p < 0,05$) соответственно, ФНО- α - 19,8% и 24,8% ($p < 0,05$). Как видно, проведенная системно антибиотикотерапия с включением в схему лечения препарата «пиобактериофаг-комплексный жидкий», способствовала длительному эффекту, о чем подтверждают отдаленные результаты, т.е. показатели концентрации ИЛ-1 β и ФНО- α , полученные спустя 6 мес.

Следует отметить, что полученные нами результаты согласуются с данными А.М. Настуевой и соавт., которые также отмечали высокую концентрацию в крови ИЛ-1 β и ФНО- α с одонтогенными заболеваниями.

Повышенный исходный уровень провоспалительных цитокинов и последующее их выраженное снижение у пациентов с хронической стоматогенной инфекцией в процессе лечения традиционным методом в комплексе с пиобактериофагом, возможно, отражает изменение направленности иммунного ответа в результате переключения доминирующего изначально клеточного Th-1-типа, на гуморальный, что оценивается как благоприятный прогностический показатель.

Нужно отметить, что фаготерапия - одно из перспективных направлений биотерапии и эффективно используется при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Бактериофаги - вирусы бактерий размером около 20 нм в отличие от антибиотиков характеризуются высокой специфичностью действия в отношении представителей патогенной

флоры, не нарушают естественный микробиоценоз различных биотопов организма, не имеют противопоказаний, их применение сопровождается минимальным риском развития побочных эффектов [6]. Исходя из того, что любое промышленное производство фагопрепаратов основано на использовании в качестве продуцентов бактериофагов регионально адаптированных штаммов патогенных микроорганизмов, применение фотерапии соответствует принципам персонализированной медицины. Пиобактериофаг комплексный жидкий представляет собой смесь фаголизатов стафилококков, стрептококков, энтерококков, эшерихий коли, протей (мирабилис и вульгарис), псевдомонас аэругиноза и клебсиелл.

Таким образом, проведенные исследования показали, что включение пиобактери-

офага в комплексную терапию пациентов с хронической стоматогенной инфекцией способствует динамичному снижению провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α , достигая пика через 3 мес. терапии.

Таким образом, мониторинг уровней ИЛ-1 β и ФНО- α в крови у пациентов с хронической стоматогенной инфекцией в различные периоды исследования может явиться одним из методов оценки эффективности проводимой терапии. Комбинирование препарата «пиобактериофаг комплексный жидкий» с традиционной системной антибиотикотерапией сопровождается достоверным (в среднем в 1,5 раза) снижением ИЛ-1 β и ФНО- α в крови у пациентов с хронической стоматогенной инфекцией, что целесообразно учитывать при составлении программы лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И., Киченко С.М., Макеева М.К. Динамика концентрации цитокинов в раневом инфильтрате пародонтального кармана при лечении эндодонто-пародонтальных поражений // Фарматека, 2014, Том 3, №6, с.24-27.
2. Михайлова Е.Г. Применение препаратов с бактериофагами в комплексной восстановительной терапии хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2011, 23 с.
3. Настуева А.М., Хараева З.Ф., Мустафаев М.Ш. Цитокиновый профиль крови больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями различной степени тяжести // Фундаментальные исследования, 2015, №1-7, с. 1388-1391.
4. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Ольховская Е.Б., Честных Е.В. Распространенность осложнений кариеса зубов // Стоматология, 2014, №1, с. 19-20.
5. Самигуллина Л.И., Таминдарова Р.Р. Провоспалительные цитокины ФНО- α и ИЛ-1 β в регуляции метаболизма костной ткани и их роль в патогенезе хронического пародонтита // Современные проблемы науки и образования, 2014, №3, URL: www.science-education.ru/117-13354
6. Щербенков И.М. Бактериофаги. Что мы знаем о них? // Медицинский совет, 2013, №2, с.54-60.
7. Amaya P., Criado L., Blanco B. et al. Polymorphisms of pro-inflammatory cytokine genes and the risk for acute suppurative or chronic nonsuppurative apical periodontitis in a Colombian population // Int. Endod. J., 2013, vol. 46, No1, p.71-78.
8. Paes da Silva Ramos L.M., Fernandes Ordinola-Zapata R., Hungaro Duarte M.A., Alvares Capelozza A.L. Prevalence of apical periodontitis detected in cone beam CT images of a Brazilian subpopulation // Dent. Maxil. Fac. Radiol., 2013, vol. 42, No1, p. 8017-9163.

9. Re
ren

10. Ri

Э
DA

Açar s

Tədqiq
periferik q
Xronik
FNO- α ko
müalicə ala
ofaq) olan
Müqay
araşdırılma
hesabla aza

DYNAM
DENTA

Key wor

The aim
patients with
We exam
of IL-1 β and
local antibi
antibiotic the
Comparis
group showe
<0.05), respe

9. Rechenberg D.K., Bostanci N., Zehnder M., Belibasakis G.N. Periapical fluid RANKL and IL-8 are differentially regulated in pulpitis and apical periodontitis // Cytokine, 2014, vol. 69, No1, p. 116-119.
10. Richards D. Oral diseases affect some 3.9 billion people // Evid Based Dent., 2013, vol.14, No2, p.35.

XÜLASƏ

ƏNƏNƏVİ TERAPİYA VƏ PİOBAKTERİOFAQIN BİRGƏ TƏSİRİ FƏNUN- DA XRONİKİ STOMATOGEN İNFEKSİYA İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ PROİLTİHAB SİTOKİNLƏRİN DİNAMİKASI.

A.Ç.Paşayev, K.Ç.Qaragözova.

Azərbaycan Tibb Universitetinin terapeutik stomatologiya kafedrası.

Açar sözlər: Xroniki stomatogen infeksiya, proiltihab sitokinlər, terapiya, piobakteriofaq.

Tədqiqatın məqsədi – Xroniki stomatogen infeksiya ilə xəstələrdə yerli piobakteriofaq ilə terapiyanın təsiri altında periferik qanda proiltihab sitokinlərinin səviyyəsinin və onların dəyişməsinin öyrənilməsi olmuşdur.

Xroniki stomatogen infeksiya ilə $38,5 \pm 12,58$ yaşında 80 xəstə müayinə olunmuşdur. Periferik qanda $IL-1\beta$ və $FNO-\alpha$ konsentrasiyası İFA üsulu ilə təyin edilmişdir. Müqayisə qrupunu yerli antibiotikoterapiya ilə yerli ənənəvi müalicə alan 40 xəstə, əsas qrupu isə – sistem şəklinə antibiotikoterapiya, yerli faqoterapiya (kompleks piobakteriofaq) olan 40 xəstə təşkil edib.

Müqayisə və əsas qruplar arasında aparılan müalicədən sonra $IL-1\beta$ və $FNO-\alpha$ konsentrasiyasının göstəricilərinin araşdırılması göstərir ki, əsas qrupda 3 və 6 ay müalicədən sonar müvafiq olaraq $IL-1\beta$ -20,2% və 24,8% ($p < 0,05$) orta hesabla azalmışdır, $FNO-\alpha$ isə 19,8% və 24,8% ($p < 0,05$) təşkil etmişdir.

SUMMARY

DYNAMICS OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN PATIENTS WITH CHRONIC DENTAL INFECTION AGAINST THE BACKGROUND OF COMBINED EFFECTS OF TRADITIONAL THERAPY AND PYOBACTERIOPHAGE

A.Ch.Pashaev, K.Ch. Garagezova.

Azerbaijan Medical University. Department of Therapeutic Stomatology.

Key words: chronic dental infection, proinflammatory cytokines, therapy, pyobacteriophage.

The aim of the study was to study the level of anti-inflammatory cytokines of peripheral blood and their changes in patients with chronic dental infection under the influence of local therapy with a pyobacteriophage.

We examined 80 patients with chronic dental infection, the average age was 38.5 ± 12.58 years. The concentrations of $IL-1\beta$ and $TNF-\alpha$ in the peripheral blood were determined by ELISA. Comparison group - 40 patients who received local antibiotic therapy with a local traditional method of treatment; the main group - 40 patients who received systemic antibiotic therapy, local - phagotherapy (piobacteriophage - complex).

Comparison of the concentrations of $IL-1\beta$ and $TNF-\alpha$ after treatment between the comparison group and the main group showed that in the main group 3 and 6 months later, The decrease in $IL-1\beta$ on average was 20.2% and 24.8% ($p < 0.05$), respectively, $TNF-\alpha$ - 19.8% and 24.8% ($p < 0.05$).

МИКРОБИОЛОГИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НОШЕНИИ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Сафаров А.М., Акперли Л.Б.

Азербайджанский Медицинский Университет.

Кафедра ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: протезирование, акрилы, полость рта, микроорганизмы.

Актуальность исследования. Все еще растущий уровень воспалительных заболеваний пародонта, приводящих к частой утрате большого количества зубов, и в связи с этим возрастающая



потребность практически всех возрастно-половых и социальных групп населения в ортопедической стоматологической помощи обязывает врачей-ортопедов уделять особое внимание улучшению качества проводимого ортопедического лечения и повышению качества жизни самих протезоносителей.

Максимальное восстановление утраченных при полной или частичной вторичной адентии жевательной, речевой функций и, в общем, всего функционального состояния зубочелюстной системы, является одной из актуальных задач современной ортопедической стоматологии (1,2). В последние годы значительное количество научных изысканий посвящалось именно улучшению качества съемного зубного протезирования путем научно обоснованного практического внедрения новых технологий (6,9,5,7). Результаты стоматологического ортопедического лечения больных во многом определяется составом и определенными свойствами базисных

материалов, которые все еще широко применяются при изготовлении полных и частичных съемных зубных протезов (3,11). В процессе использования в этой области в последние десятилетия акриловых композиций были выявлены как положительные моменты - эстетический вид, отсутствие сложного технологического процесса, хорошая полируемость, так и некоторые весьма значимые недостатки, которые весьма серьезным образом влияют на адаптационные возможности организма протезоносителей и на переносимость их большинством пациентов, что, по мнению многих авторов, было связано с рядом недостатков, связанных с некоторыми особенностями самих базисных материалов (10,14,16). Здесь важно отметить постоянное присутствие в базисе и непрерывное вымывание из него остаточного мономера, так называемого полиметилметакрилата, недостаточно высокие его прочностные свойства, а также наличие пористости и неравномерность отверждения материала, что непременно оказывает негативное влияние на сроки пользования и долговечность съемных конструкций на основе акриловых пластмасс (12).

В с
ся ва
базис
опре
ных п
При
харак
котор
liches
разли
вой п
ми ак
с точ
ортоп
но и п
Це
тивн
путем
снова
Ма
следо
яние
обол
ными
сти в
сравн
ские
коло
ложе
тезон
изгот
- 15
типа
ции н
тым с
со сн
Rapid
дуем

В свете вышеизложенного, представляется важным детальное изучение различных базисных материалов, в некоторой степени определяющих адгезию представителей разных групп микроорганизмов полости рта (8). При этом оценка факторов, определяющих характер «экологической ситуации» и в некоторой степени влияющих на динамику количественных и качественных показателей различных видов микроорганизмов в ротовой полости у лиц, пользующихся съемными акриловыми зубными протезами, имеет, с точки зрения повышения эффективности ортопедического лечения, не только научное, но и практическое значение (4).

Цель исследования: Повышение эффективности съемного зубного протезирования путем клинико-микробиологического обоснования выбора базисного материала.

Материалы и методы исследования В исследованиях оценивали клиническое состояние и особенности микрофлоры слизистой оболочки полости рта у 43 больных со съемными протезами на верхней и нижней челюсти в возрасте от 25 до 67 лет. Для проведения сравнительного анализа бактериологические исследования особенностей микробной колонизации слизистой оболочки протезного ложа осуществлялось в трех группах протезоносителей, конструкции которым были изготовлены из пластмассы «MeliodentHC» - 15 человек; базисным материалом другого типа была пластмасса горячей полимеризации на основе ПММА, относящаяся к привитым сополимерам на основе акриловых смол со сшитыми полимерными цепями «Vertex Rapid Simplified» - 13 пациентов; у обследуемых ортопедических больных в третьей

группе изучали особенности микробной колонизации слизистой оболочки протезного ложа, при ношении съемных пластиночных протезов, изготовленных из «Фторакса», который принадлежит к привитым сополимерам на основе акриловых смол. Микробиологические исследования осуществляли в отношении представителей нормальной стабилизирующей микрофлоры полости рта (*S. sanguis*, *S. salivarius*, *P. anaerobius*, *E. faecialis*, *Prevotella oralis*) и патогенной группы бактерий, ответственных за возникновение и развитие воспалительного процесса в мягких и твердых тканях полости рта (*актиномицеты*, *Prevotella gingivalis*, *Fusobacterium spp.* *Candida albicans*). Забор материала выполняли в определенные сроки после наложения протезов - на 5-е и 10-е сутки, а также через 1 месяц. Изучение микрофлоры ротовой полости проводили с использованием техники аэробного и анаэробного культивирования. Культивирование проводили при 37° С. Для количественного изучения микрофлоры и оценки колонизации слизистой оболочки протезного ложа определяли содержание каждого вида бактерий из расчёта на 1 см² адгезивной плёнки (lgKOE/см²).

Результаты исследований разработанных материалов обрабатывали методами вариационной статистики с расчетом средних величин (M), среднего квадратичного отклонения (δ) и ошибки средней величины (m). Достоверность различий в показателях соответствующих методов исследования определяли с помощью критерия «t» Стьюдента. Статистически достоверным считалось значение, которому в таблице соответствовало значение $p \leq 0,05$.

Результаты собственных исследований и их обсуждение

В ходе проведенных клинико-лабораторных исследований при ортопедическом лечении больных для изготовления съемных пластиночных протезов использовали базисные материалы из акриловых пластмасс с применением метода горячей полимеризации, в частности «Vertex Rapid Simplified», порошок которого представляет с собой мелкодисперсный, суспензионный сополимер метилового эфира метакриловой кислоты, а жидкость это метиловый эфир метакриловой кислоты, содержащий в своем составе сшивагент диметакриловый эфир дифенилопропана (табл. 1).

Для выработки диагностических критериев и прогноза по возможному развития дисбиоза в процессе ношения протезов, по-

вышению риска развития стоматита на фоне усиленной колонизации мягких тканей полости рта протезоносителей представителями условно-патогенной и патогенной микробной флоры, степени выраженности их адгезии, на первом этапе исследований проводилась определение частоты высеваемости и первичной адгезии микроорганизмов.

Согласно результатам статистического анализа полученных лабораторных данных уже на 10-е сутки после завершения ортопедического лечения в полости рта обследуемых больных регистрировались определенные нарушения в микробиоценозе ротовой полости рта. Так количество *S. sanguis*, прилипших к слизистой протезного ложа в вышеуказанные сроки составляло в среднем $7,91 \pm 0,090$ lgKOE/см², против $5,07 \pm 0,078$ lgKOE/см², в этой же группе, но на начальном

Таблица 1

Степень обсемененности слизистой оболочки протезного ложа при ношении акриловых зубных протезов («Vertex Rapid Simplified», n=15)

Вид бактерий	5-е сутки	10-е сутки	P	1 мес.	P
<i>S.sanguis</i>	$5,07 \pm 0,078$	$7,91 \pm 0,090$	<0,001	$8,03 \pm 0,092$	<0,001
<i>E.faecalis</i>	$3,98 \pm 0,065$	$6,08 \pm 0,059$	<0,001	$6,21 \pm 0,037$	<0,001
<i>S.salivarius</i>	-	$4,02 \pm 0,088$	-	$5,05 \pm 0,072$	-
<i>P.anaerob.</i>	$5,11 \pm 0,051$	$7,09 \pm 0,067$	<0,001	$7,06 \pm 0,048$	<0,001
<i>P.oralis</i>	-	$4,00 \pm 0,076$	-	$6,08 \pm 0,088$	-
<i>A.naesi</i>	$4,96 \pm 0,084$	$5,00 \pm 0,066$	>0,05	$5,03 \pm 0,068$	>0,05
<i>A.israeli</i>	$4,06 \pm 0,101$	$2,08 \pm 0,038$	<0,001	$2,05 \pm 0,031$	<0,001
<i>P.melanin</i>	$4,10 \pm 0,072$	$5,05 \pm 0,082$	<0,001	$4,08 \pm 0,063$	>0,05
<i>P.gingiv.</i>	$3,99 \pm 0,078$	$5,07 \pm 0,048$	<0,001	$4,03 \pm 0,050$	>0,05
<i>Fusobact.</i>	$4,09 \pm 0,045$	$3,03 \pm 0,038$	<0,001	$2,02 \pm 0,031$	<0,001
<i>Candida</i>	$2,06 \pm 0,042$	$4,10 \pm 0,095$	<0,001	$5,08 \pm 0,050$	<0,001

Примечание: P – достоверность различия относительно 5-е сутки

этапе исследований ($P < 0,001$). Почти аналогичной в эти же сроки после наложения протеза из пластмассы «Vertex Rapid Simplified» была и колонизация слизистой оболочки представителем анаэробных пептострептококков - *P. anaerobicus*. Достаточно высокой «совместимостью» с изучаемой акриловой пластмассой горячей полимеризации отличались бактероиды *Prev. Oralis*, частота высеваемости которых резко возросла уже на 10-е сутки и составила примерно $4,00 \pm 0,076$ lgKOE/cm², тогда как на самом раннем этапе

lgKOE/cm². Существенные сдвиги в количественных и качественных показателях наблюдались на различных этапах бактериологических исследований при изучении степени колонизации мягких тканей протезного ложа наиболее вирулентными и патогенными микроорганизмами ротовой полости.

Необходимо отметить, что уже первичные статистические данные свидетельствовали о выраженной колонизации протезного ложа представителями всех исследуемых нами агрессивных патогенных видов бактерий. При

Таблица 2

Микрофлора полости рта при ношении акриловых зубных протезов («Фторакс», n=15)

Вид бактерий	5-е сутки	10-е сутки	P	1 мес.	P
<i>S. sanguis</i>	$7,03 \pm 0,042^*$	$9,17 \pm 0,056^*$	$<0,001$	$8,89 \pm 0,048^*$	$<0,001$
<i>E. faecalis</i>	$6,09 \pm 0,067^*$	$8,06 \pm 0,046^*$	$<0,001$	$8,05 \pm 0,039^*$	$<0,001$
<i>S. salivarius</i>	-	$4,03 \pm 0,080$	-	-	-
<i>P. anaerob.</i>	$8,07 \pm 0,038^*$	$9,05 \pm 0,047^*$	$<0,001$	$7,02 \pm 0,034$	$<0,001$
<i>P. oralis</i>	$5,15 \pm 0,067$	$6,06 \pm 0,051^*$	$<0,001$	$6,18 \pm 0,044$	$<0,001$
<i>A. naesl.</i>	$5,09 \pm 0,071$	$6,12 \pm 0,040^*$	$<0,001$	$6,97 \pm 0,056^*$	$<0,001$
<i>A. israeli</i>	$4,04 \pm 0,082$	$5,07 \pm 0,051^*$	$<0,001$	$6,09 \pm 0,038^*$	$<0,001$
<i>P. melanin</i>	$6,23 \pm 0,041^*$	$7,04 \pm 0,050^*$	$<0,001$	$8,15 \pm 0,043^*$	$<0,001$
<i>P. gingiv.</i>	$5,10 \pm 0,040^*$	$5,15 \pm 0,032$	$>0,05$	$6,07 \pm 0,046^*$	$<0,001$
<i>Fusobact.</i>	$7,10 \pm 0,069$	$8,13 \pm 0,049^*$	$<0,001$	$7,19 \pm 0,058^*$	$>0,05$
<i>Candida</i>	$3,10 \pm 0,046$	$5,14 \pm 0,036^*$	$<0,001$	$7,22 \pm 0,093^*$	$<0,001$

Примечание: P – достоверность различия относительно 1-е сутки,

* – достоверность различия относительно 1-ой группы, $p < 0,05$.

лабораторных исследований они не обнаруживались и вовсе.

Максимальное содержание представителей данной группы микрофлоры полости рта регистрировалось на 30-е сутки ношения ортопедических конструкций - $6,08 \pm 0,088$

этом усиленная колонизация в процессе использования съемной протезной конструкции из вышеуказанного базисного материала отмечалась и в отдаленные сроки исследований при оценке количества грибов, в частности рода *Candida* - $2,06 \pm 0,042$ lgKOE/

см²; $4,10 \pm 0,095$ IgKOE/см² и $5,08 \pm 0,050$ IgKOE/см² на 5-е, 7-е и 30-е сутки, соответственно ($P < 0,001$).

Динамика количественных изменений у важнейших стабилизирующих видов и некоторых представителей патогенной микрофлоры полости рта при ношении протезов на базе другого типа акриловых базисных пластмасс («Фторакс») также горячей полимеризации представлена в таблице 2. В ходе исследований были выявлены существенные различия по уровню колонизации подлежащей слизистой оболочки некоторыми представителями вирулентных и стабилизирующих видов микроорганизмов.

Так, полученные цифровые данные свидетельствуют о том, что в этой группе протезоносителей стабилизирующие бактерии полости рта, такие как *P. anaerobius* и *Prevotella oralis*, чаще, чем в предыдущей группе больных, обладали способностью к выраженной колонизации поверхности протезного ложа - $9,05 \pm 0,047$ IgKOE/см² и $6,06 \pm 0,051$ IgKOE/см², против $7,09 \pm 0,067$ IgKOE/см² и $4,00 \pm 0,076$ IgKOE/см², соответственно на 5-е и 10-е сутки в предыдущей группе ортопедических больных.

Но при оценке количественных параметров степени обсемененности мягких тканей полости рта грибами рода *Candida* то они при ношении протезов из фторакса превышают таковые у больных, пользующихся съемными протезами из предыдущего базисного материала, что нередко предопределяет при благоприятных условиях возникновение и прогрессирование патологических процессов и осложнений воспалительного характера.

Таким образом, рассмотренные протезные базисные материалы, правда не в равной

степени, могут оказаться факторами риска прогрессирующего нарастания частоты высеваемости в полости рта представителями патогенных, агрессивных и вирулентных видов бактерий.

Существенные отличия в полученных показателях наблюдались и при изучении степени обсеменности слизистой оболочки протезного ложа после припасовки съемной протезной конструкции, изготовленной из одного из часто используемых в съемном зубном протезировании в современной практической стоматологии типов акриловых пластмасс - "Meliodent HC", принадлежащей к привитым сополимерам на основе акриловых смол, на основе порошка, представляющий с собой мелкодисперсный, суспензионный и привитой сополимер метилового эфира метакриловой кислоты.

Полученные статистические данные не выявили факт ранней колонизации слизистой оболочки полости рта практически всеми изучаемыми патогенными видами микрофлоры полости рта, включая фузобактерии, грибы, актиномицеты. Данные микроорганизмы в отличие от аналогичных показателей уровня колонизации в двух предыдущих группах интенсивно осаждали слизистую оболочку протезного ложа в более поздние сроки (табл.3). А в случаях с динамикой количественных показателей *Fusobacterium* spp., то они не высевались и вовсе на всех этапах лабораторных исследований.

Сравнительно более выраженной на исследуемых биотопах полости рта протезоносителей в третье экспериментальной группе и то в более отдаленных этапах была колонизация некоторыми видами патогенных вирулентных микробов, в частности *Porphyromonas gingivalis* и *Candida* spp. Так,

существенное увеличение количества пародонтопатогенного микроорганизма отмечалось к 10-м и 30-м суткам наблюдений - $4,16 \pm 0,040$ lgKOE/cm² и $4,09 \pm 0,046$ lgKOE/cm², соответственно ($P < 0,001$). Необходимо отметить в этой группе минимальную по сравнению с другими изученными ранее

лентные виды микробной флоры в той или иной степени в зависимости от характерных особенностей базисного материала обладают способностью к колонизации мягких тканей полости рта протезоносителей. При этом количественные и качественные параметры колонизации патогенной флоры в первой и

Таблица 3

Динамика изменений в микрофлоре полости рта на фоне ношения акриловых протезов из «Meliodent»-а (n=13)

Вид бактерий	5-е сутки	10-е сутки	P	1 мес.	P
S.sanguis	$4,20 \pm 0,057^{*,**}$	$6,08 \pm 0,044^{*,**}$	$<0,001$	$7,05 \pm 0,035^{*,**}$	$<0,001$
E.faecalis	$4,16 \pm 0,060^{**}$	$6,17 \pm 0,035^{**}$	$<0,001$	$6,11 \pm 0,040^{**}$	$<0,001$
S.salivarius	-	-	-	$2,02 \pm 0,036^{**}$	-
P.anaerob.	$2,09 \pm 0,026^{*,**}$	$4,18 \pm 0,054^{*,**}$	$<0,001$	$5,06 \pm 0,078^{*,**}$	$<0,001$
P.oralis	-	$2,15 \pm 0,064^{*,**}$	-	$4,01 \pm 0,085^{*,**}$	-
A.naesi.	$1,14 \pm 0,038^{*,**}$	$2,10 \pm 0,047^{*,**}$	$<0,001$	$4,20 \pm 0,052^{*,**}$	$<0,001$
A.israeli	-	-	-	-	-
P.melanin	-	$2,23 \pm 0,044^{*,**}$	-	$3,16 \pm 0,035^{*,**}$	-
P.gingiv.	-	$4,16 \pm 0,040^{*,**}$	-	$4,09 \pm 0,046^{**}$	-
Fusobact.	-	-	-	-	-
Candida	-	$2,08 \pm 0,056^{*,**}$	-	$3,25 \pm 0,043^{*,**}$	-

Примечание: P – достоверность различия относительно 1-е сутки,

* – достоверность различия относительно 1-ой группы, $p < 0,05$,

** – достоверность различия относительно 2-ой группы, $p < 0,05$.

базисными материалами и степень колонизации протезного ложа дрожжеподобными грибами рода Candida, которая нарастала к концу исследований, уступая при этом показателям в первой и второй группах ортопедических больных ($P < 0,05$).

Полученные данные показывают, что важнейшие, как стабилизирующие, так и виру-

второй группах ортопедических больных, пользующихся конструкциями на базе «Фторакса» и «Vertex Rapid Simplified», существенно превышают таковые для тех же видов микроорганизмов в третьей группе пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалов Р.М., Гараев З.И., Рзакулиева Д.М. Адаптация к съемным пластиночным зубным протезам // *Caucasian dental news*. Баку, 2002, №6, с.43-48.
2. Гараев З.И., Джавадов Р.А. Клинико-лабораторные аспекты развития периимплантитов и оптимизация лечебно-профилактических мероприятий *Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri*, 2011, №4, s.160-163
3. Поляков, К.М. Лабораторная оценка свойств стоматологических материалов для эстетического микропротезирования // *Стоматологический журнал*. - 2013. - №1. - С. 29-32.
4. Примачева, Н.В. Клинико-лабораторное обоснование эффективности применения биологически активной пленки у пациентов, пользующихся съемными протезами: дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж. – 2010. - 104 с.
5. Романова, Ю.Г. Эффективность применения адаптационных гелей в ортопедической стоматологии // *Стоматологический журнал*. - 2013. - №2. - С. 141-143.
6. Рубленко, С.С. Влияние зубных протезов из акриловой пластмассы и нейлона на неспецифическую резистентность и микрофлору полости рта [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Красноярск. - 2012. – 20
7. Сафаров, А.М. Состояние слизистой оболочки протезного ложа при съемном протезировании // *Вестник стоматологии*. - 2010. - №2. - С. 121-123.
8. Сулемова Р.Х., Огородников М.Ю., Царев В.Н. Клинико-микробиологическая характеристика динамики микробной колонизации съемных зубных протезов с базисами из полиуретана и акриловых пластмасс // *Российский стоматологический журнал*. – М., 2007. - № 6. – С. 20-22.
9. Фролов, И.Ю. Отечественный поликарбонат «ЭВИХАРД»- новый материал для изготовления базисов съемных протезов // *Зубной техник*. - 2011. - №4. - С. 102-104.
10. Чиркова, Н.В., Комарова Ю.Н. Анализ факторов, влияющих на период адаптации у пациентов со съемными пластиночными протезами // *Современная ортопедическая стоматология*. – 2011. - №15. - С. 50.
11. Giampaolo, E.T. Jorge J.H., Ma-chado A.L., et al. Effect of thermal cycling on microleakage between hard chair-side relines and denture base acrylic resins // *Gerodontology*. – 2011. – Vol. 28. - P. 121-126.
12. Goldberg, M. In vitro and in vivo studies on the toxicity of dental resin components // *A Review. Clin Oral Investig.* –2008. - Vol. 12. – P. 1-8.
13. Novais, P.M., Giampaolo E.T., Vergani C.E. et al. The occurrence of porosity in reline acrylic resins. Effect of microwave disinfection // *Gerodontology*. – 2009. – Vol. 26. - P. 65-71.
14. Perez, L.E., Machado A.L., Ca-nevarolo S.V. et al. Effect of reline material and denture base surface treatment on the impact strength of a denture base acrylic resin *Gerodontology*. – 2010. – Vol. 27. - P. 62-69.
15. Thunyakitpisal, N., Thunyakit-pisal P., Wiwatwarapan C. The effect of chemical surface treatments on the flexural strength of repaired acrylic denture base resin// *J Prosthodont*. – 2011. - Vol. 20. - P. 195-199.
16. Vergani, C.E., Seo R.S., Reis J.M. et al. Effect of water storage on the shear strength and fatigue limit of the reline resin bond to denture base resins // *J Adhes Dent*. – 2010. - Vol. 12. - P. 319-327.

XÜLASƏ

ÇIXAN DİŞ PROTEZLƏRİN İSTİFADƏSİ ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNUN
MİKROBİOLOGİYASI

Səfərov A.M., Əkbərli L.B.

Azərbaycan Tibb Universiteti.

Ortopedik stomatoloqiya kafedrası.

Acar sözlər: protezləmə, akrillər, ağız boşluğu, mikroorqanizmlər.

Ortopedik müalicə effektivliyinin müəyyənəşdirilməsi müxtəlif akril materiallardan olan protezlərdən istifadə edən 43 xəstədə mukozada iltihab dərəcəsinin mikrobioloji qiymətləndirilməsi ilə aparılmışdır. Bir sıra patogen bakteriyaların, o cümlədən Fuzobakteri və Candida göbələklərinin, üçüncü qrup xəstələrin ağız boşluğunun yumşaq toxumalarına yapışma dərəcəsinin daha aşağı səviyyədə olması aşkar edilmişdir. Əldə olunan bütün nəticələr əsasında qeyd etmək lazımdır ki «Meliodent» materialından hazırlanan çıxan protezlər protez yataqının yumşaq toxumalarının microbiocenoza daha zəif və mənfi təsir göstərir, bu isə, bizim fikrimizcə, protez stomatiti riskinin azalması və protezləmənin səmərəliliyinin artırılması üçün şərait yaradır.

SUMMARY

MICROBIOLOGY OF ORAL CAVITY AT USE OF REMOVABLE DENTURES

Safarov A.M., Akperli L.B.

Azerbaijan Medical University

Department of Prosthetic Dentistry

Key words: prosthetics, acrylics, oral cavity, microbes.

Determination of the effectiveness of orthopedic treatment included a microbiological evaluation of 43 patients with the degree of inflammation in the oral mucosa when use wearing dentures from various acrylics base materials. Pathogenic species of bacteria, including fuzobakteri and fungi of Candida are extremely low values of adhesion to the soft tissues of the oral cavity at the third group of patients. The foregoing and all the results obtained allow us to conclude that the removable prosthetic design, made from the base material «Meliodent», have a less pronounced negative effect on the structure of microbe's biofilms at soft tissue of prosthetic bed, which, in our opinion, will reduce the risk of prosthetic stomatitis and increase the efficiency of a removable denture.

Türkiyə Dışhəkimləri Birliyinin 23 - cü Beynəlxalq Konqresi 21 - 24 sentyabr 2017, İstanbul

Qonşu Ölkələrin Stomatologiya Assosiasiyalarının 7-ci Əməkdaşlıq Platformasının (NDACP) görüşü İstanbul Konqres Mərkəzində (İCC) 22 sentyabr 2017-ci ildə baş tutmuşdur.

Gündəlikdə Qonşu Ölkələrin Stomatologiya Assosiasiyalarının Əməkdaşlıq Platformasının 2011-2017-ci illər üzrə qiymətləndirilməsi və Qonşu Ölkələrin Stomatologiya Assosiasiyalarının Əməkdaşlıq Platformasının səmərəliliyinin, məhsuldarlığının və əyaniliyinin artırılması üçün strukturlaşma üçün potensial ehtiyacın qiymətləndirilməsi müzakirə olub.

İştirakçıları Türk Dışhəkimləri Birliyi (Turkish Dental Association - TDA) adından salamlayan Türk Dışhəkimləri Birliyinin (TDA) Baş Katibi Dr. Neslihan Sevimin giriş sözü ilə başladı. O, TDA-nın bu platformaya pozitiv münasibətini vurğulayaraq hər bir iştirakçını qısaca olaraq özünü təqdim etməsini xahiş etdi. Qısa təqdim etmədən sonra o, qonaqları salamlamaq üçün sözü **Dr. A.R.İlker Cebeci**yə, TDA-nın Prezidentinə verdi.

Dr. A.R. İlker Cebeci bildirdi ki, "Bu Əməkdaşlıq Platforması 2011-ci ildə 18-ci Beynəlxalq Stomatologiya Konqresi kontekstində 12 qonşu ölkənin fəaliyyəti sayəsində yaradılmışdır. Türk Dışhəkimləri Birliyinin (TDA) dəvəti ilə bu Platforma İstanbulda 6 dəfə keçirilmişdir. Bu gün biz, indicə ümumiləşdirməyə çalışdığım tarixi olan Qonşu

Ölkələrin Stomatologiya Assosiasiyalarının 7-ci Əməkdaşlıq Platformasını (NDACP) keçiririk. Bu nəticəyə olan töhfəniz üçün sizə təşəkkür edirəm.

Biz, direktiv buraxmaqla idarəetmə planı hazırlamalı, Protokolumuzu nəzərdən keçirərək obyektiv mülahizələr yürütməli və bəlkə onu yeniləməli, bir müddət əvvəl böyük səylər nəticəsində yaradılmış bu platformanı həqiqətən də məhsuldar struktur olması və korporativ struktur əldə etməsi üçün imkan yaratmalıyıq. Biz, Türk Dışhəkimləri Birliyi (TDA) kimi Qonşu Ölkələrin Stomatologiya Assosiasiyalarının 7-ci Əməkdaşlıq Platforması (NDACP) görüşünün bizim üçün yeni üfqlər açacağına və gələcək tədqiqatlarımızı formalaşdıracağına ümid edirik. Platformamızın daha məhsuldar tədqiqatları üçün nümayiş etdirdiyiniz dəstəyə görə sizə təşəkkür edirəm. İnanıram ki birgə fəaliyyətimiz gündən günə artan səylər nəticəsində bu məqsədə xidmət edəcəkdir."

Daha sonra **Dr. Neslihan Sevim** sözü **Dr. Gerhard Seeberger**ə, FDI-nin seçilmiş Prezidentinə verdi. Dr. Gerhard Seeberger bu səmimi dəvətə görə təşəkkür etdi. O görüşdə iştirakından məmnun olduğunu, iştirakçıların çoxunu FDI-də fəaliyyətindən dolayı tanıdığını və onlarla işlədiyini söylədi. O həm də Platformada müzakirə edilən məsələlərin FDI-nin də məsələləri olduğunu, problemlərin eynilik təşkil etdiyini əlavə etdi.

Gündəlikdə
Stomatologiya
Platformasının
qiymətləndirilməsi
Komissiyası
bildirdi ki,
siasiyaların
logiya fəaliyyəti



TDB-nin Prezidenti Dr. İlker Cebeci

Gündəliyin 2-ci bəndi “Qonşu Ölkələrin Stomatologiya Assosiasiyalarının Əməkdaşlıq Platformasının 2011-2017-ci illər üzrə qiymətləndirilməsi” idi. TDA-nın Xarici İşlər Komissiyasının üzvü Dr. Nermin Yamalık bildirdi ki, bu əməkdaşlıq stomatologiyanın assosiasiyalar, məsləhətxanalər, tələbələr, stomatologiya fakültələri və stomatologiya sənayesinə

qədər bütün komponentlərini daxil etmək üçün genişləndirilə bilər. O, **Dr. A.R.İlker Cebecinin** Platformanın məhsuldarlığını və əyaniliyini artırmaq məqsədilə müxtəlif işçi qruplarının təsis edilməsi təklifini dəstəklədi.

Dr. Dorjan Hyusi, Alban Stomatologiya Assosiasiyasının Prezidenti bildirdi ki, birgə elmi tədqiqatlar və layihələr icra edilə bilər. Effektiv



İclas zamanı



Nümayəndələrin xatirə rəsmi

tədqiqatlar xüsusilə epidemiologiya sahəsində həyata keçirilə bilər və bunlar birgə fəaliyyət kimi əlavə əyaniliyi təmin edəcəkdir.

Dr. İbrahim Ghannam, Fələstin Stomatologiya Assosiasiyasının Prezidenti, bu platformanın keçmişə boylandıqda daha səmərəli ola biləcəyini qeyd etdi: lakin, təəssüf ki, məhsuldarlıq məhdudlaşdırılmışdır: yenidən qiymətləndirmə TDA-nın təklif etdiyi kimi faydalı ola bilərdi və o, işçi qrupların təsis edilməsi fikrini dəstəklədi. Bundan başqa, o, hər bir ölkənin bu platformada daimi nümayəndəsinin olmasının yararlı ola biləcəyini də bildirdi (FDI-də NLO kimi).

Dr. Fahad Ali Alshehri, Səudiyyə Stomatologiya Assosiasiyasının Prezidenti bu görüşə ilk olaraq qatıldığını, buna görə də əvvəlki tədqiqatlar barədə məlumatı olmadığını və platformanın tələbə mübadiləsi və təhsili üçün faydalı ola biləcəyini qeyd etdi. Belə bir mübadilənin onun ölkəsi üçün çətin ola biləcəyinə baxmayaraq, o, bunun Platforma çərçivəsində bir çox ölkələr üçün böyük əhəmiyyət kəsb edə

biləcəyini düşündüyünü bildirdi. O, Konqres çərçivəsində əməkdaşlığın onlar üçün daha asan ola biləcəyini əlavə etdi.

Dr. Nermin Yamalik platformanın qurulmasından bu yana konqreslərin əsas əməkdaşlıq sahəsi olduğunu ifadə edərək, konqreslər çərçivəsində əməkdaşlığın əlavə protokolla 6 maddədə ətraflı şərh edildiyini bildirdi. Lakin yeni tələblərə uyğun olaraq protokola yenidən baxıla bilər.

Dr. Azamat Baigulakov, Kazaxstan Stomatologiya Assosiasiyasının Prezidenti və **Dr. Abibilla Kalbaev**, Qırğız Respublikası Stomatologiya Assosiasiyasının Prezidenti, TDA Konqreslərinin iclaslarında rus dili üzrə tərcüməçilər olarsa, konqresdə iştirak etmək istəyənlərin sayının daha da artma biləcəyini bildirdilər. bundan başqa, **Dr. Azamat Baigulakov** ünsiyyət üçün sosial mediadan istifadə edilməsinin səmərəli və zərurət ola biləcəyini ehtimal etdi. **Dr. Abibilla Kalbaev** həm də stomatologiya sektorunun zəif olduğunu əlavə etdi: stomatologiya sənayesində əməkdaşlıq faydalı

ola bil
larının
başlam
Dr.
matolo
Lazra
sının B
çevrilm
Dr.
logiya
elmi j
bölüşü
artırılm
konqre



Sərginin açılışı

ola bilərdi. O, ölkələrdə konqreslərin sertifikatlarının qarşılıqlı tanınması üzrə tədqiqatların başlamasını təklif etdi.

Dr. Xalid (Khaled) Tanazefti, Tunis Stomatologlar Birliyinin Prezidenti və **Dr. Jamil Lazraq**, Mərakeş Stomatologiya Assosiasiyasının Baş Katibi, bu plarformanın Federasiyaya çevrilməsini tövsiyə etdilər.

Dr. Rəna Əliyeva, Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyasının Prezidenti bildirdi ki, elmi jurnallarda biliklərin və məlumatların bölüşülməsi çox vacibdir və bu sahəyə diqqət artırılmalıdır. O, həm də qonşu dövlətlərin konqresdə iştirakçılarının sayını az aşağı olması-

nı məyusedici olduğunu əlavə etdi: bu ölkələrin nümayəndələri Konqresin tanınması üçün daha çox səs göstərməlidir.

Dr. Hande Şar Sancakli, TDA-nın Xarici İşlər Komissiyasının üzvü, xüsusilə elmi sahələrdə əməkdaşlığın fəallaşdırılması zərurətini qeyd edərək TDA-nın təhsil və konqreslərin təşkili sahəsində zəruri təcrübəyə sahib olduğunu ifadə etdi. Bəzi iştirakçılar platforma çərçivəsində bu görüşün ildə bir dəfədən daha artıq keçirilməsinin və vebinar kimi yeni modellərdən elmi yeniliklərin mübadiləsi üçün istifadə edilməsinin məqsədəuyğun olacağını bildirdi.

ЗНАЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.

Г.К. Зейналова, Л.А. Мамедова, Э.А. Иманов
Азербайджанский Медицинский Университет.

Кафедра стоматологии детского возраста.

Российская Федерация ФУВ МОНИКИ.

Кафедра стоматологии.

Ключевые слова: гигиена, санитарное просвещение, диспансеризация.

Сохранение стоматологического здоровья населения как составного элемента здоровья нации является одной



республики устанавливает организационно-правовые основы защиты и укрепления здоровья детей, лечебно-профилактиче-

из важнейших государственных задач [4]. Реальный позитивный эффект профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения зависит от согласованных действий различных структур общества и целенаправленной государственной политики в этой области, обособленной положениями Конституции АР. Состояние здоровья детей и подростков определяет будущее нации. Закон Азербайджанской республики от 5 марта 2013 года №591 Об обязательной диспансеризации детей согласно пункту 1 части 1 статьи 94 Конституции Азербайджанской

ские мероприятия, проводимые среди детей, и регулирует отношения, возникающие в этой области. Диспансеризация детей — активная динамическая система наблюдения, состоящая из комплексно-профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий с целью охраны здоровья детей, обеспечения нормального физического развития и обнаружения заболевания на начальной стадии развития. Стоматологическое здоровье является неотъемлемой частью нормального состояния организма человека и, в первую очередь, зависит от

знаний
лости
больш
низки
ления
гическ
матоло
населе
фика
видом
ничес
и сост
различ
реализ
зации
изучен
детско
только
вания,
ских т
фицир
нием
ний по
диспан
которо
провод
Заб
групп
гий ср
По
ненно
6-летн
болева
состав
ние у
разны
рактор
казате

знаний основ индивидуальной гигиены полости рта и умения их использовать. Однако большинство исследователей указывают на низкий уровень информированности населения в вопросах профилактики стоматологических заболеваний. При проведении стоматологической диспансеризации детского населения содержание и объем лечебно-профилактических мероприятий определяются видом и интенсивностью патологии, клиническим течением заболевания, возрастом и состоянием организма ребенка, наличием различных факторов риска. Однако вопросы реализации различных моделей диспансеризации детей в системе детской стоматологии изучены недостаточно. Высокий уровень детской стоматологии может быть обеспечен только на базе нового современного оборудования, передовых лечебных и профилактических технологий, подготовки высококвалифицированных кадров. Ведущим направлением должна стать профилактика заболеваний полости рта, основой которой является диспансерный метод – метод, при помощи которого это профилактическое направление проводится в жизнь [4,5].

Заболевания полости рта относятся к группе наиболее распространенных патологий среди детского и взрослого населения.

По данным ВОЗ за 2011 год, распространенность кариеса молочных зубов у детей 6-летнего возраста составляет 68%, а заболеваний пародонта в 12 летнем возрасте составляет 65%. В Азербайджане состояние уровня профилактической помощи на разных возрастных этапах ее оказания, характеризуется относительно высокими показателями распространенности и интен-

сивности кариеса, заболеваний пародонта у населения. Распространенность заболеваемости пародонта зубов у школьников Азербайджанской республики, колеблется от 66 до 72%, интенсивность кариеса находится в интервале 1,5-2,2 пораженных постоянных и 2,4-3,1 временных зубов, удельный вес пломб в структуре КПУ не превышает 2-5%, а в структуре кп еще меньшей величины, в 15 лет заболевания пародонта имеют 41% детей, зубочелюстные аномалии, по критерию ВОЗ DAI - 64% [1]. Разработка программ профилактики для детей требует ясной картины не только стоматологического статуса данного контингента, но и учёта социально-психологических факторов, способствующих развитию патологии [3,5]. Особая роль в предупреждении стоматологических заболеваний отводится санитарному просвещению, однако гигиеническое воспитание населения является наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий по первичной профилактике [5,6]. В связи с тем, что низкая санитарная культура и отсутствие мотивации детей и взрослых к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта до сих пор широко распространены, заболевания пародонта и кариес зубов представляют огромную медико-социальную проблему [3, 6].

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

вышающий 1,0-2,0 [7,8].

В Европейской стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии» сконцентрирован мировой опыт практических инициатив, позволивший добиться реальных позитивных сдвигов в здоровье населения стран входивших в Европейский регион. Одной из задач, контролируемых Европейской стратегией, является стоматологическое здоровье, критерием которого признано снижение заболеваемости кариесом зубов и болезнями пародонта. Из вышесказанного можно сделать вывод, что профилактика стоматологических заболеваний остается одной из нерешенных проблем. Наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий по первичной профилактике стоматологических заболеваний является гигиеническое воспитание как детского, так и взрослого населения, санитарно-просветительная работа и стоматологическое просвещение [4,9,10]. Поскольку на развитие стоматологических заболеваний наибольшее влияние оказывает образ жизни, а на распространенность — социально-экономические, возрастно-половые, семейные условия жизни и уровень индивидуальной рациональной гигиены полости рта, навыки которой формируются в семье, понятна особая роль родителей в профилактике стоматологических заболеваний у детей. Используя положительный опыт профилактики кариеса зубов и болезней пародонта в странах Запада, с одной стороны, и учитывая неуклонный рост числа этих заболеваний с другой, Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией в течении 10 лет была проведена школьная профилактическая стоматологическая программа по обучению гигиене полости рта с

серьезными результатами, охватившая более полумиллиона детей. Проведение этой программы мы считаем реальным достижением нашей Ассоциации в области профилактики стоматологических заболеваний однако отдаленные результаты ее не изучены, не определены показатели форм интенсивности кариеса зубов и пародонта для определения диспансерных групп детского населения, не определены методы эффективности стоматологической диспансеризации детей что обосновывает актуальность данной проблемы

Ввиду того, что у детей кариес протекает с различной активностью при разработке профилактических стоматологических программ детскому населению пользуются основами диспансеризации по Т.Ф. Виноградовой. Однако показатели интенсивности кариеса были рассмотрены более 20 лет назад и назрела необходимость определения критериев интенсивности стоматологических заболеваний для нашей республики (определением индекса КПУ, для оценки клинического состояния зубов индекса PUFA и индекса CPITN).

При проведении стоматологической диспансеризации детского населения в последние годы большее внимание стало уделяться индивидуальному подходу, при котором содержание и объем лечебно-профилактических мероприятий определяются видом и интенсивностью патологии, клиническим течением заболевания, возрастом и состоянием организма ребенка, наличием различных факторов риска. Однако вопросы реализации различных моделей диспансеризации детей в системе детской стоматологии изучены недостаточно. Высокий уровень детской

стоматологическая
на ба
перед
техн
рован
долж
лост
серь
это п
дится
Та
детей

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

стоматологии может быть обеспечен только на базе нового современного оборудования, передовых лечебных и профилактических технологий, подготовки высококвалифицированных кадров. Ведущим направлением должна стать профилактика заболеваний полости рта, основой которой является диспансерный метод – метод, при помощи которого профилактическое направление проводится в жизнь.

Таким образом, гигиеническое обучение детей является важным и эффективным эле-

ментом комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний. Однако, при организации гигиенического воспитания по предлагаемым схемам отсутствуют индивидуальный подход, педагогические приёмы подачи материала с учётом специфики возраста и особенностей личности обучаемого, что, несомненно, снижает качество выживаемости знаний и диктует необходимость внедрения в практику врача-стоматолога индивидуального подхода с учётом личности ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский, А. В. Р. К. Алиева Особенности пораженности кариесом зубов в Азербайджане // Стоматология. – 1997. – № 2. – С. 12–16.
2. Кузьмина, Э. М. Типовая модель для разработки регионально-ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний, предназначенных для детского населения Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – № 3–4. – С. 3–9.
3. Кондратов, А. И. Медико-социальная эффективность образовательной программы в комплексной профилактике стоматологических заболеваний : автореф. дис. ... канд. мед. наук Екатеринбург, 2000. 17 с.
4. Лалин, Ю. Е. Научные основы государственной политики в области охраны здоровья детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук М., 2009. – 54 с.
5. Леонтьев, В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития Стоматология. – 2002. – № 1. – С. 75–83.
6. Леонтьев, В. К. О. Г. Авраамова О стратегии и планировании стоматологической профилактики в условиях переходной экономики Стоматология. – 1998. – № 4. – С. 25–26.
7. Dentistry and Oral Epidemiology. 2003. Vol. 31. № 6. p. 412–417.
8. European Health for all Database // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. – 2005. – 91 p
9. Harrison, R. L. An oral health promotion program for an urban minority population of preschool children. Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol. 31. – № 5. – P. 392–399.
10. W. S. Rong, J. Y. Bijan, W. J. Wang et al. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China Community

XÜLASƏ

UŞAQLARDA STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏRİN PROFİLAKTİKASINDA
DİSPANSERİZASIYA VƏ AĞIZ GİGIYENASININ TƏHSİL PROQRAMININ
MAHİYYƏTİ

G.K. Zeynalova, L.A. Məmmədova, E.Ə.İmanov.

Azərbaycan Tibb Universiteti. Uşaq stomatologiyası kafedrası.

Rusiya Federasiyası, MOETKİ HTF. Stomatologiya kafedrası.

Acar sözlər: gigiyena, sanitar maariflənmə, dispanserizasiya.

Azərbaycanda stomatoloji xəstəliklərin artması məsələsi ələlxüsüs gənc yaşlı əhalinin sağlamlığına böyük təhlükə yaradır.

Dünya üzrə stomatoloji xəstəliklərin yayılmasının qarşısını almaq üçün proqram ÜST və FDI-in irəli sürdüyü prinsiplərə əsaslanır. Bu proqramın əsas etaplarından əhalinin stomatologiyaya sahəsində sanitar maarifləndirməni, profilaktik stomatoloji xidmətin genişləndirməsini, əhalinin ağız boşluğunun sağlamlığının qorunmasının motivasiyasını göstərmək olar. Müasir sosial-iqtisadi şəraitdə Azərbaycan Respublikasında uşaqlar arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası məqsədilə profilaktik vəsaitlərin istifadəsinin öyrədilməsi səhiyyədə mövcud olan siyasətin nəzərə alınması şərti ilə effektiv ola bilər. Burada planlaşdırılma, təşkilat, idarə etmə, monitorinq və proqramın həyata keçirilməsi yolları nəzərə alınmalıdır.

SUMMARY

THE IMPORTANCE OF MEDICAL EXAMINATION AND EDUCATIONAL
PROGRAM FOR HYGIENIC ORAL CARE IN THE PREVENTION OF DENTAL
DISEASES IN CHILDREN

G.K. Zeynalova, L.A. Mamedova, E.A. Imanov.

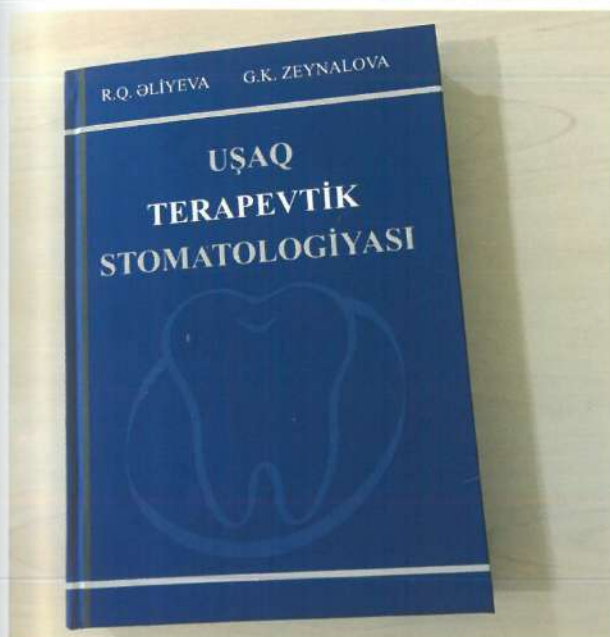
Azerbaijan Medical University. Department of Children's Dentistry.

Russian Federation, MONIKI. Department of Dentistry.

Key words: gigiyen, oral healt education, dispancerization.

Oral healt education of children is an important and effective element of comprehensive prevention programs for dental diseases. Preservation of dental health of the population as an integral element of the health of the nation is one of the most important state tasks. Preventasion of dental diseases is one of the effective methods, allowing to reduce the prevalence of dental diseases.

UŞAQ STOMATOLOGİYASI FƏNNİNİN TƏDRİSİNƏ YENİ TÖHVƏ



Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq Stomatologiyası kafedrasının müdiri əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru professor R.Q.Əliyeva və həmin kafedranın dosenti tibb üzrə fəlsəfə doktoru Z.K.Zeynalova tərəfindən “ Uşaq Terapevtik Stomatologiyası” adlı dərslik artıq işıq üzü görmüşdür. Uşaq stomatologiyası kafedrasında stomatologiya fakültəsinin tələbələrinə tədris olunan (stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası, terapevtik stomatologiya, ortodontiya, cərrahiyyə və ortopediya) proqramını ən böyük hissəsi, uşaqlar üçün Terapevtik stomatologiyadır. Terapevtik stomatologiya proqramı dörd semestr ərzində tədris edilir və özündə prepodevtika, diş xəstəlikləri, periodont xəstəlikləri və ağız selikli qişa xəstəliklərini birləşdirir. Ona görə də “Uşaq terapevtik stomatologiyası” dərsliyi universitet tələbələri üçün çox önəmli töhvədir.

Dərslik uşaq stomatologiyası elminin tarixi, böyümə və inkişaf, uşaqlarda stomatoloji xəstəliklərinin dispanserizasiyası, üz-çənə siste-

minin funksional anatomiyası, müasir müayinə üsulları , uşaqlarda stomatoloji xəstəliklərinin etiologiyası, patogenezi, profilaktikası və müalicə üsullarını tam əhatə edir.

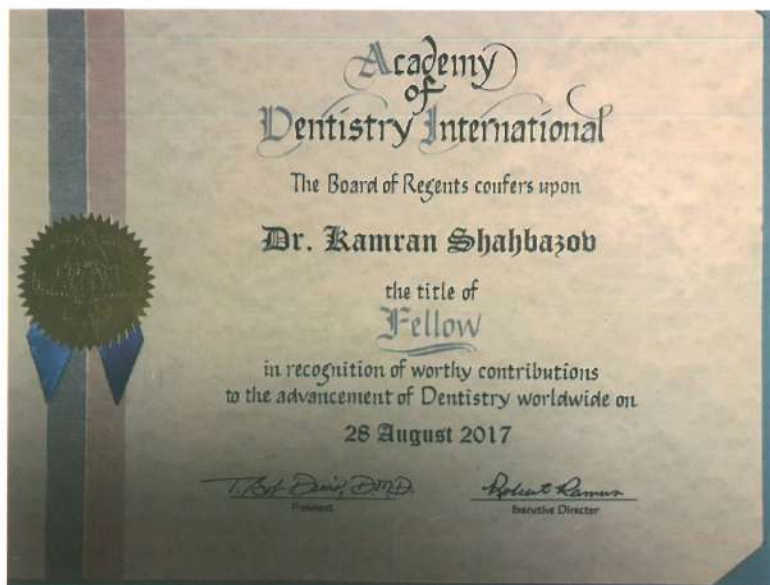
Uşaq stomatologiyası elmi son illərdə sürətli inkişaf mərhələsi keçib. Stomatologiya elminin bu vacib sahəsində istifadə olunan diaqnostika və müalicə üsulları daha da təkmilləşdirilmiş, etiologiya və patogenezinin öyrənilməsinə, uşaqlarda stomatoloji xəstəliklərin müalicəyə ehtiyacı olan xəstəlik qruplarının ayırd edilməsində böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir. Yeni materiallar və müasir müalicə texnologiyalarının klinikada tətbiqi uşaqlarda stomatoloji xəstəliklərin müalicəsində daha effektiv və davamlı nəticələrin əldə edilməsinə zəmin yaradır.

Azərbaycan dilində uşaq stomatologiyası dərslisinin olmaması tələbələr üçün ciddi çətinliklər yaradırdı. Bu baxımdan stomatologiya fakültəsində tədris olunan uşaq terapevtik stomatologiyası fənninin proqramını tam əhatə edən dərsliyə böyük ehtiyac yaranmışdır.

Bu çatışmazlığı aradan qaldırmaq məqsədilə prof. Z.İ.Qarayevin redaktorluğu və həmmüəllifliyi ilə R.Q.Əliyeva və G.K. Zeynalovanın ərsəyə gətirdikləri “Uşaq terapevtik stomatologiyası” fundamental dərsliyi Azərbaycan Tibb Universitetinin və digər ali tibb təhsili müəssisələrinin stomatologiya fakültəsinin tələbələri üçün çox faydalı olacaqdır. Kitabdan həmçinin rezidentlər və praktik həkimlər də yararlanırlar.

ATU-nun Stomatologiya fakültəsinin dekanı dosent Əhmədov S.İ.

ADI - avqust 2017 g., MADRID.



С чувством радости хотим отметить рост числа ученых Азербайджана, принятых в ряды Международной Академии Стоматологов - ADİ.

Во время проведения 105 Ежегодного Конгресса Всемирной Федерации Стоматологов – FDI в Мадриде 29 августа- 1 сентября 2017 года состоялось также торжественное заседание Руководства ADİ.

Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией была представлена кандидатура

доктора философии по медицине, преподавателя кафедры Терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета Шахбазова Кямурана. За достижения в научной и педагогической областях и высокий профессионализм доктор Шахбазов Камран избран членом Международной Академии Стоматологов- ADİ.

От души поздравляем доктора Шахбазова Камрана и всю стоматологическую общественность с этим знаменательным событием.



I TIP ŞƏKƏRLİ DİABETİ OLAN UŞAQLARDA PARODONT XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİNDƏ OZONLAŞDIRILMIŞ ZEYTUN YAĞININ TƏTBİQİ.

Əliyeva R.Q., Nağıyeva S.A.

Azərbaycan Tibb Universiteti

Uşaq stomatologiyası kafedrası.

Açar sözlər: I tip şəkərli diabet, uşaqlar, gingivit.

Şəkərli diabet (ŞD) bütün dünyada geniş yayılmış sosial əhəmiyyətli xəstəliklər qrupuna aiddir. 2006-cı ildə Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı xüsusi bəyannamə qəbul edib və bu sənəddə şəkərli diabet "ağır xroniki xəstəlik" kimi səciyyələndirilib. Şəkərli diabet zamanı toxumalarda metabolizmin pozulması və trofik dəyişikliklərin baş verməsi ağır boşluğu orqanlarına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir. Şəkərli diabet zamanı diş-çənə sisteminin vəziyyətinin öyrənilməsi uzun illərdir tədqiq edilir. Son illərin tədqiqatlarına nəzər saldıqda şəkərli diabetlə və onun ağız mühitinə təsirinə həsr olunmuş elmi tədqiqat işlərinin sayının artdığını şahidi oluruq. Bu işlərin içərisində şəkərli diabet və parodont xəstəliklərinin qarşılıqlı əlaqəsini öyrənən tədqiqatlar daha çox yer almaqdadır [1,2,3,4,5,6,7].

Hətta 1997-ci ildə Amerika Diabet Assosiasiyası parodontopatiyaları, retinopatiya, nefropatiya, neyropatiya, makroangiopatiya və mikroangiopatiyalardan sonra şəkərli diabetin 6-cı ağırlaşması elan etmişdir [8].

Tədqiqatçılar qeyd edir ki, qanda şəkərin səviyyəsinin tez-tez dəyişməsi xüsusilə parodontal əlverişsiz təsir göstərir, I tip ŞD fonunda



parodontitli xəstələrdə qlükozanın parodontal ciblərdə mövcudluğu ağırlaşdırıcı amil olduğu üçün qlükoza müxtəlif mikroorqanizmlərin inkişafına şərait yaradır.

Aparılan tədqiqatların mövcud məlumatları şəkərli

diabeti olan uşaqlarda parodont xəstəliklərinin profilaktikasında və müalicəsində daha səmərəli üsullardan istifadə etmənin yollarını göstərmir. Buna görə də I tip şəkərli diabetli uşaqlarda parodont xəstəliklərinin müasir, səmərəli və daha keyfiyyətli müalicəsini təmin etmək üçün araşdırmaların aparılmasına ehtiyac vardır və bu araşdırmaların nəticələri ətraflı olaraq təqdim və təhlil olunmalıdır.

Müasir tədqiqatçıların bir çoxları qeyd edirlər ki, infeksiya mənbələrindən ifraz olunan mikroflora ənənəvi antibiotiklərə və antiseptiklərə qarşı əhəmiyyətli polirezistentliyə malikdirlər. Bu əlamət həm aerob, həm də anaerob floraya aiddir. Bununla əlaqədar olaraq parodontitli xəstələrin müalicəsində həmin mikrofloralara qarşı yüksək bakterisid təsirə malik vasitələr böyük maraq kəsb etməkdədir. Bu vasitələrdən biri tibbi ozondur. Ozonun bu birbaşa təsirləri onun müxtəlif modifikasiyalarının yüksək konsentrasiyalarda xaricə istifadəsi zamanı üzə çıxır. Bu zaman bir

çox məşhur antiseptiklərdən fərqli olaraq ozon insanların örtük toxumalarını qıcıqlandırmır və dağıtmır, çünki mikroorqanizmlərdən fərqli olaraq insanın çoxhüceyrələri orqanizmi güclü antioksidant sistemə malikdir. Tədqiqatlar zamanı ozonun gözə və dəriyə zərərli təsirinin olmadığı, antimikrob və homeostaz təsirlərə malik olduğu da aşkar olunmuşdur. Bundan başqa bir sıra elmi tədqiqatlarda ozonun parodont xəstəliklərində müalicəvi təsiri qeyd olunmuşdur [9,10].

İşin məqsədi: I tip şəkərli diabeti olan uşaqlarda parodont xəstəliklərinin müalicəsində ozonlaşdırılmış zeytun yağının və metrogil denta gelinin təsir effektivliyinin müqayisəli araşdırılması.

Tədqiqatın materialı və müayinə üsulları: Tədqiqat işinin gedişi zamanı Bakı şəhəri 6 saylı uşaq kliniki xəstəxanasının endokrinoloji şöbəsində 2013-cü ildən 2017-ci ilədək stasionar müalicə alan, Bakı şəhərində, həmçinin Azərbaycan Respublikasının digər şəhər və rayonlarında yaşayan 79 nəfər I tip şəkərli diabeti olan uşaqların ağız boşluğunda müayinə aparılmışdır. Tədqiqata cəlb olunan uşaqların valideynlərinə bu müayinələrin nə üçün aparıldığı izah olunmuş və onların razılığı alınmışdır. I tip şəkərli diabet diaqnozlu uşaqlara Bakı şəhəri 6 saylı uşaq kliniki xəstəxanasının endokrinoloji şöbəsində həkim-endokrinoloq tərəfindən qanın ümumi analizi, sidəyin analizi, qanda qlükozanın səviyyəsini təyin etməklə qanın biokimyəvi analizini əhatə edən laborator müayinələr nəticəsində qoyulmuşdur.

Seçim kriteriyaları kimi dişətində gingivitis əlamətlərinin olması və ortodontik müalicəyə ehtiyacın olmaması götürülmüşdür.

Tədqiqatlarımızın qarşısında duran əsas məsələnin I tip ŞD-li uşaqlarda parodont

xəstəliklərinin müalicəsində ozonlaşdırılmış zeytun yağının və metrogil denta gelinin təsir effektivliyinin müqayisəli araşdırılması olduğundan biz kliniki müayinələr vasitəsilə və mikrobioloji tədqiqatların köməyi ilə qarşımıza qoyduğumuz məsələni incələməyə çalışmışıq. Öncədən qeyd etdiyimiz kimi tədqiqat qrupları olaraq 2 qrup götürülmüşdür ki, bunlardan birincisi parodont toxumalarının iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində ozonlaşdırılmış zeytun yağından istifadə olunan I tip ŞD-li uşaqlardan ibarət qrupdur, 2-ci qrupa isə parodont toxumaları xəstəliklərinin müalicəsində Metrogil denta geli istifadə olunmuş I tip ŞD-li uşaqlardan ibarət qrup olmuşdur (Şəkil 1).

Şəkil 1.
Müayinə qrupları



Tədqiqatlarımızda iştirak edən uşaqların demək olar ki, hamısı onlardan tələb etməkdə olduğumuz müalicə prinsiplərinə diqqətlə yanaşaraq, göstərişlərimizə düzgün əməl etməyə çalışmışdılar. Onların stomatoloji müalicəyə anlayışlı yanaşmaları hər bir halda ŞD xəstəliyi ilə əlaqədar daimi dərman preparatları qəbul etməyə alışqanlıqlarını göstərdi.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Biz tədqiqatlarımızda I tip şəkərli diabetli uşaqlarda diş əti mayesinin aerob mikroflora koloniyalarının rast gəlmə tezliyi və müalicəyə göstərdiyi cavab reaksiyasının

nəticələrini araşdırmışıq.

Parodont toxumalarının kataral gingiviti diaqnozlu və parodont toxumalarında iltihabi proses rastlanmayan I tip ŞD - li uşaqların diş əti ciblərinin mikroflorasını tədqiq edən zaman araşdırdığımız mikroflora növlərinə hər iki qrupda rast gəldiyinin şahidi oluruq (Cədvəl 1).

Parodontal ciblərdən alınmış diş əti mayesi müalicə kursunun sonuncu günü (7-ci gün) xəstələrdən alınaraq mikrobioloji tədqiqat üçün laboratoriyaya götürülmüşdür. Müalicədən əvvəl I tip şəkərli diabetli uşaqlarda ozonoterapiya qrupunda parodontal ciblərin aerob bakteriyalarla tərkibi $2094,7 \pm 632,9$ KOE/ml, Metrogil-denta qrupunda isə $2106,4 \pm 702,5$ KOE/

Cədvəl 1.

Parodont toxumalarının kataral gingiviti və parodont toxumalarında iltihab olmayan I tip ŞD-li uşaqların diş əti ciblərindəki tədqiq olunan aerob bakteriyaların növ tərkibi

Bakteriyaların növləri	Rast gəlmə tezlikləri % lə	
	kataral gingivit (n=63)	Sağlam parodont (n=16)
Staphylococcus aureus	26,6±7,7	18,3±3,7
Staphylococcus epidermidis	42,5±11,4	20,1±12,03
Staphylococcus haemolyticus	74,7±5,3	30,3±9,1
Streptococcus mutans	35,5±6,3	15,8±7,7
Streptococcus oralis	44,65±1,6	24,8±7,2
Streptococcus mitis	45,6±3,7	18,8±9,1
Streptococcus salivarius	40,5±7,5	24,9±10,6
Streptococcus mitior	27,3±1,6	14,8±5,7
Streptococcus sanguis	82,5±4,8	36,1±13,9

Cədvəldən göründüyü kimi mikrob koloniyalarının miqdarı arasındakı fərq böyükdür. Streptococcus oralis koloniyasının miqdarı kataral gingivitli uşaqlarda $44,65 \pm 1,6\%$ rast gəldiyi halda parodont toxumalarının iltihabı rastlanmayan uşaqlarda $24,8 \pm 7,2\%$ təşkil etmişdir. Eyni vəziyyəti Streptococcus sanguis koloniyalarında da müşahidə edirik, belə ki, kataral gingivitli uşaqlarda Streptococcus sanguis koloniyasının miqdarı $82,5 \pm 4,8\%$ təşkil etdiyi halda, parodont toxumaları sağlam olan uşaqlarda bu göstərici $36,1 \pm 13,9\%$ təşkil etməkdədir. Beləliklə kataral gingivit diaqnozlu I tip ŞD-li uşaqların diş əti ciblərindəki mikrob koloniyalarının miqdarı sağlam parodonu olan I tip ŞD-li uşaqların diş əti ciblərindəki mikrob koloniyalarının miqdarından 2, bəzən 3 dəfə çoxdur.

ml olmuşdur. Bu göstəricilərin müalicədən əvvəl müalicə qruplarının pasientlərinin parodontal ciblərinin mikrob tərkibində əhəmiyyətli fərq aşkar olunmadığını göstərir.

Müalicədən sonra tədqiq olunan bakteriyaların koloniyalarının miqdarı ozonoterapiya qrupunda $241,7 \pm 78,4$ KOE/мл, Metrogil-denta qrupunda isə $267,4 \pm 45,7$ KOE/мл olmuşdur, aparılmış müalicə nəticəsində hər iki qrupda parodontal ciblərin tədqiq olunan mikroflorasının koloniyalarının sayının kəskin olaraq aşağı düşdüyünün şahidi oluruq. Ozonoterapiya qrupunda bakteriyaların sayı orta hesabla $88,5\%$ azalmışdırsa, Metrogil-denta qrupunda da demək olar ki, eyni vəziyyətlə rastlaşırıq; azalma orta hesabla $83,6\%$ təşkil etmişdir.

Parodont toxumalarında kataral gingivit di-

aqnozlu I tip ŞD-li uşaqlarda ozonlaşdırılmış qliserin geli ilə müalicədən sonra əldə etdiyimiz göstəriciləri araşdıran zaman aşkar nəzərə çarpan dəyişiklərlə rast gəlməkdəyik. (Cədvəl 2).

42,5±11,4% ,Streptococcus oralis koloniyalarına 44,65±1,6 %, Streptococcus mitior koloniyalarına müalicədən əvvəl 27,3±1,6% rast gəlinməyi halda, ozonaterapiya ilə müalicədən

Cədvəl 2.

Parodont toxumalarının kataral gingiviti olan I tip ŞD-li uşaqların diş əti ciblərindəki tədqiq olunan aerob bakteriyaların ozonoterapiya üsulu ilə müalicədən əvvəl və sonra növ tərkibi

Bakteriyaların növləri	Rast gəlmə tezlikləri % ilə	
	əvvəl	Sonra
Staphylococcus aureus	26,6±7,7	10,5±2,2
Staphylococcus epidermidis	42,5±11,4	-----
Staphylococcus haemolyticus	74,7±5,3	33,8±7,2
Streptococcus mutans	35,5±6,3	14,8±8,5
Streptococcus oralis	44,65±1,6	-----
Streptococcus mitis	45,6±3,7	18,81±3,3
Streptococcus salivarius	40,5±7,5	21,05±7,1
Streptococcus mitior	27,3±1,6	-----
Streptococcus sanguis	82,5±4,8	31,7±11,7

Belə ki, Staphylococcus aureus koloniyalarının miqdarını əks etdirən göstəricilərin 26,6±7,7%-dən 10,5±2,2%-dək azaldığını görürük. Staphylococcus haemolyticus koloniyalarının əvvəlki miqdarı ozonaterapiya müalicəsinin əvvəlində 74,7±5,3% olmuşdursa, müalicədən sonra bu göstəricinin 33,8±7,2%, Streptococcus mutans koloniyalarının miqdarının müalicədən əvvəlki göstəriciləri 35,5±6,3% olduğu halda, ozonlaşdırılmış qliserin geli ilə müalicədən sonrakı göstəricilərinin 14,8±8,5% olduğunu görürük. Analoji olaraq Streptococcus mitis koloniyalarının miqdarının göstəricilərinin ozonoterapiya müalicəsindən əvvəl

45,6±3,7% olduğunu, müalicədən sonra isə bu göstəricilərin 18,81±3,3%-ə qədər azaldığının, Streptococcus salivarius koloniyalarının miqdarının müalicədən əvvəl 40,5±7,5% olduğunu, müalicədən sonra isə 21,05±7,1%-ə qədər azaldığının şahidi oluruq. Staphylococcus epidermidis koloniyalarına müalicədən əvvəl

sonra bu mikroorqanizmlərin koloniyalarının rast gəlinmədiyi Cədvəldə görünməkdədir. Beləliklə, ozonaterapiya ilə müalicədən sonra parodont toxumalarında kataral gingiviti olan I tip ŞD-li uşaqların diş əti ciblərində aerob mikroorqanizmlərin koloniyalarının miqdarı müalicədən əvvəlki göstəricilərə nisbətə 50-70% azalmış, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus oralis, Streptococcus mitior koloniyalarına isə rast gəlinməmişdir.

Analoji vəziyyətlə parodont toxumalarında kataral gingivit diaqnozlu I tip ŞD-li uşaqlarda Metrogil denta geli ilə müalicədən sonra əldə etdiyimiz göstəriciləri araşdıran zaman qarşılaşmaqda yığıq. (Cədvəl 3).

Belə ki, Staphylococcus haemolyticus koloniyalarının əvvəlki miqdarı ozonoterapiya müalicəsinin əvvəlində 74,7±5,3% olmuşdursa, müalicədən sonra bu göstəricinin 35,8±9,3%, Streptococcus mutans koloniyalarının miqdarının müalicədən əvvəlki göstəriciləri 35,5±6,3%

Parodont
olunur

olduğu h
müalicə
olduğunu
koloniyal
40,5±7,5%
23,6±13,7
Tədqiq
zi I tip
həmozonl

Cədvəl 3.

Parodont toxumalarının kataral gingiviti olan I tip ŞD-li uşaqların diş əti ciblərindəki tədqiq olunan aerob bakteriyaların Metrogil-denta preparatı ilə müalicədən əvvəl və sonra növ tərkibi

Bakteriyaların növləri	Rast gəlmə tezlikləri % ilə	
	əvvəl	Sonra
Staphylococcus aureus	26,6±7,7	-----
Staphylococcus epidermidis	42,5±11,4	24,5±10,7
Staphylococcus haemolyticus	74,7±5,3	35,8±9,3
Streptococcus mutans	35,5±6,3	14,9±10,6
Streptococcus oralis	44,65±1,6	-----
Streptococcus mitis	45,6±3,7	-----
Streptococcus salivarius	40,5±7,5	23,6±13,7
Streptococcus mitior	27,3±1,6	-----
Streptococcus sanguis	82,5±4,8	41,4±12,8

olduğu halda, ozonlaşdırılmış qliserin geli ilə müalicədən sonrakı göstəricilərinin 14,9±10,6% olduğunu görürük. Streptococcus salivarius koloniyalarının miqdarının müalicədən əvvəl 40,5±7,5% olduğunun, müalicədən sonra isə 23,6±13,7%-ə qədər azaldığının şahidi oluruq.

Tədqiqatların nəticələrinin analizi I tip ŞD-li uşaqlardakataral gingivitlərin həmozonlaşdırılmış zeytun yağı ilə, həm də

Metrogil-denta geli ilə müalicəsi zamanı, diş əti ciblərində aerob mikroorqanizmlərin koloniyalarının miqdarının müalicədən sonrakı göstəriciləri, müalicədən əvvəlki göstəricilərə nisbətə 50-70% azadığını göstərmişdir. Ozonoterapiya və metrogil-denta geli ilə müalicə qruplarında aldığımız nəticələr demək olar ki, uyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Şahbazov K.B. Şəkərli diabet xəstələrində parodontun iltihabının klinik gedişatının xüsusiyyətləri və müalicə prinsipləri. Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın avtoreferatı. Bakı – 2012.
2. Александров Е. И. Современные взгляды на лечение заболеваний пародонта при сахарном диабете (обзор литературы) // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 211-213.
3. Богомолов М. В. Пародонтит как неспецифическое осложнение сахарного диабета. Подходы к профилактике // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19. – №. 13. С. 34.
4. Sherief E. M. et al. Do children with type 1 diabetes have a relation between adiponectin level and vascular complications? // Pediatric endocrinology reviews: PER. – 2014. – Т. 11. – №. 4. – С. 383-389.
5. Firat E. T. Diabetes Mellitus ve Periodontitis Arasındaki Çift Yönlü İlişki // Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. – 2009. – Т. 29. – №. 2. – С. 481-487.
6. Kurtiş M. B. Diyabetin Periodontal Dokular Üzerindeki Etkisi // Türkiye Klinikleri Journal of Periodontology-Special Topics. – 2015. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-6.
7. Albert D. A. et al. Diabetes and oral disease: implications for health professionals // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2012. – Т. 1255. – №. 1. – С. 1-15.
8. Saini R., Saini S., Sugandha R. S. Periodontal disease: The sixth complication of diabetes // Journal of Family and Community Medicine. – 2011. – Т. 18. – №. 1. – С. 31.
9. Llambés F. et al. The effect of periodontal treatment on metabolic control of type 1 diabetes mellitus // Clinical oral investigations. – 2008. – Т. 12. – №. 4. – С. 337.
10. Niinomi K. et al. The bactericidal effects of ozone gel // Journal-Shova university dental society. – 2004. – Т. 24. – №. 2. – С. 103-109.

**Мнение авторов может не совпадать с мнением редакционной коллегии.
При распечатке ссылка на журнал обязательна.**

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО МАСЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Алиева Р.К., Нагиева С.А.

Азербайджанский Медицинский Университет

Кафедра детской стоматологии

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

Исследования проводились в 2 группах: 20 детей с острым катаральным гингивитом и 43 детей с хроническим катаральным гингивитом, из числа обследованных детей, страдающих СД I типа.

Полученные результаты показали, что при катаральном гингивите в тканях пародонта у детей, страдающих СД I типа в пародонтальных карманах количество аэробных колоний как при использовании метрогил дента, так и при применении озонированного оливкового масла сравнительно с началом уменьшилось на 50-70%.

SUMMARY

THE REFERENCED RESEARCH OF EFFECTS OF OZONIZED OIL IN TREATMENT OF PARODONTAL DISEASES IN CHILDREN WITH TYPE I DM

Aliyeva R.Q., Naghiyeva S.A.

Azerbaijan Medical University,

Department of Paediatrics Dentistry.

Key words: Type I Diabetes Mellitus, Children, Gingivitis.

Because our aim was the referenced research of effects of ozonized oil and metrogyl denta in treatment of parodontal diseases in children with Type I DM we took help of microbiologic investigations to solve our problem.

Between patients who have Type I DM, 20 patients with acute catharal gingivitis and 43 patients with The referenced research of effects of ozonized glycerin and metrogyl denta in chronic gingivitis were examined and chosen to research groups.

As seen from results, Type I DM children with catharal gingivitis in parodontal tissues have aerobic microorganisms colonies %50-70 decreased in gum pockets both with Metrogyl-denta and ozonized oil. Type of bacteria in gum pockets found to be seriously changed after ozonotherapy. Some of the bacteria colonies such as Staphylococcus aureus, Steptococcus mitis, Streptococcus oralis, Streptococcus mitior were not be able to detect.

PROBIOTİKLƏRİN STOMATOLOGİYA SAHƏSİNDƏ TƏTBİQİ İMKANLARI

Əhmədbəyli C.R.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
Stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası.

Açar sözlər: ağız boşluğu, müalicə, probiotik.

Probiotiklər qidalardan alınan və müəyyən miqdarlarda qəbul edildikdə mühitin mikroflorasını tarazlaşdırmaqla sahib orqanizminin sağlamlığına müsbət mənada təsir göstərən canlı mikroorqanizmlərdir. Probiotiklər xüsusilə mədə -bağırsaq sistemində kolonizasiya olunaraq orada olan patogen bakteriyaların çoxalmasına müxtəlif yollarla mane olur. İshal, Kron xəstəliyi, bəzi kardio –vaskulyar xəstəliklər, xərçəng prosesi, sidik –cinsiyyət yollarının və orofaringeal infeksiya proseslərinin müalicəsində son bir neçə ildir müvəffəqiyyətlə istifadə olunan bu “canlı” vasitələr son illərdə xüsusilə başda karioz proseslər və paradont xəstəlikləri olmaqla ağız boşluğunun sağlamlığının təmin edilməsində müsbət rol oynamaqdadır. Son zamanlar aparılan eksperimental və kliniki tədqiqatların nəticələri xüsusilə *Lactobacillus* və *Bifidobacterium* kimi bağırsaq bakteriyalarının ağız boşluğundakı kariesogen *Streptococcus* və *Candida* növlərinin çoxalmasının qarşısını alaraq müsbət təsir göstərə biləcəyi haqqında fikirlər oyatmışdır. Probiotiklər bağırsaq xəstəliklərində müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur(12,13,18). Bu bakteriyaların immun sistem xəstəliklərini və allergik vəziyyətlərin əlamətlərini azaltdığı da müşahidə edilmişdir. Onların təsir mexanizmlərinin əsasında patogen mikroorqanizmlərin ağheziya sahələrində onlara qarşı rəqib olmaqla onlar mane olmaq-

ları və sahib orqanizmin immun sistemini modifikasiya edə bilmələri durur. Bundan başqa, probiotik bakteriyalar ağız boşluğunun mikroflorasına təsir göstərə biləcək üzvi turşular, hidrogen peroksid, karbon peroksid, diasetil, bakteriosin və s. kimi müxtəlif antimikrob maddələr də əmələ gətirə bilirlər. Buna baxmayaraq, bu bakteriyaların ağız boşluğundakı fəaliyyətləri barəsində məlumatlar kifayət qədər deyil. Ağız boşluğundakı probiotik kolonizasiyası və onların ağız boşluğunun mikroflorasına göstərdikləri təsirlərə dair tədqiqatların aparılmasına ehtiyac vardır. Antibiotiklərə qarşı mikroorqanizmlərin müqavimətinin illər keçdikcə artması dünya səviyyəsində böyüməkdə olan bir problemdir. Bu problem alternativ antimikrob yanaşmaların inkişaf etdirilməsi üçün səhiyyənin müxtəlif sahələrində çalışan tədqiqatçılar qarşısında məsələ qoyur. Bu istiqamətdə müalicə məqsədilə bakteriyaların müxtəlif canlılar üzərində probiotik məqsədlərlə sınaqdan keçirilməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Buna baxmayaraq, ağız boşluğunun sağlamlığının müsbət istiqamətdə qorunması məqsədilə bu növ bakteriyaların istifadə edilməsi hələ başlanğıc mərhələdədir. Ancaq mədə -bağırsaq yolunun vəziyyətinin yaxşılaşdırılması məqsədilə profilaktik və müalicəedici məqsədlərlə təşkil olunan probiotiklərin ağız yolu ilə qəbul olunması ağız boşluğunun sağlamlığı ilə məşğul

olan m
Pro
birlikd
termin
əlaqəni
lamliq
əhatə e
biotik
məhsul
Strepto
rium ol
tədqiqat
ishal v
sion pr
qeyd et
diavask
siyalar
potensi
səbəbdə
sağlam
da istif
probioti
istifadə
ya Səhi
təsərrüf
Bu qur
qəbul e
onun sa
canlı m
mikroor
rob müv
göstəril
şı dozə
pışmaq
üçün la
gətirə b
aid olma
patogenl

olan mütəxəssislərində maraq oyadır.

Probiotiklər adətən funksional qidalarla birlikdə müzakirə olunurlar. Funksional qida termini qidalanma və sağlamlıq arasındakı əlaqəni, bundan başqa, qidanın tərkibinin sağlamlıq və fizioloji funksiyalar üzərində təsirini əhatə edir. İnsanlar üçün ən əhəmiyyətli probiotik mənbəyini qatıq və çürüdülmüş süd məhsulları təşkil edir. Süd məhsullarında adətən *Streptococcus*, *Lactobacillus* və ya *Bifidobacterium* olur. Parvez və əməkdaşlarının apardıqları tədqiqat zamanı probiotik bakteriyaların kəskin ishal və Kron xəstəliyi kimi sistem və infeksiya proseslərdə təsir imkanları barədə ətraflı qeyd etmişlər (3,7). Digər tədqiqatlarda isə kardiovaskulyar, urogenital, orofarengeal infeksiyalar və şişlərin müalicəsində probiotiklərin potensial imkanlarından bəhs edilmişdir. Bu səbəbdən pəhriz probiotikləri ağız boşluğunun sağlamlığı üçün risk amillərinin azaldılmasında istifadə oluna bilər. Müasir dövrümüzdə probiotiklər üçün razılaşdırılmış və onlar üçün istifadə olunan təsnifat və terminlər Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı və Amerika Qida və Kənd təsərrüfatı Təşkilatı tərəfindən müəyyən olunur. Bu qurumlara görə probiotiklər kifayət qədər qəbul edildikdə sahib orqanizmini üzərində onun sağlamlığı üçün müsbət təsir göstərən canlı mikroorqanizmlərdən ibarətdir. Bu canlı mikroorqanizmlər orqanizmin bağırsağının mikrob müvazinətini yaxşılaşdıraraq müsbət təsirlər göstərilir. Bu bakteriyalar turşulara və ödə qarşı dözü bilmək, bağırsağın selikli qişasına yapışmaq və sağlamlığa müsbət təsir göstərmək üçün lazım olan antimikrob maddələri əmələ gətirə bilmək üçün təbii insan mikroflorasına aid olmalıdır. Satışda olan probiotiklər bağırsaq patogenlərini inhibə etmək qabiliyyətinə malik

olmalı, funksional xüsusiyyətləri və canlılıqlarına təsir göstərə bilən depolanma müddətində dayanıqlı şəkildə qala bilməlidirlər. İndiyə qədər bir sıra mikroorqanizm növləri izolə edilmiş və üzərində tədqiqatlar aparılmışdır. Üzərində ən çox tədqiqat aparılmış və daha çox istifadə edilən bakteriyalar *Laktobasil* və *Bifidobakteriyalar*dır. Bu növlər arasında *Lactobacillus rhamnosus* GG, ATCC 53103 (LGG) üzərində ən çox tədqiqat aparılmış probiotik bakteriyadır. Bu bakteriya 1985 –ci ildə insan bağırsağından izolə edilmişdir və əldə olunduqdan sonra Gorbach və Goldin tərəfindən adlandırılmışdır. Bu bakteriyanın insan sağlamlığına faydalı təsirləri son dövrdə Saxelin –in icra etdiyi kliniki tədqiqatlarla təsvir edilmişdir. *Laktobasil*usun qeyd edilən ştamminin kariesogen *Streptococcus* da daxil olmaqla müxtəlif bakteriya növlərinə qarşı potensial inhibə edici təsirlərə malik antimikrob maddələr əmələ gətirdiyi müşahidə olunmuşdur (10). Prebiotiklər isə adətən bağırsaqda artıq yayılmış olan yaxud da məhdud sayda bakteriya növünün aktivliyi və böyüməsini seçici şəkildə aktivləşdirərək, sahib orqanizminə faydalı təsirlər edərək onun sağlamlığını inkişaf etdirməyə yardım edən həzm olunmayan qida maddələridirlər. Bu prebiotiklərin tərkibində inulin, frukto – oliqosaxaridlər, qalaktosaxaridlər və laktuloza kimi maddələrdən ibarət olurlar. Əslində prebiotik dedikdə fərqli mexanizmlə olsa da bağırsaq mikrflorasının tarazlaşdırılması yolu ilə orqanizmin sağlamlıq səviyyəsini yüksəltməyə çalışmaqla probiotiklərlə eyni məqsədə xidmət edən maddələr nəzərdə tutulur. Xüsusilə bəzi hallarda probiotiklərlə əlaqədar olaraq, hansı prebiotiklə hansı probiotikin faydasının yüksəldiləcəyi qiymətləndirilməli olur. Bu vəziyyət simbiotik

anlayışını ifadə edir. Simbiotiklər orqanizmin mədə -bağırsaq yoluna yerləşdirilən və onun yaşamasına müsbət təsiri təmin edən canlı mikrobioloji pəhriz əlavələri olan prebiotik və probiotik qarışıqlarıdır. Probiotik bakteriyalar üzvi turşu, hidrogen peroksid, karbon peroksid, dia-setil, bakteriosin və adheziya inhibitorları kimi müxtəlif antimikrob maddələr ifraz edə bilirlər. Aparılan bir tədqiqatda yeni bir probiotik ştam-mı kimi *Weissella cibaria* bakteriyasının ən az bakteriosin qədər yüksək miqdarda hidrogen peroksid ifraz etdiyi aşkar edilmişdir. Xüsusilə fərqli probiotik bakteriyaların bu xüsusiyyətlər baxımından öyrənilməsinə ehtiyac vardır.

Ağız boşluğundakı səthlərə yapışa bilmə qabiliyyəti bakteriyaların uzun müddətli probio-tik təsirləri baxımından önəmli məqamdır. Fərqli probiotik ştammların ağız boşluğunun epitelial hüceyrələri və hidrokxiapatitə yapışma mode-li bir tədqiqatda yoxlanılmış və laktobasillərin hidrokxiapatitə yapışa bildiyi göstərilmişdir. Ya-pışma hadisəsinə dair aparılmış eksperimentlərin çoxunda pendir və qatıq kimi probiotik məqsədli gündəlik istifadə məmulatları istifadə edilmişdir. Nisbətən yeni bir ştamm və potensial probiotik bakteriya kimi insan, heyvan və çürümüş qida məhsullarından əldə oluna bilən *Weissella ciba-ria* epitelial hüceyrələrə yapışma və *Fusobacte-rium nucleatum* ilə birləşmə qabiliyyətləri baxı-mından öyrənilmişdir. Kang və əməkdaşlarının tədqiqatlarının nəticələrinə görə *Weissella ciba-ria* bakteriyası *Fusobacterium nucleatum* bakte-riyası ilə birləşə bilir. *Weissella cibaria* bakte-riyasının hüceyrə səthinə sıx birləşmiş termosta-bil strukturlar digər bakteriyaya yapışmada rol oynayır. Digər bakteriyaların kolonizasiyasının təmin edilməsində *Fusobacterium nucleatum* "körpü" mikroorqanizmi rolu oynayır. Bir sıra

müəlliflərin məlumatlarına görə laktobasillərin yapışma xüsusiyyətləri onlara digər patogen bakteriyaların koloniyalaşmalarının qarşısının alınması baxımından imkanlar yaradır (8,11,12). Çünki, laktobasillərin əmələ gətirdiyi maddələr patogen bakteriyaların yaşama qabiliyyətini reduksiyaya uğradır. Haukioja və əməkdaşları *Lactobacillus* və *Bifidobacterium lactis* Bp12 –nin hidrokxiapatit üzərindəki pellikulaya ağız suyunun birləşməsinə təsir göstərərək, bu yolla *Streptococcus mutans* –ın diş səthinə yapışma-sına mane olduğu in vitro nümayiş etdirmişlər. Probiotiklərin orqanizmin immun sistemi-ni dəyişikliyə uğratma mexanizmlərinə ma-lik olduqları güman olunur. Ağız boşluğunda əhəmiyyətli immun sistemi vahidləri Valdeyer həlqəsindəki limfoid düyünlərində toplanmışdır. Linqval, farinqeal badamcıqlar və limfa vəziləri selikli qişanın immunitetində əhəmiyyətli sahələrdir. Selikli qişə səthinə yayılmış halda rast gəlinən dendritli hüceyrələr bakteriyaların əvvəlcədən tanınması və T –hüceyrələrin reak-siyalarının aktivləşdirilməsində çox əhəmiyyətli rola rola malikdir. Dendritik hüceyrələrdəki siqnaldan asılı olaraq, müəyyən antigenə qarşı ya immun tolerantlıq yda aktiv immun reaksi-ya təşkil edilir. Bir tədqiqatda prebiotik və pro-biotik qarışığı verilmiş şəxslərdə bir müddət sonra bağırsağın selikli qişasındakı dendritli hüceyrələrdən nəzərəcarpacaq dərəcədə inter-leykin -10 (IL -10) ifraz olunduğu qeydə alın-mışdır (13,14,15). Probiotik *Lactobacillus rham-nosus* üzərində aparılmış digər tədqiqatda probi-otik və ana südü ilə immunoqlobulin ifraz edən hüceyrələr arasında əlaqə olduğu göstərilmişdir. Eyni tədqiqatda probiotiklərin ana südü ilə qi-dalanma müddətində IgM, IgA və IgG ifraz edən hüceyrələrin sayını artıraraq bağırsağın

immu
alınm
lorası
perok
sin və
əmələ
oksidl
bakter
şərtlər
dir. M
ola bi
ağız b
qabiliy
bu bak
mühiti
rın ağı
faydal
Ağ
laktob
gəlinə
rhamn
və L.p
L.case
məhsu
istifadə
ağız t
istifadə
bir mə
ğu mül
ma sah
və əm
boşluğ
bakteri
ların
ağarda
görə si
və L.r
əsas p

immunitetinə müsbət təsir göstərdiyi qeydə alınmışdır. Probiotik bakteriyalar ağız mikroflorasına təsir göstərən üzvi turşular, hidrogen peroksid, karbon peroksid, diasetil, bakteriosin və adheziya inhibitoru kimi fərqli maddələr əmələ gətirə bildikləri üçün mühitin pH -ı və ya oksidləşmə -reduksiya potensialını dəyişdirərək bakteriyaların yaşaması üçün lazım olan mühit şərtlərinə təsir göstərə biləcəkləri qeyd edilmişdir. Mikroorqanizmin ağız boşluğu probiotiki ola bilməsi üçün lazım olan əsas xüsusiyyətlər ağız boşluğuna yapışa bilmə və koloniyalaşma qabiliyyətidir. Probiotik kimi qiymətləndirilən bu bakteriyaların ümumi yaşama sahəsinin ağız mühiti olmadığı nəzərə alınaraq bu bakteriyaların ağız boşluğunun sağlamlığı üçün gözlənilən faydalı təsirlərini müzakirə etmək lazımdır.

Ağız boşluğunun mikroflorasının 1% -ni laktobasillər təşkil edir. Ağız suyunda ən çox rast gəlinən laktobasil növlərinə *L. fermentum*, *L. rhamnosus*, *L. salivarius*, *L. casei*, *L. acidophilus* və *L. plantarum* aiddir. Bunlardan *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum* və *L. rhamnosus* süd məhsulları daxilində fermentləşdirmə məqsədilə istifadə olunur. Buna baxmayaraq, bu növlərin ağız boşluğu daxilində süd məhsullarından istifadə nəticəsində olmasını sübut edən hər hansı bir məlumat yoxdur. Bundan başqa, ağız boşluğu mühitinin bu növlər üçün daimi və təbii yaşama sahəsi olduğu sübut edilməmişdir. Sookkhee və əməkdaşları öz tədqiqatlarında sağlam ağız boşluğuna malik 130 şəxsdən 3790 süd turşusu bakteriyası şammları izolə etmişlər. Bu şammların hamısı bəzi ağız boşluğu patogenlərinin aqardakı inkişafını ləngidə bilmə qabiliyyətinə görə siniflərə bölmüşlər. Bunlardan *L. paracasei* və *L. rhamnosus* növlərinin ağız boşluğundakı əsas patogenlərdən *Streptococcus mutans* və

Porphyromonas gingivalis mikroorqanizmlərinə qarşı təsirli antimikrob maddə əmələ gətirdikləri müəyyən edilmişdir. Probiotik bakteriyaların ağız boşluğundakı koloniyalaşma müddəti haqqında fərqli fikirlər mövcuddur. Bir tədqiqatda tərkibində *L. rhamnosus* olan yoğurtdan istifadə dayandırıldıqdan 3 həftə sonra ağız suyunda bu bakteriyaya rast gəlinmişdir (9,12,17). Bundan başqa, digər tədqiqatda eyni bakteriyaların bir həftədə azaldığı və müvəqqəti olaraq, kolonizasiya təşkil etdiyi aşkar edilmişdir. Bu nəticələrə görə ağız boşluğunda probiotik bakteriyaların müvəqqəti də olsa koloniyalaşdığı haqqında düşünmək olar, ancaq yeni bakteriya növləri və fərqli xəstə qrupları üzərində yeni tədqiqatların aparılmasına ehtiyac vardır.

Ənənəvi profilaktika strategiyalarındakı çatışmazlıqların öhdəsindən gələ bilmək və infeksiya prosesin səbəb olduğu karies prosesinin müalicəsi məqsədilə bəzi tədqiqatçılar kariesogen patogenlərin ağız boşluğundakı koloniyalaşmasına müdaxilə etmək üçün probiotikoterapiya üsulları üzərində işləməkdədirlər. Müasir dövrümüzdə bu istiqamətdə aparılan tədqiqatların sayının az olmasına baxmayaraq, azsaylı nəticələr bu sahədəki inkişafın parlaq gələcəyi olacağına inam yaradır. Karies prosesinin bakteriyalar tərəfindən törədildiyi 115 ildir ki, elmə məlumdur. O dövrdən etibarən karies prosesinin meydana gəlməsinin həm də poli-etiooloji proses olması da qeyd edilmişdir. Hal-hazırda üzvi turşuların əmələ gəlməsi və ondan sonra diş səthində deminerallaşmanı təmin etmək üçün diş səthi (hədəf), bakteriya və qida maddəsi üçlüyünün olması vacibdir. Bu modelə görə karies prosesinin başlaması və inkişaf etməsi üçün hər üç elementin mühitdə olması lazım gəldiyi halda, eynilə bu xəstəliyin ya-

ranması və inkişafına mane olmaq üçün ən azı yuxarıda qeyd edilən 3 elementdən biri aradan qaldırmaq lazım gəlir. Karioz prosesin qarşısını almaq yaxud inkişaf sürətini zəiflətmək üçün probiotik bakteriyalar diş səthlərinə yapışa bilməli və bioloji pərdəni əmələ gətirən bakteriya kütlələrinin arasına daxil ola bilməlidir. Bundan başqa, probiotiklər kariesogen bakteriyalarla rəqabət apara bilməli və onlara zərər verməli, onların çoxalmalarının qarşısını almalıdır. Probiotik bakteriyalar şəkər metabolizminə təsir göstərərək turşu əmələ gəlməsini zəiflətməlidir. Gündəlik süd məhsullarına probiotikləri əlavə etməklə onları qəbul etmək olar. Məsələn: pendirin ağız boşluğu mühitinin pH -nı yüksələrək diş strukturunda karioz prosesin qarşısını aldığı və reminerallaşmaya şərait yaratdığı qeyd edilmişdir. Süd məhsullarında istifadə olunan 23 bakteriya növü ilə icra edilən tədqiqatda *Streptococcus thermophilus* NCC1561 və *Lactobacillus lactis* NCC2211 bakteriyalarının hidroksiapatit səthdəki bioloji pərdəyə yapışa bildikləri və *S. sobrinus* bakteriyasının isə kariesogen növlərin inkişafının qarşısını aldığı qeyd edilmişdir (1,2,4). Digər bəzi tədqiqatlarda *L. rhamnosus* və *L. casei* bakteriyalarının 2 əhəmiyyətli patogen olan *S. mutans* və *S. sobrinus* bakteriyalarının inkişafına mane olduğu *in vivo* və *in vitro* nümayiş etdirilmişdir (5,6). Petti və əməkdaşları tərkibində *S. thermophilus* və *L. bulgaricus* olan yoğurtun *S. mutans* üzərində bakterisid təsir göstərdiyini müdafiə etmişlər. Müxtəlif kliniki tədqiqatlarda tərkibində probiotik olan süd, yoğurt və pendirin müntəzəm olaraq istifadəsinin ağız suyundakı kariesogen bakteriyaların sayı və diş ərbindəki azalmaya yardım etdiyi qeyd edilmişdir. Müxtəlif tədqiqatlarda saqqız və şirniyyat məmulatlarına

qatılan probiotiklərin gündəlik istifadəsinin ağız suyundakı *S. mutans* bakteriyalarının sayının azalmasına yardım etdiyi göstərilmişdir. Uzun müddət *L. rhamnosus* GG qəbulunun uşağın sağlamlığına mənfi təsirlərinin olub –olmaması araşdırılmış və onun zərərli təsirinin olmadığı, əksinə uşağın tənəffüs yolları infeksiyaları halları və onların şiddətini azaltdığı qeydə alınmışdır. Laktobasillərdən başqa, Bifudobakteriyalar da bağırsağın mikrobioloji tarazlığının yaxşılaşdırılması üçün tez –tez istifadə olunan digər probiotikdir. Tədqiqatların birində gənc yetkin şəxslərdə tərkibində Bifudobakteriya olan yoğurtan qısa müddət ərzində istifadə etdikdə ağız suyunda *S. mutans* və Laktobasillərin miqdarına təsirinin olub –olmaması qiymətləndirilmişdir. Nəticədə tərkibində Bifudobakteriya olan yoğurtun tətbiqindən sonra ağız suyunda *S. mutans* -ın miqdarında əhəmiyyətli dərəcədə azalma olduğunu ancaq Laktobasillus miqdarının isə dəyişmədiyi müşahidə olunmuşdur. Montalto və əməkdaşları öz tədqiqatlarında probiotik bakteriyaların kapsul və ya maye formada qəbulunun *S. mutans* -a fərqli təsirinin olub –olmadığını qiymətləndirmişlər. Probiotiklərin qəbul edilmə formalarının (kapsul yaxud da mayeşəkilli) ağız boşluğunun *S. mutans* -ın miqdarına əhəmiyyətli təsirlərinin olmaması bu tədqiqatda qeyd edilmişdir. Nikawa və əməkdaşları *L. reuteri* tərkibli yoğurtun *S. mutans* mikroorqanizminin ağız boşluğundakı miqdarlarına təsirləri öyrənilmişdir və tərkibində bu probiotik bakteriya olan yoğurtan istifadənin *S. mutans*ın səviyyəsini azaltdığı və yoğurtun istifadəsi dayandırıldıqdan 2 həftədən sonrakı müddətdə də *S. mutans*ın aşağı miqdarda qaldığı müəyyən edilmişdir. Yekun olaraq, yuxarıda göstərilən tədqiqatlarda tədqiqatçılar süd və süd məhsulları, saqqız və ya tablet daxilində

prob
nun
dığı
sürə
D
mala
paroc
tella
rella
temo
rol o
diş et
yalaşı
yınma
göstər
kimi
Son
tədqiq
da, x
xüsusi
mikro
yüksəl
tədqiq
interm
parado
sını a
bu nə
mövcu
biosen
da əhə
Tədqiq
müsbət
etmişlə
14 gün
bundan
ağız b
indeksi
müşahidə

probiotiklərin gündəlik istifadəsinin ağız suyunun tərkibindəki *S.mutans* –in miqdarını azaltdığı və dişlərin kariesinin yaranma və inkişaf sürətinin azaltdığı mövzusunda həmfikirdirlər.

Dişin dayaq aparatını təşkil edən toxumaların destruksiyası ilə müşayiət olunan parodontitlərin meydana gəlməsində *Prevotella gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia* və *Actinobacillus actinomycetemcomitans* kimi patogen mikroorqanizmlər rol oynayır. Adı çəkilən mikroorqanizmlər diş ətinin altındakı toxuma sahələrində koloniyalaşma, orqanizmin immun sistemindən yayınma, immun sistemin təsirlərinə müqavimət göstərmə və toxumalarda destruksiya törətmək kimi müxtəlif zərərli xüsusiyyətlərə malikdirlər. Son dövrlərdə icra edilmiş mikrobioloji tədqiqatlar sağlam şəxslərin ağız boşluğunda xroniki parodontitli xəstələrinə nisbətən xüsusilə *L. gasseri* və *L. fermentum* kimi mikroorqanizmlərin rast gəlinmə göstəricisinin yüksək olduğunu göstərmişdir. Bir sıra digər tədqiqatlarda laktobasillərin *P. gingivalis*, *P. intermedia* və *A. actinomycetemcomitans* kimi parodontopatojenlərin çoxalmasının qarşısını aldığı qeyd edilmişdir. Bununla bərabər, laktobasillərin ağız boşluğunda laktobasillərin mövcudluğunun ağız boşluğunun yerli mikroflorasının tarazlığının təmin olunmasında əhəmiyyətli rolə malik olduğunu göstərir. Tədqiqatçılar *L. reuteri* bakteriyasının gingivitə səbəb təsirlərinin olub –olmamasını tədqiq etmişlər və şiddətli gingiviti olan xəstələrdə 14 gün probiotik tərkibli saqqız vermişlər və bundan sonra *L. reuteri* mikroorqanizminin ağız boşluğunda koloniyalaşdığını və diş əpi xəstələrinin göstəricilərinin aşağı düşdüyü müşahidə edilmişdir. Bu tədqiqatda *L. reuteri*

mikroorqanizminin bütün təsir mexanizmləri izah **edilmə**sə də, tədqiqatçılar 3 mümkün səbəb **üzərində** durmuşlar.

İlk olaraq, *L. reuteri* bir sıra patogenlərin inkişafını dayandıran 2 bakteriosin Reuterin və **Reuterisiklin** ifraz edə bilir. İkinci səbəb *L. reuteri* mikroorqanizminin dişin sərt toxumalarına yaxşı yapışma qabiliyyətinin olması və bununla əlaqədar olaraq, onun patogen mikroorqanizmlərlə rəqabət aparmasıdır. Sonuncu səbəb isə *L.reuteri* iltihabəleyhinə təsir göstərərək bağırsaq və ağız boşluğunun selikli qişasında iltihab sitokinlərinin ifraz olunmasının qarşısını ala bilir. Bu yolla mikroorqanizm parodont toxumalarında patologiyası olan şəxslərə müsbət təsir göstərə bilir. Buna baxmayaraq, *L.reuteri* mikroorqanizminin gingivit xəstəliyinin qarşısının alınması və müalicəsində effektivliyini tam sübut etmək üçün daha böyük xəstə qrupları üzərində daha geniş tədqiqatlar aparılmalıdır. Xroniki parodontitli xəstələrdə *L.brevis* mikroorqanizminin iltihabəleyhinə təsirlərinə gəldikdə 4 gün ərzində tərkibində *L. brevis* olan sorucu konfetlərdən istifadə bütün xəstələrdə diş əpi indeksi, diş əti indeksi və zondlama zamanı qanaxma kimi kliniki parametrlərin göstəricilərində yaxşılaşma qeydə alınmışdır. Bu tədqiqatda ağız suyu daxilindəki prostoglandin E2 (PGE2) və matriks metalloproteinazalarının miqdarında nəzərəcarpacaq dərəcədə azalma müşahidə edilmişdir. Bununla birlikdə, südün çürüməsi müddətində *L. helveticus* osteoblastlara təsir göstərə bilən peptidlər əmələ gətirərək osteoblastların sümük əmələgətirmədəki aktivliklərini artırır. Beləliklə, bioloji aktiv peptidlər parodontitlə əlaqədar meydana gələn sümük rezorbsiyasının azalmasında rol oynaya bilirlər (9,19).

Ağızdan qoxunun gəlməsi (halitoz) qoxulu qidaların qəbulu, metabolik pozğunluqlar, tənəffüs yolu infeksiyaları və s. kimi səbəblərlə əlaqədar olsa da, bir sıra hallarda halitoz ağız boşluğu daxilindəki simbioz mikrfloradakı tarazlığın pozulması ilə əlaqələndirilir. Başqa sözlə, halitozun səbəbi anaerob bakteriyaların özlərinə üçün aminturşu əmələ gətirmək üçün ağız suyu və qida maddələrinin tərkibindəki zülalları parçalamaq və nəticədə hidrogen sulfid və metanetanol tərkibli qazşəkilli birləşmələr əmələ gətirmələrdir. Kang və əməkdaşları W. cibaria mikroorqanizminin müxtəlif şammlarının F. nucleatum mikroorqanizmi tərəfindən qazşəkilli sulfid birləşmələrinin əmələ gəlməsinə mane olduğunu qeyd etmişlər. Bu faydalı təsir W. cibaria tərəfindən əmələ gətirilən hidrogen peroksidin F. nucleatum çoxalmasına mane olması ilə əlaqədardır. Bu tədqiqat zamanı xəstələrə tərkibində W. cibaria olan məhlul ilə ağız boşluqlarını qarqara etmək təklif edilmiş və nəticədə onların ağız boşluqlarında hidrogen

sulfid və metanetanol əmələ gəlməsinin qarşısı alındığı üçün halitoz əlamətləri də azalmışdır. S.salivarius mikroorqanizminin qazşəkilli sulfid birləşmələri əmələ gətirən bakteriyaların sayını azaldan bakteriosin əmələ gətirdikləri elmə məlumdur. Tərkibində S. salivarius K12 olan saqqız və ya sorucu saqqızlardan istifadə halitoz diaqnozu qoyulmuş şəxslərdə qazşəkilli sulfid birləşmələrinin səviyyəsinin aşağı düşdüyü qeydə alınmışdır(8,10,11). Bu tədqiqata cəlb olunmuş şəxslərə ağız boşluğu daxilində yayıla bilməsi və dişlərin müxtəlif səthlərinə yapışa bilmələri üçün hər gün yeməkdən sonra və axşam dişlərini fırçaladıqdan sonra tərkibində qeyd edilən probiotik olan konfetləri istifadə etmək tövsiyə olunmuşdur. Beləliklə, probiotiklərin stomatologiyada istifadə olunması yeni sahəni təşkil edir və belə vasitələrin müalicə -profilaktika təsirlərini daha dəqiq araşdırmaq üçün daha geniş və uzun müddətli tədqiqatların aparılmasına ehtiyac vardır.

ƏDƏBİYYAT

1. Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Фоменко Е.В.. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта – М.: МИА, 2006. – 112 с.
2. Иванова Л.А., Рединова Т.Л., Чередникова А.Б. Частота встречаемости неблагоприятных факторов и стоматологический статус у пациентов с дисбиозом полости рта // Институт стоматологии. – С.-Петербург, 2009. – №1. – С.41-42.
3. Маев, И. В., Плотникова Е. Ю. Пробиотики и пребиотики в клинической практике // Фарматека. – 2011. - № 5. - С. 33-41.
4. Митронин А.В., Вавилова Т.П., Перевощикова О.А., Островская И.Г. Применение пробиотиков в лечении патологий тканей ротовой полости// «Российская стоматология». – 2013. - №2. – С. 13-19.
5. Плоскирева, А. А., Николаева С. В. Пробиотические продукты в практике клинициста // Лечащий врач. - 2010. - № 8. - С. 84- 86.
6. Симаненков, В. И., Ильяшевич И. Г., Коновалова Н. В. Возможности пробиотической терапии в комплексном лечении пневмонии / В. И. Симаненков, // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - 2010. - № 1. - С. 19-23.

7. B...
8. B...
9. C...
10. H...
11. H...
12. H...
13. G...
14. G...
15. K...
16. K...
17. L...
18. P...
19. S...

clin

7. Boderá, P. Influence of Prebiotics on the Human Immune System (GALT) // Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery. - 2008. - Vol. 2. - P. 149-153.
8. Burton JP, Chilcott CN, Tagg JR. The rationale and potential for the reduction of oral malodour using *Streptococcus salivarius* probiotics. *Oral Dis* 2005; 11: 29-31.
9. Cleusix V, Lacroix C, Vollenweider S, Duboux M, Le Blay G. Inhibitory activity spectrum of reuterin produced by *Lactobacillus reuteri* against intestinal bacteria. *BMC Microbiol*, 7: 101, 2007.
10. Hallström H, Lindgren S, Lindberg TY, Dahlén G, Renvert S, Twetman S. Effect of probiotic lozenges on inflammatory reactions and oral biofilm during experimental gingivitis. *Acta Odont Scand*, 71: 828-833, 2013.
11. Haukioja A, Loimarant V, Tenovu J. Probiotic bacteria affect the composition of salivary pellicle and streptococcal adhesion in vitro. *Oral Microbiol Immunol* 2008; 23: 336-343.
12. Hempel, S., Newberry S.J., Maher A. R. et al. Probiotics for the prevention and treatment of antibiotic-associated diarrhea : a systematic review and meta-analysis // *JAMA*. - 2012. - Vol. 307. - № 18. - P. 1959-69.
13. Guillemard, E. Tanguy J., Flavigny A. et al. Effects of consumption of a fermented dairy product containing the probiotic *Lactobacillus casei* DN-114 001 on common respiratory and gastrointestinal infections in shift workers in a randomized controlled trial // *J Am Coll Nutr*. - 2010. - Vol. 29. - № 5. - P. 455-68.
14. Guidelines for the evaluation of probiotics in food. Joint FAO/WHO Working Group Report on Drafting Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food. 2002.
15. Kligler B, Cahrssen A. Probiotics. *Am Fam Physician*, 78: 1073-1078, 2008.
16. Krasse P, Carlsson B, Dahl C, Paulsson A, Nilsson A, Sinkiewicz G. Decreased gum bleeding and reduced gingivitis by the probiotic *Lactobacillus reuteri*. *Swed Dent J* 2006; 30: 55-60.
17. Lönnermark, E. *Lactobacilli in the normal microbiota and probiotic effects of Lactobacillus plantarum*. - University of Gothenburg, Sweden, 2010. - 101 p.
18. Parvez S, Malik KA, Ah Kang S, Kim HY. Probiotics and their fermented food products are beneficial for health. *J Appl Microbiol* 2006; 100: 1171-1185.
19. Slawik S, Staufienbiel I, Schilke R, Nicksch S, Weinspach K, Stiesch M, Eberhard J. Probiotics affect the clinical inflammatory parameters of experimental gingivitis in humans. *Eur J Clin Nutr*, 65: 857-863, 2011.

РЕЗЮМЕ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ
В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ

Ахмедбейли Д.Р.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им А.Алиева
Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.**Ключевые слова:** : полость рта, лечение, пробиотик

В практической стоматологии для купирования воспалительного процесса в мягких и твердых тканях полости рта пациентам очень часто назначаются различные антибиотики, глюкокортикоиды, анальгетики и др. лекарственные препараты, которые нередко могут вызывать определенные нарушения в функциональном состоянии, что связано с дальнейшим ухудшением микробного состава полости рта и повышением устойчивости бактерий к этим средствам. Для нормализации микробиоценоза полости рта, а также и кишечника всё чаще предпочитают препараты пробиотического действия, которые оказывают иммуностимулирующее и противовоспалительное действие, активируют фагоцитоз и синтез антител. Комплексное применение пробиотиков на основе штаммов некоторых бактерий для восстановления тканей пародонта и полученные положительные результаты явились основанием для продолжения исследований с целью разработки и внедрения наиболее оптимальных медикаментозных методов и средств борьбы с инфекцией в полости рта.

SUMMARY

POSSIBILITIES OF USING PROBIOTICS
IN THE FIELD OF DENTISTRY

Ahmedbeyli D.R.

Azerbaijan State Institute of Advanced Training of Physicians named by A.Aliyev
Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery.**Key words:** oral cavity, treatment, probiotic

In practical dentistry, various antibiotics, glucocorticoids, analgesics and other medications which often prescribed for inhibition of the inflammatory process in soft and hard tissues of the oral cavity, can cause certain dysfunctions, which is associated with a further deterioration in the microbial composition of the oral cavity and increasing the resistance of bacteria to these agents. To normalize the composition of the microflora of the oral cavity and intestines, bacterial medicine at the base of probiotic are increasingly used and they have an immunomodulating and anti-inflammatory effect on the mucosa, activate phagocytosis and synthesize antibodies. The complex use of probiotics on the basis of a consortium containing strains of certain bacteria to restore periodontal health and the obtained positive results have been the basis for continuing research with the aim of developing and implementing the most optimal medicinal methods for combating infection in the oral cavity.



Bakı, Azərbaycan • Baku, Azerbaijan



RƏSMİ KATALOQ
OFFICIAL CATALOGUE

www.bihe.az / www.stomatology.az

23-cü AZƏRBAYCAN BEYNƏLXALQ
SƏHİYYƏ SƏRGİSİ
SEPTEMBER 28 – 30 Sentyabr 2017
23rd AZERBAIJAN INTERNATIONAL
HEALTHCARE EXHIBITION

incorporating

AZERBAIJAN
STOMATOLOGY

ilə birlikdə



23 - CÜ AZƏRBAYCAN BEYNƏLXALQ SƏHIYYƏ SƏRQİSİ

28-30 sentyabr 2017-ci il Bakıda Beynəlxalq sərgilərin təşkilatçısı “İteca Caspian” və onun tərəfdaşı Britaniyanın “İTE Group” şirkətlər “BİHE” 2017, 23-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə sərgisini, 12-ci Azərbaycan Beynəlxalq Stomatologiya və 11-ci Azərbaycan Beynəlxalq Gözəllik və Estetik Tibb Sərgilərini keçirib.

Azərbaycanda səhiyyə əhalinin sağlamlığın və rifahının təşkilində və qulluğunda durub. Səhiyyədə keçirilən islahatlar ölkənin iqtisadi və sosial infrastrukturalarının qlobal strateji programın tərkib hissəsidir. Azərbaycanda səhiyyə sisteminə aid ondan artıq qanun qəbul edilib.

“Azərbaycan 2020: gələcəyə baxış” inkişaf konsepsiyasında səhiyyənin maddi-texniki bazasının möhkəmlənməsi, əsaslı təmiri və yenilərinin inşaatı, islahatların davamı kimi nəzərdə tutulub.

Qeyd etmək lazımdır ki, Azərbaycan Stomatoloji Asosiasiyası 2005-ci ildən bəri “BİHE”-nin təşkilatçıları ilə fəal sürətdə əməkdaşlıq edir. Azərbaycan Stomatoloji Asosiasiyasının əsas fəaliyyət istiqamətlərindən biri stomatologiya sahəsində beynəlxalq peşəkar birliklər ilə sıx əməkdaşlığı qurmaqla dünyanın inkişaf etmiş ölkələrinin qabaqcıl təcrübəsini öyrənmək və tətbiq etməklə Azərbaycanda stomatologiyanın inkişafına nail olmaqdır. Dünyanın aparıcı



Səhiyyə nazirinin müavini E. Ağayev sərgi iştirakçılarını salamlayır.

mütəxəssislərinin iştirakı ilə respublikamızda Azərbaycan Stomatoloji Asosiasiyasının keçirdiyi stomatologiyanın aktual problemlərinə dair coxsaylı beynəlxalq konfrans, simpozium və seminarlar BİHE çərçivəsində hər il təşkil edilən və müvəffəqiyyətlə keçirilən sərgilər bunun əyani göstəricisidir.

Sərgi iştirakçılarının səhiyyənin və o cümlədən stomatologiyanın yenilikləri ilə tanış olmaq, təqdim olunanların qısa müddətdə geniş assortimentini görmək, yeni texniki bilikləri əldə etmək, qiymət və keyfiyyətin bilavasitə əlaqəsini

təyin etmək və əməkdaşlığın bunövrəsini yaratmaq imkan yaradılır. Bu il keçirilən səhiyyə sərgisində dünyanın bir çox ölkələrindən 70-dən artıq eksponent var idi. Bakı Ekspo Mərkəzində keçirilən ,23 –ci Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə, 12-ci Azərbaycan Beynəlxalq Stomatologiya və 11-ci Azərbaycan Beynəlxalq Gözəllik və Estetik Tibb Sərgilərinin təşkilatçı və iştirakçılarının Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirinin müavini cənab Elsəvər Ağayev və başqa çıxış edənlər müvəffəqiyyət və məhsuldar yaradıcılıq fəaliyyəti arzuladılar.



ASA rəhbəri R.Əliyeva iştirakçılarını təbrik edir

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВ ОТКРЫТОГО И ЗАКРЫТОГО СИНУС ЛИФТИНГА

Байрамов Г.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет

Кафедра терапевтической стоматологии.

Ключевые слова: синус лифтинг, трабекулярная кость, стабильность имплантантов

Дентальные имплантанты используются для замены формы и функции отсутствующих зубов. Фактически дентальные имплантанты—это есть металлические винты, предназначенные для замещения отсутствующих зубов и служащие опорой для крепления различных ортопедических конструкций. Все имплантанты производятся из высокой пробы медицинского титана или титановых сплавов. Титан используется из-за его отличной совместимости с организмом человека.

Для проведения дентальной имплантации, должно быть достаточное количество костной ткани для размещения имплантантов. Анатомические ограничения часто связаны с нехваткой высоты кости, которая образуется в результате повышенной пневматизации со стороны гайморовой пазухи. В результате этого происходит приближение границы гайморовой пазухи к краю альвеолярного гребня.

Из-за того, что верхняя челюсть более трабекулярна она уступает по количеству и плотности кости нижней челюсти. Кортикальная кость верхней челюсти обеспечивает меньшую опору из-за того что она очень узкая [1]. Увеличение количества кости в дистальном отделе верхней челюсти, является



процедурой синус лифтинга, разработанной в середине 1970-х [2]. Это общепринятая техника устранения потери вертикальной высоты кости (ВВК) в заднем отделе верхней челюсти выполняется двумя путями: техника открытого синус лифтинга и закрытого синус лифтинга с применением осте-

отомов и введения костнозамещающих материалов в полость синуса с целью увеличения ширины и высоты кости. Очень часто для этих целей используется аутогенная кость. Схожая с верхней челюстью кость очень часто забирается из подвздошного гребня, а также из других анатомических областей.

Различного рода остеопластические материалы используются для аугментации гайморовой пазухи, чтобы ускорить процесс реабилитации и дальнейшей пневматизации кости со стороны воздушного пространства синуса [1-9]. К таким материалам относятся: аутокость из подвздошной кости, тубера верхней челюсти, замороженная кость, ксенокость, а также гидроксиапатит. Также эти материалы используются для костной пластики. Факторы которые способствуют успешной синус аугментации и размещения имплантантов остаются все еще предметом обсуждения. В многочисленной литературе показано, что от типа используемого остеопластического ма-

териала зависит успех проведенной аугментации гайморовой пазухи [13]. Идеальный материал для аугментации синуса обеспечивает совместимость с организмом, не препятствует инфильтрации капилляров что в свою очередь создает новую кость. Залогом успешного лечения является стабильность остеоинтегрированных имплантов.

С адентией в дистальных отделах верхней челюсти.

Целью данного исследования является сравнение процедур открытого и закрытого синус лифтинга верхней челюсти с атрофией и адентией дистальной области с использованием органической бычьей кости Bio-Oss.

Материал и методы. Для данного исследования было отобрано 20 пациентов в возрастной группе 20-55 лет, с разными формами адентии задних отделов верхней челюсти. Во всех случаях были показания к имплантации, но везде мы сталкивались с проблемой малого пространства между синусом и краем альвеолы, а также дефицитом высоты альвеолярного гребня. Пациенты с хроническим синуситом, курильщики, беременные и пациенты с психическими заболеваниями были исключены из исследования.

Оценка гайморовой пазухи и количества костной ткани была проведена по рентгеновским снимкам, а также с помощью 3D технологий. Были сделаны необходимые исследования крови (WBC, PLT, Hb%, HCV, HIV and HBSAg). Использовались конические имплантанты фирмы (MisSeven. Israel). Длина используемых имплантантов были 8, 10, 11, 15, 13 и 16 мм и диаметром 3,3мм, 3,75 мм, 4,2 мм и 5 мм.

Как костнозаменяющий материал был

использован Bio-Oss ксенографт (Geistlich Biomaterials, Switzerland) из за того что он является органическим и полностью рассасываемым оставляя после себя минерализованную костную структуру. Хирургические операции были выполнены под местной анестезией с предварительной предмедикацией.

Пациенты были разделены на две группы, группу А, в которой проводился открытый синус лифтинг и группу В, в которой проводился закрытый синус лифтинг. Пациентам была проведена предварительная антибиотикотерапия за день до операции.

В группе А, в которой проводился открытый синус лифтинг методика хирургической операции была нижеследующей: разрез проводится на несколько миллиметров над слизисто-десневым соединением, от переднего края клыкового возвышения до нижнего края скуловой кости. Слизистонадкостичный лоскут поднимается с передней границы разреза и было создано четырехугольное окно с помощью физиодиспенсера (Mectron, Italy). Линия нижней остеотомии проводится приблизительно 4-5 мм над дном гайморовой пазухи, далее были сделаны передняя, задняя и верхняя остеотомия соответственно. Разрез сделанного окна приблизительно должен составлять 1х1 см для достаточно хорошей визуализации сепарации и поднятия шнайдеровой мембраны и внесения биоматериала.

Сепарация Шнайдеровой мембраны должна быть таким образом чтобы она оставалась интактной и без напряжения.

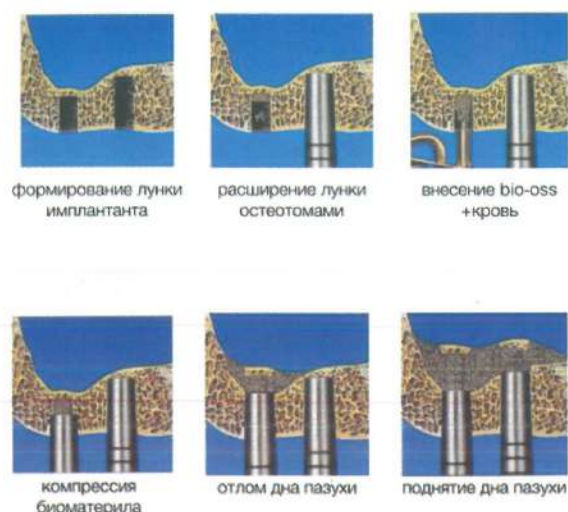
Биоматериал (Bio-Oss) смешивается в стерильных условиях с достаточным количеством крови взятой из вены в области локтевой ямки. После поднятия Шнайдеровой мем-

браны биоматериал смешанный с кровью пациента вводится в полость синуса и утрамбовывается для достижения адекватного лифтинга. Барьерная коллагеновая мембрана накрывается поверх стороны биоматериала.

Разрез ушивается монопленовым шовным материалом 4-0 (рис 1)



В группе В хирургическая операция проводилась следующим образом: разрез был сделан с небной стороны альвеолярного гребня на длину охватывающую места вставляемых имплантантов. Два послабляющих вертикальных разреза были сделаны в передней и задней областях, для отслоения лоскута без напряжения. Дальнейшие действия с помощью остеотомов показаны на (рис 2).



Слизисто-надкостничным лоскут был поднят к щечной стороны с переднего края с осторожностью чтобы не было разрывов для обнажения альвеолярного гребня.

Сверление кости выполняемая с помощью физиодиспесера (W&H) с наружным и внутренним охлаждением. Лунка для имплантантов формируется диаметром от 2,0 до 4,8 мм. С помощью хирургического молотка и последовательного использования остеотомов было поднято дно гайморовой пазухи и с осторожностью отсепарована мембрана.

Во всех случаях после поднятия мембраны полость заполнялась органическим биоматериалом бычьего происхождения (Bio-Oss) предварительно смешанным с кровью взятой из вены.

Далее в полость вводился имплантант соответствующий к сформированной лунке до полного погружения в альвеолярную кость. Лишние частицы биоматериала были тщательно удалены и лоскут был возвращен на свое место и рана была ушита шовным материалом моноплен 4-0.

Лекарственные препараты в обеих группах назначались на 5 дней: Амоксиклав 625 мг параллельно с метронидазолом 400 мг 3 раза в день, а так же парацетамол 500 мг и противозастойные носовые капли.

Пациентам давались назначения прикладывать лед в оперированную область, питаться мягкой высококалорийной пищей, полоскать полость рта антисептиком (0,05% хлоргексидин глюконатом). По возможности не чихать, сильно не дышать носом, 2 недели не летать на самолете, а также и других обстоятельств которые могут привести к давлению и вакууму внутри синуса, в течении

недели нельзя пить из трубки, не надевать съемные протезы.

Пациенты из обеих групп были осмотрены на 1-ой, 3-ей и 6-ой неделе, после операции. А стабильность имплантантов проверена на 1,2, и 3 месяце.

Послеоперационная оценка пациентов проводилась по следующим параметрам:

1. Боль по визуальной аналоговой шкале, (ВАШ)

- 0 –нет боли
- 1-3 –слабая боль
- 3-7 –средняя боль
- 7-10 –сильная боль

2. Воспаление десны :Gingivalindex [5]

- 0 –нет воспаления
- 1 –слабое воспаления
- 2 –среднее воспаление
- 3 –сильное воспаление

3. Отек (есть/нету)

4. Стабильность (есть/нету) (метод Glickman- на) [6]

5. Саблюдение назначений врача «удовлетворительное/плохое»

6. Осложнение – если есть.

Постоперационная рентгенологическая оценка проводилась с интервалами 1-я неделя, 3-я неделя, 6-я неделя и 12-я неделя.

Результаты и их обсуждение. Постоперационная оценка была проведена по следующим критериям: боль, воспаление десны, отек и увеличение высоты кости на 1-ой, 3-ей, 6-ой и 12-ой неделе. Стабильность имплантантов наблюдался на 1-ом, 2-ом и 3-ем месяцах после имплантации в обеих группах. Небыло отмечено отторжение имплан-

тантов и биоматериала в обеих группах. Незначительны болевые ощущения убывали со временем в обеих группах, но большинство пациентов из группы А сообщили о боли, на 1-й день и 1-ю неделю. После 1-й, 3-ей, 6-ой и 12-ой недели на боль жалоб не было.

В группе А у 90% пациентов было воспаление десны, в то время как в группе В было 70%. В группе А у 50% пациентов воспаление десны отмечалось на 1-ой неделе, а в группе В у 30%. В обеих группах воспаление отсутствовало на 3-ей, 6 -ой и 12-ой неделе наблюдения.

Отек уменьшался на 1-ой неделе в обеих группах, но больше пациентов с отеком мягких тканей было в группе А.

При сравнении новообразованной кости между группами А и В средняя высота кости была больше (приблизительно 8,5 мм) чем в группе В (приблизительно 4,4 мм), разница также была при обработке статистических данных. Стабильность была в обеих группах выше удовлетворительного.

Имплантанты были установлены двумя различными техниками аугментации гайморовой пазухи, успех в обоих случаях был подтвержден успешным приживлением имплантантов в 3-х месячный период наблюдения. Нужно заметить, что есть различие в уровне вновь образованной кости между размещением имплантантов одновременно с аугментацией и отложенной имплантацией в укрепленной кости после аугментации.

Основной целью дентальной имплантации является замена утраченного зуба, особенно когда желательно избегать препарирования здоровых соседних зубов. Техники открытого и закрытого синус лифтинга широко

используются для увеличения высоты альвеолярного гребня с возможностью размещения имплантантов на достаточную длину.

Результаты наблюдались по следующим параметрам:

- 1.Боль
- 2.Отек
- 3.Воспаление
- 4.Состояние десны
- 5.Стабильность

По болевому симптому в группе А (открытый синус лифтинг через латеральное окно), на 1-й день все 10 пациентов имели умеренную боль (согласно визуальной аналоговой шкале), и никто не имел умеренной и сильной боли.

На 1-ой неделе наблюдения у 6-ти пациентов были слабые боли в то время как ни у одного не наблюдалось умеренной и сильной боли. После 1 –ой недели наблюдения никаких болевых ощущений не было.

В группе В (закрытый синус лифтинг через лунку имплантанта) на 1-й день 8 пациентов имели слабую боль, но не отмечалось умеренной или сильной боли. На первой неделе жалобы на слабую боль были у 5 пациентов.

После 1-ой, 3-ей, 6-ой и 12-ой недели не было никаких жалоб на боль.

На сравнении обеих групп угасание боли наблюдалось к концу 1-ой недели. На 1-й день боль была умеренной в обеих группах из-за отслоения лоскута, сверление кости, давлением вживленных имплантантов и поднятием мембраны гайморовой пазухи.

Аналогичные выводы были замечены

Блоком, [7], при оценке клинических результатов вживления имплантантов и поднятия дна синуса обнаружили, что нет никаких значительных болей после проведенных хирургических манипуляций.

Отек был на 1-й день в обеих группах (в группе А - 8 пациентов, и в группе В – 6 пациентов, которые утихли со временем.

В группе А, на 1-й неделе 5 пациентов (50%) в то время как в группе В отек был у 3-х пациентов (30%).

В обеих группах со временем наблюдалось значительное угасание отечности.

Отечность не наблюдалась после 1-ой недели ни у одного из пациентов из обеих групп.

Значительных отличий в отечности между группами не было.

Похожие выводы были сделаны Радони с соавт.[8] Алкан с соавт.[10], что у пациентов имевших какие либо болезни пазухи отмечались, такие осложнения как послеоперативные боли, отеки, нарушение заживления, неудачи имплантации, синусит. Они также отметили появление отека у нормальных пациентов, что коррелируется с нашим исследованием.

Наблюдались следующие изменения в состоянии десны: было слабое воспаление в группе А у 9 из 10-ти пациентов на 1-ый день и у 5 из 10-ти пациентов, которые утихали к концу 1-ой недели и полностью исчезали на 3-ей, 6-ой и 12-ой неделях наблюдения.

В группе В, воспаление десны присутствовало у 7 пациентов, на 1-ый день, и у 3-х пациентов на 1-ой неделе. Воспаление десны отсутствовало после 1-ой, 3-ей, 6-ой и 12-ой недель. Воспаление и период заживления не

имели значительных различий в обеих группах.

В нашем исследовании мы обнаружили быстрое заживление мягких тканей.

Стабильность имплантантов была отмечена в обеих группах.

В группе А у двух пациентов, которым был проведен открытый синус лифтинг и немедленная имплантация, стабильность имплантантов имела место на 100%, на 1-ой, 2-ой и 3-м месяцах имплантации. У остальных 8-ми больных с задержкой имплантации стабильность наблюдалось на 4,5 и 6-ом месяцах, обнаружено 100%-я стабильность.

В группе В стабильность имплантантов имела место у всех пациентов на 1,2 и 3 месяцах. Не было никакой разницы в стабильности имплантантов между обеими группами.

После 3-х месячного периода ожидания нагрузки и отмечается отличную остеоинтеграцию имплантантов, как и было замечено Кент и Блоком (4). Аналогичные выводы были сделаны Torpalo и соавт. [15] в 1998 году при сравнении двух различных методов поднятия дна синуса у 30-ти пациентов, предназ-

наченных для имплантологического лечения в атрофированной задней области верхней челюсти.

Исходя из выше изложенного можно сделать заключение что, значительной разницы в боли, отека и состоянии десны между обеими процедурами прямого и непрямого синус лифтинга не было. Увеличение высоты кости была значительно больше при открытом синус лифтинге. Имплантация успешна в обоих случаях синус лифтинга. Наши клинические результаты показывают, что Bio-Oss является оптимальным материалом для костной регенерации. Он имеет преимущество быть стабильным и иметь остеокондуктивные свойства, которые позволяют прямой контакт с вновь образованной костью. Процесс резорбции протекает достаточно медленно, чтобы предоставить достаточное время для образования новой кости. Таким образом, мы приходим к выводу, что до глубины 4-5 мм рекомендуется производить синус-лифтинг закрытым методом, а свыше 5 мм открытым методом.

LİTERATURA

1. Steigmann M, Garg AK. A comparative study of bilateral sinus lifts performed with platelet rich plasma alone versus alloplastic graft material reconstituted with blood. *Implant Dent* 2005;14:261-6.
2. Sani E, Veltri M, Cagidiaco MC, Balleri P, Ferrari M. Sinus membrane elevation in combination with placement of blasted implants: A 3-year case report of sinus augmentation without grafting material. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008;37:966-9.
3. Woo I, Le BT. Maxillary sinus floor elevation: Review of anatomy and two techniques. *Implant Dent* 2004;13:28-32.
4. Peleg M, Garg AK, Misch CM, Mazor Z. Maxillary sinus and ridge augmentations using a surface-derived autogenous bone graft. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1535-44.
5. Wiltfang J, Schultze-Mosgau S, Merten HA, Kessler P, Ludwig A, Engelke W. Endoscopic and ultrasonographic evaluation of the maxillary sinus after combined sinus floor augmentation and implant insertion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:288-91.
6. Atsumi M, Park SH, Wang HL. Methods used to assess implant stability: Current status. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:743-54.
7. Jaffin R.A., Kumar A., Berman C.L.: immediate loading of implants in partially and fully edentulous jaws: a series of 27 case reports. *Periodontol* 71:833-838, 2000
8. Rodoni LR, Glauser R, Feloutzis A, Hämmerle CH. Implants in the posterior maxilla: A comparative clinical and radiologic study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20:231-7.
9. Jurisic M, Markovic A, Radulovic M, Brkovic BM, Sándor GK. Maxillary sinus floor augmentation: comparing osteotome with lateral window immediate and delayed implant placements. An interim report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:820-7.
10. Alkan A, Celebi N, Baş B. Acute maxillary sinusitis associated with internal sinus lifting: Report of a case. *Eur J Dent* 2008;2:69-72.
11. Kim YK, Yun PY, Kim SG, Lim SC. Analysis of the healing process in sinus bone grafting using various grafting materials. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:204-11.
12. Del Fabbro M, Testori T, Francetti L, Weinstein R. Systematic review of survival rates for implants placed in the grafted maxillary sinus. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2004;24:565-77.
13. Jurisic M, Markovic A, Radulovic M, Brkovic BM, Sándor GK. Maxillary sinus floor augmentation: Comparing osteotome with lateral window immediate and delayed implant placements. An interim report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:820-7.
14. Tan WC, Lang NP, Zwahlen M, Pjetursson BE. A systematic review of the success of sinus floor elevation and survival of implants inserted in combination with sinus floor elevation. Part II: Transalveolar technique. *J Clin Periodontol* 2008;35:241-54.
15. Topalo V, Atamni F. Short dental implants in the maxillary sinus floor transcrestal elevation. *Rom J Oral Rehabilitation* 2011;3:50-7.

XÜLASƏ

AÇIQ VƏ QAPALI SİNUS LİFTİNG TEXNİKALARININ ÜSTÜNLÜKLƏRİNİN MÜQAYISƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Bayramov Q.R.

Azərbaycan Tibb Universiteti.

Terapevtik stomatologiya kafedrası.

Açar sözlər: sinus lift, süngərsümük, implantların stabilliyi.

Açıq və qapalı sinus lifting texnikaları arasında ağrı, şişginlik, sabillik və yumşaq toxumaların vəziyyətində əhəmiyyətli dərəcədə fərq oldu. Sümük artımı açıq sinus lifting texnikasında daha çox müşahidə olunurdu.

SUMMARY

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE ADVANTAGES OF THE OPEN AND CLOSED SINUS LIFTING

Bayramov Q.R

Department of Therapeutic dentistry of AMU.

Key words: sinus lifting, trabecular bone, implant stability.

There was significant difference in pain, swelling, stability and gingival status between both in direct and indirect sinus lift procedure. Increase in bone height was significantly more in direct sinus lift procedure than indirect sinus lift procedure.

BUENOS AIRES, VENUE FOR NEXT FDI WORLD DENTAL CONGRESS



MADRID, Spain: Dr Guillermo Rivero, President of the Argentina dental association (CORA), told Dental Tribune Online that the next FDI World Dental Congress will take place on 5 to 8 September 2018 in Buenos Aires in Argentina. CORA, which will be co-organising the event with the FDI, expects more than 10,000 dental professionals from all over the world to attend FDI Buenos Aires 2018, which will be held at La Rural exhibition centre.

The main figures of world dentistry will be participating in the meeting, at which all dental specialties and techniques will be covered. FDI Buenos Aires 2018 will offer lectures, seminars, workshops, hands-on sessions and poster exhibitions, among many other activities.

"We are working on the list of Argentine speakers, which will follow a form of representation by geographical region of the country," said Rivero. "This is being coordinated by Dr

Brian Murdoch, who was appointed as Scientific Director of FDI Buenos Aires 2018."

CORA's president explained that, at the FDI's July meeting in Goa in India, guidelines were established for designating the speakers for the event. "Soon, possibly in November, we will have the final speaker selection and will be announcing their names, after submitting the report to the FDI," he added.

Rivero said that the slogan of FDI Buenos Aires 2018 will be "Passion from many, commitment from all". The Argentine dentist added that the organisers are "working so that dentistry in all its scope, which is a passion for many of us, is taken by all involved as a commitment for improvement".

Regarding technological innovations, there will be a large commercial exhibition over an area of more than 8,000 m², at which the most advanced innovations in equipment, materials

and instruments will be on display.

Commenting on the advantages of the host country, Rivero said that Argentina is very large and extremely attractive. "We have a beautiful, huge country," he explained, "with a variety of climates, landscapes and cultures. We have many tourism options for all tastes, such as Ushuaia in Tierra del Fuego (the southernmost city in the world); the Perito Moreno Glacier in the south; the towns in the Andes mountains (Bari-loche and San Martín de los Andes), which offer adventure tourism in snowy landscapes and lakes; the centre of the country with the wine route; the Valley of the Moon. The region of the Pampa with its huge cattle fields, where it is possible to enjoy the activities of the Argentine gaucho; the north with its hills of a thousand colours and the train to the clouds; and, in the north-east, the Iguazu Falls. In other provinces, we have enormous rivers, the national park of

Palmar de Colón, the great wetlands, the tango, the roasted meats, the dressage, the folklore, the dulce de leche, and, of course, the people!"

As for Buenos Aires attractions, the President of CORA said that "Buenos Aires is a multicultural city, reminiscent of major European capitals like Madrid or Paris, with museums, plazas, boulevards, theatres, tango, musicals, the Plaza de Mayo (famous as a meeting point for political demonstrations), from where you can visit the Cabildo [city hall], the Casa Rosada (which is like the White House), the metropolitan cathedral, the obelisk on Avenida 9 de Julio ('the widest in the world'). There are the neighbourhoods of Palermo and La Boca and its 'Caminito' (a reference to a famous tango), a place where Italian immigrants settled in the early twentieth century. There are multiple spaces for shopping and walking. In short, Buenos Aires is a city to totally enjoy."

АЛИМСКИЙ АНАТОЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ

25 апреля на 77 году жизни скончался видный деятель советской и российской стоматологии заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор Алимский Анатолий Васильевич.

Алимский А.В. работал в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 48 лет, пройдя путь от научного сотрудника до заместителя директора по научной работе. Он внес огромный вклад в совершенствование организации стоматологической помощи населению России.

При его непосредственном участии подготовлены практически все приказы МЗ СССР, вышедшие в 80-90-ые годы прошлого столетия, имеющие важное значение для совершенствования организации и улучшения доступности и качества стоматологической помощи населению. В их числе следует, в первую очередь, назвать приказ «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12 июля 1984 года №670, приказ «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000 года» от 18 ноября 1988 года и приказ «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» от 25 января 1988 года №50.



Около 40 лет своей научной деятельности А.В.Алимский посвятил изучению вопросов эпидемиологии стоматологических заболеваний. Неоценим его вклад в совершенствование организации и улучшение качества стоматологической помощи в Азербайджанской Республике. Под руководством и при непосредственном участии Анатолия Васильевича в Азербайджане были проведены эпидемиологические обследования детей дошкольного и школьного возрастов. Результаты проведенных исследований дали возможность выработать предложения по созданию оптимальной модели стоматологической помощи в Азербайджане в новых экономических условиях.

Много лет Анатолий Васильевич соче-

тал научную работу с преподавательской, читая лекции по организации стоматологической помощи слушателям стоматологического факультета РМАПО. Имеет ученое звание профессора по двум специальностям - стоматология и общественное здоровье и здравоохранение. Под его руководством защищено более 10 докторских и 70 кандидатских диссертаций.

Плодотворная научная и общественная деятельность профессора Алимского А.В. по достоинству оценена в России. Ему присвоено почетное звание «Заслу-

женный деятель науки Российской Федерации», он награжден медалями «Ветеран труда», «850-летие Москвы», «За заслуги перед отечественным здравоохранением», знаком «Отличник здравоохранения» и орденом Стоматологической Ассоциации России «За заслуги перед стоматологией».

Светлая память об Анатолии Васильевиче надолго сохранится в сердцах ученых и практиков Азербайджанской Республики.

*Совет Азербайджанской Стоматологической Ассоциации,
Редакционная коллегия «Вестник Стоматологии Кавказа»*

ELXAN EMİN OĞLU KƏRİMOV

Professor Elxan Kərimov 1938-ci il noyabrın 23-də Göyçay şəhərində müəllim ailəsində anadan olmuşdur. O, 1956-cı ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun stomatologiya fakültəsinə daxil olub və 1964-cü ildə bu ali tədris ocağını fərqlənmə diplomu ilə bitirmişdir. Həmin il terapevtik stomatologiya kafedrasına aspirant qəbul olduqdan sonra Kiyev Tibb Universitetinə göndərilmişdir. "Azərbaycan SSR endemik zob ocağında yaşayan əhalinin diş



sisteminin vəziyyəti" mövzusunda tibb elmləri namizədliyi dissertasiyanı uğurla müdafiə etmişdir.

Elxan müəllim Tibb İnstitutunda fəal elmi pedaqoji və ictimai işlər aparmışdır. O, müxtəlif vaxtlarda İnstitutun Cərrahiyyə İxtisası üzrə Dissertasiya Şurasının elmi katibi, Stomatologiya fakültəsinin ilk partiya təşkilatının katibi və həmin fakültənin dekani olmuşdur.

1987-ci ildə Elxan müəllim öz elmi-tədqiqat işlərini yekunlaşdırmaq üçün yenidən Kiyev Tibb İnstitutuna doktorant kimi göndərilmişdir. O, akademik N.F.Danillevskinin rəhbərliyi ilə "Qalxanabənzər vəzin patologiyalarında parodont xəstəliyinin patogenezi və Azərbaycan SSR-nin endemik zob mənbələrində onların profilaktik xüsusiyyətləri" mövzusunda doktorluq dissertasiyasını 1990-cı ildə uğurla müdafiə etmişdir.

1990-cı ildə Elxan Kərimov Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrasına müdir seçildi və "Stomatologiya"

İxtisaslaşmış Elmi Şuranın sədri təyin olundu.

Ortopedik stomatologiya kafedrasına rəhbərlik edərək kafedranın kollektivi ilə birlikdə geniş miqyaslı elmi tədqiqat işləri aparılmışdır. Professor E.E.Kərimov 250-dən artıq elmi məqalənin, ixtira və səmərələşdirici təklifin müəllifidir. Stomatologiya üzrə çap edilmiş bir çox monoqrafiyanın və dərsliyin, elmi redaktoru olmuşdur. Onun rəhbərliyi ilə

10-dən artıq elmlər doktoru və fəlsəfə doktoru yetişmişdir.

Professor E.Kərimovun Azərbaycan Tibb Elminin və Səhiyyənin inkişafındakı xidmətləri Dövlətimiz tərəfindən layiqincə qiymətləndirilmişdir. O, 2000-ci ildə "Əməkdar həkim", 2010-cu ildə isə "Əməkdar elm xadimi" fəxri adlarına və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Fəxri Fərmanına layiq görülmüşdür.

O, uzun müddət Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının ekspert şurasının üzvi olmuşdur.

Görkəmli alim E.Kərimov 1990-cı ildən ömrünün sonuna 2017-ci ilə qədər ortopedik stomatologiya kafedrasına rəhbərlik etmişdir.

Ömrünü insnaların sağlamlığına, və elmə həsr edən, gözəl ailə başçısı, professor Elxan müəllim Kərimovun xatirəsi doğmalarının, tələbələrinin, iş yoldaşlarının və onu tanıyanların qəlbində daim yaşayacaq və xoş xatirələrlə anılacaqdır.

ALLAH RƏHMƏT ELƏSİN

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Qafqazın Stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti.



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 24 - 2017