



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLERİ



№ 12 - 2007

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 1 2 2 0 0 7

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyyyəti

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

R.Q. Əliyeva
Z.İ. Qarayev
S.Y. Əliyeva
N.A. Pənahov
V.K. Davidov

Ağayev İ.Ə.
Avraamova O.Q.
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
Rusiya
Rusiya
Rusiya
Ukrayna
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya

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

Rusiya
Azərbaycan
Ukrayna
Rusiya
Özbəkistan
Qazaxıstan
Türkiyə
Rusiya
Gürcüstan
Azərbaycan

Ünvan: Bakı şəhəri, AZ 1033, Təbriz küçəsi, 102. tel: 99412 566-02-83; faks: 99412 566-02-83

Адрес: г. Баку, AZ 1033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 566-02-83; факс: 99412 566-02-83

Address: AZ 1033, Baku Azerbaijan, 102, Tebriz str. phone: 99412 566-02-83; Fax: 99412 566-02-83

E-mail: raliyeva@yahoo.com

Sifariş № 802. Tiraaj: 500.

"OSKAR nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

✓ Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası 10-il. <i>Əliyeva R.Q.</i>	3
✓ IX Международная Научно-практическая конференция. <i>Гараев З.И.</i>	6
✓ 13-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə Sərgisi	10
✓ Parodont xəstəlikləri fonunda diş-çənə anomaliyalarının müalicə prinsipləri. <i>Pənahov N.A.</i>	12
✓ Новый методико-технический подход в профилактике очаговой деминерализации эмали у ортодонтических пациентов, пользующихся брекет-системой. <i>Алимова Р.Г.</i>	17
✓ Ağız boşluğunun selikli qişa disbakteriozlarının əmələ gəlməsinə ekzoamillərin təsiri <i>Yusubova Ş.R.</i>	22
✓ Состояние иммунологического статуса полости рта морских нефтяников с различными заболеваниями зубов, пародонта и слизистой оболочки. <i>Пашаев Ч.А., Гасанов В.М., Пашаев А.Ч.</i>	28
✓ Сравнение финансовых потоков и распределения финансовых средств в отдельной самостоятельной районной стоматологической поликлинике, и стоматологическом отделении при центре семейной медицины, работающих по новым методам финансирования <i>Юлдашев И.М.</i>	32
✓ Üz-çənə nahiyəsinin (ÜÇN) odontogen fleqmonası olan xəstələrdə qlisiramın immun sistemin vəziyyətinə təsirinin öyrənilməsi. <i>Hüseynzadə H.Ş., Yusubov Y.Ə.</i>	38
✓ Əhəlinin stomatoloji yardım üçün müraciətlərinin müasir səciyyələri. <i>İbrahimli H.İ.</i>	42
✓ Оценка эффективности локального применения препарата “Метрогил-дента” при воспалительных поражениях пародонта <i>Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Овчинникова В.В.</i>	47
✓ Alternative methods of treatment in the periodontology. <i>Pashayev C.A., Mammadov F.Y., Pashayev A.C.</i>	50
✓ Сравнительная характеристика состояния микробиоценоза при кишечных дисфункциях у детей с наследственными аномалиями крови <i>Касумова С.М.</i>	54
✓ I-й общеевропейский стоматологический конгресс <i>Алиева С.Я.</i>	63
✓ Ежегодный конгресс Всемирной Федерации Стоматологов <i>Алиева С.Я.</i>	65
✓ Dünya şöhrətli alim	68

AZƏRBAYCAN STOMATOLOJİ ASSOSİASİYASI

10 İL



1 997-ci ildə yaradılmış Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) qısa müddət ərzində beynəlxalq aləmlə əlaqələrini durmadan genişləndirir. O, 1998-ci ildə Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasına (FDI) üzvlüyə qəbul edilib. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının bu təşkilatın həyatında fəal iştirak etməsini onda görmək olar ki, 2005-ci ilin nəticələrinə görə FDI-in inkişaf fondunun

donorlarından Yaponiya, İsveç, Koreya ilə yanaşı Azərbaycan göstərilmişdir.

2003-cü ildə ASA Avropa regional təşkilatına - ERO-ya da üzv seçilib.

ASA-nın fəaliyyətində mühüm mərhələlərdən biri də odur ki, özünün dövrü mətbuat orqanı "Qafqazın Stomatoloji Yenilikləri" jurnalını təsis edib. Onun redaksiya heyətinə MDB-nin və digər xarici ölkələrin görkəmli alimləri daxildir. Bu jurnalın səhifələrində stomatologiyanın və ümumilikdə tibb elminin müasir nailiyyətləri nəşr olunaraq yayılır. Həmçinin xarici yaradıcı birliklər və nəşriyyat orqanları ilə əlaqələr inkişaf etdirilir.

Bu illər ərzində Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası öz sıralarında 500-dən artıq üzv cəmləşdirib. Bunların böyük əksəriyyəti əhəliyə stomatoloji xidmət göstərməklə məşquldurlar. ASA-da bir neçə bölmə fəaliyyət göstərir: terapevtik stomatologiya, uşaq stomatologiyası, üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya, ortopedik stomatologiya, diplomdansonrakı təhsil.

Stomatologiya elminin ayrı-ayrı bölmələrinin əhatə etdiyi dar ixtisaslar: ortodontiya, parodontologiya və implantologiya sürətlə inkişaf edərək həmin bölmələrdə formalaşır. Biz hesab edirik ki, bu müsbət haldır. Bu bölmələrdə stomatologiyanın müxtəlif problemləri müzakirə edilir, həkimlərə yeni müalicə və profilaktika üsulları, qabaqcıl təcrübələrin tətbiqi öyrədilir,

ustad dərslər keçilir və s.

Bütün bunlar sənətimizin inkişafı və təkmilləşməsi üçün çox əhəmiyyətlidir və bizi çox sevindirir.

ASA-nın əsas vəzifələrindən biri də qurultay, konfrans və simpoziumların hazırlanması və keçirilməsidir. Fərəhlə qeyd etməliyəm ki, bu tədbirlərin ardıcıl keçirilməsi Assosiasiyasının fəaliyyətində adət halına çevrilmişdir. Bu tədbirlər həm Bakıda və həm də regionlarda keçirilir.

Ancaq ildən-ildən bu elmi-praktik konfransların, simpoziumların və qurultayın proqramlarının tərtib edilməsi, formalaşdırılması çətinləşir. Elə bilərəm bunu biz hamımız hiss edirik. Çünki informasiya azlığı və mütəxəssis çatışmamazlığı dövrü artıq geridə qalıb, indi informasiyanı dərinləşdirmək, mükəmməlləşdirmək dövrü başlayıb. Belə fikirləşirəm ki, artıq elmi-praktik konfrans və simpoziumların kommersiya əsaslarına uyğun keçirilməsinin vaxtı çatmışdır. Əlbətdə belə tədbirlərin təşkili və normal keçirilməsi üçün çox işlər görülməlidir. Təcrübə toplamalı və ən əsası dünya təcrübəsindən bəhrələnməliyik.

Respublikanın regionlarında stomatoloji biliklərin artırılması üçün ASA xeyli işlər görmüşdür. Sumqayıt, Gəncə və Şəki şəhərlərində keçirilən elmi-praktik konfrans, Əli-Bayramlı, Daşkəsən, Xanlar və Yevlaxda keçirilən seminarlar görülmüş işlərin nümunəsidir.

Regionlarda bu proqramların həyata keçirilməsində ASA üzvlərinin böyük xidməti olmuşdur.

Uşaq stomatologiyası kafedrasının rəhbərliyi altında -1998-ci ildən Respublikamızda həyata keçirilən profilaktika Proqramı indi də davam edir. Bu proqram demək olar ki, bütün regionları əhatə edir. Bu illər ərzində prof.R.Q.Əliyevanın rəhbərliyi altında müasir şəraitdə stomatoloji profilaktikanın öyrənilməsi və inkişafı istiqamətində çox böyük işlər görülür. Bununla əlaqədar ASA 1998/1999-cu

tədris ilindən başlayaraq "Procter & Gambel" sonra isə "Colgate-Palmolive" şirkətləri ilə birlikdə Azərbaycanda "Dişlərə və ağız boşluğuna qulluq" məktəb təhsil proqramını həyata keçirib. Bu proqram Təhsil Nazirliyi tərəfindən bəyənilib. Məqsəd 7-8 yaşlı şagirdlər arasında ağız boşluğuna qulluq, flüor tərkibli diş macunlarından istifadə edilməsinin, ağız boşluğunun gigiyenasını yaxşılaşdırılmasına xidmət etməsini təbliğ etmək olmuşdur. Proqram çox uğurla keçmişdir, bu illər ərzində Bakı, Sumqayıt, Gəncə, Mingəçevir, Əli-Bayramlıda və digər rayonlarda 500.000-dən artıq məktəbliyə əhatə etmişdir. Hal-hazırda proqram davam edir.

Buna baxmayaraq görüləsi işlərimiz də çoxdur. Məqsədimiz Respublika Səhiyyə Nazirliyinin və əlaqədar təşkilatların köməyi ilə məktəblərdə müasir stomatoloji xidmətin təkmilləşdirilməsi, kabinetlərin yaradılması və stomatologiyada gigiyenist hazırlanmasına nail olmaqdır.

Bu illər ərzində ASA həkim-stomatoloqların bilik səviyyəsini artırmaq üçün dünyanın qabaqcıl şirkət və klinikalarının aparıcı mütəxəssislərinin iştirakı ilə çox sayılı tədbirlər keçirmişdir. Onlar aşağıdakı mövzulara həsr olunub:

- stomatoloji klinikanın dizaynı
- stomatoloji qurğuların seçilməsi
- stomatoloji klinikada infeksiya nəzarəti
- endodontik müalicənin yeni üsulları
- parodont xəstəliklərin kompleks müalicəsi
- ortodontiyanın yeni nailiyyətləri
- stomatoloji-implantologiyanın cərrahi və ortopedik əsasları və s.

Bu Elmi-praktik konfrans və seminarlarda yüzlərlə həkim-stomatoloq iştirak etməklə öz elmi və təcrübə biliklərini artırıblar.

ASA stomatologiyasının özəl bölməsi ilə işini getdikcə aktivləşdirir. Assosiasiyasının fəaliyyətində böyük irəliləyişlər özünü biruzə verməkdə davam etməsinə baxmayaraq, onun genişlənməsində bu hiss

olunmur.

Azərbaycan Tibb Universiteti və Ə.Əliyev adına Azərbaycan Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu ilə ASA-nın əlaqələri yaxşıdır. İstədik ki, bu əlaqələr daha ciddi və möhkəm olsun. Biz əminik ki, bütün istiqamətlərdə birgə iş öz bəhrəsini verə bilər. Hesab edirəm ki, bir sıra dövlət və ictimai təşkilatlarla əlaqələri genişləndirmək ASA-nın qarşıda duran planlarından biridir.

Diplomdan sonrakı təhsilin mütəxəssis hazırlanmasındakı rolu hamımıza məlumdur. Ancaq bu sahədə köklü irəliləyiş hiss olunmur. Yeni müasir tələblərə cavab verən baza hələlik arzu olaraq qalır. MDB ölkələri Stomatoloji Assosiasiyalarının Odessada və Almatıda keçirilən sammitlərində bu məsələnin geniş müzakirə olunması, qərar qəbul edilməsi və komissiya yaradılmasına baxmayaraq hələlik nəzərə çarpacaq dəyişiklik yoxdur.

Biz hələdə regionlarda Assosiasiyanın işini lazımı səviyyədə qura bilməmişik.

Stomatologiyanın mövcud olan kiçik professional birlikləri öz işlərini ASA-nın iş planlarına uyğunlaşdıraraq, qarşılıqlı razılaşma əsasında qursa, hesab edirəm ki, səmərəlilik artar. Çünki bu birliklər ayrı-ayrılıqda hərəsi maksimum 30-40 professionalı birləşdirə bilər və respublika səviyyəli olması hələlik mümkün deyil. Beləliklə onların öz ixtisas mənfəələrini müdafiə etmək imkanları məhduddur.

ASA-nın gələcək fəaliyyəti üçün əsas məqsədi onu saxlamaq və möhkəmləndirməkdir. Bu heç də asan iş deyil. Bunun üçün regionlarda işimizi gücləndirməli, üzvlərin sayını artırmalı, üzvlük haqqlarının ödənilməsi və güclü professional kollektivlərin yaradılmasına nail olmalı, stomatologiya profilli özəl və dövlət sektorundakı bütün qüvvələri birləşdirməklə yanaşı Səhiyyə Nazirliyinin dəstəyi ilə Respublikada stomatoloji xidmətin inkişafına nail olmaqdır.

Prezident ASA R. Əliyeva.

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

За большие заслуги в области стоматологии и активное участие в процессе интеграции Азербайджанской стоматологии в международное профессиональное сообщество, Президент Азербайджанской Стоматологической Ассоциации профессор Алиева Рена принята в члены Международной Стоматологической Академии - Academy of Dentistry International (ADI)



IX Международная Научно-практическая конференция



Президиум конференции слева направо: проф. Грудянов А.И., проф. Мамедов А.А., д-р Теймурова С., проф. Алиева Р.К., акад. Леонтьев В.К., проф. Эрхан Оздишер.

8-го ноября 2007 года состоялась IX Международная Научно-практическая конференция "Актуальные проблемы стоматологии", посвященная 10-летию Азербайджанской Стоматологической Ассоциации. С докладом о деятельности ассоциации выступила Президент АСА - профессор Алиева Р.Г. В докладе были освещены основные этапы работы по интеграции АСА в международное стоматологическое сообщество, совершен анализ деятельности среди врачей страны, санитарно-просветительская работа среди населения.

В докладе особое внимание было уделено необходимости усиления поддержки ассоциации как со стороны врачей, так и со стороны соответствующих государственных структур.

За годы своего существования Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация завоевала авторитет многих коллег и учреж-

дений своей поистине подвижнической деятельностью по сохранению и упрочению позиций стоматологической науки и практики среди других отраслей медицины, по созданию и развитию внесударственного сектора, по организации и проведению многочисленных конференций и симпозиумов по различным разделам стоматологии в столице и регионах страны.

Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация пользуется большим уважением в международных структурах.

АСА является третьей страной постсоветского пространства, вступившей в 1998 году во Всемирную Федерацию Стоматологов - FDI, а с 2003 года членом Европейской Региональной Организации Всемирной Федерации Стоматологов - ERO/FDI. Являясь членом таких организаций мы имеем возмож-

ность принимать участие в составлении всех основополагающих документов в организации стоматологической службы, способствовать координации усилий по дальнейшему развитию стоматологии в мире.

Ярким и радостным событием для всех нас явилось выступление на конференции вице-президента Стоматологической Ассоциации России, академика Российской Академии Медицинских Наук, доктора медицинских наук, профессора Леонтьева Валерия Константиновича.

Академик Леонтьев В.К. сердечно поздравил своих азербайджанских коллег с юбилеем АСА, пожелал больших успехов в дальнейшей работе.



В зале заседания

В Азербайджане, имеющем тенденцию к росту рождаемости детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, несмотря на наличие двух отделений челюстно-лицевой хирургии, следует серьезно организовать работу по своевременной квалифицированной медицинской помощи этим детям с учетом современных достижений путей социальной реабилитации данной категории населения.

Теплые, душевные слова в адрес Азербайджана сказал в приветствии академик Российской Академии медико-технических наук, президент секции пародонтологии Стоматологической Ассоциации России, руководитель



Выступает академик Леонтьев В.К.

Доклад академика Леонтьева В.К. "Понятие "Здоровый ребенок" в стоматологии", был выслушан с огромным интересом.

Сердечные поздравления привез Заведующий кафедрой стоматологии детского возраста Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Мамедов Адиль Аскерович.

Профессор Мамедов А.А. выступил с докладом "Инновационные технологии в организации специализированной помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области".



Проф. Мамедов А.А. вручает памятный подарок

дея-
пози-
сре-
ию и
о ор-
ных
ным
тонах

Ас-
ем в
пост-
1998
логов
йской
Феде-
чле-
змож-

центра пародонтологии Центрального научно-исследовательского института стоматологии, доктор медицинских наук, профессор Грудянов Александр Иванович, поздравивший всех стоматологов страны с достижениями АСА.

К поздравлениям господина Грудянова А.И., искренне присоединился наш гость из Индии господин Tushar Nehete Assistant Manager - International Division, Unique Pharmaceutical Laboratories.

Доклад профессора Грудянова А.И. на тему "Планирование лечебных вмешательств на пародонте", вызвал большой интерес к этой се-



рьезнейшей проблеме стоматологии.

Азербайджанскую Стоматологическую Ассоциацию сердечно поздравил с юбилеем гость из Турции - доктор медицины, профессор кафедры ортодонтии Анкаринского Университета Ерхан Оздилер, выступивший с докладом "Qoruyucu ortodontiya". Доклад вызвал оживленный интерес аудитории, все вопросы и ответы состоялись в теплой дружественной атмосфере.

Интересное выступление было представлено одним из производителей известных средств в стоматологии, компанией Glaxo-Smith Kline, посвященное Клинико-микробиологическим исследованиям лечебно-профилактической пасты Parodontax-F.

Вниманию аудитории были представлены также выступления азербайджанских ученых:

1. "Aqlə 3-cü sinif dişləm anoma-



liyasının müalicə prinsipi" - Новрузов З.Г., кафедра детской стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета.

2. "Parodont xəstəlikləri fonunda diş-çənə anomaliyalarının müalicə prinsipləri" - Гараев З.И., Панахов Н.А., кафедра ортопедической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета.

3. "Üz-çənə nahiyyəsinin müxtəlif anomaliyalarında sefalometrik üsullarla aparılan plastik rekonstruktiv əməliyyatlar" - Асадов Г.А., кафедра стоматологии Азербайджанского Института Усовершенствования врачей им. А.М. Алиева.

4. "Эффективность комплексного лечения заболеваний пародонта у детей при применении препарата Метрогил-дента. - Алиева Р.К., Амиралиев Р.С., кафедра детской стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета.



Хорошо работает отдел по международным связям... слева направо: г-жа Алиева С., проф., Эрхан Оздилер, проф. Алиева Р., д-р Новрузов З.



Г-жа Теймурова С. вручает памятный выпел

та.

Как известно на кафедре стоматологии детского возраста АМУ, впервые в Азербайджане были проведены клинические испытания.



слева направо: акад. Леонтьев В.К., проф. Мамедов А.А., проф. Гараев З.И., проф. Грудянов А.И. в перерыве конференции

ния препарата Гель Метрогил-дента, нашедшего впоследствии широкое применение в стоматологической практике нашей страны.

Мы благодарны компаниям Unique Pharmaceutical Laboratories и Glaxo-Smith Kline за серьезное участие в организации и проведении на-

шей конференции.

Теплые, душевные слова в адрес АСА были сказаны Менеджером компании ITE GROUP PLC, ITECA- CASPIAN госпожой Самирой Теймуровой, вручившей памятный выпел. От имени Совета Ассоциации президент Алиева Р.К. сердечно поблагодарила всех гостей, уделивших свое драгоценное время и выступивших на конференции, а также дорогих коллег из России: Президента СтаР - профессора Вагнера В.Д., национального секретаря - профессора Садовского В.В., вице-



Г-н Тушар Нехст и г-н Джафаров Араз

президента СтаР - профессора Авраамовой О.Г., президентов стоматологических ассоциаций Турции, Узбекистана, Казахстана, Грузии, Киргизии : за сердечные поздравления и приветствия в адрес Азербайджанской Стоматологической Ассоциации.

Гараев З.И.



BIHE
2007

13-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə Sərgisi

Ənənəvi Səhiyyə Sərgisi BIHE noyabrın 6-da Heydər Əliyev adına İdman və Sərgi Kompleksində öz işinə başladı. Sərgiyə rəsmi dəstək Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, AR Ticarət və Sənaye Palatası, Azərbaycanda İxracın və İnvestisiyaların Təşviqi Fondu və Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası tərəfindən verilmişdir.

Sərgi dünyanın 25 ölkəsindən 152 şirkəti qəbul edərək, ekspozisiya sahəsini ötən ilə nisbətən 10% artırmışdır. Şirkətlər aşağıdakı sektorlara aid məhsul və xidmətlərini təqdim etdilər: farmakologiya, tibb avadanlıqları, optika və oftalmologiya, təcili yardım, apteklər və tibb müəssisələri üçün avadanlıq və mebel, diaqnostika, gigiyena vasitələri, pəhriz və qida



Sərginin açılış mərasimi

ələv
sah
B
Bey
"B
sərg
S
pro
dir.
Sto
LL
ild
ayu
mel
keç



Sərgi salonundan görünüş

əlavələri, xəstəxanalar, tibbi təhsil və tibb sahəsində informasiya texnologiyaları.

BİHE Sərgisi ilə eyni vaxtda 2-ci Azərbaycan Beynəlxalq "Stomatologiya" sərgisi və ilk "Beauty Azerbaijan" Gözəllik və Sağlamlıq sərgisi keçirildi.

Sərgi çərçivəsində "Stomatologiyanın aktual problemləri" mövzusunda konfrans keçirilmişdir. Konfransın təşkilatçıları Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyası və İteca Caspian LLC şirkəti idi. Assosiasiyanın 10-cu ildönümünə həsr edilmiş bu konfrans noyabr ayının 8-də, "Grand Hotel Europa" mehmanxanasının "Bakı Ball Room" zalında keçirildi. Konfransda Azərbaycan, Rusiya və

Türkiyənin aparıcı mütəxəssisləri məruzələrlə çıxış etmişdir.

Səhiyyə - Azərbaycan iqtisadiyyatının ən çox inkişaf edən və başlıca sahələrindən biridir. Tibbin bütün sahələrini əhatə edən və geniş məlumat bazası təşkil edən BİHE sərgisi həm Respublika, həm də bütövlükdə region üzrə tibb sahəsində əldə edilmiş son nailiyyətlər ilə tanış olmaq imkanı verir. Sərgiyə gələn ziyarətçilər qısa müddətdə böyük həcmdə məlumat axınından bəhrələnmək və faydalı əlaqələr yaratmaq imkanı əldə etmişdir. Sərgi öz işini novıbrın 9-da başa çatdırdı.

PARODONT XƏSTƏLİKLƏRİ FONUNDA DİŞ-ÇƏNƏ ANOMALİYALARININ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

N.A. Pənahov

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası

Problemin aktuallığı. Müasir stomatologiyanın aktual və mürekkəb problemlərindən olan diş-çənə sisteminin anomaliyalarının etiopatogenezi, müalicə və profilaktikasına dair ilbəl yeni-yeni məlumatların dərc olunmasına baxmayaraq, problemin bəzi məqamları hələ də tam həll edilməmiş qalmaqdadır (2, 3, 7). Məsələnin aktuallığı nəinki diş-çənə anomaliyalarının əhali arasında geniş yayılması ilə səciyyələnir, həmçinin mövcud olan müasir müalicə və profilaktika vasitələrinin getdikcə təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, anomaliyaların rastgəlmə tezliyinin artması tendensiyasının olması ilə şərtlənir (1, 4, 6).

Diş-çənə anomaliyalarının gedişatını ağırlaşdıran amillər sırasında parodont xəstəlikləri xüsusi önəm kəsb edir.

Diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont toxumasında patoloji dəyişikliklər aşağıdakı səbəblərdən yarana bilər:

- diş-çənə anomaliyalarında çənənin müxtəlif artikulyasiya hərəkətləri zamanı parodonta düşən təzyiqin dişin boylama oxundan kənara çıxması səbəbindən parodontun əlavə funksional yüklənməsi baş verir;
- çeynəmə hərəkətləri zamanı anomal yerləşmiş dişə düşən üfüqi qüvvələrin təsirindən parodontun strukturunda mikro-dəyişikliklər yaranır;
- anomal yerləşmiş dişlərdə funksiya zamanı diş ətinin qoruyan faktorların - ekvatorun, diş cərgəsində yerləşən dişlər arasındakı normal münasibətlərin (təmas



nöqtələrinin) olmaması səbəbindən diş ətinin zədələnməsi baş verir;

- bilavasitə antoqonist dişlərin təsirindən diş ətinin selikli qışası və ətraf toxumalar travmaya məruz qalır;

- diş cərgəsində dişlər sıx yerləşdikdə onların mexaniki təmizlənməsinin çətinliyi nəticəsində diş çöküntüləri - diş ərpi, diş daşları yaranır ki, bunlar da parodonta mexaniki təsir

göstərməklə yanaşı, orada mikrofloranın inkişafı üçün də əlverişli mühit yaradır (5).

Məlumdur ki, parodont xəstəliklərinin inkişafının müəyyən mərhələsində dişin dayaq aparatının əlavə funksional yüklənməsi baş verir ki, bu halı nə terapevtik, nə də cərrahi üsullarla aradan qaldırmaq olmur. Belə ki, bu zaman xəstəliyin patogenezinə başlıca rol oynayan funksional travma amili aradan qaldırılmaz. Belə hallarda təkcə ortopedik müalicə səmərəli olur.

Bu baxımdan, diş-çənə anomaliyalarında parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsinin vacib şərti parodontun zədələnmə dərəcəsindən asılı olaraq onun üzərinə düşən funksional yükün tənzimlənməsidir. Ayrı-ayrı dişlər, diş qrupları və diş cərgələri arasındakı funksional yüklərin səmərəli paylanmasına yönəldilmiş, vaxtında edilən ortopedik müdaxilə - müxtəlif şinalayıcı konstruksiyaların köməyiylə parodontun funksiyasının normallaşmasına nail olunur. Beləliklə, ortopedik müalicə parodont xəstəliyini yaradan faktorların aradan qaldırılmasına və parodontun funksiyasının

normallaşması üçün optimal şəraitin yaradılmasına yönəldilməlidir.

Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsinə çoxlu sayda elmi işlər həsr olunmuşdur. Lakin mövcud olan çoxlu sayda şına konstruksiyalarını diş-çənə anomaliyaları fonunda parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsində istifadə etmək çətindir, əksər hallarda isə heç mümkün deyil.

İşin məqsədi parodont xəstəlikləri fonunda diş-çənə anomaliyalarının müalicə prinsiplərini işləyib hazırlamaq olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları. Diş cərgəsində dişlərin sıxlığı və ayrı-ayrı dişlərin yerləşmə anomaliyası fonunda parodont xəstəlikləri olan 154 nəfər müalicə edilmişdir.

Diş-çənə anomaliyaları fonunda parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsində ilk dəfə olaraq, ortopedik üsul kimi, edjuaystexnikanın elementlərindən istifadə etməklə şinalama aparılmışdır. Müalicə planı tərtib olunarkən parodont toxumalarındakı patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsi əsas götürülmüşdür. Bu baxımdan, həmin xəstələr iki qrupa ayrılmışdır. Birinci qrupa xroniki kataral və hipertrofik gingivit, yüngül dərəcəli parodontiti olan 65 xəstə, ikinci qrupa isə orta və ağır dərəcəli parodontiti olan 89 xəstə daxil edilmişdir.

Parodont toxumasındakı patoloji dəyişiklər CPITN indeksindən istifadə etməklə qeyd edilmişdir. Diş-çənə anomaliyalarının sistemləşdirilməsində bəzi dəyişikliklərlə D.A.Kalvelisin təsnifatından istifadə olunmuşdur. Diş cərgələrinin daralma dərəcəsi Pontun premolyar və molyar indeksi üzrə təyin edilmişdir. Diş qövsünün ön hissəsinin uzunluğu Korkhaus üsulu ilə təyin olunmuşdur. Dişlərin sıx yerləşməsinin səbəblərini - taclarının ölçüsünün diş cərgəsinə münasibətinin uyğunsuzluğunu, diş cərgəsinin hansı seqmentində darlığın olmasını, həmçinin ayrı-ayrı dişlərin ortodontik göstərişlərə əsasən çəkilməsini müəyyən etmək üçün Gerlaxın seqmentar formulundan istifadə edilmişdir. Parodont

toxumalarının vəziyyətini qiymətləndirmək üçün kontakt rentgenoqrafiya və ortopan-tomoqrafiyadan istifadə edilmişdir. Rentgenoloji müayinələr vasitəsilə alveol çıxıntısının sümük toxumasında baş verən dəyişikliklərin xarakteri və dərəcəsi, parodont yarığının vəziyyəti, periapikal sümük toxumasında dəyişikliklərin olub-olmaması müəyyən edilmişdir. Tədqiqatlar nəticəsində əldə edilən miqdari kəmiyyətlər xikvadratı (2) kriterisindən istifadə etməklə statistik analiz olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri. Tədqiqatlarımız nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, diş-çənə anomaliyasının hər bir formasında parodontda gedən dəyişikliyin özünəməxsus klinik xüsusiyyətləri vardır. Bunu, anomaliyanın hər bir forması zamanı parodont toxumasına düşən təzyiqin müxtəlif xarakterli olması ilə izah etmək olar. Lakin diş-çənə anomaliyaları zamanı parodontda gedən dəyişikliyin klinik şəklinin müxtəlif olmasına baxmayaraq, diş-çənə anomaliyalarının bütün formaları üçün ümumi sayıla bilən aşağıdakı əlamətləri qeyd edə bilərik:

Parodontda baş verən iltihabi və durğunluq dəyişiklikləri - diş ətinin hipertrofiyası, diş əti qanaxmaları, patoloji diş əti cibləri, diş əti kənarlarının retraksiyası. Patologiyanın daha ağır formalarında dişlərdə patoloji laxlama, dişlərin ikincili olaraq müxtəlif istiqamətlərə əyilməsi, boylama oxu ətrafında fırlanması, bəzi hallarda öz alveoluna qaxılması müşahidə olunmuşdur. Bütün bu sadalananlarla yanaşı, diş-çənə anomaliyaları zamanı parodontda gedən dəyişikliyin əsas xarakterik xüsusiyyəti - patoloji prosesin diş cərgəsinin müəyyən məhdud, hədudlanmış bir sahəsində baş verməsidir. Belə ki, diş-çənə anomaliyası olan nahiyyədə parodontda patoloji proses müşahidə edildiyi halda, digər nahiyyələrdə bu dəyişikliklər müşahidə olunmamışdır.

Diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont xəstəlikləri olan şəxslərin diş-çənə nahiyyəsinin rentgen müayinəsi nəticəsində

aşağıdakılar müəyyən edilmişdir:

Daha çox təzyiq düşən nahiyyələrdə periodont yarığının qeyri-bərabər genişlənməsi, alveollararası çəpərin sümük toxumasının rezorbsiyası, həmin nahiyyələrdə osteoporoz əlamətləri, müxtəlif dərinlikdə sümük ciblərinin yaranması. Qeyd etmək lazımdır ki, rentgenoqoloji tədqiqatların nəticələri heç də həmişə parodont xəstəliklərinin klinik simptomları ilə üst-üstə düşməmişdir. Belə ki, sümükdə olan rentgenoqoloji dəyişiklər nəinki orta və ağır formalı parodontitli şəxslərdə, eləcə də yüngül formalı parodontiti olan diş-çənə anomaliyalı şəxslərdə aşkar edilmişdir.

Tədqiqatlarımızın nəticələrinin analizi bir daha sübut etmişdir ki, diş-çənə anomaliyaları parodont xəstəliklərinin gedişatını ağırlaşdıran əsas səbəblərdən sayılır. Klinik tədqiqatlarımız göstərmişdir ki, diş-çənə anomaliyaları bir sıra estetik, morfoloji və funksional pozğunluqlar törətməklə yanaşı, bu zaman parodont toxumalarına düşən gücünə görə qeyri-adi, istiqamətinə görə qeyri-normal okklüziya yükü parodont xəstəliklərinə səbəb ola bilər.

Bizim tədqiqatlar zamanı gəldiyimiz qənaətlər belədir ki, diş-çənə anomaliyaları sağlam parodontda patoloji dəyişikliklər yarada və ya digər səbəblərdən yaranmış parodont xəstəliklərinin gedişatını ağırlaşdırma bilər.

Bütün xəstələrdə kompleks müalicəyə başlamazdan əvvəl ağız boşluğunda sanasiya tədbirləri aparılmışdır. Ağız boşluğuna gigiyenik qulluğun öyrədilməsi, III dərəcəli laxlayan dişlərin çəkilməsi, kariyes və onun ağırlaşmalarının müalicəsi, keyfiyyətsiz plombların dəyişdirilməsi, diş çöküntülərinin təmizlənməsi, parodontal ciblərin küretaji, iltihabi prosesin xüsusi pastaların köməyiylə sakitləşdirilib aradan qaldırılması parodont toxumalarının regenerasiyası üçün əlverişli şərait yaratmışdır.

Diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsində okklüziya münasibətlərinin dəqiq korrek-

siyasının aparılması xəstəliyin müalicə proqramında əsas yerlərdən birini tutmuşdur. Hər iki qrupa daxil olan xəstələrdə dişlərin seçmə hamarlama əməliyyatını aparmaqla suprakontaktlar müəyyən edilmiş, dişlərin vaxtından qabaq təması aradan qaldırılmışdır.

Ədəbiyyat məlumatlarına və öz tədqiqatlarımızın nəticələrinə istinad edərək, biz diş-çənə anomaliyası fonunda parodontitin kompleks müalicəsində ortodontik müdaxilə planlaşdırılan xəstələrdə seçmə hamarlamanı ortodontik müalicəyə qədər aparmamışıq. Belə ki, ortodontik müalicədən sonra dişlər diş sırasındakı öz əvvəlki vəziyyətini dəyişdiyindən, nəticədə onların antoqonistləri ilə münasibəti də dəyişir. Həmçinin, seçmə hamarlama apararkən suprakontaktda olan dişlər okklüziyadan tamamilə çıxarılmamışdır. Belə ki, okklüziyadan çıxarılmış dişə çeynəmə qüvvəsi təsir etmədiyindən, onun hərəkətliliyi azalır və marginal parodontun vəziyyəti müvəqqəti olaraq bir qədər yaxşılaşır. Lakin bir müddətdən sonra okklüziyadan çıxarılmış diş antoqonistinə çatır. Bu zaman onun kökünün alveoldaxili hissəsi azalır və parodontun funksional olaraq travmatik əlavə yüklənməsi daha da artır.

Diş-çənə anomaliyaları fonunda parodont xəstəlikləri zamanı normal okklüziya münasibətlərini və diş-çənə sisteminin ayrı-ayrı elementlərinin qarşılıqlı münasibətlərini bərpa etmədən, anomal yerləşmiş dişlərin bu vəziyyətini düzəltmədən parodont toxumalarından əlavə yüklənmə faktorlarını götürmək olmaz. Parodontal strukturun zəifləməsinə səbəb olan, dişlərin istənilən qeyri-düzgün vəziyyəti parodont xəstəlikləri zamanı ortodontik müdaxilə üçün göstəriş sayılmalıdır.

Ədəbiyyatdan məlumdur ki, parodontunda distrofik proseslər gedən dişlərə ortodontik təsir etmək üçün çox zəif, həkim tərəfindən dozalaşdırıla bilən qüvvələrdən istifadə edilməlidir. "Zəif qüvvələr" sümükəmələgəlmə prosesinə stimullaşdırıcı təsir göstərir. Diş sıralarının normal okklüziya

münasibətlərinin bərpa edilməsi digər müalicə prosesləri ilə kompleks şəkildə parodont toxumasındaki patoloji prosesin kəskinləşməsinin qarşısının alınmasına və iltihab əlamətlərinin aradan qaldırılmasına imkan yaradır.

Bu baxımdan, hər iki qrupa daxil edilən xəstələrdə diş-çənə anomaliyaları fonunda parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsində ortopedik üsul kimi, edjuaystexnikanın elementlərindən istifadə etməklə şinalama aparılmışdır. Bu şına üfqi, şaquli və transversal istiqamətdə ayrı-ayrı çənələrdə bütün dişlərin etibarlı fiksasiyasını təmin etmişdir ki, başqa mövcud şinalarla diş-çənə anomaliyalarında bunu etmək mümkün deyil. Xəstələr bu şinalara asan alışmışlar, belə ki, bu zaman dadılmə, temperatur hissiyyatı, nitq pozulmur və dişləmin hündürlüyü dəyişilmir. Bu cür şinalardan istifadə etdikdə diş əti vestibulyar və oral nahiyyələrdə açıq qaldığından terapevtik və cərrahi müdaxiləyə maneə yaranmamışdır. Şinadan istifadə edərkən xəstələr tərəfindən ağız boşluğunun gigiyenası qaydalarına riayət etmək çətinlik təşkil etməmişdir.

Müalicə planı tərtib olunarkən parodont toxumalarındaki patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsi əsas götürülmüşdür. Bu baxımdan, birinci qrupa daxil edilən bütün xəstələrin müalicəsində məqsədimiz, parodont toxumalarında gedən patoloji dəyişikliklərlə yanaşı, etioloji amil olan diş-çənə anomaliyasının da aradan qaldırılması olmuşdur. Aparılan müalicə tədbirləri nəticəsində kompleks müalicənin sonunda xəstələrin heç bir şikayətləri olmamışdır. Ortodontik müalicə ilə eyni vaxtda terapevtik müdaxilənin də aparılması nəticəsində diş cərgəsindəki dişlər möhkəmlənmiş, patoloji laxlama aradan qaldırılmış, diş ətərlərindən qanaxma, irinaxma və sızılı yox olmuşdur.

Diş cərgəsindəki dişlərin sıx yerləşməsinə aradan qaldırmaqla, dişləmin normal okklüziya münasibətlərini bərpa etməklə, diş-çənə sisteminin elementlərinin düzgün

münasibətinə nail olmaqla, biz parodont toxumalarından əlavə yüklənmə faktorlarını aradan qaldırırdıq. Ortodontik müalicədən sonra dişlərlə antoqonistlərinin okklüziya münasibətlərinin və diş sıralarının normal münasibətlərinin dəqiqliyi yoxlanılmışdır.

Bu qrupa daxil edilən xəstələrin kompleks müalicəsinin uzaq nəticələri müalicədən sonra 12, 18 və 24 ay müddətində izlənilmişdir. Təkrar müayinə zamanı müəyyən edilmişdir ki, xəstələrin hamısında parodont toxumalarındaki patoloji proses stabilləşmişdir. Klinik müayinədə marginal parodont toxumalarının vəziyyətinin yaxşılaşması qeydə alınmış, dişlərin laxlaması, diş ətinin iltihabi dəyişikliyi, diş əti və sümük cibləri ayırd edilməmişdir. Rentgenoloji müayinədə çənələrin alveol çıxıntısının sümük toxumasının rezorbsiyası dayanmış, əvvəllər suprakontaktda olan dişlərin periodont yarığının eni normallaşmışdır.

İkinci qrupdakı xəstələrdə iltihabi və destruktiv dəyişikliklər nəticəsində dişlərin laxlaması müşahidə olunduğundan, ortodontik müdaxilə zamanı dişlərin əlavə olaraq yüklənməsi parodont toxumalarında patoloji prosesin daha da dərinləşməsinə səbəb olduğu üçün, məqsədimiz etioloji amil kimi diş sırasındaki anomaliyaları müalicə etmək yox, şına vasitəsilə anomaliyalı diş sırasında etibarlı fiksasiya yaratmaq olmuşdur. Bu da, öz növbəsində, çeynəmə funksiyası zamanı anomal yerləşmiş dişlərə düşən çeynəmə təzyiqinin bütövlükdə diş sırasına ötürülməsini təmin edərək, patoloji prosesin aradan qaldırılmasına şərait yaradır.

İkinci qrupdakı bütün xəstələrdə şına qoyulduqdan sonra, diş-çənə anomaliyası qalmaqla, dişlərin patoloji laxlamaları aradan qaldırılmışdır. Kompleks müalicənin sonunda xəstələri müayinə edərkən parodontdakı patoloji prosesin ifadə dərəcəsinin, diş əti ciblərinin dərinliyinin və eksudasiyanın azalması qeydə alınmışdır.

Kompleks müalicədən 12, 18 və 24 ay sonra xəstələri təkrar müayinə edərkən

dişlərin patoloji laxlaması olmamış, diş ətinin ödemi və parodontal ciblərin dərinliyi azalmış, iltihabi prosesin stabilizasiyası, diş ətlərindən qanaxmanın kəsilməsi müşahidə olunmuşdur. Ortopedik müalicəyə qədər və sonra çəkilmis rentgenoqramları müqayisə edərkən çənələrin alveol çıxıntılarında sümük toxumasının əlavə destruksiyası müşahidə edilməmişdir.

Tədqiqatımızın nəticələrinə əsaslanaraq deyə bilərik ki, diş-çənə anomaliyaları zamanı parodont xəstəliklərinin ortopedik

müalicəsində məlum şinalardan istifadə etmək mümkün olmadığı üçün ortopedik üsul kimi edjuays-texnikanın elementlərindən istifadə etməklə şinalamaq lazımdır. Bu zaman etioloji faktor kimi diş-çənə anomaliyalarının müalicəsinə fərdi yanaşılmalı, yeni parodontda gedən patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsi əsas götürülməlidir. Beləliklə, dişlərin və diş cərgələrinin vəziyyətini normallaşdırmaqla yanaşı, parodont toxumalarında patoloji prosesləri törədən etioloji amil aradan qaldırılır.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.К. Распространенность аномалий зубочелюстной системы у школьников Азербайджана. Материалы II Международного конгресса стоматологов. Тбилиси. 2000. с. 14-15.
2. Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников. Стоматология. 2002. 81. № 5. с. 67-71.
3. Даминов Т.О., Якубов Р.К. и др. Роль общих факторов в патогенезе развития деформаций зубочелюстной системы у детей. Стоматология. 2002. № 4. с. 57-60.
4. Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии у школьников. "Наука - практике" 35 лет ЦНИИС. с. 60.
5. Гараев З.И., Панахов Н.А. Зубочелюстные аномалии у населения Азербайджанской Республики. Dentist Казакстан. Алматы. 2005, №2, с. 179-181.
6. Гунаева С.А. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей г. Уфы и обоснование их комплексной профилактики. Автореф. дис. к канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
7. Кудрявцева Т.Д. Планирование и комплексное лечение больных с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями. Автореф. дис. к канд. мед. наук. Ст-Петербург, 1997. 26 с.

РЕЗЮМЕ

Принципы лечения зубочелюстных аномалий при заболеваниях пародонта Н.А. Панахов

В комплексном лечении заболеваний пародонта на фоне зубочелюстных аномалий, впервые было применено шинирование с использованием элементов эджуайс-техники. При этом к лечению зубочелюстных аномалий, как этиологического фактора относились индивидуально. Полученные результаты показывают, что этот способ шинирования можно успешно применять для лечения заболеваний пародонта при всех видах зубочелюстных аномалий.

SUMMARY

The aspects of treatment of the parodont diseases against a background of the dental-maxillary anomalies N.A. Panahov

For the first time the splinting was practiced with the use of edgewise-technique at complex treatment of the parodont diseases against a background of the dental-maxillary anomaly. For all this the treatment of the dental-maxillary anomaly as etiological factor was concerned individually. The results are proved the method of splinting may be successful used for treatment of the parodont diseases in all cases of the dental-maxillary anomaly.

НОВЫЙ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМОЙ

Алимова Р.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Несмотря на определённые успехи в ортодонтии, в доступной литературе мы ещё не встретили исследований, касающихся вопросов врачебных манипуляций, требующих координационно-планиметрический ориентир при травлении эмали для фиксации брекетов, без которых повышается риск к увеличению отрицательных воздействий СНОТ на ткани зубов. Например, для фиксации брекет-пластинки первоначально поверхность зуба протравливают 37% ортофосфорной кислотой. Проблема, возникающая при использовании кислотных растворов более высоких концентраций, применяемой при протравливании эмали зубов, заключается в том, что они вызывают деминерализацию структур зуба и сокращают количество ионов, необходимых для "ионного обмена" (1).

В настоящее время широко применяется для нанесения деминерализующих жидких препаратов специальная полуавтоматическая пипетка для нанесения на зуб капли, содержащей отмеренное количество жидкости и последующего отбора из этой капли также всегда постоянного количества жидкости (2). При удалении иглы из образованной "капли" деминерализующей жидкости происходит её "опływ" и площадь повреждения эмали возрастает. Недостатком данной разработки является сложность в соблюдении формы и размера



поверхности обработки эмали и стекание лекарственных средств.

С учётом вышеизложенных недостатков при прижизненном химическом травлении эмали (ПХТЭ) мы предлагаем щадящий способ химического (кислотного) травления поверхности эмали зубов при помощи насадки на шприц (3) для бондинга брекета.

Задача полезной модели обеспечить введение кислотных растворов только в зону, ограниченную брекет-пластинкой.

Шприц содержит насадку, изготовленную из силикона. Причем форма и размеры выходного отверстия насадки соответствуют размерам под брекет-пластинку, а наружные параметры насадки, контактирующие с поверхностью зуба, обеспечивают её плотный контакт и устойчивость в работе.

При подаче лекарства через шприц с насадкой рабочая поверхность насадки плотно прилегает к поверхности зуба, а внутренний диаметр насадки ограничивает расстояние деминерализующего состава, локализует его, исключает разбрызгивание и зависимость от консистенции вещества. Кроме того, сокращается время обработки за счёт исключения стадии повторного введения шприца в каплю и отсоса излишнего препарата перед его смыванием.

Полезная модель (рис.1) поясняется фигурой 1 - общий вид медицинского шприца с насадкой, фигурой 2 насадка цилиндрическая плоская, в разрезе;

фигурой 3 насадка коническая в разрезе; фигурой 4 насадка фигурная прямая в разрезе, фигурой 5 насадка наклонная в разрезе.

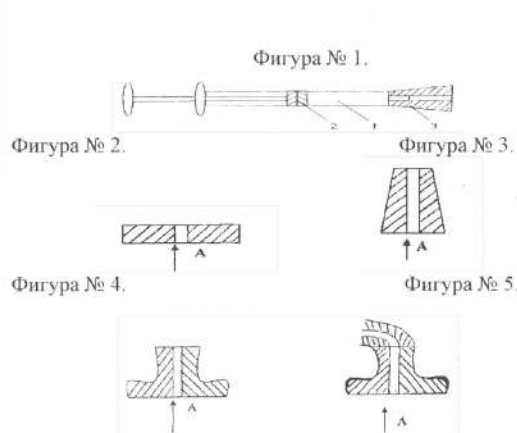


Рисунок № 1.

Медицинский шприц состоит из цилиндра 1 со шкалой, поршня 2, наконечника 3, насадки с формой и размером выходного отверстия под брекет-пластинку. Насадка, в виде полый трубки из силикона, выполнена с широким основанием для удобства обработки и имеет различные конфигурации, позволяющие с удобством проводить обработку, как передних, так и боковых рядов зубов.

Методика работы: Медицинский шприц с предварительно набранным раствором лекарств и с закреплённой на наконечнике насадкой прижимается рабочей поверхностью насадки вплотную к обрабатываемой поверхности зуба. Движением поршня деминерализующая жидкость выдавливается из ёмкости 1, через наконечник 3, к поверхности зуба. Насадка, выполненная из силикона плотно и устойчиво прилегает к рабочей поверхности зуба, и не позволяет жидкости растекаться вне зоны соприкосновения (контакта), что как следствие, предохраняет эмаль от структурных повреждений на этапах ортодонтического лечения и после снятия брекетов. С помощью предлагаемой конструкции, вместе с тем, при возвратно-поступательном движении штока можно осуществлять нагнетание

или отсасывание жидкости от рабочей поверхности зуба.

Для удобства выполнения процедур в полости рта насадки имеют различную конфигурацию, обеспечивающую доступ к поверхности зуба.

Насадка выполнена в виде полый трубки и предназначена для нанесения препаратов с повышенной эффективностью и удобством, при этом, насадка шприца может иметь различный внутренний диаметр, выполнена из силикона и установлена с возможностью плотного контакта её рабочей поверхности с зубом. Использование насадки позволит обеспечить плотное прижатие силикона к поверхности зуба (в момент нанесения препарата) в месте контакта и ограничит поверхность растекания препарата. В случае растекания препарата в зонах непосредственно около брекет-пластинки при прочих разных условиях наиболее подвержена действию неблагоприятных факторов, приводящих к развитию очаговой деминерализации эмали (ОДЭ). Это указывает на необходимость профилактики ОДЭ в участках, окружающих брекет-пластинку по его периметру. Поэтому, благодаря применению насадки уменьшится риск возникновения ОДЭ после снятия СНОТ.

Способ ПХТЭ, предложенный нами был применён у 146 пациентов, с целью бондинга брекета. Время травления определяли в зависимости от срока формирования корня протравленного зуба согласно данным Леонтьева и Дистель (2005).

Для обоснования результативности применения нового метода ПХТЭ были проведены микроскопические исследования структуры твёрдых тканей 110 протравленных зубов, удалённых по ортодонтическим показаниям у 55 пациентов. У всех обследованных определены фиксирующая способность брекетов (ФСБ) и состояние гигиенического индекса (ГИ) зуба, вокруг приклеенного брекета.

Исследования, выполненные с помощью

бочей сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) показали что, предложенный нами способ травления позволяет избежать глубоких повреждений твёрдых тканей зуба и обеспечивает отчётливую границу между травленной и интактной поверхностью (рис.2).

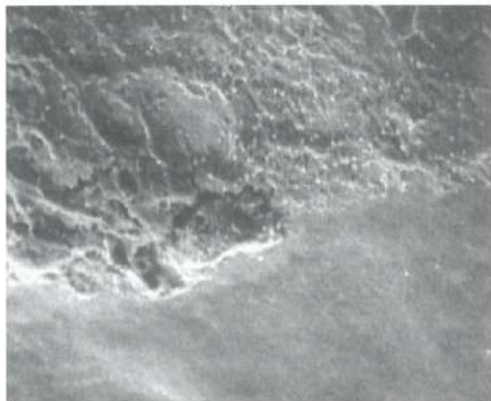


Рис. 2. Чёткая граница между интактной и травленной нашим способом поверхности эмали.

Применение нашего метода позволяет избежать на травленной поверхности скопления детрита, создаёт условия, затрудняющие паразитирование на этой поверхности микроорганизмов, включая грибы.

Наши исследования показали, что на обработанной по нашему методу поверхности не формируется дентальный налёт, нет скоплений масс фибрина и детрита, однако встречаются единичные разрозненные микроорганизмы и клетки крови (рис.3).

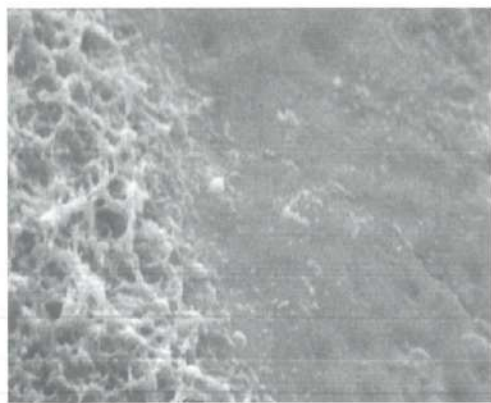


Рис.3. Чёткая граница между интактной и травленной нашим способом поверхностью зуба с отдельными микроорганизмами на поверхности. СЭМ x 1000.

Поверхность зубов также гладкая без отложений в виде дентальных налётов даже у границы прикрепления брекета (рис.4).



Рис.4. Гладкая поверхность эмали на границе, с зоной травлённой по нашей методике, при использовании в комплексе с гигиеническими средствами СЭМ x 1000.

Отчётливая граница между интактной и травленной поверхностью зуба сохраняется даже после длительного прикрепления к травлённой по нашей методике поверхности брекета, однако рельеф травленной поверхности в месте расположения брекета становится сглаженным (рис.5).

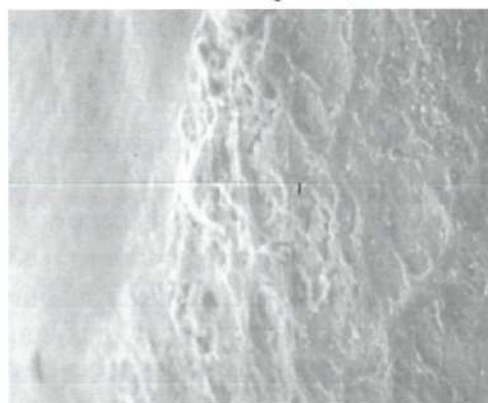


Рис.5. Гладкая поверхность эмали на границе, с зоной травлённой по нашей методике, при использовании в комплексе с гигиеническими средствами СЭМ x 1000.

Предложенный нами способ, как показали наши исследования, позволяет ограничить зону протравливания, как в глубину, так и по площади, что, в определённой мере, способствует сохранности второго уровня барьера (4).

Для более детального изучения взаимодействия структур брекета и твёрдых тканей зуба с помощью СЭМ проведено изучение поперечных распилов фрагментов брекета в месте контакта с твёрдой тканью зуба.

В месте контакта деталей брекета с твёрдой тканью зуба, как правило, не определяется щелей и других свободных формирований. Это указывает на тесное прилегание контактирующей поверхности брекета к эмали (рис.6). На поверхности



Рис.6. Зона контакта брекета с зубом.
СЭМ х 100

брекета определяются неглубокие полости (раковины), что, видимо, обусловлено особенностями обработки металла (рис.7, 8). Со стороны твёрдых тканей зуба никаких деформаций или повреждений не выявляется (рис.8). Лишь в отдельных участках контакта деталей брекета с зубом выявляются небольшие полости, обусловленные, как неровностями контактирующей поверхности брекета, так и неровностями,

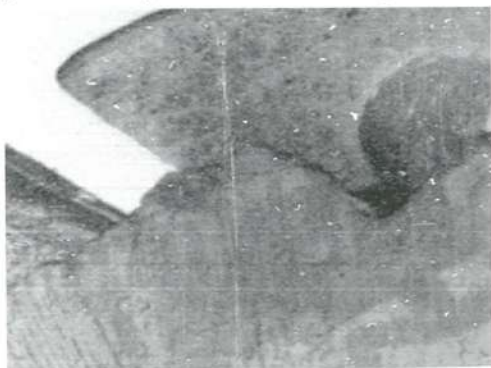


Рис.7. Контакт брекета с тканью зуба.
СЭМ х200.

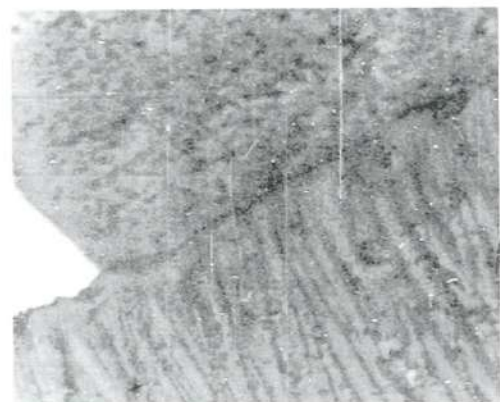


Рис.8. Граница между брекетом и эмалью.
СЭМ х 400.

связанными с препарированием поверхности зуба (рис.9).



Рис.9. Зона контакта брекета и зуба.
СЭМ х 400.

Результаты сравнительного анализа фиксирующей способности брекета на эмаль зуба, приклеенного по традиционной и новой методикам показали что при увеличении ортодонтической нагрузки на зуб через брекеты, установленный по традиционной методике в контрольной группе были 112 случаев дебондинга брекета. При фиксации брекетов после ПХТЭ по нашей методике дебондинг опорных элементов (брекет, щёчная трубка, оральные кнопки) наблюдался в 6 случаях. Эти случаи дебондинга произошли в связи с внешними механическими факторами (жевание или откусывание пищи твёрдой консистенции), а так же при увеличении нагрузки на перемещаемый зуб в случае его тортоаномалийном или вестибуло-оральном положении. С целью подтверждения

надёжности фиксации брекета на зуб при ПХТЭ по новой методике нитиноловые (Ni-Ti) проволоки с разными диаметрами сечения были установлены между зубами с "U" образным изгибом для создания дополнительной нагрузки на брекет, при котором создаётся ангулирующий эффект перемещения.

Результаты таких исследований показали, что при традиционной ПХТЭ ангулирующий эффект с применением проволоки диаметром от 0,12" до 0,14" не происходит отклейки брекета, т.е. не создаёт возможность дебондинга. Применение проволоки диаметром 0,16" и выше приводит к дебондингу брекета. Проведённые исследова-

ния в этом плане с применением ПХТЭ по новой методике показали эффективность данного метода, т.е. мы не наблюдали ни одного случая дебондинга брекета, хотя были применены с разным диаметром сечения активной проволоки.

Таким образом, применение нового стоматологического шприца для ПХТЭ позволяет значительно сократить время травления, ограничить зону протравливания, как в глубину, так и по площади, улучшить гигиеническое состояние эмали вокруг брекета (предупреждая возникновение ОДЭ) и надёжной фиксации брекета на зуб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсенина О.И., Сахарова Э.Б., Кабачёк М.В. и др. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъёмной техники.-М.,-2002.-54с.
2. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Зубочелюстные аномалии и деформации.-Н.Новгород,2001.-101с.
3. Патент на полезную модель. Пойнакли стоматологический шприц. № FAP 00284. 04.04.2006. Алимова Р.Г., Махсудов С.Н.
4. Рахманов Х.Ш., Ирсалиев Х.И., Хабилов Н.Л., Байбеков И.М. Особенности твёрдых и мягких дентальных налётов у жителей Узбекистана//Маэстро стоматологии.2002.№4(9).с.46-47.

РЕЗЮМЕ

НОВЫЙ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМОЙ.

Алимова Р.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Предложен рационально-щадящий способ прижизненного химического травления эмали при помощи насадки на шприц для дебондинга брекета.

Способ прижизненного химического травления эмали позволяет избежать глубоких повреждений эмали зуба и обеспечить введение травителя только в зону, ограниченную брекет-пластинкой. Усиливается фиксирующая способность брекета к эмали зуба и улучшается гигиеническое состояние поверхности эмали вокруг брекета, снижается риск возникновения очаговой деминерализации эмали.

SUMMARY

NEW MEDICAL-TECHNIKS OF PROFESSIONAL HYGIENE OF A CAVITY OF A MOUTH OF ORTHODONTIC PATIENTS WITH USING BRACKET-SYSTEMS.

Alimova R.G.

"Orthodontic and children's stomatology" chair's docent
Tashkent High Graduated Institute for Doctors

The new way of chemical etching of enamel is offered rationally spared with the help on a syringe for bonding of brackets.

The new way of chemical etching of enamel allows to avoid deep damages of enamel of a tooth and to ensure (supply) introduction only in a zone limited to a bracket-plate. The fixing ability bracket to enamel of a tooth amplifies and the hygienic condition of a surface of enamel around bracket is improved the risk of occurrence of enamel is reduced.

AĞIZ BOŞLUĞUNUN SELİKLİ QIŞA DİSBAKTERİOZLARININ ƏMƏLƏ GƏLMƏSİNƏ EKZOAMİLLƏRİN TƏSİRİ

Yusubova Ş.R.

Azərbaycan Tibb Universitetinin terapevtik stomatologiya kafedrası



Ağız boşluğunun çoxkomponentli strukturunun normal fəaliyyəti orqanizmi patogen mikroorqanizmlərin təcavüzündən qoruyan, qida-nın birincili həzmində və fermentasiyasında iştirak edən və bir sıra digər, həyati vacib funksiyaları yerinə yetirən normal mikrofloranın aktiv həyat fəaliyyəti şəraitində mümkündür. Çoxsaylı endo- və ekzoamillərin təsiri altında normal mikroflora zəifləyir, patogen mikrofloranın daxil olması və aktivləşməsi üçün əlverişli şərait yaranır, yeni ağız boşluğunun disbakteriozu adlanan mikrobioloji vəziyyət yaranır. Patogen mikrofloranın növ tərkibindən asılı olaraq, ağız boşluğunun selikli qişasının (ABSQ) çoxsaylı xəstəliklərinin bu və ya digər nozoformaları inkişaf edir (6, 9, 8, 14, 13).

Son illərdə aparılan bir sıra sosial-epidemioloji tədqiqatlar ağız boşluğunun selikli qişasına mənfi təsir göstərən və ABSQ xəstəliklərinin inkişafına səbəb olan ekzoamillərin kifayət qədər geniş spektrə malik olduğunu göstərir. Belə ki, müxtəlif iqlim zonalarında ABSQ xəstəliklərinin yayılma dərəcəsinin eyni olmadığı göstərilmişdir ki, bu cəhətdən qışı soyuq olan iqlimlər xüsusilə arzuolunmazdır (7, 17).

Ağız boşluğunun gigiyenasının qeyri-qənaətbəxş olduğu, keyfiyyətsiz ortopedik konstruksiyalar, qaba konstruksiyalı və müxtəlif temperaturu qida qəbulu şəraitində ABSQ xəstənlənməsinin səviyyəsi yüksək olur. Ekzoamillər selikli qişanın təmizliyini pozur və ona qoşulan mikroflora ABSQ disbakteriozunun inkişafına səbəb olur (11, 10, 19, 15, 16). Bununla yanaşı, ABSQ xəstəliklərinin yayılmasında ekzoamillərin rolunun aşkar edilməsinə və qiymətləndirilməsinə dair tədqiqatlar indiyə qədər olduqca az aparılmışdır ki, bu da bu xəstəliklərin profilaktikasına dair epidemioloji yanaşmaların işlənilib hazırlanmasını məhdudlaşdırır (3).

Yaşlı əhali arasında ABSQ xəstəliklərinin müxtəlif nozoformalarının geniş yayılmasını, onların uzunsürən, çoxlu ağrılaşmalar və residivlərlə keçən gedişini, xarakterini, təsirli profilaktika tədbirlərinin tamamilə olmamasını nəzərə alaraq, biz ağız boşluğu disbakteriozunun əmələ gəlməsində ekzoamillərin rolunun qiymətləndirilməsinə dair tədqiqatlar aparmışıq ki, onların da nəticələri hazırkı məlumatda şərh olunmuşdur.

Material və metodika. Təsadüfi seçmə metodu ilə ağız boşluğunun profilaktik stomatoloji müayinəsinə görə müraciət edən 195 pasiyent seçilib ayrılmışdır. Bütün pasiyentlərin ağız boşluğunun müxtəlif biotoplarından biomaterial götürülmüş və mikrobiologiya kafedrasının bazasında

ÜST tərəfindən tövsiyə olunan mikroorqanizmləri effektiv surətdə aşkar etməyə və onların növ diferensiasiyasını aparmağa imkan verən BMSB sistemi üzrə müayinə olunmuşdur (18). ABSQ-nin patogen mikroflorası, yəni disbakterioz 123 pasiyentdə aşkar edilmişdir, o cümlədən 49 pasiyentdə kəskin mərhələdə, 74 pasiyentdə xronik mərhələdə. Normal mikroflora isə 72 pasiyentdə aşkar edilmişdir. Bütün pasiyentlərin ətraflı anketləşdirilməsi aparılmışdır. Anketləşdirmənin cavabları aşağıdakı kimi qruplaşdırılmışdır: yeməyin və içkilərin konsistensiyası, ölçüləri və temperaturu; xəstəliklərin mövsümliliyi; çeynəmənin tipi və xarakteri; dişqurdalayanlardan istifadənin düzgünlüyü;

pasiyentlərin yaşayış yeri; siqaret çəkmənin və alkoqoldan istifadənin tezliyi. Alınan nəticələrin statistik işlənməsi orta ədədi kəmiyyət və Student meyarının köməyiylə aparılmışdır (4).

Nəticələr və müzakirə. Anketləşdirmənin nəticələri cədvəl 1-də ümumiləşdirilmişdir.

Qaba yemək qəbul edən pasiyentlər arasında disbakteriozun tezliyi kifayət qədər yüksəkdir və orta hesabla $41,5 \pm 4,5\%$ təşkil edir, kontrol qrupda isə xeyli azdır - $18,1 \pm 4,6\%$ ($t=3,63$; $p < 0,001$). Enyi zamanda kontrol qrupda normal konsistensiyalı yemək qəbulunun tezliyi üstünlük təşkil edir, nəinki ABSQ-nin disbakteriozu olan pasiyentlər arasında - müvafiq olaraq $61,1 \pm 5,8\%$ və

Cədvəl 1
Müxtəlif tipli ekzoamillərin təsirindən asılı olaraq disbakteriozların əmələ gəlmə tezliyi

Ekzoamillər və onların təsiri	Ekzoamillərin tezliyi				Fərqin dürlütlüyü	
	Disbakteriozlu pasiyentlər (n=123)		Normal mikroflorası olan pasiyentlər (n=72)			
	Müt.	%	Müt.	%	t	P
1	2	3	4	5	6	7
Yeməyin konsistensiyası:	51	41,5±4,5	13	18,1±4,6	3,63	< 0,001
- qaba						
- normal	48	39,0±4,4	44	61,1±5,8	3,04	< 0,01
- yumşaq	24	19,5±3,6	15	20,8±4,8	0,22	> 0,05
Yeməyin ölçüləri:	48	39,0±4,4	16	22,2±4,9	2,55	< 0,05
- iri						
- normal	47	38,2±4,4	41	56,9±5,9	2,54	< 0,05
- xırda	28	22,8±3,8	15	20,8±4,8	0,33	> 0,05
Yeməyin temperaturu:	52	42,3±4,5	16	22,2±4,9	3,02	< 0,01
- qaynar						
- mülayim	40	32,5±4,2	39	54,2±5,9	2,30	< 0,05
- isti	31	25,2±3,9	17	23,6±5,0	0,25	> 0,05
Qaynar içkilər:	40	33,5±4,2	20	27,8±5,3	0,70	> 0,05
-müntəzəm						
- qeyri-müntəzəm	39	31,7±4,2	29	40,3±5,8	1,20	> 0,05
- az-az hallarda	44	35,8±4,3	23	31,9±5,5	0,56	> 0,05
Soyuq içkilər:	43	35,0±4,3	25	34,7±5,6	0,04	> 0,05
- müntəzəm						
- qeyri-müntəzəm	40	32,5±4,2	24	33,3±5,6	0,11	> 0,05
- az-az hallarda	40	32,5±4,2	23	31,9±5,5	0,09	> 0,05
Çeynəmənin tipi:	47	38,2±4,4	20	27,8±5,3	1,51	> 0,05
-sürətli						
-mülayim	48	39,0±4,4	44	61,1±5,8	3,04	< 0,01
-yavaş	28	22,8±3,8	8	11,1±3,7	2,21	< 0,05
Çeynəmənin xarakteri:	54	43,9±4,5	19	26,4±5,2	2,54	< 0,05
-birtərəfli						
- ikitərəfli	43	35,0±4,3	37	51,4±5,9	2,25	< 0,05
- qarışıq	26	21,1±3,7	16	22,2±4,9	0,18	> 0,05
Yeməkdən sonra dişqurdalayanlardan istifadə etmə:	48	39,0±4,4	15	20,8±4,8	2,80	< 0,01
- müntəzəm						
- qeyri-müntəzəm	50	40,7±4,4	44	61,1±5,8	2,81	< 0,01
- az-az hallarda	25	20,3±3,6	13	18,1±4,6	0,38	> 0,05
Yeməkdən sonra ağzın yaxalanması:	40	32,5±4,2	22	30,6±5,5	0,27	> 0,05
-müntəzəm						
-qeyri-müntəzəm	42	34,1±4,3	27	37,5±5,7	0,48	> 0,05
- az-az hallarda	41	33,3±4,3	23	31,9±5,5	0,20	> 0,05

$39,0 \pm 4,4\%$ ($t=3,04$; $p<0,01$). Yumşaq konsistensiyalı yemək qəbulunun tezliyi hər iki qrupda eynidir - $19,5 \pm 3,6\%$ və $20,8 \pm 4,8\%$ ($t=0,22$; $p>0,05$).

Deyilənlər tamamilə qəbul edilən yeməyin ölçülərinə də aiddir. Disbakteriozlu pasiyentlər qrupunda onun iri ölçülərinin tezliyi $39,0 \pm 4,4\%$, kontrol qrupda $22,2 \pm 4,9\%$ təşkil edir ($t=2,55$; $p<0,05$). Normal ölçülü yemək qəbulunun tezliyinə gəldikdə isə vəziyyət tamamilə əks tərəfə dəyişir - $38,2 \pm 4,4\%$ və $56,9 \pm 5,9\%$ ($t=2,54$; $p<0,05$). Kiçik ölçülü yemək qəbulunun tezliyi hər iki qrupda eynidir - $22,8 \pm 3,8\%$ və $20,8 \pm 4,8\%$ ($t=0,33$; $p>0,05$).

Qəbul edilən qidanın temperaturu da güclü təsir göstərir. ABSQ-nin disbakteriozu olan pasiyentlər arasında qaynar yemək qəbulu orta hesabla $42,3 \pm 4,5\%$, kontrol qrupda isə $22,2 \pm 4,9\%$ təşkil edir ($t=3,02$; $p<0,01$). Mülayim temperaturlu yemək qəbulunun tezliyi əks tərəfə dəyişir - $32,5 \pm 4,2\%$ və $54,2 \pm 5,9\%$ ($t=2,30$; $p<0,05$), isti şəkildə yemək qəbulunun tezliyi isə hər iki pasiyentlər qrupunda eynidir - $25,2 \pm 3,9\%$ və $23,6 \pm 5,0\%$ ($t=0,25$; $p>0,05$).

Eyni zamanda qaynar və ya soyuq içkilər ABSQ-nin disbakteriozlarının əmələ gəlməsinə hər hansı bir təsir göstərmir və onların müntəzəm və ya az-az halarda qəbul edilməsinin tezliyi hər iki pasiyent qrupunda kiçik hədudlarda dəyişir - $27,8 \pm 5,3\%$ ilə $40,3 \pm 5,8\%$ arasında ($t=1,59$; $p>0,05$). Çox güman, bu onunla əlaqədardır ki, içkilər ağız boşluğunda ləngimir və dərhal mədəyə nəql olunur, ona görə də onlar ABSQ-yə hər hansı bir təsir göstərməyə macal tapmırlar. Halbuki, yemək ağız boşluğunda uzun müddət çeynənir və qaynar halda qalır ki, bu da disbakteriozların əmələ gəlməsinə əlverişli şərait yaradır.

Bizim müşahidələrimiz göstərir ki, soyuq hava temperaturu eynilə qaynar yemək kimi, disbakteriozun əmələ gəlməsinə əlverişli təsir göstərir.

Disbakteriozların kəskin mərhələlərinin aşkar olunmasında mövsümə uyğunluq müşahidə olunmur. Bu mərhələlər pasiyentlər müraciət etdikcə hər ay təqribən eyni tezliklə qeydə alınmışdır - $4,1 \pm 2,9\%$ -dən $14,3 \pm 5,1\%$ -ə qədər ($t=1,74$; $p>0,05$). ABSQ disbakteriozlarının xronik mərhələləri isə mühüm mövsümi uyğunluğa malikdir. Onlar da pasiyentlər müraciət etdikcə qeydə alınmışdır, lakin əgər martdan noyabra qədər onların aşkar olunma tezliyi azdırsa və $2,7 \pm 1,8\%$ ilə $5,4 \pm 3,6\%$ arasında tərəddüd edirsə ($t=0,85$; $p>0,05$), ən soyuq, küləkli və rütubətli aylar olan dekabrda fevrala qədər onların aşkar olunma dərəcəsi kəskin surətdə artır ($t=2,56$; $p<0,05$) və $18,9 \pm 4,6\%$ ilə $24,3 \pm 5,0\%$ arasında tərəddüd edir ($t=0,80$; $p>0,05$). Görünür daimi soyuq hava ABSQ-nin soyuqlamasına səbəb olur ki, bu da ABSQ-nin xronik keçən xəstəliklərinin kəskinləşməsinə gətirib çıxaran patogen mikroorqanizmləri aktivləşdirir. Buna onu da əlavə etmək olar ki, qış dövründə adətən orqanizmin immun sisteminin zəifləməsi baş verir və bu da ABSQ xəstəliklərinin xronik mərhələlərinin kəskinləşməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir. ABSQ disbakteriozlarının xronik mərhələlərinin birincili qeydiyyatının belə bir böyük tezliyinə gəldikdə isə, bu, aşağıdakı kimi izah olunur. Anketləşdirməyə görə, yaşlı əhali birincili, yeni kəskin mərhələlərlə xəstələnmə hallarında çox vaxt xəstəliyin müalicəsinə özləri təşəbbüs göstərirlər və yalnız onun xronik hala keçməsindən sonra stomatoloji yardıma müraciət edirlər.

Cədvəlin məlumatlarına görə, disbakteriozların əmələ gəlmə tezliyinə yeməyin çeynəmə tipi də mühüm təsir göstərir. Məsələn, sürətli çeynəmə zamanı ABSQ disbakteriozlarının orta göstəricisi $38,2 \pm 4,4\%$, kontrol qrupda isə $27,8 \pm 5,3\%$ təşkil edir ($t=1,51$; $p>0,05$). Pasiyentlərin bu qruplarında mülayim çeynəmənin nisbəti əks xarakterə malikdir - müvafiq olaraq $39,0 \pm 4,4\%$ və $61,1 \pm 5,8\%$ ($t=3,04$;

$p < 0,001$), halbuki çeynəmənin yavaş tipi çox vaxt pasiyentlərin birinci qrupunda müşahidə olunur, nəinki ikinci qrupunda - $22,8 \pm 3,8\%$ və $11,1 \pm 3,7\%$ ($t=2,21$; $p < 0,05$).

Pasiyentlərdə çeynəmənin xarakterinin təhlili zamanı daha aydın fərqlənən nəticələr müşahidə olunur. Məsələn, ABSQ xəstəlikləri olan pasiyentlər arasında çeynəmənin birtərəfli xarakterinin tezliyi $43,9 \pm 4,9\%$ təşkil etmiş, kontrol qrupda isə o, xeyli az olmuşdur - $26,4 \pm 5,2\%$ ($t=2,54$; $p < 0,05$). Halbuki, çeynəmənin ikitərəfli xarakterinin tezliyi birincilər arasında cəmi $35,0 \pm 4,3\%$ təşkil etmişdir ki, bu da ikincilər arasında olduğuna nisbətən - $51,4 \pm 5,9\%$, xeyli azdır ($t=2,25$; $p < 0,05$). Yalnız çeynəmənin qarışıq xarakteri pasiyentlərin hər iki qrupu arasında təqribən eyni olmuş və müvafiq olaraq $21,1 \pm 3,7\%$ və $22,2 \pm 4,9\%$ təşkil etmişdir ($t=0,18$; $p > 0,05$).

Pasiyentlər tərəfindən yeməkdən sonra olduqca travmogen vasitə olan dişqurdalayanlardan istifadə edilməsi də təqribən bu cür təsir göstərir. ABSQ xəstəlikləri olan pasiyentlər arasında müntəzəm surətdə dişqurdalayanlardan istifadə etmənin tezliyinin ümumiləşdirilmiş göstəricisi daha yüksək olmuşdur, nəinki kontrol qrupun pasiyentləri arasında - $39,0 \pm 4,4\%$ və $20,8 \pm 4,8\%$ ($t=2,80$; $p < 0,01$), onlardan qeyri-müntəzəm istifadə etmənin tezliyi isə aşağı olmuşdur - $40,7 \pm 4,4\%$ və $61,1 \pm 5,8\%$ ($t=2,81$; $p < 0,01$). Yalnız dişqurdalayanlardan az-az hallarda istifadə etmənin tezliyinin göstəricisi pasiyentlərin hər iki qrupunda eyni olmuşdur - $20,3 \pm 3,6\%$ və $18,1 \pm 4,6\%$ ($t=0,38$; $p > 0,05$).

Bununla yanaşı, kifayət qədər çox istifadə olunan, yemək qəbulundan sonra ağız boşluğunun yaxalanması prosedurası ağız boşluğu disbakteriozlarının əmələ gəlməsinə təsir göstərmir. Belə ki, həm ağız boşluğu xəstəliklərinin müxtəlif nozoformaları olan pasiyentlər arasında, həm də kontrol qrupun pasiyentləri arasında bu proseduranın tezliyinin göstəricisi məhdud həddlərdə - $30,6 \pm 5,5\%$ ilə

$37,5 \pm 5,8\%$ arasında dəyişmişdir ($t=0,86$; $p > 0,05$).

Anketləşdirmənin məlumatları aşağıdakından ibarət olan olduqca maraqlı bir halı aşkara çıxarmağa imkan vermişdir. Disbakteriozların ən böyük xüsusi çəkisi şəhərin mərkəzində yaşayan pasiyentlərin payına düşür - $44,7 \pm 4,5\%$, kontrol qrupda o cəmi $18,1 \pm 4,6\%$ təşkil edir ($t=4,13$; $p < 0,001$). Mərkəzdən uzaqlaşdıqca bu göstərici müntəzəm surətdə azalır - mərkəz ətrafında $30,1 \pm 4,2\%$, şəhərin kənarında $16,3 \pm 3,3\%$, qəsəbələrdə $8,9 \pm 2,6\%$ təşkil edir ($t=6,88$; $p < 0,001$). Çox güman, şəhərin mərkəzinin avtomobillərdən çıxan qazlarda güclü surətdə çirkənlənmiş atmosfer havası ABSQ-yə qıcıqlandırıcı təsir göstərir və disbakteriozların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu aspektdən həddən artıq siqaret çəkmənin və alkoqoldan istifadə etmənin oxşar təsirini də qeyd etmək vacibdir (cədvəl 2).

Hər şeydən əvvəl qeyd edək ki, siqaret çəkmənin və alkoqoldan istifadənin intensivlik dərəcələri bu amillərin ürək-damar patologiyasının vəziyyətinə təsirini qiymətləndirmək üçün ÜST-nin təklif etdiyi tövsiyələrə müvafiq surətdə verilmişdir (5, 2, 1). ABSQ disbakteriozlarının əmələ gəlməsinə siqaret çəkmə xüsusilə güclü təsir göstərir. Belə ki, disbakteriozlu pasiyentlər arasında siqaret çəkməyənlərin xüsusi çəkisi cəmi $3,3 \pm 1,6\%$ təşkil etdiyi halda, kontrol qrupun pasiyentləri arasında o, xeyli böyükdür - $22,2 \pm 4,9\%$ ($t=5,15$; $p < 0,001$). Eyni zamanda, siqaret çəkmənin ən zərərli intensivliyinin, bu zaman gündə 21-dən artıq siqaret çəkilir, xüsusi çəkisi birincilər arasında $30,1 \pm 4,2\%$, ikincilər arasında $19,4 \pm 4,7\%$ təşkil etmişdir ($t=1,70$; $p > 0,05$). Alkoqoldan istifadənin belə bir rolu az əhəmiyyət kəsb edir. Ola bilər, bu onunla əlaqədardır ki, alkoqol ağız boşluğunda çox qalmır və dərhal mədəyə nəql olunur. Lakin alkoqoldan daha intensiv - gündə 37 q-dan çox istifadə edilmənin xüsusi çəkisi yenə də pasiyentlərin birinci qrupu arasında daha yüksəkdir,

Siqaret çəkmənin və alkoqoldan istifadənin intensivliyindən asılı olaraq ABSQ disbakteriozlarının əmələ gəlməsinin tezliyi

Siqaret çəkmənin intensivliyi	Siqaret çəkmənin tezliyi, %-lə		Alkoqoldan istifadənin intensivliyi	Alkoqoldan istifadənin tezliyi, %-lə	
	Patogen mikroflorası olan pasiyentlər	Normal mikroflorası olan pasiyentlər		Patogen mikroflorası olan pasiyentlər	Normal mikroflorası olan pasiyentlər
Siqaret çəkmir	3,3±1,6	22,2±4,9	< 6 q/gün	18,7±3,5	27,8±5,3
≤ 6 siqaret/gün	10,6±2,8	20,8±4,8	6-12 q/gün	18,7±3,5	15,3±4,3
7-13 siqaret/gün	22,8±3,8	13,9±4,1	13-24 q/gün	17,9±3,5	20,8±4,8
14-20 siqaret/gün	33,3±4,3	23,6±5,0	25-36 q/gün	24,4±3,9	25,0±5,1
>21 siqaret/gün	30,1±4,2	19,4±4,7	≥37 q/gün	20,3±3,6	11,1±3,7

nəinki ikinci qrupu arasında - 20,3±3,6% və 11,1±3,7% ($t=1,78$; $p>0,05$).

Bələliklə, aparılan prospektiv (anketləşdirmə) və bakterioloji tədqiqatlar əsasında ağız boşluğu xəstəliklərinin müxtəlif nozofomalarının inkişafına gətirib çıxaran ABSQ disbakteriozlarının əmələ gəlməsinə təsir göstərən ekzoamillər kompleksi aşkar edilmiş və qiymətləndirilmişdir. Disbakteriozların əmələ gəlməsi ən çox yeməklərin qaynar halda qaba, iri ölçülərdə istifadə edilməsi zamanı müşahidə olunur. Disbakteriozların xronik formaları soyuq qış aylarına təsadüf edir. Yeməyin sürətli və

birtərəfli çeynənməsi və yeməkdən sonra dişqurdalayanlardan istifadə edilməsi də ABSQ-nin vəziyyətinə mənfi təsir göstərir. Disbakteriozlar ən çox şəhərin avtomobil qazları ilə güclü sürətdə çirklənmiş mərkəz hissəsində yaşayan, həmçinin siqaret çəkmədən və alkoqollu içkilərdən sui-istifadə edən pasiyentlər arasında aşkar olunur. Aşkar olunmuş ekzoamillərin aktivliyinin azaldılmasına dair tədbirlərin həyata keçirilməsi disbakteriozların əmələ gəlmə riskini azaltmağa və bununla da ABSQ xəstəliklərinin effektiv profilaktikasını təşkil etməyə imkan verəcəkdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Александрни А.Л., Константинов В.В., Деев А.Д. и др. Потребление алкоголя и его связь со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний мужчин 40-59 лет // Терапевтический архив, 2003, №12, с.9-12.
2. Гафаров В.В., Гафарова А.В. Изучение на основе программ ВОЗ "МОНИКА" и "Регистр острого инфаркта миокарда" смертности от инфаркта и потребление алкоголя // Терапевтический архив, 2002, №12, с.8-12.
3. Гладилина К.К. Гигиенические и эпидемиологические подходы по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта: Автореф.диссканд.мед.наук, Н.Новгород, 2006, 21 с.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1999, 459 с.
5. Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертензия: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и в практической деятельности // Терапевтический архив, 2000, №4, с.71-74.
6. Лукиных Л.М. Заболевания слизистых оболочки рта. Н.Новгород, 2003, 159 с.
7. Поскребов А.Л. Характер распространенности заболеваний слизистой оболочки полости рта в разных климатических зонах юга России // Соверш.стом.помощи сель.нас., Ставрополь, 2004, с.146-148.
8. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. и др. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки рта // Стоматология, 2002, №5, с.48-50.
9. Ремезов К.С. Качественный и количественный состав микрофлоры полости рта и динамика ее перестройки на фоне интенсивной антибиотикотерапии: Автореф.диссканд.мед.наук., Саратов, 2006, 22 с.

10. Светлов А.А., Русаков М.Р., Гаюмов Р.А. Заболевания полости рта: эпидемиология и профилактика // Инфекционная патология и современный мир, Иркутск, 2005, с.174-177.
11. Щеглов Р.А., Ахматов С.С., Новак Т.Ш. Влияние социально-эпидемиологических факторов на характер заболеваний слизистой оболочки полости рта // Соверш.стом.помощи.сел.нас., Ставрополь, 2004, с.173-175.
12. Bergey's manual Systematic Bacteriology. Geneva, 1984, 720 p.
13. Kolenbrander P. Oral microbial communities: biofilms, interactions and genetic systems // Ann.Rev.Microbiol., 2006, V.54, p.413-437.
14. Malcolm R. Epidemiology of oral diseases. Geneva, 2004, 116 p.
15. Michalich M., Moor P., Polsen S. et al. Role of epidemiology factors in diseases of the buccal mucosa // Arch.Oral.Biol., 2006, v.51, p.348-353.
16. Ockert S., Flemming B., Offenbach O. Medico-social aspects in diseases of the buccal mucosa // Oral. Pathol.Med., 2006, v.35, p.63-68.
17. Simond J. Practical Periodontics. HCLS, 2004, 280 p.
18. Vandepitte J., Engback K., Piot P., Heuck C. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии. Женева, 1994, 132 с.
19. Willman D.E, Harris N.O. The role of dental plaque in the etiology and progress of periodontal disease. In: Harris N.O, Garcia-Godoy F, eds. Primary Preventive Dentistry. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2003, p.73- 91.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ДИСБАКТЕРИОЗОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Юсубова Ш.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет,
кафедра терапевтической стоматологии

На основании проведенного проспективного (анкетирования) и бактериологического исследования выявлен и оценен комплекс экзофакторов, оказывающих воздействие на формирование дисбактериозов слизистой оболочки полости рта (СОПР), приводящих к развитию разных нозоформ заболеваний (СОПР). Наиболее часто формирование дисбактериозов наблюдается при употреблении грубой, крупных размеров пищи в горячем виде. Хронические формы дисбактериозов приурочены к холодным зимним месяцам. Быстрое и одностороннее жевание пищи и использование зубочисток после еды. Также негативно сказывается на состоянии СОПР. Дисбактериозы чаще выявляются среди пациентов, проживающих в сильно загазованном автомобилями центре города, а также злоупотребляющих табакокурением и алкогольными напитками. Осуществление мер по ограничению активности выделенных экзофакторов позволит снизить риск формирования дисбактериозов и тем самым эффективную профилактику заболеваний СОПР.

SUMMARY

INFLUENCE EXTERNAL FACTORS ON FORMATION OF DYSBACTERIOSES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

Jusubova S.R.

The Azerbaijan Medical University, department of therapeutic stomatology

On the basis of lead prospecting (questioning) and bacteriological research the complex external factors, rendering influence on formation of dysbacterioses of a mucous membrane of oral cavity (MMOC), resulting to development different nozoforms diseases (MMOC) is revealed and appreciated. Most frequently formation of dysbacterioses is observed at the use rough, sizable food in a hot kind. Chronic forms of dysbacterioses are dated for cold winter months. Fast both unilateral chewing peep also use of toothpicks after meal. Also has a negative effect on condition MMOC. Dysbacterioses come to light among the patients living in strong polluted by automobiles city centre, and also abusing tobacco smoking and alcoholic drinks is more often. Realization of measures on restriction of activity allocated external factors will allow to lower risk of formation dysbacteriosis and by that effective preventive maintenance of diseases MMOC.

Состояние иммунологического статуса полости рта морских нефтяников с различными заболеваниями зубов, пародонта и слизистой оболочки

Пашаев Ч. А., Гасанов В. М., Пашаев А. Ч.

АМУ, кафедра терапевтической стоматологии



Несмотря на столь массовое распространение стоматологической заболеваемости, одним из необходимых условий для ее развития является иммунодефицит организма в целом и особенно местного, являющегося барьером для патогенных микроорганизмов. Поэтому в стоматологии интенсифицировались иммунологические исследования, хотя их объем еще небольшой, однако они свидетельствуют, что местный иммунитет полости рта формируется и функционирует за счет иммуноглобулинов классов IgA, IgC и IgD (4,7,12,15) Но какие из них наиболее активны относительно местного иммунитета до конца не выяснено. В то же время иммунокорректирующая терапия намного повышает эффективность антибактериального лечения (2,3,8,10,11)

Наиболее важным маркером иммунного состояния полости рта является специфичный секреторный иммуноглобулин A (sIgA), снижение его количества свидетельствует об иммунодефиците. Иммуноглобулины классов A (IgA) и G (IgG) выполняют компенсаторную роль, увеличение их количества свидетельствует о напряженности иммунной системы полости рта (3,5).

Учитывая высокую значимость морской добычи нефти для экономики и благосостояния населения республики, специфические условия работы и жизни морских нефтяников и большую распространенность

среди них заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки, мы сочли целесообразным провести исследования по оценке состояния иммунологического статуса полости рта в этой группе населения. Иммунокоррекция открывает новые возможности в достижении более высокой эффективности лечения стоматологической заболеваемости. (2,3,15) Результаты проведенных исследований нашли свое отражение в данной статье.

Материал и методика. Сформировали методом случайной выборки 2 группы нефтяников с разными нозоформами заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки. Первую группу составили 104 нефтяника руководящего, административно-хозяйственного и инженерно-технического состава, вторую группу - 142 нефтяника рабочего состава - буровики, монтажники, мотористы, машинисты, их помощники, грузчики, подсобные рабочие. Данная группа характеризуется наиболее тяжелым физическим трудом, находится на открытом воздухе, круглосуточно, режим питания и отдыха не соблюдаются. Обе группы нефтяников работают на море в вахтенном режиме, продолжительность которой как минимум 15 дней. Поэтому в случаях развития заболеваний полости рта или обострения их хронических стадий нефтяники лишены возможности получения своевременной стоматологической помощи. Для получения сопоставимых результатов сформировали 3-й группу сравнения, состоящую из 143 городских жителей с аналогичными нозоформами заболеваний полости рта. В 4-ю контрольную группу включили 52 молодых городских жителей и нефтяников с небольшим стажем работы, не имеющих каких-либо заболеваний полости рта. Во всех группах собирали клинко-эпидемиологических анамнез и проводили традиционное обследование полости рта. Для диагностирования патологических состояний зубов, пародонта и слизистой оболочки использовали стандартизированные и рекомендованные ВОЗ индексы КПУ и СРІТН и пробу Федорова-Володкиной и Шиллера-Писарева

(6,13,14)

Для определения количественного состава иммуноглобулинов sIgA, IgA, IgG в биосубстратах полости рта (содержимое кариозных зубов, очагов воспаления тканей пародонта и слизистой оболочки) проводили иммуноферментный анализ с использованием стандартных тест-наборов. Исследование провели по общепринятой методике. (5,6) Полученные результаты обрабатывали при помощи средней арифметической взвешенной и критерия $\chi^2(1)$

Результаты и обсуждение. При нормальном состоянии местной иммунной системы количество sIgA в разных биосубстратах полости рта, каковыми являются слюна, десневая жидкость, содержимое кариозных полостей зубов, очагов воспалений на пародонте и слизистой, превышает 0,60 мг/мл. Количество компенсаторных IgA и IgG в этих субстратах в норме не превышает 0,25 мг/мл. В наблюдаемых группах количественные показатели sIgA, IgA и IgG имели несоответствия выраженные в разной степени. (таб. 1) Какие бы благоприятные условия не создавались бы для агрессии патогенных микроорганизмов, развитие стоматологической заболеваемости во многих случаях происходит в условиях иммунодефицитного состояния организма, особенно его местной системы. Хотя механизмы функционирования местной

иммунной системы полости рта еще до конца не расшифрованы, однако наши данные подтверждают что основные защитные функции выполнял специфический секреторный иммуноглобулин класса A(sIgA), его снижение в биосубстратах является достоверным маркером иммунодефицита. В частности в 4-й группе обследованных количества sIgA было ниже нормы (менее 60 мг/мл) тогда как остальных группах подобные случаев было больше ($\chi^2 = 45,34$; $p < 0,01$), так вне зависимости от локализации заболевания - зубы, пародонт или слизистая - от $69,1 \pm 6,3$ до $84,2 \pm 6,0\%$, обследованных количество sIgA не соответствовало нормативам ($\chi^2 = 2,75$; $p < 0,05$). В группах имелись различия в интенсивных показателях sIgA. Если, в 4-й группе их количество в среднем равнялось $0,68 \pm 0,05$ мг/мл, то в 3-й группе оно снижается до $0,46 \pm 0,64$ мг/мл ($t = 3,44$; $p < 0,01$), в 1-й группе до $0,33 \pm 0,03$ мг/мл ($t = 2,60$) во 2-й группе до $0,04 \pm 0,02$ мг/мл ($t = 3,06$; $p < 0,01$). то есть местная иммунная система наиболее угнетена у нефтяников рабочего состава что является одной из ведущих причин очень высокого уровня стоматологической заболеваемости.

Дефицит местной иммунной системы компенсируется выработкой иммуноглобулинов классов A(IgA) и G(IgG), в норме их

Таблица 1.

Частота несоответствий количественных показателей sIgA, IgA и IgG нормативом в разных группах обследованных.

Области патологических процессов и группы обследованных.	Число обследованных.	Частота несоответствий нормативам.					
		sIgA		IgA		IgG	
		Обс.	%	Обс.	%	Обс.	%
Зубные ряды:							
1-я группа	47	34	$72,3 \pm 6,6$	17	$36,2 \pm 7,1$	19	$40,4 \pm 7,2$
2-я группа	38	32	$84,2 \pm 6,0$	11	$28,9 \pm 7,5$	14	$36,8 \pm 7,9$
3-я группа	43	30	$69,8 \pm 7,1$	15	$34,9 \pm 7,4$	12	$27,9 \pm 6,9$
Пародонт							
1-я группа	41	30	$73,2 \pm 7,0$	14	$34,1 \pm 7,5$	17	$41,4 \pm 8,4$
2-я группа	48	39	$81,3 \pm 5,7$	19	$39,6 \pm 7,1$	18	$37,5 \pm 7,1$
3-я группа	55	38	$69,1 \pm 6,3$	19	$34,5 \pm 6,5$	15	$27,2 \pm 6,1$
Слизистая							
1-я группа	53	37	$69,8 \pm 6,4$	18	$34,0 \pm 6,6$	21	$39,5 \pm 6,8$
2-я группа	56	47	$83,9 \pm 5,0$	24	$42,9 \pm 6,7$	16	$28,6 \pm 6,1$
3-я группа	45	35	$77,8 \pm 6,3$	19	$42,2 \pm 7,4$	15	$33,3 \pm 7,1$
Контроль	52	3	$5,8 \pm 3,3$	4	$7,7 \pm 3,7$	5	$9,6 \pm 4,1$

количество в биосубстратах не превышает 0,25мг/мл. В 4-й группе только количество IgA и IgG превышала норму только соответственно у 7,7±3,7 и 7,6±4,1% обследованных ($\chi^2=0,68$; $p=0,05$). В остальных группах количество IgA и IgG превышала норму у значительно большего числа обследованных ($\chi^2=5,68$; $p=0,02$) - от 27,2±6,1 до 42,9±6,7% ($\chi^2=2,96$; $p=0,05$).

Весьма интересные данные по интенсивности IgA и IgG. В контрольной группе их среднее количество составляет 0,19±0,02 и 0,22±0,02мг/мл, то есть находится в пределах нормы ($t=1,07$; $p>0,05$). Количество IgA в остальных группах превышает нормы незначительно и находится примерно на одинаковом уровне ($t=1,46$; $p>0,05$) варьируя от 0,26±0,04 до 0,32±0,06мг/мл ($t=0,83$; $p>0,05$). То есть IgA не компенсируют местный иммунодефицит. Иначе обстоит ситуация с IgG. Несколько больше превышает его количество во 2-й группе 0,37±0,02мг/мл ($t=5,36$; $p=0,002$). Еще больше возрастает его количества в 1-й группе - 0,52±0,04мг/мл ($t=3,33$; $p<0,001$), а наибольшее количество IgG наблюдается в 3-й группе -

0,67±0,67мг/мл ($t=1,85$; $p>0,05$). Компенсаторную роль, как видно, выполняют IgG. Однако, чем больше угнетена местная иммунная система, тем больше ослабевает компенсаторная роль IgG.

Результаты проведенных исследований показывают, что угнетение местной иммунной системы полости рта является одним из ведущих факторов, благоприятствующих развитию заболеваний зубов, пародонта и слизистой. Установлены изменения местной защиты полости рта в виде дефицита секреторного sIgA и компенсаторного увеличения IgA и особенно IgG. Больше подавлена местная иммунная система у морских нефтяников рабочего состава, характеризующиеся как высоким уровнем стоматологической заболеваемости, так и тяжелыми специфическими условиями труда и жизни на море. При комплексном лечении различных заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки, возникает необходимость осуществления мер по коррекции местной иммунной системы полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М. 1999. 459с
2. Земсков В.М., Земсков А.М. Принципы дифференцированной иммунокоррекции. //Иммунология 2006;6:4-6
3. Киселева Ф.А., Коросфелева Ф.Ф., Е.А. Те. Клинико-лабораторное обоснование применения иммунокоррекции в комплексном лечении хронического катарального гингивита. //Стоматол.-2007-№1.-34-37с.
4. Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Ульянова М.А. Особенности активационного состава иммунокомпетентных клеток крови пародонта при катаральном гингивите. Стоматология М: Медиа Сфера 2003;5:20-22с.
5. Московский А.В. Сравнительное исследование иммунокомпетентных клеток пульпы зуба в норме, при кариесе и его осложнениях в сочетании с пародонтитом. //Стоматол.-2007.№1: 31-33с.
6. Радченко А.С., Пасулько М.Т. Клинико-лабораторные и иммунологические методы в стоматологической практике.-Киев, 2007: 163с.
7. Романов А.Е., Николаева Е.Н., Фомичева Е.М. и др. Характеристика лейкоцитарных маркеров у больных с хроническим генерализованным пародонтитом в фазе обострения. Стоматология М: Медиа Сфера 2003; 6: 13-16с.
8. Grudianov A.I., Bezrukova I.V. The blood immunological indices in rapidly progressing periodontitis (preliminary results) Stomatologiya. (Mosk) 2000: 79: 3: 15-17p.
9. Knight S. Immunologic methods of stomatologic diseases.-Oxford, 2002, 235p.
10. Gurses N., Unlu F., Hekimgil M., Keskinoglu A. Immunohistochemical characterization of lymphocyte subsets in chronic adult periodontitis. J Nihon Univ Sch Dent, 2007 :38:2: 94-101p.
11. Lu H.X., Xiao M.Z., Niu Z.Y. et al. Effect of IL-1ra on human dental pulp cells and pulpal inflammation. Int Endod J 2007: 35 :10: 807-811p.
12. Nakanishi T., Takahashi K., Hosokawa Y. Et al. Expression of macrophage inflammatory protein 3 alpha in human inflamed dental pulp tissue. J Endod 2005: 31: 2 :84-87p.
13. Palmot K., Teatly R., Coffman S. Community Periodontal Index of Treatment Needs, CPITN a review J Periodontol. -2005. № 4. 66-72p.
14. Soroczyncka P. Higiyene po uxodu ze polosti trota. // Wedomcz. Pol. Med. -2007: 3-5. 32-35p.
15. Wu L., Yang R., Hou Z. The change of immunocompetent cells in normal human dental pulp during development of immature permanent teeth. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2007: 36: 5: 357-360p.

XÜLASƏ

Dəniz neftçilərinin diş, parodont və selikli qışa xəstəliklərinin müxtəlif nozofomalarında ağız boşluğunun immunoloji statusunun vəziyyəti.

Paşayev Ç. A., Həsənov V. M., Paşayev A. Ç.
ATU-nun Terapevtik stomatologiya kafedrası

Dəniz neft sənayesi işçilərinin spesifik iş şəraitini, yaşayış mühitini və onların arasında diş, parodont və selikli qışa xəstəliklərinin kütləvi xarakterini nəzərə alaraq, ağız boşluğunun immunoloji statusunun qiymətləndirilməsi üzrə tədqiqatlar apardıq. Bunun üçün 4 qrup üzərində iş apardıq: 1-ci qrup -104 nəfər nisbətən yaxşı iş şəraiti olan idarəedici, texniki-mühəndis neftçi qrupu; 2-ci qrup-142 nəfər ağır fiziki işlə, açıq havada, qida və istirahət rejimlərinə riayət olunmaması ilə xarakterizə olunan neftçi qrupu; 3-cü qrup- 143 nəfər şəhər sakini və 4-cü qrup 52 nəfərdən ibarət nəzarət qrupu.

Dişlərin, parodontun və selikli qışanın patoloji vəziyyətini diaqnozlaşdırmaq üçün ÜST-nin tövsiyyə etdiyi KPC, CPITN indekslərindən və Fyodorova-Volodkina, Şiller-Pisarev sınaqlarından istifadə etdik. Biosubstratlarda sIgA, IgA və IgG immunoqlobulinlərin miqdar tərkibini öyrənmək üçün immunferment analizləri aparıldı.

Aparılmış tədqiqatların nəticələri göstərir ki, ağız boşluğunun yerli immun sisteminin sıxışdırılması diş, parodont və selikli qışa xəstəliklərinin inkişafına əlverişli şərait yaradan aparıcı amillərdən biridir. Ağız boşluğunun yerli müdafiəsində sekretor sIgA-nın çatmamazlığı və IgA, xüsusən də IgG-nin kompensator artması şəklində dəyişikliklər təyin edilmişdir. Stomatoloji xəstəliklərin yüksək səviyyəsi ilə, həm də ağır spesifik əmək şəraiti və dənizdə yaşayış mühiti ilə xarakterizə edilən fəhlə heyətində (2-ci qrup) yerli immun sistemi daha çox sıxışdırılıb. Beləliklə, diş, parodont və selikli qışa xəstəliklərinin kompleks müalicəsində ağız boşluğunun yerli immun sisteminin korreksiyası üzrə tədbirlərin həyata keçirilməsi zərurəti yaranır.

SUMMARY

The condition of immune system during different types of tooth, periodontis and mucose membrane diseases among the oilworker .

Pashaev C. A. Hasanov V. M. Pashaev A. C.
The department of Therapeutic dentistry of Medical University

Because of both specific condition of work and life and high prevalence of tooth, periodontis and mucose membrane(s) diseases among the offshore oilmen we decided to estimate the immune system oral cavity of these person. For this reason is formed 4 group: I group-104 person with normal working conditions; II group-142 person who in comparison with the I group have severe form of work on the opened places and with bad food regimen; III group -143 person living at the city; IV group-52 person control group.

For diagnosis of pathological condition of these disease we use according to the WOH rules the CPITN indexes and Fyodorova-Volodkin, Shiller-Pisarev probes. In order to estimate the quantity of sIgA, IgA and IgG is are prepared immunferment's analysis.

The results of investigations show that one of main cause of high prevalence of teeth, periodontal and mucose membrane diseases is the damage of immune systems. The low quantity of sIgA and great number of IgA and IgG is occurred and more severe form of immune system's pathology was find out among the person of II group (severe form of work). That is way there are important for successful treatment the correction of local immune system.

Сравнение финансовых потоков и распределения финансовых средств в отдельной самостоятельной районной стоматологической поликлинике и стоматологическом отделении при центре семейной медицины, работающих по новым методам финансирования.

Юлдашев И. М. ,

кафедра стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии КГМИПб, г.Бишкек, Кыргызская республика.

В статье проводится анализ особенностей финансирования отдельной самостоятельной районной стоматологической поликлиники и стоматологического отделения, находящегося в составе центра семейной медицины. Проведено сравнение финансирования по бюджету, специальным средствам, сооплате. Показано, что самостоятельная отдельная районная стоматологическая поликлиника имеет преимущества в накоплении и распределении финансов, а значит и обеспечении населения Гарантированным уровнем стоматологической помощи.

Ключевые слова: стоматология, реформы, финансирование.

Comparison of Financial streams and Finance distribution in Separate Independent rural Stomatological policlinic and Stomatological Department of the Family Medicine Center, working according new financing methods.

Ilshat 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 an analysis of peculiarities of new financing and finance distribution methods and mechanisms of the Independent separate rural Stomatological policlinic and Stomatological Department included to Family Medicine Center. The comparison made on state budget, special funds and co-payment. It has been shown, that Independent separate rural Stomatological policlinic has advantages in finance collection and distribution of sources. That advantages allows for better supply of the population with Stomatological aid on Guaranteed level.

Key words: Dentistry, reforms, financing

Реформирование системы финансирования является краеугольным камнем при проведении реформ в здравоохранении, при переходе к системе Общественного здравоохранения (1, 2, 4, 6, 7). Как отмечалось, во время проведения реформирования, по объективным и субъективным причинам, как в структурной организации, так и финансировании, стоматология осталась не полностью вовлеченной в сферу проводимых реформ. (3, 4, 5, 11).



В сельских регионах Кыргызстана структурно стоматологические подразделения представляли собой, в основном две разновидности. Во первых - отдельная самостоятельная районная стоматологическая поликлиника. Таковых было большинство в Иссык-кульской, Ошской, Жалалабатской, Баткенской областях. Другая же -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.

Для лучшего понимания особенностей финансового обеспечения, расходования финансовых средств необходимо сравнение основных показателей в отдельной самостоятельной поликлинике и подразделении, находящемся в составе центра семейной меди-

ведем анализ финансирования и расходования финансов в случае, когда стоматологическая поликлиника не самостоятельная, а является подразделением центра семейной медицины. Для примера проанализируем состояние финансирования стоматологического отделения при Кеминском центре семейной медицины Чуйской области. Данные по финансированию и распределению финансов представлены в Таблице №1

Таблице №1

Сведения о финансировании (тыс. сом) стоматологического отделения ЦСМ Кеминского района Чуйской 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	118,8	87,8	22,0	109,8	92,4	-	6,0	6,0	5,0	3,0	2,5	-	-
2003	130,6	94,0	23,5	117,5	90,0	-	6,1	6,1	4,7	7,0	5,4	-	-
2004	200,5	141,0	35,3	176,3	88,0	-	7,2	7,2	3,6	10,0	8,0	-	-
2005													
По	спецсредствам												
	Данных нет												
2002													
2003													
2004													
2005													
По	Сооплате												
2002	15,0	3,0	3,7	6,7	44,7	-	2,0	2,0	13,3	-	-	6,3	42,0
2003	17,7	3,5	4,4	7,9	45,0	-	-	-	0	8,4	47,0	1,4	7,9
2004	28,9	5,6	7,2	12,8	44,3	-	-	-	0	10,6	36,6	5,5	19,0
2005													

цины. Поскольку это позволит, в дальнейшем выбрать наиболее выгодную форму организации стоматологической помощи жителям сельских регионов в условиях перехода к принципам Общественного здравоохранения (8, 9, 10).

Целью настоящей статьи является проведение сравнения результатов внедрения новых методов финансирования, распределения финансовых ресурсов в отдельной самостоятельной районной стоматологической поликлинике и стоматологическом отделении при центре семейной медицины.

Вначале проведем анализ финансовых поступлений и статей расходов в стоматологическом отделении при ЦСМ. То есть про-

Следует отметить, что получение сведений по отдельному финансированию стоматологического отделения были затруднительными, хотя по положению, финансирование стоматологического отделения и сметы расходов должны идти отдельной строкой в финансовой отчетности по ЦСМ. Являясь отдельной подструктурой центра семейной медицины, стоматологическое отделение имеет еще дополнительное подразделение - зубопротезное отделение. Как уже говорилось выше, это отдельное подразделение работает на самофинансировании, практически зарабатывая средства на заработную плату сотрудников отделения - врачей, медсестер, санитарок; средства на при-

обретение стоматологических материалов и медикаментов, а также на оплату расходов на коммунальные услуги.

По представленным данным и сводным параметрам, представленным в Таблице №2 видно, что раздел бюджетного финансирования расходовался по общепринятым правилам. Основной пакет средств бюджетного финансирования - от 88% до 92,4% был израсходован на выплату заработной платы и отчисления в Социальный фонд. На коммунальные услуги затрачено от 2,5% до 8,0% бюджетного финансирования. На приобретение медикаментов затрачено от 3,6% до 6,0%. По представленным данным финансовых средств на приобретение медицинского оборудования не затрачено вообще. Забегая вперед можно сказать, что за исследуемый период руководство ЦСМ затратило 51 тысячу сомов, при чем затраты идут по возрастающей: если в 2002г - не затрачено ни сома, в 2003г - затрачено 16,3 тысяч сомов, то в 2004г было затрачено уже 34,7 тысяч сомов. Эта статья расходов для ЦСМ работает, однако для стоматологического отделения - нет. В отчете по расходованию финансовых средств нет расходов, направленных на капитальный ремонт подразделений стоматологической службы. Далее. Данных о финансировании и распределении финансов по специальному счету нет. Это говорит о том, что врачи ортопеды, медицинские сестры ортопедического (зубопротезного) отделения, вместо того, чтобы работать по полному хозрасчету, зарабатывать средства на собственную заработную плату, материалы, медикаменты и оплату коммунальных услуг - полностью переведены на государственное обеспечение. Они зачислены в штат ЦСМ. Получают бюджетную заработную плату. Более того, включение в штат врачей стоматологов ортопедов влечет за собой конечно же сокращение штатов других - бюджетных врачей стоматологов общего профиля (терапевтов), стоматологов детского возраста и стоматологов хирургов. Руководство ЦСМ не могло справиться с за-

дачей обеспечения работы подструктуры стоматологического отделения - зубопротезного подразделения, куда также входят и зубные техники. Наличие зубопротезного отделения предполагает планирование бюджета, ведение отдельного счета, финансовой документации, а также финансовой отчетности по результатам работы, материальное обеспечение, материальную ответственность и многое другое.

Проведем анализ финансовых потоков по сооплате. В процентном соотношении примерно 45% от средств сооплаты затрачивалось на заработную плату и отчисления в социальный фонд. Цифра 45% - более чем вдвое превышает лимит, выделяемый на заработную плату врачам, работающим по сооплате. Это является финансовым нарушением. При взгляде на цифры по заработной плате и отчислениям в Социальный фонд бросается в глаза и другое несоответствие - суммы отчислений в соцфонд превышают суммы, выплаченные в виде заработной платы. Это также является финансовым нарушением. Следующим нарушением является практически отсутствие средств, выделяемых на приобретение материалов и медикаментов за исключением 2002 года, когда было выделено 13,3%. Хотя по требованиям распределения сооплаты нужно было выделить минимум 70% от сооплаты. От 36,6% до 47% от сооплаты направлялось на оплату коммунальных услуг. Эти затраты в разделе сооплаты вообще не предусмотрены. Завышен процент расходов на прочие нужды - от 7,9% до 42%, хотя в норме - до 10%.

Таким образом, финансирование стоматологического отделения, в составе ЦСМ представляет собой удручающую картину. Относительно без нарушений проводится распределение финансовых средств, поступающих по бюджету. Соблюдаются основные статьи расходов - на заработную плату, отчисления в Социальный фонд, оплату коммунальных услуг. Но даже здесь сравни-

тельно мало средств выделяется на приобретение медикаментов. Не выделяется совсем средств на приобретение медицинского оборудования. Больше всего нарушений выявлено по причине отсутствия отдельного зубопротезного подразделения - с отдельным планом финансирования и отчетности. Хозрасчетное отделение, призванное обеспечивать себя заработной платой, стоматологическими материалами взято на государственное финансирование с вытекающими отсюда последствиями. Кроме того такая ситуация отрицательно сказывается на шта-

Завышен также процент средств на заработную плату, причем выплаты в Социальный фонд - превышают суммы, выделенные на заработную плату. Руководство ЦСМ не выделяет финансовых средств на проведение ремонта (капитального и текущего) в подразделениях стоматологической службы.

Проведем для сравнения краткий анализ финансирования и распределения финансовых средств самого центра семейной медицины, куда придано стоматологическое отделение. Данные представлены на фотокопиях и сводные данные - в Таблице №2. Из

Таблице №2

Сведения о финансировании (тыс. сом) ЦСМ Кеминского района Чуйской 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	1980,1	1249,8	107,0	1356,8	68,0	-	25,0	25,0	1,3	526,3	26,5	72,0	3,6
2003	3280,8	1851,0	462,8	2313,8	70,5	16,3	290,0	306,3	9,3	485,1	14,8	205,7	6,3
2004	4331,3	2480,7	623,3	3104,0	71,7	34,7	295,8	330,5	7,6	554,1	12,8	342,7	7,9
2005													
По	спецсредствам												
	Финансов нет												
2002													
2003													
2004													
2005													
По	Сооплате												
2002	50,0	8,0	2,0	10,0	20,0	5,0	10,0	15,0	30,0	-	-	25,0	50,0
2003	43,1	8,6	1,7	10,3	23,9	9,8	13,0	53,0	10,0	-	-	10,0	23,0
2004	89,4	14,3	3,6	17,9	20,0	8,9	35,8	44,7	50,0	-	-	26,8	30,0
2005													

тах врачей стоматологов, которые призваны обеспечивать население Гарантированным объемом стоматологических услуг. Не менее серьезные нарушения выявлены в разделе финансирования по сооплате. Практически отсутствует выделение финансовых средств на приобретение медикаментов, тогда как не менее 70% полученных средств должны направляться на таковые. От 36,6% до 47% средств сооплаты направляется на оплату коммунальных услуг, хотя эти проплаты должны проводиться через средства бюджета. Слишком завышен процент средств, направляемых на прочие расходы.

нее видно, что распределение финансовых средств ЦСМ, поступающих по бюджетному финансированию проводится практически без нарушений. Также как и в отдельной стоматологической поликлинике львиная доля финансов направляется на выплату заработной платы, отчисления в Социальный фонд - 68%-71,7%. Осуществляется оплата коммунальных услуг, на что расходуется от 12,8% до 26,5%. Это также, по-видимому связано с оплатой при получении счетов, а также при поступлении финансов в ведение ЦСМ. На медикаменты и оборудование тратятся определенные суммы денег, причем с

тенденцией по возрастающей - от 1,3% до 9,3%. Ежегодно закладываются средства на капитальный ремонт. Доля этих средств составляет от 0,8% до 2,0%. Предусмотрены и расходуются средства на командировки, наем транспортных средств, чего нет в стоматологическом подразделении.

Средства по специальному счету не представлены, поскольку данный раздел не является обязательным для ЦСМ или находится на стадии становления и начального развития.

Средства по сооплате расходуются правильно в разделе начисления дополнительной заработной платы врачам. Здесь процент, средств, направляемых на заработную плату составляет 20%-23,9%. На медикаменты направляется от 30% до 53%, что меньше оговоренного процента. На прочие расходы направляется от 23% до 50% ВТО выше нормы расходов.

В общем, финансовый отчет по ЦСМ в сравнении с таковым по стоматологическому отделению при ЦСМ, представляет собой более цельный и конкретный документ с обоснованием поступления и расходования средств.

Таким образом, в результате сравнения данных по поступлению и расходованию финансовых средств по отдельной районной стоматологической поликлинике и стоматологическому отделению при центре семейной медицины можно сделать следующие выводы:

1. Отдельная районная стоматологическая поликлиника представляет собой компактную самостоятельную мобильную в финансовом отношении структуру, с накоплением и расходованием финансов строго по назначению - для выполнения задач по предоставлению Гарантированного перечня стоматологических услуг населению и дополнительных платных услуг, в пределах, разрешенных законодательством, по ценам, приемлемым для сельских жителей..

2. Отдельная самостоятельная районная стоматологическая поликлиника в состоя-

нии обеспечить финансовое обеспечение, контроль расходования, организацию работы и контроль качества проводимого лечения как в бюджетном лечебном и профилактическом отделениях, так и в хозрасчетном зубопротезном подразделении стоматологической поликлиники.

3. При имеющихся недостатках переходного периода, в самостоятельной стоматологической поликлинике обеспечивается непрерывность самостоятельность отдельных финансовых потоков - бюджетного, по специальному счету и по сооплате.

4. В отдельной самостоятельной стоматологической поликлинике как расходование, так и ответственность за него находятся конкретно в одних "руках" - руководстве стоматологической поликлиники, что делает финансовую дисциплину более предсказуемой, расходование финансовых средств - более рачительным.

5. Стоматологическое отделение при ЦСМ не представляет собой самостоятельную структуру. Оно находится в полной финансовой зависимости от руководства ЦСМ, не преследующего, в силу объективных и субъективных причин, интересы стоматологического подразделения.

6. Незнание и некомпетентность руководства вновь созданной структуры - ЦСМ- в вопросах финансового обеспечения, а также структурных особенностей стоматологической службы привело к тому, что при мизерном государственном бюджетном обеспечении в бюджетное финансирование включена структура, ранее находившаяся на полном хозрасчете - зубопротезное стоматологическое отделение.

7. При том положении вещей, что районная стоматологическая поликлиника имеет в своем составе лечебное, профилактическое, самостоятельное зубопротезное отделения, представляется проблематичной эффективная организация работы в составе центра семейной медицины стоматологического подразделения и зубопротезного подразделения в его составе.

8. Наличие платного (хозрасчетного) зубопротезного подразделения не вписывается в принцип бесплатности первичной медицинской помощи, предоставляемой на уровне центров семейной медицины.

9. Самостоятельная районная стоматологическая поликлиника может обеспечить как бесплатные стоматологические услуги по Гарантированному перечню услуг, так и платные, разрешенные законодательством стоматологические услуги, не включенные в Гарантированный перечень, по сооплате, за дополнительную плату, и на полностью платной основе в хозрасчетном зубопротезном отделении.

10. Руководство ЦСМ выделяет недостаточные средства на материалы и медикаменты, предназначенные для стоматологического отделения, не выделяет средств на приобретение дорогостоящего, особенно в стоматологии, медицинского оборудования, не выделяет средств на проведение капи-

тального ремонта в стоматологических подразделениях.

11. Руководство ЦСМ не проводит финансирование стоматологического подразделения реально - "отдельной строкой", неведение в отношении потоков и объема финансирования не дает врачам стоматологического отделения возможности и стимулов рачительно расходовать финансы, осознанно планировать затраты на приобретение стоматологических материалов, медикаментов.

12. Профессиональные особенности не позволяют на уровне ЦСМ проводить эффективный контроль качества, эффективное и адекватное обеспечение материалами и медикаментами врачей стоматологов, работающих при ЦСМ. Анализ финансирования позволяет предположить наличие нецелевого использования средств, направляемых на финансовое обеспечение стоматологической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алымкулова А., Абдылдаев И. База данных бюджета сектора здравоохранения. //Реформы здравоохранения в Кыргызской республике (Планы, процесс и результаты внедрения): Мат. конф., Иссыккуль, 9-12 июня 1999г. - Бишкек, 1999. - С. 70-72.
2. Бергман А. В. Материально-техническое обеспечение медицинских учреждений (предприятий) в условиях реформы здравоохранения. //Экономика здравоохранения. - 1996, - №8. - С. 35-38.
3. Золотусская И. Б. Особенности стоматологии переходного периода: оценка и прогноз профессионалов и населения: Автореф. дис к канд. мед. наук. - М., 1998. - 19с.
4. Каратаев М. М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): Автореф. дисск д-ра мед. наук: М., 2000. - 42с.
5. Мейманалиев Т. С. Кыргызская модель здравоохранения. - Бишкек, "Учкун". - 2003. - 688с.
6. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ.. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432с.
7. Шишкин с. В. Новые требования к системе финансирования медицинских учреждений федерального подчинения. //Экономика здравоохранения. - 2001. - №1. - С.26-27.
8. Implementation of health care reforms in Kyrgyzstan. July1996 - April 1997. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. - 1997. - 98p.
9. Implementation of health care reforms in Kyrgyzstan. May - November 1997. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. - 1998. - 47p.
10. Rechel B., Shapo L., Mc Kee M. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia. Relevance and Policy implications. World Bank working paper No 33. - Washington, DC, World Bank. - 2004. - 178p.
11. Recent policies and performance of the Low-Income CIS Countries. An update if CIS- 7 Initiative. -Washington, DC. - 2004. - 63p.

ÜZ-ÇƏNƏ NAHIYƏSİNİN (ÜÇN) ODONTOGEN FLEQMONASI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ QLİSİRAMIN İMMUN SİSTEMİN VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

Hüseynzadə H.Ş., Yusubov Y.Ə.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası

Açar sözlər: üz-çənə nahiyyəsinin fleqmonası, immun sistemin disfunksiyası, qlisiram
Key words: fleqmona on the facial maxilar parts, disfunktion of immunological system, qlisiram



İrinli-iltihabi xəstəliklərin, o cümlədən ÜÇN-nin odontogen fleqmonaların baş verməsinin kliniki gedişinin əsas xüsusiyyətlərindən biri xəstələrin immun sistemində müşahidə olunan disfunksiyasıdır (2, 12, 8, 4, 11). Bu zaman Ən adekvat

tədbirlərdən biri həmin xəstələrin kompleks müalicə tədbirlərinə immun sistemin disfunksiyasını bərpa edə bilən vasitələrdən istifadə edilməsidir. Ədəbiyyatda ÜÇN-in odontogen fleqmonalarının kompleks müalicəsində immun sistemi korreksiya edən təbii və süni preparatlardan istifadə edilsə də, əldə edilən nəticələr bəzən ziddiyyətli xarakter daşıyır (4, 11). Bu sahədə tədqiqatlar davam edir və immun sistemi funksiyasını bərpa edən müxtəlif preparatlardan istifadə edilir.

Azərbaycan florasına daxil olan biyan kökünün ekstraktından alınan qlisiram son illər klinik təbabətdə geniş istifadə edilir (1, 3, 5, 6). Onun limfodrenajı sürətləndirmək, immunstimullaşdırıcı, iltihabəleyhinə təsiri və böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin funksiyasını artırmaq kimi təsirləri məlumdur (7).

Qlisiramın üz-çənə nahiyyəsinin odontogen fleqmonasında tətbiqi barədə ədəbiyyatda məlumatlara rast gəlmədik.

Tədqiqatın məqsədi. ÜÇN-nin odontogen



fleqmonalarının müalicəsində qlisiramın kliniki-immunoloji effektivliyinin öyrənilməsidir.

Material və metodlar.

Tədqiqatlar sifətin bir və ya bir neçə nahiyyəsində odontogen fleqmonası olan 20-50 yaşlı 34 xəstə üzərində aparılmışdır.

Xəstələri 2 qrupa ayırdıq. I qrupa (müqayisə qrupu) 16 xəstə daxil edildi, onlara ənənəvi müalicə təyin edilmişdir. Bu müalicə tədbirlərinə irinli ocağın açılması, desensibilizasiya tədbirləri, antibiotiklərlə müalicə, yerli iltihabəleyhinə müalicə daxil edildi. II qrupa (əsas qrup) odontogen fleqmonası olan 18 xəstə daxil edildi. Bu xəstələrə kompleks müalicə tədbirləri ilə yanaşı qlisiram təyin edildi. Nəzarət qrupuna 20 nəfər eyni yaşlı praktik sağlam şəxslər daxil edildi. Qlisiram əməliyyatdan əvvəl və irinli ocaq açıldıqdan 1 gün sonra 10 gün müddətində, gündə 3 dəfə olmaq şərtilə hər dəfə 1 həb per oral təyin edildi.

İmmunoloji göstəriciləri təyin etmək üçün xəstələrdə qan dirsək venasından acqarına, xəstəxanaya daxil olarkən, fleqmona açıldıqdan bir gün sonra, V və X günü götürüldü.

T-limfositlərin (13), T-supressor və helperlərin (14), limfositlərin blast-transformasiya reaksiyası - LBTR (9), B-limfositlərin (10), Ç, M, A sinifinə daxil olan qanın zərədar immunoqlo-

bulinlərinin (15), dövr edən immunokomplekslərin miqdarını (10) təyin edildi.

Əldə edilən rəqəm göstəriciləri Studentin t-meyarından istifadə edərək riyazi işləndi.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Sınaq və əsas qrupa daxil olan xəstələrdə xəstəliyin klinik gedişində və ümumi vəziyyətlərində stasionara daxil olarkən elə bir ciddi fərq qeyd olunmadı.

Qlisiramın tətbiqindən 3-4 sutka sonra xəstələrin ümumi vəziyyəti yaxşılaşmış, bədən temperaturu normallaşmışdır. Sınaq qrupu ilə müqayisədə qlisiram qəbul edən xəstələrdə toxumaların yerli iltihabi reaksiyaları - ağrı, ödem, hiperemiya azalmış, əməliyyatdan 3-4 sutka sonra isə tamamilə yox olmuşdur. İrinli yaranın təmizlənməsi erkən başlamış, İrinin axını qısa müddət davam etmiş və xəstəliyin 4,5±0,3 sutkasında tamamilə dayanmışdır.

Ənənəvi müalicə qəbul edən xəstələrdə (müqayisə qrupu) isə irinli prosesin dayanması 7,0±0,2 sutka davam etmişdir ($P<0,001$). İnfiltratın geriye sorulması 5,4±0,3 sutkadan sonra başlamış, müqayisə qrupunda isə 7,5±0,4 sutkadan etibarən müşahidə olunmuşdur ($P<0,001$). Xəstələrin stasionarda qalma müddəti də qısalmışdır: əsas qrupda 6,2±0,2 sutka, müqayisə qrupunda isə 9,1±0,4 sutka təşkil etmişdir ($P<0,001$).

Qlisiram ilə aparılan kompleks müalicə nəinki ÜÇN-in fleqmonasının klinik gedişində, həm də immun sistemdə çox əhəmiyyətli dəyişikliklərə səbəb olmuşdur.

Hemoqrammanın göstəriciləri, xüsusən leykoformula orqanizmin immunoloji potensialını müəyyən qədər əks etdirir.

Xəstəxanaya daxil olarkən ÜÇN-in odontogen fleqmonası olan xəstələrdə yüksək leykositoz, segment nüvəli və çubuq nüvəli neytrofillərin miqdarının artması, limfositlərin, eozinofillərin isə miqdarının azalması müşahidə edilmişdir. Yarada əməliyyat aparıldıqdan, İrin drenaj olunduqdan və qlisiram təyin edildikdən sonra periferik qanın leykoformulunda əhəmiyyətli dəyişikliklər yaranmış leykositlərin və neytrofillərin miqdarı azalaraq normal həddə yaxınlaşmışdır ($P<0,01$).

Əsas qrupla (qlisiram alanlar) müqayisədə müqayisə qrupunda (qlisiram qəbul etməyənlər) leykositoz cərrahi əməliyyatın V gününə qədər davam etmişdir.

Qlisiramın təsirindən əsas qrupa daxil olan xəstələrin, demək olar ki, hamısında hüceyrə və humoral immunitetin göstəricilərində normallaşma müşahidə edildi.

Müalicənin V günü qlisiramın təsirindən T-limfositlərin səviyyəsi əməliyyatdan əvvəlki göstərici ilə müqayisədə 11,7% yüksələrək 38,1±3,6%-ə çatmışdır ($P>0,05$). Müalicənin 10-cu günü bu artım davam etmiş və xəstə evə yazılarkən T-limfositlərin qanda nisbi miqdarı artaraq 49,6±1,43% olmuşdur (cədvəl 1). Anoloji artım T-limfositlərin subpopulyasiyalarında da (T-supressor, T-helper) müşahidə edilmişdir. FHA-in təsirindən T-limfositlərin blastlara çevrilməsi yüksəlsə də, normal göstəricilər səviyyəsinə hələ çatıbilmir.

Qlisiramın təsirindən B-limfositlərin, immunoqlobulinlərin və DİK-in miqdarında da dəyişikliklər müşahidə olundu (cədvəl 2). Belə ki, əməliyyatdan

əvvəl B-limfositlərin miqdarı sınaq qrupu ilə müqayisədə xeyli yüksək olaraq 29,0±2,8% təşkil etdiyi halda, qlisiramın təsirindən sonra onun miqdarı azalmağa meyilli olmuşdur. Müalicənin V günü 27,3±0,82% ($P>0,05$), X günü 25,6±1,33% ($P>0,05$), evə yazıldıqda isə 21,6±0,64% ($P<0,01$) təşkil etmişdir. İgG-nin miqdarı əməliyyatdan əvvəl 18,0±0,69 q/l olduğu halda, müalicə dövründə azalmağa meyilli olmuş, müalicənin sonunda (evə yazılarkən) 13,4±0,67 q/l-ə çatmışdır. Qlisiram qəbul etməyən xəstələrdə isə (müqayisə qrupu) İgG-in miqdarında azalmağa meyillik olsada, normal göstəricilər səviyyəsindən yüksək olmuşdur.

İgA və İgM-in miqdarında isə qlisiramla müalicə nəticəsində İgG-in miqdarından fərqli olan nəticələr alınmışdır. ÜÇN-in odontogen fleqmonası zamanı İgA və İgM-in səviyyəsi praktik sağlam insanlarla müqayisədə kompensator olaraq yüksəlmişdir. Qlisiramın təsirindən həmin immunoqlobulinlərin miqdarında artma müşahidə olunmuşdur. Bunu

Cədvəl 1.

Üz-çənə nahiyyəsinin odontogen fleqmonası olan xəstələrdə qlisiramın hüceyrə immunitetinin göstəricilərinə təsiri

Göstəricilər	Nəzarət qrupu n=20	Əməliyyatdan əvvəl	Müqayisə qrupu, n=16			Əsas qrup, n=18		
			Əməliyyatdan sonrakı günlər			Əməliyyatdan sonrakı günlər		
			5	10	Evə yazıldıqda	5	10	Evə yazıldıqda
Leykositlər, $\cdot 10^9/l$	6,5 $\pm$ 0,2	12,6 $\pm$ 0,48	10,4 $\pm$ 0,21	8,8 $\pm$ 0,61	7,6 $\pm$ 0,54	9,3 $\pm$ 0,63	7,9 $\pm$ 0,27	7,0 $\pm$ 0,48*
Limfositlər, %	31,0 $\pm$ 1,49	22,0 $\pm$ 1,25	23,9 $\pm$ 1,59	27,4 $\pm$ 1,82***	28,0 $\pm$ 1,56***	26,0 $\pm$ 1,47***	26,9 $\pm$ 0,61***	28,1 $\pm$ 1,47***
T-limfositlər, %	58,0 $\pm$ 2,8	34,0 $\pm$ 1,4	39,0 $\pm$ 2,0	40,0 $\pm$ 1,61	44,0 $\pm$ 2,4	38,1 $\pm$ 3,6	44,7 $\pm$ 4,3	49,6 $\pm$ 1,43
T-supresorlar, %	21,0 $\pm$ 1,4	10,0 $\pm$ 0,6	13,1 $\pm$ 0,87	14,6 $\pm$ 0,81	17,1 $\pm$ 0,45	13,8 $\pm$ 0,76	16,1 $\pm$ 0,92	20,4 $\pm$ 0,89
T-helperlər, %	37,0 $\pm$ 0,87	24,0 $\pm$ 1,3	26,0 $\pm$ 1,7	25,4 $\pm$ 1,41	26,9 $\pm$ 1,9	24,3 $\pm$ 1,64	28,6 $\pm$ 1,58	29,2 $\pm$ 1,82
Ts/Tn	0,56 $\pm$ 0,03	0,41 $\pm$ 0,07	0,51 $\pm$ 0,08	0,57 $\pm$ 0,01	0,64 $\pm$ 0,04	0,57 $\pm$ 0,03	0,56 $\pm$ 0,037	0,69 $\pm$ 0,046
LBTR (FHA ilə), %	58,0 $\pm$ 2,4	43,0 $\pm$ 2,7	44,0 $\pm$ 3,1	46,3 $\pm$ 1,91	45,9 $\pm$ 2,1	45,0 $\pm$ 2,19***	47,0 $\pm$ 3,1***	52,0 $\pm$ 3,61

Qeyd: burada və 2 sayılı cədvəldə:

* $P > 0,05$ Nəzarət qrupu ilə müqayisədə

** $P > 0,05$ Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə

*** $P > 0,05$ Müqayisə qrupu və əsas qrupu müqayisə etdikdə. Yerdə qalan bütün hallarda $P < 0,05$.

Cədvəl 2.

Üz-çənə nahiyyəsinin odontogen fleqmonası olan xəstələrin humoral immunitetinin göstəricilərinə qlisiramın təsiri

Göstəricilər	Nəzarət qrupu n=20	Əməliyyatdan əvvəl	Müqayisə qrupu, n=16			Əsas qrup, n=18		
			Əməliyyatdan sonrakı günlər			Əməliyyatdan sonrakı günlər		
			5	10	Evə yazıldıqda	5	10	Evə yazıldıqda
B-limfositlər, %	18,0 $\pm$ 2,4	29,0 $\pm$ 2,8*	28,4 $\pm$ 1,89	25,3 $\pm$ 1,68**	23,7 $\pm$ 0,065	27,3 $\pm$ 0,82***	25,6 $\pm$ 1,33***	2,16 $\pm$ 0,64
İmmunoqlobulinlər, q/l	Ç	11,4 $\pm$ 0,63	18,0 $\pm$ 0,69	16,5 $\pm$ 0,91	16,0 $\pm$ 0,09**	14,8 $\pm$ 0,82	16,1 $\pm$ 0,67***	13,7 $\pm$ 0,39***
	M	1,25 $\pm$ 0,07	1,31 $\pm$ 0,08*	1,39 $\pm$ 0,07	1,54 $\pm$ 0,06	1,18 $\pm$ 0,06**	1,34 $\pm$ 0,04***	1,31 $\pm$ 0,07***
	A	2,75 $\pm$ 0,15	4,9 $\pm$ 0,27	5,64 $\pm$ 0,31	3,17 $\pm$ 0,18	3,0 $\pm$ 0,16	4,67 $\pm$ 0,12**	4,01 $\pm$ 0,16***
DİK, q/l	0,34 $\pm$ 0,01	0,39 $\pm$ 0,04	0,54 $\pm$ 0,03	0,51 $\pm$ 0,02	0,57 $\pm$ 0,03**	0,48 $\pm$ 0,01**	0,42 $\pm$ 0,03	0,39 $\pm$ 0,05

kompensator reaksiya kimi qiymətləndirmək olar. Belə ki, irinli iltihabi xəstəliklərdə əks-cisimlərin sintezi əsasən İgA və İgM-in hesabına olur (8).

Müayinə etdiyimiz xəstələrdə dövr edən immunokompleksin (DİK) səviyyəsində mühüm əhəmiyyət daşıyan fərq müşahidə edildi. Qlisiramın təsirindən DİK-in miqdarı əməliyyatdan əvvəlki nəticə ilə müqayisədə azalaraq müalicənin V günü 0,48 $\pm$ 0,01 q/l, X günü - 0,42 $\pm$ 0,03 q/l, evə yazılarkən isə 0,39 $\pm$ 0,05 q/l təşkil etmişdir. Müqayisə qrupunda isə DİK-in

miqdarında nəzərə çarpan azalma müşahidə olunmamışdır.

Beləliklə, tədqiqatın nəticələri belə bir fikrə gəlməyə əsas verir ki, ÜÇN odontogen fleqmonası olan xəstələrdə qlisiram pozulmuş immunoloji reaktivliyin bərpasına, xəstəliyin klinik gedişinin yaxşılaşmasına, xəstələrin daha tez sağlmasına, müalicə müddətinin qısalmasına, yaradan irinin drenajının sürətlənməsinə və ağırlaşmaların 2 dəfədən də çox azalmasına səbəb olur.

Ədəbiyyat

1. Talişinskaya M.B. Reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə orqanizmin immun və hemolimfokoaqulyasiya pozulmalarının korreksiyası. Tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almaq üçün təqdim olunan diss. avtoref. Bakı, 2003, 22 səh.
2. Yusubov Y.Ə. Üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya. Bakı, 2005, 347 səh.
3. Алиев М.Х. Механизм нарушения свертываемости лимфы и лимфатического дренажа тканей в патогенезе постреанимационной энцефалопатии, их коррекция. Автореф. дис. к докт. мед. наук. Баку, 2006, 35 с.
4. Артеменко И.А. Антимикробная терапия больных абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой локализации с использованием препаратов, проникающих в биопленки. Автореф. дис. к канд. мед. наук. С.-Петербург, 2007.
5. Бабаева С.М. Лимфотропная фитотерапия в комплексном лечении постреанимационной патологии. Автореф. дис. канд. мед. наук. Баку, 1999, 22 с.
6. Велиева М.Н. Солодка и ее применение. Баку: Тебб, 1995, 164 с.
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М.: Медицина, 2003, 327 с.
8. Плечев В.В., Мурысева Е.Н., Тимсрулатов В.М., Лазерева Д.Н. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии. Москва, 2003, 321 с.
9. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунологические исследования в клинике. Киев: Здоровье, 1979, 159 с.
10. Чередеев А.Н., Ковальчук Л.В., Петров Р.В. Оценка иммунологического статуса человека (метод. реком.). М., 1980, 20 с.
11. Яременко А.И. Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов старших возрастных групп. Автореф. дис. к докт. мед. наук. С.-Петербург, 2007.
12. Цамбалов О.В., Неденко Н.А., Кузнецов В.П., Беляева Д.Л. Эффективность иммунокоррекции лейкоинтерферон у больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология, 2003, №6, с. 23-26.
13. Jondal M., Holm G., Wiczek H. Surface markers of human T- and B-lymphocytes // J.Exp.Med., 1972, v.136, N2, p. 207-215.
14. Limatibul S., Shore A., Dosh H. et al. Theophyllin modulation // Clin.Exp. Immunol., 1978, v.33, N3, p. 503-514.
15. Mancini G., Carbonata A.O., Hermens I.F. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immuno chemistry, 1965, v.2, p. 235-254.

XÜLASƏ

Üz-çənə nahiyyəsinin (ÜÇN) odontogen fleqmonası olan xəstələrdə qlisiramın immun sistemin vəziyyətinə təsirinin öyrənilməsi

H.Ş.Hüseynzadə, Y.Ə.Yusubov

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası

ÜÇN-in odontogen fleqmonalarının kompleks müalicəsində biyan kökünün ekstraktından alınan qlisiramın klinik immunoloji effektivliyinin öyrənilməsi tədqiqatın əsas məqsədi olmuşdur. Müşahidəmizdə 20-50 yaşlı ÜÇN fleqmonası olan 34 xəstə olmuşdur. 16 xəstəyə yalnız ənənəvi müalicə, 18 xəstəyə isə ənənəvi müalicə ilə yanaşı qlisiramda təyin etdik.

Tədqiqatın nəticələri belə bir fikrə gəlməyə əsas verir ki, ÜÇN-in odontogen fleqmonası olan xəstələrdə qlisiram pozulmuş immunoloji reaktivliyinin bərpasına, xəstəliyin kliniki gedişinin yaxşılaşmasına, xəstələrin daha tez sağlamlasına, müalicə müddətinin qısalmasına, yaranan irinin drenajının sürətlənməsinə və ağırlaşmaların 2 dəfədən də çox azalmasına səbəb olur.

SUMMARY

In fluence of glyuseram on the immune system of the patients with of fasial-maxilar parts (FMP)

H.S.Huseynzade, Y.A.Yusubov

Azerbaijan Medical University, department of Facial-Maxilar Surgery

The principle aim of this research is the investigation of the clinical immunological effect of the biyan on the complex treatment of FMP odontogenic phlegmone 34 patients in 20-50 age years old with phlegmone of FMP are observed. 16 patients were treated in usual from, but 18 patients treated with glyceram in addition.

The received results show the recovery of immunological reactivity, improving of the clinical course of illness, earlier recovery of patients, shortage of treatment duration, increasing the drenaj of rot from injurg and decreasing of the complications more than 2 times.

Əhalinin stomatoloji yardım üçün müraciətlərinin müasir səciyyələri

İbrahimli H.İ.

Azərbaycan Beynəlxalq Universiteti

Stomatoloji yardımın planlaşdırılması, müvafiq resursların səmərəli bölgüsü və yerləşdirilməsi ilk növbədə əhalinin müraciətlərinin səciyyələrindən çox asılıdır. Planlı dövlət səhiyyə sistemində (sovet stomatoloji xidmət modeli) əhali arasında geniş profilaktika işlərinin aparılması nəzərdə tutulduğuna görə həkim-stomatoloqlara müraciətlərin səbəbləri arasında profilaktik müayinə, planlı sanasiya kimi məqsədlərlə müraciətlər xüsusi yer tuturdu. Sovet səhiyyə modeli artıq bazar iqtisadi qanunları ilə tənzimlənən sistemlər üçün adekvat deyil. Ona görə də ayrı-ayrı postsovet ölkələrində stomatoloji yardımın alternativ variantları müxtəlif mülkiyyət növlərinə əsaslanan və məxsusi məqsədləri olan formaları yaradılmış və bu proses daima təkmilləşməkdədir [1,2,3,4,6,7].

Əhaliyə ödənişli əsaslarla stomatoloji yardım göstərən tibb müəssisələrinin və özəl tibbi fəaliyyətin genişlənməsi demək olar ki, bütün postsovet ölkələrində müşahidə olunur. Kommersiya məqsədi ilə yaranmış bu xidmətlər sahəsi kifayət qədər müasir texnologiyaya və maddi-texniki bazaya malikdir, onların fəaliyyətinin miqyası və strukturu bir tərəfdən dövlət stomatoloji xidmətin rəqabət imkanlarından, digər tərəfdən əhalinin ödəməlik qabiliyyətindən çox asılıdır. Ona görə də əhalinin sosial təbəqələşməsi prosesi dərinləşdikcə dövlət və qeyri-dövlət stomatoloji xidmətlər bazarının məxsusi istehlakçıları formalaşır. Azərbaycanda mövcud sosial-iqtisadi durumda əhaliyə həm dövlət, həm də qeyri-dövlət stomatoloji xidmətlər şəbəkələrində yardım gös-

tərilir. Həmin xidmətlər üçün müraciətlərin ölkəmizdəki şəraitə müvafiq fərqli səciyyələrinin olması ehtimalını aşağıdakı amillər müəyyənləşdirilir.

- ənənəvi olaraq dövlət səhiyyə sisteminin zəif maddi-texniki bazaya malik olması və göstərilən xidmətlər üçün qeyri-rəsmi ödənişlərin mövcudluğu;

- əhalinin böyük əksəriyyətinin ödəniş qabiliyyətinin aşağı səviyyəsi və tibbi sığorta sisteminin olmaması;

- stomatoloji xidmətlərin rəsmi standartlarının olmaması və optimal qiymətlər modelinin işlənməməsi nəticəsində dövlət tərəfindən tənzimlənmə funksiyasının məhdudluğu və iqtisadi metodlara deyil, inzibati "qadağan" mexanizminə əsaslanması;

- bütün tibbi xidmətlər kimi stomatoloji xidmətlərin əhaliyə göstərilməsində dövlət səhiyyə sisteminin vəzifə və öhdəliklərinin dəqiqləşdirilməsi və sair.

Bunları nəzərə alaraq ölkəmizdə əhalinin stomatoloji yardım üçün müraciətlərinin səbəblərini araşdırmaq aktualdır və biz tədqiqatımızda buna cəhd etmişik.

Tədqiqatın materialları və metodları.

Ölkəmizin həkim-stomatoloqlarla təminatı (dövlət səhiyyə sistemi üzrə hər 10.000 əhaliyə 2-dən az, 2-4 və 4-dən çox) müxtəlif olan regionlarında məqsədyönlü seçimlə (əhalinin bütün yaş və cins qruplarını əhatə etməklə) formalaşdırılmış representativ toplumda keçirilən sorğu əsasında son üç il ərzində həkim-stoma-

tolloqlara müraciətin səbəbləri öyrənilmişdir. Sorğu anketində pasiyentlərdən ilkin və təkrari müraciətlərin aşağıdakı səbəblərini göstərməyi xahiş olunur: profilaktik müayinə; planlı sanasiya; dişin plomblanması; stomatoloji müalicə; kəskin diş ağrısı; dişin çəkilməsi və protezləşmə. Sorğu anketində müraciətlərin səbəblərini respondent tərəfindən asan təyini üçün hər variantın izahı verilmişdir. Statistik işləmə üçün hər yaş (15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64) və cins qrupunda son üç ildə həkim-stomatoloqa olunan 50 ilkin və 50 təkrari müraciət seçilmişdir. Statistik işləmə keyfiyyət əlamətlərinin statistikası qaydaları ilə aparılmışdır [5]. Xəstəlik epizodu ilə bağlı birinci dəfə müraciət ilkin, sonrakı müraciətlər isə təkrari hesab edilmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi.

Respondentlərin həkim-stomatoloqlara müraciətinin əsas səbəblərinə görə bölgüsü 1-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi ilkin müraciətlərin səbəblərinin xüsusi çəkisinə görə ardıcılığı (45,2 - 45,6 % dişlərin plomblanması; 28,0 - 25,6 % digər stomatoloji müalicə;

15,6 - 13,2 % kəskin diş ağrıları) qadın və kişi respondentlər üçün əsasən eynidir (birinci yer üçün). Fərq yalnız dişlərin çəkilməsi (kişilər üçün 5-ci, qadınlar üçün 4-cü yer) və protezləşmə (kişilər üçün 4-cü, qadınlar üçün 5-ci yer) səbəbləri ilə müraciətlərin reytinginin müxtəlifliyi ilə bağlıdır.

Təkrari müraciətlərin səbəblərinin səviyyəyə ardıcılığı da kişilər (40,8% - stomatoloji müalicə; 37,2% - dişin plomblanması; 11,2% - kəskin diş ağrıları; 7,2% - protezləşmə; 3,6% - dişin çəkilməsi) və qadınlar üçün (50% - dişin plomblanması; 27,2% - stomatoloji müalicə; 10,8% - protezləşmə; 8,0% - kəskin diş ağrıları; 3,6% - dişin çəkilməsi; 0,4% - profilaktik müayinə) bir qədər fərqlidir.

Ümumən müraciət səbəblərinin (ilkin və təkrari müraciətlərin səbəbləri) xüsusi çəkisinə görə ardıcılığı kişi və qadınlar üçün (41,2 və 47,8 % - dişin plomblanması; 34,4 və 28,4 % - stomatoloji müalicə; 13,4 və 10,6 % - kəskin diş ağrısı; 5,6 və 8,4 % protezləşmə; 0,6 və 1,4 % planlı sanasiya; 0,4 və 0,8 % profilaktik müayinə) praktik eynidir. Amma bir sıra səbəblərin (dişin plomblanması və digər stomatoloji müalicə) xüsusi çəkisinin kə-

CƏDVƏL 1

Respondentlərin stomatoloqlara müraciətinin əsas səbəblərinə görə bölgüsü (n - müraciətlərin sayı)

Müraciətlərin növləri	Pasiyentin cinsi	Müraciətin səbəbi						
		Profilaktik müayinə	Planlı sanasiya	Dişin plomblanması	Stomatoloji müayinə	Kəskin diş ağrıları	Dişin çəkilməsi	Protezleşmə
İlkin n=500	Kişi n=250	(2) 0,8	(3) 1,2	(113)45,2	(70) 28,0	(39)15,6	(13)5,2	(10)4,0
	qadın n=250	(3) 1,2	(7) 2,8	(114)45,6	(64) 25,6	(33)13,2	(14)5,6	(15)6,0
Təkrari n=500	Kişi n=250	-	-	(93)37,2	(102)40,8	(28)11,2	(9) 3,6	(18) 7,2
	qadın n=250	(1) 0,4	-	(125)50,0	(68) 27,2	(20) 8,0	(9) 3,6	(27)10,8
Cəmi:	Kişi	(2) 0,4	(3) 0,6	(206)41,2	(172)34,4	(67)13,4	(22) 4,4	(28) 5,6
	Qadın	(4) 0,8	(7) 1,4	(239)47,8	(132)26,4	(53)10,6	(23) 4,6	(42) 8,4

miyyətinə görə qadın və kişi respondentləri bir-birindən statistik dürüst ($p < 0,05$) fərqlənirlər.

Ədəbiyyatda həkim-stomatoloqlara ödənişli əsaslarla müraciətlərin səbəblərinin strukturu barədə məlumat vardır. Rusiyada aparılan müşahidələr göstərir ki, ilkin müraciət səbəblərinin xüsusi çəkisinə görə ardıcılığı (41,9% - plomblama və müalicə; 17,8% - kəskin diş ağrısı; 14,4% - ilkin diş protezlənməsi; 10,7% - dişin çəkilməsi; 9,3% - planlı sanasiya və 5,7% - köhnə protezlərin təmiri) təkrari müraciətlərin müvafiq səciyyələrindən (34,8% - plomblama və müalicə; 18% - ilkin protezlənmə; 17,4% - dişin çəkilməsi; 17,1% - digər səbəblər; 5% - kəskin diş ağrısı; 4,2% - planlı sanasiya və 3,4% köhnə protezlərin təmiri) bir qədər fərqlənir. Bu məlumatlarla aldığımız nəticələrin bir sıra oxşarlığı (kəskin diş ağrıları ilə müraciətlərin xüsusi çəkisi və sair) olsa da əsasən fərqli cəhətlər çoxdur:

- planlı sanasiya ilə əlaqədar müraciətlərin xüsusi çəkisinin bizim populyasiyada 7,9 dəfədən azalması;

- dişin plomblanması və digər stomatoloji müalicə ilə bağlı müraciətlərin xüsusi çəkisinin bizim populyasiya arasında 1,8 dəfə nisbi çoxluğu;

- protezləşmə (2,9 dəfə) və dişlərin çəkilməsi (2,8 dəfə) ilə müraciətlərin xüsusi çəkisinin bizim populyasiyanın müraciətlərində nisbi azlığı.

Stomatoloji xidmətə tələbat insanların yaşından asılı olduğuna görə yaşla bağlı stomatoloqa müraciətlərin səbəblərinin xüsusi çəkisi də dəyişə bilər. Bu barədə bizim nəticələr 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Cədvəldə ayırd edilmiş yaş qruplarının hamısında planlı sanasiya və profilaktik müayinə, həmçinin kəskin diş ağrıları ilə bağlı müraciətlərin xüsusi çəkisi bir-birinə yaxın olmuş və aralarında statistik dürüst fərq ($p > 0,05$) aşkar edilməmişdir. Digər səbəblərə görə müraciətlərin xüsusi çəkisi ayrı-ayrı yaş qruplarında bir-birindən statistik

dürüst fərqlənir ($p < 0,05$). Bu fərqi dürlüslüyü həm parametrik (t meyarı), həm də qeyri-parametrik (χ^2) metodla sübut olunur. Respondentlərin yaşı ilə bağlı stomatoloji müraciətlərinin əsas səciyyələri aşağıdakı kimidir:

- dişin plomblanması ilə bağlı ilkin müraciətlərin xüsusi çəkisi həm kişi, həm də qadın respondentlərdə 15-24 (58 və 70 %), 25-34 (62 və 72 %), 35-44 (56 və 38 %) yaşlarda ən yüksək səviyyədə olub, bütün müraciət səbəbləri arasında birinci yer tutur;

- stomatoloji müalicə (diş plomblanması istisna olmaqla) ilə əlaqədar ilkin müraciətlərin xüsusi çəkisi həm kişi, həm də qadın respondentlərdə əsasən ikinci yerdə, 45-54 (36 % hər iki cins üçün) və 55-64 (40 və 44 %) yaşlarda isə ikinci yerdədir;

- yaş artdıqca həkim-stomatoloqla müraciətlərin səbəblərinin strukturu dəyişir: dişlərin plomblanması ilə bağlı müraciətlərin xüsusi çəkisi azalır, digər növ stomatoloji müalicə, dişin çəkilməsi və protezləşmə ilə bağlı müraciətlərin xüsusi çəkisi çoxalır;

- planlı sanasiya profilaktik müayinə ilə bağlı müraciətlərin payı həddən artıq aşağıdır.

Bu materiallardan aydın nəzərə çarpır ki, əhali arasında profilaktik müayinələr və planlı sanasiya işləri praktik aparılmır, ona görə də, pasiyentlər həkimə formalaşmış və hətta fəsadlaşmış diş kariyesi ilə müraciət etməli olurlar. Bu da öz növbəsində dişlərin itirilməsi və diş protezlərinin tətbiqinə səbəb olur.

Əhalinin həkim-stomatoloqlarla təminatı müxtəlif olan regionlarında müraciət səbəblərinin strukturu fərqli olmuşdur. Müvafiq olaraq həkim-stomatoloqlarla təminat (hər 10.000 nəfərə görə) 2-dən az, 2-4 və 4-dən çox olan regionlarda müraciətlərin böyük əksəriyyəti dişlərin plomblanması və digər stomatoloji planlı müalicə ilə bağlı olsa da (60,0; 68,0 və 78%) kəskin diş ağrıları (18; 12 və 9 %), dişin çəkilməsi (17; 12 və 4 %) və protezləşmə (5; 8 və 9 %) ilə müraciətlərin xüsusi çəkili regionlar üzrə fərqlidirlər.

CƏDVƏL 2

Respondentlərin stomatoloji müraciətlərinin əsas səbəblərinə görə
bölgüsünün yaşdan asılı dinamikası (n — müraciətlərin sayı)

Müraciətlərin növləri	Pasiyentin cinsi	Pasiyentin yaşı, illər	Müraciətin səbəbləri (%)					
			Planlı sanasiya və profilaktik müayinə	Dişin plomblanması	Stomatoloji müayinə	Kəskin diş ağrısı	Dişin çəkilməsi	Protezləşmə
İlkin n=500	Kişi n=250	15-24	2	58	26	14	-	-
		25-34	4	62	18	16	-	-
		35-44	2	56	20	18	4	-
		45-54	2	26	36	20	8	8
		55-64	-	24	40	10	14	12
	Qadın n=250	15-24	6	70	12	12	-	-
		25-34	8	72	6	14	-	-
		35-44	4	38	30	18	6	4
		45-54	2	24	36	18	10	10
		55-64	-	24	44	4	12	16
Təkrari n=500	Kişi n=250	15-24	-	52	35	8	2	-
		25-34	-	44	44	10	2	-
		35-44	-	38	42	14	4	2
		45-54	-	32	40	14	4	10
		55-64	-	20	40	10	10	24
	Qadın n=250	15-24	2	60	32	6	-	-
		25-34	-	68	22	8	2	-
		35-44	-	64	20	8	4	4
		45-54	-	38	24	10	6	22
		55-64	-	20	38	8	60	28

Beləliklə, stomatoloji yardım üçün müraciətlərin Ən ümumi səciyyəsi odur ki, əhali əsasən müalicə məqsədi ilə (ya planlı, ya da ağrılarla bağlı təcili) həkimə müraciət edir. Müraciətin səbəblərinə görə strukturu pasiyentlərin yaşından və cinsindən, həmçinin yaşadığı ərazidə həkim-stomatoloqlarla təminatdan asılıdır.

Nəticələr

1. Əhali arasında aparılan sorğunun nəticələrinə görə müasir şəraitdə həkim-stomatoloqa müraciətlərin əsas hissəsi xəstəliklərlə bağlıdır.

2. Stomatoloji yardım üçün müraciətlərin

səbəblərinin strukturunda profilaktik müayinə (0,6 %) və planlı sanasiya (1,0 %) çox kiçik, dişin çəkilməsi (4,5 %) və protezləşmə (7,0 %) nisbətən kiçik, kəskin diş ağrıları (12 %) nəzərə cəpır, dişlərin plomblanması və digər stomatoloji müalicə isə ən yüksək (79,4 %) paya malikdir.

3. Stomatoloji yardım üçün müraciətlərin səbəblərə görə mövcud strukturu profilaktika prinsipinin zəifləməsini və stomatoloji xidmətlərin birtərəfli inkişafını göstərir.

4. Ölkəmizin müasir sosial-iqtisadi inkişaf səviyyəsi və əhəlinin həyat tərzi profilaktika yönümlü stomatoloji xidmətlərin genişləndirilməsini zəruriləşdirir.

ƏDƏBİYYAT

1. Абаев З.М. Разработка планово - нормативных показателей нагрузки стоматологов-ортопедов. // Бюл. НИИ соц. Гигиены, экономики и управления здравохр. М. 2003. вып. 8. стр. 106-108.
2. Алимский А.Б., Федосеев А.Я., Садовский В.В. Мотивация обращаемости населения за стоматологической помощью в не государственные структуры. // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2005. № 1. стр. 76-78.
3. Ашуrow Г.Г. Маркетинг стоматологических товаров и услуг. // Стоматология. 1997. № 3. стр. 70-81.
4. Данилов Е.О. Правовые основы стоматологической практики. С-Пб. 2002. 176 стр.
5. Стептон Г. Медико-биологическая статистика. М. 1999. 459 стр.
6. Стоматологическая служба. Нормативные документы. М. "Ева пресс". 1998. 557 стр.
7. Федосеев А.Я. Изучение особенностей обращаемости населения за стоматологической помощью в коммерческие структуры. Автореферат диссертации к.м.н. М. 2005. 25 стр.

РЕЗЮМЕ

Современная характеристика обращаемости населения для получения стоматологической помощи.

Ибрагимли Х.И.

Путем социологического опроса оценена структура причин обращаемости населения для получения стоматологической помощи. Выделены следующие поводы обращения: профилактический осмотр; плановая санация; пломбирование зубов и другие виды лечебной помощи; острая зубная боль; удаление зуба и протезирование. Установлено, что доля обращаемости по поводу профилактики заболеваний зубов и органов полости рта практически незначительна. Пациенты в основном обращаются к врачам-стоматологам для получения лечебной помощи: 44,5 % по поводу пломбирования кариесных зубов; 34,9 % по поводу других видов планового лечения; 12 % по поводу экстренной помощи в связи с острыми зубными болями. Доля удаления зуба (4,5 %) и протезирования (7 %) среди поводов обращения относительно не велика. Считается, что преобладание лечебных услуг в структуре стоматологической помощи является результатом ослабления профилактического направления и одностороннего развития рынка стоматологических услуг. Показано влияние возраста, пола и обеспеченности врачами населения на структуры поводов обращения для получения стоматологической помощи.

SUMMARY

The modern feature populations for reception stomatologist help.

İbrahimli H.İ.

The way of the sociological questioning is evaluated structure of the reasons populations for reception stomatologist help. They are chosen following causes of the address: daily inspection; planned sanation; plombe teeth and other types medical help; quipping toothache; removing the teeth and prosthesis. It Is Installed that share on cause of the preventive maintenance of the diseases teeth and organ to cavities oris practically small. The patients basically address to physician-stomatologist for reception medical help: 44,5 % on cause plombire karies teeth; 34,9 % on cause other type planned treatment; 12 % on cause emergency help in connection with sharp toothaches. The share of the removing the teeth (4,5 %) and prosthesises (7 %) amongst cause of the address comparatively not great. It is considered that prevalence of the medical services in structure stomatologist help is from weakenings of the preventive direction and unilateral development market stomatologist of the services. It Is shown influence of the age, flap and suplies physician populations on structures cause address for reception stomatologist help.

Оценка эффективности локального применения препарата "Метрогил-дента" при воспалительных поражениях пародонта

Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Овчинникова В.В.
ЦНИИ стоматологии, г. Москва

При рациональной терапии воспалительных заболеваний пародонта необходим дифференцированный подход к применению антибактериальных препаратов, включающих активные компоненты в различной концентрации [4, 5, 8]. Высокую эффективность при гингивите и пародонтите обеспечивает сочетанное применение хлоргексидина и метронидазола [2, 4, 7, 9, 10]. Наиболее перспективно для лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта использование стоматологических средств местного действия. Препарат "Метрогил-дента" фирмы Unique Pharmaceutical Laboratories - гель, содержащий метронидазол и хлоргексидин, оптимален для этого способа лечения. До настоящего времени не оптимизированы концентрации метронидазола в составе "Метрогил-дента" и время локальной экспозиции препарата.

Целью исследования явилось определение оптимальных времени действия и концентрации метронидазола в "Метрогил-дента" при однократном использовании препарата при различных формах и степенях поражения пародонта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 96 пациентов (48 мужчин и 48 женщин) в возрасте от 22 до 68 лет. У 4 из них был диагностирован хронический катаральный гингивит, у 17 - хронический генерализованный пародонтит (ХГП) начальной, у 15 - средней, у 48 - тяжелой

степени, у 12 - быстро прогрессирующий пародонтит тяжелой степени (БПП). Общее количество исследованных участков пародонта - 366.

"Метрогил-дента" при гингивите вносили в зубодесневую борозду, а при пародонтите - в пародонтальный карман (ПК) с помощью шприца с затупленной иглой на 15, 30 и 60 минут. Обрабатываемый участок тщательно изолировали от попадания слюны ватными валиками, использовали слюноотсос. По окончании процедуры карманы промывали физиологическим раствором. Использовали препарат, содержащий хлоргексидин в стабильной концентрации 0,25% и метронидазол в концентрациях 5, 10, 20 и 25%.

Оптимальную концентрацию метронидазола в составе "Метрогил-дента" определяли на основании оценки бактериостатического и бактерицидного эффектов. Проводили раздельное определение эффективности препарата по отношению к аэробным и анаэробным микроорганизмам.

Оптимальную продолжительность пребывания препарата в карманах определяли на основании изучения количественного и качественного состава микроорганизмов с помощью микробиологических методов (фазово-контрастной микроскопии и посева по Gold) до процедуры и после 15-, 30- и 60-минутной экспозиции препарата.

Интенсивность течения воспалительного процесса в пораженных участках пародонта оценивали по показателям перекисного

окисления и антиоксидантных систем до и после введения "Метрогил-дента" [1, 3, 6].

При оценке клинического состояния пораженных участков пародонта использовали индексы Muhlemann (1975) и Silness-Loe (1962). Изменение субъективных ощущений пациентов оценивали на основании опроса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным данным, применение препарата с 5% содержанием не вызывало полного подавления роста аэробной и анаэробной микрофлоры. На начальной стадии ХГП применение препарата с 10% содержанием метронидазола обеспечивало умеренное бактерицидное действие по отношению к аэробным и анаэробным микроорганизмам (5,3 и 10,5% соответственно), при среднетяжелой степени и БПП - только к аэробам (12,5 и 6,5% соответственно). При среднетяжелой и тяжелой форме заболевания, а также БПП умеренный бактерицидный эффект по отношению к анаэробной микрофлоре наблюдали при использовании 20% препарата (12,5, 9,6 и 9,7% соответственно). Максимальный бактерицидный эффект "Метрогил-дента", независимо от степени тяжести поражения пародонта и от формы микроорганизмов, наблюдали при наибольшей концентрации метронидазола в препарате (25%).

Максимальная эффективность препарата при гингивите отмечалась при экспозиции "Метрогил-дента" в течение 30 минут. Так, количество микроорганизмов значительно сократилось в 92,9% проб, взятых через 30 минут от введения геля. Через 60 минут значение соответствующего показателя составило 78,6%.

При начальной, средней и тяжелой степенях ХГП число проб, в которых количество бактерий сократилось после экспозиции препарата в течение 30 и 60 минут, составило 83,3 и 100,0%; 100,0 и 88,9%; 77,8 и 77,8% соответственно, то есть показан

дифференцированный эффект препарата не только от времени экспозиции, но и от формы заболевания. При БПП тяжелой степени относительное число проб, в которых количество бактерий сократилось после воздействия препарата в течение 30 и 60 минут, составило 75,0 и 100,0% соответственно.

При оценке соотношения микроорганизмов в результате воздействия "Метрогил-дента" у пациентов с ХГП отмечалась тенденция к уменьшению относительного количества кокковой флоры (при средней степени - через 30 минут экспозиции, при тяжелой - через 60) и возрастанию доли палочковой флоры всех видов, за исключением филаментов. Абсолютное количество микроорганизмов всех видов в результате действия препарата уменьшалось.

До и после внесения "Метрогил-дента" в пародонтальные карманы у 9 пациентов было проведено сравнение показателей активности перекисного окисления (S) и антиоксидантных систем (tg2) в слюне пациентов. У 4 из них исследования проводили повторно через 6-36 месяцев после лечения. Контрольную группу составили 7 пациентов, которым не проводили местное медикаментозное лечение, а лишь удаляли зубные отложения. Показатели контрольной группы не отличались от тех, что наблюдались у больных, в дальнейшем прошедших курс лечения "Метрогил-дента" ($S = 11,88 \pm 1,102$ и $11,44 \pm 1,08$; $tg2 = -1,878 \pm 0,244$ и $-1,670 \pm 0,305$, соответственно) и были в 2-4 раза выше, чем у практически здоровых лиц. После применения "Метрогил-дента" значения показателей достоверно снижались ($p < 0,05$), не достигая, однако, нормального уровня. При этом у пациентов со средней и среднетяжелой степенью ХГП, не получавших антибактериальной терапии, активация процессов перекисного окисления и антиоксидантных систем происходила в меньшей степени, чем у больных с тяжелой степенью поражения или БПП тяже-

дой степени ($S = 8,02-11,43$ и $14,17-17,10$ соответственно; $tg2 = -0,950-2,206$ и $-1,942-3,323$ соответственно). Через 6-36 месяцев после антибактериальной терапии показатели приближались к верхней границе нормы ($S = 6,63 \pm 1,34$; $tg2 = -0,410 \pm 0,070$).

Объективным подтверждением данных, полученных экспериментальным путем, является уменьшение значений клинических индексов. При опросе большинство пациентов (78 из 96 опрошенных) отмечали явное улучшение - исчезновение боли и зуда в деснах, отсутствие кровоточивости.

Таким образом, согласно результатам исследования, бактериостатический эффект "Метрогил-дента" зависит как от тяжести поражения пародонта, так и от концентрации метронидазола в препарате. Бактериостатический эффект по отношению к аэробной флоре при ХГП начальной и среднетяжелой степени, а также БПП отмечал-

ся уже при использовании 5% концентрации препарата. Умеренное бактериостатическое воздействие, независимо от характера микрофлоры, обеспечивалось применением препарата с 10% содержанием метронидазола, хотя максимальный эффект при всех формах заболевания отмечался при использовании 20-25% "Метрогил-дента".

Максимальный бактерицидный эффект "Метрогил-дента", независимо от степени тяжести поражения пародонта и от характера микрофлоры, наблюдали при наибольшей концентрации метронидазола в препарате (25%).

При гингивите и при ХГП средней степени оптимальна экспозиция препарата в течение 30 минут, при начальной степени ХГП и БПП - 60 минут. При тяжелой степени ХГП зависимости эффекта от времени экспозиции не отмечалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Ж.И., Оксегендлер Г.И. Человек и противокислительные вещества. - Л.: Наука. - 1985. - 230 с.
2. Американская Академия Пародонтологии. Системное применение антибиотиков в пародонтологии // Новое в стоматологии. - 1999. - № 4 (9) (74). - С. 68-79.
3. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. ПОЛ в биологических мембранах. - М.: Наука. - 1972. - С. 158-160.
4. Грудянов А.И., Стариков Н.А. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. - 1998. - № 2 (8). - С. 6-17.
5. Дмитриева Л.А. с соавт. Сравнительная оценка современных антибактериальных препаратов при лечении пародонтита тяжелой степени в стадии обострения // Пародонтология. - 1997. - Т. 76. - № 6. - С. 19-22. - 1998. - Т. 77. - № 4. - С. 17-19.
6. Журавлев А.И. Спонтанная биохемилюминесценция животных тканей // Биохемилюминесценция. Под ред. А.И. Журавлева. - М.: Наука. - 1983. - С. 3-30.
7. Романов А.Е. с соавт. Антибактериальная терапия в комплексном лечении пародонтита. // Стоматология. - 1996. - Т. 75. - № 1. - С. 23-25.
8. Царев В.Н. с соавт. Выбор антибактериальных препаратов для комплексного лечения пародонтита в стадии обострения // Стоматология. - 1997. - Т. 76. - № 6. - С. 19-22.
9. Gusberft F.A. et al. Combined antibiotic (metronidazole) and mechanical treatment effects on the subgingival bacterial flora of sites with reccurent periodontal disease // Clin. Periodontal. - 1988. - V. 15. - P. 353-359.
10. Jenkins W.M. et al. Systematic metronidazole in treatment of periodontitis. // J. Clin. Periodontal. - 1989. - V.16. - P. 446-450.

Alternative methods of treatment in the periodontology

Pashayev C.A., Mammadov F.Y., Pashayev A.C.

The Azerbaijan Medical University, department of therapeutic stomatology



Although we have observed a wide spread acceptance of a great number of different method in treatment and preventive care programmes, the periodontal disease continues to be a major problem in all the world.

Extensive research effort has resulted in an everincreasing body of knowledge related to the manifestations of the composite effects of factors causing the disease and it may be useful for determine the treatment procedures for different types or stages of the periodontitis wich will provide optimal service for general population.

It was also felt by many investigators that plaque accumulation of pathogenic microorganisms directly preceded and initiated gingivitis. And the leading role in the plaque formation and because of it in the etiology of periodontal disease was played by Streptococci (Str.Salivaris, Str.Sanguis, Str.mutis), Staphylococcus (Staph.epidermidis, Staph.aureus), Candida albicans,

species of Neisseria.

Severe cases of periodontitis are often accompanied by poor appetite, avitominosis - exsessive loss of fluids and water soluble vitamins (vitamin B complex and vitamin C), and depending on insufficiency of fluoride and Jodid ions and another microelements in the organisms.

That is wau it is evidence from a great number of clinical studies that systemic use of drugs (traditional method) in connection with a nutritional supplements such as proteins, multivitmins fluoride, water-soluble bio-flavonoids for the purpose of stimultingq cellular activity in the periodontal tissue, prevent gingivitis or periodontitis or improve the response to local treatment. And may be obtained maximum benefits from traditional treatment (5,3)

No drug, when used alone, can be considered complete therapy.

Some investigators have suggested beneficial effects from fluoride for example in the treatment of osteoporosis and other human metabolic bone disease and fluoride concentrations from 4 to 5,8 p.p.m. in water have been shown to reduce the prevalence and severity of osteoporosis. Another clinical study indicate that 45 percent reduction in severity of gingivitis is obtained by the systemic administration of vitamin C alone (8)

The continuous of term in nutritional

therapy there are some investigations about the black tea and Saffron.

The results of many studies suggested that drinking black tea can prevent oral cancer in people with oral leukoplakia; black tea might act as prophylactic agents against pertusis infection. In one study, total cholesterol levels were reduced in people drinking large amounts of black tea.

To rinse the oral cavity with extract of black tea result in reduction of dental caries rate in children.

The main overall finding from several studies is that saffron may be of therapeutic

and after treatment procedures; and is determined the effect of black tea and Saffron on the numerous of bacteria, establishment, prophylaxis and maintenance of periodontal health.

Materials and Methods: The 196 patients were divided into four groups according to the medicaments employed. First group was controlled.

In the III groups the patients were given a series of periodontal paste (traditional method), combined with application black tea extracts as solution for rinsed the oral cavity for 30 q a day during one week.

In the IV groups of patients in connection

The results of microbiological investigations

Microorganisms	Intact periodontitis n=20	I group		3 group		4 group	
		Control group n=60		main, n=30		main, n=30	
		Before treatment	After treatment	Before treatment	After treatment	Before treatment	After treatment
Staphylococcus	57,17±11,03	96,67±2,32	48,33±6,45	96,6±73,28	26,67±8,07	93,33±4,56	23,33±7,72
Streptococci	23,11±9,43	78,3±5,32	45,0±6,42	90,0±5,48	26,67±8,07	86,6±6,21	20,0±7,3
Candida albicans	0	32,67±6,22	8,33±5,57	40,0±8,94	6,67±4,56	30,0±8,37	0
Species of Neisseria	0	21,67±5,32	3,33±2,32	20,0±7,3	0	26,67±8,07	0
Gram-positive rods	0	26,67±5,71	5,0±2,81	40,0±8,94	3,33±3,28	33,33±8,61	0
Actinomycetes	0	13,33±4,39	0	16,67±6,8	0	10,0±5,48	0

benefit in the treatment of mild and moderate depression and may be highly cytotoxic on human tumor cells (2, 4).

Radical scavenging activity of saffron is involved in aging processes, anti-inflammatory, anticancer and wound healing activity.

For this and other reasons, the main goals of our study is microbiological study of organisms isolated from the unattached and attached plaque components before

with traditional method are used the extracts of Saffron in manner like black tea extracts.

The patient is advised to clean the teeth with a dental floss, interdental cleaners and toothbrushing. The complete studies of bacteria isolated from the exudate in the periodontal pockets in the oral cavity of 198 patients with moderate periodontitis were performed before and after application with both extracts of black tea and Saffron

extracts. The results of these investigations are compared with evaluation of laboratory tests that showed the effects of traditional method (periodontal paste) in the controlle group.

For production of extracts the 5 g of tea leaf boiled in 100 ml of distilled water for 25 minutes.

Results: The pathological results obtained from this experiment are summarized in Table.

And some examples of this study are presented as follows: there is evidence that the quantity of main groups of bacteria such as Streptococcus, Staphylococcus, gram - positive rods, Actinomyces, species of Neisseria, Candida albicans became less in the III and IV groups of patients than on the control group, where is used a traditional method of treatment. Black tea and Saffron showed antimicrobial and microbicidal activities against all of bacteria.

In comparison with control studies administration of Black tea and Saffron - was markedly inhibited the number of pathogenic microorganisms; for example, the quantity of Streptococci before treatment was $90,0 \pm 5,48\%$, this indications after applications of Saffron became $26,67 \pm 8,07\%$ (in the control group after traditional treatment the quantity of bacteria change from $(78,3 \pm 5,32\%$ to $45,0 \pm 6,42)$; in contrast to traditional method the black tea also showed best bacteria inhibitory effect, so administration of Black tea inhibited the number of Streptococci in the oral cavity by, $66,6\%$, in comparison with control group the number of these organisms was decreased by $33,3\%$. For all group of

bacteria oral administration of Black tea and Saffron also had a marked inhibitory effect, but traditional method (periodontal paste) was less effective.

Conclusions: The patients who had been treated with black tea and Saffron experienced notable improvement in their periodontitis and had a significant reduction in the quantity of pathogenic microorganisms already in the beginning of the investigations, in comparison with those in the control group. This beneficial effects of Black tea and Saffron may be explained by presence of specific group of compounds such as flavonoids, polyphenols, tanins, fluoride, vitamin complexes, microelements in the tea (polyphenols - catechins, flavanoids, theaflavins) and proteoglycan (plausible immuno-modulating activity, highly cytotoxic properties of this compound), flavonoids, safranal, crocin, vitamins are some of Saffron bioactive constituents.

Black tea more effective than green tea may reduce the tendency for foods to serve as slow sources of fermentable carbohydrate, presence of which is one of main cause for plaque accumulation. The effects of black tea on periodontitis risk is determined.

The main finding from this study is that Saffron and Black tea may be of therapeutic benefit in the treatment of periodontitis.

This is the first clinical and laboratory studies that supports this indication for Saffron and Black tea.

The tea extract (at concentrations of $20,0\%$) inhibited the polysaccharide production when compared to the control group.

Th
mon
com
had
degr
sagr
cavit
tea.

Th
with
activ

1. A.
A.
2. P.
3. A.
B.
Th
4. E.
in
5. E.
35
6. K.
so
7. K.
St
8. M.
Ag

Pa
ca
Be
ke

Резул
азербай
положи
значит

The results were evaluated again after 6 month of treatment and results were compared with those of 198 people who had not used black tea and Saffron. The degree of mucose membrane damage was significantly less than observed in the oral cavity of people who had not been drink tea.

These effects of black tea are associated with a high level of pharmacologically active compounds, such as phenol (shown

to be toxic to microorganisms), alkaloids that are heterocyclic nitrogen compounds (have been found to have antimicrobial properties), flavonoids (it inhibited in vitro Streptococcus mutans and other microorganisms), tannins (a group of polymeric phenolic substances), vitamin complex (B1, B2, P, PP, B15, C), fluoride, microelements (Ca, Mg). The tea contain vitamin C by 3-4 weight more than citrus-fruit.

LITERATURE

1. Алиева Р.К., Алимский А.В. Распространенность заболеваний пародонта среди школьников некоторых районов Азербайджана // Qafqazın Stomatoloji Yenilikləri, 2001, №3, с.24-27
2. Похлебкин В.В. Чай: его типы, свойства, употребление - М., 1981 - 120 с.
3. Abdullayev F.J., Frenkel G.D. Biofactors . 1992 Dec; 4 (1) : 43-5
The effect of Saffron on intracellular DNA, RNA and protein synthesis in malignant and nonmalignant human cells.
4. Escribano J., Diaz-vuerra M.Z. Cancer Lett 1999 Sep; 20; 144 (1): 107-14
In vitro activation of macrophages by a novel proteoglycan isolated from corms of Crocus Sativus J.
5. El-Ashiry G.M., Ringsdorf W.M., Cheraskin E. Social and systemic influences in periodontal disease j. Periodontal, 35 : 250, 1964.
6. Kashket S., Paolino V.J. Arch. Oral Biol.-1988- Vol.33, №11 - P.845-846 Inhibition of Salivary amylase by water-soluble extracts of tea.
7. Koompirojn K., Guay M. CU Dent J 2001; 24; 195-202 Inhibition of lactic acid and polysaccharide formation of Streptococcus Mutans by tea extract in vitro
8. Marjorie Murphy Cowan Clinical Microbiology Reviews, 1999, p.564-582, vol.12, №4 Plant Products as Antimicrobial Agents

XÜLASƏ

Parodont xəstəliklərinin müalicəsində alternativ üsul Paşayev Ç.A., Məmmədov F.Y., Paşayev A.Ç.

Parodont xəstəliklərinin müalicəsində və profilaktikasında ənənəvi üsullara əlavə olaraq zəfəran və Azərbaycan çayının ekstraktlarının istifadə edilməsi zamanı aparılan mikrobioloji müayinələrin nəticələri müsbət olmuşdur. Belə ki, kontrol qrupla müqayisədə həmin ekstraktların ağız boşluğunda olan patogen mikroorqanizmlərin sayının kəskin azalmasına gətirib çıxarması aşkar edilmişdir.

РЕЗЮМЕ

Альтернативный метод лечения при заболеваниях пародонта Пашаев Ч.А., Мамедов Ф.Ю., Пашаев А.Ч.

Результатом микробиологических исследования полученные при использовании экстрактов азербайджанского чая и шафрана в профилактике заболеваний пародонта, оказались положительными. Так по сравнению с контрольной группой в основной группе наблюдалось значительное снижение количества патогенных микроорганизмов.

Сравнительная характеристика состояния микробиоценоза при кишечных дисфункциях у детей с наследственными аномалиями крови

Касумова С.М

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета АМУ

Ключевые слова: наследственный дефицит Г-6ФДГ, гетерозиготная β -талассемия, кишечный микробиоценоз, иммунобактериологическая коррекция, первичный дисбаланс микрофлоры.

Key words: hereditary deficiency of G-6PDG, heterozygote β -thalassemia, enteric microbiocenosis, the immunobacteriology correction, the initial disbalance of microflora.

К настоящему времени клинические проявления кишечных дисфункций изучены достаточно полно, однако глобальные экологические изменения последних десятилетий, широкое применение антибактериальных, иммунотропных и прочих лекарственных препаратов и ряд других факторов изменили клиническую картину, которая требует дополнительного изучения.

Кишечные патогены, проникая в организм человека, обладают потенциальной способностью нарушать микрoэкологическое равновесие в просвете кишечника и вызывать дисбаланс микробной флоры [1,2,7].

Микрoэкологические нарушения, в свою очередь нередко служат пусковым механизмом возникновения, а затем и поддержания патологических процессов. Исследования микробиоценоза кишечника при кишечных инфекциях проводились в основном в семидесятые и в начале восьмидесятых годов. С тех пор существенно изменились знания о



микробиоценозе человека [3,4,5,6]. В связи с этим актуальность исследования микробиоценоза кишечника у детей с кишечными дисфункциями не вызывает сомнения, особенно при генетической патологии - наследственных аномалиях крови с учетом крайней скудности, а порой отсутствия информации в отечественной и зарубежной литературе по данному вопросу.

Целью исследования явилось оптимизация диагностики кишечных дисфункций и сопутствующих им клинических и микрoэкологических отклонений у детей с наследственными аномалиями крови.

Материалы и методы исследования.

В период с 1997 по 2000 г в детской инфекционной больнице N 7 наблюдались 263 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с кишечными дисфункциями различного генеза. Наблюдавшиеся дети были раз-

делены на две группы: основную с наследственными аномалиями крови и группу сравнения, которые были сопоставимы по возрасту и полу.

В основную группу (группа 1) включены 3 подгруппы (1а- дети без наследственной патологии, 1б- дети с наследственным дефицитом Г-6ФДГ, 1в - с гетерозиготной ?-талассемией) -всего 150 детей, у которых было доказано существование кишечной инфекции (бактериологически).

В группе сравнения (группа 2) было 113 детей, у которых отсутствовали патогены при исследовании лабораторными методами и у которых не имелось ни анамнестических, ни эпидемиологических, ни клинических данных за существование у них инфекции. Поводом для обращения в стационар более у 2/3 детей были неустойчивый стул и другие диспепсические расстройства: 40% детей (матерей) жаловались в течении длительного времени на упорные боли в животе; реже были жалобы на срыгивания, нарушения сна.

У детей, включенных в исследование, определялось состояние микробиоценоза кишечника. Критериями включения в группы наблюдения являлось отсутствие действия факторов, способных изменить состояние микробиоценоза кишечника и в частности: прием антибиотиков или других антимикробных средств (в течении 1 месяца до исследования микробиоценоза); длительный прием гормональных препаратов внутрь до анализа; прием эубиотиков (в течении последней недели до исследования микробиоценоза); кишечные инфекции (в течении 2-3 недель до исследования микробиоценоза).

Повторное исследование микробиоценоза кишечника проводилось через 1 месяц после терапии.

Методы исследования Исследования микробиоценоза кишечника.

Забор фекалий производили в стериль-

ную посуду. От момента забора материала до момента исследования проходило не более 2 часов. Исследование производилось по стандартной методике, описанной в методических рекомендациях по диагностике дисбактериоза кишечника (Грачева Н. М, Гончарова Г. И, Аваков А. А., 1986).

При исследовании микробиоценоза кишечника определяли количество бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки с нормальной и сниженной ферментативной активностью, энтерококков, стафилококков, гемолизирующей кишечной палочки, условно-патогенных лактозонегативных энтеробактерий (клебсиелла, протей, энтеробактер, цитробактер и др.), дрожжеподобных и грибов рода *Candida*.

За норму принимали: общее количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью не менее 300 млн/г; кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью не более 10% от общего количества кишечной палочки; присутствие лактозонегативных энтеробактерий до 5% от общего количества кишечной палочки; количество негемолизирующих кокков (энтерококки, эпидермальной стафилококк и др.) до 25 % от общей суммы микробов; отсутствие гемолизирующих стафилококков (*S. aureus* и др.); количество бифидобактерий 10⁸ и выше; количество лактобактерий (молочнокислых микробов) 10⁶ и выше; отсутствие грибов рода *Candida*.

При оценке степени микробиологических отклонений мы использовали свою группировку, основанную на следующих критериях: умеренные микробиологические отклонения (1 степень дисбиоза), присутствие одного вида условно-патогенной флоры в количестве не более 15 % (негемолизирующих кокков до 50%) на фоне нормального или незначительно сниженного количества бифидо- или лактобактерий, любого количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью;

выраженные микробиологические отклонения (3 степень дисбактериоза) - существенное снижение бифидобактерий: более чем на 2 порядка ($<10^7$) в сочетании с существенным снижением лактобактерий ($<10^5$) независимо от других показателей микробиоценоза, либо суммарное количество условнопатогенной флоры (кроме негемолизирующих кокков) превышает 50 % независимо от других показателей микробиоценоза; все остальные виды дисбактериоза включались в группу отклонений средней степени (2 степень дисбактериоза).

Микробиологическая коррекция в большинстве случаев проводилась иммунокоррекцией комплексным иммуноглобулиновым препаратом (КИП), микробиологическая коррекция бактериофагами и пробиотиками, а также ферментативная терапия.

КИП назначался по 1 стандартной дозе (300 мг) однократно за 30 минут до еды. Продолжительность курса зависела от выраженности микробиологических нарушений. При совокупном количестве условнопатогенных микроорганизмов, превышающем 50% от общей суммы микробов, КИП назначался на 10 дней; если уровень условно-патогенной флоры не превышал 50 %, КИП назначался на 5 дней.

Бактериофаги назначались в возрастных дозировках короткими курсами (5-7 дней) внутрь и ректально в случаях, когда была хорошая чувствительность микрофлоры к этим препаратам.

Пробиотики (бифидумбактерин, аципол, бифилиз) назначались курсом от 10 до 30 дней в лечебной или поддерживающей дозе. Ферментивные препараты (аболин, креон) назначались курсом 2-3 недели с постепенной отменой, начиная с терапевтических доз. В программу иммунологического исследования была включена оценка состояния клеточного и гуморального иммунитета с определением количества суммарных Т-лимфоцитов и их субпопуляций, функциональная активность В-звена определялась по уровню сывороточных иммуноглобули-

нов А, М, G радиальной диффузии по G. Mancini с использованием сывороток НИИ ЭМ им Н.Ф. Гамалеи.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы "Биостат" (Издательский дом "Практика", 1999 г.)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка состояния микробиоценоза кишечника у детей с кишечными инфекциями и группы сравнения.

Выявленные отклонения параметров микробиоценоза во всех трех подгруппах основной группы и уровень значимости различий представлены в табл.1.

Результаты исследования показали, что за исключением общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, по всем другим параметрам исследованного микробиоценоза кишечника статистически значимого различия у детей сравниваемых подгрупп основной группы нами не выявлено. Что же касается кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, то уменьшение ее общего количества у детей выявляется достоверно реже, чем у детей с сочетанной наследственной гемопатией.

Вместе с тем, несмотря на достоверно меньшее количество детей, у которых выявлялось уменьшение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, этот признак определялся более чем у 90% детей при наследственной патологии. Такая большая частота выявления снижения общего количества *E. coli* с нормальной ферментативной активностью не может служить дифференциально-диагностическим критерием между Г6ФДГ недостаточностью и гетерозиготной β -талассемией. В связи с этим мы позволили себе обобщить все имеющиеся результаты, объединив

наб
те.
ным
пре
все
обн
стан
у
фек
отс
отр
энт
киш

Таблица 1

Отклонения от нормы показателей микробиоценоза	Количество детей % с отклонениями от нормы			Уровень значимости различия результатов, р		
	1а	1б	1в	между 1а и 1б	между 1а и 1в	между 1б и 1
Снижение общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью менее 300 млн/г.	92,2	100,0	100,0	<0,005	<0,005	>0,05
Повышение кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью более 10% от общего количества кишечной палочки	29,3	37,0	28,6	>0,05	>0,05	>0,05
Присутствие лактозонегативных энтеробактерий более 5% от общего количества кишечной палочки.	24,1	22,2	28,6	>0,05	>0,05	>0,05
Присутствие гемолизирующей кишечной палочки в любом количестве.	31,0	25,9	28,6	>0,05	>0,05	>0,05
Присутствие кокковой флоры в количествах, превышающих 25% от общей суммы микробов.	27,6	18,5	42,9	>0,05	>0,05	>0,05
Присутствие гемолизирующих кокков (<i>S. aureus</i> и др.) в любом количестве.	19,8	14,8	42,9	>0,05	>0,05	>0,05
Существенное снижение бифидобактерий: на 2 порядка (10^2) и ниже ($< 10^2$).	31,0	18,5	42,9	>0,05	>0,05	>0,05
Существенное снижение молочнокислых микробов (лактобактерий): на 2 порядка (10^2) и ниже ($< 10^2$).	55,1	59,3	57,2	>0,05	>0,05	>0,05
Присутствие грибов рода <i>Candida</i>	8,6	7,4	0	>0,05	>0,05	>0,05

наблюдавшихся с гемопатиями детей вместе. Таким образом группа детей с доказанными кишечными инфекциями была представлена 150 пациентами. В целом во всей группе 1 отклонения от нормы были обнаружены у 149 из 150 детей и они представлены следующим образом (табл. 2).

У 76 (50,7%) из 150 детей с инфекциями среди кишечной микрофлоры отсутствовали условно-патогенные грам-отрицательные палочки (лактозонегативные энтеробактерий или гемолизирующая кишечная палочка). У 53 (35,3%) условно-

патогенные бактерии либо отсутствовали, либо не превышали нормальных значений. Из них у 27 (18%) состояние бифидо- и лактофлоры было в норме (т.е. количество бифидобактерий было не ниже 10^8 и молочнокислых микробов - не ниже 10^6). У 25 (16,7%) детей с отсутствием условно-патогенных микробов и нормальными количествами бифидобактерий и молочнокислых микробов единственными отклонениями от нормального микробиоценоза было снижение кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью.

Таблица 2

Особенности микробиоценоза кишечника у детей с доказанными кишечными инфекциями n = 150

Отклонения от нормы параметров	Количество детей	
	абс.	%
Снижение общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью менее 300 млн/г.	141	94,0
Повышение кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью более 10% от общего количества кишечной палочки.	46	30,7
Присутствие лактозонегативных энтеробактерий более 5% от общего количества кишечной палочки.	36	24,0
Присутствие гемолизирующей кишечной палочки в любом количестве.	45	30,0
Присутствие кокковой флоры в количествах, превышающих 25% от общей суммы микробов.	40	26,7
Присутствие гемолизирующих кокков (<i>S. aureus</i> и др.) в любом количестве.	30	20,0
Существенное снижение бифидобактерий: на 2 порядка (10^7) и ниже ($< 10^7$).	44	29,3
Существенное снижение молочнокислых микробов (лактобактерий): на 2 порядка (10^5) и ниже ($< 10^5$).	84	56,0
Присутствие грибов рода <i>Candida</i>	12	8,0
Всего детей с отклонениями от нормы показателей микробиоценоза кишечника	149	99,3

Распределение детей со сниженным уровнем кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью.

Таблица 3

Количество кишечной палочки, млн/г	0-50	51-100	101-150	151-200	201-250	251-299
Процент выявления	45%	21,3%	11,3%	8,7 %	6 %	1%

Среди детей, у которых кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью была снижена отмечались следующие ее значения (табл. 3).

Распределение детей со сниженным уровнем кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью.

Как видно из табл. 3, в большинстве наблюдений отмечалось существенное снижение уровня кишечной палочки: у 117 (78%)

детей с инфекциями по сравнению с нормальными значениями, отмечалось снижение кишечной палочки в 2 раза и более.

При оценке степеней тяжести дисбактериоза у детей основной группы было установлено, что дисбактериоз 1 степени был у 37% детей, 2-й степени - у 27% детей, 3-й степени у 36% детей и статистически значимых различий между подгруппами 1а, 1б, 1в нами не выявлено. У ряда детей основ-

Таблица 4
Оценка состояния микробиоценоза кишечника у детей с кишечными инфекциями (группа 1) и в группе сравнения (группа 2)

Особенности параметров микробиоценоза кишечника	Количество детей (%) с отклонениями от нормы		Уровень значимости различия результатов, Р
	в группе 1 (n = 150)	в группе 2 (n = 113)	
Снижение общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью менее 300 млн/г.	94,0	37,2	<0,001
Повышение кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью более 10% от общего количества кишечной палочки	30,7	15,9	<0,005
Присутствие лактозонегативных энтеробактерий более 5% от общего количества кишечной палочки.	24,0	27,4	>0,05
Присутствие гемолизирующей кишечной палочки в любом количестве.	30,0	24,8	>0,05
Присутствие кокковой флоры в количествах, превышающих 25% от общей суммы микробов.	26,7	11,5	<0,002
Присутствие гемолизирующих кокков (<i>S. aureus</i> и др.) в любом количестве.	20,0	13,3	>0,05
Существенное снижение бифидобактерий: на 2 порядка (10^7) и ниже ($< 10^7$).	29,3	31,9	>0,05
Существенное снижение молочнокислых микробов (лактобактерий): на 2 порядка (10^5) и ниже ($< 10^5$).	56,0	39,8	<0,01
Присутствие грибов рода <i>Candida</i>	8,0	0	<0,001
Всего детей с отклонениями показателей микробиоценоза от нормы	99,3	88,5	<0,001

ной группы микробиологические отклонения были стойкими на протяжении длительного времени, при этом часто носили одноклассный характер, не изменяясь в сторону улучшения после неоднократных курсов микробиологической и иммунологической коррекции.

Группа сравнения (группа 2) была представлена 113 детьми 3 мес.-3 лет, у которых кишечные инфекции с высокой вероятностью отсутствовали.

Нами проведено сопоставление полученных результатов у детей основной группы и группы сравнения (табл. 4).

У 13 детей из 113 (11,5%) не отмечалось никаких изменений в составе микробиоценоза кишечника. Еще у 3 детей единственными отклонениями от нормы было повы-

шение уровня кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью. У 28 детей (22,5%) в составе кишечной микрофлоры отсутствовали или не превышали допустимых значений условно-патогенные микроорганизмы.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что в основной группе было достоверно меньше, чем в группе сравнения, детей, имеющих нормальный состав микрофлоры кишечника и достоверно имеющих в микробном пейзаже кишечника сниженное количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, повышенное количество кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью, присутствие повышенного количества кокковой флоры, снижение уровня молоч-

нокислых микробов и присутствие грибов рода *Candida*.

Вместе с тем, выявленные отклонения микробного пейзажа в группе сравнения

(без бактериологически подтвержденной кишечной инфекции), а также отсутствие эффекта после неоднократных курсов микробиологической и иммунной коррекции

Сравнительная характеристика состояния микробиоценоза кишечника у детей с доказанными кишечными инфекциями до и после лечения.

Таблица 5

Параметры микробиоценоза	Процент выявления до лечения	Процент выявления после лечения	Уровень значимости различия параметров, Р
Отклонений нет	0	11,4	<0,01
Снижение общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью менее 300 млн/г.	100,0	43,2	<0,001
Существенное снижение количества полноценной кишечной палочки, менее 150 млн/г.	88,0	19,0	<0,001
Повышение кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью более 10% от общего количества кишечной палочки.	42,4	14,8	<0,01
Присутствие лактозонегативных энтеробактерий более 5% от общего количества кишечной палочки.	28,7	20,5	>0,05
Присутствие гемолизирующей кишечной палочки в любом количестве.	29,4	26,1	>0,05
Присутствие кокковой флоры в количествах, превышающих 25% от общей суммы микробов.	35,8	10,2	<0,005
Присутствие гемолизирующих кокков (<i>S. aureus</i> и др.) в любом количестве.	23,6	9,1	<0,05
Существенное снижение бифидобактерий: на 2 порядка (10^7) и ниже ($< 10^7$).	29,4	26,1	>0,05
Существенное снижение молочнокислых микробов (лактобактерий): на 2 порядка (10^5) и ниже ($< 10^5$).	3,4	0	>0,05

свидетельствует об изначальном дисбалансе микробиоценоза у лиц с наследственными аномалиями крови.

Повторное исследование микробиоценоза кишечника после окончания всей терапии проведено у 88 детей. Сравнительная характеристика состояния микробиоценоза кишечника у детей основной группы до и после лечения приведена в табл 5.

Как видно из данной таблицы, в целом отклонения от нормальных параметров микробиоценоза кишечника после проведенного лечения встречались реже. Особенно

позже после окончания лечения. В качестве критериев клинко-микробиологической эффективности мы выбрали следующие: хороший результат - отсутствие жалоб дисбактериоза и кишечника или умеренные микробиологические отклонения; удовлетворительный - клинический эффект - нестойкий или неполный, наличие дисбактериоза кишечника после окончания лечения; неудовлетворительный - отсутствие изменений в состоянии ребенка, наличие микробиологических отклонений (табл.6).

Таблица 6

Клинко-микробиологическая эффективность терапии у 88 детей, оцененная в катамнезе

Эффективность терапии	Количество детей, абс.	Количество детей, %
Хорошая	61	69,3
Удовлетворительная	25	28,4
Неудовлетворительная	2	2,2

это относится к показателям кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью к неполноценной кишечной палочке, кокковой флоре (в том числе гемолизующим коккам) и к лактобактериям. Различия в частоте выявления отклонений до и после лечения недостоверны по таким показателям как присутствие лактозонегативных энтеробактерий, гемолизующей кишечной палочки, грибов рода *Candida* и существенному снижению бифидобактерий.

Распределение детей по уровню полноценной кишечной палочки до и после лечения.

В катамнезе нами проведена оценка клинко-микробиологической эффективности курса в сочетании с микробиологической коррекцией через один месяц и

Следует заметить, что отдаленные (более месяца после окончания терапии) клинко-микробиологические результаты лечения лучше, чем более ранние. Это особенно относится к состоянию микробиоценоза.

Таким образом, отклонения от нормы параметров микробиоценоза кишечника у детей с наследственными аномалиями крови выявлены в различной степени выраженности даже без наличия конкретного кишечного патогена, что может косвенно свидетельствовать о первичном дискомфорте микробиоты. Отсутствие эффекта от проводимой комплексной иммунобактериологической коррекции у части больных, на наш взгляд, может служить веским аргументом в пользу ранней, опережающей и длительной коррекции этого контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мишушкин О.Н., Ардатская М.Д., Бабин В.Н и др., Дисбактериоз кишечника. Российский медицинский журнал. 1999 г., N 3, с 40-45.
2. Парфенов А. И. Клинические проблемы дисбактериоза. Российский гастроэнтерологический журнал. 1999 г., N 4, с 49-55.
3. Шендеров Б. А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. М., 1998 г, в 3-х томах.
4. Cherbut C., Aube A.C., Blottiere H.M., Galmiche J.P. Effects of short-chain fatty acids on gastrointestinal motility. Scand. J. Gastro-enterology. 1997, v. 32, Suppl. 222, p. 58-61.
5. Hill M.J. (editor) Role of gut bacteria in human toxicology and pharmacology. Basingstoke: Burgess Science Press. 1995.
6. Ozcelic M.F., Pekmezci S., Altinli E. et al. Lactulose to prevent bacterial translocation in biliary obstruction. Dig. Surg. 1997, v. 14, p. 267-271.
7. Salminen S., Salminen E. Lactulose, lactic acid bacteria, intestinal microecology and mucosal protection. Scand. J. Gastroenterol. 1997, v. 32, Suppl. 222, p. 45-48.

XÜLASƏ

Tədqiqatın məqsədi irsi qan anomaliyalı uşaqlarda bağırsaq disfunksiyalarının kliniki və mikroekoloji dəyişiklərini öyrənmək olmuşdur. 150 bakterioloci təsdiqlənmiş bağırsaq infeksiyalı və 113 müqayisə qrupu (kliniki-laborator infeksiya əlamətləri olmayan) üzərində aparılmış müayinə nətişində aşağıdakı qənaətə gəlməyə imkan vermişdir. İrsi qan anomaliyalı uşaqların bir qisminə bağırsaq mijrobiosinozun ilkin, birinjili disproporsiyası mövjudur. Yuxarıdakılar həmin körpələrin erkən, qabağlayıcı və davamlı immunobakterial korreksiyaya ehtiyacı olması haqqında fikir irəli sürməsinə əsaslandırır.

SUMMARY

The purpose of research is to study the clinic and microecology changes of intestinal dysfunction of children with hereditary anomaly of blood. 150 bacteriological affirmations of intestine infection and 113 (with no clinical-laboratory infection indication) comparison groups of carrying inspection in the result give us the reason to think so. Some of the children with hereditary anomaly of blood have the initial disproportion of intestinal microbiocenosis. The above-mentioned reveals the necessity of the preventive long-term immunobacterial correction of those children.

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

I-й ОБЩЕЕВРОПЕЙСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

Пленарное заседание Европейской
Стоматологической Ассоциации

Москва - 2007

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 12 2007



В апреле 2007 года состоялась Пленарная Сессия Европейской Региональной Ассоциации.



слева направо: д-р Фонт-Буксо, д-р Мишель Арден, д-р Садовский В.

Сессию приветствовали Президент ERO - д-р Фонт-Буксо и Президент Стоматологической Ассоциации России - проф. Вагнер В.Д. От имени гостей Пленарную Сессию приветствовала Президент FDI - д-р. Мишель Арден. Далее состоялась Презентация

Стоматологической Ассоциации России, которую провел вице-президент СтаР - д-р Садовский В.В.

Научная часть Пленарного заседания ERO-2007 посвящена проблеме "Качество". С большим, серьезным исследованием выступил вице-президент СтаР - акад. Леонтьев В.К. Тема доклада безусловно, особенно актуальна для всех постсоветских стран, так как необходимо разработать ключевые моменты качества. Такие как: качество под-



слева направо: проф. Вагнер В.Д., акад. Леонтьев В.К.



наступило время отдыха...

слева направо: д-р Алиева Р.К., д-р Мишель Арден,
д-р Авраамова О.Г.

готовки кадров, качество постдипломного образования, качество сети стоматологической службы, качество и лечение, качество и страхование и другие. По окончании докла-



накануне открытия конгресса...

слева направо: проф. Боровский Е.В.,
проф. Алиев Р.К., проф. Касенко К.Н.,
проф. Павленко А.В.

да состоялся широкий обмен мнениями. Очередную Пленарную сессию решено провести в рамках конгресса FDI - в Дубае в октябре 2007 года, а проведение Пленарной Сессии ERO-2008 выиграл Стамбул. Поздравляем Стоматологическую ассоциацию Турции и желаем больших успехов.

На пленарном заседании состоялись выборы в Правление ERO. Приступил к исполнению обязанностей президент ERO д-р Patrik Hescot и избраны Президент-элект д-р G. Seeberger и член правления д-р Садовский В.В. Сердечно поздравляем и желаем больших успехов в руководстве Европейской Региональной Ассоциацией.



в зале заседания

слева направо: проф. Камалов Р., проф. Алиева Р.,
проф. Косенко К.

Отличительной особенностью Пленарной сессии явилось проведение 1-го Обще-европейского Стоматологического Конгресса, состоявшегося 17-18 апреля в Москве. Замечательным является то, что на конгресс-



участники пленарной сессии ERO-фото на память

се был представлен мощный потенциал, представленный специалистами высшего класса по всем разделам стоматологии.

Алиева С.Я.



Annual World Dental Congress Ежегодный конгресс Всемирной Федерации Стоматологов

Дубай-2007

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 12 2007



Церемония открытия

Конгресс FDI - 2007 года впервые состоялся в ближневосточном регионе.

в Центре выставок и конгрессов Дубая, ОАЭ. Конгресс считается одним из самых успешных в истории FDI. В дополнение к научной программе и выставке для участников, конгресс привлёк внимание к высокому уровню кариеса зубов. Высокий уровень поддержки конгресса от людей и правительства Дубая под покровительством Его Превосходительства Шейха Мохаммеда Бин Раши-

да Ал Мактума, вице-президента и премьер министра ОАЭ, министра финансов и промышленности, президента здравоохранения Дубай.

Конгресс привлёк огромное число участников - около 20.000 человек, больше, чем в 2006 году. На конгрессе были представители 144 государств. Во время конгресса вниманию участников были представлены более 80 научных симпозиумов, проведённых 70 лекторами, 170 научных постеров нашли свое отражение на дисплее конгресса.

Огромная выставка стоматологического оборудования, материалов, медикаментов, средств по уходу за полостью рта и т.д. была развёрнута на площади 6, 390 квадратных метра. На выставке приняли участие производители 42 стран. Свыше 70 Национальных секретарей ассоциаций приняли



На заседании Генеральной Ассамблеи

DÜNYA ŞÖHRƏTLİ ALİM



Ümumdünya Onkoloqlar və Ortoped-Travmatoloqlar Assosiasiyasının, Yunanıstan Onkoloqlar və Ortoped-Travmatoloqlar cəmiyyətlərinin, Avropa Bərpa Cərrahlığı Assosiasiyasının, Avropa Dayaq-Hərəkət Aparatı Onkoloqlar Cəmiyyətinin, Amerika Klinik Onkologiya Cəmiyyətinin, Rusiya Təbiət Elmləri Akademiyasının, Polşa Tibb Elmləri Akademiyasının, Rusiya Tibb Elmləri Akademiyasının üzvü, SSRİ Dövlət Mükafatı laureatı, Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru, akademik Əhliman Tapdıq oğlu Əmiraslanovun 60 yaşı tamam oldu.

Əhliman Əmiraslanov 1971-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun müalicə-profilaktika fakültəsini fərqlənmə diplomu ilə bitirmişdir.

O, 1974-cü ildə Moskvada SSRİ Tibb Elmləri Akademiyasının Ümumittifaq Onkoloji Elmi Mərkəzində aspiranturaya daxil olub 1977-ci ildə namizədlik dissertasiyasını və 1984-cü ildə doktorluq dissertasiyasını müvəffəqiyyətlə müdafiə etmişdir.

Əhliman müəllim 1992-ci ildə görkəmli mütəxəssis kimi vətənə, Azərbaycana dönüb və Azərbaycan Tibb Universitetinə rektor vəzifəsinə təyin edilmişdir.

Əhliman müəllim 18 monoqrafiyanın, 25 dərsliyin və dərs vəsaitinin, 16 ixtira və səmərələşdirici təklifin, 12 metodik tövsiyənin müəllifidir.

Ümumiyyətlə, elmi və pedaqoji fəaliyyətini əks etdirən 450-yə yaxın əsəri vardır. Alimin 65-dən çox elmi əsəri uzaq xarici ölkə mətbuatında dərc olunmuşdur. Onun redaktorluğu ilə "Rusca-Azərbaycanca tibbi lüğət" kitabı və başqa əsərlər işıq üzü görmüşdür.

Akademik Ə.Əmiraslanov sümük onkologiyası sahəsində əldə etdiyi nailiyyətlərə görə 1999-cu ildə Polşa Tibb Elmləri Akademiyasının A.Şvaytzer adına Böyük qızıl medalına layiq görülmüşdür. Alimin adı 1998-ci ildə Kembriçdə çap olunan "XX əsrin 2000 görkəmli şəxsiyyəti" adlı beynəlxalq toplusunun əsas hissəsinə və "XX əsrin 500 görkəmli elm xadimi" toplusuna daxil edilmişdir. O, "Qızıl Statuya" mükafatına layiq görülmüşdür.

Elmi-pedaqoji kadrların hazırlanmasına böyük qayğı göstərən Əhliman Əmiraslanov Onkologiya sahəsində elmi məktəb yaratmışdır. 28 nəfər tibb elmləri namizədi, 15 nəfər tibb elmləri doktoru yetişdirən görkəmli alimin yetişdirmələri dünyanın bir çox ölkələrinin klinikalarında, onkoloji elmi mərkəzlərində fəaliyyət göstərilir.

Ə.Əmiraslanov 1999-cu ildən YUNESKO xətti üzrə "Bioetika, elm və texnologiyaların etikası" Azərbaycan Milli Komitəsinin sədr müavini vəzifəsində çalışır. O, 2000-ci ildə Azərbaycan-İran İslam Respublikası Dostluq Cəmiyyətinin sədri təyin edilmiş, 2006-cı ildə YUNESKO-nun "Bioetika, elm və texnologiyaların etikası" Komitəsinin Rəyasət heyətinin üzvü, eləcə də YUNESKO-nun eksperti, 2007-ci ildə AMEA-nın biologiya elmləri bölməsinin akademik-katibi seçilmişdir.

Akademik Əhliman Əmiraslanovun başçılıq etdiyi Tibb Universitetinin dünyanın bir çox universitetləri ilə elm, təhsil və səhiyyə sahəsində geniş əlaqələri vardır.

Bütün şüurlu heyatını insanların sağlamlığına, Azərbaycan tibb elminin və tibb təhsilinin inkişafına həsr etmiş görkəmli alim, akademik Əhliman Əmiraslanovu 60 illik yubileyi münasibətilə ürəkdən təbrik edirik, ona can sağlığı və şərəfli işlərində yeni-yeni uğurlar diləyirik.

*Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası,
"Qafqazın stomatoloji yenilikləri"
jurnalının redaksiya heyəti*



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 12- 2007