



QAFQAZIN **STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ**

№ 5 - 2002 (1)

Procter & Gamble

Caucasian dental news

Elmi - praktik tibbi jurnal

Научно – практический медицинский журнал

№ 5 2 0 0 2 (1)

**AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI**



**AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION**

**Təsisçi və baş redaktor
Baş redaktorun müavini**

**R. Əliyeva
Z. Qarayev**

**Redaksiyanın müdiri
Bədii tərtibatçı**

**S. Ələkbərova
A. Cəfərov**

Redaksiya heyyyəti

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

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

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

Rusiya
Rusiya
Rusiya
Özbəkistan
Qazaxıstan
Rusiya
Türkiyə
Rusiya
Gürcüstan
Azərbaycan

MÜNDƏRİCAT

■	Profilaktika sağlamlığın rəhnidir. Əliyeva R.Q.	3
■	Здоровые зубы и качество жизни. Леонтьев В.К.	6
■	Uşaqlarda diş-çənə anomaliyalarının müalicəsində treynərlərin tətbiqi. Əliyeva R.Q., Quliyeva S.K.	12
■	Blend-a-med - единственная зубная паста, продемонстрировавшая предотвращение развития кариеса корня зубов у взрослых в клинических условиях	15
■	Методические подходы к использованию корней зубов, разрушенных ниже уровня десны, в качестве опоры под штифтовые конструкции. Семенюк В.М., Захаров А.В.	20
■	Hemodynamics of the abutment teeth parodont in combined dentition defects. Nigmatov R.N.	24
■	Основные причины отрицательных результатов протезирования больных с полной адентией и пути их снижения. Садыков М.И.	26
■	Особенности состояния полости рта и оказания ортопедической стоматологической помощи больным с психическим заболеванием. Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т., Якубова Ф.Х., Юлдашева Н.Р.	29
■	Влияние протезирования дефектов зубных рядов на течение хронического гастрита. Сафаров А.М.	33
■	Üz-çənə nahiyyəsində hemangiomaların müalicəsi və ağırlaşmalarının profilaktikası. Yusubov Y.Ə., Bilalov S.Y.	37
■	Стартовая модель реформы стоматологической помощи в Кыргызской Республике. Юлдашев И.М.	40
■	О допингах и проблемах допинг-контроля в Азербайджане. Велиева М.Н., Алиев Н.А., Велиев П.М.	44
■	Чикаго – 2002.	49
■	Вена – 2002.	51
■	Юбилей.	53



Profilaktika sağlamlığın rəhnidir

Dünya XXI əsrin astanasında dayanmışdır. Bu zirvəyə stomatologiya hansı nəticələrlə gəlir, bu elmdə təsəvvürlər və prioritetlər necə dəyişirlər?

Ön plana əhalinin sağlamlığının maksimal qorunması məsələsi çəkilir, bunu isə profilaktikanın köməyi olmadan həll etmək mümkün deyil.

Bu stomatoloji xəstəliklərin qarşısının alınması müvəffəqiyyətlə həyata keçirilən bir çox ölkələrin (Finlandiya, İsveçrə, Danimarka, İsveç və b.) təcrübəsində də təsdiq olunur. Bu ölkələrin mütəxəssislərinin əldə etdikləri nəticələr həqiqətən heyranamizdir. Məsələn: 1970-ci illərin əvvəllərində Finlandiyada hər 12 yaşlı məktəblidə orta hesabla 11-12 kariyesli diş olurdusa, hazırda bu yaşlı uşaqlarda orta hesabla kariyeslə zədələnmiş dişlərin sayı birdən azdır. Heç də dünyanın hər yerində işlər belə yaxşı deyil.

Hərçənd bəzi adamlara elə gəlir ki, profilaktikanı həyata keçirmək üçün istifadə olunan üsul və vasitələr olduqca sadədir, lakin bu ilk baxışdan belə görünür. Ölkəmizdə stomatoloji xəstəliklərin profilak-

tikasına belə laqeyd münasibət ona gətirib çıxarmışdır ki, müxtəlif yaşlı əhali arasında dişlərin kariyesinin və parodont xəstəliklərinin intensivliyi artmaqda davam edir, ağız boşluğunda xəstəlik əlaməti olmayan şəxslərin sayı isə çox aşağıdır.

Bütövlükdə bizim təbabətin, o cümlədən stomatologiyanın bədbəxtliyi ondadır ki, hərçənd bir çox illər ərzində açıqlanırdı ki, əsas məsələ - xəstəliklərin qarşısının alınmasıdır, lakin bu bir deklarasiya olaraq qalırdı və əsas diqqət bərpaedici müalicəyə verilir.

Belə vəziyyətin səbəblərindən biri bizim stomatologiyanın on illərlə izolə edilmiş şəkildə olması və xarici mütəxəssislərlə əməkdaşlığın məhdud olmasındadır.

Xoşbəxtlikdən hazırki dövrdə bu sədd aradan götürülmüşdür və Azərbaycan stomatoloqları öz pasientlərinə maksimal səmərəli kömək etmək üçün elm və texnikanın bütün müasir yeniliklərindən öz xarici həmkarları ilə birlikdə istifadə etmək imkanı əldə etmişdir.

Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikasının böyük üstünlüyü ondan ibarətdir ki, müalicə ilə müqayisədə nisbətən ucuz başa gəlir. Belə ki, xəstəliyin qarşısını almaq, sonradan onu müalicə etməkdən 10 dəfə ucuzdur. Ona görə də, indi reformalar və Azərbaycan səhiyyəsinin maliyyə çatışmazlığı dövründə əhalinin sağlamlığının möhkəmlənməsinə düzgün yanaşmaların işlənilib-hazırlanması

üçün əlverişli vaxt çatmışdır.

Nə qədər paradoksal səslənsə də, insanın stomatoloji sağlamlığının saxlanılması yolunda ən böyük maneələrdən biri insanın özüdür. Onun fikirlərinin, davranışının və adətlərinin dəyişilməsi bu insanın məktəbli və ya ixtisaslı insan olmasından asılı olmayaraq mürəkkəb və uzun prosesdir.

Stomatoloji xəstəliklərin qarşısını almaq üçün adətən ayrıca fərd, kiçik əhali qrupu və ya bütöv populyasiya üçün profilaktika proqramı hazırlanır.

Ağız boşluğunun sağlamlığını qorumaq üçün insan özü nə etməlidir (stomatologun nəzarəti altında). Bunlardan ən vacibi - dişləri müntəzəm və düzgün təmizləməkdir. Bunun üçün uyğun diş fırçaları və diş pastalarından, eləcə də əlavə vasitələr - diş çöpləri, diş sapları, saqqızlar, diş eliksirlərindən istifadə etməlidir.

Bəs nə üçün profilaktikada dişlərin təmizlənməsinə belə diqqət verilir? Məsələ ondadır ki, diş ərpi dişlər və damaq xəstəliklərinin əmələ gəlməsində iştirak edir. Əgər dişlər təmizlənməsə və ya qeyri-müntəzəm təmizlənersə, onda dişlərin üzərində bakteriyalar toplanır, sonra onlar diş ərpi əmələ gətirir, bu da gələcəkdə diş daşına çevrilir. Bütün bunlar dişlərin və diş ətinin sağlamlığının qorunması üçün təhlükə yaradır.

Bunlarla yanaşı qidalanmanın diş kariyesinin əmələ gəlməsində rolunu yaddan çıxarmaq olmaz. İnsan nə qədər şirniyyat az istifadə etsə, öz dişlərinə bir o qədər artıq xeyir gətirər. Əgər şirniyyatdan imtina etmək çətindərsə, onda şəkər yox, şəkərəvəzedicilərdən istifadə etmək lazımdır. Bu onunla əlaqədardır ki, diş ərpi bakteriyaları şəkərəvəzedicilərdən zərərli təsir göstərən maddə emal edə bilmirlər. Beləliklə, diş minasının yumşalması və kariyesin baş

vermə təhlükəsi azalır.

Hazırda bazarda ağız boşluğu gigiyena vasitələri bolluğu olduğu bir dövrdə insan özü çətinlik çəkdiyi üçün, ona bu işdə stomatoloq öz məsləhətləri ilə kömək edə bilər. Buna görə də stomatoloji kabinetə yalnız diş ağrıyan vaxt deyil, profilaktika məqsədi ilə də müraciət etmək lazımdır.

Ölkəmizdə əsas çətinlik profilaktikanın populyasion proqramlarının həyata keçirilməsində meydana çıxır ki, bu da maliyyə vəsaiti və təşkilati problemlərlə əlaqədardır. Eyni zamanda məhz bu proqramlar stomatoloji xəstəliklərin geniş miqyasda qarşısının alınmasında və kariyesli dişləri olmayan uşaqların sayının artmasında çox səmərəlidir.

Bu məqsədlə müxtəlif ölkələrdə uzun illər ərzində suyun, duzun, axır vaxtlarda isə südün flüorlaşdırılmasından istifadə olunur.

Rusiyanın 3 şəhərində - Maykop, Smolensk və Voronejdə 1994-cü ildən başlayaraq, uşaq bağçalarında uşaqlar flüorlaşdırılmış süd içirlər. Bu proqramma özünün yüksək səmərəliliyini sübuta yetirmiş və başqa regionlar da bunu özləri üçün nümunə götürərək belə proyektə həyata keçirmək arzusunda olduqlarını bəyan etmişlər.

Azərbaycanda stomatoloj profilaktikanın həyata keçirilməsinin qarşısında duran maneələrdən biri başqa ölkələrdə mövcud olan xüsusi personalın olmamasıdır. Söhbət stomatoloji gigiyenistlərdən gedir. Məhz onlar lazımi professional hazırlığa malik olmalı və profilaktika proqramının həyata keçirilməsində fəal iştirak etməlidirlər. Bu halda stomatoloq profilaktika tədbirləri həyata keçirmir, yalnız gigiyenistlərin fəaliyyətinə nəzarət funksiyasını yerinə yetirir.

Hazırda ölkəmizdə belə gigiyenistlər hazırlanmır, ancaq birinci addım atılmalıdır.

Belə mütəxəssislərin öyrədilməsi standartı təsdiq olunmalıdır. Növbəti mərhələ gigiyenist peşəsinin təsdiqi olmalıdır.

Biz inanırıq ki, bu sədd də tezliklə dəf ediləcəkdir və belə mütəxəssislərin meydana gəlməsi əhaliyə stomatoloji xidmətin yaxşılaşmasına imkan verəcəkdir.

Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikasının miqyasının genişləndirilməsi perspektivləri genişdir.

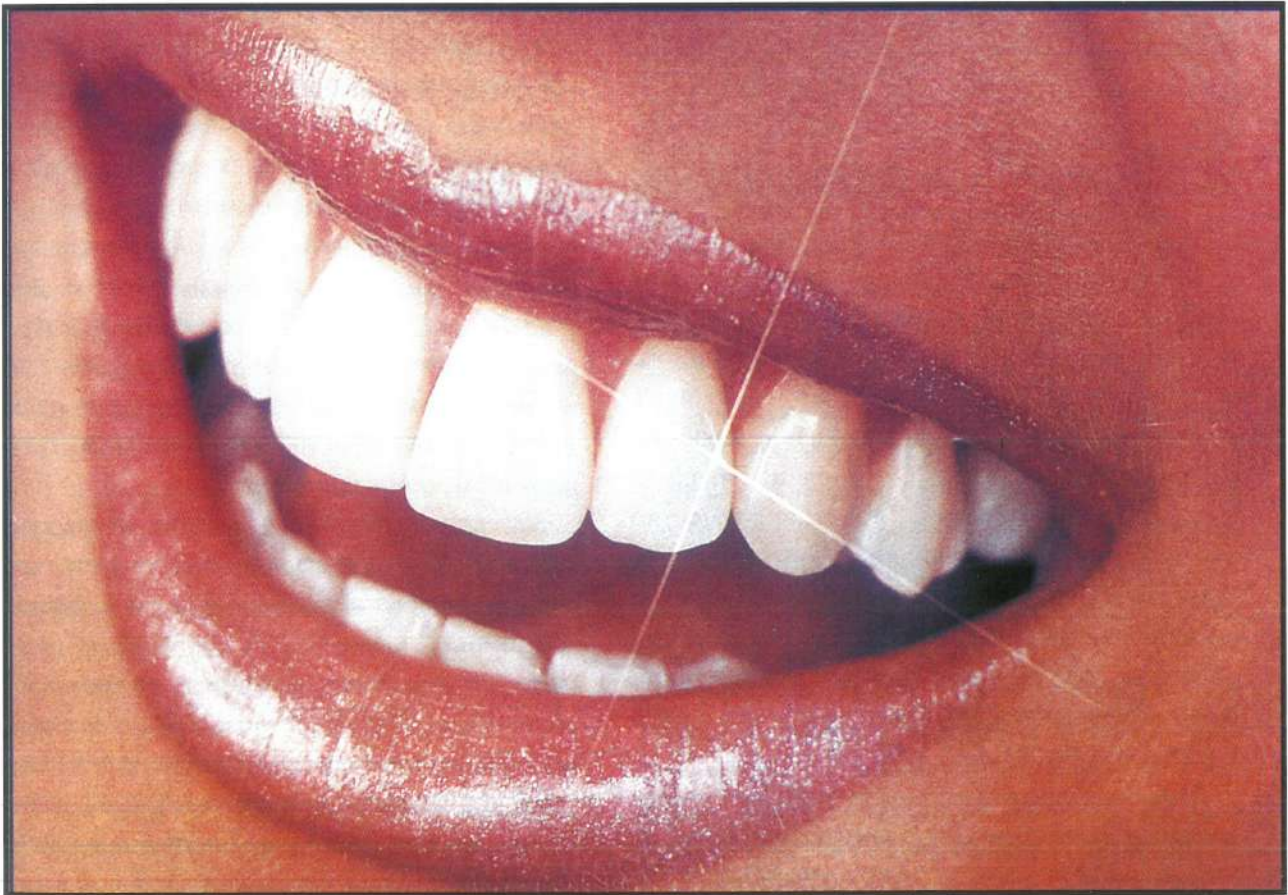
Bizim fikrimizcə, hazırda onlar 5 il əvvəlkinə nisbətən daha ümidvericidir.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının Bakı, Gəncə, Sumqayıt, Əlibayramlı və Mingəçevir şəhərində şagirdlər arasında

keçirdiyi «Diş və ağız boşluğu sağlamlığı» təhsil proqramı əhali arasında profilaktik biliklərin artmasına böyük təsir göstərmişdir.

Bu həm əhalinin, həm də mütəxəssislərin münasibətinin dəyişməsi ilə əlaqədardır. Mütəxəssislər profilaktikamı stomatologiyanın ayrılmaz hissəsi hesab edirlər, ən başlıcası bir çox adamlar sağlamlığın qorunmasının vacibliyini başa düşüblər. Mütəxəssislərin və əhalinin birgə səyləri insanların stomatoloji sağlamlığının yaxşılaşmasına kömək edə bilər.

RƏNA ƏLİEVA



Здоровые зубы и качество жизни

В.К. Леонтьев,

*Президент Стоматологической Ассоциации России,
член-корреспондент РАМН, профессор. Москва*



Понятие «качество жизни» давно вошло в обиход социологов и постепенно стало общепринятым и общепризнанным термином, обозначающим совокупность черт и свойств личности и общества, условий жизни, здоровья, работы, питания, отдыха, состояния внешней среды. Таким образом, понятие «качество жизни» имеет две стороны - внутреннюю, зависимую от самой личности человека, и внешнюю, обусловленную степенью развития общества, государства, уровнем цивилизации, включающую природные факторы, достигнутые и используемые блага.

Имеется тесная связь между многими приведенными выше чертами и факторами. К медицине прямое отношение имеет зависимость качества жизни от здоровья человека. Эта зависимость столь очевидна, что не требует каких-либо специальных доказательств. Сущность этой

зависимости состоит во множестве ограничений, накладываемых уровнем здоровья, на возможности работы, отдыха, жизнедеятельности и самого существования человека. Всем хорошо известны и понятны ограничения, накладываемые инвалидизацией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом, психическими болезнями на образ жизни и ее качество. Поэтому одной из задач любого общества является повышение качества жизни людей. По уровню этого показателя во многом можно судить об уровне цивилизации, прогрессивности, благосостоянии общества и государства, о степени их соответствия желаниям и чаяниям народа. В последнее десятилетие вопросы качества жизни все в большей мере связываются также с разумным потреблением ресурсов Земли, ее экологией, здоровым образом жизни, воспитанием личности.

Нам не встретилось аналитических работ, которые бы изучали связь качества жизни человека и общества с одной из важнейших систем организма человека - состоянием его зубочелюстной системы. Вместе с тем наличие такой связи является очевидным и требует своего изучения и анализа.

В связи с тем, что настоящее исследование предназначено специально для стоматологов, хотелось бы, обратить их внимание на социальную значимость поднимаемых проблем, на ту роль, которые затрагиваемые вопросы играют в жизни общества и каждого человека, на то значение, которое в связи с обсуждаемой темой, должна занимать стоматология как профессия и стоматолог как профессионал в общественной лестнице государства и общества, в формировании высокого имиджа стоматологов как очень важной части человеческого общества, без осуществления функции которых в обществе в

целом и у каждого из членов серьезно снизилось бы качество жизни. Именно этот фактор каждый стоматолог должен использовать в своей практике как главный и самый весомый аргумент в общении с больным при осуществлении своей профессиональной функции - профилактики и лечении стоматологических заболеваний.

Итак, на наш взгляд, здоровые зубы несут три основные функции в установлении и поддержании высокого качества жизни человека:

1. Здоровые зубы как главный фактор, обуславливающий качество питания человека.

2. Зубы и их эстетическая роль.

3. Здоровые зубы как символ благополучия человека.

Разберем подробнее роль и значения этих функций зубов в обеспечении качества жизни человека.

1. Здоровые зубы и питание

То, что питание со всем многообразием составляющих является одним из важнейших факторов в жизни человека и общества, неоспоримо. Следует сказать, что питание - показатель как благосостояния общества, его здоровья, культуры, так и степени его развития и цивилизованности. Человеческое общество по мере его развития прошло большой и долгий путь от голода к насыщению, от однообразия к разнообразию пищи, от сыроедения к высокой степени обработки пищи, от роли питания как фактора поддержания жизни и здоровья к его ритуальной функции и одному из проявлений культуры человека. В настоящее время питание кроме функции поддержания жизни несет множество других, играющих важнейшую социальную роль.

Вместе с тем, пожалуй, трудно найти другую сферу жизни человека, которая была бы столь индивидуализирована и многообразна. Об этом свидетельствует множество факторов: разнообразие блюд и национальных кухонь, видов пищи и способов приготовления, индивидуальных привязанностей и влияния на здоровье, зависимость от материальных возможностей и наклонностей отдельных людей, их культуры и

состояния здоровья. И во всем этом перечисленном многообразии факторов, обуславливающих питание человека, важнейшую, часто не до конца понимаемую, нередко подсознательную роль играет состояние зубочелюстной системы. В выборе пищи человеком играют роль следующие факторы полости рта:

а) отсутствие отдельных или многих зубов;

б) наличие больных зубов;

в) подвижность;

г) состояние межзубных промежутков;

д) наличие патологических десневых карманов;

е) наличие протезов и их жевания;

ж) длительность процесса жевания;

з) эстетичность приема пищи и процесса жевания.

Разберем роль и значение этих факторов в питании. Отсутствие отдельных или многих зубов, особенно жевательных и передних, ведет к затруднениям в откусывании пищи и ее пережевывании. В начале процесса потери зубов человек, адаптируясь к нему, переходит на преимущественное жевание на одной стороне, что значительно ограничивает возможности выбора пищи. Далее, по мере потери зубов, ограничения возрастают и начинают проявляться в выборе мягкой пищи вместо грубой и жесткой, обработанной вместо сырой, той пищи, что сможет прожевать и проглотить человек вместо желанной. Важно также, что по мере потери зубов снижается слюноотделение (В.К. Леонтьев, С.А. Попов, 1983 и др.), что препятствует как формированию пищевого комка, так и удлиняет, затрудняет процесс пережевывания пищи.

Очень негативную роль в выборе пищи, ее пережевывании играет наличие больных зубов. Оно ведет к болезненности приема пищи и жевания, к ее застреванию в полостях, накоплению, гниению и брожению, что проявляется неприятным запахом изо рта. В итоге - ограничения в выборе пищи и методах ее обработки и приготовления.

Важное отрицательное значение имеет подвижность зубов. Кроме невозможности использования грубой и жесткой пищи, в этих случаях во рту накапливаются пищевые остатки, затрудняется очищение полости рта. Все это также неизбежно ведет к ограничению в выборе пищи, ее разнообразия и способов приготовления.

При потере отдельных зубов, кариозных полостях на контактных поверхностях, некачественном лечении таких полостей возникает еще один крайне неприятный и мучительный фактор - накопление и застревание пищи в межзубных промежутках, формирование глубоких и болезненных десневых карманов. Этот фактор знаком большинству наших пациентов и представляет наибольшую сложность для качественного лечения. Беда в том, что в этих случаях даже при наличии вылеченных зубов, но без правильного формирования контактных зон, больной не чувствует комфорта, более того, он ощущает свою беспомощность (зубы ведь вылечены!) и выход опять видит в одном - в ограничении выбора и обработки пищи. Аналогичная, но еще более сложная и трудная для лечения картина наблюдается при наличии парадонтитов в запущенных формах, с наличием глубоких зубодесневых карманов.

Во многих случаях ситуация с процессом жевания и выбором пищи может быть исправлена с помощью эффективного протезирования. Обычно оно достигается с помощью вкладок, коронок, небольших мостовидных протезов. Однако на практике во многих случаях некачественное изготовление протезов ведет к продолжению трудностей в приеме и пережевывании пищи из-за сохранения больших межзубных промежутков, воспаления десен, что ведет к ретенции пищи, болезненности ее приема и, как следствие, опять к ограничению выбора пищи, ее состава и способа обработки.

Особенно большие недостатки в этом отношении имеют все виды съемных протезов. Ввиду своего несовершенства съемные протезы всегда накладывают на владельца ограничения

по выбору пищи, особенно связанные с жесткостью продукта, необходимостью его пережевывания и другими причинами. Поэтому любое съемное протезирование всегда значительно ограничивает выбор пищи во всех его проявлениях.

Значительные ограничения в выборе пищи связаны с необходимостью увеличения длительности жевания при потере зубов или наличии недостаточно эффективных протезов. Перед пациентом в этом случае встает необходимость решения: либо ограничение в выборе пищи, либо проглатывание недостаточно пережеванной пищи, либо очень длительное и, часто, утомительное жевание. Обычно выбор делается им на двух первых решениях. Таким образом, необходимость длительного пережевывания пищи при утрате жевательной функции также ведет к нарушению выбора пищи.

Наконец, имеется еще один важный, связанный с психологией человека фактор выбора пищи при потере зубов и протезировании - утрата эстетичности при приеме пищи. Она выражается в длительном жевании, трудности откусывания пищи, выборе части пищи, доступной для жевания, неэстетичном пережевывании пищи во рту, потребностью удалить изо рта непережеванную часть пищи, потребностью прочистить межзубные промежутки и т.д. Эту сторону приема пищи не следует недооценивать, так как она тоже играет важную роль в выборе питания и степени обработки пищи.

Таковы основные причины, ограничивающие выбор пищи человеком, способов ее обработки, приготовления и употребления.

Имеются не очень большие фактические научные данные, подтверждающие приведенные выше факты. Очень интересные факты были получены в Латвии (1984). Специальная экспедиция изучала фактическое питание населения различных регионов Латвии. При этом отдельно исследовалось питание лиц с заболеванием пародонта. В этой группе содержание белка в пище было достоверно более низким, чем у лиц

со здоровым пародонтом, и даже рекомендованного минимума. Обнаружена обратная достоверная корреляция между количеством белка в суточном рационе и состоянием пародонта. Эта же группа недостаточно потребляла твердые овощи и фрукты, у них было снижено потребление витамина С и В. Эти люди употребляли, в основном, сильно обработанную измельченную пищу, что связано с отмеченными выше факторами.

Исследования, проведенные в Омске (В.И. Карницкий, В.Т. Сунцов и др., 1976), показали, что лица с множественным кариесом зубов гораздо позже начинают систематический уход за полостью рта, чем люди, резистентные к кариесу, и проводят его менее интенсивно. При множественном кариесе зубов 60,9% людей разжевывают пищу на одной стороне зубного ряда. 73,9% жалуются на запах изо рта, неприятный вкус во рту по утрам. 78,3% - на наличие остатков пищи во рту после еды, тогда как кариесрезистентные лица не высказывали таких жалоб. Лица с кариесом зубов предпочитают употреблять мягкую, обработанную пищу, причем она преобладает в рационе и до появления кариозных полостей. При множественном кариесе отмечена склонность к употреблению пищи углеводного характера (95,6%), в основном в виде сахара, конфет и других кондитерских изделий. Если лица, резистентные к кариесу, принимают сладкое как третье блюдо, то лица с множественным кариесом зубов - часто независимо от приема пищи и в половине случаев - на ночь. У лиц с множественным кариесом зубов в 78,3% случаях отмечено отсутствие контактных пунктов, где задерживалось большое количество пищи.

Таким образом, состояние зубочелюстной системы является важнейшим фактором в выборе пищи, ее качества, вида, степени обработки и приготовления. Человек с больными, отсутствующими или расшатанными зубами не только лишается возможности употреблять ту пищу, которую он любит и хочет, но при этом у него постепенно, в силу подсознательного поведения

в выборе доступной ему пищи, развивается белковая и витаминная недостаточность, развивается жевательная леность, резко нарушается функция слюнных желез и самоочищение полости рта. Человек перестает себя чувствовать комфортно относительно выбора, разнообразия и многообразия пищи. Он ограничен в своих возможностях, привыкает и смиряется с ними. Результат - снижение качества жизни по одному из важнейших показателей - питанию. К сожалению, очень мало изучена связь нарушения питания из-за состояния полости рта с общей заболеваемостью организма, поражаемостью отдельными заболеваниями и продолжительностью жизни. Такие исследования необходимы, и они должны быть выполнены. Без сомнения, здоровые зубы являются залогом высокого качества жизни, так как они снимают все ограничения в таком важнейшем факторе комфортной жизни человека, каким является питание.

В связи с изложенным следует чрезвычайно важный для практической стоматологии вывод: профилактика, лечение и протезирование зубов, имея ближайшей целью улучшение оздоровления полости рта, в стратегическом плане обеспечивают высокое качество жизни наших пациентов. Именно этот лозунг должен быть написан на знамени практикующих стоматологов, эти аспекты стоматологического лечения и профилактики они должны объяснять своим пациентам, об этом должны знать и беспокоиться и наши больные. Они должны знать: от состояния зубов зависит качество жизни - или мы выбираем пищу, или она выбирает нас! Зная и учитывая это, возможно коренным образом изменить отношение населения к стоматологическим болезням, к профилактике, к нашей специальности.

2. Зубы и эстетика

Вторым важным фактором влияния зубов на качество жизни является их большое значение в создании внешнего облика человека. Слова «ослепительная улыбка», «голливудская улыбка»

ка», «зубы как жемчуг», «белозубая улыбка» и другие стали синонимами красоты и благополучия, удачи и богатства. Действительно, трудно представить себе счастливого удачливого человека с плохими зубами, с неприятной улыбкой. «Если улыбка украшает лицо человека - оно прекрасно», - когда-то сказал один из классиков. Имеется несколько составляющих красивых зубов человека.

Во-первых, они должны быть все на своих местах, без исключений, во-вторых, они должны иметь хороший натуральный цвет и блеск здоровых зубов и быть таковыми, в-третьих, зубы должны быть красивой формы, нормальных размеров, в-четвертых, зубы должны иметь один из физиологических видов прикуса, в-пятых, они должны широко и красиво смотреться при разговоре, улыбке, смехе. В-шестых, зубы, зубной ряд должны красиво сочетаться с формой лица, улыбкой. Такие красивые идеальные зубы встречаются редко. Поэтому их сохранение на протяжении всей жизни очень важно для всех людей. Вместо с тем прогресс стоматологии, проявление новых технологий, материалов, методов лечения постепенно выкристаллизовались в отдельное направление в стоматологии - эстетическую стоматологию. Эта подотрасль нашей специальности возникла в результате эстетической потребности людей как фактор формирования их внешнего облика, символа благополучия и удачливости, красоты и высокого социального статуса. Поэтому услуги эстетической стоматологии очень дефицитны, трудоемки, сложны, используемые материалы и оборудование очень дороги и доступны наиболее благополучной и преуспевающей части общества. Прекрасные красивые зубы в развитом обществе стали одним из символов благополучия и характеристики высокого качества жизни. Для создания и поддержания красивых зубов и улыбки многие люди не желают никаких средств. В связи с этим и сама эстетическая стоматология получила свое развитие только в богатых благополучных странах, где высоко

качество жизни, где люди имеют достаточно средств для оплаты столь сложных стоматологических вмешательств, не имеющих четких медицинских показаний. Этот процесс сейчас начал интенсивно развиваться и в нашей стране, хотя пока потребность в нем невелика, а специалистов - единицы. Можно предположить, что с ростом благополучия населения, увеличения числа состоятельных людей, потребность в эстетической стоматологии будет резко возрастать, что будет указывать на повышение качества жизни. В этом отношении характерен пример США и других «богатых» стран. В них с ростом благополучия, с ростом профилактики стоматологических заболеваний и снижением заболеваемости резко увеличилась потребность в эстетической стоматологии, что позволило не снижать количество стоматологов, а оплата их труда даже возросла.

Таким образом, эстетика зубов, улыбки является одним из важных показателей качества жизни общества. Этот фактор должен пониматься и учитываться стоматологами. Раздел эстетической стоматологии будет интенсивно развиваться по мере улучшения благосостояния общества и становится одним из важных показателей качества жизни.

3. Здоровые зубы как символ благополучия человека и общества

В последние четверть века в проблеме охраны здоровья, профилактики, сохранения активного долголетия наука и медицина достигли огромных успехов. Стало очевидным, что генетические факторы и здоровый образ жизни являются главными причинами, обеспечивающими долголетие и здоровье человека. На основе этиологической и патогенетической профилактики стало возможным предотвратить многие заболевания, что позволило значительно увеличить продолжительность жизни людей во многих развитых странах. Большинство развитых стран безоговорочно принимает здоровый образ жизни и профилактику заболеваний как основные меры в сохранении здоровья и

долголетия. Стало «модным» быть здоровым и работоспособным до глубокой старости.

Особенно большие успехи достигнуты в профилактическом разделе стоматологии. Стоматологическая заболеваемость в странах, где работают профилактические программы, снизилась в 2-4 раза и дети в возрасте 12 лет имеют индекс КПУ, не превышающий 1.0-2.0. Поставлена задача в 70 лет сохранить не менее 20 зубов. Общество осознало, что в его силах, в силах каждого его члена до глубокой старости сохранить большинство зубов, что значительно повышает качество жизни. Люди осознали, что беззубые рты и съемные протезы не являются непременным атрибутом пожилого возраста, что этого можно избежать, в результате чего можно пользоваться многими радостями жизни до глубокой старости.

Сохранение здоровых зубов у лиц пожилого возраста позволяет также избежать столь неприятных атрибутов старости, как хроническая инфекция во рту, запах изо рта, ограничения в выборе пищи, беззубая улыбка, съемные протезы.

Таким образом, сохранение здоровых зубов является одним из важных признаков высокого качества жизни, так как они обеспечивают полноценность питания, эстетический внешний вид, гордость и достоинство людей, активный образ жизни. Конечно, сохранение здоровых зубов требует больших усилий и затрат как от государства, так и от каждого гражданина. Без достаточных финансовых, организационных и других мер невозможно достижение успеха и обеспечение роли сохраненных до старости зубов как свидетельства и показателя высокого качества жизни человека и общества.

Нам представляется, что имеются и другие, менее значимые связи стоматологии и качества жизни общества, но уже приведенные и обсужденные примеры показывают всю социальную и общественную важность затронутой проблемы. Какие выводы и рекомендации следуют из представленных материалов? В этом отношении видятся несколько направлений.

1. Общество и государство России должны знать и понимать роль стоматологии в сохранении здоровья населения и обеспечении высокого качества жизни.

2. Каждый гражданин России должен быть воспитан в духе здорового образа жизни, в том числе относительно профилактики болезней органов полости рта. Для этого он должен знать и принимать как жизненную необходимость концепцию взаимосвязи качества жизни и состояния собственных зубов.

3. Концепция взаимосвязи высокого качества жизни и здоровых зубов должна стать ведущей идеологией в работе каждого стоматолога с пациентами, с коллективами, с обществом. Роль стоматолога в обществе в связи с этим должна быть пересмотрена, он должен приобрести более высокий имидж. Для этой цели должны быть серьезно изменены программы подготовки специалистов, для понимания ими их роли в обществе и государстве. Конкретно это должно выразиться в новом уровне общения стоматолога со своими пациентами, в постановке более высоких целей и задач стоматологического лечения и профилактики как стоматологами, так и их пациентами.

4. Стоматологической общественности страны, руководству СтАР, стоматологической администрации регионов необходимо пересмотреть свои взаимоотношения с обществом, поставить более высокие стратегические цели, занимать более активные политические позиции, обеспечивая тем самым новый имидж специальности и высокую роль в жизни общества. Такой переход к активной позиции потребует многолетних усилий, продуманных планов, серьезной рекламы, пропаганды и агитации, но главное - более активной позиции каждого члена нашей стоматологической корпорации в работе с пациентами. Такой подход потребует серьезного пересмотра всего комплекса отношений стоматологов с обществом, но новая цель оправдывает средства, которые будут затрачены для ее достижения.

Uşaqlarda diş-çənə anomaliyalarının müalicəsində treynerlərin tətbiqi

Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq stomatologiyası kafedrası. Bakı.



*Kafedra müdiri
t.e.d. Əliyeva R.Q.*

Son illərdə Azərbaycan Respublikasında məktəbəqədər və məktəb yaşlı uşaqlar arasında aparılan stomatoloji müayinələr zamanı müəyyən edilmişdir ki, müxtəlif regionlarda diş-çənə anomaliyaları 38%-66% təşkil edir. (Qarayev Z.İ., 1997; Əliyeva R.Q., 2000; Pənahov N.A., 2001 və s.).

Diş-çənə anomaliyaları zamanı baş verən morfoloji və funksional dəyişikliklər (nitq, çeynəmə, udma, nəfəsalma və s.) uşaqların estetik çatışmazlıqla yanaşı psixosomatik vəziyyətində də problemlər yaradır.

Diş-çənə sisteminin normal inkişafı üçün üz-çənə sistemi əzələlərinin böyük rolu var. Bu əzələlərin funksiyasında baş verən dəyişiklik uşaqlarda müxtəlif diş-çənə anomaliyalarının əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Anomaliyaların əmələ gəlməsində zərərli vərdişlərin (dodaq, dil, yanaq və barmağı sorma, uşaq yatanda başının düzgün qoyulmaması və s.) rolu danılmazdır.

Diş-çənə anomaliyalarının müali-

cəsindən ötrü çoxsaylı ortodontik aparatlar mövcuddur. Bunların hamısının üstün və çatışmayan cəhətləri mövcuddur.

Son vaxtlar müasir ortodontik aparatlardan geniş istifadə olunur.

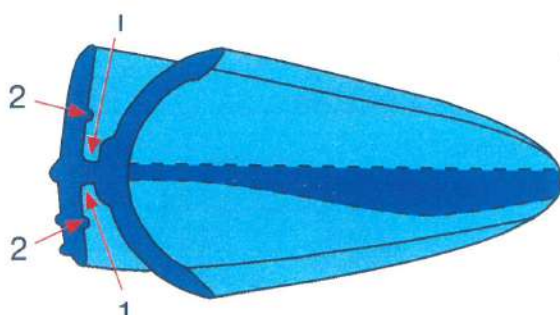


*Assistent
Quliyeva S.K.*

6-12 yaşlı uşaqlarda süd dişləri daimi dişlərlə əvəz olunan müddətdə əksər hallarda zərərli miofunktional vərdişlərdən dizokklüziya yaranır. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, dişlərin yerləşmə vəziyyəti ona təzyiq edən dil və dodağın təsiri ilə müəyyənləşir. Müalicə zamanı bəzən dilin və dodağın funksional xüsusiyyəti nəzərə alınmır. Tədqiqatlarla müəyyən olunmuşdur ki, dişin yerdəyişməsi 1,7 qramlıq qüvvənin təsiri nəticəsində baş verə bilər. Aşağı dodaq 300 qrama qədər, dil 500 q təzyiq göstərə bilər. (Wienstein S., 1967; Sakuda M., Ishizwa M., 1970; Profit W., 1972). Ona görə də ortodontik müalicənin effektiv olması üçün miofunktional zərərli vərdişləri ilk növbədə aradan qaldırmaq lazımdır.

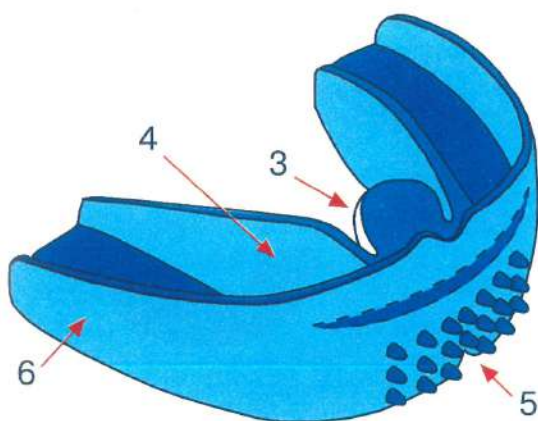
Bunun üçün preortodontik treyner-

lərdən istifadə olunması çox məqsədə uyğundur. Çünki preortodontik treyner miofunksional zərərli vərdişləri aradan qaldırır və çıxmaqda olan dişləri düzəldir.



Şəkil 1.

Treynerin en kəsiyi: 1- dişlərin yerləşmə yeri, 2 - dodaq çıxıntısı



Şəkil 2.

Treyner: 3 - dilçək, 4 - dilin hərəkətini məhdudlaşdıran, 5 - dodaq bəmperləri, 6 - kənar örtük.

Treynerin dodaq çıxıntısı frontal dişləri düzgün düzəltmək üçün qövs formasında zəif təzyiqlə dişlərin düzgün çıxmasına kömək edir. Dilçək, dilin ucunun hərəkətini aktivləşdirir. Dilin

hərəkətini məhdudlaşdıran, uşağı burnundan nəfəs almağa məcbur edir. Dodaq bəmperləri, artıq əzələ təzyiqini aradan qaldırır. Kənar örtük isə funksional aparatlarda olduğu kimi təsir göstərir.

Preortodontik treyner - kompüter texnologiyasının köməyi ilə universal ölçüdə hazırlanmış miofunksional trenajor və pozisioner xüsusiyyətlərini özündə birləşdirən tətbiq olunmaq üçün hazır pozisionerdir. Treyner üçün ölçü götürmək və onu dişlərə uyğunlaşdırmaq tələb olunmur.

Treynerlər uşaqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur, yəni dəyişən dişləm zamanı daimi dişlər çıxan dövrdə istifadə etmək daha əhəmiyyətlidir. 6-7 yaşlı uşaqlar çox asanlıqla qısa müddət ərzində treynerlərdən necə istifadə etməyi və gəzdirməyə öyrənirlər. Treynerlər iki cür olur: birinci mavi rəngli "başlancığ" treyner yumşaq və elastik olur. Bundan demək olar ki, dişlərin anomaliyalarının istənilən formalarında 6-8 ay gəzdirməklə miofunksional vərdişləri aradan qaldırmaq üçün istifadə olunur. İkinci, qırmızı rəngli, nisbətən möhkəm "tamamlayıcı" treyner birincini əvəz etməklə dişləri daha intensiv düzəldir. Bundan 6-12 ay müddətində istifadə etmək lazımdır.

Treynerlə müalicə zamanı gün ərzində ən azı bir saat və bütün gecə ondan istifadə etmək lazımdır.



Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq stomatologiyası kafedrasında 2000-ci ildən treynərlərdən istifadə etməklə əldə etdiyimiz nəticələr bizə onu söyləməyə imkan verir ki, respublikada 6-12 yaşlı uşaqlarda diş-çənə

anomaliyalarının müalicəsində preortodontik treynərlərdən istifadə etməklə daimi dişləm formalaşana qədər anomaliyaların mütləq əksəriyyətini asanlıqla aradan qaldırmaq mümkündür.

ƏDƏBİYYAT

1. Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии и кровнородственные браки. Стоматология, М., 1999, № 5, стр. 50-52.
2. Алиева Р.К. Распространенность аномалии зубочелюстной системы у школьников Азербайджана, Материалы "Международного Конгресса Стоматологов", Тбилиси 2000, стр. 14-15.
3. Рənahov N.A., Qarayev Z.İ. Diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formaları zamanı parodont xəstəliklərinin yayılması və klinik rentgenoloji

- xarakteristikası. "Qafqazın Stomatoloji yenilikləri", 2001, № 43, səh. 15-19.
4. Wenstein S. Minmal Forces in Tooth Movement. American Journal of Orthodontics 1967; 53:881-903.
5. Sakuda M. Ishizwa M. Study of Lip Bumper. J. Dent. Res. 1970; 49:667.
6. Profit W.R. Lingual pressure patterns in the transition from longue thrust to adult swallowing. Arch Oral Biol. 1972; 17:555-63.

Əlavə informasiya almaq üçün uşaq stomatologiyası kafedrasına d-r Quliyeva Səidə xanıma müraciət edə bilərsiniz. Telefon: 41-20-81

BLEND-A-MED – ЕДИНСТВЕННАЯ ЗУБНАЯ ПАСТА, ПРОДЕМОНСТРИРОВАВШАЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЗУБОВ У ВЗРОСЛЫХ В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Несмотря на то, что широкое распространение фторидсодержащих средств, улучшение гигиены полости рта и повышение уровня стоматологического обслуживания за последние 30 лет привели к значительному снижению заболеваемости кариесом зубов, это заболевание остается одной из основных проблем здравоохранения. К 17 годам почти 80% молодых людей имеют как минимум одну кариозную полость – крайнее проявление кариозной инфекции. Более чем у двух третей взрослого населения в возрасте 35-45 лет по причине кариеса отсутствует по меньшей мере один постоянный зуб, а у одной четверти людей в возрасте от 65 до 74 лет отсутствуют все естественные зубы [1].

Этиология и патогенез кариеса корня и коронки сходны, следовательно, как и при кариесе эмали, фтор должен рассматриваться в качестве фундаментального средства воздействия на кариес корня. (Nyvad B., Fejerskov O., 1986). В связи с низким, по сравнению с эмалью, содержанием минеральных компонентов, дентин более “растворим” и подвержен необратимым изменениям, вызываемым кариозным процессом. Кроме того, деминерализация тканей корня может происходить при более высоких значениях pH, чем деминерализация эмали (Hoppenbrouwers P.M. et al., 1986).

Кариес корня

Кариес корня – мягкое, прогрессирующее поражение поверхности корня, развивающееся при наличии зубного налета и микробной инвазии. Его следует дифференцировать от стирания, эрозии и идиопатической резорбции, которые также могут затрагивать поверхность корня

Известны различные названия данного процесса, в том числе: кариес цемента, цервикальный кариес, радикулярный кариес и даже “старческий” кариес. Кариес корня обычно выглядит как неглубокая (менее 2 мм) область размягчения с нечеткими границами, часто измененная в цвете, характеризующаяся разрушением цемента с проникновением в подлежащий дентин. По мере прогрессирования патологический процесс больше распространяется по периметру поражения, чем в глубину. Недиагностированные очаги поражения, локализующиеся на проксимальных поверхностях, могут привести к поражению пульпы зуба (Newbrun E., 1989).

Кариес корня часто связан с заболеваниями пародонта. В результате опускания десны поверхность цемента корня зуба обнажается и становится потенциально уязвимой для кариеса корня. Опускание края десны – неизбежный результат неудовлетворительной гигиены полости рта и постепенной дегенерации периодонтальной мембраны, связанной с возрастом. Оно наблюдается в некоторых случаях даже у людей, поддерживающих гигиену полости рта на высоком уровне, и очень характерно для пожилого возраста [2]. В настоящее время из-за распространенности зубного налета даже у подростков часто наблюдается обнажение пришеечных поверхностей корней некоторых зубов [3]. Ксеростомия и кариогенная диета также часто приводят к развитию кариеса корня. Распространенность кариеса корня зубов среди курящих значительно выше, чем у некурящих [4].

Клинические исследования и изучение удаленных зубов показали, что кариес корня:

- начинается развиваться в области эмалево-



blend-a-med



цементного соединения или рядом с ним;
- появляется только после обнажения цемента корня зуба и поэтому с возрастом становится более распространенным;

- наблюдается на вестибулярных, язычных и проксимальных поверхностях, причем частота поражения каждой определенной поверхности зависит от групповой принадлежности зуба;

- наиболее часто поражает нижнечелюстные моляры, затем нижнечелюстные премоляры и верхнечелюстные клыки, реже всего поражает нижнечелюстные резцы;

- обычно не затрагивает эмаль (Newbrun E., 1989).

Эпидемиология кариеса корня

Тяжесть и распространенность кариеса корня с возрастом повышаются. Это заболевание встречается приблизительно у 50% людей в возрасте 40-49 лет (Sumney D.L., 1973). Индекс кариеса корня (RCI), предложенный Katz (1985), позволяет точно рассчитать уровень поражения кариесом корня зубов. В масштабном исследовании, проведенном Katz et al. в 1985 г., значения RCI варьировали между 11 и 18% "без видимой связи с возрастом". Таким образом, существует вероятность развития кариеса корня на обнаженных участках поверхности корней зубов в 10-20% случаев, и увеличение распространенности кариеса корня с возрастом в большей степени связано с опусканием десны, чем со старением. Распространенность опускания десны увеличивается с возрастом. У 11% юношей и девушек в возрасте 18-19 лет отмечается по одному участку с опусканием десны, по сравнению с 88% и более у 80 летних и людей более старшего возраста (Miller A.Й. et al., 1978). У людей в возрасте 20-64 лет приблизительно одна из девяти поверхностей с опусканием прилежащей десны поражена кариесом корня (Karz R.V. et. al,m 1982).

Деминерализация - реминерализация

Деминерализация и реминерализация - естественные динамические процессы, которые постоянно происходят в твердых тканях зубов.

Кариес зубов развивается под влиянием циклического воздействия кислоты (являющейся продуктом метаболизма бактерий зубного налета), которое чередуется с повышением значения pH, благодаря слюне и другим факторам, нейтрализующим кислоту. Существует два важных механизма действия фтора, способствующих предотвращению и обратному развитию кариеса зубов: ингибирование деминерализации и улучшение реминерализации [5].

Процесс деминерализации приводит к развитию ранних поражений на 10-15 микрон вглубь с относительно неповрежденным поверхностным слоем.

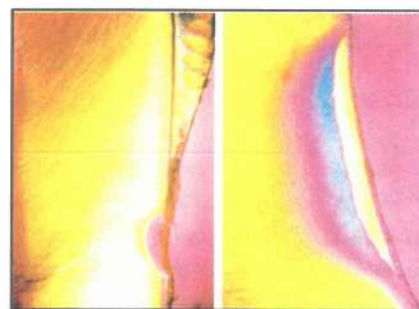


Рисунок 1.

Начинающийся кариес поверхности корня (гистологическая картина).

Гистологическая картина начинающегося кариеса поверхности корня с различной степенью поражения. Процесс реминерализации может происходить до тех пор, пока не растворится каркас поверхности корня зубов. Кислота, образующаяся в налете, растворяет поверхность корня, вызывая повреждение поверхности.

В настоящее время диагностировать кариес зубов на ранних стадиях достаточно трудно. И хотя рентгеновские снимки или рентгеноскопия помогают обнаружить уже образовавшиеся полости, особенно располагающиеся на проксимальных поверхностях, они не дают возможнос-



blend-a-med



ти обнаружить кариес на ранних стадиях, а также кариозные полости, локализующиеся на корнях зубов. Развитие наиболее чувствительных методов ранней диагностики кариеса может дать стоматологам неизвестные ранее возможности остановить кариозный процесс или обратить его течение вспять с помощью нехирургических методов лечения [1].

Когда повреждение эмали достигает эмалево (цементно)-дентинной границы, поверхностная часть дентина подвергается деминерализации, которая может клинически проявляться размягчением ткани и ее окрашиванием в желто-коричневый цвет. Такое изменение цвета ткани является результатом биохимических изменений коллагена дентина в процессе деминерализации. Несмотря на серьезные структурные и химические различия тканей, физико-химические процессы, протекающие в ходе формирования повреждения в эмали и на поверхности корня, могут быть принципиально сходны (Nyvad B., Fejerskov O., 1987). Во многих клинических исследованиях было продемонстрировано, что применение фтора способствует смещению равновесия от деминерализации к реминерализации или приводит к стабилизации патологического процесса, в том числе и в дентине (Nyvad B., Fejerskov O., 1982). Новейшие исследования показали, что при использовании небольших количеств фтора возможна реминерализация при серьезных повреждениях корня [6].

Как и повреждения эмали, очаги кариозного поражения поверхности корня могут классифицироваться как активные и неактивные (стабилизированные). Различие между активными и неактивными процессами имеет клиническое значение, поскольку отражает тот факт, что поверхность корня также реагирует соответствующим образом на динамические метаболические процессы, протекающие в зубном налете. Таким образом, если при этом осуществляется, например, регулярное удаление зубного налета, активное повреждение может стать неактивным с соответствующими изменениями цвета и структуры поверхности [3].

С точки зрения дифференциальной диагностики, кариозное поражение поверхности корня легко отличить от других процессов, сопровож-



Рисунок 2.

Пример активного кариозного поражения корня зуба, через много месяцев перешедшего в неактивную стадию благодаря регулярному ежедневному удалению зубного налета. Обратите внимание на сопутствующее изменения цвета. (Представлено проф. Ole Fejerskov)

дающихся изменением цвета поверхности, поскольку последние обычно бывают достаточно обширными и не имеют четких границ. В качестве диагностических критериев могут быть рекомендованы следующие.

Активное поражение поверхности корня. Четко очерченные участки с желтоватым или светло-коричневым окрашиванием. Поражение часто закрыто видимым зубным налетом, и (или) при зондировании с умеренным давлением определяется размягчение или кожистая консистенция тканей.

Неактивное (стабилизированное) поражение поверхности корня. Четко очерченные участки с темно-коричневым или черным окрашиванием. Поверхность поражения гладкая и блестящая, при зондировании с умеренным давлением - твердая. Как при активных, так и при неактивных поражениях может наблюдаться формирование кариозной полости, но в последнем случае ее края будут гладкими.

Из клинического опыта известно, что кариозные поражения поверхности корня могут быть переведены из активного состояния в неактивное путем регулярного удаления зубного налета, без антибактериальной терапии или



blend-a-med



оперативного вмешательства. (Nyvard B., Fejerskov O., 1986)

Обычно такие поражения не бывают покрыты видимыми микробными отложениями. Поверхность кариозного поражения корня зуба бывает инфильтрирована микроорганизмами уже на ранних стадиях. Стабилизация активного кариозного поражения поверхности корня происходит при простом удалении покрывающих его микробных отложений.

Следует помнить, что может произойти массивная потеря минеральных компонентов цемента и дентином, что проявляется обнаружением при зондировании обширной зоны размягчения и, соответственно, повышенной чувствительностью к различным видам механических повреждений. Поэтому по возможности следует избегать зондирования и, конечно, не следует проводить снятие зубного налета с поверхности корня, пока Вы не убедитесь, что кариозные поражения перешли в неактивную стадию! [3].

Профилактика и лечение кариеса корня

Современная точка зрения на профилактику и лечение кариеса состоит в том, что восстановительное лечение необходимо применять в последнюю очередь, давая возможность для естественного восстановления пораженного участка и стабилизации процесса [7]. Исследования не восстановительных методов показали, что краеугольным камнем в профилактике кариеса должны быть реминерализация и стабилизация кариозного поражения дентина корня [8]. Кариозные поражения корня часто очень трудно восстанавливаются, что может быть связано с их локализацией, невозможностью контролировать влажность и близостью к пульпе, и поэтому обладают высокой склонностью к рецидивам. Известно, что внимательный подход и профессиональная гигиена полости рта позволяют не только предотвратить, но и стабилизировать кариес поверхности корня.

Клинически доказано, что наиболее эффективной профилактической методикой с ис-

пользованием фторида является частое (ежедневное) применение фторида в низких концентрациях в составе фторидсодержащей зубной пасты.

Применение фторидсодержащих зубных паст внесло наибольший вклад в уменьшение распространения кариеса зубов в развитых странах всего мира [5].

Систематические исследования, посвященные совместимости соединений фтора с традиционными компонентами зубной пасты, сыграли огромную роль в разработке новых эффективных формул фторидсодержащих зубных паст.

С клинической точки зрения "золотым стандартом" противокариозной эффективности считается оригинальная зубная паста Blend-a-med, разработанная компанией Procter and Gamble, содержащая систему Naf-гидратированный кремний ("флуористат"). Эффективность зубных паст, содержащих фторид натрия гидратированный кремний была тщательно изучена; научные данные доказывают способность этой системы полностью обращать кариозный процесс вспять. Все формулы Blend-a-med содержат легкодоступный фтор в ионной форме. Это означает, что каждый раз во время чистки зубов фтор вместе с кальцием и фосфатными компонентами слюны способствует восстановлению (реминерализации) участков зубов, которые пострадали в процессе деминерализации.

Исследования in vitro и in situ показали, что система фторида натрия, использованная в Blend-a-med, стимулирует реминерализацию предварительно деминерализованной эмали и таким образом "способствует включению кальция в ткань зуба в области "белых пятен", помогая остановить кариес еще до его начала" (Brownam W.D., et al., 1980; Faller R.V. et al., 1981).

Считается, что поглощение фтора деминерализованной эмалью или дентином имеет прочную взаимосвязь с кариозным процессом. Исследования результатов чистки зубов продемонстрировали значительно более высокий уровень поглощения фтора через одну минуту чист-

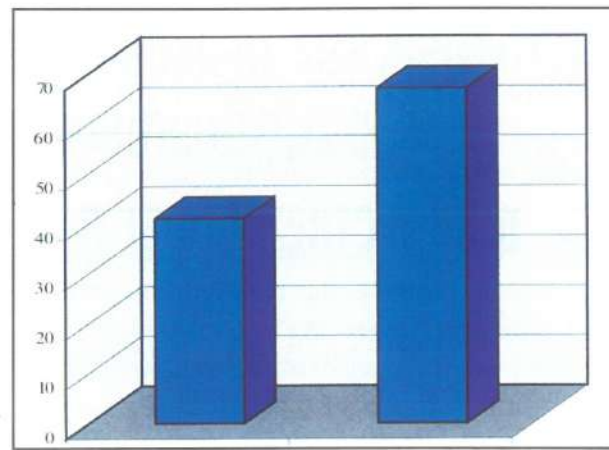


blend-a-med



ки зубной пастой с Naf-Blend-a-med по сравнению с любыми другими зубными пастами. Превосходные показатели поглощения фтора при использовании пасты, содержащей систему NaF-гидратированный кремний, являются результатом более быстрого высвобождения фтора из фторида натрия [9].

Только одно клиническое исследование было проведено для определения эффективности фторидсодержащей зубной пасты в предотвращении развития кариеса корня зубов. Это исследование продемонстрировало клинически и статистически значимое (67%) снижение прироста кариеса корня через один год использования зубной пасты Blend-a-med по сравнению с плацебо. Это означает, что улучшения, наблюдаемые при кариесе дентина корня благодаря использованию зубной пасты с системой "флуористат" даже выше "золотого стандарта", т.е. улучшений, наблюдаемых при кариесе коронки (41%).



кариес коронки

кариес корня

Тип кариеса

Процент уменьшения кариеса коронки и корня зубов

Эффект действия зубной пасты Blend-a-med на развитие кариеса корней зубов (результаты исследования М.Е.Уенсен).

ЛИТЕРАТУРА

1. Consensus Development Conference on the Diagnosis and Management of Dental Caries Trough Life, convened by the National Institutes of Health on March 26-28, 2000, in Bethesda, MD.
2. Fejerskov J., Baleum V., Ostergaard ES. Root caries in Skandinavia in the 1980 "s - and future trends to be expected in dental caries experience in adults. Adv dent Res, 1993; 7 (1): 4-14.
3. Thylstrup A., Fejerskov O. Textbook of Clinical Cariology, Chapter 6 111-148; Munksgaard, Copenhagen 1994.
4. Raval N., Birkhed D. Prediction of root caries in peri-

- odontally treated patients maintained with different fluoride programmes. Caries Res 26: 450-458; 1992.
5. Fejerskov O., Ekstrand J., Brian A.B. Fluoride in Dentistry Chapter 14, 269; Munksgaard, Copenhagen. 1996.
6. Mukai Y., ten Cate J.M. Remineralization of advanced root dentin lesions in vitro. Caries Res 2001; 25: 265-316.
7. Kidd E.A. Caries management. Dent Clin North Am 43: 743-764, 1999.
8. J.M. ten Cate. Remineralization of caries lesions extending into dentin. J Dent Res 80 (5): 14507-1411, 2001.
9. Koulourides T. Fluoride and the caries process, J Dent Res., 69 (spec iss.), 558. 1990.

Blend-a-med is the only dentifrice clinically shown to prevent root caries in adults

The etiology and pathogenesis of root and coronal caries are similar, thus fluoride should be considered fundamental to the control of root caries as well as enamel caries. The original NaF/Silics (Fluoristat) toothpaste, developed by Procter&Gamble is considered to be the clinical "gold standard" (Blend-a-med) in anticaries efficacy. All Blend-a-med formulations contain highly available ionic fluoride. This means that every time of brushing fluoride works with the calcium and phosphate components in saliva to help restore (remineralize) areas of teeth that have become mineral deficient due to process of demineralization.

Clinical study has been conducted on the effectiveness of fluoride toothpaste to prevent root caries initiation. This clinical study shows clinically and statistically significant (67%) reduction in root surface caries vs. placebo after one year use of Blend-a-med toothpaste. It means, that the dentinal caries benefit is even higher than the gold standard coronal caries benefit (41%) delivered by Fluoristat.



blend-a-med



Методические подходы к использованию корней зубов, разрушенных ниже уровня десны, в качестве опоры под штифтовые конструкции

В.М.Семенюк, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии
А.В.Захаров, генеральный директор клиники "Омдент"

*Кафедра ортопедической стоматологии Омской государственной
медицинской академии. Омск*

В клинике для восстановления нарушенной формы и функции зубочелюстной системы из-за разрушения коронковой части естественного зуба используются штифтовые зубы и литые культевые штифтовые вкладки с покрывными коронками (В.Н.Копейкин, 1987; Ш.Х.Саакян, 1984; С.Д.Арутюнов, 1997; В.М.Семенюк, В.Д.Вагнер, П.А.Онгоев, 2000).

При выстоянии коронки разрушенного зуба над десной в пределах 1,5 - 2,0 мм применяют штифтовые зубы, а при коронково-корневом разрушении зуба до уровня десны используют литые культевые штифтовые вкладки с покрывными коронками (металлические, пластмассовые, фарфоровые, комбинированные - металлоакриловые, металлокерамические).

В случаях, когда разрушенный корень находится ниже уровня десны (на 1/4 длины корня), то его в большинстве случаев удаляют несмотря на то, что он отвечает требованиям (В.М.Семенюк с соавт., 1996).

Многие вопросы использования штифтовых конструкций при разрушении фронтальных зубов (верхние центральные резцы и клыки и нижние клыки) ниже уровня десны на 1/4 длины корня до наших исследований (В.М.Семенюк с соавт., 1995; Т.Н.Капотина с соавт., 1995, 1996; В.М.Семенюк с соавт., 1996, 2000) практически оставались неизученными: отсут-

ствовали математические, клинические и биологические данные, обосновывающие возможность части корня и опорно-удерживающего аппарата корня зуба вынести функциональную нагрузку после восстановления отсутствующей части корня и коронки зуба штифтовой конструкцией; не было сведений касающихся подготовки культы корня зуба под литую культевую штифтовую вкладку с "воротничком" и технологии фиксации литой культевой штифтовой вкладки.

В этой связи мы сочли целесообразным обобщить и опубликовать результаты многолетних (1990-2000 гг) исследований по данной проблеме.

Так как мягкие ткани десны покрывают разрушенные корни зуба, хирургическая подготовка обязательна. Суть оперативного вмешательства заключается в иссечении мягких тканей десны и освобождении культы корня зуба.

Терапевтическая подготовка корня зуба заключается в пломбировании трети канала корня зуба и расширении корневого канала (до 1,0-1,2 мм).

Спустя 10 дней после терапевтических вмешательств готовится культа корня зуба под литую культевую штифтовую вкладку. Используются боры, предложенные нами. С помощью рубовидного бора номер 1 сошлифовывают размягченные тка-

ни корня. Затем последовательно борами номер 2 и номер 3 на наружной стенке корня формируется скос 15 градусов. С целью исключения перегрева тканей пародонта непрерывно проводится орошение физиологическим раствором (температура 18-20 градусов).

С помощью компьютерного пакета прикладных программ "Космос/М" для ПЭВМ РС IBM 386/387 исследовали напряженно деформированное состояние мо-

штифтовой вкладкой в виде "воротничка" (Рис. 2).

Исследованиями доказано, что литая культевая штифтовая вкладка с "воротничком", охватывающая корень зуба снаружи намного эффективнее литой культевой штифтовой вкладки "стык-в-стык". Следовательно, при восстановлении корней зубов, разрушенных ниже уровня десны, предпочтение следует отдавать литой культевой штифтовой вкладке с "воротничком".

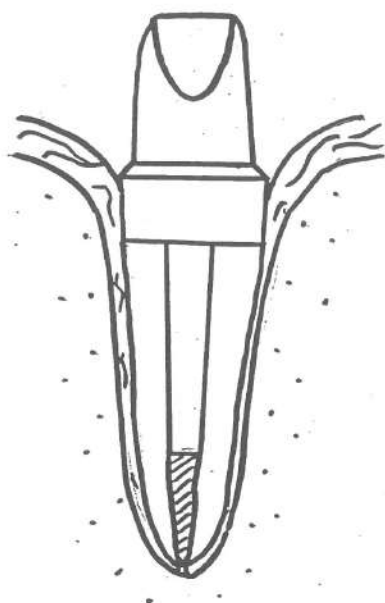


Рис. 1.

Фронтальный разрез нижней челюстной кости, корня зуба и литой культевой штифтовой вкладки "стык-в-стык"

дели - цельнолитая культевая штифтовая вкладка - корень зуба - периодонт - челюстная кость, а также особенности формирования культи корня зуба.

В первом случае формировали культю корня зуба в виде ровной площадки. Соотношение литой культевой штифтовой вкладки и корня зуба было "стык-в-стык" (Рис. 1).

Во втором случае на культе корня зуба с наружной поверхности формировался скос 15 градусов и корень зуба с наружной поверхности охватывался литой культевой

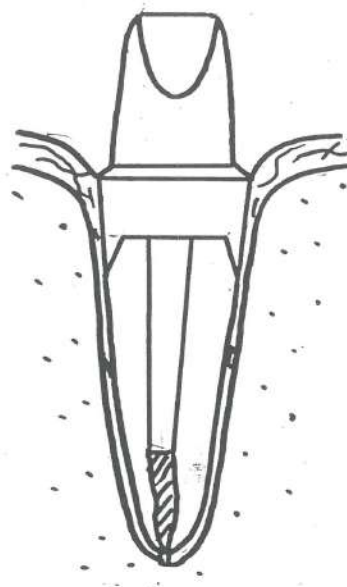


Рис. 2.

Фронтальный разрез нижней челюстной кости, корня зуба и литой культевой штифтовой вкладки с "воротничком"

Дальнейшее клинико-лабораторные этапы проводят по общепринятым технологиям.

Большое внимание следует уделять укреплению литой культевой штифтовой вкладки с "воротничком".

Особенность фиксации литой культевой вкладки состоит в том, что бы не допустить выхода цемента за пределы "воротничка".

Необходимое количество цемента для заполнения пространства вокруг штифта и площади прилегания "воротничка" вкладки

к культе корня зуба рассчитано нами экспериментально (на челюстных блоках, изъятых у трупов, с верхними центральными резцами и клыками, а также с нижними клыками).

Укрепление литой культевой штифтовой вкладки осуществляется следующим образом: канал корня тщательно обрабатывают 96 градусным спиртом, обезжиривают эфиром и высушивают струей воздуха. Замешивают цемент в соотношении - 1,05 гр порошка и 0,5 мл жидкости. Наполняют цементом шприц (инсулиновый), предварительно укорачивают иглу до 1,0-1,5 см.

В канал корня зуба вводят цемент в количестве: 2 деления для мужчин и 1,8 деления для женщин - верхние центральные резцы; 2,5 деления для мужчин и 2 деления для женщин - верхние клыки; 2, 3 деления для мужчин и 2,1 деления для женщин - нижние клыки. Штифт и часть культевой вкладки, обращенной к скосу корня, обмазывают цементом и под давлением вводят в канал корня зуба и удерживают в течении 3-5 мин.

Спустя 6-7 дней приступают к изготовлению покрывной части - фарфоровая либо металлокерамическая коронка.

При необходимости культю вкладки, выступающую в полость рта укорачивают до необходимых размеров и дорабатывают уступ. Форму уступа на культевой вкладке создают в соответствии с принципами подготовки естественной коронковой части зуба под фарфоровую или металлокерамическую коронку.

Отдаленные результаты ортопедического лечения больных с отсутствующей коронкой и частью корня зуба с использованием штифтовых конструкций прослежены в сроки до 10 лет у 582 человек (верхние центральные резцы и клыки - 384 конструкции и нижние клыки - 198 конструкций) в возрасте от 20 до 50 лет. Среди них было 315 женщин и 267 мужчин.

При клиническом обследовании и

лабораторном исследовании оценивали: состояние слизистой оболочки в области шейки искусственной коронки; фиксации штифтовой конструкцией; выносливость опорно-удерживающего аппарата восстановленных зубов к вертикальной нагрузке, структуру костной ткани и ширину периодонтальной щели.

Практически все больные были удовлетворены эстетическими и функциональными качествами штифтовых конструкций. Лишь 18 больных (3,1%) предъявили жалобы. Из них на воспаление десны (12 человек) и подвижность зуба, 4 случая - расцементировка литой культевой штифтовой вкладки и 2 случая - расцементировка покрывной коронки).

Заключение. Отдаленные результаты свидетельствуют о целесообразности сохранения и использования корней фронтальных зубов, разрушенных ниже уровня десны на их длины, под штифтовые конструкции.

Вышеуказанные корни, восстановленные штифтовыми конструкциями позволяют предохранить зубной ряд от дальнейшего разрушения и возникновения деформаций зубных рядов, а также развития функционально-морфологических нарушений в пародонте.

При использовании корней зубов, указанных нами выше, в качестве опорных элементов наиболее эффективной является литая культевая штифтовая вкладка с "воротничком".

При соблюдении технологии (подготовка культи корня зуба, укрепление литой культевой штифтовой вкладки) штифтовая конструкция обеспечивают высокие эстетические качества и не вызывают патологических состояний в тканях пародонта.

Оставшиеся 2-3 опорно-удерживающего аппарата корней зубов обеспечивают полноценное функционирование восстановленной корневой и коронковой части зуба (штифтовой конструкции) на многие годы.

ЛИТЕРАТУРА

Арутюнов С.Д. Принципы конструирования культевый штифтовых вкладок при патологической стираемости зубов. - Стоматология. - 1997. - N3. С. 51-54.

Капотина Т.Н., Семенюк В.М., Яковлева К.К. и др. Математическое обоснование к использованию культевой штифтовой вкладки с "воротничком" при разрушении корней зубов ниже уровня десны. Ж. "Вестник Омского Университета". - 1996. N2. С. 17-19.

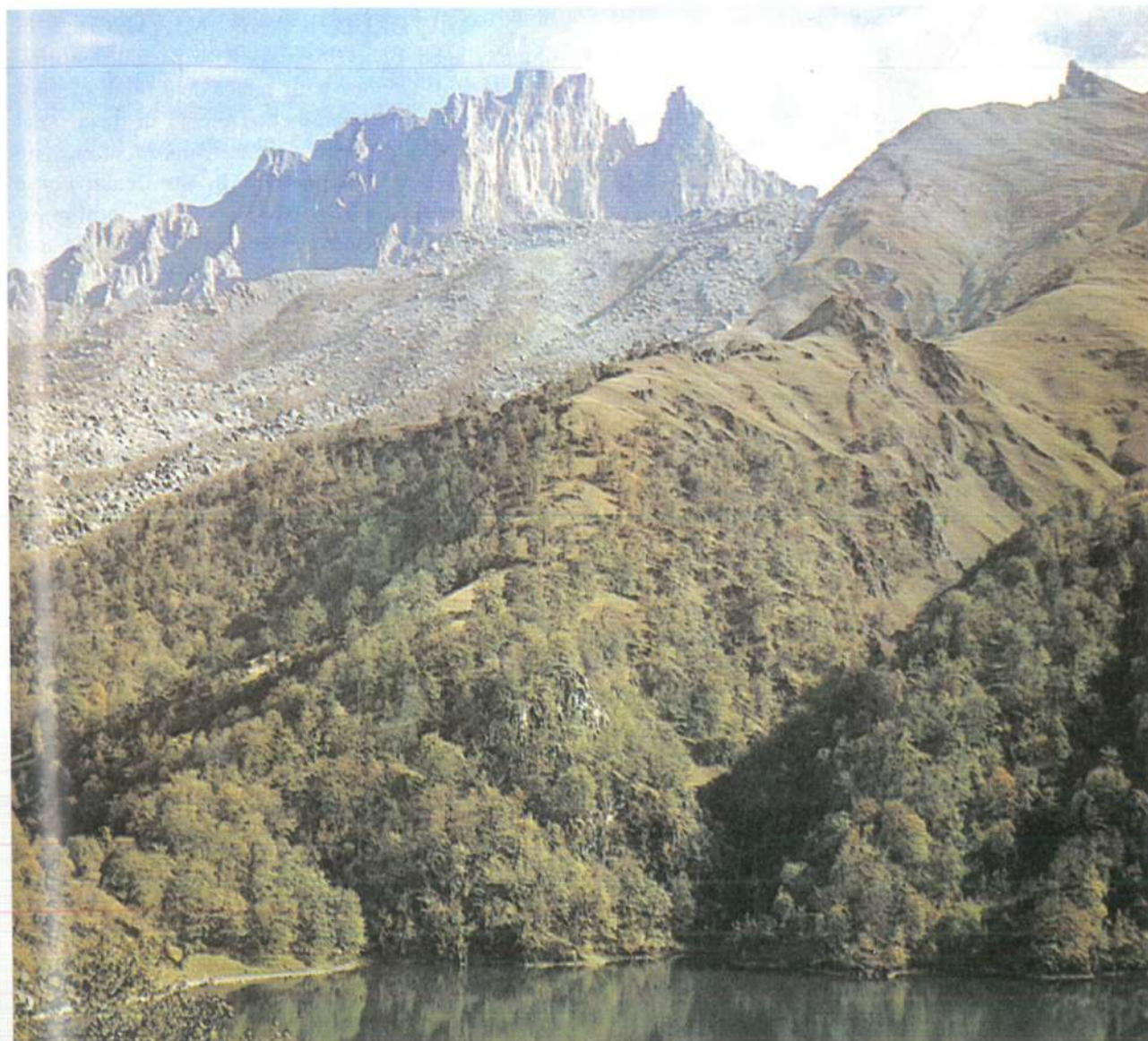
Капотина Т.Н. Биологические и математические обоснования к использованию корней зубов, разрушенных ниже уровня десны, в клинической стоматологии: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. - Омск, 1996. - 27 с.

Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. - М., -1987. - 173 с.

Саакян Ш.Х. Применение штифтовых вкладок с эстетическим покрытием при полном разрушении коронковой части зубов: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. - М., 1984. - 21 с.

Семенюк В.М., Гуц А.К., Капотина Т.Н. и др. Методические подходы при использовании корней фронтальных зубов, разрушенных ниже уровня десны, для протезирования (методические рекомендации) Омск, 1996. - 20 с.

Семенюк В.М., Вагнер В.Д., Онгоев П.А. Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах. М., 2000. -174 с.



HEMODYNAMICS OF THE ABUTMENT TEETH PARODONT IN COMBINED DENTITION DEFECTS

Prosthodontics Department, the First Tashkent Medical Institute. Tashkent



R.N. Nigmatov
reader

BACKGROUND. One of the factors disturbing functional and structural condition of parodont tissues is traumatic overload of the teeth [1, 5, 6]. Methods of instrumental diagnosis, particularly rheography, introduced into dental practice allow us to estimate functional condition

of parodont tissues as well as the efficiency of the treatment. There is evidence on significant circulatory disorders in the parodont in traumatic overloads [1, 2, 3]. A.J. Tagiev revealed circulatory changes in the parodont of the teeth-antagonists in restricted defects of the dentition (absence of 1-2 teeth). Little is known on the character of parodont blood circulation in traumatic overload of the frontal teeth region in distal dentition defects. This issue is of great importance for the following prosthesis taking account of compensatory capacity of the parodont that has suffered no mastication load for a time. Analysis of the literature alongside of our clinic observation supported an existing view on the presence of local circulatory disorders in dentition defects. Local functional factors also had great influence on the development of a focal parodontal lesion. Presence of local disorders in the dentition defect region is connected with a prolonged and more frequent rhythm of mastication load and its unidirectional nature. All this is due to progressive changes in blood circulation, occurrence of inflammatory and congestive phenomena in the parodontal tissue. Changed condition of parodontal tissue function-

ing in a dentition defect region favors a further development of the pathological process in the parodont. The aim of this paper was to study blood circulation of the intact and partially affected dentition, and in functionally dosed loads.

MATERIALS AND METHODS. 76 patients aged 17 to 35 years with partial dentition defects and 37 ones with intact dentitions (1 control group) were examined. Defects in the frontal region (2 group) were detected in 32 patients, in lateral one - 25 and defects in the dental curve corner were in 19 subjects (3 group). Condition of the parodontal tissue was judged from clinic and X-ray examination. The group under study included mainly patients without pathologic changes related to the parodont. Examination of parodont functional condition both in dentition defect and antagonists regions was carried out by rheoparodontography using special recording device and electrodes developed by our department co-workers, K.B. Mavlyanov and I.N. Zalevsky (Certificate N689 of 26.09.87). Tetrapolar rheography was conducted with a rheoplethysmograph KPG-202 and a recorder N-338-4m. Simultaneous records of ECG in the 2n lead and peripheral vessels (fingers) rheograms were also taken. Analysis of rheoparodontography (RPG) curves was made according a technique worked out in CRIS (Central Research Institute of Stomatology) [7]. Test load with a gnathodynamometer (up to 5 kg) was used as a functional test. Statistical comparisons were made by Student's t - criterion.

RESULTS AND DISCUSSION. The findings showed that rheoparodontography in the control group was nearly identical to that described in the Literature. In this case vessels tone index (VTI) was equal to 13.8 (2.26%, peripheral

resistance index (PRI) - 81.9 (5.03%). Functional tests carried out caused an increase of the curve amplitude in 5-10 sec, and in 5=6 min an initial pattern of this curve was restored. In partial absence of the teeth in the frontal region (2 group) RPG curves were similar to those in tract dentition with rare exceptions. An descending portion of RPG was steep, dicrotic wave of was placed in the middle of the curve. Though dicrotic wave of RPG was placed in the middle of the curve but it was somewhat smoothed compared with control group. VTI was 17.3 (1/8% and PRI - 92.7 (3.8% which pointed to the fact that vascular tone tended to increase as distinct from control group. RPG of 3 group patients took a number of features : an ascending part of the curve became more gentle, peak rounded off, dictrotic wave was smoothed and shifted towards the peak which was indicative of marked local circulatory disorders in parodont tissues as well as hampered outflow and inflow in region under study. Figures also showed significant vascular tension : VTI - 22.1 (2/1%) and PRI - 101 (8/3%). Use of the functional tests in the 3

group resulted in increasing the amplitude in 3-5 min, and in some cases the reaction lasted up to 25-30 min. Complex RPG analysis in partial defects of the dentition clearly traced the functional changes in the parodont vessels, that is, vascular tone was increased. These changes were more pronounced in lateral teeth absence than in defects of the 1 and 2 groups. It is belived that there was under loading in the defect region. Mastication load was a main functional load in this case that caused vessels tone to relax and resulted in functional hyperemia in parodontal tissues.

CONCLUSION. So, presence of functional changes in parodont blood supply is undoubtedly an indication for restoration of the partial defect of the dentition. This, in turn, will contribute to timely prevention of the development of dystrophic processes in the parodont and secondary deformations in dento-maxillary system.

REFERENCE

1. Prokhonchukov A.A., Loginova N.K., Zhizhina N.A. instrumental diagnosis in dental practice. Moscow, 1998 (Russian).
2. Tagiev A.I. Restoration of the dentition as prevention for parodont lesions. Ph.D. theses. Moscow, 1992 (Russian).
3. Kopeykin V.N. Ophthopedic treatment of parodont diseases. Moscow, 1997 (Russian).
4. Loginova N.K., Mikhaylova R.I. //Stomatology. - 1997. - N 6. - P. 13-16. (Russian).
5. Vyazmin A.Ya. //Stomatology/ - 1985. - N2. - P. 20-22. (Russian).
6. Zavyalov A.V. //Stomatology. - 1994. - N4. - P. 59-61. (Russian)
7. Prokhonchukov A.A., Loginova N.K., Mikhaylova R.I. Reography in dento-maxillary system functional state examination and dental diseases diagnosis. Teaching aid. - Moscow, 1998. (Russian).

FUNCTIONAL CONDITION OF THE PARODONT VESSELS IN PARTIAL DEFECTS OF THE DENTITION

R.N.Nigmatov

Hemodynamics of the intact and affected parodont in partial dentition defects in rest and functionally dosed loads was studied by rheography. 76 patients aged 17 to 35 years were examined. 32 of them had partial defects in the frontal region, 25 in the lateral teeth region, 19 in the dental corner and 37 patients had intact dentition and orthognatic occlusion. The findings showed that rheoparodontography in the control group was nearly identical to that described in the literature. In partial absence of the teeth in the frontal region the marked local circulatory disorders in the parodont tissue were revealed as well as hampered outflow and inflow in region under study as distinct from control group. A vessels tone increase were more pronounced in the absence of lateral teeth than in defects of the frontal region/ It is believed that there was underloading in the defect region. These results were confirmed in using functionally dosed loads. Therefore the presence of functional changes in parodont blood supply is undoubtedly an indication for restoration of the dentition partial defect with dental prostheses.

Основные причины отрицательных результатов протезирования больных с полной адентией и пути их снижения

М.И.Садыков

Самарский Государственный медицинский университет. Самара.

Несмотря на достигнутые успехи в реабилитации больных с полным отсутствием зубов, до 26 % пациентов не пользуются полными съёмными протезами [1, 6, 7]. В научной литературе имеются единичные сообщения о систематизации причин, по которым больные не могут адаптироваться к полным съёмным протезам [2, 3].

Целью нашей работы явились систематизация основных причин непользования полными съёмными протезами и разработка путей для снижения негативных результатов ортопедического лечения.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели мы исследовали 1765 пациентов, получивших полные съёмные протезы в стоматологических поликлиниках г. Самары с 1996 по 2000 годы. Из 1765 больных не пользовались протезами 28,8 %

Нам удалось систематизировать причины негативных результатов протезирования больных с полным отсутствием зубов на основании изучения 509 пациентов, не пользующихся полными съёмными протезами, и выделить пять основных групп факторов: анатомо-физиологическую

(53,24 %); клинко-технологическую (29,46 %); психологическую (6,68 %); токсико-аллергическую (5,9 %) и комбинированную (4,7 %).

Кроме того, в каждой группе выявили отдельные факторы, по которым больные не смогли пользоваться полными

съёмными протезами. В процессе наших исследований возникали сложности в определении влияния токсико-аллергических и психологических факторов на результаты ортопедического лечения больных при полной адентии. Зачастую прибегали к помощи медицинского психолога и аллерголога.

Главное место среди анатомических факторов занимает резкая атрофия альвеолярных отростков беззубых челюстей - 157 (57,9%) человек, в том числе у 130 (82,8%) больных мы отмечали резкую атрофию альвеолярных отростков нижней челюсти.

Мы проводили ортопедическое лечение 163 больных с полным отсутствием зубов. Среди них 30 человек (контрольная группа) протезировали по общепринятой методике и 133 больных лечили по усовершенствованным нами методам, включая использование дентальной имплантации для обеспечения фиксации съёмных протезов. Качество ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов контролировали использованием известных клинко-функциональных методов исследования: клиническим исследованием больных; изучением восстановления биоэлектрической активности собственно-жевательных и височных мышц методом глобальной электромиографии; определением жевательной эффективности по И.С.Рубинову [5]; томографией ВНЧС для контроля положения головок нижней челюсти в суставных ямках

после определения центрального соотношения челюстей; использованием доплеровской флоуметрии для определения показателя микроциркуляции крови в тканях протезного ложа на гелий-неоновом анализаторе; методом окклюзиографии характера смыкания искусственных зубов в съёмных протезах; способом определения степени атрофии альвеолярного отростка под базисом съёмного протеза.

Для снижения скорости атрофии тканей под базисами съёмных протезов больным основной группы (133 чел.) рекомендовали после полной адаптации к протезам ими не пользоваться во время сна и по 2 - 3 часа после завтрака, обеда, ужина, за исключением потребностей в протезах по разным причинам. В дневные пере­рывы советовали проведение аутомассажа тканей протезного ложа и использование известного аппарата "Дюна-Т" с целью улучшения кровообращения в тканях протезного ложа по рекомендациям Е.Ф.Левицкого и В.В.Удута [4].

Статистическую обработку полученных цифровых данных проводили по методу Стьюдента.

Результаты исследований и их об­суждение. Сравнительный анализ эффек­тивности протезирования больных съёмными протезами по данным специальных методов исследования показал, что процесс адаптации больных к съёмным протезам,

изготовленным по усовершенствованным методам автора, включая дентальную имплантацию, происходит в два раза быстрее, чем у больных контрольной группы, лечённых по общепринятой методике. Наблюдается снижение скорости прогрессирующей атрофии тканей под базисами съёмных протезов у пациентов основной группы в 2-4,5 раза по сравнению с больными контрольной группы.

В итоге только у 1 (0,8 %) больного основной группы наблюдался отрицательный результат ортопедического лечения полными съёмными протезами из-за отсутствия фиксации протеза на нижней челюсти. Дентальная имплантация была противопоказана.

Закключение. Нами систематизированы основные причины негативных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов в пять групп факторов: анатомо-физиологическую; кли­нико-технологическую; психологическую; токсико-аллергическую и комбинированную.

Проведено лечение 133 пациентов с полным отсутствием зубов с учётом анализа негативных результатов лечения, с применением дентальной имплантации, квали­фицированной психотерапевтической подго­товки и усовершенствованных автором раз­работок, что позволило повысить эффек­тивность лечения до максимума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варес Э.Я., Калинина Н.В., Загорский В.А., Семёнова О.А. Восстановление полной утраты зубов. - Донецк, 1993. - 240 с.
2. Драгобецкий М.К. Биотехнические факторы, влияющие на адаптацию к съёмным протезам//Стоматология. - 1986. - №4. С.91-93.
3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. - СПб.: Нормед - Издат, 2001. - 301 с.
4. Лечебный аппарат для фототерапии "Дюна-Т"/Инструкция по эксплуатации и

- методические рекомендации: Под ред. Е.Ф.Левицкого, В.В.Удута. - Томск, 2000. 29 с.
5. Рубинов И.С. Физиологические основы стоматологии. - Л., 1965. - 352 с.
6. Руководство по ортопедической стоматологии/Под ред. В.Н.Копейкина. - М.: Медицина, 1993. - 496 с.
7. Танрыкулиев П.Т. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. - Ашхабад: Магарыф, 1988. - 256 с.

SUMMARY

The main causes of negative results in prosthetics of patients with complete adentia and the ways to reduce them.

M.I. Sadikov

The author of the article has systematized the main causes of the negative results of prosthetics of patients with complete adentia.

We carried out the treatment of 133 patients with complete adentia taking into account the analysis of the negative results in the process of prosthetics. In the process of orthopedic treatment of patients the author applied pre-prosthetic procedures (dental implantation and psychotherapeutic training) as well as his own improved techniques which led to the reduction of negative results in prosthetics up to 0.8%.

XÜLASƏ

Tam dişsiz xəstələrin protezlənməsinin mənfi nəticələrinin əsas səbəbləri və onların azaldılması yolları

M.İ. Sadikov

Tam dişsiz xəstələrin protezlənməsinin neqativ nəticələrinin əsas səbəbləri sistemləşdirilmiş.

Tam dişsiz 133 xəstədə protezlənmənin neqativ nəticələrinin analiz məlumatları nəzərə alınmaqla müalicə aparılmışdır. Xəstələrin ortopedik müalicəsi üçün müəllif protezləmə önü hazırlıqdan (dental - implantasiya və psixoterapevtik hazırlıq) və öz təkmilləşdirilmiş işləmələrindən istifadə etmişdir ki, bu da protezlənmənin neqativ nəticələrinin miqdarını 0,8%-ə qədər azaltmağa imkan vermişdir.

Особенности состояния полости рта и оказания ортопедической стоматологической помощи больным с психическим заболеванием

Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т., Якубова Ф.Х., Юлдашева Н.Р.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии 1 ТашГосМИ. Ташкент

Большинство исследований слизистой оболочки полости рта отражая лишь частоту заболеваний зубов и пародонта, не раскрывает особенности адаптированного для данной категории больных вопросов зубного протезирования [2,3,4,5].

Общесоматические заболевания вызывают существенные изменения в структуре и функции тканей протезного ложа, без учета которых невозможно проведение полноценного ортопедического стоматологического лечения.

Опыт нашей кафедры по изучению влияния различных общесоматических заболеваний на ткани протезного ложа, показал, что все этапы зубного протезирования, включая выбор конструкции и материала зубного протеза, а также режима их пользования должны быть приспособлены в соответствии с учетом общесоматических заболеваний, а также изменениями в протезном ложе [1,6].

Целью настоящей работы является клинико-стоматоскопическое изучение и выявление особенностей изменения тканей протезного ложа при психических заболеваниях для последующей оказания таким больным дифференцированной ортопедической стоматологической помощи.

Материал и методы исследования

Исследования включало клинико-стоматоскопическое изучение слизистой оболочки полости рта (СОПР) у 147 боль-

ных с психическими заболеваниями (из них 64 больных шизофренией, 44 больных с алкогольным психозом и 37 - эпилепсией). Контролем служили 113 практически здоровых пациентов. Возраст больных колебался от 18 до 69 лет. Давность заболевания - от 1 года до 12 лет.

Проведены клиническое и -стоматоскопическое исследования. Стоматоскопия производилась при помощи люминисцентного фотодиагноскопа модели 611 и операционного микроскопа.

Все больные были тщательно обследованы врачом-стоматологом. При этом было проведено клиническое обследование, включавшее опрос (сбор анамнеза), осмотр полости рта, включая осмотр при помощи простой лупы и бинокулярной лупы Цейса, пальпация. При осмотре полости рта констатировалась степень гигиены полости рта, отложение зубного камня, образование налета, запах изо рта, степень отделения слюны. Пристальному, осмотру подвергались губы. Зубы, десны, переходная складка, слизистая оболочка щек, небо, язык, подъязычная область и плотка. Пальпировались подчелюстные, глубокие шейные, околоушные лимфатические узлы и слюнные железы.

На каждого из обследованных, помимо стандартных амбулаторных карт, заполнялись специальные индивидуальные карты комплексного обследования полости рта и полученные данные вводились в ЭВМ.

Результаты исследования и их обсуждение

У больных с психическими заболеваниями удалось выяснить, что при приеме лекарственных препаратов во время лечения в стационаре возникает ощущение сухости в полости рта. Так, на появление ощущение сухости в полости рта во время приема лекарственных препаратов указывает 87.9% больных при шизофрении.

Слюна у больных с психическими заболеваниями густая, вязкая, пенная.

У всех больных с психическими заболеваниями были изучены состояние гигиены полости рта, КПУ и интенсивность воспалительного процесса тканей пародонта.

На фоне снижения секреции слюны слизистые полости рта у больных шизофренией тонкие, сухие, гиперемизированные, язык малиновый или покрыт налетом.

Зубы у больных покрыты налетом, обильным зубным камнем. Так, например, гигиенический индекс у больных шизофренией достоверно отличается от такового в контрольной группе и подвержен резким колебаниям. У больных шизофренией в периоде обострения основного заболевания полностью отсутствует гигиена полости рта (в связи с попытками суицида средства по уходу не выдаются), а в периоде ремиссии уровень гигиенического ухода за полостью рта очень низкий. Так, в периоды обострения ГИ у данных больных доходит до 4.81 ± 0.31 ($P > 0.05$), а в периоды ремиссии ГИ равен 1.80 ± 0.08 ($P > 0.05$). Усредненные показатели ГИ в 2 раза выше, чем у лиц контрольной группы ($ГИ-1.44 \pm 0.03$).

У данной категории больных наблюдаются множественные поражения зубов кариесом с преимущественной локализацией полостей в пришеечной области и на апроксимальных поверхностях. Интенсивность кариеса зубов у больных в 2 раза

выше, чем у лиц контрольной группы. КПУ при психических заболеваниях составляет 15.51 ± 0.83 , а у контрольной группы - 7.43 ± 0.69 ($P < 0.05$).

Нами выявлено, что острые процессы в полости рта у больных шизофренией протекают без ведущего симптома боли. Из всего количества диагностированных нами пульпитов у больных шизофренией 5% случаев составляют пульпиты с ведущей жалобой острая боль. Чаще всего это обострение хронического пульпита. Полость зуба практически всегда вскрыта, но забита пищевыми остатками. Жалобу на острую боль больной шизофренией может предъявлять в период снижения дозы нейролептика. Ведущим симптомом при остром периодонтите и обострение хронического в 95% случаев является не боль, а явления периостита и ухудшение общего состояния больного в виде: слабости, вялости, отсутствия аппетита.

Множественный кариес и его осложнения сочетаются с заболеваниями пародонта. При обследовании больных с психическими заболеваниями у 84.85% выявлены заболевания пародонта. У пациентов контрольной группы заболевания пародонта не выявлены.

Рассмотрев динамику изменений выше перечисленных показателей на примере динамики изменения скорости выделения слюны в зависимости от длительности лечения заболевания, можно предложить, что пики подъема саливации возникают в период обострения основного заболевания, когда появляются экстрапирамидные расстройства и возникает гиперсаливация. А пики резкого падения скорости выделения слюны соответствуют периодам лечения больных нейролептиками, антидепрессантами, корректорами, которые способствуют возникновению в полости рта сухости, вплоть до полного прекращения саливации.

Результаты стоматоскопических исследований и их анализ о состоянии полости рта всех 147 больных с психическими заболеваниями показал, что 88,4% (130 чел) из них страдали ярко выраженными воспалительно-дистрофическими процессами в тканях пародонта сохранившихся зубов. Выраженность отмеченной картины увеличивалась в прямой зависимости от давности заболевания.

Следующие особенности были выявлены при углубленном стоматоскопическом обследовании полости рта больных, страдающих алкогольным психозом (44 больных): на языке явления атрофии, сглаженность нитевидных сосочков, уменьшение количества грибовидных сосочков, гиперемизированные, в 78% случаях наблюдается складчатость языка. На слизистой оболочке щек и на линии смыкания зубов, а также в углах рта и на красной кайме губ обнаруживаются (в 32,6% случаях) очаги помутнения, кератоз.

Обследование полости рта у больных страдающих эпилепсией, представляет интерес в том отношении, что при лечении основного заболевания (эпилепсии) применяются такие фармакологические препараты, которые, обладая противосудорожным действием, вызывают гипертрофию десен. Так, из 37 больных эпилепсией в 97% случаев (у 35 больных) наблюдались гипертрофические гингивиты. У 27% (10 больных) она сопровождалась гиперемией десневого края и кровоточивостью, которая носила локализованный десневого края с образованием валика плотной консистенции с помутнением.

Стоматоскопически выявлены очаги помутнения поверхности слизистой оболочки губ и щек за счет белесовато-грязного налета и явления очагов кератоза. У 76,0% случаев (у 28 больных) отмечалась отечность щек с наличием отпечатков зубов. Эпи-

телией кератизированных участков непрозрачный, сосудистая сеть не просвечивает.

Слизистая оболочка альвеолярного отростка и твердого неба у всех больных имела бледную (иногда желтушную) окраску, у 29,3% (11 больных) имела место сглаженность поверхности слизистой оболочки.

Таким образом, на основании примененных нами клинико-стоматоскопических исследований СОПР у больных с общесоматическими заболеваниями удалось выявить характерные изменения СОПР с различной степенью и тяжестью поражения, с выраженными признаками как воспалительного, так и дистрофического характера.

Все выше описанные особенности состояния тканей полости рта у больных позволили нам разработать рекомендации по оказанию помощи данной группе больных:

1. С целью нормализации саливации при выраженной сухости полости рта больным шизофренией мы рекомендуем назначать: трехпроцентный раствор йодистого калия по 1 ст.л. х 3 раза в день; настой трав: 1 ч. мать-и-мачехи. 1 ч. девясилы на ст. воды по 1 ст. л. 3 х раза в день. Нормализация саливации может служить важным этапом в предупреждении основных стоматологических заболеваний.

2. Обучение правилам гигиены полости рта и контроль его выполнения с помощью гигиенических индексов.

3. При лечении кариеса и его осложнения, а также при препаровке зубов под несъемные виды протезов обязательно применение обезболивание современными анестетиками (ультракаин, менивакаин, прилокаин, артикаин, бунивакаин, септо-нест, лигноспам и т. д.).

4. Учитывая высокий уровень воспалительных заболеваний пародонта у данной группы больных, необходимо регулярное

удаление зубных отложений в сочетании с противовоспалительной терапией карманов, их кюретажем и назначением физиотерапии, а также использование шинирующих съемных, разгружающих и стабилизирующих несъемных зубных протезов.

5. Длительное лечение психических больных нейролептиками и антидепрессантами

могут приводить к развитию гиповитаминозов, в связи с тем, что вовнутрь назначают поливитамины (витамины групп В, РР, С и др. В обычных дозах).

6. Больные с психическими заболеваниями должны находиться на диспансерном наблюдении. Повторный контрольный осмотр проводить не менее 2 раза в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов П.М., Адылов К.А. Состояние органов полости рта у больных, пользующихся различными конструкциями зубных протезов и страдающих болезнями крови и кроветворной системы. // Материалы научной конференции стоматологов г. Ташкента - Ташкент - 1989. - С. 93-96.

2. Заболотный Т.Д. Состояние полости рта и особенности лечения заболевания пародонта у больных атеросклерозом и гипертонической болезнью. / Дисс. ...кан.мед.наук. М. 1997-134 с.

3. Джумадиллаев Д.Н. Показания и противопоказания к применению комплексов профилактических мероприятий при препарировании твердых тканей зубов у больных с пороками сердца // Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы I съезда стоматологов Казахстана - Алматы, 1998 - С - 272-280.

4. Леонова Л.Е., Некрутенко Л.А., Балуева Н.М., Павлова Г.А., Красина Ю.Ю. Оптимизация терапии генерализованного пародонтита у больных с гипертонической болезнью // Материалы 4 съезда стоматологической ассоциации России. М., 1998 - С - 57-59.

5. Яковлев П.В., Яковлева Л.П., Ивасенко П.И., Ильина А.В. Схема действий стоматологической помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией. // Стоматология. Спец.выпуск. М., 1998 - С - 39-41.

6. Закиров Н.З. Состояние несъемных зубных протезов и слизистой оболочки протезного ложа больных сахарным диабетом // Актуальные проблемы современной стоматологии. / Материалы научно-практической конференции, г. Бухара. - 1997. - С. 98-99.

XÜLASƏ

RUHI XƏSTƏLƏRİN AĞIZ BOŞLUĞUNUN VƏZİYYƏTİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ ONLARA ORTOPEDİK STOMATOLOGIY YARDIMIN GÖSTƏRİLMƏSİ

Nigmatov R.N., Yuldashev O.T., Yakubova F.X., Yuldasheva N.R.

Müxtəlif ruhi xəstəlikləri olan insanların ağız boşluğu selikli qişasının kliniki-stomatoskopik tədqiqatı aparılmışdır. Kliniki-stomatoskopik göstəricilərin müqayisəsi ümumi xəstəliyin müxtəlif mərhələləri ilə struktur dəyişikliklərin ağırlığı arasında korrelyasiyanı aşkara çıxartdı. Bunlar stomatoloji taktikanın seçilməsi məqsədilə protezləmə məsələsinin həllində nəzərə alınmalıdır.

SUMMARY

PROSTHETIC BED CONDITIYN IN PATIENTS WITH DIFFERENT SOMATIC DISEASES

R.N.Nigmatov, O.T.Yuldashev, F.H.Yakubova, N.R.Yuldasheva

Clinical-somatoscopic examinatiojn of oral mucosa was carried out in patients with diferent somatic diseases. Correlation was revealed between the severity of structural changes of the mucosa and stages of the background disease. It should be taken into consideration for making decision in prosthesis and for proper stomatological tactics.

ВЛИЯНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Кафедра ортопедической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета. Баку



*Сафаров А.М.
ассистент*

Достоверно доказано, что снижение эффективности жевания при разрушениях зубов, заболеваниях пародонта или отсутствии зубов является важным этиопатогенетическим фактором заболеваний желудочно-кишечного тракта и

поэтому протетическое восстановление функции жевания признается наиболее необходимой и эффективной процедурой в лечении и профилактике этих заболеваний. (1,4,7) Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что функциональное состояние жевательного аппарата, в частности, наличие дефектов зубных рядов, оказывает отягощающее влияние на клиническое течение различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. (6, 8)

Наиболее полноценно и всесторонне этот вопрос изучен у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. (2, 5) Если учесть, что в клиническом течении хронических гастритов функциональные нарушения жевательного аппарата считаются существенным отягощающим фактором, становится очевидным важное значение зубного протезирования у больных с хроническим гастритом, как фактора, снижающего риск перерастания хронического гастрита в более тяжелую патологию желудка.

Материалы и методы исследования.

Всего зубное протезирование и шинирование проведено 98 больным, из них 67 мужчин и 31 женщина, возраст от 20 до 60 лет. По виду применяемых протезов, больные разделены на две группы. Первую группу составили 45 больных, которым протезирование и шинирование проводили несъемными, экваторными или коронковыми шинами и мостовидными протезами. Вторую группу составили 53 больных, которым дефекты зубных рядов были восстановлены в комбинации несъемных и съемных бюгельных, частичных съемных и полных съемных пластиночных протезов.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием методов вариационной статистики, альтернативное варьирование, средняя арифметическая взвешенная, критерий Х² (3).

Результаты и их обсуждение.

Проведенные нами наблюдения и клинические исследования показали, что функциональное состояние жевательного аппарата, в частности, дефекты зубных рядов оказывают выраженное влияние на функциональные показатели желудка и клиническое течение разных форм хронического гастрита.

Нуждаемость в протезировании и шинировании зубов у этой категории больных чрезвычайно велика. Высокий процент поражения зубов кариесом и тканей пародонта вызывает необходимость принятия действенных мер по протезированию и шинированию зубов.

Распределение 98 больных согласно 4 классам дефектов зубных рядов, вошедших в репрезентативную группу протезируемых показало следующее.

На верхней челюсти среди больных преобладали дефекты зубных рядов I класса- 43,5+7,4%, затем II- класса- 26,1+6,5%; ($\chi^2 = 3,07$; $P > 0,05$), III класса- 17,4 + 5,7% ($\chi^2 = 1,02$; $P > 0,05$) и менее всего IV класса- 17,0 + 5,0% ($\chi^2 = 0,34$; $P > 0,05$). Дефекты зубных рядов на нижней челюсти больных аналогичная и по мере повышения класса дефектов число больных снижается в следующей последовательности: I класс- 48,1+7,0%, II класс- 19,2+5,5% ($\chi^2=9,69$; $P<0,01$), III класс- 17,3+5,3% ($\chi^2=6,06$; $P>0,05$), IV класс- 15,4+5,1% ($\chi^2=0,07$; $P>0,05$).

Изучая эффективность влияния зубного протезирования и шинирования на клиническое течение хронического гастрита в комплексном лечении мы разделили их согласно классам дефектов зубных рядов с целью правильного выбора конструкции требуемых зубных протезов.

Учитывая результаты наших клинических исследований об усугубляющем влиянии дефектов зубного ряда на течение разных форм хронического гастрита, а также морфологию слизистой оболочки желудка, мы сочли целесообразным расширить меры по зубному протезированию и шинированию. Наши клинические наблюдения показали, что у больных с целостными зубными рядами и гиперацидным состоянием желудочного сока, преимущественно поражается пародонт группы зубов нижней челюсти, что, по видимому, связано с частными рефлюксами, в результате чего кислая реакция в полости рта оказывает раздражающее влияние, особенно на ткани пародонта зубов нижней челюсти.

При первом классе дефектов зубных рядов, при сохранении трех функционально-ориентированных групп зубов мы провели наблюдение 45 больным, которым дефекты зубов и зубных рядов были восста-

новлены коронками, мостовидными протезами и шинами протезами. Всего было изготовлено 56 мостовидных протезов и шин-протезов: на верхнюю челюсть - 26, нижнюю - 30, кроме того, для восстановления коронковой части зубов верхней и нижней челюсти изготовлено 48 одиночных коронок.

Выравнивание окклюзионной плоскости мы проводили 9 больным путем сошлифовывания окклюзионной поверхности бугров зубов, что способствовало равномерному распределению жевательного давления. Мостовидные протезы с опорой на два зуба, изготавливались нами только при одном отсутствующем зубе в группе жевательных зубов. При увеличении дефекта зубного ряда до двух зубов, осуществляли замещение дефекта с помощью шинирующего мостовидного протеза, в опору включали дополнительное число зубов.

Особенностью этой группы является то, что при жевательной эффективности до 65,2+7,2% и давности образования дефекта зубного ряда более 5 лет, количество желудочного сока и его кислотность повышались.

Наши наблюдения показывают, что у большинства больных с нормоцидным и гиперацидным состоянием желудочного сока, особенно, в период рецидивирования заболевания, мы отмечали воспаление и отек тканей пародонта и слизистой полости рта (92,9+2,7%). Поэтому им протезирование и шинирование проводили после купирования обострений, как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и тканей пародонта. У больных с гипоацидным состоянием желудочного сока протезирование и шинирование проводили вне зависимости от течения общего заболевания.

При концевых дефектах зубных рядов, когда показано восстановление их съемными конструкциями протезов, мы придерживались положения о том, что отдельные группы зубов необходимо объединить несъемной шиной-протезом, впоследствии усилив ее съемным протезом с много-

звеньевыми кламмерами. Шина-протез должна выполнять функциональную профилактическую роль, то есть восстанавливать функцию жевания и предотвращать дальнейшее разрушение тканей пародонта, оставшихся зубов и костной ткани альвеолярного отростка.

Для больных с дефектами II-IV классов, мы использовали частичные съемные протезы с включением в опору максимально возможного числа оставшихся зубов, а также бюгельные шины-протезы с опорно удерживающими кламмерами.

При этом учитывали индивидуальность зубных дефектов, в т.ч. характер жалоб больного, протяженность дефекта зубного ряда, состояние зубов и тканей пародонта, а также состояние зубов антагонистов.

52 больным данной группы нами было изготовлено 36 частичных съемных пластиночных протезов и шин-протезов, 7 бюгельных и 9 полных съемных пластиночных протезов. На оставшиеся естественные зубы при необходимости устанавливали мостовидные протезы или шины-протезы, учитывая сильное поражение тканей пародонта у больных с хроническим гастритом.

Поскольку выраженность обнаруженных нами изменений в желудочно-кишечном тракте у больных с хроническими формами гастрита зависела от степени снижения жевательной эффективности и давности образования дефекта зубного ряда, можно было надеяться, что восстановление функционального состояния жевательного аппарата будет способствовать положительным изменениям в секреторной функции желудка, создавать благоприятные условия для эффективного лечения основного заболевания и снижения количества рецидивов.

Контролем влияния зубного протезирования на клиническое течение, функциональные показатели желудка и количество рецидивов служило состояние больных хроническими формами гастрита до протезирования.

Контрольное исследование проведено через 6 месяцев.

Отдаленные результаты наблюдений за обеими группами больных показали, что, вне зависимости от осуществленного им зубного протезирования (несъемные, частично или полностью съемные протезы), в общем состоянии больных произошли улучшения. Так, стихание воспалительной реакции, стабилизация патологического процесса, устранение подвижности зубов, восстановление жевательной функции наблюдались от 89,8+3,1 до 94,9+2,2% больных ($\chi^2=1,80$; $P>0,05$). Существенно уменьшились жалобы больных на диспепсические явления, свидетельствующие о благотворном течении их основного заболевания - хронического гастрита. Например, такие характерные жалобы, как тошнота, рвота, чувство тяжести или боли в животе, метеоризм прекратились от 34,7+4,8 до 39,8+5,0% больных ($\chi^2=0,55$; $P>0,05$).

Благотворное влияние зубного протезирования во всех классах дефектов зубных рядов на течение хронического гастрита среди больных очевидно. Так, по сравнению с исходными показателями в среднем у 61,2+4,9% сократилась частота рецидивов, в частности в течение 6 месяцев наблюдалось по одному случаю и лишь у 4 больных по два случая рецидивов. Особенно примечательно то, что в течение контрольного периода у 38,8+4,9% больных случаев рецидивов заболевания вообще не наблюдались ($\chi^2=9,88$; $P<0,001$). Кроме того, в среднем у 72,4+4,5% больных существенно уменьшалась и продолжительность рецидивов.

Следовательно, наши исследования позволили установить прямую зависимость между степенью снижения жевательной эффективности, давностью отсутствия зубов и количеством рецидивов заболевания. Это позволяет сделать заключение о том, что состояние зубочелюстной системы оказывает существенное влияние на клиническое течение основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əhmədov Ə.A. Protezləmədən öncə ağız boşluğunda yapılan hazırlıq. Bakı, 1999, 46s.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М., 1999, 66с.
3. Бабаев Т.А., Мурсалов Р.С., Мамед-заде А.И. Эфендиев Г.Д. Применение вычислительной техники и математической теории эксперимента в научных исследованиях. Учебное пособие, Баку, 1999, 86 с.
4. Бородин Н.Б., Куторгин Г.Д. Проявления в полости рта некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Журнал "Консилиум", 1999, с.50-52.
5. Давыдова Т.Р., Карасенков Я.Н., Хавкина Е.Ю. К проблеме дисбиоза в стоматологической практике. Стоматология, 2001, №2, с.23-24.
6. Cobb C.M., Killoy W.J. Microbial colonization in human periodontal disease: an illustrated tutorial on selected ultrastructural and ecologic considerations. Scan. Microscop., 2000, Sep., Vol.4, N 3, p.675-690.
7. Haffajee A.P., Socransky S.S., Lindhe J. Clinical risk indicators for periodontal attachment loss. Jbid., 1995, Vol.1, p.117-125.
8. Newcomb G.M., Nixon K.I. Periodontal disease. Fust. Dent. I., 1999, Vol.34, N 1, p.13-19.

XÜLASƏ

DİŞ SİRALARI QÜSURLARININ PROTEZLƏNMƏSİNİN XRONİKİ QASTRİTİN KEDİŞİNƏ TƏSİRİ

Səfərov A.M.

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı

Xroniki gastritli 98 xəstənin diş sıraları tam bərpa edilməklə dişləri protez edilmiş və şinalanmışdır. Protezlərin konstruksiyasını seçərkən diş sıralarının qüsurlarının 4 sinfinin olması, qüsurlarının lokalizasiyası, parodont toxumasının vəziyyəti, mədə şirəsinin turşuluğu, xəstələrin şikayətlərinin spesifikliyi nəzərə alınmışdır. 6 aydan sonra xəstələrin selikli qişasında iltihabi reaksiyasının sönməsi və patoloji reaksiyaların stabilizasiyası müvafiq olaraq orta hesabla $94,5 \pm 2,2$ və $92,9 \pm 2,6\%$, dişlərin hərəkiliyinin fiksasiyası $89,8 \pm 3,1\%$, çeynəmə funksiyalarının bərpası $94,9 \pm 2,2\%$ xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. Ürəkbulanma, qusma mədədə ağırlıq hissinin və ağrıların olması kimi şikayətlərin də sayı xeyli azalmışdır ($34,7 \pm 4,8\%$ -dən $39,8 \pm 5,0\%$ -ə qədər). Diş sıralarının qüsurlarının sinfindən və onların aradan qaldırılması tiplərindən asılı olmayaraq xroniki gastritli xəstələrin təxminən $61,2 \pm 4,9\%$ -də xəstəliyin residivlərinin tezliyi azalmış, həmin dövrdə $38,8 \pm 4,1\%$ xəstələrdə isə bu jür residivlər baş verməmişdir. $72,4 \pm 4,5\%$ xəstələrdə isə residivlərin davam etmə müddəti də qısalmışdır.

SUMMARY

INFLUENCE OF A PROSTHETIC REPAIR OF DEFECTS TOOTH NUMBERS(SERIES) ON FLOW OF CHRONIC GASTRITIS

Seferov A.M.

Department of prosthetic dentistry an orthopedic odontology AMU, Baku

The denture and speint with full repair of dentitions is conducted among 98 ill with chronic gastritis. During selection of a design of prostheses we take into account 4 classes of defects of dentitions, their localization, condition of tissues periodontal, gastric acidity, specificity of the complaints of patients. The long-lived supervision (observations) in dynamics (changes) have shown on high performance of orthopedic measures in both ill groups. Subsidence of inflammatory reacting and stabilization of pathological process of a mucosa of a stomach (ventriculus) in 6 months were watched on the average for $94,9 \pm 2,2$ and $92,9 \pm 2,6\%$, correspondingly fixing (fixation) of motility of dens for $89,8 \pm 3,1\%$, recovery of a masticatory function - for $94,9 \pm 2,2\%$ ill. The complaints to a nausea, vomiting, feeling of gravity and stomach ache, meteorism for from - $34,7 \pm 4,8$ to $39,8 \pm 5,0\%$ ill notably have decreased also. Without dependence from the class of defects of dentitions and type of a prosthetic repair on their elimination, on the average for $61,2 \pm 4,9\%$ ill chronic gastritis, the frequency of relapses of disease was reduced, and for $38,8 \pm 4,1\%$ ill for the fixed season (term) they were not watched. To all for $72,4 \pm 4,5\%$ ill the duration of relapses has decreased also.

Üz-çənə nahiyyəsində hemangiomaların mualicəsi və ağırlaşmalarının profilaktikası

Azərbaycan Tibb Universitetinin cərrahi stomatologiya kafedrası. Bakı



Y.Ə. Yusubov
professor

Üz-çənə nahiyyəsində hemangiomalara tez-tez rast gəlinir və xoş-assəli şişlə stasionara qəbul olunan xəstələrin 12-15 %-ni təşkil edir. Bu şiş anadangəlmədir və damarların inkişaf qüsuru nəticəsində yaranır, bəzən də travma rol oynayır.

Uşaqlar arasında bütün yumşaq toxuma şişlərinin 67,2 %-ni təşkil edir. Digər nahiyyələrə nisbətən şiş 60-87 % hallarda sifətdə yerləşir (Dudko D.V. 1987).

S.Ternovski hemangiomaların aşağıdakı klinik formalarını ayırd etmişdir: a) kapilyar (sadə) hemangioma dərinin üst qatını və bir neçə mm dərialtı piy toxumasını zədələyir, qırmızı rəngdə olur və sağlam toxumalardan dəqiq sərhədlə ayrılır. Əllə təzyiq etdikdə avazıyır, təzyiq götürüldükdə əvvəlki rənginə qaydır.

b) kavernoz (mağaralı) forma dəri altında "kisə" şəklində yerləşir. Özü yumşaq elastik konsistensiyada olur və bir-biri ilə əlaqəli içərisi qanla dolu kavernalardan ibarətdir. Şişə barmaqla təzyiq etdikdə asanlıqla ölçüsünü dəyişir, sonra tezliklə əvvəlki vəziyyətinə qaydır, həmin nahiyyədə pulsasiya və temperatur assimetriyası simptomu müşahidə oluna bilər (Fedoreev Q.A., 1974). Hərdən hemangiomanın daxilində, ya ətrafında şarabənzər, bərk cisimciklər - flebolit və ya angiolitlər əllənir. Punksiya zamanı venoz qan əldə olunur.

v) kombinə olunmuş hemangioma - dərinin bütün qatlarını, əzələləri, bəzən də sümük toxumasını özünə cəlb edir. Buna kapilyar və kavernoz formaların birləşməsi kimi də baxmaq olar.

q) yayılmış formalı şişin əmələ gəlməsində qan damarları ilə bərabər ətraf toxumalar da iştirak edirlər - angiofibroma, hemlimfangioma, angionevroma və s.

Şiş ilk əvvəllər hər hansı bir nahiyyədə (yanaq, gözaltı, qulaqətrafı, dodaq, burun və s.) qırmızı nöqtə və ya dəri altında xırda hündürlük kimi görünür. Həmçinin bizim klinik müşahidələrimiz və 10 illik arxiv araşdırmalarımızdan aydın olur ki, şiş ilk aşkar olduğu vaxt, əksər hallarda cox kiçik ölçülərdə olur, lakin qısa müddət ərzində, əsasən də uşağın ilk 6 ayında böyüyərək ətraf nahiyyələrə yayılır.

Şişin qısa müddətdə böyüməsi nəinki onun müalicəsini çətinləşdirir, həmçinin xəstədə əsaslı kosmetik çatışmazlıqlar yaradır. Əgər şiş - yanaq, qulaq seyvanı, burun, ağzın selikli qışasında yerləşərsə kosmetik problemlə bərabər: gormə, eşitmə, nəfəsalma, qida qəbul etmə və s. fizioloji funksiyaların yerinə yetirilməsini əngəlləyə bilər.

Bu şişlərin birbaşa qan damarlarından təşkil olunması daim öz-özünə ya hər hansı cüzi



S.Y. Bilalov
həkim

toxunma nəticəsində güclü qanaxmalara gətirib çıxara bilər. Bu qanaxmaların dünyaya yeni gəlmiş körpə üçün nə qədər təhlükəli olduğu aydındır. Beləliklə angioma ilə doğulan uşaqlar daim diqqət altında olmalı və nə qədər ki, şişin ölçüləri balacadır, həmin vaxtdan onun müalicəsi aparılmalıdır. Bəzən həkimlər hemangioma ilə doğulan uşaqların valideynlərinə uşağın ümumi vəziyyətini nəzərə alaraq məsləhət bilirlər ki, bir müddət gözləsinlər bəlkə şiş öz-özünə balacalaşar və müalicəyə ehtiyac olmaz. lakin, uşaq böyüdükcə şiş də böyüyür və bir neçə anatomik sahəni tutur.

Ümumiyyətlə ədəbiyyatda olan məlumatlara görə ancaq sadə hemangiomanın 7-8%-i normal doğulmuş uşaqlarda, bir yaşdan sonra spontan repressiyaya uğraya bilər (Fingerhut A., 1978). Kavernoz və kombinə olunmuş hemangiomalarda isə praktiki olaraq repressiya getmir.

Hemangioma dərinin təhlükəsizliyini pozmuşsa diaqnostikası çətinlik törətmir. Dəridə dəyişiklik olmadıqda anamnezlə, şişi punksiya etməklə, U.S.M-si, angiografiya, funksional üsullardan: elektrotermometriya, reoqrafiya, teplovizioqrafiya və s. üsullarla şişi təyin etmək mümkündür. Sümük daxili hemangiomalar isə R-ya və ya K.T-maya əsasən aşkarlanır.

Yuxarıda göründüyü kimi angiomalar müxtəlif klinik formalarda olur və onun forması, ölçüsü, uşağın ümumi vəziyyətindən asılı olaraq müalicə növü seçilir. Hazırda hemangiomaların müalicəsində - cərrahi, şüa, diatermokoagulyasiya, kortikosteroid (prednizolon), sklerozlaşdırıcı (70% spirt), kriodestruktiv (maye azotla -196° C temperatur) və s. üsullardan istifadə olunur.

Etiraf olunmalıdır ki, bütün növ angiomaların müalicəsi üçün universal metod bu gün yoxdur və onların çoxu poliativ xarakter daşıyır. Lakin bizim müşahidələrimiz və arxiv məlumatlarımızdan görünür ki, şiş cərrahi yolla götürülsə onun residivi başqa müalicələrə nisbətən bir neçə dəfə az olur. Bu cərrahi əməliyyatı aparmaq üçün yaxşı olar ki, şiş bir anatomik nahiyyədə olsun. Əfsuslar olsun ki, uşaqlar çox vaxt şişin ağırlaşmış forması ilə gətirilir (şəkil-1). Bu hallarda şişin birbaşa cərrahi yolla çıxarılmasına somatik əks göstəriş ola bilər və ya

əməliyyat zamanı güclü qanaxmaların olmasına və şişin tam çıxarılmasının mümkün olmamasına gətirib çıxara bilər.

Bunun üçün də biz xəstələrdə cərrahi əməliyyata qədər sklerozlaşdırıcı üsuldan istifadə edirik. Bu üsulun tətbiqi şişin böyüməsinin qarşısını alır, şiş daxilində çapıqlaşma apararaq onun qanla təchizini pozur və nəhayət əməliyyat zamanı qanaxma riskini minimuma endirir.



Lakin sklerozlaşdırıcı üsul çox vaxt müsbət nəticəyə gətirib çıxartmır. Çünki heç bir ölçü, hesablama aparılmadan (ədəbiyyatda bu haqda məlumat yoxdur) şiş daxilində vurulan spirt, onun miqdarından asılı olaraq ya ətraf sağlam toxumanın nekrozuna səbəb olur, ya da şişə zəif təsir göstərərək onun inkişafının, böyüməsinin, ətraf nahiyyələrə yayılmasının qarşısını ala bilmir.

Bu məqsədlə biz hemangiomanın müalicəsi üçün "hemostatik sıxac" tətbiq edirik. Qurğu əsasən iki hissədən ibarətdir: basıcı hissə (özü də müxtəlif ölçülərdə hazırlandığı üçün istənilən böyüklükdəki şişlərdə tətbiq edilə bilər) və onun üzərinə qoyulan sıxıcı-fiksəedici hissə.

Qurğunun iş prinsipi və tətbiqi xəstədə aşağıda göstərilən kimi istifadə edilir:

Xəstə - M. 16 yaşında cərrahi stomatologiya kafedrasının klinik bazasına "Anadangəlmə sol yanaq nahiyyəsinin kavernoz hemangioması" diaqnozu ilə müraciət etmişdir (şəkil-2).

Qurğunun köməyi ilə sklerozlaşdırıcı müalicə aparılmış - yəni şişin ölçüsünə uyğun basıcı hissə seçilmiş, şiş üzərinə qoyularaq kəmərlərlə başətrafına bağlanmışdır (şəkil-3).

Sonra sıxıcı fiksiedici hissə - kürəciyinin basıcı hissə üzərindəki oyuğa girməsi şərtilə - basıcı hissə üzərinə qoyularaq kəmərlə bağlanır (səkil-4). Bu zaman dəstəyin saat əqrəbi istiqamətində hərəkəti zamanı basıcı hissənin kənarları hesabına şişə gələn damarlar sıxılır. Həmin vaxt ovalvari manipulyasiya pəncərələrindən hemanjioma daxilindəki qan sorulur və ora sklerozedici maddə yeridilir. Manipulyasiyadan sonra basıcı hissə üzərində olan kəmərləri tarım



baglayaraq sıxıcı hissəni götürmək olar. 1-ci hissəni (səkil -3) xəstə üzərində heç bir narahatçılıq törətmədən, bir neçə saat və ya gün gəzdirilməsi mümkündür ki, bu da vurulan maddənin şiş daxilində çox qalmasına, ətraf sağlam



toxumalara nekrotik təsir göstərməməsinə və şişdə çapıqlaşmanın tezləşməsinə şərait yaradır.



Bir həftə fasilədən sonra yenidən sklerozlaşdırıcı mualicə aparılmış və xəstə evə göndərilmişdir.

İki ay sonra xəstə yenidən stasionara qəbul olunmuşdur, artıq qanaxmaya risk az olduğundan, şişin yumşaq konsistensiyadan bərk konsistensiyaya keçməsi və xeyli azalması müşahidə olduğundan, o cərrahi yolla (ağızdaxili) tamamilə çıxarılmışdır (səkil-5).

Beləliklə tərtib etdiyimiz qurğunun damar şişlərinin mualicəsində tətbiqi müalicənin effektivliyini artırır, şişin böyüməsinin və qonşu nahiyələrə yayılmasının qarşısını alaraq, cərrahi yolla tam çıxarılmasına şərait yaradır.



Qurğuya Dövlət Elm və Texnika Komitəsi tərəfindən 12.09.2001-ci il tarixdə A2001 0125 №-li patent üçün müsbət rəy alınmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей Л., 1993, с.519-562.
2. Кондрашин Н.И. Клиника и лечение гемангиом у детей М., 1963, с.103.
3. Федорев Г.А. Гемангиомы. Л., 1974, с.192.
4. Безруков В.М. и Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М. 2000. с.676-679.
5. Дудко Д.В. Лечение гемангиом челюстно -

лицевой области у детей. Авт.д.д. К. 1987.

6. Терновский С.Д. Хирургия детского возраста. М., 1959. С.179-200.

7. Fingerhut A. Angiomas of the Smallintestine, Diagnostic and therapeutic problems.

/Gast. Clin. Biol./ 1978.,V.2. N-12. P.103-104.

8. Peck J.E. The treatment of hemangiomas //British Med. J. 1974. V.2. P 198-200.

Стартовая модель реформы стоматологической помощи в Кыргызской Республике

(на примере Таласской области)

Кафедра стоматологии, Факультет Усовершенствования врачей КГМИППК.

Бишкек



Юлдашев И.М.

к.м.н., доцент

Как известно, с 1996 г в нашей стране проводится реформирование здравоохранения по программе "Манас". Она рассчитана на 1996-2006 годы, проводится при поддержке ЕВРОВОЗ, ТАСИС, ЮСАИД, других

международных организаций. Пилотными регионами для проведения реформ являются Чуйская и Иссык-кульская области.

Целью настоящей статьи является отразить состояние стоматологической службы в Таласской области, где еще не проводились реформы, как стартовой модели реформирования сельского стоматологического здравоохранения.

В имеющихся семи областях республики стоматологическая помощь организована относительно автономно и характеризуется наличием некоторых отличительных черт. В Иссык-Кульской области на районном уровне с 1992 г. стоматологические отделения Централных Районных Больниц (ЦРБ) выделены в отдельные Районные стоматологические поликлиники (Рай.СП) с приданием им статуса отдельного юридического лица.

Это подразумевает их самостоятельность, наличие собственной печати, лицевого счета и т.д. На уровне области данные Рай.СП объединены в Областное Региональное Стоматологическое Объединение (ОРСО). В ОРСО также включены все крупные самостоятельные стоматологические поликлиники области: городская стоматологическая поликлиника г. Балыкчи, Областная Стоматологическая поликлиника и Областная Детская Стоматологическая Поликлиника, расположенные в области центре - г.Каракол.

Подобная ситуация имеется в Ошской области, где имеются отдельные районные стоматологические поликлиники, однако без объединения в ОРСО.

В остальных пяти областях отдельные стоматологические поликлиники имеются лишь на областном уровне и в некоторых крупных городах. Сельская же стоматологическая помощь организована таким образом, что на районном уровне имеются лишь стоматологические отделения, входящие в состав ЦРБ. Кроме того в Чуйской области отсутствует областная стоматологическая поликлиника. В настоящее время в Иссык-кульской, Джалал-Абадской и Нарынской областях областные стоматологические поликлиники приватизированы с образованием Акционерных Обществ (АО), Государственных Акционерных Об-

ществ (ГАО).

Сложившаяся относительно пестрая картина имеет свои недостатки и преимущества при проведении реформ в секторе здравоохранения, необходимость которых вне сомнения на всем пространстве СНГ. Недостатком, возможно, является невозможность применить единую модель реформирования во всех областях. Положительным моментом является возможность на двух или нескольких регионах отработать схему реформирования с учетом имеющихся различий. Позже по результатам реформ с учетом и коррекцией ошибок и неточностей ее можно распространить на всю республику.

Таласская область расположена на северо-западе Кыргызской Республики. Внутри страны граничит с Чуйской и Джалал-абадской областями. На западе - граничит с Республикой Узбекистан, на севере - с Республикой Казахстан. В состав области входят четыре района: Таласский, Манасский, Кара-Буринский и Бакай-Атинский районы. В Таласской области реформы только планируются, и можно сказать, что ОРСО представляет собой начальную модель перед реформированием. Нам представляется интересным сравнить результаты реформирования в области до и после их проведения, а также в отношении с другими регионами республики.

Обеспеченность врачами-стоматологами на 10 000 населения по Таласской области составляет 2,0; зубными врачами - 0,35; врачами-ортопедами - 0,2 - что является низкими показателями. Например по республике этот показатель составляет 2,6, в Российской Федерации - 4,4 в странах Западной Европы - 6,0-9,0 (Леонтьев В.К., 1997). Кадровый состав. В настоящее время в области имеется 46,5 ставки - 36 физических лиц врачей-стоматологов. Из них врачей стоматологов-терапевтов - 26,

стоматологов-хирургов - 2, стоматологов-ортопедов - 3, детских стоматологов - 5. В области нет ни одного врача-ортодонта. Материально-техническая база стоматологических учреждений области соответствует общему плачевному положению в здравоохранении республики. За исключением областной стоматологической поликлиники, являющейся отдельной, самостоятельной единицей, стоматологические отделения, кабинеты входят в состав ЦРБ, СУБ (Сельская Участковая Больница), СВА (Сельская Врачебная Амбулатория). Ремонт помещений проводится нерегулярно, а из-за отсутствия или нехватки финансирования - чаще своими средствами и то в виде текущего или косметического.

Оборудование, на котором работают врачи-стоматологи давно уже морально устарело. Из имевшихся по области 42-х стоматологических установок 2 (в г. Талас) имеют турбинные наконечники. Большинство зубопротезных лабораторий бормашин не имеют. Как и везде по республике ощущается нехватка эндодонтического инструментария: корневых игл, пульпоэкстракторов, файлов, примеров, др. Врачи частично пользуются старыми запасами, частично вынуждены покупать необходимые инструменты сами. Из стоматологических пломбировочных материалов используются традиционные "Фосцем", "Силицин", "Силидонт", редко "Эвикрол". Для пломбирования каналов используют цинк-эвгеноловую пасту, резорцин - формалиновую пасту, редко "Радент". Из современных материалов нового поколения применяется химикоотверждаемый композитный материал "Дегуфил". В ортопедических отделениях металлокерамические коронки, сложное бюгельное протезирование не применяется. Применяются стальные штампованные коронки, мосто

видные и съемные протезы. Кроме областной стоматологической поликлиники, стоматологических отделений в четырех центральных районных больницах имеются 8 стоматологических кабинетов при каждой из сельских участковых больниц. Из 20 сельских врачебных амбулаторий 15 имеют стоматологические кабинеты. В области имеется стоматологический кабинет. На 105 школ области имеется 4 передвижных стоматологических бригады. Также имеются 5 стоматологических кабинетов при больницах области и одна передвижная стоматологическая установка "Мобидент".

селения согласно данным находится также на удовлетворительном уровне. Так санация проведена у 79% призывников, 85% беременных, 89% инвалидов и участников ВОВ, ликвидаторов аварии на ЧАЭС из числа нуждавшихся.

Качественные показатели лечебной работы по области были следующие. В среднем посещений в день - 11,5; санаций в день - 3,9; УЕТ в день - 21,6. Соотношение вылеченного осложненного кариеса к неосложненному 3,8:1; соотношение количества вылеченных зубов к удаленным - 3,4:1, Процент санированных из числа первично осмотренных составил 56,6%. Из числа осмотренных в санации нуждались

Таблица 1.
Состояние планово-профилактической работы по области

	Дошкольники	Школьники	Подростки	Итого
Всего	1236	51159	14307	66702
Осмотрено	1029-81%	32138-62%	12425-93%	112294-78,7%
Нуждается	710-68%	20484-63%	7846-58%	29040-63%
санировано	562-79%	15238-74%	6663-84%	22463-75,3%

Анализ планово-профилактической работы в области показывает, что из общего числа детей осматривается 81% дошкольников, 62% школьников и 93% призывников. Из числа осмотренных в санации нуждалось 68% дошкольников, 63% школьников и 58% подростков. Из числа нуждавшихся санировано 79% дошкольников, 74% школьников и 84% подростков. Показатели санируемости, а также планово-профилактическая работа в целом по области может быть оценена как удовлетворительная. По данным анализа состояние планово-профилактической работы лучше в Кара-Буринском и Таласском районах.

Планово-профилактическая работа среди других групп декретированного на-

63%; санировано из числа нуждавшихся - 76%. По льготному протезированию запро-тезировано 53 человека на общую сумму 21561,5 сом (или примерно долларов 500), что составляет 15% от общего плана по протезированию.

Подытоживая вышеприведенные данные следует отметить, что относительно невысокие показатели планово-профилактической, лечебной работы по Таласской области являются характерными для всей республики. Причины данного явления общеизвестны. Это уменьшение бюджетного финансирования сектора здравоохранения, общий спад в экономике, отток части высококвалифицированных кадров в частный сектор здравоохранения, другие сферы народного хозяйства, частное предпри-

нимательство, нарушение межрегиональных связей в странах СНГ, снижение потока поступления стоматологических материалов, поскольку республика не производит сама данный вид продукции, высокая их стоимость, высокие цены на инструментарий и оборудование и низкая платежеспособность населения, большое количество льготных групп населения, бесплатность медицинской помощи детям, другим категориям населения, не подкрепленная бюджетным обеспечением в полном объеме и многие другие.

На примере Таласской области мы хотели привести описание модели стоматологической помощи, которая подлежит реформированию. В Чуйской и Иссык-Кульской областях республики проводится реформирование сектора стоматологичес-

кого и общего здравоохранения в качестве пилотного эксперимента. Однако судить о результатах, особенно в стоматологии еще рано. Тем интереснее будет сравнить результаты проводимых изменений. Цель проводимых реформ:

1. Улучшение здоровья населения.
2. Справедливость (равенство).
3. Эффективное использование ресурсов здравоохранения.
4. Высококачественная медицинская помощь

В процессе реформирования планируется сохранить и укрепить основные положительные черты прежней централизованной системы здравоохранения, в частности, универсального доступа к медицинской помощи и равного распределения ресурсов здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касиев Н.К., Мейманалиев Т.С. Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике. // Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике. Мат. национальный конф. Иссык-Куль, 9-12 июня 1999 г. - Бишкек., 1999. - С. 7-14.

2. Леонтьев В.К. Стоматологическая

служба России и перспективы ее развития в новых условиях хозяйствования. // Стоматология. - 1997, N2. С. 4-7.

3. Сталман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432 с.

О допингах и проблемах допинг-контроля в Азербайджане

*Кафедра фармацевтической технологии и организации фармации АМУ, ЦСКА и
Министерство Молодежи, спорта, туризма Азербайджана, г. Баку.*



*Велиева М.Н.,
д.м.н., зав.кафедрой*



*Алиев Н.А.,
полковник*



*Велиев П.М.
к.м.н.*

Проблема использования фармакологических средств с целью немедицинского назначения сегодня особенно остра.

Одной из них является распространение среди населения наркотических, психотропных, ядовитых и допинговых средств (1, 8, 13).

Статистика последних лет свидетельствует о злоупотреблении допинговых средств спортсменами (7, 10, 15).

Постоянный рост национальных и мировых спортивных достижений и связанное с этим значительное повышение физической нагрузки на тренировках и соревнованиях, омоложение спорта, введение новых, не имеющих еще научного обоснования видов спорта предъявляют организму человека чрезвычайно высокие требования (2, 10, 12, 16). Поэтому спортсмены с целью искусственного повышения физической работоспособности употребляют допинговые средства. Европейским Союзом совместно со

Всемирной Организацией Здравоохранения, начиная с 1969 года предпринимаются серьезные мероприятия по пресечению употребления допингов (8, 13, 18-26).

На проведенных многочисленных совещаниях, конференциях, симпозиумах были приняты акты, рекомендации, положения, касательно правильной организации антидопинговой борьбы с этой социальной болезнью (8, 16, 18, 20). Изданы ряд пособий, монографий, научных статей, методических рекомендаций по изучению допинговых средств и организации допинг-контроля в спорте (10, 12).

Подробная информация о допинговых и проблемах допинг-контроля в Азербайджане является чрезвычайно важной и актуальной.

Допингами называют биологически активные вещества, способы и методы искусственного повышения спортивной работоспособности, которые оказывают побочные

эффекты на организм и для которых имеются специальные методы обнаружения (10, 13).

Допинговыми называются средства, применяемые спортсменами для искусственного принудительного повышения работоспособности в период учебного тренировочного процесса и соревновательной деятельности (11). В зависимости от вида спорта они могут обладать совершенно различными и даже от транквилизирующего, от мочегонного до кардиотропного влияния (10, 13). К допинговым средствам относят все психостимуляторы, дыхательные analeптики, адренопиметики, ингибиторы МАО, холиномиметики, антихолинэстеразные средства, антидепрессанты, наркотические анальгетики, сердечные гликозиды, тестостерон и анаболические стероиды, кортикостероиды, пептидные гормоны СТГ, АКТГ, гонадотропины, эритропоэтин и другие. Кроме того, во всех видах стрельбы запрещены бета-блокаторы, оксibuтират натрия, транквилизаторы, снотворные средства, марихуана, гашиш и алкоголь, а для ускоренного выведения воды -- мочегонные средства (9, 13, 15).

Помимо допинговых средств используются различные способы и методы, относящиеся к допинговым (3, 5, 6, 9). Так, кровяной допинг, широко используются спортсменами всего мира. Он представляет собой заблаговременно взятую у спортсмена и обработанную различными методами кровь (УФ - излучением и другими), а затем, перед соревнованием введенную ему же (кровь, плазму или эритроцитарную массу) для увеличения ее количества, кислороднотранспортной функции и неспецифической стимуляции за счет распавшихся красных и белых клеток крови (12). Кроме того, проводятся и другие манипуляции по созданию нетрадиционных форм и методов введения препаратов. Практические врачи и тренеры США разработали специализированные методы введения анаболиков: «собачьи следы на снегу», сочетание, слияние, быс-

трое переключение, цикличность, схема повышения дозировки, плато, стероидный скачок (15). В России разработан ряд биологически активных веществ растительного происхождения в комбинации с продуктами повышенной биологической ценности (3, 5, 11, 14).

Практическое использование вышеперечисленных допингов приводят к тяжелым осложнениям, порой заканчиваются летально.

По требованиям МК МОК (Международный Комиссии Международного Олимпийского Комитета) во всех странах мира должна проводиться антидопинговая борьба. Причем допинговый контроль должен осуществляться во всех видах спорта. В обязательном порядке проверяются первые четыре участника из финальной классификации, а другие по жребию. После соревнований спортсмену вручается уведомление о допинг-контроле службой эксперта допинг-контроля. Спортсмены и их вещи тщательно анализируются. Обычно проводят идентификацию мочи (измеряют ВН и удельный вес мочи), если эти данные не соответствуют требованиям, дополнительно проводят допинг-контроль в течении трех дней. При наличии в пробах допингах МКМОК на совещании комиссии совместно с президентом МОК принимает санкции о лишении спортсмена права на призовое место. Регистрируются также случаи специального введения допингов через пищевые продукты (различные блюда и напитки) с целью лишения знаменитых спортсменов права на участие в спорте (10, 12, 18).

В последние годы также участились случаи торговли фальсифицированными допингами (11). Торговля допингами и, в том числе, поддельными стала весьма прибыльной статьей дохода (12). Зарегистрированы зарубежные фирмы, производящие поддельные допинговые средства. Среди них числятся всем известные дианабол, анавар - 100, неробол, винстрол - В, медандростенол, нандролон декаоат, примоболан,

стромба, сустанон - 250 (9, 11, 13). В списках фирм, занимающихся поддельными допингами, значатся производители США, Мексики, Канады, Прибалтики (13, 15).

В Азербайджане Кабинетом Министров 1 мая 1998 года было принято постановление «О правилах хранения, учета, распространения наркотических, ядовитых, сильнодействующих, психотропных и, в том числе, допинговых средств» (1, 8). Министерством Здравоохранения республики был издан приказ о правилах назначения применения, учета, распространения, хранения наркотических, ядовитых, сильнодействующих, психотропных и, в том числе, допинговых средств (1). Учитывая, что спорт международный, необходимо иметь антидопинговую политику, утвержденную разными странами, общими высокими стандартами.

Министерством молодежи и спорта организуется ряд мероприятий по организации антидопинговой борьбы и допинг-контроля. Проведены семинары, конференции по организации правильного допинг-контроля в спортивных заведениях.

На кафедре фармацевтической технологии и организации фармации АМУ совместно с Центральным Армейским Спортивным Клубом и Министерством Молодежи и Sports подготавливается новая антидопинговая программа, заключающаяся в комплексных формах организации антидопинговой борьбы.

В первую очередь разработан проект по организации антидопинговой борьбы в Азербайджанской Республике, который будет утвержден и принят международной спортивной лигой. Затем планируется организация специализированной лаборатории по допинг-контролю со всеми современными службами для проведения экспресс-анализов в биологических жидкостях организма.

В последние годы борьба против применения спортсменами различных допингов ведется у нас в республике очень активно и одновременно в нескольких направлениях.

Организованы повсеместный допинг-контроль, обязательный для всех спортсменов - как во время тренировок, так и на соревнованиях. Его техника столь точна, что делает наказание неотвратимым. Для проведения допинг-контроля привлекаются эксперты зарубежных стран (Турция). Тестированию на допинг подлежат все занимающиеся спортом лица, независимо от спортивной принадлежности. При этом отказ спортсмена от прохождения антидопингового контроля или попытка фальсифицировать его результат рассматриваются как признание им факта применения допингов со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Для проведения антидопинговой борьбы введены допинг-тесты в тренировочный режим.

За нарушение правил сдачи тестов на допинг предусматривается дисквалификация на 2 года. На 4 года отлучаются от соревнований лица, уличенные в приобретении или продаже запрещенных стимуляторов.

Служба допинг-контроля действует оперативно и не вызывает сомнений в борьбе с этим социальным злом в спорте.

Эксперты по допингам приглашаются в республику по мере надобности и несмотря на дорогостоящую службу допинг-контроля постоянно ведется аналитическая и клиническая работа исследования. Особое значение приобретает использование международного опыта в этой области (России, Турции, Канады, Чехии, Голландии, Англии).

Усилиями медиков разных стран ведутся комплексные мероприятия по искоренению использования допингов в спорте. В настоящее время в законодательные органы вносятся предложения о введении специальных методов антидопинговой борьбы.

Таким образом, на международном и республиканском уровне делается все, чтобы исключить проникновение и использование допингов в спорте.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Велиева М.Н. Исмаилова Л.Н. «Некоторые вопросы фармакоэкономики» нейтролитических средств» Азерб. Фарм. Журн. Баку 2001 N3-4, с. 53-55.
2. Геселевич В.А. «Медицинский справочник тренера» М. ФиС - 1981, 271 с.
3. Гринкевич Н.И., Сорокина А.А. «Легенды и быль о лекарственных растениях» м., Наука 1988, 166 с.
4. Дойзер Э. «Здоровье спортсмена» М., 1986, 136 с.
5. Жагар М.П., Николайчук Л.В. «Мир целебных корней» Минск, «Ураджай», 199-287 с.
6. Ладынина Е.А. Морозова Р.С. «Фитотерапия» Ленинград, Медицина, 1990, 303 с.
7. Марков Л.Н. «В сексе и в спорте главное - тренировка». Вестник спортивной медицины России, М., Наука, 1995, 207 с.
8. Материалы ВОЗ «Наркотические, психотропные, ядовитые средства (перевод с английского)», 2002.
9. Матяжов В.С., Маглеваний А.В. Допинги и стимуляторы в спорте, Львов, 1990, с. 15-30.
10. Семенов В.А. «Лекарственные средства в спорте» Москва, 1994, 180 с.
11. Сейфула Р.Д., Анкудиева И.А. «Допинговый монстр» Москва, 1996, 236 с.
12. Сейфула Р.Д. «Применение лекарственных средств здоровым человеком», Журн. Экспер. и Клин. Фармакология, 1994, т. 57-3, с. 3-6.
13. Сейфула Р.Д. «Фармокология допинговых средств» Москва и ИНГИТИ, 1998, 208 с.
14. Сейфула Р.Д., Папова Н.М. Допинги секса, Москва издательство «Ягуар», 1995, 125 с.
15. Anti-Doping (T-Do) Multilateral Spint Seminar on Doping-Istanbul (Turkey) 25-27 October 2001.
16. Anti-Doping policy in the Netherlands. Topical publication. Netherlands center for Doping affairs, March 2001.
17. D.De Boer "In het Dopingdilemma loopt de atleet voorop" Pharmaceutisch Weekblad 132 (36) 1352-1359. 1997.
18. D.De Boer t. J.A. Seppenwoolde - Wausdorp and R.A.A. Maes, Analytical aspects of Doping in Sports, Berlin, New York; de Gruyter, 1997, P 43-72.
19. A.W.A. Koert. R. Uan Kleij; Committee for the Development of Sport (CDDS) (99) 58 Bilingue Lisbon 24-25 June 1999. P. 88-93.
20. Report of the Consultative visit to Russia an anti-doping policy 13th meeting of the Monitoring group, Anti-Doping Convention (T-DO), Strasbourg 9 march 2001.
21. Council international olu sport military (international military sports council), Austrian CISM Otelegation (CJSM) 35 th World Military Orienteering Championship, 17 june - 23 june 2002, Allensteig / Austria, Anti-doping control will be made in accordance with CISM regulations. 29 World Military Parachuting Championship, United Arab Emirates armed forces general head quarters. Abu Dhabi October 28 - November 11-2001.
22. «NON Sport use of anabolic steroids by young people», A Pipe, P. Melia (CDDS) (99) 58 Bilingue, Lisbon - p. 40-43.
23. «NON Sport use of anabolic steroids in gym users», Pirkko-Korkio, Sedenior Lectures, (CDDS) (99) 58 Bilingue, Lisbon - p. 44-46.
24. «NON Sport use of anabolic steroids by body builders», Pr. Eduardo de Rose (CDDS) (98) 58 Bilingue, 1999 - p. 47.
25. Taylor W.K. Anabolic steroids and Athlete, Jeferson, Mc Farland Company - 1982 - p. 89.
26. Wadner Q.L. Hainline B. Drugs and Athlete. F.A.Davis Company Philadelphia, 1989, p. 30.

XÜLASƏ

DOPİŇQ VƏ AZƏRBAYCANDA DOPİŇQ-NƏZARƏT PROBLEMLƏRİ HAQQINDA

M.N.Vəliyeva, N.A.Əliyev, R.M.Vəliyev

Doping və doping vasitələri haqqında ədəbiyyat məlumatı təhlil edilmişdir. Beynəlxalq Olimpiya Komitəsinin tələblərinə əsasən, müxtəlif ölkələrdə tədbiq olunan doping-nəzarət metodları və tədbiq üsulları öyrənilmişdir. Azərbaycan Respublikasının Gənclər İdman və Turizm Nazirliyi Müdafiə Nazirliyinin Mərkəzi Ordu İdman Klubunun və ATU-nun əczaçılıq texnologiyası və təşkili kafedrası ilə birlikdə Milli antidoping layihəsi hazırlanır.

SUMMARY

ABOUT PROBLEMS OF A DOPE THE DOPE-CONTROL IN AZERBAIJAN

M.N.Velieva, N.A.Aliyev, P.M.Veliev

The literary material about dopes and means is systematized basis of requirements of the International Olympic Committee, varios methods of the dope - control used worldwide are investigated. Ways of the organization of the dope - control to Azerbaijan are found out. The ministry of Youth, Sports and Tourism together with the Central Sports Club of Army of the Ministry of Defence and faculty of technology znd the organization of pharmacy AMU develops the project national anti-dopes the control.

WORLD NO TOBACCO DAY



Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı hər il olduğu kimi, bu il də 31 may 2002-ci il tarixini dünyada tütünsüz gün elan etmişdir. Əsas məqsəd əhəlinin diqqətini tütünün sağlamlığa zərərli təsir göstərməyinə yönəltməkdir. İnsanların çoxu indiyə qədər tütünün ağız boşluğuna zərərli təsirini bilmirlər. Hesab edirik ki, stomatoloqlar da digər həkimlər kimi öz dəyərli məsləhətləri ilə bu tədbirdə yaxından iştirak etməlidir.

Tütün əleyhinə aparılan işin vacibliyini bilərək Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasının (FDI) Baş Assambleyası tütün haqda müraciət qəbul edib. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) FDI-ın üzvü kimi respublikanın bütün stomatoloqlarını tütün əleyhinə mübarizə tədbirlərinə qoşulmağa çağırır.

AZƏRBAYCAN STOMATOLOJİ ASSOSİASİYASI

Чикаго — 2002

С 20 по 24 февраля 2002 года в Чикаго, Иллинойс, США проводились еже-

гон, где расположено предприятие компании - одного из лидеров стомато-

Слева направо: г-жа Мария-Тереза Пиетрок - менеджер компании А-ДЕС, США; г-жа Ирина Пономарева - декан стоматологического факультета, Россия; г-жа Ирина Павленко - генеральный директор "Стома-Денталь", Россия; г-жа Рена Алиева, Азербайджан.



годный средизимний стоматологический съезд и выставка.

Участниками съезда и выставки являлись тысячи стоматологов Америки, Европы и других континентов мира. Россию представляли генеральный директор компании «Stoma-Dental» госпожа Ирина Павленко и декан стоматологического факультета и руководитель стоматологической клиники Хабаровского Медицинского Университета госпожа Ирина Пономарева. Азербайджанскую делегацию возглавляла президент Азербайджанской Стоматологической Ассоциации госпожа Рена Алиева.

По приглашению Президента и вице-Президента компании Ken и Joan Austin мы побывали в Ньюберге, Оре-

логической промышленности. Компания A-DEC награждена Американской Сто-



несмотря на холод, на душе тепло...

матологической Ассоциацией и Американской Торговой (для стоматологов)

ли также приятную возможность посетить стоматологический факультет Ме-



на выставке

Ассоциацией премией «За выдающиеся заслуги перед стоматологией». Мы име-

дицинского Университета в Портленде, столице штата Орегон.

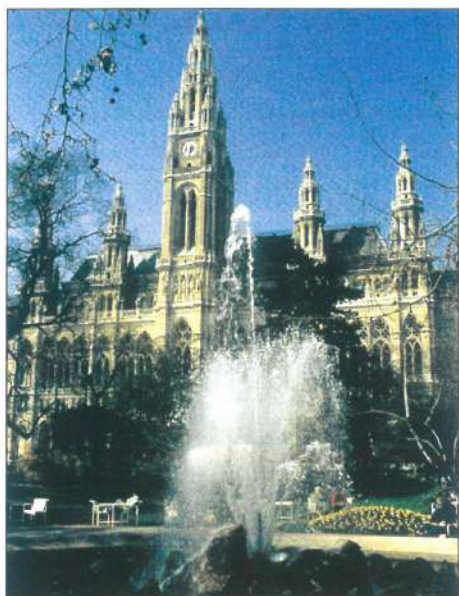


нашлось время для отдыха

Стоматологическая клиника университета - это впечатляющее медицинское учреждение, где представлены все современные подразделения стоматологии. Клиника оснащена 480 установками, на которых работают врачи и студенты. Все время пребывания в Америке мы беспрестанно пользовались вниманием госпожи Марии-Терезы Пиетрок, менеджера компании A-DEC по Восточной Европе и странам СНГ, старавшуюся подробно рассказать и ознакомить нас с продукцией предприятия, с системой стоматологического образования США, с видами оказания стоматологической помощи населению.

ВЕНА – 2002

1-5 октября



Приглашаем всех стоматологов, членов большого профессионального сообщества, представителей производства и торговли стоматологической продукции, всех тех, кто заинтересован в развитии стоматологии, принять участие на 90-м Всемирном Стоматологическом Конгрессе FDI-2002, который состоится с 1 по 5 октября 2002 года в г. Вена (Австрия).

FDI (Всемирная Ассоциация Стоматологов) - мировая организация, объединяющая людей стоматологической профессии. В нее входит 152 национальных и 31

международных стоматологических ассоциаций со всего мира, представляющая более - 700000 стоматологов. Азербайджанская стоматологическая Ассоциация (АСА) является членом FDI с 1998 года. FDI организована в 1900 году и в 2000 году отметила свой столетний юбилей. Конгресс состоится в Австрийском Венском центре, который обеспечен самыми современными условиями работы и расположен в центре Вены. Научная программа содержит сообщения о самых последних достижениях в области стоматологии.

Участникам Конгресса будет представлена разнообразная социальная программа, включающая экскурсии по классической



Вене, посещение дворца Габсбургов, участие на Венском балу, поездки в Зальцбург, Будапешт, Прагу и многое, многое другое.

Для участия на Конгрессе Вам необходимо обратиться в Азербайджанскую стоматологическую Ассоциацию.



Адрес: Баку, 370033, улица Табриз 102
Тел/факс: 41-20-81
e-mail: asa@aznetmail.com

HÖRMƏTLİ HƏMKARLAR

“Denta Plus” kompaniyası stomatoloji materialların, alətlərin və avadanlıqların satış-sərgi salonunu təşkil etmişdir. Salonda dünyanın qabaqcıl stomatoloji kompaniyalarının istehsal etdikləri yeni və keyfiyyətli stomatoloji materiallar satışa çıxarılmışdır.

Burada Siz mütəxəssislərdən lazımi məsləhətlər alıb, maraqlandığınız suallara cavab tapa bilərsiniz. İnanırıq ki, bizimlə əməkdaşlıq Sizin üçün sərfəli olacaqdır.

Satış-sərgi salonunda stomatoloji materiallar Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası üzvlərinə 5% güzəştə satılır.

İşinizə yarayacaq bir çox müasir, sərfəli materiallarla tanış olmaq istəyirsinizsə, satış-sərgi salonuna buyura bilərsiniz. Yolunuzu gözləyirik.

Bizim ünvan:

DENTA PLUS STOMATOLOJİ MATERIALLARIN, ALƏTLƏRİN VƏ AVADANLIQLARIN SATIŞI

370000, Azərbaycan, Bakı
B.Səfəroğlu (keçmiş Şors) 203
Tel. (+99412) 95 99 95
Mob.: (+99455) 7821291
Faks: (+99412) 41 20 81
E-mail: dentaplus@aznetmail.com





Алиага Аббас оглу Ахмедов

85

Исполнилось 85 лет со дня рождения и 64 года врачебной и научно-педагогической деятельности заслуженного врача, заслуженного деятеля науки, доктора медицинских наук, профессора Алиага Аббас оглу Ахмедова.

А.А.Ахмедов родился 21 апреля 1917 в г. Баку. В 1935 году он поступает в Московскую областную зубоврачебную школу и после завершения учебы до 1941 года работает в Центральном институте травматологии и ортопедии им. Н.Приорова.

В 1946 году после окончания Азербайджанского медицинского института А.А.Ахмедов продолжает трудовую деятельность в качестве заведующего стоматологическим отделением железнодорожной больницы до 1957 года, а затем врачом стоматологической поликлиники Бакздравотдела.

В 1958 году в Московском медицинском стоматологическом институте А.А.Ахмедов защищает кандидатскую диссертацию. После защиты кандидатской диссертации он переходит на работу в Азербайджанский институт усовершенствования врачей им. А.Алиева на кафедру хирургии и при этой же кафедре организует вначале курсы стоматологии, а затем возглавляет самостоятельную кафедру стоматологии. Будучи зав. кафедрой стоматологии Азербайджанского института усовершенствования врачей, А.А.Ахмедов одновременно по совместительству с 1 января 1965 по май 1967 г. преподает по кафедре ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского инсти-

тута, а в 1967 г. на конкурсной основе избирается зав. кафедрой ортопедической стоматологии АМИ им. Н.Нариманова. Он приложил много сил для расширения базы ортопедической стоматологии, становления кафедры, оснащения ее современным оборудованием и проведения занятий на должном уровне.

А.А.Ахмедов в 1968 году в Московском медицинском стоматологическом институте успешно защищает докторскую диссертацию.

В 1969 г. А.А.Ахмедову присвоено звание профессора. Его перу принадлежат 225 научных работ, в том числе 2 учебника по ортопедической стоматологии на азербайджанском языке, 7 монографий, 17 учебно-методических пособий. Он автор одного изобретения (аппарат для механотерапии челюстей) и 11 рационализаторских предложений. Под руководством профессора А.А.Ахмедова подготовлено 10 кандидатских диссертаций. Научные исследования его посвящены проблемам терапевтической, хирургической, ортопедической и детской стоматологии. Он неоднократно был участником международных симпозиумов, республиканских и всесоюзных съездов, пленумов и конференций по стоматологии.

Плодотворную научно-педагогическую деятельность А.А.Ахмедов постоянно сочетал с общественной работой - являлся членом Правления Всесоюзного общества стоматологов, членом редколлегий Азербайджанского медицинского журнала, был председателем Республиканского общества стоматологов и главным стоматологом МЗ Азербайджанской Республики.

Заслуги профессора А.А.Ахмедова оценены высокими званиями и правительственными наградами - ему присвоено звание заслуженного врача республики, звание заслуженного деятеля науки. Он награжден орденом "Знак Почета", медалями "За трудовое отличие", "За доблестный труд", "Ветеран труда", "Отличник здравоохранения" и др.

В настоящее время А.А.Ахмедов является профессором-консультантом кафедры ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета.

Азербайджанская стоматологическая ассоциация и редакционная коллегия журнала "QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ" поздравляют профессора А.А.Ахмедова со славным юбилеем, желают ему долгих лет жизни, здоровья и успехов в работе.



Данилевский Николай Федорович

80

Исполнилось 80 лет со дня рождения и 60 лет творческой деятельности Президента Ассоциации стоматологов Украины, заслуженного деятеля науки, Лауреата Государственной премии Украины, академика АН Высшей школы Украины и Украинской АН Национального прогресса, доктора медицинских наук, профессора Данилевского Николая Федоровича.

Данилевский Николай Федорович родился в 1922 г. в селе Монастырише, Черниговской области. После окончания медицинского училища пошел в действующую армию и прошел боевой путь с 1941 по 1945 гг.

В 1951 году окончил с отличием Киевский медицинский стоматологический институт. Прошел путь от клинического ординатора до заведующего кафедрой терапевтической стоматологии Национального медицинского университета, где и работает в данное время на должности профессора кафедры. В 1956 году защитил кандидатскую, а в 1968 году - докторскую диссертацию.

Доктор медицинских наук, профессор Н.Ф.Данилевский - выдающийся ученый-стоматолог, известный среди отечественных и зарубежных специалистов.

За годы научно-исследовательской работы им создана новая, высокоавторитетная научная школа, которая глубоко и всесторонне изучает проблемы этиопатогенеза основных стоматологических заболеваний и разрабатывает методы патологической терапии.

Основное направление его научных исследований связано с изучением одной из актуальных проблем стоматологии - заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта. Им впервые созданы три экспериментальные модели генерализованного пародонтита, изучена роль центральной нервной системы и витаминов в развитии этих заболеваний, предложены

уникальные классификации заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

За разработку и внедрение методов энзимодиагностики и энзимометрии профессору Н.Ф.Данилевскому в 1987 году присвоена Государственная премия Украины (№ 2845 от 08.12.87 г.).

Результаты научных исследований профессора Н.Ф.Данилевского отображены в 306 печатных работах, в том числе 18-ти монографиях, 33 авторских свидетельствах, 25 методических рекомендациях.

Профессор Н.Ф.Данилевский создал научную и кадровую школу в области терапевтической стоматологии. Под его руководством выполнены и защищены 13 докторских и 53 кандидатских диссертаций.

За успехи в подготовке научно-педагогических кадров, достижения в научных исследованиях, большой вклад в развитие стоматологии профессору Данилевскому Н.Ф. присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки Украины.

Многогранна и общественная деятельность профессора Н.Ф.Данилевского. С 1975 года он председатель Республиканского научного стоматологического общества Украины, а 1994 года - президент Ассоциации Стоматологов Украины, член редакционного совета журнала "Терапевтическая стоматология", редактор польско-украинского журнала "Новини Стоматології". Был соредактором Большой медицинской энциклопедии, редактором межведомственного сборника "Проблемы стоматологии", председателем Всесоюзной комиссии при АМН СССР "Болезни пародонта".

Благодаря выдающейся организаторской деятельности Н.Ф.Данилевского, украинская стоматология стала известна в Европе и во всем мире. По его инициативе Ассоциация стоматологов Украины в 1998 году стала членом Всемирной федерации стоматологов - FDI. Не только стала, а и получила почетное признание - мировой стоматологической общественности, а Н.Ф.Данилевский избран членом парламента FDI. настойчивая организаторская деятельность Н.Ф.Данилевского способствовала включению Украинской ассоциации стоматологов в целый ряд международных профессиональных организаций мира и Европы. Это привело к широкому признанию Украины, как Европейского государства.

За участие в ВОВ с Германией и Японией и за мирный труд награжден 35 орденами и медалями.

За фундаментальные научные исследования и огромный вклад в подготовку врачей и научно-педагогических кадров профессор Н.Ф.Данилевский избран академиком Украинской АН национального прогресса и АН Высшей школы Украины.

Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация и редакционная коллегия журнала "QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLİKLƏRİ" поздравляют профессора Данилевского Николая Федоровича со славным юбилеем, желают крепкого здоровья, долгих лет жизни и успехов в работе.



Yunis Əmiraslan oğlu Yusubov

60

Azərbaycan Tibb Universitetinin Cərrahi stomatologiya kafedrasının professoru Yusubov Yunis Əmiraslan oğlunun 2001-ci il fevralın 10-da anadan olmasının 60 illiyi tamam olmuşdur.

Y.Ə.Yusubov 1942-ci ildə Gədəbəy rayonunda anadan olmuşdur. O, 1959-cu ildə orta məktəbi qurtarıb və həmin ili Azərbaycan Tibb İnstitutuna stomatologiya fakültəsinə qəbul olmuşdur. Yusubov Y.Ə. tələbəlik illərindən cərrahiyyəyə böyük maraq göstərmişdir. 1963-cü ildən təcili yardım xəstəxanasında orta tibb işçisi vəzifəsində işləyəndən bir çox cərrahi əməliyyatlarda iştirak etmişdir. İlk dəfə tələbəlik dövründə akademik M. Topçubaşovun diz sümüyünün sınığı zamanı apardığı cərrahi əməliyyatda assistentlik etmişdir.

1964-cü ildə institutu qurtardıqdan sonra təyinatla Tacikistanda, sonra isə Özbəkistanda işləmişdir. O, 1972-ci ildə Kiyev həkimləri təkmilləşdirmə institunun cərrahi stomatologiya kafedrasına aspiranturaya qəbul olmuşdur və 1975-ci ildə tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almaq üçün dissertasiya müdafiə etmişdir.

Y.Ə.Yusubov 1976-cı ildə Kiyev Tibb

İnstitutunun cərrahi stomatologiya kafedrasına assistent vəzifəsinə seçilmişdir və dünya miqyaslı, məşhur alim, həkim, professor Y.İ.Bernadskinin yaratdığı elm ocağında işləmişdir.

Y.Ə.Yusubov 1988-ci ildə sentyabr ayında doktorluq dissertasiyasını müdafiə edib. 1989-cu ildə müsabiqə yolu ilə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun cərrahi stomatologiya kafedrasına professor vəzifəsinə seçilib. O, 170-dən çox elmi əsərin, o cümlədən 1 monoqrafiyanın, 1 dərslinin, 10 ixtiranın, 2 patentin, 9 səmərələşdirici təklifin, 13 metodik tövsiyyənin müəllifidir.

Professor Yusubov Y.Ə. 1996-cı ildə ilk dəfə Azərbaycan dilində cərrahi stomatologiya üzrə dərslik çap etdirmişdir. O, 1989-cu ildə SSRİ-nin ixtiraçı döş nişanı ilə təltif olunmuşdur.

Yusubov Y.Ə. bir çox Beynəlxalq konqreslərdə iştirak etmişdir. O, Beynəlxalq üz-çənə cərrahlar assosiasiyasının üzvüdür. 1999-su ildən Azərbaycan stomatoloqlar assosiasiyasının cərrahi bölməsinə rəhbərlik edir.

Yusubov Y.Ə. üz-çənə cərrahiyyəsində bir sıra original cərrahi üsullar işləyib onlara potent alıb, təcrübədə geniş istifadə olunurlar.

Professor Yusubov Y.Ə. yüksək ixtisaslı həkim, müəllim, alim və ixtiraçıdır. Nəzəri, təcrübə olaraq cavan kadrlara yüksək səviyyədə kömək göstərir. O, respublikanın müxtəlif regionlarında həkimlər üçün keçirilən seminarlarda mühazirələr oxuyur.

Yusubov Y.Ə. stomatologiya fakültəsinin Elmi Şurasının Problem Komissiyasının, ixtisaslaşdırılmış elmi şuranın üzvüdür. Onun rəhbərliyi altında 2 tibb elmlər namizədliyi dissertasiya müdafiə olunub, 4 dissertasiya işi yerinə yetirilir.

Azərbaycan Stomatologi Assosiasiyası və "QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ" jurnalının redaksiya heyəti professor Y.Ə.Yusubovu 60 illik yubileyi münasibətilə təbrik edir, ona cənsağlığı, uzun ömür, həkim və elmi kadrların hazırlanmasında müvəffəqiyyətlər arzu edirlər.

ELAN

Əgər siz istəyirsinizsə, sizin fəaliyyətinizi və istehsal etdiyiniz malları təkcə Azərbaycanda deyil, hətta onun hüduqlarından kənarda da tanısınlar, onda reklamınızı Azərbaycan, rus və ingilis dillərində nəşr olunan “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalında yerləşdirin.

Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyasının “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalı Zaqafqaziya, Orta Asiya, Rusiya və Türkiyədə yayılır.

Reklam və reklam materiallarının yerləşdirilməsi şərtləri əlverişlidir.

Jurnalın redaksiyası həmçinin reklam agentlərini əməkdaşlığa dəvət edir.

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Если вы хотите, чтобы о вашей продукции и деятельности узнали не только в Азербайджане, но и за его пределами, размещайте рекламу в журнале “Qafqazın stomatoloji yenilikləri”, выходящем на азербайджанском, русском и английском языках.

Журнал Азербайджанской Стоматологической Ассоциации “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” распространяется в странах Закавказья, Средней Азии, в России и в Турции.

Имеется возможность для размещения рекламы и рекламных материалов.

Редакция журнала также приглашает к сотрудничеству рекламных агентов.

Ünvan: Bakı şəhəri, 370033, Təbriz küçəsi, 102. tel:- 99412 41-20-81; faks 99412 41-20-81

Адрес: г. Баку, 370033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 41-20-81; факс 99412 41-20-81

Address: 102, Tebriz str: 370033 Baku Azerbaijan. tel: 99412 41-20-81; Fax: 99412 41-20-81

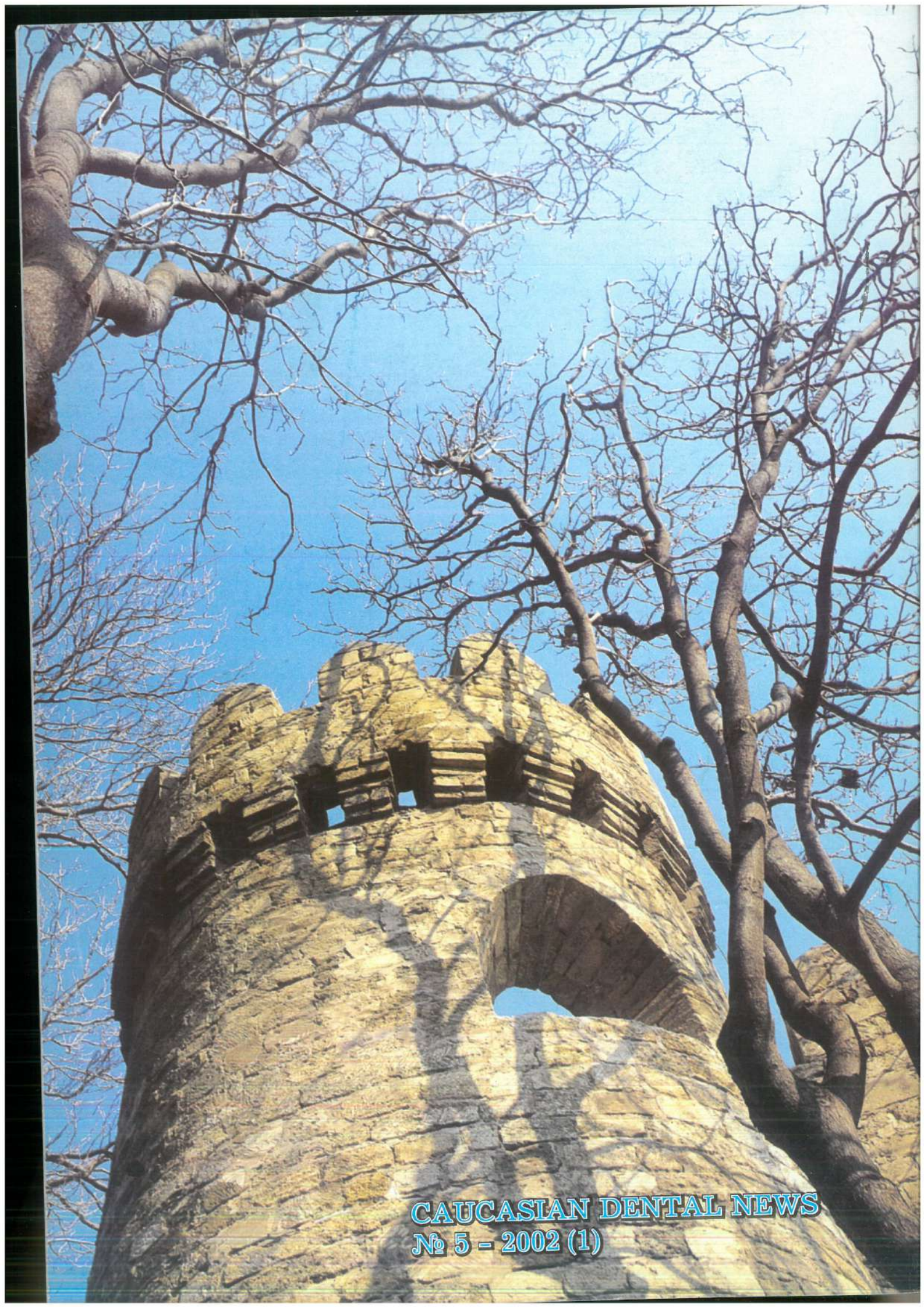
E-mail: asa@aznetmail.com

Мəcmuə nəşrə “Qafqazın stomatoloji yenilikləri” jurnalının redaksiya kompüterində yığılıb və səhifələnib.

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

Sifariş № 074. Tiraj 1000. “OŞCAR” nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

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



CAUCASIAN DENTAL NEWS
№ 5 - 2002 (1)