



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№10/11 - 2006

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 10 / 11 2006

**AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI**



**AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION**

Təsisçi və baş redaktor
Baş redaktorun müavini
Məsul katib
Redaksiyanın müdiri
Bədii tərtibatçı

R. Əliyeva
Z. Qarayev
N. Pənahov
S. Ələkbərova
V. Davidov

Redaksiya heyyyəti

Aslanov K.L.
Ağayev İ.Ə.
Alimski A.V.
Bezrukov V.M.
Danilevski M.F.
Celal K.Yıldırım
Qasimov R.K.
Qarayev Q.Ş.
Quliyev N.C.
Leontyev V.K.

Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Ukrayna
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya

Sadovski V.V.
Seyidbəyov O.S.
Məmmədov A.A.
Niqmatov R.N.
Ruzuddinov S.R.
Nejat B.Sayan
Vaqner V.D.
Vadačkoriya Z.O.
Vəliyeva M.N.

Rusiya
Azərbaycan
Rusiya
Özbəkistan
Qazaxıstan
Türkiyə
Rusiya
Gürcüstan
Azərbaycan

MÜNDƏRİCAT

✓	İnfeksiyon nəzarət XXI əsr stomatologiyada ən başlıca amildir. <i>Əliyeva R.Q.</i>	3
✓	FDI STATEMENT Infection Control in Dentistry	5
✓	Поражение СОПР при СПИДе. Стоматологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции. <i>Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., Ткачук Н.Н.</i>	8
✓	Обучение детей навыкам гигиенического ухода за полостью рта в регионах Азербайджана. <i>Зейналова Г.К., Гюльмамедова Т.Ю.</i>	14
✓	Клиническая характеристика состояния полости рта при красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта. <i>Алиев А.Д.</i>	16
✓	Особенности ухудшения гигиенического состояния полости рта и пути ее коррекции у лиц, пользующихся современными несъемными ортодонтическими конструкциями. <i>Алимова Р.Г., Ким А.А.</i>	21
✓	Artrozların kompleks müalicəsində xondroprotektorların tətbiqi üsulları. <i>Əhmədov E.T.</i>	25
✓	Зубочелюстные аномалии у детей, перенесших ураностафилопластику. <i>Юсубов А.А.</i>	30
✓	Oral implantologiya-konfrans. <i>Zeynalov F.</i>	35
✓	Şəhər əhalisinin periodontitlə xəstələnmə dərəcəsi və ona stomatoloji yardım göstərilməsinin vəziyyəti. <i>Babayev K.M.</i>	36
✓	Пленарная сессия ERO-FDI Порто (Португалия) - май 2006 год	41
✓	Ağır kəllə-beyin travmalı xəstələrdə fibrinoliz prosesi pozulmalarının xüsusiyyətləri <i>Axunbəyli A.Ə., Rəhimov V.S., Mirzəyeva V.S.</i>	43
✓	Как следует рассматривать хроническую лимфэдему губ? <i>Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Коваль Н.И.</i>	46
✓	Патогенетические подходы к лечению хронической лимфэдемы <i>Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Коваль Н.И.</i>	51
✓	Результаты пользования универсальной зубной щётки специального назначения ортодонтическими пациентами со сложной несъемной ортодонтической техникой <i>Алимова Р.Г.</i>	57
✓	Особенности финансирования стоматологических подразделений в сельских регионах Кыргызской республики, перешедших на новые методы финансового обеспечения по системе "Единого поставщика медицинских услуг" и "Единого плательщика". Финансирование отдельной стоматологической поликлиники. <i>Юлдашев И. М.</i>	61
✓	Подготовка научных кадров по стоматологии в Азербайджане <i>Мусаев Ф.А.</i>	68
✓	ASA-həkim - stomatoloqlar üçün	74
✓	1-ci Azərbaycan Beynəlxalq Stomatologiya sərgisi Bakı - 2006.....	75
✓	FDI - Шеньжень - 2006	76
✓	Гараеву Зохрабу Ислам оглы - 60 лет	79

İNFEKSİON NƏZARƏT - XXI ƏSR STOMATOLOGİYADA ƏN BAŞLICA AMİLDİR



Bu gün bütün həkim-stomatoloqlara məlumdur ki, ağız boşluğunda yerləşən mikroorqanizmlər stomatoloji yardım göstərilən zaman klinikada infeksiyanın yayılmasına və inkişaf etməsinə səbəb ola bilər. Ona görə də müalicə prosesində istifadə edilən bütün işçi komponentlərinin keyfiyyətli dezinfeksiyası və ardıcıl sterilizasiyası xəstəxanadaxili infeksiyaların profilaktikasının vacib aspektlərindən olaraq qalmaqdadır.

Son dövrlərdə həkimlər - virusoloqlar və infeksiyonistlər bəzi stomatoloji klinikalarda əvvəllər müalicə olunmamış A və C viruslu hepatitli həmçinin əvvəllər müalicə almış ancaq infeksion nəza-

rətdə olan B viruslu hepatiti və vərəm xəstəliyi olan pasiyentlərlə qarşılaşırlar. Ən qorxulusu budur ki, həkimlər bu virusların dəyişilmiş müxtəlif formalarına və dünyanın müxtəlif regionlarından gətirilmiş başqa infeksion xəstəliklərə, məsələn tropik ölkələr üçün xarakterik olan, indi isə iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə də tez-tez təsadüf edilən atipik formalı poliomielitlərə rast gəlmişlər.

Vərəmin yayılması üzrə Ümumdünya Nəzarət Mərkəzinin göstəricilərinə əsasən ildə 8 milyona yaxın vərəmə yeni yoluxma halları və 3 milyona yaxın vərəmlə yanaşı gedən müxtəlif xəstəliklər qeydə alınır. Bu çox böyük rəqəmdir və təəssüf ki, o, bütün dünya üzrə, xüsusilə də “az inkişaf etmiş ölkələrdə” artmaqda davam edir.

Bu xəstəliklərin çoxillik dərman nəzarəti, onların müasir və güclü təsirə malik bir çox dərman preparatlarına qarşı rezistentliyini artırmış, xəstəliklərin törədicilərinin morfoloji quruluşunu dəyişdirmiş və bunun nəticəsində belə xəstəliklərin klinikasının atipik formasına gətirib çıxarmışdır.

Hazırda Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa və Mycobacterium tuberculosis kimi bakteriyaların morfoloji quruluşunda əhəmiyyətli dərəcədə

atipiklik müşahidə olunur.

Dərman müalicəsinə qarşı belə rezistentlik infeksiyon xəstəliklərin əvvəllər nəzarət oluna bilən formalarının dəyişilməsinə imkan verir və bu da onların müalicəsinə daha uzun müddətli və tapılmayan, qiymətli dərman preparatlarından asılı olaraq, bahalı edir. Buna görə həkimlər bütün elmi və etik aspektlərə əsaslanaraq öz təcrübələrində pasiyentlərin və özlərinin sağlamlığını qorumaq üçün ən müasir və təkmilləşdirilmiş üsullardan, cihazlardan və materiallardan istifadə etməlidirlər. Bundan başqa pasiyentlərin çox hissəsinin yoluxmasına səbəb olan infeksiyon xəstəliklərin və digər təhlükəli infeksiyaların artmasının qarşısını almaq üçün stomatoloji təcrübədə bütün qoruyucu tədbirlərdən istifadə etmək lazımdır.

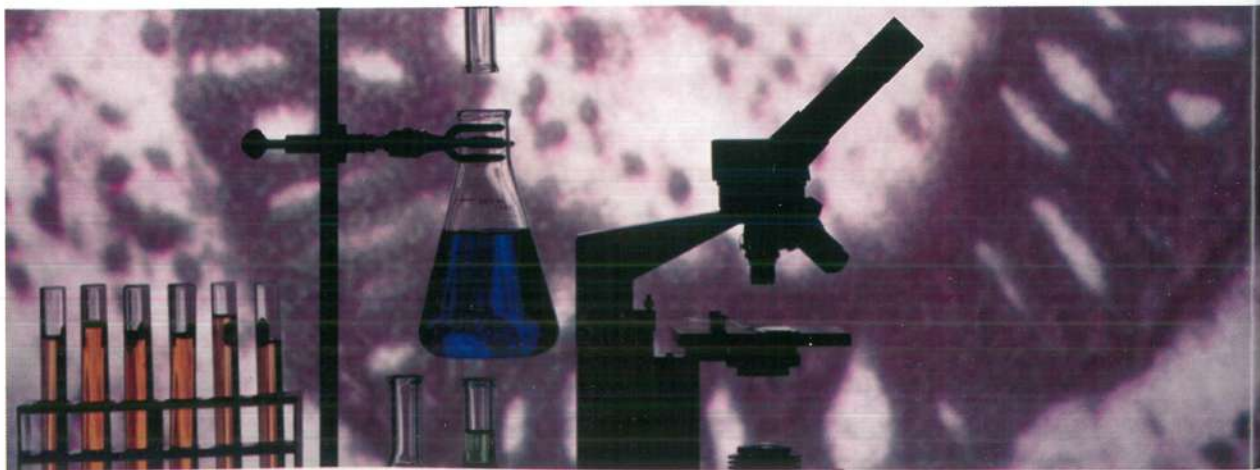
Mütəxəssislər müalicə prosesi zamanı pasiyentin və həkimin birbaşa təmasda olduğu alətlərin və digər stomatoloji ləvazimatların dezinfeksiyası və sterilizasiyası üçün xüsusi protokollar tərtib edərək, əsaslı infeksiyon nəzarət həyata keçirməlidirlər.

Stomatoloji klinikalarda tibbi personalın əllərinin gigiyenası infeksiyadan qorunmaq üçün vacib tədbirlərdən biridir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı-

nın məlumatlarına əsasən səhiyyəni hansı sahəsindən asılı olmayaraq bir çox infeksiyon və parazitər xəstəliklərin əmələ gəlməsinə "çirkli əllər" səbəb olur. Yadd saxlamaq lazımdır ki, stomatoloji klinikalarda tibbi personalın əllərinin müntəzəm olaraq antiseptik sabunla yuyulması personalın, eləcə də onların pasiyentlərinin mikrobəleyhinə ilkin müdafiəsini təmin edir. Bu zaman yuxarıda adı çəkilən əməliyyatların biri digərini təəvəz edə bilməz. Belə ki, alətlərin sterilizasiyası olmadan əvvəl işlənməsi, yəni onların dezinfeksiya edici məhlullar və ultrasəsli dezinfeksiyası, sonrakı avtoavtoklav və ya quru isti sterilizasiyanı əvəz edə bilməz.

Qeyd etmək lazımdır ki, hökumət və qeyri hökumət təşkilatları tərəfindən məsləhət görülmə tədbirlər və infeksiyon nəzarət üsulları son zamanlar əhəmiyyət dərəcədə dəyişikliklərə məruz qalmışdır. Ona görə də stomatoloji klinikaları infeksiyon nəzarət üzrə cavabdeh mütəxəssisləri hər hansı infeksiyon nəzarət üsullarının istifadə edilib edilməməsi barədə uyğun nəzarət orqanları ilə daimi məsləhətləşməli və tibbi nəşrlərdə göstərilən yeni qaydaları, tövsiyələri daim izləməli və həyata keçirməlidir.

R. Əliyev





FDI STATEMENT

Infection Control in Dentistry

Adopted by the FDI General Assembly: 18 September 2003

In general the receiving or delivery of appropriate oral care and of associated procedures are safe. Current epidemiological data clearly indicate that there is no significant risk of contracting diseases through the provision of dental treatment when recommended infection control procedures are routinely followed.

A key element of infection control recommended by authorities worldwide is the concept of standard precautions, as a means to reduce the risk of disease transmission (e.g. the Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis viruses, Tuberculosis and others) in healthcare settings. The primary precept underpinning this concept is the consideration that all patients are potentially infectious, hence the necessity for implementation of comprehensive infection control procedures when treating any patient.

Universal Infection Control Procedures

→ The FDI urges all oral health professionals to adhere to standard precautions as set forth by the local or regional authorities, as appropriate.

Access to dental care

→ The FDI believes it is unethical for patients to be denied oral health care solely because of bloodborne disease status.

Vaccination

→ The FDI urges oral health professionals who may be exposed to infectious risks to be appropriately vaccinated according to guidelines issued by the local authorities, and to take advantage of other vaccines as and when they become available.

Referral for Medical Evaluation

→ The FDI urges all oral health professionals to be alert for signs and symptoms related to bloodborne and other infectious diseases. Individuals with medical histories or conditions suggestive of infection should be referred to their physicians for further management.

Patient Disclosure and Confidentiality

→ The FDI urges care providers to have an appropriate protocol, in accordance with applicable local laws, for the confidential handling of information on patients with systemic infections.

→ The FDI urges care providers to maintain strict confidentiality of a patient's bloodborne pathogen status and their medical condition. This should not prevent care providers sharing information pertaining to the patient's medical condition with other health care workers, as permitted by local regulations.

→ The FDI believes that all patients infected with bloodborne pathogens should disclose their status as part of their medical history. The care provider has to be cognisant of the complete medical history in order to make apposite treatment decisions that are in the best interests of the patient.

Exposure Incidents

→ The FDI recommends that all oral health professionals should be familiar with current pos-

exposure protocols for the management of occupational exposures to bloodborne pathogens and institute policies in the work place to ensure appropriate and efficient management of such incidents.

Public Information and Education

→ FDI recommends that local or regional dental associations should educate the public on both the efficacy of standard precautions and the absence of a significant risk of contracting bloodborne diseases through the provision of dental care when recommended infection control procedures are routinely implemented.

Professional Education

→ The FDI recommends that all oral health professionals keep their knowledge and skills current with regard to infectious diseases that may particularly pose a threat of transmission in clinical settings.

→ The FDI recommends the development and updating of local and national educational programmes for the dental team that address infection control recommendations in health care settings (as well as programmes that address the management of the oral and systemic implications of bloodborne diseases).

→ The FDI recommends that dental educators comprehensively address and incorporate current infection control recommendations in health care settings in curriculum content and clinical activities.

Mandatory Testing

→ The FDI opposes any legislation that mandates compulsory testing of dental health care workers to determine their bloodborne pathogen status.

Main author: Prof L P Samaranayake
Chairman FDI Science Commission

ÜMÜMDÜNYA STOMATOLOQLAR FEDERASIYASININ BƏYANATI (FDI)

Stomatologiyada İnfeksiyon Yoxlama

FDI Baş Məclisi tərəfindən qəbul edilib: 18 sentyabr 2003-cü il

Ümumilikdə lazımi stomatoloji yardımın və bununla əlaqədar olan proseduraların aparılması göstərilməsi təhlükəsizdir. Cari epidemioloji faktlar göstərir ki, infeksiyon yoxlamanın tövsiyə edilən proseduralarına düzgün riayət olunduqda stomatoloji müalicə zamanı yoluxma təhlükəsi azalır, demək olar ki, olmur.

İnfeksiyon yoxlamanın bütün dünya üzrə hakimiyyət orqanları tərəfindən tövsiyə edilən əsas elementi tibb müəssisələrində xəstəliklərin (məsələn, insanda immun çatışmazlığı virusu, hepatit virusları və s.) yoluxması təhlükəsinin azaldılması vasitəsi kimi standart ehtiyat tədbirlərində tətbiq edilməsidir. Bu ideyanı möhkəmləndirən əsas prinsip, bütün pasientlərin potensial infeksiyaya məruz qalmasıdır. Buradan da istənilən pasientin müalicəsi zamanı hərtərəfli infeksiya təhlükəsizliyi təmin edilməlidir.

Universal İnfeksiyon Yoxlama Proseduraları

→ FDI stomatologiya sahəsində çalışan bütün peşəkarları regional hökumət orqanları tərəfindən uyğun olaraq müəyyən edilən standart ehtiyat tədbirlərinə əməl etməyə çağırır.

Stomatoloji yardımın mümkünlüyü

→ FDI pasientlərə onlarda yalnız qan vasitəsi ilə keçən xəstəliklər olması səbəbindən stomatoloji yardım göstərməkdən imtina etməyi qeyri-etik hesab edir.

Vaksinləşmə

→ FDI stomatologiya sahəsində çalışan yoluxma təhlükəsinə məruz qalan bütün peşəkarları

gens and yerli hakimiyət orqanları tərəfindən tərtib edilmiş təlimatlara əsasən müvafiq qaydada peyvənd olunmağı və digər vaksinlərdən də mümkün olduqca istifadə etməyi tövsiyə edir.

Tibbi Müayinəyə Göndərilmə

FDI stomatologiya sahəsində çalışan bütün peşəkarları qan vasitəsi ilə keçən əlamət və simptomlara və digər yoluxucu xəstəliklərə diqqətli yanaşmağa çağırır. Müvafiq xəstəlik tarixçəsinə malik və ya infeksiyanın olması ehtimal edilən vəziyyətdə olan şəxslər bundan sonrakı müalicə üçün öz terapevtlərinin yanına göndərməlidirlər.

Pasientə aid Məlumatların Gizliliyi və Açılması

FDI stomatoloji yardım göstərənlərə, sistemli infeksiyalara tutulmuş pasientlər haqqında məlumatların gizli saxlanmasına dair qüvvədə olan yerli qanunvericiliyə əsasən müvafiq protokol tərtib etməyi tövsiyə edir.

FDI stomatoloji yardım göstərənlərə, pasientdə qan vasitəsilə keçən infeksiyanın olması və onun sağlamlığının vəziyyəti haqqında ciddi məxfiliyə riayət etməyi tövsiyə edir. Bu, stomatoloji yardım göstərən şəxslər və digər tibb işçiləri arasında pasientin sağlamlıq vəziyyəti haqqında yerli qanunvericiliyin icazə verdiyi həddə məlumat mübadiləsinə mane olmamalıdır.

FDI hesab edir ki, qanla keçən patogen mikroorqanizmlərlə yoluxmuş bütün pasientlər xəstəlik tarixçəsinə daxil edilməsi üçün bu haqda məlumat verməlidir. Stomatoloji yardım göstərən həkim, daha çox pasientin maraqlarına cavab verən müvafiq müalicə tədbiri görmək üçün bütün xəstəlik tarixçəsinə bilməlidir.

Yoluxma halları

FDI stomatologiya sahəsində çalışan bütün peşəkarlara qan vasitəsilə keçən infeksiyalarla yoluxma hallarında görülən tədbirlər haqqında cari protokollarla və buna bənzər hallarda müvafiq və effektiv tədbirlərin təmin edilməsi üçün iş yerlərində tibbi təşkilatların siyasəti ilə tanış olmağı tövsiyə edir.

İctimaiyyətin Məlumatlandırılması və Maarifləndirilməsi

FDI yerli və regional stomatoloji birliklərə ictimaiyyəti, standart ehtiyat tədbirlərinin effektivliyi, həmçinin infeksiyon yoxlamanın tövsiyə edilən proseduralarının lazımi dərəcədə həyata keçirilməsi ilə birlikdə stomatoloji yardım göstərildikdə qan vasitəsi ilə keçən xəstəliklərə yoluxma təhlükəsinin yox olması haqqında maarifləndirməyi tövsiyə edir.

İxtisas artırma

FDI stomatologiya sahəsində çalışan bütün peşəkarlara, tibb müəssisələrində yoluxma təhlükəsi xüsusilə yüksək olan yoluxucu xəstəliklərlə bağlı bilik və təcrübələrini müasir səviyyəyə çatdırmağı tövsiyə edir.

FDI tibb müəssisələrində infeksiyon yoxlama üzrə tövsiyələrə dair stomatoloji kollektivlərin dilən əsəyərli və dövlət təhsil proqramlarını (həmçinin ağız boşluğunda və bütünlükdə orqanizmdə yoluxucu, hepatixəstəliklərin təzahürü zamanı müalicə tədbirlərinin aparılmasına dair proqramlar) yaratmağı və tədbirlətməkləşdirməyi tövsiyə edir.

FDI stomatologiyani tədris edən müəllimlərə tibb müəssisələrində infeksiyon yoxlama üzrə cari tövsiyələri hər tərəfli izah etməyi və onları dərs planına və kliniki təcrübəyə daxil etməyi tövsiyə edir.

Məcburi yoxlama

FDI stomatoloji klinikanın işçiləri üzərində onlarda qan ilə keçən infeksiyaların olmasına dair məcburi yoxlamanın aparılmasına göstəriş verən istənilən qanunvericiliyə qarşı etiraz edir.

Əsas müəllif:

Professor L.P. Samaranayake

FDI Elm Komissiyasının sədri

peşəkarlar

Поражение СОПР при СПИДе. Стоматологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции

Н.Ф.Данилевский, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний, Н.Н.Ткачук

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца
г. Киев

Ключевые слова: СПИД, ВИЧ-инфекция, слизистая оболочка полости рта, кандидоз, волосаяная лейкоплакия, саркома Капоши, дезинфекция.

Key words: The aids disease, HIV-infection, oral mucous, candidiasis, hair leuplaque, Caposhy's sarcoma, disinfections.

Клиника СПИДа прежде всего обусловлена дефицитом Т клеточного иммунитета. Снижение активности иммунной системы приводит к активации сапрофитной микрофлоры. Поэтому пик заболевания характеризуется тяжелыми инфекциями, вызванными грибами, цитомегаловирусами, вирусом Эпштейн-Барра, вирусом герпеса и др., которые не поддаются обычной терапии (оппортунистические инфекции) или развитием опухолей (саркома Капоши, неходжкинская (Non-Hodgkin's) лимфома и др.). Установлено, что СПИД может одновременно протекать вместе с герпетической инфекцией и гепатитом В. Наряду с общими симптомами довольно часто у больных СПИДом отмечаются различные поражения полости рта. Они имеют значительную диагностическую ценность, поскольку позволяют легче и более вероятно выявить проявления СПИДа у пациента и избежать заражения медперсонала.

По частоте распространения заболевания СОПР распределяются так: кандидоз (88 %), герпетические поражения (11-17 %), ксеростомия (19-28 %), эксфолиативный хейлит (9 %), язвы (7 %), десквамативный глоссит (6 %), волосаяная лейкоплакия (5 %), саркома Капоши (от 4 до 50 %), геморрагии.

Кандидоз СОПР при СПИДе имеет несколько форм: псевдомембранозную, при которой наблюдается значительное количество мягких белых очагов, напоминающих хлопья створоженного молока и легко снимающихся при поскабливании; гиперпластическую - напоминает лейкоплакию, сопровождается наличием плотных белых поражений, спаянных с поверхностью

слизистой рта, и атрофическую (эритематозную). При этой форме возникают эритематозные пятна без налета, на фоне которых местами возможны пятна гиперкератоза (рис. 1, 2).

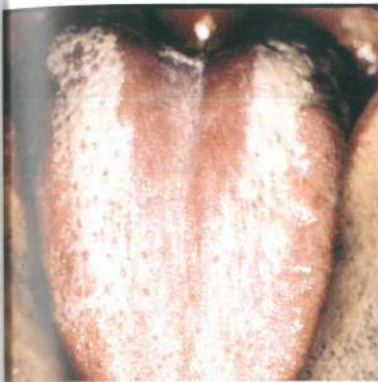


Рис.1. Гиперпластический кандидоз при СПИДе.

Из бактериальных инфекций имеет место фузоспирохетоз, вызывающий острый язвенно-некротический гингивит во фронтальном участке. Он встречается у больных СПИДом, носителей антител, у серопозитивных лиц. последних, кроме того, возникают обостренные очаги вторичной инфекции в периапикальной



а



б

Рис.2. Атрофический кандидоз слизистой оболочки щеки (а), спинки языка(б) при СПИДе



Рис.4. Волосная (мягкая) лейкоплакия боковой поверхности языка при СПИДе



Рис.3. Язвенно-некротический стоматит при СПИДе

Язвы и афты в полости рта при СПИДе чаще локализируются на небе и обусловлены *Cryptococcus neoformans* (дрожжи, которые почкуются и не образуют мицелий). Иногда наблюдаются одиночные слизистые капсулы.

У гомосексуалистов-мужчин ранним (первым) проявлением СПИДа в полости рта могут быть болезненные язвы на СО неба и языка, связанные с цитомегаловирусной инфекцией (группа вирусов герпеса), с характерным медленным затяжным течением, рецидивированием, отсутствием эффективности лечения по общепринятым методикам. Одновременно наблюдаются язвенно-герпетические поражения губ в зоне Клейна и СО носа (рис. 5). Установлено, что все ранние проявления СПИДа в полости рта устойчивы и плохо поддаются лечению.



Рис.5. Герпетический стоматит при СПИДе

Вторичные вирусные агенты вызывают волосную лейкоплакию. К этой группе относятся вирусы герпеса, бородавок и кандидом. Волосная лейкоплакия напоминает мягкую форму лейкоплакии и представляет собой белесоватые волосные разрастания, которые не снимаются при соскабливании. Они в основном располагаются по краю языка и чем-то напоминают хронический гиперпластический кандидоз (рис. 4).

Гистологически волосную лейкоплакию характеризуют ниткоподобные кератиновые образования, паракератоз, блюдцеобразные слетки (как показатель вирусной инфекции). Считают, что волосная лейкоплакия вызывается вирусом Эпштейна Барра. Ультратруструктурными исследованиями установлено, что волосная лейкоплакия ассоциируется с инфекцией бородавок и герпеса. Наличие этого

Указанные ВИЧ-индикаторные оппортунистические инфекции считаются маркерами определенных стадий СПИДа. Так, *Candida albicans* обнаруживают у большинства больных на стадии лимфаденопатии и в разгаре заболевания. У лиц группы риска инфекцию *Candida albicans* можно рассматривать как начальный симптом СПИДа.

Объединение в полости рта кандидоза и инфекций различных вирусов свидетельствует о некомпетентности иммунной реакции эпителия СОПР и расценивается как начальное проявление заболевания СПИДом.

Сосудистая опухоль - саркома Капоши трансмиссивное заболевание, которое характеризуется множественными пигментными поражениями. Впервые описана в 1872 г. венгерским дерматологом М.Кароси как специфическое заболевание. У больных СПИДом наблюдается в основном в полости рта на небе в 76 % случаев и характеризуется экзофитным ростом, безболезненностью, рыхлой консистенцией (в виде мягкого синюшного узелка), высокой частотой малигнизации. Мягкие ткани имеют окраску от бурой до синевато-красной (рис. 6).

Гистологически: в ранний период обнаруживают атипичный сосудистый конгломерат с пролиферацией сквозь клетки эндотелия и скоплением эритроцитов вдоль сосудов, в позднем периоде - узлы, состоящие в основном из склеенных веретенообразных клеток.

Лимфома Беркитта локализуется на нижней челюсти. Перед ее образованием больные жалуются на зубную боль, изъязвление СО, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Рентгенологически в это время наблю-



Рис.6. Саркома Капоши неба (а), десен (б) при СПИДе

дается резорбция костной ткани.

У лиц, злоупотребляющих курением, наблюдаются эпидермоидная карцинома, которая локализуется на языке или дне ротовой полости. При СПИДе развиваются и другие новообразования - лимфорегикулярная саркома, плоскоклеточный рак и др. Лучевая химиотерапия описанных новообразований при СПИДе неэффективна.

Стоматологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции. Работа стоматолога по своей природе связана с нарушением целостности слизистой, кожных покровов (например, при проведении инъекционной анестезии инвазивным вмешательством в ткани человека). Это уже связано с риском возникновения кровотечения и, следовательно, большой опасностью заражения ВИЧ-инфекцией. При протирании зубов бормашинами, особенно турбинными возникает большое количество аэрозолей, содержащих огромное количество всевозможных патогенных микроорганизмов, том числе (в опасных случаях лечения ВИЧ-инфицированных) и вирус иммунодефицита человека. Манипуляции в полости рта, например, при удалении пульпы чреваты случайными ранениями пальцев и рук врача острыми инфицированными кончиками эндодонтических инструментов. Особенно велика опасность заражения при проведении хирургических манипуляций: удаления зубов, амбулаторных стационарных операций в полости рта. Подобная специфика работы врача-стоматолога и привела к тому, что по вероятности заражения ВИЧ-инфекцией стоматологи за-

б) имеют второе место среди всех врачебных специальностей. Поэтому в условиях возможного риска заражения ВИЧ-инфекцией стоматологи должны соблюдать ряд рекомендаций для сохранения собственного здоровья.

Для предохранения от инфицирования медицинского персонала в условиях высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией в США уже в 80-е годы начали применять при работе сменные одноразовые халаты, резиновые перчатки, маски и защитные очки.

(б) при Для дезинфекции инструментария разработаны специальные схемы предварительной (предстерилизационной) обработки, собственно дезинфекции и стерилизации.

В кабинете, где возможен прием ВИЧ-инфицированных необходимо предусмотреть специальные аптечки для ликвидации последствий неосторожных действий медперсонала с ВИЧ-инфицированными. В аптечке должен быть 70% этиловый спирт, 5% спиртовой раствор йода, сухой марганцевокислый калий, 3% раствор перекиси водорода, 3% раствор хлорамина, сухие навески борной кислоты, протаргола и азотнокислого серебра, которые при необходимости легко растворяются в 100 мл дистиллированной воды для получения свежеприготовленного 1% раствора.

При загрязнении кожных покровов кровью или другими биологическими жидкостями нужно немедленно снять тампоном остатки биоматериала, а кожу дважды обработать 70% этиловым спиртом. Если нарушена целостность кожных покровов, то нужно выдавить кровь из ранки и обработать 3% раствором перекиси водорода, а ее края - 5% раствором йода. После работы с ВИЧ-инфицированным в резиновых перчатках их снимают, не прикасаясь руками к зараженной поверхности, а руки обрабатывают 70% этиловым спиртом или 1% раствором хлорамина. После этого руки тщательно моют теплой водой с мылом.

При попадании крови больного (инфицированного ВИЧ) на слизистые оболочки глаз их немедленно промывают дистиллированной водой и закапывают по несколько капель 1% раствора протаргола, 3% раствора колларгола или 1% раствора азотнокислого серебра в целях

профилактики заражения через конъюнктиву.

При работе с острыми и колющими инструментами необходима особая осторожность. Нужно избегать любых случайных ранений инструментами, которые контактировали со слюной или кровью больного. Перед приемом пациента обязательным является прополаскивание рта пациентом, что значительно снижает количество микроорганизмов в ней и возникающих при препарировании аэрозолях. Все процедуры и манипуляции с потенциально ВИЧ-инфицированным пациентом должны проводиться по возможности избегая образования капель, брызг или аэрозолей. Использование коффердама (наиболее надежная защита от попадания слюны на кожные покровы врача), вакуумного отсасывания пылесосом, правильного размещения пациента значительно облегчает этот процесс.

Режущие инструменты (иглы, лезвия скальпелей и др.) должны рассматриваться как потенциально инфицированные и ими нужно манипулировать особо тщательно для предотвращения непредвиденного повреждения. Использованные шприцы и иглы, лезвия скальпелей и другие острые предметы должны быть помещены в закрытые контейнеры, размещенные поблизости мест их использования. Для предотвращения проколов использованной иглой не нужно их покрывать колпачками, лучше согнуть или сломать, удалить вместе с использованным шприцом иначе возникает опасность их случайного повторного использования.

При проведении длительных стоматологических вмешательств возникает необходимость проведения множественных инъекций анестетика или другого лекарственного вещества. В таких случаях нужно проявлять особую осторожность и сохранять шприц в пределах "стерильной зоны", что будет лучше чем покрывать иглу колпачком между отдельными инъекциями. Несомненно, что нужен новый шприц и новые свежие растворы для каждого нового пациента.

Использование одноразовых перчаток при приеме каждого больного позволяет свести риск заражения к минимуму. Естественно, что

руки должны быть вымытыми перед одеванием резиновых перчаток. При обычных осмотрах допускается просто помытые руки, но лучше в таких случаях использовать одноразовые перчатки для исследования (экзаменационные перчатки). Мыло может быть потенциальным переносчиком микроорганизмов, поэтому предпочтительно использование жидкого мыла из специальных баллонов. При проведении хирургических стоматологических вмешательств обязательно мытье рук как при обычных общих хирургических операциях. Чрезвычайное внимание нужно обращать для предотвращения повреждений рук или перчаток при проведении стоматологических вмешательств. Однако при малейшем подозрении на разрыв или прокол перчаток они должны быть немедленно заменены на новые после предварительного тщательного мытья рук. Медицинский персонал с экссудативными или влажными дерматитами должен быть немедленно отстранен от ухода за пациентами и манипулирования в стоматологическом кабинете.

Индивидуальные маски обеспечивают надежную защиту органов дыхания медперсонала от воздушно-капельного инфицирования и попадания капель крови в аэрозоле в органы дыхания. Маски рекомендуется менять через каждый час работы или после приема каждого пациента.

В случае приема заведомо ВИЧ-инфицированного пациента для предохранения медперсонала нужно всегда одевать перчатки, когда при работе персонал соприкасается с кровью, слюной или слюистой. Перчатки должны одевать и вспомогательный персонал стоматолога так как они также могут соприкасаться со слюной, выделениями больных, предметами, которые могут быть инфицированы возможными вирусоносителями или больными. Перчатки должны одеваться при любом исследовании поражений слизистой оболочки полости рта. У одного пациента должны быть полностью максимально проведены все стоматологические вмешательства, после чего снимаются перчатки, моются руки и врач может приступить к приему следующего пациента. Повторное использование одной и той же пары

перчаток категорически не допускается.

После этого использованные или имеющиеся в распоряжении медицинские, лабораторные халаты или униформа должны стираться при малейшем подозрении на пропитывание кровью или другими биологическими жидкостями. Перед этим халат должен быть предварительно замочен по всем правилам стирки медицинских изделий, загрязненных инфекционным материалом. В обстановке высокого риска заражения ВИЧ халаты должны меняться ежедневно или чаще при видимом загрязнении кровью.

Поверхности стоматологических или рентгеновских установок (ручки, штанги бормашины и др.), которые могут быть загрязнены кровью или слюной и которые трудно или невозможно качественно продезинфицировать нужно покрывать специальными приспособлениями (чехлы, покрытия и др.). В настоящее время производят в достаточном количестве и предлагают для использования различные фирм производители. Эти покрытия должны быть удалены (персоналом одетым еще в перчатки) сброшены и затем (после снятия инфицированных перчаток) заменены на новые перед приемом следующего пациента. По завершении приема пациента выступающие части поверхности установки или других аппаратов, которые могли быть загрязнены кровью или слюной должны быть вытерты специальным полотенцем, смоченным раствором, удаляющим органические вещества и затем протерты полотенцем, смоченным дезинфицирующим раствором. Свежеприготовленный раствор натрия гипохлорита является дешевым и очень эффективным дезинфицирующим средством. Его концентрация варьирует от 1: 5000 до 1:10000 в зависимости от загрязнения органическим материалом. При обращении с этим раствором нужно соблюдать осторожность, так как он может вызывать коррозию металла стоматологической установки.

Желательна и обязательна стерилизация наконечников после приема каждого пациента. Их тщательно промывают на стоматологической установке с помощью специального устройства, позволяющего вымыть из

я. органические остатки; затем очищают, промывают, протирают детергентами и дезинфицирующими агентами. Время обработки дезинфицирующим агентом определено соответствующими санитарными нормами и стандартами. Аналогичным образом обрабатывают скалеры, воздушно-водяные пистолеты и прочее. После такой обработки наконечники стерилизуют в

сухожаровом шкафу. Если наконечники не оборудованы системой антиретракционных клапанов и их нельзя промыть прямо на стоматологической установке, то их промывают в проточной воде в контейнере или в тазике. Затем следует обработка, описанная выше.

Резюме

Поражение СОПР при СПИДе. Стоматологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции

Н.Ф.Данилевский, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний, Н.Н.Ткачук

В работе описаны клинические проявления СПИДа в полости рта, изложены стоматологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции.

Summary

Oral mucous lesions and dental aspects of prophylactics HIV-infection

N.F.Danilevsky, A.F.Nesin, J.I.Rahny, N.N.Tkachyk

The clinical manifestations of AIDS DISEASE on oral mucous and dental aspects of prophylactics HIV-infection were described in article.

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ НАВЫКАМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА В РЕГИОНАХ АЗЕРБАЙДЖАНА

Зейналова Г.К., Гюльмамедова Т.Ю.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра стоматологии детского возраста



Гигиеническое воспитание и обучение являются важнейшей составной частью санитарно-просветительной работы в стоматологии. В их основе лежит обучение взрослых и детей навыкам гигиены полости рта на основе сознательного отношения к этому мероприятию. Основными методами гигиенического обучения являются санитарное просвещение, обучение и контроль. Накопленный в разных странах опыт позволяет определить основные организационные мероприятия для массовой профилактики стоматологических заболеваний.

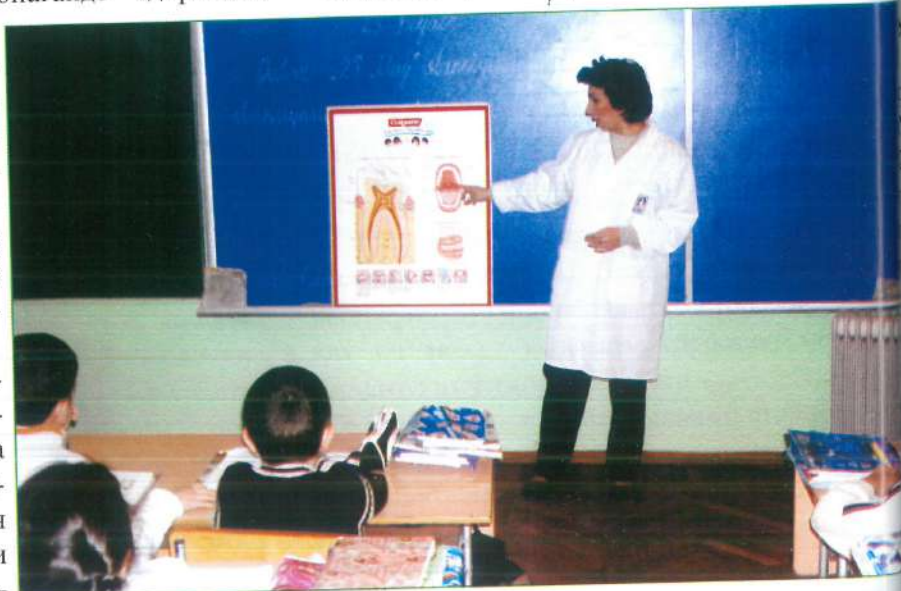
Решение организационных проблем профилактики связано с мероприятиями по внедрению профилактики, пропаганде здорового образа жизни, гигиеническому воспитанию населения, координации и управлению различными ведомствами при проведении профилактики, контроля исполнения и учета; созданию экономической и финансовой базы профилактики.

В Азербайджане состояние уровня стоматологической помощи на разных этапах ее оказания, характеризуется относительно высокими показателями распрост-

раненности и интенсивности кариеса, заболеваний пародонта у населения на протяжении десятилетий.

С целью улучшения стоматологического здоровья населения Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация проводит Школьную Образовательную программу профилактики основных стоматологических заболеваний.

Основной целью Программы является привитие детям правильных навыков по уходу за полостью рта, повышение уровня стоматологической образованности населения, расширение профилактической стоматологической помощи и систематическое использование фторидсодержащей зубной пасты в форме оказывающей эффективное терапевтическое



воздействие на зубы.

В связи с большим охватом детей, а также долгосрочностью, в ее основу положены следующие принципы: легитимность; принципы сотрудничества с администрацией школ, регио-

полости рта обучено 1065 детей, в программе участвовало 78 педагогов, в г. Ленкорани Программой были охвачены 12 школ, правилам гигиены полости рта обучены 960 детей, участвовал 41 педагог.



возраст

филактики
занятий.

тсия прив

уходу

стоматоло

, расшир

гогическо

ользован

в форм

евтически

нальными департаментами здравоохранения и образования; принцип развития и расширения программы, долгосрочность; привлечение заинтересованных групп населения, работа с организованными детскими коллективами; иллюстративность; организация и проведение уроков; учет и отчетность; поощрение участия.

Из регионов Азербайджана Школьная Программа Профилактики проводится в гг. Сумгаит, Мингечаур, Али-Байрамлы, Ленкорань. В 2005/2006 учебном году в указанных городах программой было охвачено 96 школ, навыкам гигиены полости рта обучено 6.585 детей, в программе участвовало 339 педагогов. Анализ проведенной работы показал, что в г. Сумгаите программой охвачено 49 школ, обучены правилам гигиены полости рта 3500 детей, участвовало 167 педагогов, в г. Али-Байрамлах Программой охвачено 13 школ, правилам гигиены полости рта обучены 1060 детей, участвовало 53 педагога, в г. Мингечауре программой охвачено 22 школы, правилам гигиены

Программа профилактики состоит из уроков для детей 8-летнего возраста, так как именно в этот возрастной период легко вырабатывается привычка к регулярному уходу за полостью рта. Занятия проводятся врачами-стоматологами с участием педагогов, которые в течение года закрепляют на "Уроках здоровья" знания, полученные детьми. В процессе занятий детям даются элементарные знания по анатомии зубов, основы рационального питания и гигиены полости рта, учат правильно чистить зубы, раздаются учебно-методические материалы, утвержденные Министерством образования Азербайджана, фторидсодержащая зубная паста и зубная щетка. Уроки проходят оживленно, вызывая большой интерес у детей.

Таким образом в регионах Азербайджана продолжает реализовываться широкомасштабная образовательная программа профилактики основных стоматологических заболеваний у детей.

Клиническая характеристика состояния полости рта при красном плоском лишае слизистой оболочки полости рта

А. Д. Алиев

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку



Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из часто встречаемых заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и относится к числу факультативных предраковых заболеваний

полости рта [6, 10, 11, 16, 17].

В ряде наблюдений КПЛ СОПР характеризуется тяжело протекающими формами заболевания, хроническим течением, трудностями диагностики атипичных клинических форм, недостаточным эффектом от применяемой терапии, а также возможной опухолевой трансформацией очагов поражения [6, 9, 13, 14, 15].

По данным некоторых авторов, клинкоморфологические формы красного плоского лишая представляют отдельные этапы одного и того же процесса [4].

В этиологии и патогенезе КПЛ, наряду с бактериальной, вирусной, нейрогенной, аутоиммунной концепцией заболевания, немаловажное место отводится и травматическому фактору в полости рта [6, 10, 11]. При местном лечении КПЛ придается важное значение тщательной санации полости рта: устранению острых, травми-

рующих краев разрушенных кариозных зубов; удалению над- и поддесневых зубных отложений; проведению коррекции пломб непригодных зубных протезов; устранению гальваноза в полости рта; замене съемных акриловых зубных протезов [6, 12].

Несмотря на то, что многие исследователи указывают на отрицательное влияние неблагоприятных факторов полости рта течение КПЛ, в литературе мы не нашли конкретных сведений об их частоте, что оценить их роль в клиническом течении заболевания.

Цель исследования - анализ состояния полости рта у больных с КПЛ и выявление факторов риска по данным стоматологического обследования.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включено 250 больных КПЛ СОПР в возрасте от 26 до 75 лет, среди которых было 15 мужчин (6 %) и 235 женщин (94 %). 11 пациентов были в возрасте до 40 лет (4,4 %); 134 пациента (53,6 %) - в возрасте от 40 до 60 лет; 105 пациентов (42 %) - старше 60 лет.

Давность заболевания в среднем составляла 5,3 года. Развитие заболевания было в большинстве случаев связывалось определенными причинами: прием лекарственных препаратов (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препара-

замена пломбы; протезирование зубного ряда; стрессовые ситуации; травма; экстракция зуба; прием острой, горячей и грубой пищи). Некоторые больные отмечали развитие заболевания без особой причины.

По клиническим формам заболевания распределение больных было следующим: типичной формой - 68 пациентов (23,2%); экссудативно-гиперемической - 106 (42,4%); эрозивно-язвенной - 46 (18,4%); буллезной - 3 (1,2%); гиперкератотической - 14 (5,6%); атипичной - 3 (1,2%); инфильтративной - 10 (2,5%). У 21 пациента диагностирован синдром Гриншпана. К тяжело протекающим клиническим формам КПЛ СОПР относили эрозивно-язвенную, гиперкератотическую и инфильтративную формы в силу их торпидности к терапии и возможности малигнизации. Общая доля пациентов с тяжело протекающими клиническими формами КПЛ СОПР составила 26,5 %.

Во всех наблюдениях клинический диагноз красный плоский лишай СОПР был подтвержден гистологическим исследованием пораженного участка слизистой оболочки полости рта.

Сопутствующие патологии выявляли у пациентов после консультации с терапевтом, эндокринологом, гинекологом и онкологом.

У 221 (88,4%) пациента отмечены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали болезни желудочно-кишечного тракта, сосудистые заболевания, эндокринная патология. Среди 235 женщин 49 (20,8%) в прошлом перенесли ампутацию матки по поводу миомы или фибромиомы. 178 женщин (75,8%) находились в постменопаузе. Тяжелое течение климактерического периода отмечено у 113 (63,4%) пациенток. У 57 (24,2 %) женщин репродуктивная функция была сохранена, среди

которых у 30 (53,6%) пациенток наблюдали различного рода расстройства менструального цикла.

За время наблюдения малигнизация патологического процесса произошла у 7 пациентов (2,8%), среди которых 1 мужчина и 6 женщин. Из них 2 страдали инфильтративной формой КПЛ СОПР: 0,8% по отношению ко всей группе больных и 20 % - по отношению к группе больных инфильтративной формой; 1 пациент страдал гиперкератотической формой КПЛ СОПР: 0,4 % по отношению ко всей группе и 7,1 % - по отношению к группе больных с гиперкератотической формой КПЛ СОПР; остальные 4 пациентов страдали эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР: 1,6 % по отношению ко всей группе больных и 8,7 % - по отношению к группе больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР.

Методы стоматологического обследования больных с КПЛ СОПР. Изучалась частота (%) и интенсивность поражения зубов кариесом (индекс КПУ); выявлялась степень осложненных форм кариеса со значительным разрушением коронковой части зубов и их локализация; течение заболеваний парадонта (гингивиты, пародонтиты), учитывали распространенность и степень твердых зубных отложений. Также изучены: ИГ-индекс гигиены полости рта, ПИ (пародонтальный индекс) и ПМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс).

Определяли наличие в полости рта несъемных протезов из различных металлов и съемных протезов из акриловых пластмасс. Выявлялась их пригодность к использованию и степень нуждаемости в зубном протезировании.

Полученные результаты и их обсуждение. Состояние полости рта у 250 больных с КПЛ следует считать неблагоприятным и

отрицательно влияющим на клиническое течение заболевания. Наблюдалась 100% поражаемость зубов кариесом. Высокая частота поражения зубов кариесом сочеталась еще и с высокими показателями интенсивности кариеса (индекс КПУ). По пятибальной системе ВОЗ, уже при типичной форме КПЛ наблюдается средний уровень интенсивности кариеса - в среднем 9,7 ед., а при эрозивно-язвенной форме КПЛ показатель КПУ в среднем был на уровне 14,3 ед. (высокий уровень). При гиперкератотической форме КПЛ - 21,3-23,5 ед. (очень высокий уровень). В контрольной группе здоровых женщин аналогичных возрастных групп, этот показатель находился в пределах 5,8 - (9,4 ед. у лиц старше 60 лет), $P < 0,01$.

Течение кариеса было хроническим и характеризовалось высокими показателями осложненных форм и значительным разрушением коронковой части зубов (особенно в группе больших коренных зубов), что являлось причиной существенного травмирования СОПР. Анализ компонентов КПУ выявил, что показатель «К» и его осложненные формы и значительно разрушенные зубы, наблюдались в среднем у 30% обследованных. Показатель «У» - (удаленные зубы) в 1,8 раза превышал показатель «К». Показатель «П» - (пломбированные зубы) отличался высоким процентом неполноценных пломб (до 53%), подлежащих замене.

Достаточно высокими были показатели поражения пародонта и индексы, характеризующие тяжесть течения этих заболеваний. Так, поверхностные воспалительные процессы в пародонте - гингивиты и локальные пародонтиты, наблюдались лишь у больных в возрасте до 40 лет и преимущественно при типичной форме КПЛ - 12,2% и 8,3% соответственно. У лиц контрольной группы - соответственно 9,4%

и 4,5%. Глубокие поражения пародонта и тяжелые формы его течения были характерны для больных с эрозивно-язвенной и гиперкератотической формами КПЛ. В среднем, тяжелое течение генерализованного пародонтита наблюдалось у 78,3% больных. В контрольной группе этот показатель был на уровне 36,8%.

Высокая поражаемость зубов кариесом и болезнями пародонта, безусловно влияли на показатели гигиенического состояния полости рта. Так, ИГ при типичной форме КПЛ был на уровне 2,8-3,0 баллов, при эрозивно-язвенной форме - 3,8-4,2 балла, при гиперкератотической - 4,6-5,0 баллов.

Усредненные показатели ПИ и ПМА также свидетельствовали о достоверном различии по сравнению с контрольной группой. Так, ПИ при типичной форме КПЛ были на уровне 3,65 (в контроле 1,87); при эрозивно-язвенной форме КПЛ достигал уровня 5,36; а у больных старше 60 лет - 6,88.

Показатели ПМА при типичной форме КПЛ были на уровне 40,6-45,5; при эрозивно-язвенной форме - 68,8-72,6; при гиперкератотической форме достигал уровня 85,1-86,4. Эти показатели ПИ и ПМА были достоверно выше как в отношении к контрольной группе, так и в отношении к типичной форме КПЛ ($P < 0,01$).

Приведенные данные о частоте, интенсивности течения кариеса и тяжести течения заболеваний пародонта вовсе не являются следствием влияния КПЛ на частоту оральной патологии. Такое сочетание КПЛ с клинической картиной полости рта объясняется с одной стороны возрастным фактором обследованных, с другой - сопутствующей соматической патологией у больных с КПЛ. Так, число больных до 40 лет было всего 11 (4,4 %), а число больных

до 60 лет - 10 (4,4 %), а число больных старше 60 лет - 10 (4,4 %). Обобщая результаты исследования, можно сказать, что у больных с КПЛ наблюдается высокая частота поражения зубов кариесом, что приводит к существенному травмированию СОПР. Анализ компонентов КПУ выявил, что показатель «К» и его осложненные формы и значительно разрушенные зубы, наблюдались в среднем у 30% обследованных. Показатель «У» - (удаленные зубы) в 1,8 раза превышал показатель «К». Показатель «П» - (пломбированные зубы) отличался высоким процентом неполноценных пломб (до 53%), подлежащих замене. Достаточно высокими были показатели поражения пародонта и индексы, характеризующие тяжесть течения этих заболеваний. Так, поверхностные воспалительные процессы в пародонте - гингивиты и локальные пародонтиты, наблюдались лишь у больных в возрасте до 40 лет и преимущественно при типичной форме КПЛ - 12,2% и 8,3% соответственно. У лиц контрольной группы - соответственно 9,4% и 4,5%. Глубокие поражения пародонта и тяжелые формы его течения были характерны для больных с эрозивно-язвенной и гиперкератотической формами КПЛ. В среднем, тяжелое течение генерализованного пародонтита наблюдалось у 78,3% больных. В контрольной группе этот показатель был на уровне 36,8%. Высокая поражаемость зубов кариесом и болезнями пародонта, безусловно влияли на показатели гигиенического состояния полости рта. Так, ИГ при типичной форме КПЛ был на уровне 2,8-3,0 баллов, при эрозивно-язвенной форме - 3,8-4,2 балла, при гиперкератотической - 4,6-5,0 баллов. Усредненные показатели ПИ и ПМА также свидетельствовали о достоверном различии по сравнению с контрольной группой. Так, ПИ при типичной форме КПЛ были на уровне 3,65 (в контроле 1,87); при эрозивно-язвенной форме КПЛ достигал уровня 5,36; а у больных старше 60 лет - 6,88. Показатели ПМА при типичной форме КПЛ были на уровне 40,6-45,5; при эрозивно-язвенной форме - 68,8-72,6; при гиперкератотической форме достигал уровня 85,1-86,4. Эти показатели ПИ и ПМА были достоверно выше как в отношении к контрольной группе, так и в отношении к типичной форме КПЛ ($P < 0,01$). Приведенные данные о частоте, интенсивности течения кариеса и тяжести течения заболеваний пародонта вовсе не являются следствием влияния КПЛ на частоту оральной патологии. Такое сочетание КПЛ с клинической картиной полости рта объясняется с одной стороны возрастным фактором обследованных, с другой - сопутствующей соматической патологией у больных с КПЛ. Так, число больных до 40 лет было всего 11 (4,4 %), а число больных

до 60 лет - 134 (53,6 %), число больных старше 60 лет - 105 (42%).

Обращает на себя внимание и сопутствующая соматическая патология среди больных. У 221 (88,4 %) пациента отмечены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали болезни желудочно-кишечного тракта, сосудистые заболевания и эндокринная патология.

Среди 235 женщин - 49 (20,8%) в прошлом перенесли ампутацию матки по поводу миомы или фибромиомы. 178 женщин (75,8 %) находились в постменопаузе. Тяжелое течение климактерического периода отмечено у 113 (63,4%) пациентов. Такая картина общего состояния и возрастного фактора у больных с КПЛ в полной мере объясняет довольно высокую частоту и интенсивность кариеса зубов, тяжелое течение генерализованного пародонтита и полностью согласуется с подобными данными о влиянии соматической патологии на стоматологическую заболеваемость [1, 2, 3, 5, 7, 8].

Следует отметить, что высокая заболеваемость обследованных кариесом и болезнями пародонта способствовали и высокой потере зубов, в результате чего у больных возникали дефекты зубного ряда, затрудняющие акт жевания. Это также было дополнительным фактором травмирования СОПР во время приема пищи.

Только 44,9% наблюдаемых больных имели те или иные типы зубных протезов. Преобладали одиночные коронки (41,3%), преимущественно из нержавеющей стали, покрытой нитридом титана и сплавов золота. Мостовидные протезы наблюдались у 29,2%, частичные съемные и полные съемные протезы из акриловой пластмассы, соответственно у 15,6 и 14,2% обследованных. Однако, только в 15,5% случаях зубные протезы отвечали требуемым нормативам, остальные были малоприспо-

собными или совсем непригодными к использованию и подлежали замене. У этих больных отмечались симптомы гальваноза полости рта и клинические симптомы травматического поражения СОПР и парадонта. Акриловые съемные пластинчатые протезы оказывали как вредное химическое воздействие, так и травматическое воздействие на СОПР, в том числе служили причиной осложненного течения КПЛ.

Наблюдаемая нами клиническая картина полости рта позволяет нам выделить нижеследующие факторы риска, отрицательно влияющие на клиническое течение КПЛ: высокий процент кариозности зубов; острые края разрушенных зубов; нависающие пломбы; пастозность десен; застойная гиперемия; кровоточивость десен; наличие пародонтальных карманов; гноетечение из патологических карманов; над- и поддесневые зубные камни; подвижность зубов, ретракция папиллярной десны; боль; механическое раздражение СОПР непригодными протезами; гальваноз полости рта; дисбактериоз; низкий гигиенический индекс полости рта; рентгенологические изменения альвеолярного отростка на фоне пародонтита; дефекты зубных рядов; нарушение жевательной эффективности.

На фоне тяжелого общего состояния больных, возрастного фактора и неблагоприятного состояния полости рта возможны не только осложненные формы течения КПЛ, но и их малигнизация в плоскоклеточный рак СОПР. Поэтому профилактика, своевременная диагностика и дифференцированное местное лечение каждой формы КПЛ, с учетом факторов риска в полости рта, должно быть задачей врача-стоматолога в предупреждении онкологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Алимский А.В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы - Стоматология, 1999, №1, с.29-31;
- 2.Ахмедов С.И. Состояние стоматологического статуса больных гипертонической болезнью и особенности их ортопедической реабилитации - Дисс... к.м.н., Баку, 2004, с.183;
- 3.Бородин Н.Б., Куторгин Г.Д. Проявления в полости рта некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта, - Ж. Консилиум, 1999, с.50-52;
- 4.Вахромеева Н.И.Распределение гликогена и нейтральных мукополисахаридов в слизистой оболочке полости при красном плоском лишае и красной волчанке - Стоматология, 1964, №2, с.17;
- 5.Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта - Киев, 2000, с.462;
- 6.Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой полости рта. ОА Стоматология, М, 2001, с.271;
- 7.Заболотный Т.Д. Особенности клинического течения, комплексное лечение и профилактика заболеваний пародонта при сердечно-сосудистой патологии - Дисс... д.м.н., Львов, 1991, с.374;
- 8.Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности профилактики в очагах зубной эндемии Азербайджанской ССР - Автореф. дисс.. д.м.н., Киев, 1989, с.46;
- 9.Машкиллейсон А.Л. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта и губ, М, 1984, с.190-204;
- 10.Машкиллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Абудуев Н.К. Клинические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта - Вестник дерматологии и венерологии, 1989, №8, с.29-33;
- 11.Рыбаков А.И., Банченко Г.В.Заболевания слизистой полости рта. М., Медицина, 1978, с.175-178;
- 12.Сафаров А.М. Влияние зубного протезирования на морфо-функциональное состояние желудка больных с хроническими формами гастрита. - Автореф. дисс... к.м.н., Баку, 2003, с.21;
- 13.Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я.Кожные и венерические болезни, М., Медицина, 1997, с.464;
- 14.Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П., Просверьяк Г.П.Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Минск, Высшая школа, 1995, с.296-307;
- 15.Carbone M., De Luca M., Carrozzo M. "Systemic corticosteroid therapy of oral vesiculo-oerosive disease (OVED)". Minerva, Stomatology, 1998, v.47, #10, p.479-487;
- 16.Fezzer L., Altini M., Slabbert H. "Premalignant lesions of the oral mucosa in a South African sample clinico-pathological study, Tydskr-Tandneelkd-Ver-S-Afr, 1991, v.46, p.261-265;
- 17.Sugar A., Banoczy J., Racz I., Sallay K., Szajbetegsegek Medicina, Konyvkiado, Budapest, 1980, p.383.

XÜLASƏ

Ağız boşluğu selikli qırmızı yastı dəmrov fonunda stomatoloji patologiyanın kliniki xüsusiyyətləri
Ə.C.Əliyev.

Müxtəlif formalı qırmızı yastı dəmrov diaqnozu ilə 250 xəstədə (15 kişi və 235 qadın) kliniki müayinə aparılmışdır. Xəstələrin ümumi somatik vəziyyəti və stomatoloji statusu öyrənilmişdir.

Qırmızı yastı dəmrovun gedişatına ağız boşluğunda əmələ gələn risk amilləri müəyyənəşdirilmiş və travmatik faktorun əsas rol oynaması aşkar edilmişdir.

SUMMARY

Linijal desjription of oral javity jondition at lijhen rubber planus of mujous membrane

A.Aliyev

Linijally were investigated 250 patients (15 male and 235 female) with different shapes of lijhen rubber planus.

As jonjomitant total somatij pathology, as adverse dental linijal jondition of oral javity, whijh influenje on lijhen rubber planus jourse, was displayed. Also were detailed risk fajtors in oral javity, influenjing on different shapes of lijhen rubber planus jourse. And traumatij fajtor was displayed as one of the primary factors.

ОСОБЕННОСТИ УХУДШЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СОВРЕМЕННЫМИ НЕСЪЁМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Алимова Р.Г., Ким А.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Исследованиями многочисленных авторов (6, 7, 12, 20, 23, 24, 25), установлена несомненная связь гигиенического состояния полости рта с частотой и интенсивностью кариеса зубов. А также было установлено (21), что у детей с плохим состоянием гигиены полости рта кариозный процесс протекает более активно на 30 - 40%. В то же время при соблюдении правил чистки зубов на 42% уменьшается индекс показателя зубной бляшки и в 1,9 раза снижается индекс кровоточивости дёсен (19).

Наличие любых ортодонтических аппаратов ухудшает гигиену полости рта. Присутствие съёмной и несъёмной ортодонтической аппаратуры в полости рта способствует формированию зубной бляшки и минерализованных зубных отложений (18).

Учёные (5, 15) достоверно доказали, что зубочелюстные аномалии и деформации, резко ухудшая гигиеническое состояние полости рта, функцию жевания, возможности самоочищения, приводят к возрастанию поражаемости зубов кариесом. При аппаратурном ортодонтическом лечении ухудшение гигиены полости рта закономерно нарастает. Ортодонтическое лечение, наряду с основной своей направленностью, неизбежно приводит к негативным последствиям в виде усиления интенсив-

ности основных стоматологических заболеваний. Ухудшение процесса самоочищения, воздействие материала аппарата, нарушение обменных процессов и гомеостаза в полости рта и, как следствие этого, нарушение её гигиенического состояния и возникновение благоприятных условий для развития кариеса и болезней пародонта.

Одним из основных новшеств в стоматологической ортодонтии - это применение несъёмной ортодонтической техники. Важным этапом в предупреждении возникновения осложнений со стороны эмали зубов является способность врача-ортодонта добиться идеальной гигиены полости рта (27). Одним из самых важных моментов, на котором следует заострить внимание практического врача-ортодонта, является сохранение здоровой эмали после ортодонтического лечения и снятия брекетов (2).

Одной из общепризнанных опасностей в ортодонтической практике является деминерализация эмали, которая обнаруживается во время лечения и после снятия аппаратов (2, 9).

В зависимости от индивидуальной растворимости эмали, глубины повреждения эмали зуба и от степени минерализации на сегодняшний день время протравливания 37% ортофосфорной кислотой считается от 15 до 60 секунд. (2,3).

При исследованиях (8) по протравливанию эмали на зубы разной степени зрелости в течение 60 сек. выявлено следующее, что в зубах с несформированным корнем глубина повреждения эмали достигала $237,10 \pm 13,8$ мкм, в зубах с несформированной верхушкой корня - $129,30 \pm 9,7$ мкм, и в зубах с полностью сформированной корневой системой - $97,90 \pm 12,5$ мкм.

Было установлено (2), что глубина зоны повреждения эмалевых призм у взрослых не более 40 мкм, следовательно, у детей в зубах с несформированным корнем глубина этой зоны больше в 5 раз, в зубах с незакрытой верхушкой корня - более чем в 3 раза, и в зубах с полностью несформированным корнем - в 2,2 раза.

Кроме того, доказано (26), что во время ортодонтического лечения скорость деминерализации предварительно большая, но клинически она обнаруживается не сразу, поэтому очень важны своевременные превентивные мероприятия (14), так как после установки аппаратуры начальные очаги деминерализации могут появиться уже через неделю (26).

После лечения с помощью несъемной ортодонтической техники наиболее часто начальные кариозные поражения локализуются на клыках и премолярах, что составило 64,9% от общего их числа (11). Признаки деминерализации выявляются уже через 4 недели от начала лечения и распространяются на глубину до 100 мкм. (4).

После ортодонтического лечения наибольшее число меловидных пятен обнаружено (11) у пациентов с низкой резистентностью эмали к кариесу, что составило 72,97 %го числа этого вида осложнений. У таких пациентов пятна имеют самый большой размер (более 3 мм) и форму в виде месяца, половинки луны, полной луны, меловые пятна, повторяющие контур основания брекета и пятна в виде полосы.

Развитие очага деминерализации твердых тканей зубов происходит в 3 стадии: ранняя, развившаяся медленно текущая, развившаяся быстро текущая (13).

Изучено (10) отрицательное влияние несъемной ортодонтической техники на ткани маргинального пародонта и гигиеническое состояние полости рта, что выражается в более высоком индексе гигиены в сравнении с исходными данными. Особенно значительно гигиена полости рта ухудшается у лиц, пользующихся брекет-системой. Это способствует формированию дополнительной зубной бляшки и минерализованных зубных отложений (2). Несъемная ортодонтическая аппаратура ограничивает доступ средств индивидуальной гигиены полости рта. Пациент не может надлежащим образом провести чистку зубов.

Некоторые авторы (2, 3) считают, что появление новых ретенционных пунктов в полости рта при использовании несъемной ортодонтической конструкции влечёт за собой не только количественное, но и качественное изменение состава микрофлоры. На фоне увеличения общей микробной массы происходит усиление патогенной активности микрофлоры (27), в том числе условнопатогенной, возрастает кариесогенная активность *Streptococcus mutans*.

Наблюдения показали (14), что список отрицательных сторон при использовании брекет-системы дополняют катаральные гингивиты, периодонтиты, случаи гиперплазии десны и резорбции верхушек корней зубов в результате передозировки ортодонтических сил.

Кроме того, при использовании несъемной ортодонтической техники нарушается естественный гомеостаз в полости рта, ухудшается гигиеническое состояние, увеличивается поражаемость зубов кариесом и нарастает воспаление окружающих зубы тканей (5, 15).

По мнению некоторых авторов (13, 16, 18), целенаправленная гигиена полости рта должна проводиться до начала ортодонтического лечения и, по необходимости, при использовании сложной несъемной аппаратуры, а в частности брекет системы.

Когда деминерализация эмали проя

ляется не сразу во время лечения несъёмной ортодонтической техники, а уже после снятия брекетов некоторые авторы (11, 27) считают это состояние постортодонтическим синдромом.

При ортодонтическом лечении с помощью брекет системы профессиональная гигиена полости рта проводится с использованием электромеханических, ручных, вращающихся инструментов или EVA-системы (18). Обработка осуществляется с аккуратным подходом, кончик инструмента должен устанавливаться под углом 30-40° к поверхности зуба. При очищении контакт с элементами сложной несъёмной ортодонтической аппаратуры не допустим.

В доступной нам литературе (13, 16, 18) описываются специальные средства для проведения индивидуальной гигиены полости рта при лечении несъёмными ортодонтическими аппаратами - брекет-системой. Однако, каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Например, при использовании специальных ёршиков время, затрачиваемое на проведение индивидуальной гигиены полости рта увеличивается, т.к. этот ёршик надо провести по всем направлениям и вокруг элементов аппарата. Для этого пациенту необходимо выполнять несколько специальных манипулирующих движений рук и головы.

В случае неточного выполнения этих сложных, маневрирующих, координационных движений руками и головой пациента не обеспечивается механический доступ ёршика к ретенционным пунктам, составляющим основу конструкции и дизайна брекета. Это способствует образованию так называемого "остаточного налёта" на рабочей поверхности брекета и проволочных дуг, который приводит к усилению силы трения между пазом (слотом) брекета и проволочной дуги, что отрицательно влияет на динамику ортодонтического лечения (1).

Некоторые авторы (4, 22) считают, что по окончании ортодонтического лечения с несъёмной конструкции брекет-системы необ-

ходимо сошлифовывать, чтобы уменьшить риск возникновения дефектов, сколов поверхностных слоёв эмали.

Исследования (14), проведённые за последние годы показали, что проведение комплекса профилактических мероприятий позволяет добиться редукации показателей резистентности эмали и снижает риск возникновения очагов деминерализации на этапах лечения сложными несъёмными ортодонтическими конструкциями. Было выявлено, что для профилактики кариеса зубов пациентам с несъёмной ортодонтической техникой необходимо планировать и проводить комплекс индивидуализированных профилактических мероприятий.

Анализируя современную литературу, посвящённую комплексной программе профилактики поражений тканей полости рта при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий с использованием несъёмной техники, включающую систему индивидуальной гигиены полости рта, методику применения современных лечебно-профилактических средств в различных периодах формирования зубочелюстной системы, а также осложнения и способы их предотвращения при фиксации брекетов и ортодонтических колец мы пришли к следующим выводам:

1. До сих пор остаются неизученными вопросы специфической, целенаправленной гигиены полости рта до, при и после ортодонтического лечения с использованием брекет-системы.

2. Отсутствуют рекомендации по гигиенической чистке рабочих поверхностей брекетов и проволочных дуг, обеспечивающих уменьшение силы трения между ними, которое может повлиять на динамику ортодонтического лечения.

3. Не разработаны меры предосторожности протравливания эмали с целью фиксации брекетов.

4. Нет средств, обеспечивающих полноценную чистку зубов и ретенционных пунктов сложной несъёмной эджуайс-системы.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Алимова Р.Г. Пути улучшения гигиенического состояния полости рта у ортодонтических больных с брекет-системой. //Stomatologiya.-Ташкент,2004.-№ 1,2.-С.69-71.
- 2.Арсенина О.И., Сахарова Э.Б., Кабачек М.В., Попова А.В. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники. Пособие для врачей ортодонт.-Москва,2002.-94с.
- 3.Арсенина О.И., Оспанова Г.Б., Абрамова О.Ю. Применение композиционных материалов в ортодонтии // Новое в стоматологии.-1997.- № 1.-С.25-31.
- 4.Гушина Н.В. Ортодонтическая ретенция и адгезивные конструкции. Достижения, нерешенные проблемы и перспективы развития стоматологии на Урале/ Материалы итоговой научно-практической конференции. -Екатеринбург,1999.-С.105-106.
- 5.Дистель В.А. Прижизненная растворимость поверхностного слоя эмали зубов человека и влияние на нее различных факторов: Автореф.дисск к.м.н.-Омск,1975.-21с.
- 6.Дубровина Л.А. Клинико-лабораторное исследование местных факторов полости рта при кариесе зубов: Автореф. дис. к канд. мед. наук.-М.,1989.-21с.
- 7.Ерина С.В. Роль гигиены полости рта в лечении воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дисс. к мед. наук.-М.,1988.-19с.
- 8.Казанцев Н.Л., Виноградова Т.Ф., Киктенко А.И. Влияние 60-секундного кислотного травления на ультраструктуру эмали постоянных зубов у детей//Новое в стоматологии.-1993.-№2.-С.7-13.
- 9.Кисельникова Л.П., Рамм Н.Л. Брекет-система или деминерализация эмали?//Институт стоматологии.-1998.-№1.-С.38-40.
- 10.Колобова Е.Б. Оценка влияния ортодонтических аппаратов на состояние органов полости рта. Меры профилактики: Автореф. дисс. кканд. мед. наук.-Пермь,2001.-22с.
- 11.Коржукова М.В. Анализ состояния тканей полости рта и смешанной слюны у пациентов, пользующихся современной несъемной аппаратурой.: Автореф. дисс. кканд.мед.наук.-М, 2001.-19с.
- 12.Мельниченко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие. - Мн.; Высшая школа,1990.-157с.
- 13.Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.:Медицина,1982.-234с.
- 14.Рамм Н.Л., Юркова М.А., Кисельникова Л.П. Несъемная ортодонтическая техника - риск развития осложнений//Институт стоматологии.-2001.-№4(13).-С.22-25.
- 15.Сунцов В.Г., Гонцева Э.Г., Семенюк В.М. Влияние факторов онтогенеза на формирование кислотоустойчивой и кислотоподатливой эмали детских зубов//Стоматология.-1988.-№4.-С. 70-73.
- 16.Улитовский С.Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта: электрические и мануальные зубные щетки."Стоматология России",- СПб., 2003.-267с.
- 17.Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта-Киев,2001.-207с.
- 18.Цимбалстов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С./Профессиональная гигиена полости рта. Санкт-Петербургский институт стоматологии.2002.
- 19.Шпокас И.А. Эффективность системы первичной профилактики основных стоматологических заболеваний среди студентов г. Каунаса: Автореф. дисс. к канд. мед. наук.-Минск.-1987.-18с.
- 20.Calura G., Nonato M., Passardi M.G., Parma - Benfenati S. Countroli cliniki su gomme contenenti fluoro//Minerva stomatol.-1988.-33,№ 4.-P.559-563.
- 21.Doster M. School health education: Who, When, Where?//J. Sch. Hlth.-1985.-V.55,№ 4.-P.161.
- 22.Gwinett A.J., Goleric L. Microscopic evaluation of enamel after debonding: clinical application//Amer. J. Orthodont.-1977,V.71.-№1.-P.651-665.
- 23.Hankala E. Trends in the oral hygiene habits of Finnish teenagers//Proc.Finnish dent. Soc.-1985.-V.81, №1.-P.47-50.
- 24.Hu Yar - Pin, Wang Cheng - Yi, Yang Ling-Ling. Чжунго цзишэньгун сюэсе цзишэньгун бын цзачжи//Chin. J. Parasitol and Parasit. Discales-1988.-V.6.- № 4.-P.35-45.
- 25.Jackson D. Has the decline of dental caries in English children made water fluoridation both unecessary and uneconomic.//Brit. Dent. J.-1987.-V.162,№3.-P.170-173.
- 26.Liebenberg W. Расширенное профилактическое покрытие зубных фиссур: дополнительное средство для предупреждения деминерализации вокруг ортодонтических колец/Квинтэссенция,1994.-№ 4.-С.3-12.
- 27.O'Reilly M.M., Featherstone J.D. Demineralization and remineralization around orthodontic appliances: An vivo study//Amer.J. Orthodont.-1987.-V.92.-№1.-P.33-40.

ARTROZLARIN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ XONDROPROTEKTORLARIN TƏTBİQİ ÜSULLARI

E.T.ƏHMƏDOV

ATU-nun ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası

Əçar sözlər: Gicgah -çənə oynaqı, xondroprotektorlar, Dona, Struktum.
Key words: temporomandibular joints, chondroprotector, Dona, Structum.



Problemin aktuallığı.

Gicgah-çənə oynaqının xəstəliklərinin və zədələnmələrinin kompleks müalicəsi müasir stomatologiyaya və üz-çənə cərrahiyyəsinin aktual problemlərindən biri sayılır. Klinikanın mürəkkəbliyi, müxtəlif diaqnostik müayir

nələrin aparılması müalicə işini çətinləşdirir. Bu patologiyaların müalicə problemi həmişə elmi-tədqiqatçıların diqqət mərkəzində olub (1,2,3,4,5,6). Sifətdə hərəkətlərin episentri sayılan unikal formalı gicgah-çənə oynaqının patologiyaları bu qismdən olan xəstələrdə böyük narahatçılıq yaradır və onların həyat fəaliyyətinə neqativ təsir göstərir. Gicgah-çənə oynaqının xəstəlikləri və zədələnmələri içərisində sklerozlaşdırıcı və deformasiyaedici artrozlar və daxili pozğunluqlar ilə olan artrozlar özünəməxsus klinikasına, polietioloji olmasına və müalicə taktikasının seçilməsinə görə, digər üz-çənə patologiyalarından kəskin fərqlənir (7,8,9,10,11). Oynaqın artrozları isə gələcəkdə digər ağır xəstəliklərin yaranmasına təkan verir. Həm də, qeyd etmək yerinə düşərdi ki, gicgah-çənə oynaqının patologiyaları arasında sklerozlaşdırıcı və deformasiyaedici artrozlar və müxtəlif daxili pozğunluqlar ilə

olan artrozlar bir-biri ilə çox sıx təmasda və bəzi eynilikləri olan nozoloji formalardır (12,13). Gicgah-çənə oynaqının artrozları zamanı məlumdur ki, dərin biokimyəvi proseslər baş verir. Belə ki, etiofaktorların davamlılığı, patogenetik müalicənin aparılmaması xroniki prosesin daha da inkişafına və güclənməsinə, oynaq başında isə degenerativ dəyişikliyə səbəb olur. Tədricən xondrositlərin degenerasiyası və zədələnməsi, proteolitik fermentlərin ayrılması, proteoqlikanların və kollagenin degenerasiyası, qlükozoaminoqlikanların miqdarının azalması, qığırdağın elastikliyinə və möhkəmliyinin zəifləməsi müşahidə olunur. Vəziyyətdən çıxış yolunda aparılacaq tədqiqatlar gicgah-çənə oynaqı kimi ölçücə kiçik və funksiyaca vacib oynaqda degenerativ prosesləri dayandırmağa, oynaq başının hərəkətlərinin rahat və sürüşkən olmasına, oynaq diskinin hamarlığının və amortizasiyaedici xüsusiyyətlərinin saxlanılmasına və bərpasına, oynaq qığırdağının tərkibində olan biokimyəvi maddələrlə daima təminatına həsr olunmalıdır.

Məqsəd. Gicgah-çənə oynaqının sklerozlaşdırıcı və deformasiyaedici artrozlarının və daxili pozğunluqları ilə olan artrozlarının patogenetik kompleks müalicəsində xondroprotektorların tətbiqi üsullarının işlənilməsi və bu üsulların effektivliyinin təyini.

Material və metodlar. Tədqiqatın materialı 2005-ci ilin martından Bakı ş. Kliniki Tibbi

Mərkəzin üz-çənə cərrahiyyəsi şöbəsində gigah-çənə oynaqının artrozları ilə olan 60 xəstənin kompleks müalicəsini əhatə edir. Xəstələrin əksəriyyətini qadınlar (81%) təşkil etmişdir. Kompleks müalicə olunan xəstələrin 85%-ində orta yaş həddləri müşahidə edilib. Xəstələr iki yarımqrupda müalicə olunub. İki yarımqrup müvafiq olaraq yoxlama və tədqiqat yarımqruplarından ibarət olub. Xəstələrin müayinə prosesinə 20 sualdan ibarət anamnestik məlumat daxil edilib. Diaqnozları dəqiq müəyyənləşdirmək üçün müayinə planı tərtib olunub. Əvvəlcə ənənəvi kliniki-laborator göstəricilər öyrənilib. Rengenoloji müayinə üsullarından adi rentgenoqrammadan, ortopantomogrammadan, ortopantomogrammanın xüsusi gigah-çənə oynaqı üçün nəzərdə tutulmuş 6,7,8,9-cu proqramlardan istifadə edilib. Göstərişə əsasən maqnit-nüvəli rezonans, kompyuter tomoqramma, ultrasəs müayinə üsulları tətbiq olunub. Xüsusən maqnit-nüvəli rezonans müayinəsi diaqnostikada böyük əhəmiyyət kəsb edib. Belə ki, maqnit-nüvəli rezonans müayinəsi gigah-çənə oynaqının daxili pozğunluqları ilə olan artrozlarla daxili pozğunluqlar arasındakı differensial fərqi dəqiq aydınlaşdırıb. Qanda şəkərin miqdarı, iltihabın aktiv faza göstəriciləri və patoloji seroloji proteinlər təyin olunub. Oynağın audiometriasi fonendoskop və kamerton vasitəsilə aparılıb. Bu da sklerozlaşdırıcı və deformasiyaedici artrozlarda küyün, sürtünmənin, xırçılığın, krepitasiyanın aşkar edilməsində mühüm rol oynayır. Gigah-çənə oynaqının artrozlarının genetik amillərini müəyyən etmək üçün xəstələrdə irsi müayinə aparılıb. Xəstənin ailə üzvlərində və qohumlarında (ata, ana, bacı, qardaş, baba, nənə) onun özündə olan xəstəliyin müşahidə edilməsi, valideynlərinin nığah formaları (qohum və yad) və atasının doğulduğu yer öyrənilib.

Xəstələrin periferik qanında oksiprolin amin turşusunun miqdarı və elastaza fermentinin aktivliyi dinamika müəyyənləşdirilib.

Mühüm diaqnostik əhəmiyyəti nəzərə alaraq və kompleks patogenetik müalicəni ümumi immunoloji qiymətləndirmək üçün orqanizmin immun sisteminin vəziyyəti aydınlaşdırılıb. T- və B- limfositlər, T- xelperlər, T-supressorlar, Dövredici İmmun Komplekslər, İqG, İqA, İqM, T-xelperlərin T-supressorlara nisbəti əmsalı periferik qanda müalicədən əvvəl və sonra təyin edilib. Xəstələrin təxminən 60%-i kompleks müalicə dövründə göstərişlərə görə revmatoloq, ortoped-stomatoloq, nevropatoloq, otorinolaringoloq və s. mütəxəssislər tərəfindən konsultasiya olunublar. Müayinə və tədqiqatların vaxtında və düzgün yerinə yetirilməsi etioloji faktorun dəqiq araşdırılmasına, patoloji prosesin tam aydınlığı ilə müəyyənləşdirilməsinə və bu işə öz növbəsində müalicənin effektiv aparılmasına əsas vermişdir.

Müzakirə. Gigah-çənə oynaqının sklerozlaşdırıcı və deformasiyaedici artrozları və daxili pozğunluqları ilə olan artrozlu xəstələrin patogenetik kompleks müalicəsində medikamentoz, fizioterapevtik və ortopedik müalicə metodları tətbiq olunub. Medikamentoz terapiya lokal və ümumi olaraq tətbiq edilib. Ümumi medikamentoz terapiyada xondroprotektiv medikamentoz vasitələr istifadə olunub.

Osteoartrozların kompleks müalicəsində yeni istiqamət tərkibində qığırdağın təbii komponentləri olan preparatların tətbiqinə əsaslanır. Bu komponentlərə gialuron turşusu, qlükozamin-sulfat və xondroitin-sulfat aiddirlər. Göstərilmiş komponentləri olan preparatlar isə xondroprotektorlar adlanırlar. Kliniki praktikada xondroprotektorların tətbiqi təsdiq etdi ki, onlar təkcə simptomatik təsirə yox, həm də yüksək klinik pozitiv funksional təsirə malikdirlər. Bu da bu sıradan olan xondroprotektiv medikamentoz vasitələrin oynaq qığırdağını zədələnməsinin qarşısının alınmasına əsaslanır (14,15,16). Xondroprotektorlar maddələr mübadiləsini tənzimləyən müxtəlif

preparatlar bölməsinin müxtəlif biogen preparatlar qrupunun, digər biogen preparatlar yarımqrupuna aiddirlər. Xondroitin-sulfat (Struktum) və glükozamin-sulfat (Dona) qığırdaq toxumasının tərkibində sərbəst formadadırlar və ya zülallarla əlaqədirlər. Hər iki preparat birləşdirici toxumanın əsas maddəsinin əmələ gəlməsində "tikinti materialı" kimi mühüm rolə malikdirlər. Son illər ərzində müxtəlif farmaseptik firmaların yaydığı çoxsaylı xondroprotektiv medikamentoz vasitələr arsenalı meydana çıxıb. Onların içərisində selektiv effektiv təsirə malik dərman preparatlarına üstünlük vermək lazımdır. Biz artrozların kompleks patogenetik müalicəsində DONA (glükozamin-sulfat) və STRUKTUM (xondroitin-sulfat) preparatlarını tətbiq etməklə iki yeni müalicə üsulu işləmişik. İşlənmiş müalicə üsulları bazis terapiyada mühüm rol oynamışdır.

Xondroprotektorların xəstələrin kompleks müalicəsində tətbiqi aşağıdakı sxem üzrə aparılıb:

- sklerozlaşdırıcı və deformasiyaedici artroz diaqnozu ilə:

Struktum-500 mq 1tabletdən x 2 dəfə; yeməkdən 1saat sonra və ya yemək vaxtı (21-25gün müalicə kursu ərzində) №15.

- daxili pozğunluqlar ilə olan artroz diaqnozu ilə:

Dona-400mq-2ml günaşırı 1dəfə, №10, əzələdaxili (21-25gün müalicə kursu ərzində).

Müalicə olunan xəstələrdə yoxlama yarımqrupundan fərqli olaraq tədqiqat yarımqrupunda effektiv nəticələr əldə olunub. Belə ki, elastaza fermentinin aktivliyi periferik qanda dinamik olaraq 217 mkq/l - dən təxminən 172 mkq/l - ə qədər enmişdir. Oksiprolin aminturşusunun miqdarı isə 95-117 mkq % - dən 130-145 mkq % -ə qədər qalxmışdır. Laborator biokimyəvi göstəricilər lokal klinik əlamətlərlə uyğunluq təşkil etmişdir. Bu markerlər isə xondroprotektorların kompleks patogenetik müali-

cədə tətbiqinin səmərəli rolunu və effektivliyini sübut etmişdir.

Aparılmış müalicənin sonunda xəstələrin 64-72 % -ində hüceyrə immunitetinin göstəricilərində müsbət dəyişiklik nəzərə çarpmışdır. Humoral immunitetin markerləri İq G (şərti norma = $1463 \pm 2,1$) $1553 \pm 2,1$ - ə, İq A - da (şərti norma = $212 \pm 0,2$) $214 \pm 0,4$ - ə və İq M-də isə (şərti norma = $169 \pm 0,5$) $171 \pm 0,3$ -ə bərabər olmuşdur. Dövredici İmmun Komplekslərin göstəriciləri (şərti norma = $63,2 \pm 6,1$) müalicədən əvvəl yüksək olmuş ($83,2 \pm 7,1$), xondroprotektorlarla kompleks müalicənin sonunda isə normaya yaxın ($66,2 \pm 5,9$) göstəriciyə nail olmuşuq. Laborator göstəricilərlə yanaşı xəstələrin 83,6%-ində kliniki göstəricilərdə də yaxşılaşma müşahidə edilmişdir. Kompleks müalicədən sonra ağızın açılması zamanı mərkəzi kəsici dişlər arasında məsafə (şərti norma = 35mm) 33-37mm-ə bərabər olmuşdur. Çənənin hərəkətləri tam sərbəstləşmişdir. Küy, krepitasiya, xırçılıq, sürtünmə 22%-xəstələrdə müalicədən sonra müşahidə edilməmişdir və 78%-xəstələrdə isə tam azalmışdır. Nitq və udqunma vaxtı ağrı, narahatçılıq aradan qaldırılmışdır. Çeynəmə funksiyasını yerinə yetirilməsi ağrısız olmuşdur. Oynaqətrafi əzələlərin palpasiyası zamanı ağrılar müşahidə edilməmişdir. Patogenetik müalicə alan xəsiələrdə bütün bu göstəricilər isə gicgah-çənə oynaqının normal funksional vəziyyətini təmin etmişdir və yeni işlənmiş müalicə üsullarının məqsədyönlüyünü sübut etmişdir.

Xondroprotektiv medikamentoz vasitələrin effektivliyini və səmərəli nəticələrini nəzərə alaraq, xəstələrə kompleks müalicədən 1 həftə sonra profilaktik olaraq 3 həftə ərzində xondroprotektorların yenidən qəbulu tövsiyə edilmişdir. Kompleks müalicədə xondroprotektorların tətbiqi zamanı əks-göstərişlər ciddi şəkildə nəzərə alınmışdır.

Nəticə. Qeyd etmək lazımdır ki, gicgah-çənə oynaqının artrozlarının kompleks müalicəsində xondroprotektiv medikamentiv

vasitələrin bazis terapiyada tətbiqinin üstünlüyü, kliniki dəyəri müsbət nəticələr alınmasına əsaslanır. Xondroprotektorların kompleks patogenetik müalicədə istifadəsi taktikası oynaqdaxili metabolik proseslərin tənzimlənməsinə, çənə oynaqının funksiyasının yaxşılaşmasına, iltihabi-degenerativ proseslərin və xəstələrin təkrar müraciətinin

qarşısının alınmasına, xəstələrin həyat tərzlərinin yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

Belə vəziyyət isə gicgah-çənə oynaqının artrozlarının kompleks patogenetik müalicəsində xondroprotektiv medikamentlə vasitələri istifadə etməklə, bizim tərəfimizdən işlənmiş yeni müalicə üsullarının tətbiqi üçün geniş perspektivlər açır.

ƏDƏBİYYAT

- 1.Гринин В.М. Клинико-патогенетическая оценка патологии височно-нижнечелюстного сустава, тканей и органов полости рта при ревматических заболеваниях: Диск.д-ра мед.наук. М: 2001; 533 стр.
- 2.Забалуева Л.М., Абакаров С.И. Модификация аллотрансплантата нижней челюсти, включающего суставную головку и шейку мышечного отростка. Мат. 12-ый и 13-ый Всероссийский науч.практич. конференций и труды 9-ого съезда Стом.Асс. России. М: 2004; стр.42-44.
- 3.Баданин В.В. Клинико-рентгенологическое исследования и магнитно-резонансная томография в диагностике функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава и их ортопедическое лечение: Автореф. дис. к д-ра мед. наук. М- 2002; 54 стр.
- 4.Сиамак Джаханара. Нарушение функций височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дистальной окклюзией : Автореф. диск.канд.мед.наук. М-2003; 21 стр.
- 5.Dionne R.A. Pharmacological treatments for temporomandibular disorders. Oral Surg., Oral Med., Oral Path., Oral Radiol. Endod. 83:134, 1997.
- 6.Kubota A., Kubota T., Matsumoto J. et all. Synovial fluid cytokines and proteinases as markers of temporomandibular joint disease. J. Oral Max. Fac. Surg., 56; 192, 1998.
- 7.Соколов А.М. О патологии височно-нижнечелюстного сустава. М: 2000; 230 стр
- 8.Плотников Н.А. , Шевченко Е.Ю., Герасименко М.Ю. Диагностика деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава и реабилитация больных. Респ.сб.научных трудов. Москва - 1985;стр. 106- 110.
- 9.Хватова В.А. Диагностика и лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного нарушением функциональной окклюзии: Диск.д-ра мед.наук. М: 1986; 386 стр.
- 10.Егорова В.И., Сергеев С.В. и др. Особенности интубации трахеи у детей с вторичным деформирующим остеоартрозом и анкилозом височно-нижнечелюстного сустава. Мат. 12-ый и 13-ый Всероссийский науч.практич. конференций и труды 9-ого съезда Стом.Асс. России. М: 2004; стр.187-188.
- 11.Flygare L. Degenerative changes of the human TMJ (dissertation). Swed. Dent. J., suppl 120, 1997.
- 12.De Leeuw R., Boering G., Stegenga B. et all. Symptoms of TMJ osteoarthritis and internal derangement 30 years after non-surgical treatment. Cranio, 13; 81, 1995.
- 13.Dolwick M.F., Sanders B. TMJ internal derangement and arthrosis. Surgical atlas. CV Mosby, St. Louis, MO, 1985.
- 14.Цветкова Е.С. ,Иониченок Н.Г. Дона (глюкозамин сульфат) - патогенетический

- обоснованное применение при остеоартрозе. Научно-практическая ревматология №2, 2003; стр.1-3.
- 15.Зоткин Е. Г., Григорьева А.Л. Артроз. Все способы лечения и профилактики.- СПб; БХВ - Петербург, 2005. стр. 121-127.
- 16.Bassleer C., Rovate L., Franchimont P. Stimulation of proteoglycan production by chondroitin sulfates in chondrocytes isolate from human osteoarthritis articular cartilage in vitro. Osteoarth. Cartilage., 1998, № 6, p. 427-434.

РЕЗЮМЕ

Методы применения хондропротекторов в комплексном лечении артрозов**Э. Т. Ахмедов****Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии АМУ**

Комплексное лечение патологии ВНЧС является одной из актуальных проблем современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Целью нашего исследования является разработка методов применения хондропротекторов в комплексном лечении артрозов и определение эффективности этих методов. Мы впервые в комплексном лечении артрозов применяли препараты Дона (глюкозамин-сульфат) и Структум (хондроитин-сульфат). Применение хондропротекторов в комплексном лечении артрозов привело к регуляции внутрисуставных метаболических процессов, предотвращению дегенеративных изменений, улучшению функций ВНЧС и качества жизни больных.

SUMMARY

"The methods of chondroprotectors use in the complex treatment of arthrosis"**E. T. Ahmedov****The Department of Oral and Maxillo-Facial Surgery of Azerbaijan Medical University, Baku**

The complex treatment of TMJ's pathology is one of the actual and main problems in modern dentistry and maxillo-facial surgery. The diseases of TMJ having unique form and which is considered as epicenter of movements in the face make big problems to patients and effect negatively to their life activity. We developed two new methods in the complex pathogenetics treatment of TMJ arthrosis by using the Dona (Glukozamin acid) and Struktum (Chondroitin acid) preparations. The majority of the patients were females. Besides the traditional clinic-laboratory researches the ultrasound diagnostics, magnetic resonance imaging, orthopantomogram were also conducted and modern biochemical, immunology markers were studied. The tactics of chondroprotectors use in the complex pathogenetics treatment regulates the intra-articular metabolic disturbance, causes TMJs functions improvement, prevents degenerative process and second apply of the patient to the medical treatment. In addition to this the mentioned above tactics turns out to be the improvement of patient's life activity, what makes wide perspectives for the new methods of the treatment developed by ourselves.

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКУ

А.А.Юсубов

Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского
медицинского университета, Баку

Əsas sözlər: damaq yarığı, uranostafiloplastika, ikincili deformasiyalar.
Key words: cleft palate, uranostafiloplasty, secondary deformations.



Актуальность проблемы врожденных несращений верхней губы и неба обусловлена высокой частотой данных пороков развития, выраженностью и тяжестью анатомических и функциональных нарушений [8]. На нашу республику приходится один ребенок с аналогичной аномалией на 750 новорожденных, причем, эти данные в различных регионах страны могут отличаться [3]. Улучшение системы реабилитации этого контингента больных на сегодняшний день является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии. Значительное место в лечении таких детей отведено разработкам способов устранения первичных пороков развития и очень мало внимания уделено изучению и профилактике вторичных деформаций. Какой бы совершенной ни была методика пластики неба, она не может предупредить в будущем развитие патологических изменений зубочелюстной системы после ураностафилопластики, которые усиливаются с возрастом пациента. Наблюдается недоразвитие верхней челюсти во всех трех плоскостях - сужение верхней зубной дуги, укорочение переднего отдела верхней челюсти, уменьшение длины тела верхней челюсти [1]. Зубочелюстные аномалии наблюдаются как до оперативных вмеша-

тельств на небе, так и после них [4,7]. Сложный комплекс анатомо-функциональных нарушений усугубляется по мере роста ребенка [6]. Изменения в полости рта после хирургических вмешательств у детей с односторонней врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка твердого и мягкого неба проявляются многообразием зубочелюстных аномалий - аномалий зубов, зубных рядов, челюстей, приводящих к патологиям прикуса. В результате таких изменений у больных нарушаются функции жевания, речи, дыхания. Выраженные деформации лицевого скелета оказывают отягощающее воздействие на больного, развивают в нем "комплекс неполноценности", ограничивают общение со сверстниками, приводят к нарушениям его психики. Ортодонтическое лечение вторичных деформаций зубочелюстной системы такого контингента пациентов сопряжено с большими трудностями. Развившиеся грубые послеоперационные рубцы оказывают значительное противодействие ортодонтическим силам, рубцово-деформированная слизистая неба осложняет фиксацию ортодонтического аппарата, что удлиняет общие сроки лечения [5]. Некоторые авторы даже указывают на случаи невозможности устранения аномалий прикуса ортодонтическим путем у такой категории больных [2].

Очень высокая распространенность деформаций зубочелюстной системы у детей после

ураностафилопластики при условиях отсутствия на сегодняшний день действенной, плановой профилактической помощи побуждает к необходимости решения данной проблемы.

Целью работы являлось изучение частоты встречаемости зубочелюстных аномалий у детей с односторонним врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба после ураностафилопластики.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование результатов хирургического лечения 43 больных с односторонней врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, прооперированных в клинике кафедры хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского Медицинского Университета за период 1990-2002 гг. На всех пациентах первичная хейлопластика была проведена на первом году жизни. Сроки проведения ураностафилопластики варьировали от 2 до 20 лет. У 37 больных первичное хирургическое вмешательство на небе проводилось радикальным способом по Лимбергу, хирургическое лечение 6 пациентов проводилось щадящим способом по Л.В.Харькову и Ю.А.Юсубову. Из 43 детей только 6 человек получали ортодонтическую помощь. Для изучения результатов лечения мы провели клинический, фотографический методы обследования и анализ диагностических гипсовых моделей верхней и нижней челюстей. Для проведения эстетической оценки применяли фотографический метод, получая изображения лиц больных в анфас и профиль, зубных рядов. Клинический осмотр лица и полости рта позволил оценить профиль лица, пропорциональность лица, конфигурацию неба, наличие выраженных рубцов, аномалии размеров и положения мягких тканей полости рта и т.д. На диагностических моделях изучали аномалии количества, размеров и положения зубов, деформации зубных рядов и прикуса.

Результаты и обсуждение. При клиническом осмотре у половины больных, перенесших ураностафилопластику, наблюдался прямой профиль лица, у остальных – вогнутый. Проведенные нами исследования показали, что у 3 (6,97%) больных после пластики неба на стороне расщелины встречалась врожденная адентия верхнего центрального резца, у 30 (69,8%) больных – врожденная адентия бокового резца, у 4 (9,3%) больных – врожденная адентия верхнечелюстного премоляра. Среди обследованных детей 18 (41,9%) имели микродентию верхнего центрального резца на стороне расщелины, 6 (13,95%) – микродентию верхнего бокового резца на стороне расщелины.

У всех пациентов после ураностафилопластики отмечалось неправильное положение резцов, клыков, премоляров и моляров на стороне расщелины. Обследование показало, что у 40 (93,02%) больных отмечалось поворачивание центрального резца по оси, у 38 (88,4%) – его небное положение, у 30 (69,8%) – супраположение. У 36 (83,7%) человек наблюдалось небное положение клыка, у 32 (74,4%) – его супраположение, у 26 (60,5%) – мезиальное положение; 30 (69,8%) пациентов имели небное положение премоляров на стороне расщелины, 35 (81,4%) – мезиальное смещение премоляров, 20 (46,5%) – супраположение. У 21 (48,8%) больных отмечалось небное положение первого постоянного моляра на стороне расщелины, у 8 (18,6%) – супраположение, у 32 (74,4%) – мезиальное смещение моляра (табл.1).

Антропометрическое исследование гипсовых моделей верхних челюстей показало, что практически у всех пациентов наблюдалось укорочение длины зубного ряда и сужение зубных рядов в трансверсальном направлении.

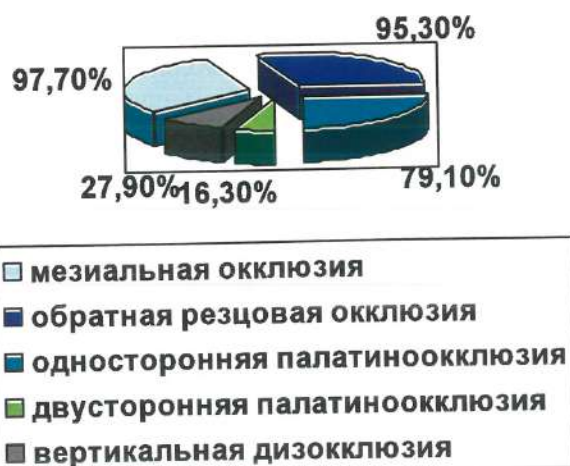
В результате рубцовых деформаций верхней челюсти, неправильного прорезывания зубов у больных после ураностафилопластики наблюдались различные

Таблица 1. Распределение больных, перенесших ураностафилопластику, по возрасту и виду зубочелюстной аномалии.

Вид аномалии	Возраст, годы					
	3-5	5-7	7-10	10-15	15 и старше	Итого
Аномалия количества зубов	4	6	7	15	5	37
Аномалия размера зубов	6	3	5	7	3	24
Аномалия положения зубов	7	12	10	7	4	40
Аномалия окклюзии	6	14	10	7	5	42

аномалии соотношения зубных рядов. Результаты исследований показали, что 42 (97,7%) детей имели мезиальную окклюзию, 41 (95,3%) - обратную резцовую дизокклюзию, 34 (79,1%) - одностороннюю палатиноокклюзию, 7 (16,3%) - двустороннюю палатиноокклюзию и 12 (27,9%) детей - вертикальную дизокклюзию. Как видно из диаграммы 1, среди патологических видов окклюзий преобладала мезиальная окклюзия.

Диаграмма 1. Частота встречаемости аномалий окклюзии у детей, перенесших ураностафилопластику за 1990-2002 гг.



Практически у всех обследованных детей наблюдались различные аномалии размеров и положения мягких тканей органов полости рта - неправильное прикрепление уздечки верхней губы и языка, мелкое преддверие в области верхней губы, аномальное положение языка. У 6,97% больных после ураностафилопластики отмечалось наличие рото-носового соустья.

Результаты наших исследований показали, что почти у всех детей с односторонней врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба после перенесенной ураностафилопластики наблюдались различные виды вторичных деформаций зубочелюстной системы. Анализ частоты этих аномалий показал тенденцию к их увеличению с возрастом ребенка. Все это объясняется травматичным воздействием операций на зоны роста челюстных костей, препятствием послеоперационных рубцов нормальному развитию верхней челюсти. Данное исследование подчеркивает важность комплексного подхода к профилактике вторичных деформаций лицевого скелета после ураностафилопластики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Битикенова Г.Б. Совершенствование методов комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба с периода новорожденности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Алма-Ата. - 1995. - С. 19.
2. Водолацкий М.П., Водолацкий В.М. Устранение вторичной деформации верхней челюсти у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. // Функционально-эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица: Материалы Всеросс. конф. - М., 2002. - С. 70-72.
3. Гараев З.И. Генетические аспекты челюстно-лицевых аномалий и инбридинг. - Баку: Тебис, 1997. - С. 63.
4. Косырева Т.Ф., Пинская Ю.Б. Морфологические параметры зубных рядов у детей с односторонними полными расщелинами губы и неба. // Стоматология. - 1992. - №1. - С. 85-88.
5. Anastassov G.E., Joos U. Comprehensive management of cleft lip and palate deformities. // J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2001. - Bd. 59, N. 9. - S. 1062-1077.
6. Molsfed K. The need for long-term multicenter assessment of craniofacial development disorders including cleft lip and palate. // Curr-Opion-Dent. - 1992. - №2. - P. 52-58.
7. Carvajal R., Miralles R., Ravera M. Follow-up of electromyographic and cephalometric finding in patients with inilateral cleft lip and months of continuous wearing of a special removable appliance. // Cleft-Palate-Craniofac. - 1995. - P. 323-327.
8. Christensen K. The 20th century facial cleft population-epidemiological and genetic-epidemiological studies. // Cleft Palate Craniofac J. - 1999. - Vol. 36, N. 2. - P. 96-104.

XÜLASƏ

URANOSTAFİLOPLASTİKA APARILMIŞ UŞAQLARDA DİŞ-ÇƏNƏ ANOMALİYALARI

A.A. Yusubov

ATU-nun ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı

Anadangəlmə birtərəfli üst dodağın, alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damağın yarığı olan uşaqlarda diş-çənə sisteminin qüsurları əməliyyatdan əvvəl olduğu kimi, sonrada müşahidə olunur. Üz skeletinin uranostafiloplastikadan sonra ikincili deformasiyalarının rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsi məqsədi ilə anadangəlmə birtərəfli üst dodağın, alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damağın bitişməməsinin cərrahi müalicəsindən sonra 43 xəstə müayinə edilmişdir. Aparılan işin nəticəsi göstərdi ki, yarıq tərəfdə 37 xəstədə diş sayının anomaliyası, 24 nəfərdə diş ölçüsünün anomaliyası, 40 nəfərdə dişin yerləşməsi anomaliyası və 42 xəstədə dişləmin anomaliyası rast gəlmişdir. Beləliklə, tədqiqatın nəticəsi göstərdi ki, uranostafiloplastika aparılmış əksər xəstələrdə əməliyyat zamanı üst çənənin böyümə zonalarının zədələnməsi, əməliyyatdan sonra çapıqların əmələgəlməsi ilə bağlı diş-çənə sisteminin müxtəlif ikincili deformasiyalarına rast gəlinməsi, bu pozulmaların qarşısının alınmasında kompleks yanaşmaların işlənməsinə ehtiyac yaradır.

SUMMARY

DENTO-MAXILLARY ANOMALIES AT CHILDREN WHO HAVE TRANSFERRED TO URANOSTAFILOPLASTIC

A.A.Yusubov

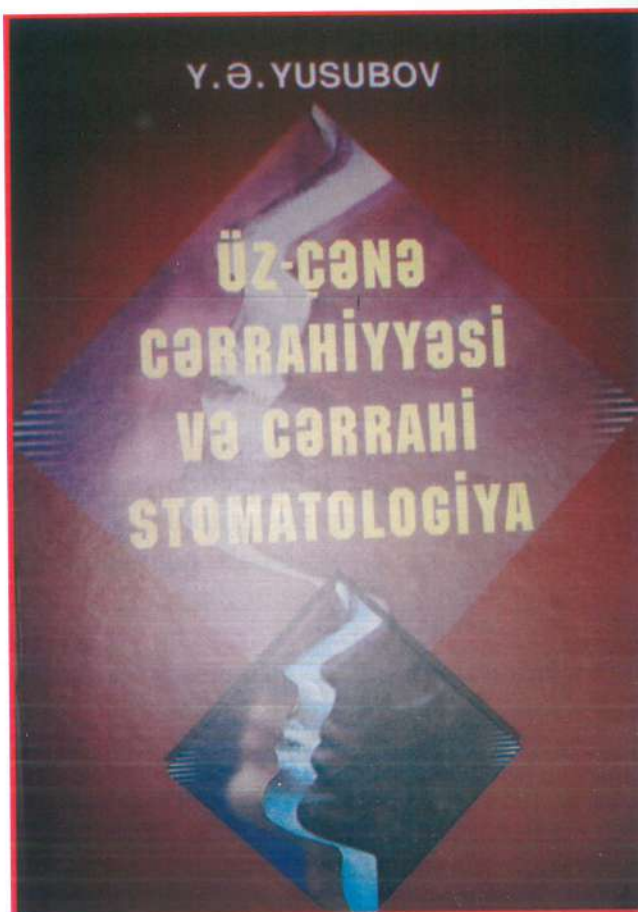
Azerbaijan Medical University, Department of Oral and Maxillofacial surgery, Baku

Dento-maxillary anomalies at children with a unilateral congenital cleft lip, alveolar shoot and palate are observed both before operative interventions, and after them. With the purpose of research of frequency of occurrence of secondary deformations of an obverse skeleton after uranostafiloplastics inspection of 43 patients after surgical treatment in occasion of unilateral congenital cleft lip, alveolar shoot and palate has been lead. Results of performed work have shown, that on the party of a crevice at 37 patients anomalies of quantity of a teeth, at 24 - anomalies of the size of a teeth, at 40 - anomalies of position of a teeth and at 42 patients - anomalies of a bite were observed. Thus, carried out research has shown, that almost all patients after uranostafiloplastics had a various sort secondary deformations dento-maxillary system connected to damage during surgical interventions of the seedling zones of the maxillary, development rough postoperative scars, that emphasizes importance of the complex approach to preventive maintenance of such infringements.

TƏBİRİK EDİRİK!

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası həkimlərin və ali tibb təhsili müəssisələrinin stomatologiya fakültələrinin tələbələrinin nəzərinə çatdırır ki, hörmətli həmkarımız tibb elmləri doktoru, professor Y.Ə.Yusubovun "Üz-çənə cərrahiyəsi və cərrahi stomatologiya adlı dərsliyi işıq üzü görmüşdür.

Kitab həcminə, əhatə olunan problemlərin məzmununa görə üz-çənə cərrahiyəsi və cərrahi stomatologiyanın bütün sahələrini əhatə edir. Ən önəmlisi odur ki, kitabda verilən şəkillərin tam əksəriyyəti müəllifin öz müşahidələridir. Kitab tələbələr üçün nəzərdə tutulmasına baxmayara praktik həkimlər üçün də çox faydalı ola bilər.



ORAL İMPLANTOLOGİYA - KONFRANS



Son onillikdə oral implantologiyaya maraq daha da artmışdır. Azərbaycan Res-



prof. Nejat bəy mühazirə zamanı

publikasında bir çox həkim-stomatoloqlar, oral implantologiyanın müxtəlif üsullarını mənimsəmiş və tətbiq edirlər. Ancaq "Həkim bütün həyatı boyu öyrənməlidir" mövqeiə əsas-



Konfrans zalından görüntü

lanaraq, müasir tibb elm və təcrübəsində əldə edilmiş nailiyyətlərə respublikada həkim-stomatoloqların biliklərini daha da yüksəltmək məqsədilə Ankara Universitetinin Dış Həkimliyi fakültəsinin dekanı professorlar Nejat Bora Sayan və dekan müavini professor Ersan Ersoyun iştirakı ilə 15-16 aprel 2006-cı il tarixdə Bakı şəhərində "İmplantologiyanın cərrahi və ortopedik əsasları" mövzusunda konfrans keçirildi. Konfrans çoxlu miqdarda həkimlərin diqqətini cəlb etmişdir. İki gün ərzində maraqlı mühazirələr və təcrübə mübadiləsi keçirildi.



müəllimlərim: solda prof. Nejat bəy, sağda prof. Ersan bəy

Konfrans Ankara Universitetinin Dış Həkimliyi fakültəsi, Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və Azəri Ortodontlar Dərnəyi tərəfindən təşkil edilmişdir.

*Fərid Zeynalov
Ankara Universiteti Dış Həkimliyi
fakültəsinin məzunu*

ŞƏHƏR ƏHALİSİNİN PERİODONTİTLƏ XƏSTƏLƏNMƏ DƏRƏCƏSİ VƏ ONA STOMATOLOJİ YARDIM GÖSTƏRİLMƏSİNİN VƏZİYYƏTİ

Babayev K.M.

Azərbaycan Beynəlxalq Universiteti, stomaologiya kafedrası



Öz klinik-patogenetik mahiyyətinə görə periodontit stomatologiyanın ən mühüm sosial-iqtisadi problemdir, belə ki, o, konservativ müalicənin mürəkkəbliyi və onun effektivliyinin kifayət qədər olmaması ilə əla-

qədər, çox vaxt diş sıralarının tamlığının pozğunluqlarına gətirib çıxarır. Dişlərin vaxtındanqabaq itirilməsi isə nəinki əhalinin həyat keyfiyyətini pisləşdirir, həm də onun yüksək ortopedik ehtiyacına səbəb olur və əhəmiyyətli dərəcədə iqtisadi ziyanə gətirib çıxarır. Periodontitə görə dişlərin itirilməsi artıq çox gənc yaşlarında müşahidə edilir, 40 yaşdan yuxarı isə praktik olaraq, diş sıraları bütöv olan bir nəfər də qalmır. Xəstələnmiş və kəskinləşmiş xronik periodontiti olan şəxslərin sayı təxirəsalınmaz stomatoloji yardıma müraciət edən xəstələrin 75%-ə qədərini təşkil edir (1, 3, 7, 10, 12).

Dişqoruyucu müalicə-profilaktika tədbirlərinə böyük səylər göstərsə də, ortopedik ehtiyac durmadan artır və burada göstəriləyi kimi, periodontit əsas rol oynayır. Törədicilərdə antibakterial preparatlara qarşı rezistentliyin inkişaf etməsi ilə əlaqədar

periodontitin konservativ müalicəsinin effektivliyinin azalması ilə yanaşı, xəstələnmənin artmaqda davam etməsi onun "cavanlaşması", orqanizmin immunlaşmamazlıq vəziyyətləri, sosial-iqtisadi amillər, əhalinin maddi vəziyyətinin pisləşməsi, stomatoloji xidmətlərin bahalaşması və onların keyfiyyətinin kifayət qədər yüksək olmaması ilə əlaqələndirilir (9, 2, 8, 13).

Ağız boşluğunun gigiyenasına da mühüm yer verilir (4, 14, 11). Lakin indiyə qədər periodontitlə xəstələnmənin yayılmasının xarakterinin və strukturunun, ona stomatoloji yardım göstərilməsinin vəziyyətinin öyrənilməsində bir sıra boşluqlar vardır (5), bu isə bu xəstəliyin birincili profilaktikasının imkanlarını məhdudlaşdırır (6, 13). Bu məsələlərin həlli bizim respublika üçün də aktualdır, belə ki, burada periodontitə görə bu cür tədqiqatlar hələ aparılmamışdır.

Material və metodika. İş 2003-2005-ci illərdə 683 pasiyent arasında aparılmışdır. Onlardan müxtəlif stomatoloji xəstəliklərə görə, həmçinin profilaktik stomatoloji müayinə üçün terapevtik stomatologiya kafedralarına müraciət edən 365-i bilavasitə bizim tərəfimizdən müşahidə olunmuşdur. Bütün pasiyentlərdə patoloji sahələr, diş sıralarının və ortopedik protezlərin tamlığının pozulmaları qeydə alınmaqla, ağız boşluğunun ümumi qəbul edilmiş standartlaşdırılmış müayinəsi aparılmışdır. Müayinənin yekununa görə stomatoloji xəstələnmənin

məyə diaqnoz qoyulmuş və o, 536 pasiyentdə lokal və panoram rentgenoqrafiya ilə tamamlanmışdır. Periodontit diaqnozu yalnız stomatoloji müayinənin və rentgenoqrafiyanın yekununa görə qoyulmuşdur. Bütün pasiyentlərdən əvvəlki stomatoloji anamnez toplanmış və son 3 ilin ambulator kartlarının məlumatları təhlil olunmuşdur. Alınan nəticələr 2 meyarın köməyi ilə işlənmişdir.

Nəticələr və müzakirə. Müşahidə olunan 683 pasiyentin 298-nə ($43,6 \pm 1,9\%$) periodontit diaqnozu qoyulmuşdur. Periodontitə görə belə bir yüksək xəstəlmə göstəricisi onun mühüm tibbi-sosial əhəmiyyətə malik olduğunu göstərir. Belə ki, onun konservativ müalicəsinin çətinliyi və aşağı effektivliyi diş sıralarının tamlığının geniş əhatəli pozğunluqlarına gətirib çıxarır. Aşkar edilən məlumatlar gös-tərir ki, xəstəlmə səviyyəsinə pasiyentlərin yaşı və cinsi təsir göstərir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Şəhər əhalisinin periodontitlə xəstələnməsinin strukturu

Yaş qrupları, illərlə	Xəstələnmə göstəriciləri, %-lə			Fərqi düzəltmə	
	Cəmi	Kişilər	Qadınlar	χ^2	P
<20	$31,2 \pm 5,3$	$37,0 \pm 7,2$	$22,6 \pm 7,6$	1,78	$>0,05$
20-29	$35,2 \pm 5,0$	$36,7 \pm 7,0$	$33,3 \pm 7,4$	0,11	$>0,05$
30-39	$36,1 \pm 4,4$	$40,6 \pm 6,2$	$30,9 \pm 6,3$	1,21	$>0,05$
40-49	$44,8 \pm 4,5$	$50,7 \pm 6,1$	$37,5 \pm 6,5$	2,19	$>0,05$
50-59	$49,3 \pm 4,3$	$53,3 \pm 5,9$	$44,1 \pm 6,5$	1,13	$>0,05$
≥ 60	$56,2 \pm 4,3$	$59,0 \pm 5,6$	$52,5 \pm 6,6$	0,86	$>0,05$
Cəmi	$43,6 \pm 1,9$	$47,8 \pm 2,6$	$38,4 \pm 2,8$	5,93	$<0,02$

Verilən məlumatlar periodontitlə xəstələnmənin pasiyentlərin yaşından kifayət qədər mühüm korrelyasiya asılılığı olduğunu göstərir ($\gamma = +0,95 \pm 0,04$). Belə ki, pasiyentlərin yaşı 20-dən aşağıdan başlayaraq 60 və daha yuxarıya qədər artdıqca xəstələnmə göstəriciləri $31,2 \pm 5,3\%$ -

dən $56,2 \pm 4,3\%$ -ə qədər artır ($\chi^2 = 12,40$; $P < 0,01$). Bütün diş-çənə sisteminin, o cümlədən də periodontitin müdafiə funksiyalarının yaşa uyğun zəifləməsi ilə əlaqədar olan bu qanunauyğunluq pasiyentlərin hər iki cinsi üçün xarakterdir. Lakin xəstələnmə nisbətən qadınlar arasında nəzərəcərpacaq dərəcədə azdır ki, bu da anketləşdirmənin nəticələrinə görə, qadınların tibbi yardıma daha vaxtında müraciət etmələri və ağız boşluğunun gigiyenasına qulluq etməyə dair ənənəvi tədbirlərə diqqətlə əməl etmələri ilə əlaqədardır.

Periodontitin yaşa uyğunluğu onun kəskin və xronik formalarının ayrıca təhlili ilə də təsdiq olunur. Belə ki, pasiyentlərin $17,9 \pm 1,5\%$ -nə kəskin periodontit, $25,8 \pm 1,7\%$ -nə isə xronik periodontit diaqnozu qoyulmuşdur ($\chi^2 = 19,57$; $P < 0,01$). Bu zaman kəskin periodontit hadisələri bütün yaş qruplarında $14,3 \pm 3,2\%$ ilə $22,8 \pm 4,7\%$ arasında dəyişməklə, təqribən

eyni dərəcədə paylanmışdır ($\chi^2 = 2,10$; $P > 0,05$). Halbuki, xronik periodontit hadisələri pasiyentlərin yaşı artdıqca $10,4 \pm 3,5\%$ -dən $40,9 \pm 4,2\%$ -ə qədər artmaqla ($\chi^2 = 21,86$; $P < 0,01$) mühüm korrelyativ yaş uyğunluğuna malikdir ($\gamma = +0,91 \pm 0,07$). Beləliklə, kəskin periodontitlə xəstələnmə riski bütün

yaş qruplarında saxlanılır, lakin onun konservativ müalicəsində uğursuzluqlar olduqca iltihab prosesinin xronikləşməsi gedir və bununla da xronik periodontit hadisələri "üst-üstə toplanır". Pasiyentlərin yaşı nə qədər çox olarsa, belə hadisələrin sayı da bir o qədər çox olur.

Bizim müşahidələrimiz göstərir ki, periodontit stomatoloji patologiyasının sərbəst noziforması kimi praktik olaraq rast gəlmir, onun inkişafı periodont toxumasına patogen mikroorqanizmlərin daxil olması üçün şərait yaradan ekzogen amillərin təsiri altında baş verir. Ona görə də, periodontit bir qayda olaraq, dişlərin və parodontun xəstəliklərinin müxtəlif nozofomaları və ortopedik müdaxilələrlə birlikdə rast gəlir (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Periodontitlə xəstələnməyə ağız boşluğunun stomatoloji statusunun vəziyyətinin təsiri

Stomatoloji statusun göstəriciləri	Xəstələnmə göstəriciləri, %-lə		
	Cəmi (n=298)	Kəskin (n=122)	Xronik (n=176)
Kariyes: - səthi	4,7±1,5	11,5±2,9	4,5±1,2
- dərin	21,1±3,4	23,0±3,8	13,9±3,0
Pulpit	13,8±2,0	25,4±3,9	5,7±1,8
Gingivit	3,8±1,0	3,3±1,6	2,8±1,2
Parodontit: - kəskin	11,7±1,9	23,8±3,9	3,4±1,4
- xronik	18,5±2,3	13,1±3,1	22,1±3,1
Qapaqlar	14,4±2,0	-	24,4±3,2
Çıxarılmayan protezlər	10,1±1,7	-	17,0±2,8

Qeyd: göstəricilərin sayının pasiyentlərin sayından çox olması onunla əlaqədardır ki, onların bir çoxunda eyni vaxtda 2 və daha çox göstərici olmuşdur.

Göründüyü kimi, stomatoloji xəstəliklərin müxtəlif nozofomaları və ilk növbədə kariyes və parodontit, həmçinin ortopedik protezləmə patogen mikroorqanizmlərin periodont toxumasına daxil olması və periodontitin inkişafı üçün əlverişli şərait

yaradır. Lakin əgər kəskin periodontit çox vaxt dərin kariyeslə, pulpitlə və kəskin parodontitlə birlikdə rast gəlirsə - $23,0 \pm 3,8\%$ -dən $25,4 \pm 3,9\%$ -ə qədər ($\chi^2=0,34$; $P>0,05$), xronik periodontit dərin kariyeslə yanaşı, ən çox xronik parodontitlə, həmçinin ortopedik protezlərlə birlikdə rast gəlir - $17,0 \pm 2,8\%$ -dən $24,4 \pm 3,2\%$ -ə qədər ($\chi^2=2,92$; $P>0,05$).

Periodontitin müalicəsinin mürəkkəbliyi həm də onunla dəstəklənir ki, çox vaxt o, müxtəlif stomatoloji proseduraların keyfiyyətli həyata keçirilməsi üçün əlverişsiz olan molyarların periodont toxumalarında aşkar edilir - $46,0 \pm 2,9\%$. Periodontit premolyarların periodont toxumalarında bir qədər az - $28,2 \pm 2,6\%$ ($\chi^2=14,91$; $P<0,01$), köpək və kəsici dişlərin isə daha az - müvafiq olaraq

$13,8 \pm 2,0\%$ ($\chi^2=18,72$; $P<0,01$) və $12,1 \pm 1,9\%$ ($\chi^2=0,41$; $P>0,05$) aşkar olunur.

Periodontitlə belə bir yüksək xəstələnmə dərəcəsi çox vaxt pasiyentlərin stomatoloji yardıma vaxtında müraciət etməməsi ilə izah olunur. Nəzərə alınırsa ki, praktik olaraq pasiyentlərin hamısında bu və ya digər stomatoloji xəstəliklər və ortopedik protezlər aşkar edilmişdir, əvvəlki və hazırkı müraciətlər arasındakı məsafələr kifayət qədər uzunmüddətli hesab edilməlidir (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Pasiyentlərin stomatoloji yardıma əvvəlki və hazırkı müraciətlər arasındakı məsafənin müddəti

Məsafənin müddəti, aylarla	Müraciətlərin tezliyi, %-lə		Fərqin dürüstlüyü	
	Stomatoloji xəstəliklənmə (n=281)	Periodontit (n=298)	χ^2	P
≤2	17,1±2,3	27,2±2,6	8,52	>0,01
3-5	22,8±2,5	22,8±2,4	0,00	>0,05
6-8	22,8±2,5	21,5±2,4	0,26	>0,05
9-11	19,9±2,4	14,1±2,0	3,49	>0,05
≥12	17,4±2,3	14,4±2,0	2,05	>0,05

Stomatoloji xəstəliklərə görə müraciətlər olduqca müxtəlifdir, lakin əvvəlki və hazırkı müraciətlər arasında müxtəlif məsafələrin tezliyi kiçik hədudlarda - 17,1±2,3% ilə 22,8±2,5% arasında dəyişir ($\chi^2=2,85$; $P>0,05$). Belə ki, pasiyentlər stomatoloji yardıma həm 2 ay və daha az müddət ərzində, həm də 12 ay və daha çox müddətdən sonra müraciət edirlər. Periodontit zamanı vəziyyət bir qədər başqa cür görünür. Periodontitin klinik gedişinin kifayət qədər ağır olması pasiyentlərin daha erkən müraciət etmələrinə gətirib çıxarır - 27,2±2,6%, halbuki daha gec müraciətlər (12 ay və daha çox) 14,4±2,0% təşkil edir ($\chi^2=14,70$; $P<0,01$). Lakin pasiyentlərin kifayət qədər gec müraciət etmələri göstərir ki, xronik periodontit daha yüngül klinik formada keçə bilər və onları uzun müddət narahat etməyə bilər.

Bu, artıq qeyd edildiyi kimi, əsasən periodontitin konservativ müalicəsinin kifayət qədər effektiv olmaması ilə əlaqədardır ki, bu da pasiyentlərin müraciətlərinin sayını artırır.

Məsələn, son 3 ildəki xəstəliklənmə barədə pasiyentlərin anketləşdirilməsinin nəticələrinin təhlili göstərmişdir ki, birdəfəlik, yəni birincili müraciətlər 22,8±2,4%, çoxdəfəlik - 77,2±2,4% təşkil etmişdir, həm də pasiyentlərin 53,0±2,9%-də kifayət qədər tez-tez baş verən postterapevtik residivlər müşahidə

edilmiş, 28,5±2,6%-də diş-çənə sisteminin digər sahələrində də patologiyalar inkişaf etmişdir. Nəticədə pasiyentlərin 26,8±2,6%-də dişlər çıxarılmışdır. Buna müəyyən dərəcədə pasiyentlərin rentgenoqrafik diaqnostika ilə maksimal dərəcədə əhatə olunmaması da səbəb olur - cəmi 58,4±3,5%. Bunun nəticəsində digər stomatoloji xəstəliklər periodontit kimi qəbul edilir və qeyri-adekvat konservativ müalicə aparılır.

Beləliklə, hazırkı şəraitdə periodontit diş sıralarının tamlığının ciddi şəkildə pozulmalarına gətirib çıxaran əsas stomatoloji patologiyalardan biridir. Periodontit qalxan istiqamətdə yaş uyğunluğuna malikdir və çox vaxt kişilərin dişlərini zədələyir. Müxtəlif stomatoloji xəstəliklər və ortopedik müdaxilələr çox vaxt periodontitin inkişafına gətirib çıxarır və onun inkişafı ilk növbədə premolyarların, xüsusən də, molyarların periodont toxumalarında gedir. Lakin həm əhalinin stomatoloji yardıma müraciətlərinin tezliyi, həm də göstərilən diaqnostik və müalicəvi tədbirlərin xarakteri və həcmi periodontitlə xəstəliklənmənin səviyyəsinə uyğun gəlmir. Periodontitə görə aparılan konservativ müalicə isə yüksək effektivliyi ilə fərqlənmir və diş sıralarında yüksək dərəcəli itkilərə səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Безруков В.М., Робустова Т.Т. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М., 2000, №1, 772 с.
2. Данилов Е.О. Современные тенденции финансирования стоматологической службы / Труды 6-го съезда Стом. Асс.Росс. М., 2000, с.16-18.
3. Йолов Й.Й. Частота удалений зубов у лиц в возрасте от 35 до 44 лет // стоматология, 2001, №6, с.25-28.
4. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний. М., 2004, 213 с.
5. Лаврова П.А., Алексеева А.Р. Структура заболеваемости кариесом и периодонтитом и их взаимообследованность // Актуальные вопросы стоматологии, Самара, 2004, с.74-76.
6. Левченко Л.Т. Профилактика и консервативное лечение периодонтита. Методические рекомендации, Омск, 2000, 33 с.
7. Леонтьев В.К., Макарова Р.П., Кузнецова Л.И., Блохина Ю.С. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентов стоматологического профиля // Стоматология, 2001, №6, с.63-65.
8. Леус П.А. Коммунальная стоматология. М., 2004, 268 с.
9. Шарова К.А., Борисов С.С., Теплова М.Н. Влияние социально-экономических условий на частоту заболеваемости населения периодонтитом // Актуальные вопросы стоматологии, Самара, 2004, с.97-98.
10. Hanter M., Truin G., Kaysec A. Tooth and root conditions in the middle-aged and the elderly in Hongkong // Comm. Dent. Oral. Epidemiol., 2004, v.32, No5, p.381-385.
11. Heimdahl A., Nord C. Oral infections in immunocompromised patients // J. Clin. Periodontol., 1998, v.25, p.50-55.
12. Krishnan V., Johnson J., Helfrick J. Management of maxillofacial infections: a review // J. Oral. Maxillofac. Surg., 2003, v.63, p.868-872.
13. Lindhe J. Textbook of clinical periodontology. Copenhagen, Munksgaard, 2003, 648 p.
14. Murray J. The prevention of oral disease. Oxford University Press, 1999, 280 p.

РЕЗЮМЕ

**Заболеваемость периодонтитом городского населения и состояние оказания ему
стоматологической помощи**

Бабаев К.М.

Кафедра стоматологии Азербайджанского Международного Университета

В работе представлены результаты изучения заболеваемости городского населения периодонтитом и состояния оказываемой ему стоматологической помощи. Установлено, что заболеваемость периодонтитом в среднем составляет $43,6 \pm 1,9\%$ и приводит к серьезным нарушениям целостности зубных рядов. Периодонтит имеет восходящую приуроченность и чаще поражает мужчин. Чаще всего к развитию периодонтита приводят различные стоматологические заболевания и ортопедические вмешательства и в первую очередь, его развитие происходит в периодонтальных тканях премоляров и особенно моляров. Однако как частота обращаемости населения за стоматологической помощью, так и характер и объем оказываемых диагностических и лечебных мер не соответствует уровню заболеваемости периодонтитом. Проводимое же консервативное лечение периодонтита не отличается высокой эффективностью и дает высокую частоту потерь в зубных рядах.

SUMMARY

Disease periodontitis town population and condition of the rendering to him stomatology help

Babayev K.M.

Department of stomatology of the Azerbaijani International University

In work are presented results of the study to diseases of the town population periodontitis and conditions turned out to be him stomatology help. It is installed that disease periodontitis at the average forms $43,6 \pm 1,9\%$ and brings about serious breaches of wholeness of the teeth rows. Periodontitis has rising terrain and more often strikes the mans. Most often to development periodontitis bring the different stomatology of the disease and orthopedic interference and in the first place, his development occurs in periodontal tissues premoryare and particularly molarov. However as frequency address populations for stomatology by help, so and nature and volume rendered diagnostic and medical measures does not correspond to the level to diseases periodontitis. Conducted conservative treatment periodontitis does not differ high efficiency and gives the radio frequency of the losses in teeth rows.

ПЛЕНАРНАЯ СЕССИЯ ERO - FDI Порто (Португалия) - май 2006 год

Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация приняла участие на Пленарной Сессии Европейской Региональной Организации Всемирной Федерации Стоматологов ERO - FDI, состоявшейся 24-26 мая 2006 года в г. Порто в Португалии. В этом неописуемо живописном городе на побережье Атлантического океана была проведена весьма плодотворная работа. В соответствии с повесткой мероприятия была заслушана информация о деятельности руководства FDI по подготовке к проведению ежегодного стоматологического форума в



президент АСА проф. Алиева Р.К.



справа налево: проф. Маргвелашвили В. (Грузия), проф. Бартоломео Сержио (Италия), проф. Садовский В. и г-жа Садовская М. (Россия)

иметь прибыль в размерах, равных прибыли мужчин-стоматологов.

Большой интерес вызвала презентация Португальской Стоматологической Ассоциации, которая представила опыт своей работы по организации деятельности всех стоматологических клиник в зависимости от степени постдипломного обучения врачей

сентябре 2006 года в Шеньжэне в Китае, с которой выступила Президент FDI госпожа Мишель Арден. На заседаниях выступили руководители комитетов Dental practice committee, Science committee, Section of Women dentists worldwide.

Большое внимание было уделено деятельности комитета женщин в стоматологии. Все выступающие сошлись в едином мнении, что в Европе и видимо, в мире в целом, существует тенденция ограничения возможности женщин



на фоне старого города



дружеские отношения способствуют плодотворной работе

обучения в ряде стран не очень совершенна и продолжает сохранять свою порочную позицию обучения раз в 5 лет после окончания института.

Одним из вопросов, обсуждаемых на заседаниях, было рассмотрение заявок для вступления в ERO новых членов. Участники Пленарной Сессии проголосовали за принятие в члены ERO - FDI Украинской Ассоциации Стоматологов и Ассоциации Стоматологов Болгарии.

При рассмотрении вопроса о мести проведения Пленарной сессии ERO - FDI 2007 года были выдвинуты два предложения: Ереван и Москва.

Однако презентация города Москва, с которой блестяще выступил Национальный Секретарь Стоматологической Ассоциации России - проф. Садовский Владимир Викторович не оставила место сомнениям и результат голосования был в пользу проведения очередной пленарной сессии ERO - FDI в апреле 2007 года в Москве.



мост через реку Дуоро

стоматологов страны. Презентацию провел Президент доктор Орландо Монтейро да Сильва.

Второй день работы Пленарной Сессии был посвящен проблемам научной организации постдипломного обучения стоматологов. Докладчик - член правления FDI - Профессор Александр Мерсель (Израиль).

Весь доклад и последующие выступления были особенно актуальны для восточноевропейских и постсоветских стран, где система постдипломного

AĞIR KƏLLƏ-BEYİN TRAVMALI XƏSTƏLƏRDƏ FİBRİNOLİZ PROSESİ POZULMALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

A.Ə.Axunbəyli, V.S.Rəhimov, V.S.Mirzəyeva

Azərbaycan Tibb Universitetinin I Daxili xəstəliklər və reanimatologiya kafedrası

Koaqulyasiya və fibrinoliz prosesinin pozulmaları, kəllə-beyin travmalarının tez-tez rast gəlinən fəsadlarından [1, 3].

Ağır kəllə-beyin travmalı xəstələrdə hemostaz sisteminin öyrənilməsi sahəsində aparılan elmi araşdırmalardan məlum olur ki, damar-daxili laxtalanma (DDL) sindromu tromboz və hemorragiyalarla müşahidə olub, əsas xəstəliyin proqnozunu pisləşdirir. Bu kateqoriya xəstələrdə disseminə olunmuş mikrotrombemboliyalar ağciyərdə və beyində ikincili zədələnmələr əmələ gətirir [7]. İnkişaf etmiş DDL sindromu plazmin və onun inhibitorlarını aktivasiya etməklə laxtalanma və əks-laxtalanma prosesində disbalans əmələ gətirir [4, 5]. AKBT-lı xəstələrdə hemostaza həsr olunmuş elmi-tədqiqat işlərində DDL sindromunun inkişafında laxtalanma sisteminin öyrənilməsinə kifayət qədər fikir verilmişdir. Lakin əks-laxtalanma sisteminə, xüsusən də fibrinoliz prosesinə bir qədər az diqqət yönəlmişdir. Ona görə də bu problemin öyrənilməsi bizim üçün aktualdır.

İşin məqsədi: Yüngül və ağır kəllə-beyin travmalı xəstələrdə fibrinoliz sistemin komponentlərinin pozulma mexanizmlərinin öyrənilməsidir.

Material və müayinə üsulları: Tədqiqat işi Kliniki Tibbi Mərkəzin cərrahi reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində 2000-2005-ci illərdə müayinə və müalicə olunan 70 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələrin yaş həddi 16-70 arasında dəyişmiş və böyük əksəriyyəti (64) cavan və orta yaşlı olmuşdur. Müayinə olunan xəstələr 2 qrupda birləşmişdir:

I qrupa 32 nəfər yüngül beyin travması (beyin silkələnməsi) olan xəstələr, II qrupa

isə 38 nəfər ağır- kəllə beyin travması olan xəstələr daxildir. II qrupa daxil olan xəstələrdən 31 nəfəri beyin əzilməsi fonunda beynin beyindaxili hematoma ilə sıxılmasına görə cərrahi müdaxilə keçirmişdir. 7 nəfərdə isə ağır beyin əzilməsi olmuş və müdaxilə olmamışdır. Hər iki qrupda olan xəstələrdə nevroloji status Qlazko şkalası ilə qiymətləndirilmişdir. Daxil olan anda I qrup xəstələrin ağırlığı 14-15 balla, II qrupunkü isə 3-7 balla qiymətləndirilmişdir. Müayinə 1, 3, 5, 7-ci sutkalarda aparılmışdır. Nəzarət qrupunu 20 nəfər sağlam cəxs təşkil etmişdir.

Qanın fibrinolitik sisteminin müayinəsi aşağıdakı üsullarla aparılmışdır: plazmin, plazminogen, ümumi fibrinolitik aktivlik (ÜFA) və ümumi antiplazmin aktivliyi (ÜAA) V.A.Monastırski üsulu ilə [6]. XII kallikreinasılı fibrinogen (XII-KAF) A.Q.Arhipov, euqlobin fibrinogeni (EQF) isə "Texnologiya" test-dəsti ilə müəyyən edilmişdir [2].

Alınmış nəticələr Student kriteriyasından istifadə etməklə statistik yolla işlənmişdir.

Müayinə olunan xəstələrdə antibakterial, spazmolitik, dezaqreqant, antikoagulyant, vitamin terapiya və təzə dondurulmuş plazma transfuziyası aparılmışdır.

Müayinələrin nəticəsi və müzakirəsi: Bütün dövrlərdə öyrənilmiş parametrlərin təhlilində I-ci qrupla nəzarət qrupu arasında elə bir ciddi fərq aşkar olunmamışdır (cədvələ bax). Plazminin 1-ci gündən 7-ci günə qədər artması, plazminogenin isə 3-cü günə qədər azalması, 7-ci gündə isə normanın yuxarı sərhədi səviyyəsində olması müəyyənləşdirilmişdir. ÜFA praktik olaraq nəzarət

Ağır və yüngül KBT-lı xəstələrin kəskin dövründə qanın fibrinolitik sisteminin bəzi göstəricilərinin dinamikası (M±m)

Göstəricilər	Nəzarət	Müayinənin müddəti							
		1 gün		3 gün		5 gün		7 gün	
		I qrup	II qrup	I qrup	II qrup	I qrup	II qrup	I qrup	II qrup
Plazmin, %	101,2±2,8	109,7±6,5	83,9±6,6***	106,0±4,1	82,1±6,1***	108,8±4,5	83,2±7,6***	108,1±5,5	66,8±7,3***
Plazminogen, %	102,1±4,0	91,6±7,3	70,0±5,8***	85,6±7,5	73,7±6,7*	97,6±9,8	80,5±7,5***	112,2±8,9	93,9±10,8
ÜAA, %	99,4±3,8	100,3±3,5	88,5±4,0***	97,7±4,2	81,7±2,8***	102,9±5,6	84,2±2,8***	102,6±6,4	87,9±6,9
ÜFA, %	101,5±4,1	99,1±3,5	74,6±4,1***	96,4±3,9	80,5±5,0***	101,8±3,4	83,8±5,3***	112,1±2,1	84,8±7,0**
EQF, dəq	199,0±8,9	196,2±8,3	245,7±10,3***	201,4±6,2	305,1±10,3***	198,1±7,3	306,8±13,1***	187,9±7,1	276,1±13,1***
XII-KAF, dəq	8,3±2,6	7,8±3,3	112,2±17,6***	8,8±3,6	120,6±17,3***	8,2±3,6	112,0±19,6***	8,0±3,2	106,0±23,0***

Qeyd : * - nəzarət qrupu ilə müqayisədə fərqi düzlüyü, ** - I və II qrupda göstəricilər arasında ($p < 0,05$)

qrupundan 1 və 5-ci günlərdə fərqlənir, 7-ci gündə bir qədər artma müşahidə olunur. ÜAA müayinənin bütün günlərində dəyişir. EQF və XII-KAF normal səviyyədə qalmışdır.

2 qrupda xəstələrdə qanın fibrinolitik sistemini xarakterizə edən parametrlərdə ciddi dəyişikliklər müşahidə olunmuşdur. Plazmin müayinənin bütün dövrlərində azalmış, əksinə plazminogenin minimal səviyyəsi 1-3-cü günlərdə, 7-ci gündə isə təzədondurulmuş plazma transfuziyası fonunda normanın aşağı səviyyəsində olmuşdur. Fibrinolitik aktivlik isə nəzarət və 1-ci qrupa nisbətən 1-ci gündən 7-ci günə qədər daimi azalmışdır. EQF 1-ci gündə 9,1% halda ən yüksək səviyyədə, 5,4%-də azalma, 36,3% normal olmuşdur. EQF-in azalması 3-cü gündə, XII-KAF-nə görə fibrinolizin daxili mexanizmin pozulması isə 1-ci gündən başlayaraq qeyd olunur. ÜAA 2-ci qrup xəstələrdə, 1-ci qrup və sağlam qrupa nisbətən aşağı olmuşdur.

Beləliklə, yüngül kəllə-beyin travmalı xəstələrdə fibrinolitik aktivlikdə dəyişiklik qeyd olunmur, əksinə AKBT-lı xəstələrdə

fibrinolizin xarici və daxili mexanizmlərində aşkar pozulmalar meydana çıxır. Bu pozulmalar çoxfaktorlu olmaqla, nativ plazma köçürülməsi fonunda 7-ci gündə plazminogenin artması hesabına olur. Plazmin əksinə minimal səviyyədə, ÜFA isə normadan aşağı səviyyədə qeyd olunur. Plazminogenin aktivatorunun defisiti damar divarının endotelindən onun çıxmasının azalması ilə, artması isə mikrosirkulyator dövrənində yayılmış fibrinlərin əmələ gəlməsi ilə izah olunur [5, 9].

Eksperimental tədqiqatlarla sübut olunmuşdur ki, beyin kötüyünün zədələnməsi əks-laxtalanma sisteminin zəifləməsi ilə müşahidə olunur [4, 8].

Yüngül və ağır KBT-lı xəstələrin fibrinolitik sisteminin vəziyyətində göstərilən bu faktla bizim müayinələrin nəticələri arasında eynilik qeyd olunur. AKBT-lı xəstələrdə plazmin sisteminin mərkəzi rəqulyasiyasının pozulması, fibrinoliz prosesinin zəifləməsi mexanizmlərindən biri olmasını təsəvvür etmək olar. Eyni zamanda bu fikri təsdiqləmək üçün əlavə xüsusi müayinələrin aparılması zəruridir.

Nəticələr:

1. Yüngül KBT-lı xəstələrdə qanın fibrinolitik aktivliyinin pozulması müşahidə olunmur.

2. Baş beyin ağır dərəcəli zədələnməsi plazmin sistemində kobud dəyişikliklərin

olması ilə müşahidə olunur.

3. AKBT-lı xəstələrdə plazmin sisteminin vəziyyətinin mərkəzi rəqulyasiyasının pozulması fibrinoliz prosesinin zəifləməsinə və DDL sindromunun inkişafına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Axunbəyli A.Ə., Rəhimov V.S., Nəsirli R.M. Ağır kəllə-beyin travmasının kəskin dövründə qemokoaqulyasiyanın pozulmalarının xüsusiyyətləri //Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri. №2, 2005, səh.98-102.

2. Архипов А.Г., Еремин Г.Ф. //Лаб.дело, 1985, №11, с.648-651.

3. Гаджиев М.Г. ДВС-синдром при тяжелой травме головного мозга //Вопр.нейрохир., 1991, №3, с.8-10.

4. Калишевская Т.М. Регуляция жидкого состояния крови и ее свертывания-М.:Медицина, 1982, с.88-101.

5. Лычев В.Г. Диагностика и лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови-М.:Медицина, 1993, с.160.

6. Монастырский В.А., Гайда А.В., Даныш Т.В., Магеровский Ю.В. //Лаб.дело, 1988, №10, с.49-53.

7. Фермилен М., Ферстрате Ж. Тромбозы // Медицина, 1986, с.48-49.

РЕЗЮМЕ**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

А.А.Ахунбейли, В.С.Рагимов, В.С.Мирзоева

Кафедра внутренних болезней и реаниматологии АМУ

Компоненты фибринолиза были определены у 32 больных с легкой и 38 с тяжелой черепно-мозговой травмой на 1, 3, 5 и 7-ые сутки после травмы. У больных с легкой травмой какие-либо нарушения фибринолитической активности крови не наблюдаются. Тяжелые черепно-мозговые повреждения сопровождаются грубыми изменениями в плазминовой системе. Возможно, у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой нарушение центральной регуляции состояния плазминовой системы способствует ослаблению наружного и внутреннего механизмов фибринолиза, которое достигает максимума, начиная с 3-го дня, и приводит к развитию ряда факторов, характерных для диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

SUMMARY**FEATURES OF FIBRINOLYSIS DISORDERS IN PATIENTS WITH GRAVE CRANIOCEREBRAL INJURIES**

A.A.Akhunbayli, V.S.Rahimov, V.S.Mirzoyeva

I Internal diseases and reanimatology department of AMU

Fybrinolysis components were studied in 32 patients with slight and 38 ones with grave craniocerebral injuries on days 1, 3, 5, and 7 after the injury. No expressed disorders of blood fibrinolytic activity were revealed in patients with slight injuries. Grave craniocerebral injuries were associated with disorders of the plasmin system. Depression of the external and internal mechanisms of fibrinolysis were the most manifest starting from day 3 and caused by a number of factors characteristic of the developing disseminated intravascular blood coagulation syndrome and, possibly, by impaired regulation of the plasmin system by the central nervous system.

Как следует рассматривать хроническую лимфэдему губ?

Данилевский Н.Ф., д.мед.н., Несин А.Ф., к.мед.н., Коваль Н. И., к.мед.н.
Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Сообщение первое

Ключевые слова: лимфэдема губ, транзиторная, лабильная, стабильная, хейлит.
Key words: chronic lip lymphoedema, transitory, labial, stable, cheilit.

Среди поражений слизистой оболочки полости рта особое место занимают заболевания губ. Наибольшие сложности представляют хронические поражения, клинически сопровождающиеся увеличением объема губ, изменением топографо-анатомических границ этой области различной степенью нарушения их функций.

До недавнего времени все поражения этой группы диагностировали не дифференцировано, как "макрохейлиты" [10]. Существенное влияние на развитие макрохейлитов оказывает топографо-анатомическое расположение губ. Они располагаются на границе двух сред - внешней и внутренней, и постоянно подвержены воздействию многочисленных, разнообразных эндогенных и экзогенных раздражителей, которые непосредственно, в комплексе или опосредованно участвуют в развитии заболевания [4,6].

В последние десятилетия XX столетия начало формироваться мнение о целесообразности выделения среди макрохейлитов отдельных нозологических форм заболеваний [7]. Причиной этому послужило перманентное углубленное изучение причин их развития, попытки раскрыть патогенетическую суть той или иной формы заболевания, очертить изменения, возникающие в тканях губ, определить особенности клинической симптоматики, присущей для конкретных нозологических форм заболеваний [8].

В настоящем сообщении мы приводим

наше понимание развития одного из недостаточно изученных и не раскрытых хронических макрохейлитов - лимфэдемы губ. Большинство источников современной отечественной и зарубежной литературы приводят как правило, общее описание лимфэдемы губ [3,5,12,14]. В них, обычно, нет анализа влияния отдельных и комплексных причин морфологических изменений в тканевых структурах губ и окружающих тканях, не сформированы методические подходы и методы к диагностике и дифференциальной диагностике, а также критерии выбора метода адекватного лечения в зависимости от той или иной формы развития лимфэдемы губ [2,13].

Пусковыми механизмами в развитии ХЛГ может быть большое количество различных факторов. Наиболее частыми из них являются: хроническая травма, хронические одонтогенные процессы, развившиеся хронические периодонтиты, кистогранулемы, кисты фронтальной группы зубов. У многих пациентов их развитие было связано с дефектами пломбирования, некачественными протезами, ортодонтическими аппаратами. В отдельных наблюдениях ХЛГ развивалась на фоне самостоятельных поражений губ - фиссуральный, эксфолиативный, glandулярный, постлучевой хейлит и другие их формы [7,8].

Немаловажное значение для развития ХЛГ имеют эмбриогенетические факторы, которые обуславливают формирование

тканевых структур губ в эмбриональном периоде[1].

Клинические и лабораторные исследования достоверно показали роль состояния реактивности организма, влияние экзогенных и эндогенных факторов, различных общих заболеваний, вызывающих снижение защитных реакций отдельных органов, тканей и систем.

Наблюдая большое количество пациентов на протяжении последних 20-30- лет, мы убедились, что независимо от причин, послуживших возникновению ХЛГ, в ее клиническом течении следует выделить ряд форм, а в характере функциональных нарушений - несколько этапов их развития. Без такого подхода и без учёта определенных этапов развития ХЛГ, которые проявляются с четкой закономерностью, нельзя построить эффективный план общего и местного лечения и предусмотреть мероприятия по их профилактике.

Выявленная в процессе наблюдения закономерная общность проявления ведущих клинических симптомов ХЛГ, состояние микроциркуляции, структурно-морфологические особенности на различных этапах развития, позволила выделить три отдельные ее формы (транзиторная, лабильная, стабильная), которые характеризуются определенными клиническими, функциональными и патоморфологическими признаками [7,8,9].

Одним из ведущих клинических признаков каждой из форм лимфэдемы губ, является динамика проявления отека тканей губ, определяемая пальпаторно.

Английский физик Р.Гук экспериментально доказал, что напряжение в упругом деформированном теле прямо пропорционально к его относительной деформации, т.е. способность тел восстанавливать свою первоначальную форму после устранения нагрузки[11].

О динамических особенностях биологических тканей свидетельствует феномен

релаксация напряжения - это явление уменьшения со временем величины напряжения в тканях при поддержании постоянной величины деформации. В результате: при снятии напряжения отмечается остаточная деформация. Релаксация напряжения чисто динамический процесс - время его существования измеряется секундами или минутами, скажем, для мягких тканей лица время изменения на 50% равно 8-10 секундам. Релаксация напряжения зависит от морфологической структуры тканей - чем плотнее ткань (соединительная, коллагеновая, фиброзная) тем меньше податливость к деформации[11]. Этим объясняется факт отсутствия пальпаторного углубления в тканях при стабильной форме ХЛГ.

При транзиторной форме пальпаторное углубление, которое появляется вследствие нажатия пальцем или пуговчатым инструментом, выравнивается одновременно с устранением воздействия. При лабильной форме пальпаторное углубление заполняется более медленно, что согласуется с модулем Юнга, который означает увеличение податливости тел к деформации.

Транзиторная форма ХЛГ. Развивается при давности заболевания до 6 месяцев. Она проявляется ограниченным, односторонним отеком губы, нарушением микроциркуляции, лимфообращения, / функционально-динамического, механического, резорбционного характера/, лимфангиоэктазиями, гипертензией, лимфостазом. Для этой формы эти изменения характеризуются динамичностью, с хорошо выраженной компенсацией и обратимостью процесса.

Отек губы, как правило, развивается на фоне / или после рецидива /herpes simplex, посттравматического, эксфолиативного, glandулярного, фиссурального хейлитов, и соответствует стороне поражения, нередко распространяясь до носогубной складки.

Рецидивы наблюдаются 1-2 раза в месяц.

Отек при этой форме постепенно регрессирует полностью, реже частично.

При объективном обследовании выявляют незначительное или значительное увеличение объема губы. Отек обычно не распространяется за пределы губ.

Кожа периоральной области губ изменена только в участке поражения. Если отек развился на фоне фиссурального хейлита - на красной кайме видна поверхностная или глубокая трещина с участками гиперкератоза по краям, которые, порой возвышаются над уровнем красной каймы. Дно трещины или в стадии эпителизации, или же покрыто кровяной корочкой, при насильственном отторжении которой, трещина кровоточит. При пальпации область трещины уплотнена, умеренно болезненная, в остальных участках губа при пальпации безболезненная, консистенция тканей от мягко-эластической до плотно-эластической.

При Herpes simplex в момент рецидива кожа периоральной области и слизистая оболочка губ гиперемизированы, с наличием на их поверхности многочисленных пузырьков с прозрачной жидкостью или подсыхающих корочек буроватого цвета. Если этой форме предшествовал эксфолиативный хейлит / влажная форма / - губы ярко-красного цвета, увеличены. В зоне Клейна происходит интенсивная экссудация, образование корок. При их отторжении поверхность красной каймы губы покрыта экссудатом белесовато-серого цвета. При пальпации губа безболезненная, плотной консистенции, болезненная от химических, механических и температурных раздражителей.

При фоновом glandулярном хейлите губа увеличена, на красной кайме видна гиперемия застойного характера, сухость. При длительном течении болезни на слизистой оболочке видны инъецированные капилляры в виде нежной сеточки. Из эктопированных желез выделяется секрет,

который в литературе описан как симптом " капель росы ". Течение glandулярного хейлита может осложняться инфицированием протоков и самих желез, что приводит к ещё большему воспалению и отёку, с возможным появлением гнойного экссудата.

Для этой формы присущи значительные компенсаторные возможности сосудов и тканей, что позволяет рассматривать её как форму с благоприятным исходом.

II. Лабильная форма ХЛГ. Формируется в сроки от 6 месяцев до 1 года, обычно после транзиторной формы. Заболевание характеризуется субкомпенсированным прогрессирующим лимфостазом неустойчивого волнообразного течения, отеком, который распространяется за пределы губ, нарушением микроциркуляции, лимфообращения и обменных процессов в тканях, сопровождающихся гипоксией, диспротеозом и клеточной инфильтрацией.

Отек губы рецидивирует 2-3 раза в месяц. Свою величину он изменяет преимущественно в утренние и вечерние часы, не исчезая полностью на протяжении суток.

Больные жалуются на чувство одеревенелости, онемения, жара в пораженной губе. В период рецидива к этим жалобам присоединяются чувство покалывания, распирания, напряжения в тканях, покалывания. Измененная конфигурация губы затрудняет приём пищи, нарушает дикцию, эстетический облик больного.

Рис. 1 Внешний вид больного при хронической лимфедеме губ. Лабильная форма.

Объективно наблюдается значительное увеличение объема одной или обеих губ. Носогубные складки сглажены. Отёк распространяется за пределы красной каймы губ. Губа / или обе / эктопированы кпереди. Кожа губ, красная кайма и кожа периоральной области в период рецидива

гиперемированы, напряжены. Выражена пастозность тканей, при надавливании



остаются следы пальцев в виде небольших углублений. Слизистая оболочка губы в области преддверия отечная с отпечатками зубов. Пальпация безболезненная, ткани губы тестообразной консистенции. Регионарные лимфоузлы в период рецидива увеличены безболезненны или умеренно болезненные.

При лабильной форме ещё существуют резервные возможности сосудов губ, а в тканях функциональные нарушения преобладают над органическими, что позволяет рассчитывать на возможный благоприятный исход этой формы ХЛГ.

III. Стабильная форма ХЛГ является результатом не леченых или резистентных к проводимой терапии транзиторной и лабильной форм заболевания. При этой форме губы стойко увеличены. Динамика их размеров отсутствует. Нарушение лимфообращения и микроциркуляции некомпенсированы. В тканях губ происходит замещение их структур соединительной тканью, склероз и фиброз. Эти изменения распространяются на прилежащие участки лица, проявляются

развитием вторичного отёка и наступают, обычно, при давности более 1 года развития заболевания.

Стабильная форма ХЛГ является результатом не леченых или резистентных к проводимой терапии транзиторной и лабильной форм ХЛГ.

Больных угнетает эстетический вид, кроме того они жалуются на затрудненную речь, нарушение дикции, повышенную сухость или усиленную саливацию, особенно в ночное время. Больные постоянно ощущают распирание, напряжение в губе.

Объективно - обращает на себя внимание характерный вид больного - губы увеличены, вывернуты - "морда тапира", кожа, красная кайма губ и периоральная область гиперемированы и цианотичны. Огрубевшая, утолщенная кожа плотная при пальпации, тестоподобной консистенции, не берется в складку.

Слизистая оболочка губ, щек отечна с выраженным рельефом по линии смыкания зубов, умеренно напряжена, недостаточно увлажнена. Выводные протоки слюнных желез расширены, проявляются признаки glandулярного хейлита.

Если на стабильное состояние ХЛГ наслаивается развитие других процессов (трещина губы, постлучевой хейлит и др.), в этот период появляется мраморность рисунка кожи периоральной области, сквозь эпидермис просвечивают расширенные кровеносные сосуды мелкого калибра в виде нежной сеточки, наиболее четко контурируемой в центре отека.

Надо отметить, что для больных стабильной формы ХЛГ свойственна психо-эмоциональная неустойчивость, подавленное состояние, ограниченная коммуникативность, замкнутость. Такие пациенты раздражительны, порой истеричны. Появляется чувство канцерофобии.

Выявленные особенности клинических форм заболевания, установленная их связь с

функциональными показателями и органическими изменениями позволяют наметить патогенетические подходы комплексной терапии хронической лимфэдемы губ.

Они изложены в сообщении № 2.

Список принятых сокращений:

ХЛГ - хроническая лимфэдема губ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андрушин Ю.И. Возрастные изменения внутриорганного лимфатического русла красной каймы губ // Стоматология. М., Медицина, 1978. - №3. - с. 51-52
2. Беляков Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов // М. Медицина, 1993, с.256
3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта // М. Медицина, 1991, - с.365
4. Данилевский Н.Ф., Коваль Н.И. Клиника и лечение больных лимфэдематозным макрохейлитом // Стоматология, М., 1985 - с.43-44
5. Данилевский Н.Ф., Урбанович Л.И., Заверная А.М. Роль аллергического фактора в развитии хронического лимфэдематозного макрохейлита // Стоматология. М., Медицина, 1980. - № 3. - с.14-16
6. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта // М. ОАО "Стоматология", 2001. - с.271
7. Коваль Н.И. Хроническая лимфэдема губ. Клиника, диагностика, лечение: Автореф. дисс. канд. мед. наук - Киев, 1989 - с.25
8. Коваль Н.И. Особливості клінічних форм хронічної лімфедми губ.- Матеріали I (VIII) з'їзду стоматологів України (30 листопада - 2 грудня) 1999. - с 288-289
9. Коваль Н.И. Лечение хронической лимфэдемы губ препаратами вазопротекторного действия (энелбин - 100 ретард, лимфомиозот, траумель) Матеріали II (IX) з'їзду Асоціації стоматологів України 1-3 грудня 2004. - с.300
10. Урбанович Л.И. Клинико - морфологическая характеристика отдельных видов хронических приобретенных макрохейлитов // Стоматология. М. Медицина. 1970 №6. с. 22-25
11. Чалий О.В., Агапов Б.Т., Меленевська, М.І. Мурашко, Радченко Н.Ф. // Медична і біологічна фізика. Т.І, Київ, 1999. с.422
12. Foldi M. Das chronische Lymphoedem // Fortschr. Med. 1982. Bd 100, №19. - s.877-880
13. Foldi M. Fibrogenesis in chronic Lymphoedema // Lymphology. 1994. V.17., № 3. s.82
14. Gothwald W. Melkersson - Rosental, Sendrom. Klinik, Nosologie und Therapie. // Dtsech.mtd.Wschr., 1978, Bd.101, № 9, s. 338-341
- Danilevsky N., Nesyn A., Koval N. National Medical University What is clinical entity of chronic lip lymphoedema?

What is clinical entity of chronic lip lymphoedema?

Danilevsky N., Nesyn A., Koval N.

National Medical University

Report I

The article is devoted to systematic of clinical forms of chronic lip lymphoedema.

РЕЗЮМЕ

Как следует рассматривать хроническую лимфэдему губ?

Сообщение первое

Работа посвящена систематике клинических форм хронической лимфэдемы губ. Дан анализ влияния отдельных и комплексных причин морфологических изменений в тканевых структурах губ.

Сформированы методические подходы к диагностике и дифференциальной диагностике данного заболевания.

Патогенетические подходы к лечению хронической лимфэдемы

Данилевский Н.Ф., д.мед.н., Несин А.Ф., к.мед.н., Коваль Н. И., к.мед.н.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Сообщение второе

Ключевые слова: хроническая лимфэдема, гипотермия, гирудотерапия, пневмокомпрессия

Key words: chronic lip lymphoedema, hirudotherapy, hypothermia, pneumo-compression.

Выделенные и описанные нами формы клинического течения хронической лимфэдемы губ (ХЛГ), позволили определить методические подходы к комплексной терапии заболевания.

С нашей точки зрения, важными условиями успешного лечения ХЛГ являются:

1. Своевременная диагностика заболевания с определением его клинической формы;

2. Обязательное и максимально тщательное устранение очагов хронической инфекции как факторов, провоцирующих развитие ХЛГ;

3. Чёткая дифференциация методик консервативной терапии для каждой конкретной клинической формы ХЛГ.

Основными задачами лечебной тактики для каждой формы ХЛГ были:

- лечение фонового хронического воспалительного заболевания губ;

- нормализация микроциркуляции, лимфооттока сосудистой проницаемости, устранение ацидоза, гипоксии у больных транзиторной и лабильной формами. У больных стабильной формы дополнительно - воздействие на процессы фиброза и склероза в тканях губ.

Эти направления реализовывались местными и общими подходами в лечении.

Исходя из различной степени функциональных, обменных, морфологических и

других нарушений, объем местного воздействия на ткани губ определяли в зависимости от клинической формы.

Обязательным компонентом местного лечения всех форм, является пневмокомпрессионная терапия / пневмомассаж, пневморитм-компрессия губ/. С этой целью рекомендуем использовать аппарат нашей конструкции (а.с. СССР. № 1958497, А 61 Н - 9//00, 1986 г.).



Рис. 1. Пневмокомпрессия

Он обеспечивает вследствие сдавливания сосудов вытеснение крови и лимфы из их концевых отделов. Отток лимфы из межтканевого пространства улучшается за счет проникновения лимфы в сосуды, их заполнение, что ведет, в конечном итоге, к уменьшению отека.

Ритмическая компрессия также благотворно влияет на мышцы и сосуды губ, улуч-

шая их функциональную способность.

При транзиторной и лабильной формах достаточно 1-2 курсов пневмокомпрессии, при стабильной форме ХЛГ количество сеансов увеличивается до 3-х, или 4-х.

В домашних условиях следует рекомендовать самостоятельно проводить миогимнастику губ по разработанной и рекомендованной нами методике ежедневно / по 15-20 минут утром и вечером /.

Методика включает следующие упражнения:

1."хоботок" - губы вытянуть трубочкой до побледнения кожи и красной каймы губ;

2."оскал" - оттянуть углы рта в стороны и подержать 5-6 секунд;

3.захватить нижнюю губу верхней и медленно / 5-6 сек./ "сползти" с неё, упражнение повторить с верхней губой;

4.плотно сомкнуть губы, подержать 5-6 секунд и отпустить;

5."перекачивание воздушного шарика" - поочередное надувание щёк;

6.максимальное надувание и втягивание щёк;

7.максимальное открывание рта с напряжением круговой мышцы рта;

8."паровозик" - одновременное надувание обеих щёк и толчкообразное выталкивание воздуха;

9."полоскательные движения" - быстрое перемещение воздуха в полости рта;

10.напряжение мимических мышц / 2-3 сек./;

11."свист" - тест эффективности занятий.

Каждое упражнение повторяется 10 раз, сидя перед зеркалом.

Эффективность аутомассажа и миогимнастики больные отмечали после 5-7 сеансов. Лечение следует проводить в течение 3-4 месяцев несмотря на положительные результаты: исчезновение клинических признаков лимфадемы, отека и нормализацию анатомической формы губы.

Для устранения вторичного венозного и лимфатического застоя, улучшения микроциркуляции в сосудах следует рекомендовать гирудотерапию. Одну - две пиявки накладывают на область отека. Курс - 5 сеансов, через день.



Рис.2. Гирудотерапия

Лечебный эффект гирудотерапии заключается в механическом, рефлекторном и биологическом воздействии. Механическое действие связано с разгрузкой регионального кровотока, рефлекторное действие подобно иглорефлексотерапии. Биологическое действие обеспечивается наличием в слюне пиявки целой гаммы биологически активных веществ. Среди них ингибиторы трипсина и плазмина (бделины), ингибиторы альфа-химотрипсина, химазина, субтилизина и нейтральных протеаз гранулоцитов- эластазы и катепсина G (эглины), ингибитор свертывания крови -фактор ХА, высокоспецифические ферменты: гиалуронидаза, дестабилаза, триглицеридаза и холестерин-эстераза. Выявлен ряд соединений неизученной природы, подобных простаглицлину (пиявочные простаноиды), соединения, оказывающие действие, подобное гистамину.

Гиалуронидаза и коллагеназа разрушая важнейшие компоненты межклеточного матрикса-гиалуроновую кислоту и коллаген

"прокладывают путь" другим биологически активным соединениям пиявочного секрета, облегчая их проникновение в организм человека. Саратин и калин препятствуют прилипанию тромбоцитов к поврежденным стенкам сосудов. Бделины и эглины ингибируют протеолитические ферменты, вырабатываемые тканевыми базофилами подкожной клетчатки. Фермент аспираза отщепляет остаток фосфорной кислоты от АТФ, обеспечивая мощный противовоспалительный эффект пиявочного секрета. Кининазы блокируют действие медиаторов боли.

Кроме того секрет оказывает общее неспецифическое действие на организм человека. Доказательством этому служит повышение фагоцитарной активности нейтрофилов крови вследствие воздействия компонентов секрета на систему комплемента. Укусы пиявок вызывают возбуждение определенных рефлексогенных зон на поверхности тела, что оказывает благоприятное действие на организм больного. Гирудин - мощный ингибитор тромбина, блокирует свертывание фибриногена, замедляет активацию тромбином факторов свертывания V, VIII, XIII, препятствующих агрегации тромбоцитов. Его используют для лечения и профилактики синдрома внутрисосудистой патологии свертывания крови. Бделины - ингибиторы трипсина и плазмينا. Эглины ингибируют эластазу, катепсин G - относятся к группе сериновых протеаз.

Гирудотерапия оказывает наиболее выраженное положительное влияние при транзиторной и лабильной формах заболевания.

Нормализацию сосудистой проницаемости, тонуса сосудов, интенсификацию обменных процессов, уменьшение гипоксии, ацидоза, отека в очаге поражения обеспечивает также гипотермия. Для этой

цели можно использовать стоматологическую установку "Ятрань". Методика: температура на аппликаторе +2 - +3 градусов С, экспозиция 20 минут, ежедневно, курс лечения - 10 сеансов.



Рис.3. Гипотермия

Больным транзиторной формой ХЛГ гипотермию проводят с растворами, содержащие препараты тиосульф-группы, обеспечивающих снижение отека, замедление распада белков в зоне повреждения, снижение процессов всасывания продуктов распада тканей, снижение ацидоза и гипоксии. Обычно гипотермия оказывает стойкое расширение сосудов микроциркуляторного русла, устойчивое во времени - до 24 часов.

При стабильной формой гипотермию следует использовать с раствором бифунгина, учитывая его цитостатическое действие.

Для этой группы больных в комплексной терапии следует применять также топические кортикостероиды - фонофорез с мазями "Фторокорт", "Флуцинар", "Кенакорт". Они тормозят дезорганизацию соединительной ткани и оказывают выраженное антиэкссудативное и противоаллергическое действие, а ультразвук обеспечивает лучшую всасываемость используемого препарата.

Методика: мазь наносят на кожу и красную кайму губ, прикладывают излучатель ультразвукового аппарата к пораженному участку и скользящими движениями перемещают излучатель по всей поверхности пораженного участка. Интенсивность ультразвуковых колебаний в непрерывном режиме 0,2 - 0,4 Вт/см. Длительность процедуры - 10 минут, ежедневно, в течение 10 дней.

Основываясь на выявленных нами нарушениях иммунного статуса больных с ХЛГ, для системного воздействия на организм, следует назначить средства иммунокорректирующей терапии. Если организм больного sensibilizirovan - необходимо использовать гипосенсибилизирующую терапию.

По показаниям больным рекомендуются средства вазопротекторного действия, нормализующие сосудистую проницаемость, и поливитаминные препараты.

Описанный клинико - лабораторный анализ отдельных форм проявления ХЛГ позволяет представить схемы лечения каждой из её форм.

Схема I - / лечение транзиторной формы /

Общее лечение: средства гипосенсибилизирующей терапии - препараты кальция, антигистаминные - эриус, лоратадин, кларитин, фенкарол, агистам, кларидол (1-2 раза в сутки); вазопротекторы - лимфомиозот, венитан или венорутон по 15 капель 2 раза в день; средства, нормализующие сосудистую проницаемость - аскорутин, аскорбиновая кислота в обычных дозировках.

Местно: пневмокомпрессионная терапия, аутомассаж и миогимнастика губ, гирудотерапия, гипотермия с раствором тиосульфата - натрия до исчезновения симптомов отека.

Схема II / лабильная форма /

Общее лечение: средства гипосенсибилизирующей терапии; препараты, нормализующие сосудистую проницаемость вазопротекторы / лимфомиозот по 15 капель 3 раза в день, энелбин-100 ретард по 1 табл. 3 раза в день в течение трех месяцев /, венотонические - эскузан по 15 капель 3 раза в сутки, поливитаминные комплексы.

Местно: пневмокомпрессионная терапия, аутомассаж и миогимнастика, гипотермия с раствором бефунгина, гирудотерапия, мазь венорутон / или венитан / 2 раза в сутки.

Схема III / стабильная форма /

Общее лечение: кенакорт - 4 (по схеме - начиная с ? части таблетки 2 раза в день / 5 дней /, увеличивая дозу препарата каждые пять дней на ? часть до 8 мг в сутки, а затем снижая дозу на ? часть каждые пять дней.

препараты калия (панангин) по 1 таблетке 2 раза в день в течение всего периода приема гормонов. Аскорутин по схеме: 1 неделя - по 2 табл. 4 раза в день; 2 неделя - по 2 табл. 3 раза в день; 3 неделя - по 1 табл. 3 раза в день. Поливитаминный комплекс / декамевит по 1 драже 2 раза в сутки /.

Местно: пневмокомпрессионная терапия, аутомассаж и миогимнастика губ, гирудотерапия, фонофорез с "Фторокортом".

Оценка проведенных методов лечения указывает на их корреляцию с динамикой клинико - лабораторных показателей.

Так, напряжение кислорода в тканях губ после проведенной терапии изменяется:

при транзиторной форме - до лечения - 13,04 ед; после - 65,12 ед;

при лабильной форме - до лечения - 9,45 ед; после - 64,79 ед;

при стабильной форме - до лечения - 7,91 ед; после - 41,12 ед,

при физиологических величинах этого показателя: 67,50 - 71,50 ед.

Термография выявляет гетерогенные зоны гипертермии с выраженной "пятнистостью" пленки. Время изменения цветовой гаммы при активной термографии /с валидолом / замедлено до 1 минуты / при норме 20 сек./ . Восстановление этого показателя после проведенной терапии происходит почти у всех больных транзиторной и лабильной формами ХЛГ. У больных стабильной формой длительность восстановления цветовой гаммы наступает за 3-5 минут, реакция на валидол отсутствует, что свидетельствует о стабильном нарушении микроциркуляции и лимфообращения, явлениях снижения обменных процессов в тканях губ при этой форме, и требует разработки более радикальных вмешательств вплоть до хирургических.

Эхография губ подтверждает наличие начального лимфостаза, лимфангиоэктазий, гипертензии в тканях. Она выражается

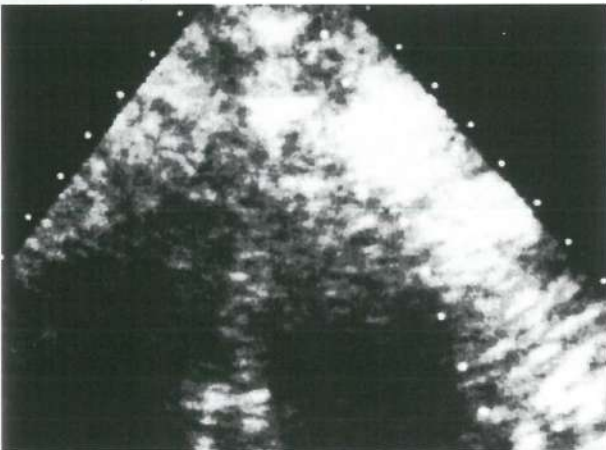


Рис. 4. Лабильная форма ХЛГ. До лечения

гомогенной повышенной прозрачностью, различной контрастностью рисунка у больных транзиторной формой ХЛГ. После лечения показатели нормализовывались полностью.

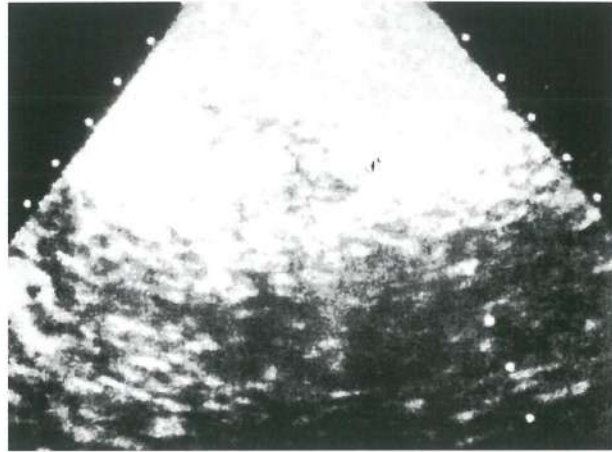


Рис. 5. Лабильная форма ХЛГ. После лечения

У больных лабильной формой эхографическая картина проявляется лимфостазом с нарушением обменных процессов /диспротеозом/, клеточной инфильтрацией. На эхограммах это проявляется чередованием зон повышенной прозрачности и плотности рисунка различной контрастности и конфигурации с преобладанием неизменных участков, что свидетельствует о начале очагового склерозирования. После лечения эти показатели нормализуются почти у всех больных.

При стабильной форме на эхограммах определяются зоны повышенной плотности, что свидетельствует о фиброзных и склеротических изменениях. При этой форме наступают наиболее выраженные необратимые нарушения, при которых в тканях губ органические изменения преобладают над функциональными, регрес основных клинических симптомов возможен лишь частично, а при стойком нарушении - он отсутствует.

Таким образом, наиболее высокий терапевтический эффект наблюдается у больных транзиторной и лабильной формами заболевания, где длительность процесса не превышает 1 года. Больным стабильной формой предложенное лечение было мало или не эффективным, что требует поиска иных путей решения этой проблемы.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Данилевский Н.Ф. Применение местной гипотермии в стоматологии // Методические рекомендации, К. - 1982 - с.22
- 2.Данилевский Н.Ф., Заверная А.М., Коваль Н.И. Лечение хронической лимфэдемы губ методом пневматической компрессии // Тезисы докладов на I-м съезде стоматологов Молдавской ССР. Кишинев, 1988., Ч.1.- с 68-69
- 3.Дрюк Н.Ф., Костенко Л.Н., Бульба Н.К. и др. Обследование и лечение больных с лимфостазом конечностей // Методические рекомендации.К.-1982.-с.23
- 4.Дудко Д.В., Макареня В.В. Лечебная физкультура в стоматологии К.Здоров'я, 1982. с.94
- 5.Зеновко Г.И. Ранняя диагностика заболеваний сосудов нижних конечностей методом термографии //Вестник хирургии им.И.И.Грекова. 1989. -№ 8. с.40-44
- 6.Кулыгина В.Н. Эхографические критерии адаптационной реакции сосудистого русла губ //Український стоматологічний альманах,2002.- с.18-21
- 7.Коваль Н.И. Хроническая лимфэдема губ. Клиника.Диагностика. Лечение. Автореферат диссканд.мед.наук, 1989, с25
- 8.Коваль Н.И., Воронина И.Е. Применение препарата Энелбин-100 ретард в комплексном лечении больных хронической лимфэдемы губ // Современная стоматология №2, 2006. с. 28-30
- 9.Коваль Н.И. Лечение хронической лимфэдемы губ препаратами вазопротекторного действия (энелбин-100 ретард, лимфомиозот, траумель) // Матеріали II (IX) з'їзду Асоціації стоматологов України . 2004. с.300
- 10.Борисенко А.В. Несин А.Ф., Коваль Н.И.,Ватанха Т.В. Применение гирудотерапии в комплексном лечении стоматологических заболеваний // Науковий вісник, 2006. № 2 с.68
- 11.Кошелева И.И. Патогенез и лечение трофических нарушений при хронической артериовенозно-лимфатической недостаточности. М. Медицина, 1987. с321
- 12.Баскова И.П. Медицинская пиявка. Эффективность и перспективы использования. // Вестник восстановительной медицины. № 1 М.,2004 с. 41-42
- 13.ГилеваО.С. Экспериментальное и клинко-функциональное обоснование, оценка эффективности применения гирудотерапии в лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта //Дискд-ра мед.наук. Пермь, 1997, 283-286
- 14.Пожарицкая Д.В., Нгема М.В., Пияльцева Е.А. Гирудотерапия в комплексном лечении больных синдромом Россолимо-Мелькерссона-Розенталя //Стоматология для всех, 2000,№4, с.21-27
- 15.Комплексные антигомотоксические препараты //Справочник Neel, 2002. с. 65-67, 104-107
- 16.Иммамалиев А.С., Липцман В.М. Примнение пневмомассажа для лечения посттравматических отеков нижних конечностей //Ортопедия и травматология. 1993 №2 с.55-56
- 17.Розенфельд Л.Г. Основы клинической дистанционной термодиагностики. // К. Здоров'я, 1988. с.222

РЕЗЮМЕ

Патогенетические подходы к лечению хронической лимфэдемы
Данилевский Н.Ф.,д.мед.н.,Несин А.Ф.,к.мед.н, Коваль Н. И.,к.мед.н.
Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Сообщение второе

Предложены дифференцированные схемы лечения клинических форм хронической лимфэдемы губ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛЬЗОВАНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ СО СЛОЖНОЙ НЕСЪЁМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ

Алимова Р.Г.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей



Гигиена полости рта является первым и ведущим звеном местной профилактики стоматологических заболеваний. Профилактикой заболеваний полости рта занимались ещё с древних времён. Первым приспособлением по уходу за зубами считались деревянные веточки - мисвак, найденные при раскопках в Египте. Далее появились специальные порошки, "зубное мыло", а на сегодняшний день изобилие зубных паст разнообразного характера пополнили рынок. Развитие различных средств экзогенной профилактики стоматологических заболеваний совершенствуется изо дня в день. Модернизируются зубные щётки, зубные пасты и интердентальные средства гигиены полости рта (зубные нити, ёршики, зубочистки, межзубные стимуляторы).

В сфере бурного развития современной стоматологии к местным факторам, способствующим ухудшению гигиенического состояния полости рта можно включить ортодонтические аппараты последнего поколения, как сложная несъёмная ортодонтическая техника (СНОТ) - брекет-система, фиксируемая на зубах при помощи специальных бондингов или металлических колец.

У лиц, пользующихся брекет-системой, значительно ухудшается гигиена полости рта. Это способствует формированию дополнительной зубной бляшки и минерализованных зубных отложений. Несъёмная ортодонтическая аппаратура ограничивает доступ средствам индивидуальной гигиены полости рта. Пациент не может провести надлежащим образом полноценную чистку зубов (4, 7).

Наши наблюдения показали, что образования налёта на дополнительных элементах СНОТ происходит в два раза быстрее по времени, нежели на зубах. На основных активно действующих элементах СНОТ, изготовленных из сплава Ni-Ti налёт минерализуется быстрее и больше чем на других. Например, на стальных проволоках отсутствует образование налёта, благодаря гладкой поверхности металла и его химического состава. Проволочный налёт или камень - это постоянный источник усиления трения механизмов СНОТ, что отрицательно влияет на динамику и качество ортодонтического лечения (2, 6). Процесс кристаллизации дентального налёта у детей со СНОТ протекает более интенсивно, чем у детей не пользующихся данной системой (1).

По мнению некоторых авторов, целенаправленная гигиена полости рта должна проводиться до начала ортодонтического лечения и, по необходимости, при использовании сложной несъёмной аппаратуры, а в частности брекет системы (8-11).

При ортодонтическом лечении с помощью брекет системы профессиональная гигиена

полости рта проводится с использованием электромеханических, ручных, вращающихся инструментов или EVA-системы (11). Обработка осуществляется с аккуратным подходом, кончик инструмента должен устанавливаться под углом 30-40° к поверхности зуба. При очищении контакт с элементами сложной несъемной ортодонтической аппаратуры не допустим.

В доступной нам литературе (9-11) описываются специальные средства для проведения индивидуальной гигиены полости рта при лечении несъемными ортодонтическими аппаратами брекет системы. Однако, каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Например, при использовании специальных ёршиков время, затрачиваемое на проведение индивидуальной гигиены полости рта увеличивается, т.к. этот ёршик надо провести по всем направлениям и вокруг элементов аппарата. Для этого пациенту необходимо выполнять специальные манипулирующие движения рук и головы.

В случае неточного выполнения вышеуказанных сложных, многоазовых, маневрирующих, координационных движений рук и головы пациента не обеспечивается механический доступ ёршика к ретенционным пунктам, составляющим основу конструкции и дизайна брекета. Это способствует образованию так называемого "остаточного налёта" на рабочей поверхности брекета и проволочных дуг, который приводит к усилению силы трения между пазом (слотом) брекета и проволочной дуги, что отрицательно влияет на динамику ортодонтического лечения (1).

Цель исследования - на основании объективных тестовых данных оценить результаты проведения индивидуальной гигиены полости рта пациентов, пользующихся сложной несъемной ортодонтической техникой и разработать более эффективные способы механической чистки зубов и рабочей поверхности ортодонтических приспособлений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 80 пациентов с зубочелюстными аномалиями, которым проводили ортодонтическое лечение с использованием СНОТ - брекет-системы на кафедре ортодонтии и детской стоматологии ТашИУВ. До начала ортодонтического лечения пациенты были разделены на три группы. Первая группа (контрольная группа), состоящая из 25 пациентов, проводила индивидуальную гигиену полости рта самостоятельно традиционным методом с использованием обычных зубных щёток (3), вторая группа (дополнительная), тоже 25 пациентов - проводила гигиену полости рта со специальными ёршиками и щётками, а третьей группе (исследуемая), в количестве 30 исследуемых, выдали универсальные зубные щётки специального назначения (УЗЩСН), предложенные нами (5).

Универсальность заключается в форме выполнения головки зубной щётки и посадки щетинок на головке, а также возможность более углублённо проникнуть к труднодоступным местам в полости рта и в конструкции брекетов.

Всем пациентам было разрешено использовать зубные пасты по их желанию (без специального назначения) и рекомендовали проводить тщательную чистку зубов и полости рта до и после сна, после употребления пищи и при любых обстоятельствах в течении 2х лет. Также до начала проведения ортодонтического лечения пациенты были обучены методике проведения индивидуальной гигиены полости рта с гигиеническими средствами.

В динамике наблюдений в качестве объективных тестов, определяющих эффективность проведения индивидуальной гигиены полости рта, выбраны следующие показатели:

1. Индекс гигиены полости рта (ОHI-S) по методике Грина-Вермильона (1964), (12).
2. Время, затрачиваемое на проведение индивидуальной гигиены полости рта.
3. Оценка состояния десен по индексу РМА (8).

Для определения индекса гигиены полости рта у пациентов каждой группы использовали краситель 2 % раствор метиленовой сини. Далее по окрашиваемой поверхности определяли по 4-х бальной системе наличие зубных отложений (Таблица № 1).

Таблица № 1.

**ОЦЕНКА ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА
В ДИНАМИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (в баллах)**

Группа обслед.	Кол-во обслед. (чел.)	Индекс ОНI-S до лечения	Индекс ОНI-S через 1 месяц	Индекс ОНI-S через год
I	25	2,7±0,05	2,6±0,04	2,3±0,03
II	25	2,5±0,03	2,2±0,02	1,7±0,02
III	30	2,6±0,04	1,7±0,01	1,2±0,01

Для определения времени, затрачиваемого на проведение индивидуальной гигиены полости рта, за основу мы взяли стандартный метод чистки зубов, при котором индивидуальная гигиена проводится в течение 3-х минут (Таблица № 2).

Таблица № 2.

**ОЦЕНКА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЧИСТКИ ЗУБОВ
В ДИНАМИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Группа обследованных	Количество обследованных (человек)	Время, затрачиваемое на проведение гигиены полости рта (в минутах)
I	25	3
II	25	6
III	30	3

Оценку состояния десен, их воспаление определяли по индексу РМА (Таблица № 3). Определяли воспаление десневого сосочка (Р), воспаление края десны (М) и воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти (А). Таблица № 3

Таблица № 3

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕСЕН В
ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ (в баллах)**

Группа обслед.	Кол-во обслед. (чел.)	Индекс РМА до лечения	Индекс РМА через 1 месяц	Индекс РМА через год
I	25	2,1±0,01	1,6±0,01	1,3±0,02
II	25	2,0±0,02	1,2±0,01	0,9±0,01
III	30	2,0±0,01	0,9±0,02	0,2±0,01

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Динамика наблюдений показала, что индекс гигиены полости рта и состояние десен по индексу РМА у исследуемых в третьей группе значительно улучшались, чем у пациентов в первой и второй группах, наблюдалась положительная динамика, и продолжалось снижение индекса. Время, затрачиваемое на проведение индивидуальной гигиены полости рта на много меньше в третьей группе, чем в первой и во второй, что даёт возможность пациенту выполнять индивидуальную гигиену полости рта без лишних затрат времени и дополнительных движений зубной щётки для осуществления механической чистки налёта. Результаты показали, что у пациентов не возникает усталости в проведении чистки зубов универсальной щёткой специального назначения, а также надоедливости проводимой процедуры в особенности у детей, что особенно важно при обучении индивидуальной гигиене полости рта.

В результате проведённых исследований мы пришли к выводу, что универсальная зубная щётка специального назначения облегчает индивидуальную гигиену полости рта за счёт времени, затрачиваемого на проведение процедур. Также дает дополнительный доступ к ретенционным пунктам, составляющим основу конструкции брекет систем при проведении индивидуальной гигиены полости рта без всяких специальных манипулирующих движений рук и головы пациента, не требующих сложных, многоразовых, координационных манёвров.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Алимова Р.Г., Махсудов С.Н. Мультибанд техник мосламалар сиртида хосил булувчи карашларнинг ортодонтик даволаш динамикаси ва самарасига булган салбий таъсирини урганиш.//Stomatologiya.-Ташкент, 2006.-№.-С.
- 2.Алимова Р.Г. Пути улучшения гигиенического состояния полости рта у ортодонтических больных с брекет-системой// Stomatologiya.-Ташкент, 2004.-№ 1, 2.-С. 69-71.
- 3.Алимова Р.Г. Эффективность школьной программы "Гигиена полости рта" в профилактике кариеса зубов у детей. - Ташкент, канд. дисс. 2002.-115с.
- 4.Арсенина О.И., Сахарова Э.Б., Кабачек М.В, Попова А.В. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники. Москва,- 2002.-55с.
- 5.Заявка на изобретение. Зубная щётка от 11.06.03 IAP 20030828.UZB.
- 6.Махсудов С.Н. и др. Брекет-системадан фойдаланиш ижобий хамда салбий жихатлари//Stomatologiya.-Ташкент, 2006.-№ .-С.
- 7.Мультибанд III / Под общей ред. Л.С.Персина (перевод с нем.яз.).-М., 2002.-88с.
- 8.Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.: Медицина, 1982.-229с.
- 9.Улитовский С.Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта: электрические и мануальные зубные щётки. "Стоматология России". Санкт-Петербург, 2003.-267с.
- 10.Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта."Книга плюс".- Киев, 2001.-207с.
- 11.Цимбалстов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. /Профессиональная гигиена полости рта. Санкт-Петербургский институт стоматологии. 2002.
- 12.Green J. and Vermillion J. The simplified Oral Hygiene Index. Journal of American Dental Association. 1964.-№3.-V68.-P.7-13.

Особенности финансирования стоматологических подразделений в сельских регионах Кыргызской республики, перешедших на новые методы финансового обеспечения по системе "Единого поставщика медицинских услуг" и "Единого плательщика". Финансирование отдельной стоматологической поликлиники.

И. М. Юлдашев.

Кафедра стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии КГМИПипК,
г.Бишкек, Кыргызская Республика.

Ключевые слова: стоматология, реформы, финансирование.

Key words: Dentistry, reforms, financing



Проводимое в нашей стране реформирование здравоохранения по программе "Манас" и ее продолжении - "Манас таалими" предполагает одним из ее основ реформирование финансирования (2, 3,

4, 12, 13, 18, 19, 20). Основными направлениями при подготовке реформирования системы финансирования были образование новых подразделений на первичном уровне медицинской помощи - Центров семейной медицины (ЦСМ), групп семейных врачей (ГСВ). Формирование этих новых подразделений проводилось с целью приближения к мировым стандартам организации медицинской помощи, а именно размежевания между первичной медицинской помощью и стационарами. ЦСМ и ГСВ были, в основном организованы на основе поликлиник бывших Центральных районных больниц (ЦРБ). Остальная - стационарная часть была преобразована в территориальные больни-

цы (ТБ). Это разделение было проведено с целью способствовать большей самостоятельности медицинских организаций, рачительному, конкретному и адресному расходованию недостаточных в медицине финансовых средств (5, 8, 10, 12, 14, 15).

Следующим шагом, также следуя мировому опыту, было разделение участников предоставления медицинских услуг на "поставщиков" - в лице медицинских организаций всех уровней, поликлинического и стационарного секторов и "покупателей" - в лице фондов Обязательного медицинского страхования (ОМС) на областном, городском и республиканском уровнях. Данное разделение предполагало введение элементов конкуренции, что подразумевало улучшение, в будущем, качества предоставляемой медицинской помощи (1, 7, 9, 11, 16, 17).

Предполагалось, что первичная медицинская помощь будет полностью бесплатной, или частично (в секторе стоматологии, других затратных подразделениях) платной в виде сооплаты. На первичном уровне вводилось подушевое финансирование, с

некоторыми дополнительными видами финансирования. Стационары переводились на финансирование "за пролеченный случай" (6, 10, 21).

При проведении реформирования как в структурной организации, так и финансировании, стоматология осталась не полностью вовлеченной в сферу проводимых реформ. Причины были как объективные, так и субъективные.

Структурно стоматологические подразделения республики - в данном случае в сельских регионах, представляли собой, в основном две различных единицы. Первая - отдельная самостоятельная районная стоматологическая поликлиника. Таковых было большинство в Иссыккульской, Ошской, Жалалабатской, Баткенской областях. Другим видом было стоматологическое отделение при поликлинике ЦРБ, которое при реорганизации, реструктуризации ЦРБ было преобразовано в стоматологическое отделение при ЦСМ. Так было в большинстве районов Чуйской, Таласской и Нарынской областей.

Целью настоящей статьи является, на основании изучения стратегии реформирования системы финансирования провести анализ финансирования в отдельной самостоятельной районной стоматологической поликлинике - для проведения в дальнейшем сравнения результатов внедрения новых методов финансирования, распределения финансовых ресурсов в отдельной самостоятельной районной стоматологической поликлинике и стоматологическом отделении при центре семейной медицины.

Как известно основным документом, призванным регулировать изменения, регулирующим новые методы финансирования является Приказ Министерства финансов № 208-п от 16. 07.2002 года. Он предусматривает перевод лечебных учреждений на новый механизм финансирования, и проведение расчетов по конечному результату

работы.

Согласно Приложению №1 данного приказа определена система показателей для формирования бюджета и проведения расчетов с учреждениями здравоохранения, перешедшими на механизм финансирования в системе "Единого плательщика" из средств Государственного бюджета. Таковыми показателями для Стоматологических поликлиник и стоматологических отделений ЦСМ являются:

- численность прикрепленного населения,
- норматив подушевого финансирования из средств государственного бюджета в год.

Приложение № 2 этого же приказа содержит Инструкцию по разработке и применению показателей для формирования государственного бюджета и проведения расчетов с учреждениями здравоохранения, перешедшими на механизм финансирования в системе "Единого плательщика". В нем определен норматив подушевого финансирования стоматологических поликлиник, стоматологических отделений ЦСМ - как расчетный показатель финансирования стоматологических поликлиник, стоматологических отделений ЦСМ в среднем на одного прикрепленного жителя в год.

Бюджет стоматологической поликлиники, стоматологического отделения ЦСМ на предстоящий год определяется как произведение подушевого норматива финансирования на численность прикрепленного населения по обслуживаемому региону.

Как известно, доходная часть бюджета стоматологической поликлиники, или стоматологического отделения при ЦСМ, как и других медицинских учреждений имеет и другие источники поступлений. Это специальные средства и средства сооплаты. Отдельные стоматологические поликлиники в большинстве не имеют договоров с фондом ОМС и пока не имеют дополнительных средств от страхования.

Таким образом, доходы стоматоло-

гической поликлиники или отделения ЦСМ составляют:

"Средства государственного бюджета в размере подушевого норматива финансирования за обслуживаемое население;

"Средства сооплаты населения за оказание медицинских стоматологических услуг; средства сооплаты в стоматологической поликлинике или отделении ЦСМ образуются за счет предоставления медицинских услуг по Прейскуранту цен на стоматологические услуги, утверждаемому приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по согласованию с Государственной комиссией по антимонопольной политике.

"специальные средства, формирующихся за предоставление ортопедических, ортодонтических услуг по Прейскуранту цен на стоматологические услуги, утверждаемому приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по согласованию с Государственной комиссией по антимонопольной политике, а также иных услуг немедицинского характера

Немаловажным является положение Инструкции, по которому: "Бюджет стоматологического отделения ЦСМ формируется самостоятельно и включается в сводный консолидированный бюджет ЦСМ отдельной строкой".

Эта же Инструкция содержит положения по формированию сметы расходов по средствам государственного бюджета, специальным средствам и средствам по сооплате. Приведем подробную выписку о формировании сметы расходов стоматологических подразделений: "Формирование сметы расходов по средствам государственного бюджета. Смета расходов стоматологической поликлиники, стоматологических отделений ЦСМ:

Средства государственного бюджета, зарабатываемые стоматологическими поликлиниками или стоматологическими отделениями ЦСМ, приоритетно направ-

ляются на:

формирование фонда гарантированной заработной платы персонала и отчисления в Социальный фонд;

медикаменты для исполнения ПГГ; полную оплату коммунальных услуг.

Формирование сметы расходов по средствам ОМС

Средства ОМС используются в соответствии с Временным положением о порядке расходования средств обязательного медицинского страхования. Средства ОМС не могут быть направлены на коммунальные, транспортные расходы, капитальный ремонт.

Формирование сметы расходов по средствам сооплаты

Средства сооплаты распределяются по статьям расходов в соответствии с Временной инструкцией "О порядке использования и учета средств сооплаты населением медикаментов, питания и отдельных видов медицинских услуг", утвержденного приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики:

до 20 процентов направляется на формирование фонда дополнительной заработной платы и отчисления в Социальный фонд;

оставшиеся средства распределяются ЛПУ самостоятельно, исходя из его потребностей в медикаментах, продуктах питания, мягком инвентаре и прочих расходах.

Средства сооплаты не могут быть направлены на коммунальные, транспортные, командировочные расходы, капитальный ремонт и приобретение оборудования.

Формирование сметы расходов по специальным средствам

Специальные средства используются в соответствии с потребностями ЛПУ по всем статьям расходов.

Формирование консолидированной сметы расходов

После формирования смет расходов по источникам финансирования и структурным подразделениям, необходимо состав-

вить консолидированную смету расходов и проанализировать сложившуюся структуру расходов.

Средства, направляемые в единый фонд оплаты труда, должны обеспечивать выплату гарантированной заработной платы из средств государственного бюджета и дополнительной - из средств государственного бюджета, ОМС, сооплаты и специальных средств. При этом расходы на заработную плату и отчисления в Социальный фонд в общих консолидированных расходах не должны превышать:

- по подразделениям больницы - 45 процентов;
- по ЦСМ, ГСВ, включая ФАПы - 60 процентов;
- по станциям СМП, или отделениям СМП больниц и ЦСМ - 50 процентов;
- по стоматологическим поликлиникам - 60 процентов.

Средства на коммунальные расходы не должны превышать 30 процентов общего объема консолидированных затрат и обеспечить полную потребность и выполнение договора между ТУ Фонда ОМС и руководителем учреждения.

Консолидированная смета расходов утверждается руководителем учреждения и представляется ТУ Фонда ОМС."

Проведем сравнение на примере финансирования и расходования финансов в самостоятельной стоматологической поликлинике - Районной стоматологической поликлинике Жетиогузского района Исыккульской области и стоматологическом отделении, входящем в состав ЦСМ в качестве структурного подразделения - стоматологическом отделении Кеминского ЦСМ Чуйской области. Данные по финансовой деятельности указанных подразделений представлены на рис. 1, таблицах 1,2,3.

Вначале посмотрим поступление и распределение финансов в отдельной - Жетиогузской районной стоматологической

поликлинике. Данные представлены в Таблице №1.

По данным этой таблицы видно, что основные поступления по бюджету расходуются на обязательные выплаты по заработной плате, отчислениям в Социальный фонд. Эти затраты составляют основной процент финансирования и составляют по данным Жетиогузской стоматологической поликлиники от 38 до 87,2%. Следующая статья расходов - приобретение оборудования и медикаментов имеет сравнительно небольшую долю в расходах и за исследуемый период составляла от 2,1% до 7,6%. Следует подчеркнуть, что даже при небольшом бюджетном финансировании, поликлинике удавалось стабильно тратить на приобретение оборудования до 5 тыс. сомов в год, что, по данным таблицы составляет 1,2% - 1,4%. Общие расходы на приобретение оборудования и медикаментов составляли от 2,1% до 7,6%. Расходы на коммунальные услуги представляют значительный разброс - от 1,4% до 24%. По-видимому, это связано с фактом единовременных выплат, по мере накопления платежей или по мере поступления финансовых средств. В данном случае - выплаты за коммунальные услуги, как и выплаты по заработной плате и отчисления в Социальный фонд являются обязательными. Положительным моментом является факт стабильного изыскания средств на приобретение медицинского оборудования и медикаментов. Также по представленным данным видно, что руководство поликлиники изыскало небольшую сумму (5 тысяч сомов) на капитальный ремонт в 2003 году.

Следующий источник поступления финансовых средств - специальные средства. Имеются ввиду средства, поступающие от платных зубопротезных услуг, оказываемых врачами ортопедами, в ортопедическом (зубопротезном) отделении поликлиники.

Таблица №1.

Сведения о финансировании (тыс. сом) Жетиогузской районной стоматологической поликлиники Иссыккульской области.

Год	Всего финансировано (тыс.)	З/плата (тыс.)	С/фонд (тыс.)	Итого	%	Оборудование (тыс.)	Медикаменты (тыс.)	Итого	%	Ком. Услуги (тыс.)	%	Прочие расходы (тыс.)	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
По бюджету													
2002	419,40	219,4	51,5	270,9	65,0	5,0	27,0	32,0	7,6	102,0	24,0	14,5	3,5
2003	358,00	249,6	62,4	312,0	87,2	5,0	18,0	23,0	6,4	5,0	1,4	13,0	3,6
2004	924,40	281,5	70,2	351,7	38,0	5,0	14,0	19,0	2,1	45,3	4,9	513,2	55,5
2005													
По спецсредствам													
2002	78,363	25,763	6,5	32,263	41,0	-	13,2	13,2	16,8	1,5	1,9	31,4	40,0
2003	48,60	22,40	6,9	29,3	60,1	-	5,0	5,0	10,2	-	0	14,3	29,4
2004	91,72	32,22	7,4	39,65	43,2	3,6	6,5	10,1	11,0	28,5	31,1	13,5	14,7
2005													
По сооплате													
2002	30,564	4,366	-	4,366	14,3	3,199	20,792	23,991	78,5	-	-	2,207	7,2
2003	46,835	8,501	3,150	11,651	25,0	7,885	19,046	26,931	58,0	-	-	8,253	17,6
2004	45,306	9,102	2,600	11,702	26,0	-	30,541	30,541	67,0	-	-	3,292	7,3
2005													

По данным таблицы - основное назначение данных средств - выплата заработной платы врачам ортопедам, вспомогательному медицинскому персоналу, а также приобретение медицинского оборудования, стоматологических материалов и медикаментов. Кроме этого закладываются расходы на оплату коммунальных услуг. За исследуемый период затраты на выплату заработной платы составляли от 41% до 60%. Затраты на приобретение медицинского оборудования, стоматологических материалов и медикаментов - составляли от 10,2% до 16,8%. Затраты на коммунальные услуги - от 0% до 46%. Последние цифры значительного разброса, по видимому, объясняются проведением проплат по мере поступления счетов на оплату или по мере поступления финансовых средств, для осуществления проплат.

После проведения реформирования системы финансирования в пилотных регионах дополнительным источником поступления финансовых средств является сооплата. По данным отдельной Жетиогузской районной стоматологической поликлиники, отчеты по сооплате ведутся с 2002 года. Согласно правилам распределения финансовых средств, поступающих по сооплате,

примерно 20% из них должны расходоваться на прибавку к заработной плате врачей. Примерно 70% необходимо расходовать на приобретение медикаментов, стоматологических материалов, которые заказываются врачами, и которые, как предполагается, затрачиваются на лечение зубов пациентов. Примерно 10% составляет резервный фонд на приобретение средств первой необходимости. Анализ расходования финансовых средств, поступивших по сооплате, показывает примерно такие данные. Так на дополнительную заработную плату врачам, работающим по сооплате за истекший период затрачено от 14,3% до 26%. На приобретение материалов и лекарственных средств потрачено от 58% до 78,5%. Прочие расходы составили от 7,2% до 17,6%.

Таким образом, источниками поступления финансовых средств в отдельной районной стоматологической поликлинике являются бюджетные средства, специальные средства, средства сооплаты. Бюджетные средства расходуются в основном на выплату заработной платы, отчисления в Социальный фонд, оплату коммунальных услуг. Незначительная часть от бюджетных

средств расходуется на приобретение медикаментов и медицинского стоматологического оборудования. Финансовые средства, поступающие по специальным средствам, имеют конкретные статьи расходов. Это выплата заработной платы врачам ортопедом зубопротезного отделения, вспомогательному медицинскому персоналу, приобретение медицинского инструмен-

тария, материалов, выплаты за коммунальные услуги, прочие расходы. Средства по сооплате расходуются в основном на приобретение материалов и медикаментов, дополнительные выплаты к заработной плате врачей, работающих по методу сооплаты, и незначительные средства на прочие расходы.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Алимский А.В. Организация стоматологической службы в условиях рыночной экономики. //Проблемы стоматологии. - 1998, №2. - С. 58-59.
- 2.Бауэлкен Кэролайн. Планирование бюджета здравоохранения на долгосрочный период. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 20-23.
- 3.Барашкина Г., Назаркина Г., Шатманалиева Ф. Новые методы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 54-58.
- 4.Ибраимова А. С., Исабекова Г. Байбориева А., Абдыкеримова м. Новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 9-12 июня 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 45-49.
- 5.Каратаев М. М. Распределение финансовых средств на одного жителя. //Экономика здравоохранения. - 2001. - №2. - С.15-16.
- 6.Калининская А. А. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда стационаров. //Экономика здравоохранения. - 2001. - №3. - С.23-26.
- 7.Концепция становления и развития системы ОМС (Проект). //Экономика здравоохранения. - 1996. - №6-7. - С.80-86.
- 8.Касиев Н. К., Мейманалиев Т. С. Реформы здравоохранения в Кыргызской республике. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 9-12 июня 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 7-14.
- 9.Касиев Н. К., Мейманалиев Т. С., Ибраимова А. С., Самышкин Е. А. Система обязательного медицинского страхования в Кыргызской республике. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 9-12 июня 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 15-19.
- 10.Кошмуратов А. Г., Кожокеев К., Туякова Э. Система финансирования стационаров по пролеченному случаю. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 9-12 июня 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 50-53.
- 11.Катцин Дж., Ибраимова А., Кадырова Н., Исабекова Г., Самышкин Е., Катаганова З. Инновации в ассигновании ресурсов, аккумулировании и закупке в системе здравоохранения Кыргызстана. Рабочий документ ЗПН (Здоровье, питание и население). Вашингтон: Всемирный банк, Консультативная служба по здоровью и населению, 2001. - 67с.
- 12.Мейманалиев Т. С. Кыргызская модель здравоохранения. - Бишкек, "Учкун". - 2003. - 688с.
- 13.Национальная программа реформ здравоохранения "МАНАС" (1996-2006). Бишкек: Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 1996. - 56с. (Н6)
- 14.Falkingham J. Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan 2001\ the final report to Ministry of Health of Kyrgyzstan and the Health and Population Division, Central Asia, United Kingdom Department for International Development. - Bishkek. - 28p.
15. Gwatkin D. R. Socio-economic in health, nutrition, and population in the Kyrgyz Republic. Washington, DC, HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank, 2000. - 23p.

16. Health care systems in transition. Kyrgyzstan. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. - 30p.
17. Implementation of health care reforms in Kyrgyzstan. July 1996 - April 1997. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. - 1997. - 98p.
18. Kutzin J. Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 24. - Bishkek: World Health Organization, Ministry of Health. - 2003. - 12p.
19. Kutzin J. Note on MOH plans for co-payment levels for 2002. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research . - Bishkek: World Health Organization, Ministry of Health. - 2002. - 21p.
20. Kutzin J. Note on patient awareness of co-payment levels. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 15. - Bishkek: World Health Organization, Ministry of Health. - 2002. - 27p.
21. Schuth T. Peoples Perspectives on the Co-payment policy: rapid appraisal study in the pilot area of Chui and Issyk-Kul oblasts. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 8. Bishkek, World Health Organization and MANAS Health Policy Analysis Project, Ministry of Health, Kyrgyz Republic. - 2001. - P.32-34.

РЕЗЮМЕ

Особенности финансирования стоматологических подразделений в сельских регионах Кыргызской республики, перешедших на новые методы финансового обеспечения по системе "Единого поставщика медицинских услуг" и "Единого плательщика". Финансирование отдельной стоматологической поликлиники.

И. М. Юлдашев.

Кафедра стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии КГМИПипК, г. Бишкек, Кыргызская республика.

В статье представлен обзор новых методов и механизмов финансирования и распределения финансовых ресурсов в соответствии с организацией систем "единого поставщика" и "единого плательщика" медицинских услуг, проводимых по программам реформирования здравоохранения "Манас" и "Манас таалими" в Кыргызской республике. На примере финансирования самостоятельной отдельной районной стоматологической поликлиники показаны финансовые потоки поступления и распределения ресурсов по основным статьям расходов.

SUMMARY

The financing peculiarities of the Kyrgyz Republic rural Stomatological units, passed to new financial supply according systems of medical service "One supplier" and "One payer". Sample of single Stomatological unit financing.

Ishat M. Yuldashev

Dept. of Stomatology, Maxillo-Facial and Plastic Surgery, Kyrgyz State Medical Institute for Advanced and Postgraduate Trainings, Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Article presents a review of new financing and finance distribution methods and mechanisms according building up systems of medical service "One supplier" and "One payer" carrying out by Health service reforming programs "MANAS" and "MANAS TAALIMI" in the Kyrgyz republic. On the sample of Independent separate rural Stomatological policlinic financing has been shown financial streams of income and distribution of sources by main expenditure items.

Подготовка научных кадров по стоматологии в Азербайджане

доц. Мусаев Ф.А.

Кафедра терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета



После организации в 1954 году стоматологического факультета Азербайджанского Медицинского Института при подготовке врачей-стоматологов ощущался острый недостаток в квали-

фицированных педагогических кадрах, имеющих научную степень. Созданные кафедры стоматологии возглавили: челюстно-лицевую хирургию и стоматологию единственный доктор медицинских наук профессор Гюли Рахман оглы Курбанов; терапевтическую и ортопедическую стоматологию кандидат медицинских наук, доцент Ахмед Исмаил оглы Гасанзаде.

Учитывая острую необходимость создания новых профильных кафедр по стоматологии, руководство Министерства Здравоохранения и Медицинского института направили группу молодых врачей-стоматологов в ведущие города СССР для прохождения обучения в аспирантуре. В 1963-1965 годы, закончив обучение в Киеве, защитили диссертации на степень кандидата медицинских наук А.Г.Гаджиев (ортопедическая стоматология), О.Р.Мамедов (терапевтическая стоматология), О.Бабашов (хирургическая стоматология). Другая группа врачей-выпускников АМИ была направлена для обучения в аспирантуре в Москву, где успешно защитили свои диссертации: Р.Б.Мирзоев (терапевтическая стоматология), Б.Г.Гусейнов (хирургическая стоматология), В.Исмаилова (ортопедическая стоматология).

В последующие годы (1965-1969 г.г.) завершив обучение, удостоились степени кандидата медицинских наук Ч.А.Пашаев (терапевтическая стоматология), Т.А.Бабаев (хирургическая стоматология), И.Б.Садыхов (ортопедическая стоматология), Р.Г.Гашимов (ортодонтия), Я.М.Адыгезалов (ортодонтия). О.С.Сеидбеков обучался в целевой ординатуре в Москве. В 1970 году защитил диссертацию по хирургической стоматологии. В это же время, пройдя курс целевой аспирантуры в Перми кандидатами наук по стоматологии, стали А.А.Курбанов (терапевтическая стоматология) и Р.М.Гасанлы (хирургическая стоматология). Как следует из вышесказанного подготовка научных кадров и защита ими диссертаций до конца 60 годов в основном проводилась в России и Украине. К тому времени сама республика уже располагала национальными кадрами, позволяющими проводить в Баку выполнение научных работ. С этой целью в состав хирургического Совета были введены ученые-стоматологи проф.Г.Р.Курбанов, проф. А.А.Ахмедов, доц.А.И.Гасанзаде и др. Совет возглавлял хирург, заслуженный деятель науки, проф.М.Махмудбеков, наряду с приемом диссертаций на защиту по хирургическим дисциплинам, этот Совет имел право приема диссертации по стоматологии. На данном Совете успешно защитили свои диссертации в 1968 году Э.Э.Керимов; в 1969 году Т.Г.Гусейнова и Э.Г.Курбанов; в 1970 году М.Л.Алекперова; в 1971 году Ф.А.Мусаев и А.Г.Гусейнов; в 1972 году Э.Г.Таривердиева, Г.Д.Мехтиев, А.М.Сеидбеков. Многие из них продолжают и поныне работать на кафедрах стоматологического факультета.

Наряду с кафедрами АМУ подготовка

научных кадров по стоматологии велась и на кафедре стоматологии Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования врачей. Эту кафедру организовал в 1962 году и возглавил к.м.н., доцент А.А.Ахмедов. Доцентами кафедры работали О.Р.Мамедов и И.Б.Садыхов. Сотрудники этой кафедры под руководством доцента О.Р.Мамедова изучали вопросы профессиональной патологии органов полости рта, отраженные в диссертациях И.С.Гюльалиева (1971), Т.Анифаева (1972), З.И.Гараева (1974), А.Д.Плещеева (1976), Т.К.Шалбарова (1980). Этой же проблеме были посвящены диссертации Г.М.Гамзаева (1971), Н.С.Агамалиева (1974), Э.Г.Тагиева (1994). В 1980-1990 годы ряд врачей-стоматологов выполнили или защитили свои диссертации за пределами республики. В частности Д.М.Самедов (1981), А.И.Тагиев (1982), К.Л.Асланов (1984), М.М.Алиев (1985), Э.Г.Амрахов (1986), С.А.Гаджиев (1986), Р.К.Алиева (1990), С.В.Аскеров и С.А.Мамедова (1990), Р.К.Гасымов (1990), М.Исмаилов (1991) - защитились в Москве. В Казанском Медицинском Институте прошла защита Р.М.Мамедова (1986) и М.Х.Ибрагимов (1987). Д.М.Мамедалиева выполнив диссертационную работу в Баку, защитила в 1989 году в Тбилиси, К.А.Теймуров (1976) защитился в Махачкале, а Ю.А.Юсубов в 1975 году в Киеве защитил кандидатскую диссертацию, затем в 1988 году докторскую, работал в Украинский институт усовершенствования врачей.

Только после провозглашения Азербайджана независимой Республикой, с 1991 года при Медицинском Университете вновь начал функционировать Специализированный Совет по стоматологии. С сентября 1995 года защита на этом Совете проводилась по двум специальностям по стоматологии и оториноларингологии. По решению этого Совета степень кандидата наук была присуждена Т.М.Алиеву (1991), А.М.Ибрагимову (1991), И.Э.Гасанову (1992),

М.И.Ягубову (1992), С.А.Мамедовой (1992), Р.М.Ахмедбейли (1992), Б.Ф.Алиеву (1995), З.В.Гасымовой (1996), Э.С.Мехтиева (1996), Х.Х.Байрамову (1996), М.Д.Мирмагомеди (1996).

В 1997 году был сформирован новый Диссертационный Совет. Специализированный Совет в таком составе работал до 2003 года, было защищено 18 кандидатских работ по стоматологии. Актуальные вопросы хирургической стоматологии освещались в диссертациях Э.Т.Ахмедова (1998), Г.Э.Асадова (1998), Ф.И.Гасанова (1999), Н.Д.Модиршахла (2000), А.Р.Агазаде (2000), Н.Н.Султановой (2001), Р.Т.Абышова (2001). Научные исследования Р.М.Джаббаров (1998), Р.И.Салимова (1998), Т.И.Талыбовой (1998), Т.Г.Абдуллаева (1999), Р.М.Мамедова (2000), Р.М.Караева (2001), А.Ч.Пашаева (2001) были посвящены проблемам терапевтической стоматологии. Вопросы детской стоматологии отражены в работе Р.Н.Солтанова (2001), ортопедическая стоматология была представлена диссертациями А.М.Сафарова (2003) и Н.А.Панахова (2003).

Взаимосвязь стоматологического статуса больных с общими заболеваниями рассматривались в диссертациях Д.К.Гаджиева (2003), М.А.Алиева (2004), Г.И.Зейналова (2005), вопросы терапевтической стоматологии освещены в работах З.О.Ибрагимов (2003), А.Н.Алиева (2004), Б.М.Гамзаева (2005), хирургические методы в стоматологии усовершенствованы в диссертациях А.Т.Исрафилова (2004), Э.Г.Фараджева (2004), А.А.Гусейнова (2005), Г.Э.Керимовой (2005), ортопедической стоматологии посвящены изыскания С.И.Ахмедова (2004), Г.О.Ширалиева (2004), Ф.Р.Сафаралиева (2005), совместные проблемы стоматологии и эпидемиологии изучены соискателями К.К.Кафаровым (2004), Х.И.Ибрагимовым (2004), Т.Р.Везириным (2005).

Отрадно отметить, что в последние годы возрос интерес соискателей к научным

проблемам стоматологии детского возраста. К этой группе работ относятся диссертации Р.В.Шадлинской (2004), Р.С.Амиралиева (2004), Ф.К.Аслановой (2005) защищенные в Баку и С.К.Гулиевой (2004), защищенной в Москве.

Возрос интерес к имплантологии, за один год научную степень кандидата наук получили 4 соискателя: А.А.Гусейнов и А.Д.Алиев (Баку); Д.Н.Гасанов и В.С.Гулиев (Санкт-Петербург).

В настоящее время в различных учреждениях республики работают свыше 80 кандидатов и 9 докторов наук по стоматологии. В становлении и развитии стоматологической науки стояли ныне покойные доктора медицинских наук профессора Г.Р.Гурбанов и А.А.Ахмедов.

Гюли Рахман оглы Курбанов докторскую диссертацию "Состояние периодонта после лечения зубов трикрезолформалином, мышьяком и трипофлавином" защитил в 1936 году в городе Баку. Под его руководством выполнено 5 докторских и 13 кандидатских диссертаций. Им опубликовано свыше 90 научных статей, 6 монографий и 2 учебника. Долгие годы проф. Г.Р.Курбанов руководил двумя кафедрами Медицинского Института: кафедрой оперативной хирургии и кафедрой хирургической стоматологии. До последних дней своей жизни (1973 г.) он возглавлял кафедру хирургической стоматологии.

Доктор медицинских наук, проф. Али Аббас оглы Ахмедов выполнил докторскую диссертацию "Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР" защитил в 1968 г. в Москве. Подготовил 10 кандидатов наук по стоматологии, опубликовал свыше 200 научных статей и 10 книг, монографий, учебников. Имел 1 патент на изобретение. Вначале он возглавлял кафедру стоматологии АзГИУВ, затем кафедру ортопедической стоматологии АМУ.

В данное время научный потенциал их достаточно высок, что позволяет на месте

подготавливать национальные кадры по всем разделам стоматологической науки.

Доктор медицинских наук, проф. Р.К.Алиева выполнила докторскую диссертацию на тему "Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики", которую защитила в Москве в 2001 году. Подготовила 4 диссертантов, опубликовала более 100 научных статей, является Президентом Азербайджанской стоматологической ассоциации, учредителем и редактором журнала "Вестник стоматологии Кавказа", заведует кафедрой стоматологии детского возраста АМУ.

Доктор медицинских наук, проф. Т.А.Бабаев, защитил в 1985 году в Москве докторскую диссертацию на тему "Конструктивные и реконструктивные операции при врожденных и приобретенных деформациях лицевого скелета". Подготовил 6 диссертантов, опубликовал 95 статей, автор 3 учебных пособий, заведует кафедрой хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургией.

Доктор медицинских наук, проф. Т.Г.Гусейнова защитила в 1974 году в Москве докторскую диссертацию на тему "Состояние челюстно-лицевой системы при коллагенозах". Подготовила 6 диссертантов на степень кандидата медицинских наук, опубликовала свыше 170 научных статей, 2 монографии и 3 методические рекомендации, возглавляет кафедру стоматологии АМУ.

Доктор медицинских наук, проф. З.И.Гараев, выполнил докторскую диссертационную работу в Азербайджане под названием "Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль имбиридинга в их структуре и частоте распространения", успешно защитил в Москве в 2000 году, является профессором кафедры ортопедической стоматологии, директором Клиники стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета. Руководил 2 работами на степень кандидата наук, опубликовал

ликовал 125 научных статей, 1 монографию, 2 учебника и 8 методических пособий.

Доктор медицинских наук, проф. Э.Э.Керимов, прошел обучение в докторантуре в Киеве и в 1989 году там же защитил диссертацию на тему "Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах зубной эндемии Азерб.ССР". Под его руководством 10 врачей и сотрудников выполнили диссертации на степень кандидата медицинских наук. Опубликовал свыше 120 научных статей, 6 учебных пособий, имеет 2 патента на изобретение. Заведует кафедрой ортопедической стоматологии АМУ.

Доктор медицинских наук, проф. Ч.А.Пашаев, пройдя докторантуру в Москве, выполнил диссертацию "Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонтоза и их сочетаний", защитил там же в 1982 году. Подготовил 10 диссертантов (кандидатов наук), опубликовал 125 научных статей, 9 методических рекомендаций, имеет 7 патентов на изобретение. В настоящее время заведует кафедрой терапевтической стоматологии АМУ.

Доктор медицинских наук, проф. Ч.Р.Рагимов, выполнил диссертационную работу по теме "Роль и место антиоксидатной терапии в предупреждении и лечении гнойно-воспалительных процессов мягких тканей лица и шеи" и защитил в Москве в 1992 году. Под его руководством 4 врача выполнили диссертации (кандидатские), опубликовал 90 научных работ, 6 методических рекомендаций, имеет 2 патента на изобретение. В настоящее время профессор кафедры хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии.

Доктор медицинских наук, проф. О.С.Сеидбеков докторскую диссертацию выполнил в республике на тему "Функциональное состояние паращитовидной, щитовидной, поджелудочных желез и коры надпочечников при острых воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области",

защитился в Москве в 1991 году. Под его руководством выполнено 9 кандидатских диссертаций, опубликовал 180 научных статей, 4 монографии, имеет 3 патента на изобретение. Заведует кафедрой стоматологии АзГИУВ им.А.Алиева.

Доктор медицинских наук, проф. Ю.А.Юсубов, выполнил и защитил докторскую диссертацию в Киеве в 1988 году по теме "Патогенез, клиника, диагностика, лечение остеомиелита челюсти у детей". Подготовил 2 кандидатов наук, опубликовал около 120 научных статей, 1 монография, 2 учебника, 13 методических рекомендаций. Автор 18 патентов на изобретение. В настоящее время является профессором кафедры хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии АМУ.

Располагая таким мощным научным потенциалом, стоматологическая наука республики способна выполнить диссертации на самом высоком уровне. Ради справедливости необходимо подчеркнуть, что не все диссертационные работы, особенно на степень кандидата наук вносят необходимую лепту в развитии стоматологии, в большинстве разрабатываемые научные темы, диссертанты дублируют уже известные изыскания, проводимые в других странах; результаты исследований широко не внедряются в лечебную практику, мало новых оригинальных способов лечения. Относительно много работ посвящены изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний, большинство этих данных изучены ранее. Для устранения этих недостатков, изучаемые темы научных исследований желательно до утверждения, подвергнуть тщательному рецензированию, в том числе анонимному рецензированию, не только силами ученых республики, но и ученых специалистов других стран. Такой подход позволит повысить уровень подготовки ученых (докторов и кандидатов наук), способных решать актуальные научные вопросы стоматологии на самом высоком научном уровне.


FDI World Dental Federation

FOR IMMEDIATE RELEASE

FDI encourages safe dental practices to prevent the spread of HIV/AIDS

GENEVA, 01 December 2006 – From high-tech dental offices to simple village health posts, oral health professionals are at risk daily of both spreading and contracting HIV/AIDS. Invasive interventions, performed regularly by dentists, can expose practitioners to the virus. Only effective infection control measures in all clinical settings can prevent the spread of the HIV virus and other highly infective diseases. The FDI World Dental Federation strongly encourages effective and routine hygiene measures and encourages the development of ways to prevent cross-infection with any disease.

There are strong links between oral health and HIV/AIDS both for early diagnosis and therapy. The oral manifestations of the infection have a high impact on the quality of life of patients and their nutrition status. Helping them by controlling these oral lesions is an important role of the dentist and his team.

In July this year, the FDI and the Organization for Safety and Asepsis Procedures (OSAP) agreed on a detailed cooperation programme to enhance infection control and safety practices in dentistry worldwide, to help protect dental professionals from occupational risks, and to provide safe dental care for patients.

The FDI also joined the World Health Organization's Safe Injection Global Network (SIGN) in November 2005. The prevention of infections through policy guidance and information sharing are key activities of SIGN. It is estimated that oral health professionals worldwide administer 6 million to 10 million injections everyday, illustrating the importance of high standards in infection control and safety. Furthermore, the FDI offers continuing education courses in the area of infection control and management of HIV related oral symptoms.

The FDI issued a series of Policy Statements on Infection Control in dental settings and on treatment of HIV/AIDS infected patients; emphasising the right of every patient to the best possible oral care, irrespective of his or her health status. Even in resource-poor settings, effective infection control is possible, as outlined in a guide on "Infection Control for the Delivery of Basic Oral Emergency Care" that was recently published in the FDI's "Developing Dentistry" journal.

"The FDI is promoting equal access to oral health care for HIV infected patients. Every patient should receive adequate and safe dental treatment. Cross infection through dental treatment is prevented by the use of correct infection control protocols," said Dr Michèle Aerden, FDI President. "These measures also effectively protect the oral health professional from accidental infection at work."

HIV/AIDS is a preventable disease. With caution and effective measures, oral health professionals can help control the spread of this deadly disease.

 world aids
campaign

STOP AIDS keep the promise




FDI World Dental Federation

FDI (ÜMUMDÜNYA STOMATOLOQLAR FEDERASIYASI) İİÇV/ QİÇS-in yayılmasının qarşısını almaq məqsədilə stomatologiyada təhlükəsizlik tədbirlərinə təkan verir

Cenevrə, 1 Dekabr 2006-cı il

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 10 / 11 2006

Yüksək texnika ilə təchiz edilmiş stomatoloji mərkəzlərdə çalışan stomatoloqlardan tutmuş sadə kənd tibb məntəqələrində çalışan stomatoloqlara qədər, stomatologiya sahəsində çalışan bütün mütəxəssislər hər gün İİÇV/QİÇS-ə yoluxmaq və bu xəstəliyi yaymaq təhlükəsi ilə qarşılaşa bilərlər. Stomatoloqların müntəzəm olaraq həyata keçirdikləri invaziv müdaxilə onları virusa yoluxmağa məruz qoya bilər. Yalnız bütün kliniki məntəqələrdə aparılan effektiv infeksiyaya qarşı yoxlama tədbirləri İİÇ virusunun və digər yoluxucu xəstəliklərin yayılmasının qarşısını ala bilər. FDI Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyası effektiv və gündəlik gigiyena tədbirlərini dəstəkləyir və hər hansı bir infeksiya vasitəsilə xəstəliyə yoluxmağın qarşısını alma yollarının inkişafına təkan verir.

Həm erkən diaqnostika həm də terapiya zamanı İİÇV/QİÇS virusunun olması ağız boşluğunun vəziyyəti ilə müəyyən edilir. Infeksiyanın ağızda təzahürü xəstələrin sağlamlıqlarına və qidalanmalarına böyük zərbə vurur. Stomatoloqların və onların köməkçilərinin üzərinə ağız boşluğundakı bu fəsadları yoxlamaqla pasientlərə yardım etmək kimi böyük vəzifə düşür.

Bu ilin iyul ayında FDI və Təhlükəsizlik və Dezinfeksiya Proseduraları Təşkilatı (OSAP) bütün dünya üzrə stomatologiya sahəsində infeksiyaya qarşı yoxlamaları və təhlükəsizlik metodlarını inkişaf etdirmək, stomatoloqların yoluxma təhlükəsindən qorunmalarına kömək etmək və xəstələri təhlükəsiz stomatoloji müalicə ilə təmin etmək üçün detallı işlənmiş əməkdaşlıq proqramına dair razılığa gəliblər.

FDI 2005-ci il noyabr ayında Dünya Sağlamlıq Təşkilatının Təhlükəsiz İnyeksiya üzrə Qlobal Şəbəkəsinə də qoşulub. Təlimatlandırılma və informasiya mübadiləsilə ilə yoluxucu xəstəliklərin qarşısının alınması TİQS-in əsas fəaliyyət sahəsidir. Aparılan hesablamara görə bütün dünyada stomatoloqlar infeksiyaya qarşı yoxlamada və təhlükəsizliyin qorunmasında yüksək standartların vacibliyini şəkillərlə ifadə edərək hər gün 6 milyondan 10 milyona qədər inyeksiya həyata keçirirlər. Bundan əlavə, FDI infeksiyaya qarşı yoxlama və İİÇV ilə bağlı ağız boşluğu simptomlarının müalicəsi üzrə tədris kurslarının davam etdirilməsini təklif edir.

FDI stomatoloji məntəqələrdə sağlamlıq vəziyyətindən asılı olmayaraq hər bir pasientin mümkün olan ən yaxşı stomatoloji müalicəyə hüququ olduğunu vurğulayaraq Infeksiyaya qarşı Yoxlamaya və İİÇV/QİÇS-ə yoluxmuş xəstələrin müalicəsinə dair Üsullardan ibarət Təkliflər silsiləsi çap etdirib. Bu yaxınlarda FDI-in "Developing Dentistry" (Stomatologiyanın İnkişafı) jurnalında dərc edilmiş "Ağız Boşluğunun Sağlamlığına Təminat vermək üçün Infeksiyaya Qarşı Yoxlama" üzrə təlimatda təsvir edildiyi kimi hətta avadanlıqdan kasad stomatoloji məntəqələrdə belə infeksiyaya qarşı effektiv yoxlama aparmaq mümkündür.

FDI İİÇV-a yoluxmuş pasientlərə stomatoloji müalicə üçün bərabər imkanlar yaradır. Hər bir pasient eyni səviyyədə və təhlükəsiz surətdə stomatoloji müalicə edilməlidir. "Düzgün infeksiyaya qarşı yoxlama protokollarını tətbiq etməklə stomatoloji müalicə zamanı infeksiyaya yoluxmanın qarşısı alınır. Bu tədbirlər iş zamanı stomatoloqları da təsadüfi yoluxmalara məruz qalmaqdan effektiv surətdə qoruyur", FDI-in prezidenti Dr. Mişel Aerden (Michèle Aerden) dedi.

İİÇV/QİÇS qarşısı alınmayan xəstəlikdir. Stomatoloqlar effektiv ehtiyat tədbirləri görərək bu ölümcül xəstəliyin yayılmasının qarşısını almaqda kömək edə bilərlər.

ASA- həkim - stomatoloqlar üçün

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası fəaliyyətinin əsas istiqamətlərindən biri həkim - stomatoloqların professional bilik və bacarığının artırılmasına yönəldilən tədbirləri həyata keçirməkdir. Elm və texnikanın sürətlə inkişaf etdiyi bir dövrdə Azərbaycan əhalisinə yüksək keyfiyyətli stomatoloji yardımın göstərilməsi



mütəxəssislərin bilik səviyyəsindən asılıdır. Bu baxımdan Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası həmişə olduğu kimi 2006 -cı ildə də respublikada həkim-stomatoloqların elmi yeni nailiyyətləri ilə tanış etmək üçün əhəmiyyətli tədbirlər keçirmişdir. Belə ki, ASA 13 may 2006-cı il tarixdə Bakı şəhərində və 16 iyun 2006-cı il tarixdə Şəki şəhərində "Stomatologiyanın aktual problemlərinə həsr



olunmuş" elmi konfrans keçirmişdir. Konfransda "Karies xəstəliklərinin profilaktikası və müalicəsinin müasir aspektləri", "Üz-çənə nahiyəsinin onkoloji xəstəliklərinin diaq-



nostikası və müalicəsi", "Diş-çənə anomaliyalarının etiologiyası, diaqnostikası və müalicəsi", "Uşaqlarda herpesin stomatoloji əlamətləri, diaqnostikası və müalicəsi" və "Üz-çənə anomaliyalarının cərrahi müalicəsində sefalometriyanın əhəmiyyəti" mövzularında məruzələr dinlənilmişdir.

Konfranslarda respublikanın aparıcı mütəxəssislərindən professorlar Əliyeva R.Q.,



Yusubov Y.Ə., Qaraev Z.İ., dosent Əsədov H.Ə., assistentlər Mirzə-zadə E.S. və Zeynalova G.K. elmi məruzələri və təcrübə müşahidələri ilə geniş auditoriyada çoxsaylı həkim-stomatoloqlarla təcrübə mübadiləsi aparmışlar. Tədbir zamanı konfrans iştirakçılarına ağız boşluğuna fərdi qulluq vastələri təqdim olunmuşdur. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası Şəki şəhərində konfransın müvəffəqiyyətlə keçirilməsində gördüyü işlərə görə Şəki mərkəzi rayon xəstəxanasının Baş Həkimisi S.Məmmədova və tanınmış həkim-stomatoloq Hicran xanıma dərin təşəkkürünü bildirir.

1-ci Azərbaycan Beynəlxalq Stomatologiya sərgisi Bakı - 2006

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 10 / 11 2006



26-29 sentyabr 2006-cı il Bakı şəhərində Heydər Əliyev adına İdman-Konsert Kompleksində 12-ci Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə Sərgisi və "Stomatologiya - 2006" 1-ci Azərbaycan Beynəlxalq Sərgisi keçirildi. Sərginin təşkilatçısı "İteca Caspian" şirkətidir. Sərgidə 23 ölkədən 133 şirkət iştirak edirdi.

Fərəhlə qeyd etmək lazımdır ki, "Stomatologiya - 2006" 1-ci Azərbaycan Beynəlxalq Sərgisi çərçivəsində Azərbaycan stomatoloji Assosiasiyasının təşkilatçılığı ilə "Stomatologiyanın aktual problemləri"-nə həsr olunmuş 5-ci Beynəlxalq elmi-praktik konfrans keçirildi. Konfransda Azərbaycan, Türkiyə, Almaniya, Rusiya və İsraildən gəlmiş alimlərin elmi məruzələri konfrans iştirakçılarında böyük marağa səbəb olmuşdur.

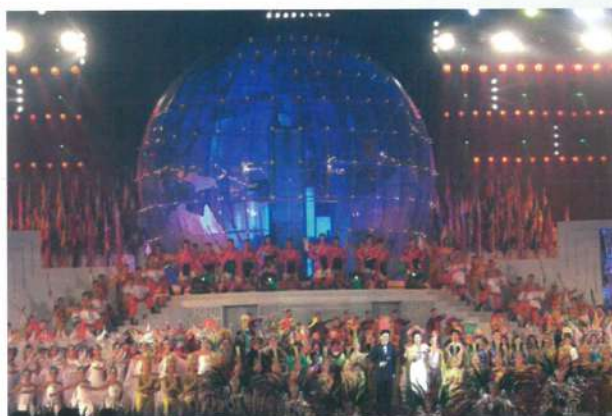


fdi

**Шеньжень
2006**



В сентябре 2006 года в Китае г.Шеньжэне, состоялся ежегодный конгресс Всемирной федерации стоматологов - FDI Annual World Dental Congress. Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация, избранная в регулярные члены этой организации в 1998 году, последовательно принимавшая участие во всех ежегодных форумах, в этом году также являлась участником Всемирного Конгресса. Мы приняли участие в работе Научного комитета, Комитета по образованию, заседаниям Фонда развития стоматологии, заседаниям



торжественное открытие Конгресса

Национальных секретарей ассоциаций и на заседаниях Генеральной Ассамблеи - World Dental Parliament. Во время работы конгресса проводились заседания региональных организаций, входящих в состав Всемирной Федерации. Мы приняли участие на пленарном заседании Европейской Региональной Организации. Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация, продолжая линию нашего



на заседании Генеральной Ассамблеи

государства на интеграцию в европейские структуры, вступила в члены данной региональной организации в 2003 году.



Стоматологическая Ассоциация России и АСА
всегда вместе

На Конгрессе обсуждались вопросы стоматологического образования и постдипломной подготовки специалистов в мире, вопросы инфекционного контроля в свете охраны здоровья врачей и пациентов, современное состояние производства средств гигиены полости рта, проблемы спортивной и эстетической стоматологии и другие.



на выставке

На торжественной церемонии открытия конгресса присутствовали Вице-Премьер Правительства Китайской Народной Республики и Министр здравоохранения Madame Wu-Yi, Mr. Gao Qiang, Секретарь Коммунистической Партии Китая, Mr. Li Hongzhong, Глава Правительства Шень-жэня, Mr. Xu Zongheng, Вице-министр

здравоохранения, проф. Zhang Zenkang - Президент Китайской стоматологической ассоциации.

На конгрессе были представлены свыше 10.000 человек из 98 стран мира, выступили 70 спикеров по научным проблемам здоровья полости рта и зубов, была обсуждена новая версия программы "Tobacco or Oral Health" (Табак или здоровье полости рта), на выставке участвовали 291 компания из 28 стран и она занимала площадь 6.500 м². На Генеральной Ассамблее было представлено 220 делегатов.



ЭКСПОЗИЦИЯ

Мы были приглашены на приемы от имени Французской, Американской, Японской, Корейской ассоциаций, от имени ассоциации ОАЕ. Состоялись переговоры с Президентом FDI - госпожой Мишель Арден, с Президентом - Элект FDI господином Конрадом Бартоном, с президентами стоматологических ассоциаций



здание Конгресс центра

России, Турции, Дании, Израиля, Китая, Чехии, Хорватии, Италии, Южной Кореи, Пакистана и другими. К слову, хочу подчеркнуть, что АСА перечислила деньги на счет Pakistan Dental Association во время землетрясения, а руководство FDI выделило средства и сформировало специальный палаточный городок для оказания помощи пострадавшим.

По результатам, освещенным в рапорте председателя Фонда развития стоматологии,

на Генеральной Ассамблеи FDI в этом году Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация внесена в число доноров, поддерживающих Фонд развития стоматологии (World Dental Development) и об этом написано в бюллетени FDI.

В ходе переговоров, проведенных нами, получены очень интересные предложения, которые могут способствовать развитию стоматологической науки и практики в Азербайджане.



Гараеву Зохрабу Ислам оглы

60 лет



Исполнилось 60 лет доктору медицинских наук, профессору кафедры ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета Гараеву Зохрабу Ислам оглы.

Гараев З.И. родился 25 марта 1945 года в селе Минкенд Лачинского района Азербайджана. По окончании средней общеобразовательной школы в 1961 году он поступил на стоматологический факультет Азербайджанского Государственного Медицинского института имени Наримана Нариманова. Окончив в 1966 году институт был направлен на работу в Лачинский район, где работал врачом-стоматологом, а затем в 1967-68 годах являлся главным врачом Минкендской сельской больницы. В 1969 году поступил в аспирантуру Азербайджанского Государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева. Темой научных интересов Гараева З.И. явилось изучение состояния

зубов и тканей полости рта при вредных профессиональных условиях. В 1974 году он блестяще защитил диссертацию на тему: "Состояние зубов и слизистой оболочки полости рта у работников сульфанолевого производства" (клинико-экспериментальное исследование) в Кубанском Государственном медицинском институте и получил степень кандидата медицинских наук. Далее, вплоть до 1985 года трудовая деятельность Гараева З.И. проходила в Азербайджанском Государственном институте усовершенствования врачей им.А.Алиева в качестве старшего методиста и ассистента кафедры стоматологии. Педагогическую и лечебную деятельность он сочетал с активной общественной работой, являясь председателем профсоюзного комитета Азербайджанского Государственного института усовершенствования врачей им.А.Алиева.

В 1985 году, пройдя по конкурсу в Азербайджанский медицинский институт ассистентом кафедры ортопедической стоматологии, в 1987 году был избран доцентом той же кафедры. В последующем Гараев З.И. совмещал свою научную и педагогическую деятельность с работой в должности декана стоматологического факультета, которую занимал с 1990 до 2000 года.

Научные исследования Гараева З.И. в этот период были посвящены изучению весьма актуальной проблемы для многих стран мира и для Азербайджана, в частности, - вопросам генетических аспектов зубочелюстных аномалий.

Результатом этих исследований явился большой труд - докторская диссертация на тему: "Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в

их структуре и частота распространения", которую автор защитил в 2000 году в Москве, в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии (ЦНИИС) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Гараев З.И. является автором 125 научных трудов, в том числе, его перу принадлежат 1 монография, 2 учебника, 8 методических пособий. Труды Гараева З.И. опубликованы в Азербайджане, России, США, Германии, Франции, Турции, Иране, Украине и других странах. Книги Гараева З.И. "Üz-çənə anomaliyalarının genetik aspektləri və inbriding", "Dişsiz çənələrin protezlənməsi", "Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsi" представляют очень большой интерес для врачей в научном и практическом отношении.

Он неоднократно повышал квалификацию на курсах усовершенствования врачей в Московском медицинском стоматологическом институте и Центральном институте усовершенствования врачей в Москве.

Гараев З.И. является членом Ученого Совета Азербайджанского Медицинского Университета, Ученого Совета стоматологического факультета, членом Диссертационного Совета, директором Университетской стоматологической клиники, профессором кафедры ортопедической стоматологии. Большое внимание Гараев З.И. уделяет подготовке молодых специалистов, научных и практических кадров. Под его руководством выполнены две кандидатские диссертации.

За многолетнюю трудовую деятельность награжден значком "Отличник здравоохранения" и Почетной Грамотой Министерства здравоохранения.

Гараев З.И. с самого создания Азербайджанской Стоматологической Ассоциации в 1997 году является организатором и участником всех мероприятий.

Им подготовлено и проведено свыше 15 международных конференций и симпозиумов по актуальным проблемам стоматологии. Являясь членом Совета АСА Гараев З.И. активно участвует в проведении школьной образовательной программы по уходу за полостью рта, при его непосредственном участии проходит выпуск всех номеров азербайджанского стоматологического журнала "Caucasian dental news".

Гараев З.И. является участником многих международных конгрессов в России, Греции, Австрии, Грузии, Казахстане, Узбекистане. Гараев З.И. является членом Federation Dental International (FDI), European Regional Organisation (ERO-FDI), и International Association for Dental Research (IADR).

Совет Азербайджанской Стоматологической Ассоциации и редакционная коллегия журнала "Caucasian dental news" сердечно поздравляет доктора медицинских наук, профессора Гараева Зохраба Ислам оглы с юбилеем, желает крепкого здоровья, благополучия, больших успехов в работе.

Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация
Редакционная коллегия журнала "Caucasian dental news"

добавить
ссылку



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА
№ 10/11- 2006