



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№ 21 - 2015

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 21 2015

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyəti

Təsisçi və baş redaktor
Redaktor
Redaksiyanın müdiri
Məsul katib
Bədii tərtibatçı

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

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

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

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

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

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

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

E-mail: azerbstom@yahoo.com

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

MÜNDƏRİCAT

✓	World Oral Health Day	4
✓	Dental implantasiyalarda aşağı çənə kanalının zədələnməsi N. A. Pənahov, R. A. Hüseynli	7
✓	Оценка качества жизни у лиц перенесших операцию ураностафилопластики Юсубов Ю. А., Сабрин А. А., Юсубов А. А., Фарзиев Э.З., Халид А Дж	14
✓	“Ortodontiya” fənnindən ilk dərslük E.E.Kərimov.	19
✓	Частота сколов керамических облицовок зубных протезов, изготовленных из VITA-95 и NORITAKE и способы их реставрации Мохаммед Реза Массай Хосровшахи, Г.Э.Керимова	20
✓	Клиническая эффективность профилактики кариеса у детей школьного возраста фторированно-йодированной солью Ахмедбейли Р.М.	26
✓	FDI CE FDI World Dental Federation GLOBAL CONTINUING EDUCATION PROQRAMME 2015	34
✓	Оптимизация методов и средств эндодонтического лечения зубов Насирова Х.Б.	37
✓	Состояние парадонта и твердых тканей зубов у спортсменов - профессионалов Гаджиев Д.Н.	44

-
-
- ✓ İmplantantüstü ortopedik protezləmə zamanı ağız boşluğunun mikrobiosenozuna təbii vasitələrin təsirinin öyrənilməsi
Musayeva H.H.50
 - ✓ Paradontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində ağız boşluğunun professional gigiyenasının effektivliyinin qiymətləndirilməsi
Rüstəmov E.Ə., İmanov E.Ə.57
 - ✓ III sinif malokkluziyaların müalicəsində sərt toxuma yer dəyişmələrinin yumşaq toxumalara təsiri
Saniç K.B.68
 - ✓ Юбилей: Гараеву Зохрану Ислам оглы 70 лет74
-



World Oral Health Day
20th March



Geneva, 20 March 2015 – *Today is World Oral Health Day and countries worldwide are celebrating lifelong oral health with a 'Smile for life'.*



**Interview with Gerard K. Meuchner,
Henry Schein Vice President and Chief
Global Communications Officer**

Some 95 countries, 65 National Dental Associations, 30 Student Dental Associations as well as the World Oral Health Day Partners are working hard, holding fun, hands-on and informative events to raise awareness of the fact that oral health is a serious issue with far-reaching consequences.

With a focus on achieving the greatest impact, this year's planned activities include: the Dentolympics (oral health games for children) in Bolivia; a flash mob organised by dental students in Italy; free oral health assessments for

over one thousand students in Kenya; and a marathon for dental professionals in front of the pyramids in Egypt.

In addition, the 'Smile for life' message will be broadcast to the world via the giant NASDAQ screen in Times Square, New York City, with a display collage of some of the WOHD 2015 customised posters!

Globally, oral disease affects most adults and as many as 90% of schoolchildren. Oral diseases are a significant burden on overall health, with the greatest burden falling on disadvantaged and poor populations. The principal problems are: dental caries, periodontal diseases and oral cancer.

"Make it oral health day every day. The time required to maintain oral health is small and the benefits are huge"

Why is Henry Schein a Global Partner of World Oral Health Day?

Henry Schein has a long commitment to supporting oral health as a vital element of overall health. World Oral Health Day exists to promote the benefits of oral health within the context of overall health.

Why do you believe celebrating WOHD is important?

The benefits of oral health are too often overlooked and unappreciated. WOHD helps to raise awareness of this important issue in a way that's fun and engaging.

How does Henry Schein contribute to the World Oral Health Day campaign?

As the world's largest provider of products and services to the oral health community, Henry Schein uses its communications network to spread the good news about oral health and WOHD. We distribute posters and other communications materials to our customers — dentists around the world — and we use our presence as a NASDAQ stock to celebrate WOHD on the giant Nasdaq display in New York City's Times Square.

What other actions does Henry Schein do to support oral health worldwide?

We regularly communicate the benefits of oral health to our customers and to society. We have a program called Total Health Beyond the Mouth that assists dental professionals in educating patients about the integral link between oral health and overall health. We also participate in forums that promote the connection between oral health and overall health, such as the recent event at Harvard School of Dental Medicine.

How do you think WOHD contributes to improving oral health?

It's all about awareness. The world needs to hear this message, and WOHD effectively celebrates this cause in a way that people can embrace.

How can FDI and Henry Schein further help increase the awareness of oral health around the world?

The best way to help increase awareness is to harness the strength of the partnership. Each party — FDI and Henry Schein — has unique capabilities that we can bring to bear on behalf of this program. FDI is the leading international

organization that brings together the world's dentists, and Henry Schein is the leading provider of products and services to that community. By more fully tapping into those networks, we can do more to raise the profile of this important cause.

How do you personally address oral health at home with your family?

Same as anyone else who is committed to oral health — making sure that good oral hygiene is practiced daily. I'm proud to say that neither of my two children has ever had a cavity.

What do you believe are the future challenges for oral health?

We need to move the discussion beyond the oral health community, which already gets this message, to the broader medical community. We need to enlist new allies in the effort to raise the awareness of this critical link among all people.

Does your company celebrate WOHD internally with its staff worldwide?

Yes. It's all about the picture. We love to run programs on our social media pages in which Team Schein Members post photos of their great smiles. Everyone enjoys a great photo of a great smile.

Do you have any advice for people planning activities?

Engage your networks — team members, customers and the communities you serve. Who do you know who could be natural allies for WOHD? Identify those individuals and then engage.

Do you have any advice for the public about World Oral Health Day?

Make it oral health day every day. The time required to maintain oral health is small and the benefits are huge.



World Oral
Health Day
20th March



fdi 
FDI World Dental Federation

www.fdiworldental.org
info@fdiworldental.org



DENTAL İMPLANTASIYALARDA AŞAĞI ÇƏNƏ KANALININ ZƏDƏLƏNMƏSİ

N. A. Pənahov, R. A. Hüseynli

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası

Açar sözlər: dental implantasiya, aşağı çənə kanalı, hissiyyatın pozulması, observation tədqiqat

Key words: dental implantation, mandible canal, sensory impairments, observational study.

Problemin aktuallığı. Stomatologiyada istifadə edilən materialların, diaqnostika və müalicə üsullarının son dövrlərdə xeyli dərəcədə təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, dental implantasiyalarda uğursuzluq faizi 3-5% civarında qalır [6, 8]. Dental implantasiyalar zamanı əməliyyatın planlanması mərhələsində buraxılan səhvlərin qarşısının alınması istiqamətində çoxsaylı tədqiqatların aparılmasına baxmayaraq, bu problem hələ də öz aktuallığını qoruyub saxlamaqdadır [1, 2, 7].



Dental implantasiyaların uğursuzluğunu ümumiləşdirərək belə qənaətə gəlmək olar ki, ağırlaşmalar, əsasən, əməliyyat zamanı – alətin sınıması, əng cibi və burun boşluğunun perforasiyası, aşağı çənə kanalı divarlarının zədələnərək sinir-damar dəstinin travması, implantın birincili fiksasiyasının yoxluğu, qanaxma, eləcə də əməliyyat sonrası, o cümlədən erkən – hematoma, tikişlərin açılması, hissiyyatın pozulması, osteointeqrasiyanın yaranmaması və gecikmiş – periimplantit, implantın dezinteqrasiya və miqrasiyası ola bilər. Həmçinin implantın fəaliyyət göstərdiyi müddətdə də ağırlaşmalara rast gəlinir ki, bunlara da implantın və üzərində olan ortopedik konstruksiyanın mexaniki zədələnməsini

və implantətrafi yumşaq toxumaların iltihablaşmasını misal göstərmək olar [3, 4].

Bu baxımdan, sadaladığımız ağırlaşmaların səbəbini araşdırarkən birinci növbədə əməliyyat öncəsi planlamanın düzgün aparılmaması göz önünə gəlir ki, bunların da içərisində aşağı çənə kanalının vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməməsi ilk sıralarda dayanır. Ədəbiyyatda implantasiya zamanı aşağı alveol sinirinin zədələnməsi hallarının 8,5-33% civarında olması qeyd olunur [5, 9]. Bütün bunların nəzərə alınmaması sonradan həkim ilə xəstə arasında mübahisə hallarının yaranmasına və xəstənin haqlı narazılığına gətirib çıxarır.

Tədqiqatımızın məqsədi aşağı çənədə dental implantasiyalar zamanı çənə kanalının zədələnməsi hallarının klinik-rentgenoloji araşdırılması olmuşdur.

Material və metodlar. Tədqiqatın materialı müxtəlif özəl stomatoloji klinikalarda aşağı çənəsində diş cərgəsinin ikincili adentiyaşının implantlarla müalicəsi aparılmış, lakin ağırlaşma yaranması səbəbindən göndəriş əsasında və bəzən də könüllü surətdə müayinə üçün müraciət edənlər arasından seçilmiş 18 nəfər təşkil etmişdir. Xəstələrdən 10-u kişi, 8-i qadın olmaqla,

yaşları 28-64 arasında olmuşdur.

Tədqiqatımız, öz xüsusiyyətinə görə, observation və müqayisəli xarakterə malik olmuşdur. Seçilmiş xəstələr Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya klinikasına dəvət edilmiş, xüsusi hallarda məsləhət üçün nevrologiya və tibbi genetika kafedrasının əməkdaşlarına müraciət edilmişdir. "DN4 anketləri" ilə [6] müayinə olunan xəstələr qrupunda nevropatik ağrılar qrupunun ifadə dərəcəsi aydınlaşdırılmışdır.

Xəstələrdə "Philips Brilliance" aparatı ilə rentgenoloji müayinə – kompüter tomoqrafiyası aparılmışdır.

Alınan nəticələr parametrik üsullarla statistik işlənmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Dental implantasiyadan sonrakı keçən müddətin bölgüsü aşağıdakı kimi olmuşdur. 8 nəfər xəstədə (44,4%) implantasiyadan 1 ay keçmiş, 4 nəfərdə (22,2%) 2 ay, 4 nəfərdə (22,2%) 6 ay, 2 nəfərdə (11,2%) 6 aydan artıq müddət keçmişdir.

Əməliyyatdan sonra keçən birinci ay aşağı alveol sinirinin zədələnməsinin klinik şəklinin daha artıq ifadə olunduğu dövr olmuşdur. İlk aylar ərzində müsbət dinamikanın olub-olmaması müəyyənləşdirilmişdir ki, bu müddət də sinirin regenerasiyası ilə üst-üstə düşür.

İlk aylarda xəstələr qida qəbulu zamanı, xüsusilə də su içərkən çətinlik yaranmasını qeyd etmişlər. Xəstələrin ikisi nevroloq yanında "astenodepressiv sindrom və həyəcanlı-nevrotik tip emosional dəyişikliklər sindromu" diaqnozu ilə müalicə almışlar. 2 nəfər xəstə qeyd etmişlər ki, implantasiya əməliyyatı zamanı onlara qəflətən "güllə dəyməsi" hissiyyatı yaranmışdır.

Müalicədən 6 ay sonra müraciət edən xəstələr qeyd etmişlər ki, əməliyyatdan sonra-

ki 1 ay ərzində dövrü olaraq irradiasiyalı ağrılar müşahidə olunmuşdur. Aparılan müalicə fonunda ağrının intensivliyinin azalmasına baxmayaraq, xoşagəlməz hissiyyat və keyimə hissi qalmışdır. 1 nəfər xəstədə aşağı çənədə trigger nöqtəsi olmuşdur ki, ona toxunanda ağrının yaranması qeydə alınmışdır.

Kompüter tomoqrafiyası müayinələrinin nəticələrinin analizi bir daha sübut etmişdir ki, yaranmış ağırlaşmanın inkişafı ilə dental implantasiyanın planlaşdırılması arasında əlaqə mövcuddur. Postoperativ dövrdə xəstələrin rentgenoloji müayinəsi zamanı müxtəlif proyeksiyalarda – koronal, sagital və aksial proyeksiyalarda tədqiqat aparılmışdır. Belə ki, müxtəlif kəsiklərdə araşdırma apararaq, aşağı çənə kanalının anatomik xüsusiyyətləri və kanalın kortikal lövhəsinin ifadə dərəcəsi qiymətləndirilməklə yanaşı, dental implantın çənə kanalının divarlarına olan münasibəti dəqiqləşdirilmişdir. Aşağı çənə kanalının aksial proyeksiyada gedışı, həmçinin implantın aşağı çənənin vestibulyar və oral kortikal lövhəsinə əsasən pozisiyası xüsusi maraq doğurmuşdur. Belə dəqiq lokalizasiya, sözsüz ki, ikiölçülü rentgenoloji görüntü ilə dəqiq əldə edilə bilməzdi.

Kompüter tomoqrafiyasının analizi bizə xəstələri iki qrupa ayırmağa əsas verdi. Birinci qrupa 11 xəstə (61,1%) aid edildi. Bu xəstələrdə aşağı çənə kanalının kortikal səhfəsinin tamlığının pozulmasına baxmayaraq, fikrimizcə, aşağı alveol sinirinin mielin qatında dəyişiklik olmamışdır. Bu qənaətə sagital tomoqrafik görüntülər, eləcə də anamnestik məlumatların araşdırılması nəticəsində gəlmişik. Bu qrupa daxil etdiyimiz xəstələrdən biri əməliyyatdan 1 ay, dördü iki ay, dördü 6 ay və iki nəfəri 6 aydan artıq vaxt keçəndən sonra müraciət etmişlər.

Simptomatikanın dinamikası mielin qatının zədələnməməsini, onun hematoma nəticəsində sadəcə kompressiyaya məruz qalmasını və ya sinirin tamlığının pozulmaması ilə müşayət olunan mielin qatın çox xəfif zədələnməsi olduğunu güman etməyə əsas vermişdir.

İkinci qrupa daxil edilən 7 xəstədə (38,9%) implant birbaşa çənə kanalının mənfəzində aşkar edildi ki, bu zaman kanalın yuxarı və aşağı divarlarını zədələnməmişdir. Bu xəstələr üçün ümumi klinik əlamət həmin sinirin innervasiya nahiyyəsində toxumaların hissiyyatının azalması, həmçinin müxtəlif intensivlikdə ağrı simptomu olmuşdur.

Alınan nəticələr bu iki qrup xəstələrdə klinik-fizioloji göstəricilərin qiymətləndirilməsinə differensial yanaşmanın vacib olmasını, müalicə və proqnoza fərqli yanaşmanı tələb edir.

Bütün xəstələr üçün ümumi sayıla bilən əsas xüsusiyyət – dental implantasiyadan sonra aşağı alveol sinirinin funksiyasının pozulması əlamətləri olmuşdur. Müayinə zamanı aşkar edilmişdir ki, xəstələrdə zədələnən tərəfdə, birinci premolyar – ikinci molyar aralığında 1-dən 4-ə qədər implant qoyulmuşdur. Qoyulmuş implantlar müxtəlif sistemlərin məhsulları olmaqla, əsasən 8-13 mm aralığında ölçüdə olmuşlar. Müəyyən edilmişdir ki, cəmi qoyulmuş 42 implantdan 27-i (64,3%) aşağı alveol sinirinin implant qoyulan tərəfdə zədələnməsinə səbəb olmuşdur.

Aşağı çənə kanalının zədələnməsinə birinci premolyar nahiyyəsində 3 implant (11,1%), ikinci premolyar nahiyyəsində 8 implant (29,6%), birinci molyar nahiyyəsində 10 implant (37,1%), ikinci molyar nahiyyəsində 6 implant (22,2%) səbəb olmuşdur. Beləliklə, ikinci premolyarlar və birinci molyarlar daha çox hallarda kanalın

zədələnməsinə səbəb olmuşlar. Ədəbiyyatdan məlumdur ki, aşağı molyarlar nahiyyəsində çənə kanalı daxili kompakt lövhəyə, premolyarlar nahiyyəsində xarici kompakt lövhəyə yaxındır. Kompüter tomoqrafiyası ilə aldığımız görüntülərin analizi bizə də bu fikri təsdiq etməyə əsas verdi.

Müraciət zamanı xəstələrin əsas şikayətləri aşağı dodağın və çənəaltı nahiyyənin dərisinin, həmçinin selikli qişasının hissiyyatının pozulması, həmin nahiyyədə müxtəlif xarakterli ağrılar və xoşagəlməz duyğulardan ibarət olmuşdur. Gün ərzində həmin nahiyyədə qeyri-adi hislərin yaranması və dəyişilməsi aydınlaşdırılmışdır. Sorgu nəticəsində bu əlamətlərin xəstənin ilk dəfə nə vaxtdan özündə hiss etməsi müəyyən edilmişdir.

Xəstələrin müayinəsi zamanı aşağı alveol sinirinin innervasiya nahiyyəsində hissiyyatın dəyişilməsinə və bu zaman xəstənin hiss etdiyi ağrının əsas əlamətlərinə, yəni xarakterinə, lokalizasiyasına, yayılmasına, intensivliyinə, müddətinə və dövrülüyünə fikir verilmişdir. Ağrılar səbəbindən xəstələrin çoxunda həyat tərzinin dəyişilməsi baş vermişdir.

Ağrı olmasını qeyd edən xəstələr aşağı dodaq və çənəaltı nahiyyədə müxtəlif intensivlikli ağrılardan şikayət etmişlər. Bu hisləri ifadə etmək xəstələrin əksəri üçün çox çətinlik təşkil etmişdir. Əlavə yönəldici suallar verməklə müəyyən edilmişdir ki, əsasən, ağrılar “yandırıcı, burucu, dartıcı və ya təzyiqedicidir, həmçinin elektrik cərəyanı vurmaı və ya güllə dəyməsi” xarakterindədir.

Ağrıların yaranmasına səbəb olan amilləri sıraladıqda aşağıdakı ardıcılıq yaranmışdır: aşağı dodağa toxunma zamanı, çənəaltı nahiyyəsinə toxunma zamanı, uzunmüddətli danışqdan

sonra, qida qəbulundan sonra, istidən soyuğa keçdikdə, soyuqdan istiyə keçdikdə, günün ikinci yarısında baş verən ağrılar.

Ağrının azalması üçün xəstələr həmin nahiyyəyə quru isti və sakitlik vermişlər. Xəstələrin, demək olar ki, əksəriyyətində səhər saatlarında ağrının intensivliyi azalmışdır. Lakin 2 xəstədə (11,1%) aşağı dodaq və çənəaltı nahiyyədə özbaşına dayanmadan ağrılar olmuş, toxunarkən və qida qəbulundan sonra ağrı güclənmişdir.

Birinci qrupda ağrıdan şikayət olmamışdır. Bu xəstələrdə nə özbaşına, nə də qıcığa qarşı ağrı olmamışdır. Bunlarda əsas şikayət paresteziyanın yaranması – innervasiya nahiyyələrində taktil, temperatur hissiyyatın azalması olmuşdur. Bu xəstələrdə aşağı dodağın və çənəaltı nahiyyənin dərisinin, həmçinin selikli qışasının hissiyyatının azalması və ya itməsi, iynəbatırma hissi, qarışqa gəzməsi hisləri olmuşdur. Ağrı olmamasına baxmayaraq, xəstələr qeyd etmişlər ki, bu hislərin olması onların ümumi əhval-ruhiyyəsində pis təsir bağışlayır və həyat keyfiyyətini aşağı salır.

İkinci qrupda əsas klinik əlamət dizesteziyadan, yəni özbaşına yaranan və ya qıcıqdan yaranan xoşagəlməz ağrılardan olmuşdur. 3 nəfərdə bu spontan xarakterli olmuş, qalanlarında müxtəlif hərəkətlər zamanı – danışarkən, qida qəbulu zamanı, və s. baş vermişdir. Bu hal həm də paresteziya ilə müşayiət olmuşdur. Əksər xəstələrdə anesteziya, ya da hissiyyatın xeyli azalması – hipesteziya aşkar edilmişdir.

“DN4 anketləri” ilə müayinə olunan xəstələr qrupunda nevropatik ağrıların ifadə dərəcəsi aydınlaşdırılmışdır.

Xəstələrin “DN4 anketləri”nə cavablarına əsasən, orta bal $5,4 \pm 1,03$ olmuş, o cümlədən bi-

rinci qrupda orta bal $3,9 \pm 0,72$; ikinci qrupda isə $6,9 \pm 1,22$ olmuşdur. Əksər xəstələrdə toplanan balların 4-ə bərabər və ondan yuxarı qiyməti periferik nevropatik ağrıların olmasından xəbər verir.

“Yanğı” hissi I qrupa daxil olan xəstələrdə duyulmadığı halda, II qrupa daxil olan xəstələrin 22%-də, “soyuğun ağrılı qəbulu” I qrup xəstələrində duyulmadığı halda, II qrup xəstələrinin 28%-də, “elektrik cərəyanı vurma” hissiyyatı I qrup xəstələrində duyulmadığı halda, II qrup xəstələrinin 14%-də hiss edilmişdir. Həmçinin “qarışqa gəzməsi” hissi I və II qrup xəstələrində müvafiq olaraq 44% və 34%, “iynəbatırma” hissi 25% və 38%, “keyimə” hissi 22% və 86% hallarda müşahidə edilmişdir. “Donma” hissi və “fırça ilə toxunarkən ağrının artması” I qrup xəstələrində duyulmadığı halda, II qrup xəstələrinin 30%-də aşkar edilmişdir.

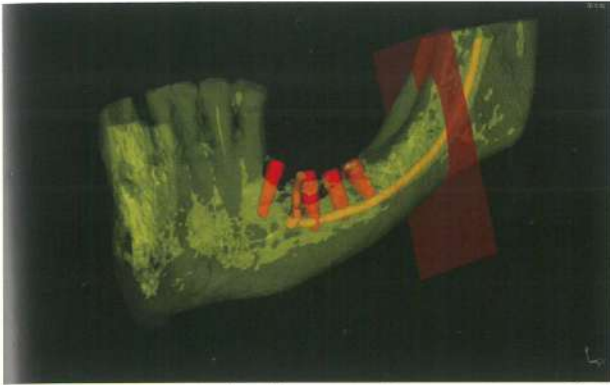
Klinik müşahidələrimizdən nümunələr



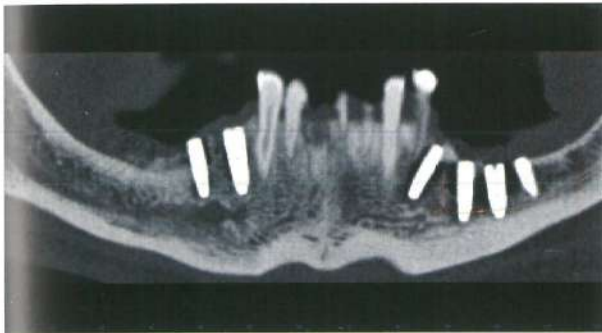
Şəkil 1. I qrupa daxil edilən xəstə A-nın tomoqrafik çəkimdən alınan sagittal kəsikdəki görüntüsü. 46 sayılı diş nahiyyəsinə yerləşdirilən implantın alveolyar kanalın kortikal səthəsini zədələməsi görünür. Sinirin mielin qatının zədələnməsi ehtimal edilir



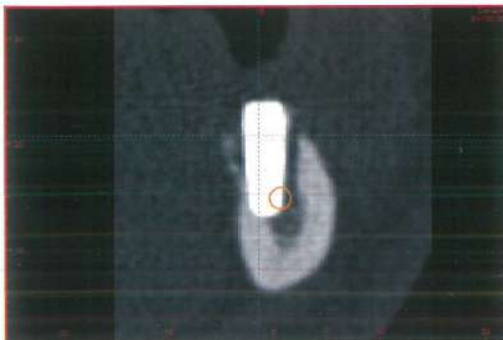
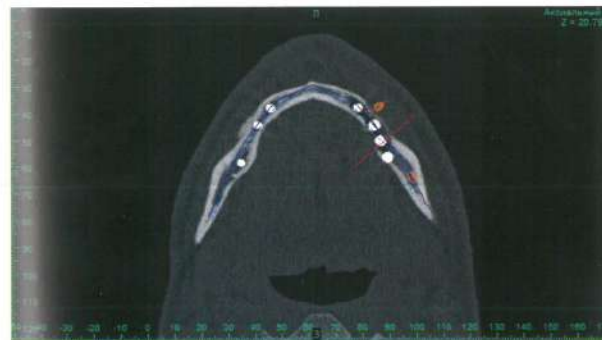
Şəkil 2. I qrupa daxil edilən digər bir xəstə-xəstə B nin tomoqrafik çəkimdən alınan sagittal kəsikdəki görüntüsü. 36 sayılı diş nahiyyəsinə yerləşdirilən implantın alveolyar kanalın kortikal səthəsini zədələməsi aşkar edilir.



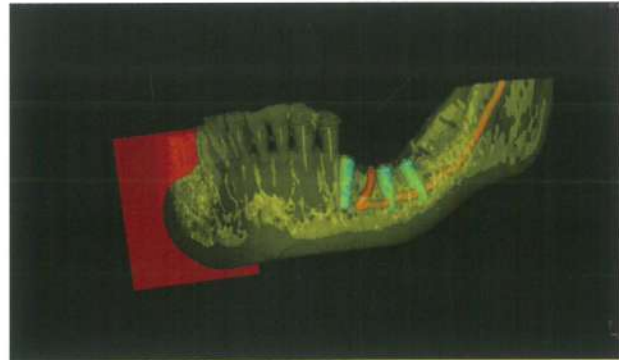
Şəkil 3. II qrupa daxil edilən xəstə C-nin aşağı çənəsinin üç ölçülü görüntüsü 35 və 36 sayılı dişlər nahiyyəsinə qoyulmuş implantların aşağı alveol sinirini kəsməsi aydın görünür



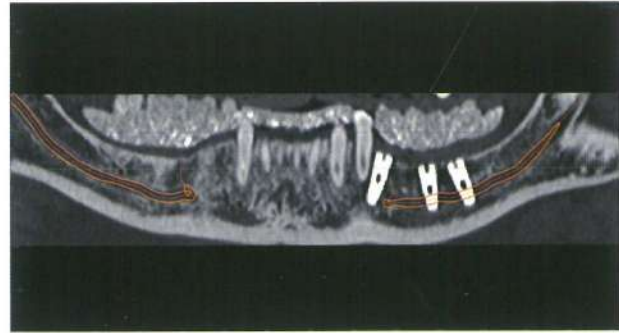
Şəkil 4. Həmin xəstənin kompüter tomoqrafiyası vasitəsilə alınan panoram əyrisindəki görüntüsü



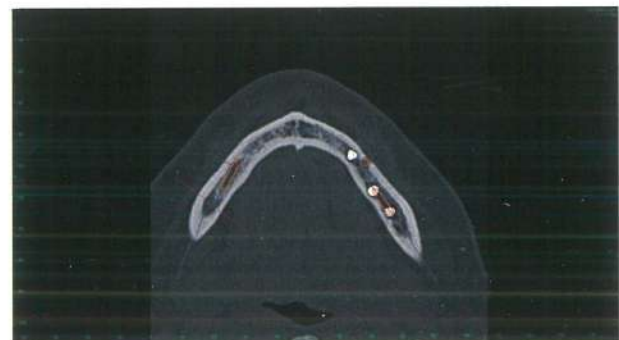
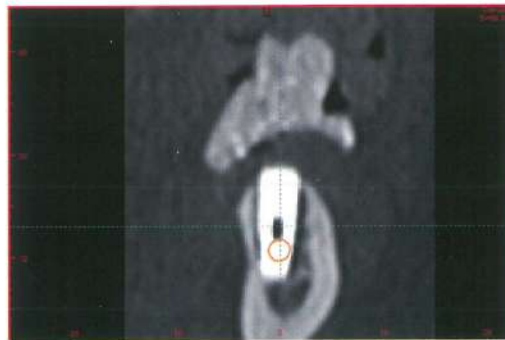
Şəkil 5 və 6. Xəstə C-nin kompüter tomoqrafiyası vasitəsilə alınan aksial və sagittal görüntüləri



Şəkil 7. II qrupa daxil edilən xəstə D-nin aşağı çənəsinin üç ölçülü görüntüsü. 36 və 37 sayılı dişlər nahiyyəsinə yerləşdirilən implantlar aşağı alveolyar siniri kəsmişdir



Şəkil 8. Eyni xəstənin tomoqrafik çəkimdən alınan panoram əyrisi görüntüsü



Şəkil 9 və 10. Xəstə D-nin sagittal və aksial kəsiklərdəki görüntüsü

“Toxunarkən hissiyyatın azalması” hər iki qrupun bütün xəstələrində müşahidə edilmişdir.

Nəticə. Beləliklə, dental implantasiyalardan sonra aşağı alveol sinirinin funksiyasının pozulması əlamətləri aşkar edilən kimi xəstələrdə mütləq sürətdə aşağı çənənin kompüter tomoqramı çəkilməli və çənə kanalına nəzərən implantın necə yerləşməsi dəqiqləşdirilməlidir. Dental implantın lokalizasiyasından asılı olmayaraq, bu xəstələr mütləq sürətdə nevroloqa göndərilməlidir. İmplantın çənə kanalında yerləşməsi aşkar edilərsə və bunun nəticəsində

yarlanmış hissi pozulmalar olduqda ən qısa vaxtda implant kanalın boşluğundan çıxarılmalıdır. Lakin implantın çənə kanalının yalnız kortikal səhfəsini zədələdiyi hallarda xəstədə klinik əlamətlər aşkar edildikdə konservativ müalicə aparılmalı və xəstə, ağırlaşmaların dinamikasını mütləq nəzarətdə saxlamaq üçün iki ay nevroloqla birlikdə dinamik müşahidə altında olmalıdır. Əgər ağırlaşmanın müsbət dinamikası aşkar edilməzsə, iki aydan sonra implant kənarlaşdırılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Qarayev.Z.İ. Ortopedik stomatologiya. Bakı, 2008, 362 s.
2. Əliyev Ə.C. Stomatoloji implantologiyanın cərrahi və ortopedik aspektləri. Bakı, 2005, 216 s.
3. Лосев Ф.Ф., Дмитриев В.М., Жарков А.В. Применение метода латерализации и репозиции нижнего альвеолярного нерва в сочетании с установкой дентальных имплантатов. // Российский вестник дентальной имплантологии, 2003, №1, с. 20-23.
4. Долгалев А.А., Епанов В.А., Гречишников В.И. Компьютерная томография с трехмерной реконструкцией изображения как метод оценки состояния имплантационного ложа при планировании дентальной имплантации. //Российский стоматологический журнал, 2000, №2, с. 37-38.
5. Attard N.J., Laporte A., Locker D., Zarb G.A. A prospective study on immediate loading of implants with mandibular overdentures: Patientmediated and economic outcomes. //International Journal of Prosthodontics, 2006, 19(1), p. 67-73.
6. Bouhassira D., Attal N., Fermanian J. et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. // Pain, 2004, 108(3), p. 248-257.
7. Esposito M., Piattelli M., Pistilli R., Pellegrino G., Felice P. Sinus lift with guided bone regeneration or anorganic bovine bone: 1-year post-loading results of a pilot randomised clinical trial. //Eur. J. Oral Implantol. 2010, vol. 3 (4), p. 297-305.
8. Johansson LA, Isaksson S, Lindh C, Becktor JP, Sennerby L. Maxillary sinus floor augmentation and simultaneous implant placement using locally harvested autogenous bone chips and bone debris: a prospective clinical study// J.Oral Maxillofac Surg. 2010, Apr; Vol.68(4), p. 837-844.
9. Misch C.E. Wide-diameter implants: Surgical, loading, and prosthetic considerations. //Dentistry Today, 2006, 25(8), p. 66-71.

РЕЗЮМЕ

ПОВРЕЖДЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА
ПРИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАЦИЯХ

Н.А. Панахов, Р.А. Гусейнли

Кафедра ортопедической стоматологии,
Азербайджанского Медицинского Университета

Целью исследования явилось клинико-рентгенологическое изучение повреждений нижнечелюстного канала при дентальных имплантациях. Было проведено обсервационное и сравнительное исследование 18 больных, которым были проведены дентальные имплантации на нижней челюсти в различных частных клиниках и имели повреждения нижнечелюстного канала. Пришли к выводу, что вне зависимости от локализации имплантата все больные должны консультироваться у невролога. При расположении имплантата в нижнечелюстном канале и наличии у больного сенсорных нарушений в самый короткий срок имплантат должен быть удален из просвета канала. При повреждении только кортикальной пластинки канала, а также наличии клинических симптомов и отсутствии положительной динамики в течение ближайших двух месяцев, имплантат должен быть удален.

SUMMURY

DAMAGE TO THE MANDIBLE CANAL DURING DENTAL IMPLANTATION

N.A. Panahov, R.A. Huseynli

Department of ortopedic stomatology of Azerbaijan Medical University

The purpose of the study was clinical and radiological study of the damage of the mandible canal during dental implantation. Was conducted observational and comparative study of 18 patients, who were held dental implant in the mandible in the various private clinics and had damage to the mandible canal. Came to the conclusion that regardless implant location, all patients should consult a neurologist. When placing the implant in the canal and the presence in patients' sensory impairments in the shortest time the implant must be removed from the lumen of the canal. When the implant damage only the cortical lamina of the canal, the presence of clinical symptoms and the absence of positive dynamics in the next two months, the implant must be removed.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ

Юсубов Ю. А., Сабрин А. А., Юсубов А. А., Фарзиев Э.З., Халид А Дж.

Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии АМУ

Рассматривая вопросы качества жизни в медицине, принято сосредотачиваться на связанных с болезнью функциональных возможностях (например, способности к передвижению при заболевании легких), а также на субъективном восприятии пациентом состояния здоровья и выраженности симптомов болезни. С этой целью был создан более конкретный термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖСЗ). Для получения наиболее полной информации и достижения компромисса между объективными внешними критериями и субъективным мнением больного оптимально сочетание как минимум трех точек зрения на КЖ: самого пациента, члена его семьи или друга, а также медицинского работника. И все же именно субъективная позиция пациента должна определять стратегию медицинского воздействия как на индивидуальном, так и на более высоких уровнях.

Среди инструментов оценки КЖ общеприняты и распространены особые сборники вопросов, так называемые опросники, заполняемые больными. Существуют общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях и специальные опросники для опре-

деленных групп болезней или отдельного заболевания (1).

В настоящее время используется более 400 общих и специальных опросников (2).

Индивидуальный мониторинг КЖ больного также широко применяется в хирургии. Он позволяет врачу не только убедиться в правильности и эффективности хирургического вмешательства, но также проследить течение периода ранней и поздней реабилитации и, в случае необходимости, внести коррективы в программу реабилитационных мероприятий. Отсюда следует, что с помощью исследования КЖ в хирургии можно получить полезную дополнительную информацию о больном, позволяющую с различных позиций оценить результаты хирургического вмешательства.

Цель работы : создание специальной анкеты доступной на азербайджанском языке, а также создание ее русскоязычной и англоязычной версии для всемирной доступности, а также адаптации данной анкеты.

Материалы и методы исследования. Учитывая цель настоящего исследования, опросу больных, сбору жалоб и анамнеза заболевания уделялось особо тщательное внимание. Мы провели анализ архивного материала

стационара Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии АМУ за последние минимум 10 лет (2000-2011) г. а также анкетирование пациентов различного возраста, ранее находившихся на лечении в клинике Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии АМУ с диагнозами расщелиной неба. В результате анализа историй болезней лиц перенесших ураностафилопластику в 2000-2011 гг. для данного исследования было отобрано из 641 пациентов 20 пациентов. Учитывая то, что обязательное обследование пациентов по схеме ранее не проводилось, мы направили вызовы этим пациентам по почте. Всего было разослано 40 писем. На контрольное обследование явились 20 пациентов, что составляет 50 % от вызванных. Опрос вызванных пациентов был проведен при помощи созданного нами специальной анкеты. Учитывая цель нашего исследования разработанная нами специальная анкета была создана на 3 языках - азербайджанском, русском, английском.

Затем они же были распределены на 2 группы. В 1 группу входили пациенты, которые прошли полную или частичную реабилитацию, т. е. те пациенты, которые прошли комплексные методы лечения с привлечением таких специалистов как челюстно-лицевой хирург, ортодонт, логопед, и т.д. Основу комплексной реабилитации составляло непрерывное динамическое наблюдение за пациентами, проведение своевременных и современных методов диагностики и лечение

аномалий и деформаций челюстно-лицевой области.

Во 2 группу вошли пациенты, не прошедшие комплексную реабилитацию по различным причинам. Пациентом проводилось лечение по общепринятым методам с привлечением специалистов после полного обследования.

Результаты и обсуждение.

Все пациенты отметили ясность, четкость вопросов анкеты, их прямое отношение к заболеванию. Ни один больной не указал на то, что какой-либо вопрос является лишним, неприемлемым для него. За исключением (2-5 пункта), это объясняется тем что в данном случае некоторая категория пациентов приходили на визит без родителей, а иногда с отцом, но без мамы. На данные пункты свободно могла ответить лишь мать этих пациентов.

Мы решили не исключать данные пункты, т.к. считаем их необходимым для дальнейших исследований другими коллегами, а также считаем, что ответы на данные пункты могут оказаться причинами возникновения данной патологии. Это и объясняет необходимость в сохранении данной информации.

Мы не считаем, что если некоторое количество пациентов не ответило на данные пункты могут внести большую погрешность в данное исследование.

Проведенная адаптация азербайджанской версии анкеты показала ее надежность, валидность и высокую диагностическую чувствительность, позволяет оценить специфичные жалобы и симптомы заболевания. Группы вопросов раскрывают сущность

патологии; анкета достаточно кратка и проста для понимания.

Таким образом, данная анкета позволяет оценить тяжесть заболевания на основании субъективной самооценки пациента.

Мы считаем также необходимо отметить и то что данная анкета с легкостью может быть использована также у лиц перенесших хейлопластику. Что мы считаем достаточно необходимым т.к процент рождаемости пациентов с расщелиной губы требует такое же внимание к себе как и пациенты с расщелиной неба.

Показатели КЖ, полученные при помощи анкеты через (три, 6 месяцев а также через несколько лет) после оперативного лечения были представлены таким образом. Лица перенесшие операцию ураностафилопластики были подразделены на две группы. К первой группе относились те которые были приглашены на повторное обследование после проведенной ураностафилопластики. В результате обследования с помощью специальной анкеты было выяснено, что из (20) опрошенных, (4) не прошли реабилитацию со стороны таких специалистов как ортодонт, логопед и в некоторых случаях не подверглись повторным операциям даже при необходимости.

Показатели КЖ, полученные при помощи анкеты после оперативного лечения не выявили достоверных отличий, родители пациентов отмечали облегчение в приеме пищи, а также были довольны эстетическим результатом. Однако надо отметить что несмотря

на своевременно и правильно проведенную операцию пациенты а также их родители отмечали низкий уровень качества жизни. Жалобы были направлены в основном на неправильный прикус, отсутствие правильной и четкой речи.

Рассмотрим вторую группу. К второй группе относились те пациенты которые также были приглашены на повторный визит при помощи специальных писем о которых было сказано выше. В результате повторного визита при помощи созданной нами специальной анкеты было выяснено что из (20) опрошенных, (8) человек прошли не полную реабилитацию со стороны специалистов, (3) человека прошли полную реабилитацию, (5) человек не обращались к логопеду однако родители этих пациентов усиленно занимались речью данных пациентов дома.

Пациенты и их родители отказывались от продолжения лечения по таким причинам как (отсутствие средств, отсутствие эффекта лечения, отсутствие специалиста по месту жительства).

Жалобы данных пациентов и/ или их родителей:

1. на нарушение речи.
2. на то что пациент не продолжил образование
3. неприязнь людей по отношению к этим пациентам
4. на аутизм
5. нарушение прикуса
6. отсутствие работы или очень низко оплачиваемой

Таким образом опрошенные определяли КЖ низким. Нужно отметить что в результате нашего исследования после тщательного обследования (9) пациентов были направлены к необходимым специалистам спустя минимум 3 месяца пациенты отмечали улучшение речи, прикуса при повторно проведенной операции отмечали облегчение в приеме пищи. Пациенты были довольны результатом и имели интерес к продолжению лечения. Таким образом повышая качество своей жизни.

Лица, прошедшие полную реабилитацию, с момента операции и после окончания пациенты регулярно посещали врача, следовали всем наставлениям лечащего врача, своевременно обращались к ортодонту, логопеду. Изучая этих людей, нужно отметить что они достаточно жизнерадостные, успешные в школе и в работе имеют друзей, в своем понимании не видят отличия себя от здоровых людей и считают результат операции, а также реабилитации благополучным, создают семью, имеют детей и считают КЖ нормальным.

Были выявлены и такого рода пациенты, которые жили в окрестностях Азербайджана,

имели возможность посещать ортодонта однако не имели возможности для полного курса лечения со стороны логопеда.

Однако, родители этих пациентов усиленно занимались речью данных пациентов дома. Необходимо отметить что труд родителей не остался незамеченным.

Речь данных пациентов была более удовлетворительным нежели у тех пациентов, которые вообще не посещали логопеда, также необходимо отметить об успеваемости этих пациентов в школе, и здесь труд родителей не остался незамеченным.

Отношения с окружающими было нормальным. Пациенты отмечали КЖ нормальным. Ретроспективный анализ самооценки качества реабилитации пациентов трех возрастных групп методом анкетирования установил, что более 50 % респондентов нуждаются в дополнительном лечении, было отмечено, что проведение данного исследования позволяло улучшить КЖ у данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. 204 Stewart A.L. Measuring Function in Quality of Well-Being. / A.L. Stewart, J.E. Ware. - NC: Duke University Press, 1992. - 323 p.
2. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине. / А.А. Новик, Т.И. ИONOва, П. Кайнд. - СПб.: Элби. 1999-140с.

XÜLASƏ

URANOSTAFILOPLASTIKADAN SONRAKI PASIENTLƏRDƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Yusubov Y.Ə., Sabrin A.A., Yusubov A.A., Fərziyev E.Z., Xalid A.C

ATU-nun ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası

Pasientlər tərəfindən doldurulmuş xüsusi anket həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi vasitələrindən biri kimi ümumi qəbul olunmuşdur.

Müxtəlif xəstəliklərdə həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi üçün ümumi sualçalar mövcuddur.

Tərəfimizdən hazırlanmış xüsusi sualça uranostafiloplastika əməliyyatından sonra pasientlərin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması üçün zamanında müvafiq mütəxəssislərə yönləndirilməsində istifadə oluna bilər.

SUMMARY

ASSESSMENT THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER CLEFT PALATE SURGERY

Yusubov Y.A., Sabrin A. A., Yusubov A.A., Farziyev E.Z., Xalid A.C

The Department of Oral and Maxillo-Facial Surgery of Azerbaijan Medical University

Among the tools to assess the quality of life generally accepted and distributed collections of special questions, called the questionnaires filled out by patients.

There are general questionnaires that can be used to assess QoL in various diseases.

We have created a special questionnaire can be used to assess the quality of life of patients after cleft palate surgery and timely send patients to appropriate specialists to improve the quality of life.

“ORTODONTİYA” FƏNNİNDƏN İLK DƏRSLİK

Fərəhli haldır ki, azərbaycan dilində ilk dəfə «Ortodontiya»ya dair dərslik işıq üzü gördü.

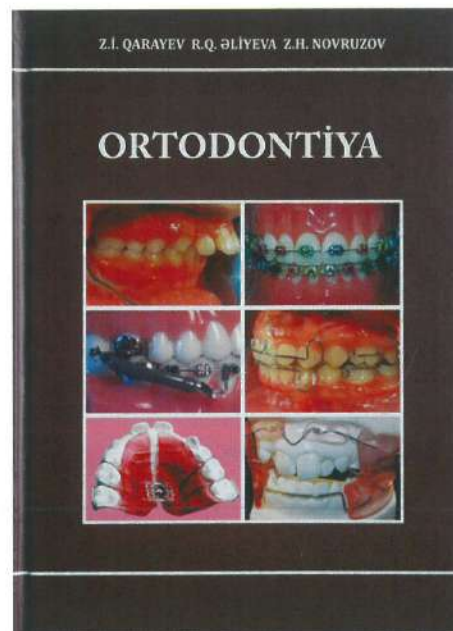
Dərslik Azərbaycan Tibb Universitetinin stomatologiya fakültəsində ortodontiya fənninin tədris proqramına uyğun olaraq yazılmışdır.

Ortodontiya elmi son illərdə sürətli inkişaf mərhələsi keçmişdir. Stomatologiya elminin bu vacib sahəsində istifadə olunan diaqnostika və müalicə üsulları daha da təkmilləşdirilmiş, diş-çənə anomaliyalarının etiologiya və patogenezinin öyrənilməsində, ortodontik və kompleks müalicəyə ehtiyacı olan xəstəlik qruplarının ayırd edilməsində böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir. Yeni materialların və müasir müalicə texnologiyalarının klinikada tətbiqi ortodontik müalicədə daha effektiv və davamlı nəticələrin əldə edilməsinə zəmin yaradır.

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrasının professoru tibb elmlər doktoru Z.İ. Qarayev, uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri tibb elmləri doktoru professor R.Q. Əliyeva və tibb üzrə fəlsəfə doktoru dosent Z.H. Novruzovun nəşr etdirdikləri «Ortodontiya» fənnindən dərslik ortodontiya fənninin tədrisinin bütün aspektlərini özündə əks etdirən fundamental dərslikdir. Dərslinin əsas özəllikləri müəlliflərin müşahidələrini əks etdirən çoxsaylı rəngli şəkillər, klinik situasiyalar və təcrübi vərdişlərə verilən üstünlükdür. Dərslik 13 fəsil, 195 şəkil, 11 cədvəl, 17 çap vərəqindən ibarətdir.

Dərslik ortodontiya elminin tarixi, böyümə və inkişaf, üz-çənə sisteminin funksional anatomiyası, ortodontiyada müasir müayinə üsulları, diş-çənə sistemi anomaliyalarının etiologiyası,

patogenezi, diaqnostikası, profilaktikası və ortodontik müalicə üsullarını əhatə edir.



Azərbaycan Tibb Universitetində təhsil alan tələbələr üçün Azərbaycan dilində ortodontiya dərslisinin olmaması ciddi çətinliklər yaradırdı. Bu baxımdan stomatologiya fakültəsində tədris olunan ortodontiya fənninin proqramını tam əhatə edən dərsliyə böyük ehtiyac yaranmışdır. Bu çatışmazlığı aradan qaldırmaq məqsədilə Z.İ. Qarayev, R.Q. Əliyeva və Z.H. Novruzovun yazdıqları «Ortodontiya»ya aid fundamental dərslik Azərbaycan Tibb Universitetinin və digər ali tibb təhsili müəssisələrinin stomatologiya fakültəsinin tələbələri üçün çox faydalı olacaqdır. Kitabdan həmçinin rezidentlər və praktik həkimlər də yararlana bilərlər.

*ATU-nin ortopedik stomatologiya
kafedrasının müdiri,
a.e.x. professor E. E. Kərimov*

ЧАСТОТА СКОЛОВ КЕРАМИЧЕСКИХ ОБЛИЦОВОК ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ИЗ VITA-95 И NORITAKE И СПОСОБЫ ИХ РЕСТАВРАЦИИ

Мохаммед Реза Массан Хосровшахи, Г.Э.Керимова

Азербайджанский Медицинский Университет,
кафедра ортопедической стоматологии

Ключевые слова: металлокерамика, керамическая облицовка, сколы облицовок, композитная реставрация.

Основными видами протезов при лечении больных в практике ортопедической стоматологии являются несъемные конструкции (коронки, мостовидные протезы и др.), применяемые в 70-80% случаев, что объясняется их значительными преимуществами по сравнению со съемными протезами [4]. Несъемные конструкции протезов готовятся штампованно-паянным методом с применением стальных или других сплавов и акриловой облицовкой. Такие протезы готовятся и по сей день. Однако они имеют существенные недостатки и через короткое время возникает необходимость в их переделке, к тому же эстетические особенности этих протезов крайне неудовлетворительны и отрицательно влияют на психику больного [4,7].

Современные виды протезов, к которым относятся протезы из керамики и металлокерамики, полностью лишены указанных недостатков, обладают высокими функциональ-



ными и эстетическими свойствами [5,6,7,8]. Однако при использовании таких протезов нередко наблюдаются как клинические осложнения, так и технологические и лабораторные погрешности их изготовления. Поэтому проблема керамики в стоматологии всегда актуальна и постоянно ведутся поиски по совершенствованию применяемых керамических масс, методик изготовления металлокерамических зубных протезов и изучению возможных осложнений изготовленных протезов [1, 2, 3, 4].

В специальной литературе последних 6-8 лет можно проследить стремление авторов к изучению сравнительной характеристики используемых керамических масс в ортопедической стоматологии [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

Цель настоящего исследования – сравнительное изучение частоты сколов керамических облицовок зубных протезов, изготов-

ленных из VITA-95 и NORITAKE и способам их реставрации.

Материал и методы исследования

Изучена частота клинических особенностей сколов 63 металлокерамических мостовидных протезов и 56 металлокерамических коронок, изготовленных с использованием керамических масс VITA-95 (Германия) и NORITAKE (Япония).

Определена топография их частоты и возможные отрицательные влияния строения зубных дуг и других причин в их развитии.

Изучена возможность реставрации сколов прямым методом в полости рта и лабораторным способом.

Полученные результаты и их обсуждение

В числе 63 металлокерамических мостовидных протезов, 34 были изготовлены с применением керамической массы NORITAKE и 29 с применением VITA-95.

Из числа 56 металлокерамических коронок, 30 были изготовлены из массы NORITAKE и 26 из керамической массы VITA-95.

Топография сколов керамических облицовок в области угла верхних центральных резцов наблюдалась в 16 случаях (13,4%). В 22 случаях (18,5%) сколы наблюдались на губной поверхности верхних фронтальных зубов (клыков, вторых и первых резцов).

В 21 случае (17,6%) сколы локализовались в области премоляров с захватом бугров и щечной поверхности премоляров. В 23 случаях (19,3%) сколы наблюдались на жевательной поверхности моляров верхней и нижней челюсти. В 20 случаях (16,8%) наблюдались сочетанные сколы жевательной и щечной поверхности верхних и нижних мо-

ляров. В 17 случаях (14,4%) сколы центральных резцов верхней челюсти сочетались со сколами угла центральных резцов.

Сколы в группе моляров и премоляров были связаны с чрезмерной моделировкой бугров этих зубов. В других случаях сколов, отмечались деформации зубных дуг в связи с поздним протезированием дефектов зубных рядов. Варианты смыкания зубов в положении центральной окклюзии нами не наблюдались.

В целом облицовки из массы NORITAKE были в 34 металлокерамических мостовидных протезах и 30 металлокерамических коронках, т.е. в 64 протезах (53,8%).

29 металлокерамических мостовидных протезов и 26 металлокерамических коронок, т.е. 55 протезов (46,2%) были облицованы массой VITA-95. Таким образом, из числа 119 изученных металлокерамических протезов в 7,6% случаев протезы были больше облицованы массой NORITAKE.

Наши другие исследования двух керамических масс также показали превосходства массы VITA-95. Так, керамическая масса VITA-95 имела трещиностойкость в 1131,6 N, тогда как протезы, облицованные из NORITAKE 769,1 N ($p < 0,05$).

Наши исследования по выявлению микротрещин после обжига керамических масс из NORITAKE наблюдались в 13,3% случаях, а из VITA-95 – в 8,6% случаях ($p < 0,05$), что свидетельствует о технологической устойчивости массы VITA-95 (Германия).

Наряду с предполагаемыми причинами появления сколов, указанных нами, мы считаем возможным также отметить недостаточное препарирование тканей зуба при

создании межокклюзионных пространств; неровную поверхность коронковой части зуба и уступа, наличие поднутренний в результате некачественного препарирования; неправильные окклюзионные соотношения; недостаточную конденсацию фарфоровой массы; нарушения режима обжига фарфоровой массы.

Сюда также можно отнести консольные протезы со слишком длинным плечом или протезы с опорой на очень подвижные зубы и протезы, фиксированные на зубах с короткой коронковой частью.

Профилактика этого типа повреждений заключается в правильном дизайне металлического каркаса, чтобы он имел достаточную толщину и не деформировался, особенно в случае мостовидного протезирования с длинным плечом. При наличии риска изгибания каркаса, необходимо наносить фарфоровую массу и на оральную поверхность протеза.

Методы реставрации сколов.

Наши наблюдения показали, что после появления сколов возможно или невозможно снятие мостовидного протеза со своего ложе не повреждая его каркас. В противном слу-



Фото 1. Мостовидные протезы с фронтального участка верхней челюсти и жевательного участка челюстей.



Фото 2. Неудавшиеся случаи снятия мостовидных протезов с фронтального участка верхней челюсти коронкоснимателем.



Фото 3. До и после реставрации.



Фото 4. До и после реставрации.



Фото 5. До и после реставрации.

чае показана лабораторная коррекция снятого протеза коронкоснимателем.

На фото 1. продемонстрированы случаи сколов мостовидных протезов, снятых коронкоснимателем.

На фото 2 представлены случаи, когда не

удалось снять металлокерамические мостовидные протезы.

На фото 3, 4 и 5 представлены случаи реставрации металлокерамических протезов в полости рта композитными материалами:

При наличии в клинике ручного аппарата



Фото 6. Ручной аппарат для обработки абразивом в полости рта.

для обработки абразивом оголенной металлической части каркаса металлокерамического протеза, реставрация протеза в поло-

сти рта композитным материалом становится более успешным.

ЛИТЕРАТУРА

1. İsmayilov M.İ. Metal keramik diş protezleri. Bakı, 1993, s.40
2. Seyidbəyov O.S., İsmayilov M.İ., Əliyev M.M. Müasir stomatoloji protez materialları, Bakı, 2013, s.164
3. Səfərov A.M., Tağıyev A.İ., Kərimova G.E. Stomatoloji keramika (Tədris metodik vəsait), Bakı, 2008, s.35
4. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. –М.: Триада-Х, 1998-174с.
5. Лебеденко И.Ю. Ортопедическое лечение патологии твердых тканей зубов и зубных рядов с применением нового поколения стоматологических материалов и технологий //Автореф. дис....д-ра м.н., М., 1995-48с.
6. Лебеденко И.Ю. и соавт. Изучение зоны контакта покрытия с каркасом металлокерамических зубных протезов //проблемы нейростоматологии и стоматологии. -1998.-№1, с.18-25
7. Фарфоровые коронки и металлокерамические протезы //Под.ред. А.И.Рыбакова, Д.М.Каральника.-М., Медицина, 1983, 64с.
8. Харитонов С.В. Исследование состава и структура покрытий металлокерамических зубных протезов в практике ортопедической стоматологии и судебной медицины //Автореф. дис.к.м.н., М., 2004, 19с
9. Goto S., Miyagawa Y., Oguza A. Devdopmen of Ag-Pg-Au-Cu Alloys for Multiple Dental Applications. Part I: Effects of Pd and Cu Contents and Addition of Ga or Sn on Physical Properties and Bond with Ultra-Low Fusing Ceramic //Dent.Mater.J.,2000, № 19 (3), P.294-306
10. Mc lean J.W. The failed restoration: causes of failure and how to prevent them //int.Dent.J.-1990.-№ 40. – P.354-358
11. Mohammed Reza Massahi Khosrowshahi A comparative study of the fracture strength of dental porcelains: Vita VMK versus Noritake African journal of Pharmacy and Phatmacology Vol.6(23). PP.1675-1678. 22 June 2012
12. Розенталь С.Ф., Лэнд М.Ф., Фуджимото Ю. Ортопедическое лечение несъемными протезами пер.с англ.под. ред. И.Ю.Лебеденко, М.Рид Элсивар, 2010
13. Campel, S.D. (1989). A comparative strength study of metal-ceramic and all-ceramic esthetic materials: Modules of rupture. J.Prosthet Dent, 62, 476-479.
14. Jalali H., Aghajan F., Shirzadi (2005) Evaluation of the effect of polishing on flexural strength of feldspatic porcelain and its comparasion with autoglezing and over glazing //journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences vol.18 (2).

15. Kern, M. (1993). Fracture strength of all-porcelain, resin bonded bridges after testing in an artificial oral environment. J.Dent, 21, 117-121.
16. Munoz, C.A. (1982). Comparative study of the strength of aluminous porcelain jacket crowns constructed with the conventional and twin foil techniques. J.Prosthet Dent, 48, 271-281.
17. Ozcan, M. (2003). Fracture resons in ceramic-fused-to-metal restorations. Journal of Oral Rehabil, 30(3), 265-269.
18. Sarikaya I., Güler A.U. (2010) Effects of different poliching techhiques on the survice roughness of dental porcelains //Journal of Applied Oral Science: Revista FOB. 18(1):10-6
19. Wagner, W.C., Asgar K., Bigelow, W.C. and Flinn, R.A. (1993). Effect of interfacial variables on metal-porcelain bonding. Journal of Biomedical Materials Research, 27, 531-537.
20. Walton, J.N. (1986). A survey of crown and fixed partial dentures length of service and resons for replacement. Journal of Prosthet Dent, 56 (4), 416-421.
21. Zarbakhsh A. (2002) The comparasion of the fracture strength of VITA-95 and Vision dental porcelain // Unpublished PHD Dissertation. Shaid Beheshit University of Medical Sciences.

XÜLASƏ

VITA-95 VƏ NORİTAKİ-DƏN HAZIRLANMIŞ METALKERAMİK PROTEZLƏRİN ÜZLÜKLƏRİNİN QOPMA TEZLİYİ VƏ ONLARIN RESTAVRASİYA ÜSULLARI

Məhəmməd Reza Məssai Xosrovshahi, G.U.Kərimova

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatologiya kafedrası

VITA-95 və NORİTAKİ hazırlanmış 119 körpüvari protezlərin və tək qapaqların keramik üzülüklerinin qopmasının topoqrafiyası, tezliyi və onların əmələ gəlmə səbəbləri təhlil edilmişdir.

Zədələnmiş protezləri protez yatağından xaric edə bildikdə, onların restavrasiyası laborator üsulla aparılmalıdır. Belə protezlər çıxarıla bilmədikdə, onların restavrasiyası bilavasitə ağız boşluğunda kompozit materiallar vasitəsilə aparıla bilər.

Göstərilmişdir ki, VITA-95 (Almaniya), NORİTAKİ-dən (Yaponiya) daha üstün keramik materialdır.

SUMMARY

CHIPPED FREQUENCY OF CERAMIC DENTURES MADE FROM VITA-95 AND NORİTAKİ AND METHODS FOR ITS RESTORATION

Mohammad Reza Massai Khosrowshahi, G.E.Kerimova

Azerbaijan Medical University, Department of Prosthetic Dentistry

Was Given frequency, topography, and the causes of metal-ceramic chips of 119 bridges and crowns made with the use of ceramic materials. VITA-95 (Germany), NORİTAKİ (Japan).

It is shown that at the withdrawing prosthetic from the prosthesis bed without damaging the metal frame, it is necessary to laboratory restoration of damaged prosthesis.

If impossible to remove prosthetic, restoration may be performed in the mouth with composite materials.

Was shown a high technological stability of the ceramic mass VITA-95 compared to NORİTAKİ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ФТОРИРОВАННО- ЙОДИРОВАННОЙ СОЛЬЮ

Ахмедбейли Р.М.

Кафедра терапевтической стоматологии,
Азербайджанский Медицинский Университет

Кариес зубов, будучи самым распространенным стоматологическим заболеванием, в том числе среди детского населения, является одной из нерешенных глобальных проблем социального масштаба. Однозначно ключевым фактором в ее решении является первичная профилактика кариеса.



Предложены различные средства и методы первичной профилактики кариеса, направленные на устранение кариесогенных факторов и формирование кариесрезистентной эмали и дентина. Значительная часть кариеспрофилактических программ основаны на применении фторидов [2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. В большинстве регионов Азербайджанской Республики распространенность кариеса зубов более 90%. Экспертами ВОЗ подчеркивается, что снижение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, в том числе кариеса зубов среди детского и взрослого населения может быть достигнуто лишь с внедрением государственных программ профилактики основных стоматологических заболеваний [13]. Однако различные

климатогеографические, биогеохимические, социальные факторы оказывают влияние на уровень заболеваемости кариесом, что диктует необходимость разработки регионального ориентированных профилактических программ [2, 4, 11].

При стоматологическом обследовании населения, проживающего в различных природно-климатических и административно-территориальных регионах Азербайджана, определяли различный уровень поражения кариесом в зависимости от района проживания. По данным Ч.А.Пашаева [7], среди взрослого населения максимальный уровень пораженности кариесом определяется в районах эндемического зоба. Было выявлено [2], что среди детского населения наиболее высокий уровень поражения кариесом также отмечается в очагах эндемического зоба.

В период 1987-1990 гг. в ряде йододефицитных районов Азербайджана с недостатком фторида были проведены кариеспрофилактические мероприятия с сочетанным использованием препаратов йода с различными

фторидсодержащими кариеспрофилактическими средствами, как фторидсодержащие таблетки, лаки, а также настой Азербайджанского черного чая. Пилотный проект с использованием индивидуальных средств профилактики выявил сокращение заболеваемости кариесом примерно на 50% [2]. Однако проект не был внедрен по всей остальной территории Азербайджана с йоддефицитом из-за различных объективных причин, главной из которых были достаточно высокая стоимость проекта и технические сложности, как закупка, распределение и контроль использования средств профилактики кариеса.

В результате серьезных исследований, проведенных в период 1998-2005 гг. 33 района Азербайджана, в том числе гг. Баку и Сумгайыт были зарегистрированы, как очаги эндемического зоба, главная причина которой йоддефицит – его биогеохимический недостаток в биосфере, в том числе в земле, в воде, в воздухе и в продуктах питания. По мнению исследователей и рекомендациям авторитетных международных организаций (WHO, UNICEF, ICCVIDD) в аспекте решения проблемы йоддефицита у населения Азербайджанской Республики однозначно лучшее решение – это йодирование всей соли, как признанно эффективный и самый дешевый метод устранения йоддефицита [1].

С учетом выше изложенного, а также того, что в этих же районах Азербайджана имеется одновременный дефицит фтора и йода, с целью решения глобальной проблемы страны, оптимальным является разработка, апробирование и внедрение эффективной кариеспрофилактической программы с ис-

пользованием фторида и йода для фторид-йоддефицитных регионов Азербайджанской Республики.

Цель исследования – определить клиническую эффективность программы профилактики кариеса у детей школьного возраста фторированно-йодированной солью.

Материал и методы исследования

Комплекс кариеспрофилактических мероприятий с использованием в рационе детей школьного возраста фторированно-йодированной соли в течении 36 месяцев был апробирован у 625 школьников в возрасте 6,9 и 12 лет, родившихся и проживающих в условиях биогеохимического дефицита фторида и йодида. Группу сравнения составляли 700 детей в возрасте от 7 до 15 лет, проживающих в тех же условиях.

Клиническое исследование было проведено по методу ВОЗ [4] в одном из типичных очагов эндемичных по зобу в городе Шеки, где отмечается биогеохимический дефицит, как по водорастворимому фториду, так и водорастворимому йодиду. Обследование было проведено в возрастных группах 6,7,8,9,10,11,12,13,14 и 15 лет. Возрастные группы 6,9 и 12 лет являлись профилактическими. Возрастные группы 7,8,10,11,13,14 и 15 являлись контрольными.

Клиническую эффективность профилактической программы определяли по редукции прироста кариеса постоянных зубов в профилактической и контрольной группе школьников. Школьникам в комплексе кариеспрофилактических мероприятий была проведена санация полости рта. С этой целью в школах были оборудованы два стоматологических кабинета, оснащенных уста-

новками, приборами для гелиотверждения, амальгамосмесителями, ультразвуковыми аппаратами, и системой AIR-FLOW. При санации полости рта использовались современные композитные, стеклокйономерные и амальгамовые пломбировочные материалы. Под контролем врача-стоматолога, школьной медицинской сестры в присутствии родителей 2 раза в год выделялось с учетом семьи школьника (в среднем на 5 человек) около 12 кг фторированно-йодированной соли.

Постоянно в присутствии родителей и учителей с детьми проводилась санитарно-просветительская работа о правильной гигиене полости рта, о рационально питании, о роли фтора и йода на состояние зубов, о пользе фторированно-йодированной соли на зубочелюстную систему детей.

Результаты и обсуждение

Результаты клинической оценки программы профилактики кариеса в группе 6-летних школьников представлены в таблице 1. В группе 6-летних школьников кариозный индекс КПУ составлял $0,62 \pm 0,09$ зубов на одного обследованного. Повторное стоматологическое обследование, проведенное через 12 месяцев после начала поведения комплекса противокариозных мероприятий с использованием в питании фторированно-йодированной соли, выявил прирост индекса интенсивности на 0,32 зуба, индекс КПУ соответственно составил $0,94 \pm 0,105$ зубов на одного обследованного.

В контрольной группе школьников, не использующих в питании фторированно-йодированную соль, прирост кариеса составил 0,47 зуба, индекс интенсивности кариеса КПУ составил $1,09 \pm 0,114$ зубов на одного

обследованного. Редукция кариеса по сравнению с контрольной составила 31,9%.

К концу второго года исследования клиническая эффективность кариеспрофилактических мероприятий увеличивается, что соответственно сказывается на степени прироста интенсивности кариеса, которая составила в профилактической группе 0,68 зубов в контрольной группе детей 1,06 зубов на одного обследованного. Соответственно в профилактической группе школьников индекс КПУ составил $1,30 \pm 0,119$, в контрольной группе школьников – $1,68 \pm 0,152$ зубов на одного обследованного. Редукция кариеса к концу 2-го года исследования составила 35,9%.

К концу 3-го года исследования кариеспрофилактические меры в группе школьников, в рационе питания использующих фторированно-йодированную соль, способствовали приросту кариеса на 0,78 зубов на одного обследованного по сравнению с исходной, в контрольной группе прирост кариеса был выше и составил 1,34 зуба на одного обследованного. Соответственно приросту в профилактической группе школьников индекс интенсивности составил $1,40 \pm 0,122$ зубов, в контрольной группе индекс КПУ был достоверно выше и составил $1,96 \pm 0,122$ зубов на одного обследованного. Редукция кариеса через 36 месяцев исследования составила 41,8%.

Результаты клинической оценки эффективности кариеспрофилактической программы в группе 9-летних школьников представлены в таблице 2. Исходный уровень кариозного индекса КПУ у школьников этой группы составил $1,96 \pm 0,122$ зубов на одного

Таблица 1.

Клиническая оценка эффективности программы профилактики кариеса (распространенность, интенсивность, редукция) в исходной возрастной группе 6 лет

Время обследования	Возраст	Группы	n	Распростр. %	Интенсивность и структура КПУ				Потребность в лечении			Прирост кариеса	Редукция, %
					К	П	У	КПУ	1 пов.	2 и более пов.	удаления		
До профилактики	6	Исходная	149	28,9 ± 3,7	0,61 ± 0,089	0,01 ± 0,007	-	0,62 ± 0,091	0,59 ± 0,089	0,02 ± 0,015	-	-	
Через 1 год	7	Опыт.	141	45,4 ± 4,2	0,36 ± 0,073	0,56 ± 0,078	0,02 ± 0,012	0,94 ± 0,105	0,35 ± 0,073	0,01 ± 0,014	-	0,32	31,9
		Контр.	100	57,0 ± 5,0	1,06 ± 0,112*	0,01 ± 0,010*	0,02 ± 0,014	1,09 ± 0,114	0,93 ± 0,104*	0,13 ± 0,046**	-	0,47	
Через 2 года	8	Опыт.	135	59,3 ± 4,2	0,35 ± 0,074	0,91 ± 0,101	0,04 ± 0,022	1,30 ± 0,119	0,34 ± 0,072	0,01 ± 0,010	-	0,68	35,9
		Контр.	100	71,0 ± 4,6	1,61 ± 0,149*	0,03 ± 0,022*	0,04 ± 0,020	1,68 ± 0,152	1,42 ± 0,137*	0,19 ± 0,042*	-	1,06	
Через 3 года	9	Опыт.	128	64,1 ± 4,3	0,24 ± 0,062	1,11 ± 0,112	0,05 ± 0,028	1,40 ± 0,122	0,23 ± 0,053	0,01 ± 0,008	-	0,78	41,8
		Контр.	199	75,9 ± 3,0***	1,86 ± 0,117*	0,01 ± 0,005*	0,10 ± 0,025	1,96 ± 0,122**	1,67 ± 0,113*	0,18 ± 0,036*	0,02 ± 0,011	1,34	

Примечание: Статистическая достоверность относительно показателей «опытной» группы: * - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,05$.

обследованного.

Через 12 месяцев после начала проведения кариеспрофилактических мероприятий в группе школьников, использующих в питании фторированно-йодированную соль, прирост кариеса составил 0,15 зубов, индекс КПУ соответственно увеличился до $2,11 \pm 0,131$ зубов на одного обследованного. В контрольной группе школьников за тот же период прирост кариозного индекса составил 0,24 зуба, индекс КПУ соответственно увеличился до $2,20 \pm 0,160$ зубов на одного обследованного. Редукция кариеса составила 37,5%.

Через 24 месяца после начала кариеспрофилактических мер в группе школьников, принимающих фторированно-йодированную соль, прирост кариеса соста-

вил 0,41 зуба, индекс КПУ увеличился до $2,37 \pm 0,142$ зубов на одного обследованного. В контрольной группе школьников за исследуемый период прирост кариозного индекса составил 0,72 зуба, индекс КПУ соответственно увеличился до $2,68 \pm 0,192$ зубов на одного обследованного. Редукция кариеса в опытной группе по сравнению с контрольной составила 43,1%.

Через 36 месяцев после начала апробирования профилактической программы по кариесу в группе школьников, использующих в питании фторированно-йодированную соль, прирост кариеса составил 0,80 зубов, индекс интенсивности при этом увеличился до $2,76 \pm 0,163$ зубов на одного обследованного. В контрольной группе школьников прирост кариозного индекса составил 1,55 зубов, ин-

Таблица 2.

Клиническая оценка эффективности программы профилактики кариеса (распространенность, интенсивность, редукция) в исходной возрастной группе 9 лет

Время обследования	Возраст	Группы	n	Распростр. %	Интенсивность и структура КПУ				Потребность в лечении			Прирост кариеса	Редукция, %
					К	П	У	КПУ	1 пов.	2 и более пов.	удалении		
До профилактики	9	Исходная	199	75,9 ± 3,0	1,86 ± 0,117	0,01 ± 0,005	0,10 ± 0,025	1,96 ± 0,122	1,67 ± 0,113	0,18 ± 0,036	0,02 ± 0,011	-	-
Через 1 год	10	Опыт.	184	78,8 ± 3,0	0,62 ± 0,102	1,36 ± 0,100	0,13 ± 0,032	2,11 ± 0,131	0,54 ± 0,093	0,08 ± 0,023	-	0,15	37,5
		Контр.	100	80,0 ± 4,0	2,03 ± 0,154*	0,10 ± 0,041*	0,07 ± 0,029	2,20 ± 0,160	1,55 ± 0,131*	0,48 ± 0,087*	-	0,24	-
Через 2 года	11	Опыт.	174	83,9 ± 2,8	0,28 ± 0,088	1,92 ± 0,119	0,17 ± 0,037	2,37 ± 0,142	0,24 ± 0,074	0,04 ± 0,017	-	0,41	43,1
		Контр.	100	86,0 ± 3,5	2,32 ± 0,179*	0,09 ± 0,035*	0,27 ± 0,057	2,68 ± 0,192	1,85 ± 0,164*	0,46 ± 0,088*	0,01 ± 0,010	0,72	-
Через 3 года	12	Опыт.	163	84,0 ± 2,9	0,33 ± 0,106	2,21 ± 0,137	0,21 ± 0,042	2,76 ± 0,163	0,29 ± 0,091	0,04 ± 0,018	-	0,80	48,4
		Контр.	277	84,5 ± 2,2	3,15 ± 0,161*	0,12 ± 0,029*	0,24 ± 0,034	3,51 ± 0,172**	2,83 ± 0,146*	0,29 ± 0,040*	0,03 ± 0,012	1,55	-

Примечание: Статистическая достоверность относительно показателей «опытной» группы: * - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,05$.

декс интенсивности КПУ соответственно увеличился до $3,51 \pm 0,172$ зубов на одного обследованного. Редукция кариеса к концу исследования составила 48,4%.

Результаты эффективности кариеспрофилактических мероприятий у школьников в возрастной группе 12 лет представлены в таблице 3. Исходный уровень кариозного индекса КПУ у школьников этой группы составил $3,51 \pm 0,172$ зубов на одного обследованного. Через 12 месяцев после начала проведения профилактических мероприятий в группе школьников, использующих в питании фторированно-йодированную соль, прирост кариеса составил 0,25 зубов, индекс КПУ увеличился до $3,76 \pm 0,183$ зубов на одного обследованного. В контрольной группе школьников за исследуемый период прирост

кариеса составил 0,41 зуба, индекс КПУ соответственно увеличился до $3,92 \pm 0,254$ зуба на одного обследованного. Редукция кариеса составила 39,0%.

Через 24 месяца после начала кариеспрофилактических мер в группе школьников, в рационе которых присутствовала фторированно-йодированную соль, прирост кариеса составил 0,78 зуба, индекс КПУ увеличился до $4,29 \pm 0,201$ зуба на одного обследованного. В контрольной группе школьников, в рационе которых отсутствовала такая соль, прирост кариеса составил 1,47 зуба, кариозный индекс увеличился до $4,98 \pm 0,376$ зубов на одного обследованного. Редукция кариеса, по сравнению с контрольной, составила 46,9%.

К концу 3-го года исследования у школь-

Таблица 3.

Клиническая оценка эффективности программы профилактики кариеса (распространенность, интенсивность, редукция %) в исходной возрастной группе 12 лет

Время обследования	Возраст	Группы	n	Распростр. %	Интенсивность и структура КПУ				Потребность в лечении			Прирост кариеса	Редукция, %
					К	П	У	КПУ	1 пов.	2 и более пов.	удалении		
До профилактики	12	Исходная	277	84,5 ± 2,2	3,15 ± 0,161	0,12 ± 0,029	0,24 ± 0,034	3,51 ± 0,172	2,83 ± 0,146	0,29 ± 0,040	0,03 ± 0,012	-	-
Через 1 год	13	Опыт.	254	86,6 ± 2,10	0,69 ± 0,107	2,69 ± 0,154	0,38 ± 0,048	3,76 ± 0,183	0,59 ± 0,090	0,09 ± 0,028	0,01 ± 0,007	0,25	39,0
		Контр.	100	90,0 ± 3,0	3,09 ± 0,224*	0,42 ± 0,104*	0,41 ± 0,081	3,92 ± 0,254	2,42 ± 0,185*	0,64 ± 0,092*	0,03 ± 0,017	0,41	-
Через 2 года	14	Опыт.	236	89,8 ± 2,0	0,33 ± 0,082	3,55 ± 0,183	0,42 ± 0,047	4,29 ± 0,201	0,29 ± 0,070	0,03 ± 0,020	-	0,78	46,9
		Контр.	100	92,0 ± 2,7	3,72 ± 0,303*	0,62 ± 0,159*	0,64 ± 0,110	4,98 ± 0,376	2,90 ± 0,254*	0,72 ± 0,124*	0,11 ± 0,047	1,47	-
Через 3 года	15	Опыт.	204	89,7 ± 2,13	0,61 ± 0,126	3,56 ± 0,207	0,51 ± 0,060	4,69 ± 0,242	0,56 ± 0,115	0,04 ± 0,023	-	1,18	51,2
		Контр.	100	95,0 ± 2,20	4,59 ± 0,286*	0,83 ± 0,167*	0,51 ± 0,083	5,93 ± 0,305**	3,86 ± 0,255*	0,66 ± 0,096*	0,07 ± 0,029	2,42	-

Примечание: Статистическая достоверность относительно показателей «опытной» группы: * - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,05$.

ников принимающих фторидные и йодидные добавки прирост кариеса составил 1,18 зубов, кариозный индекс КПУ увеличился до $4,69 \pm 0,242$ зубов на одного обследованного. В контрольной группе школьников прирост кариеса составил 2,42 зубов, индекс КПУ соответственно увеличился до $5,93 \pm 0,305$ зубов на одного обследованного.

Таким образом, к концу 1-го года исследования в возрастной группе 6 лет редукция кариеса постоянных зубов, по сравнению с контрольной, составила 31,9%, в группе 9-летних – 37,5%, в группе 12-летних – 39,0%. К концу 2-го года исследуемые показатели составили соответственно в группе 6-летних школьников – 35,9%, в группе 9-летних школьников – 43,1%, в группе 12-летних – 46,9%. К концу 3-го года ис-

следования редукция кариеса зубов в группе 6-летних школьников составила 41,8%, в группе 9-летних школьников – 48,4%, в группе 12-летних – 51,2%.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической эффективности программы профилактики кариеса с использованием отечественной фторированно-йодированной соли с содержанием $300,0 \pm 50,0$ мгF/кг и $40,0 \pm 10,0$ мгI/кг.

LİTERATURA

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. DDA və YÇX-nin profilaktika yolları. Yodlaşdırılmış və dəmirlə zənginləşdirilmiş duz, onun keyfiyyətinə nəzarət və laborator qiymətləndirmə (Gigiyena epidemiologiya mərkəzi və sanitariya-karantin müfəttişliyi işçiləri üçün). Bakı, 2004, 39 s.
2. Ахмедбейли Р.М. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при кариесе зубов в условиях эндемического зоба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Баку, 1991, 24 с.
3. Всемирная Организация Здравоохранения. Стоматологические обследования. Основные методы, Женева, 1997, 76 с.
4. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонтоза и их сочетаний: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 1982, 39 с.
5. Baez R.J., Marthaler T.M., Baez M.X., Warpeha R.A. Urinary fluoride levels in Yamaican children after 21 years of salt fluoridation // Schweiz. Monatschr. Zahnmed., 2010, v.120, p. 21-28
6. Burt B.A. Fluoridation and Social Equity // J. Publ. Health Dent., 2002, v.64, No4, p. 195-200
7. Liu H.Y., Hung H.C., Hsiao S.Y. et al. Impact of 24-month fluoride tablet program on children with disabilities in a non-fluoridated country // Res. Dev. Disabil., 2013, v.34, No9, p. 2598-2605
8. Marthaler T.M. Overview of salt fluoridation in Switzerland since 1955, a short history // Schweiz. Monatschr. Zahnmed., 2005, v. 115, p. 651-655
9. Parnell C., Whelton H., O'Mullane D. Water Fluoridation // European Archives of Paediatric Dentistry, 2009, v.10, №3, p. 141-148
10. Peterson P.E., Lennon M.A. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: The WHO approach // Community Dent. Oral Epidemiol., 2004, v.32, p. 319-321
11. Phantumvanit P., Sangkheaw S., Lekfuengfu P., Niyomsilp K. Urinary fluoride excretion in children drinking fluoridated school milk in Thailand // Oral Health and Dental Management in the Black Sea Countries, 2007, v.6, №2, p. 12-20
12. Pizzo G., Piscopo M., Pizzo I., Giuliana G. Community water fluoridation and caries prevention: a critical review // Clin. Oral Invest., 2007, v.11, p. 189-193
13. World Health Organization. The World Oral Health report, 2003, Geneva: WHO; 2003. http://www.who.int/oral_health
14. Yeung C.A. A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation // Evid. Based. Dent., 2008, v.9, №2, p.39-43

XÜLASƏ

FLÜOLAŞDIRILMIŞ VƏ YODLAŞDIRILMIŞ DUZLA MƏKTƏBYAŞLI UŞAQLARDA KARIYESİN PROFİLAKTİKASININ KLİNİKİ EFFEKTİVLİYİ

Əhmədbəyli R.M.

Terapevtik stomatologiya kafedrası, Azərbaycan Tibb Universiteti

Flüorun və yodun biogeokimyəvi çatmamazlığı şəraitində doğulan və yaşayan məktəbyaşlı uşaqlarda flüorlaşdırılmış və yodlaşdırılmış duzun (300 ± 50 mqF/kg, 40 ± 10 mqI/kg) istifadəsinin kariyes-profilaktik proqram çərçivəsində effektivliyi təyin olunmuşdur.

Tədqiqatın başlanmasından 12 ay sonra kontrol qrupa nisbətən profilaktik qrupa daxil olan 6, 9 və 12 yaşlı uşaqlarda daimi dişlərin kariyesinin reduksiyası (azalması) müvafiq olaraq 31,9%, 37,5% və 39,0% təşkil etmişdir. 24 aydan sonra tədqiqat göstəriciləri 6 yaşlı uşaqlarda 35,9%, 9 yaşlı uşaqlarda 43,1%, 12 yaşlı uşaqlarda 46,9% civarında təyin olunmuşdur. 3 il keçdikdən sonra 6 yaşlı uşaqlarda kariyesin reduksiyası orta hesabla 41,8%, 9 yaşlı uşaqlarda 48,4%, 12 yaşlı uşaqlarda 51,2% olmuşdur.

Alınan nəticələr tədqiqatdan keçirilən flüorlaşdırılmış və yodlaşdırılmış (300 ± 50 mqF/kg, 40 ± 10 mqI/kg) duzun istifadəsi ilə kariyes əleyhinə aparılan tədbirlərin effektivliyini təsdiq etmişdir.

SUMMARY

CLINICAL EFFICACY OF PREVENTION OF DENTAL CARIES AT SCHOOLCHILDREN WITH FLUORIDATED AND IODIZED SALT

Ahmedbeyli R.M.

Department of Therapeutic Stomatology, Azerbaijan Medical University

Clinical efficacy of fluoridated and iodized salt (300 ± 50 mgF/kg and 40 ± 10 mgI/kg) was investigated in schoolchildren born and residing in condition of biogeochemical deficiency of fluoride and iodide.

After 12 months from beginning of investigation reduction of caries of permanent teeth of preventive groups in comparison with control groups of children in age 6, 9 and 12 years old respectively were 31.9%, 37.5% and 39.0%. After 24 months studied indices respectively were 35.9% in 6 years old schoolchildren, 43.1% in 9 years old schoolchildren and 46.9% in 12 years old schoolchildren. After 3 years reduction of caries of permanent teeth came to 41.8% in 6 years old schoolchildren, 48.4% in 9 years old schoolchildren and 51.2% in 12 years old schoolchildren.

Our received results demonstrate a high clinical efficacy of caries-preventive measures by using of fluoridated and iodized salt (300 ± 50 mgF/kg and 40 ± 10 mgI/kg).

FDI CE FDI World Dental Federation GLOBAL CONTINUING EDUCATION PROGRAMME 2015

HÖRMƏTLİ KOLLEQALAR!

16 – 17 oktyabr 2015-ci il tarixdə Bakı şəhərində Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyası (FDI) Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) ilə birlikdə bütün dünyada qəbul edilən Global Continuing Education Programme uyğun Beynəlxalq Elmi Konfrans keçirir.

Konfransın elmi proqramında mühazirələri Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasının (FDI) aparıcı mütəxəssisləri aşağıdakı mövzular üzrə oxuyacaqdır:

1. Ortodontiya: Müasir diaqnostika və müalicə üsullarının istiqamətləri .
2. Stomoxnatik funksiyaların ortodontik nöqteyi nəzərdən qiymətləndirilməsi.
3. Bruksizm: botoks ilə müalicə.

Konfransın iş saati: 9.00 - dan – 18.00 qədərdir

Konfransda rəsmi dil: azərbaycan, rus, ingilis və türk dilləridir.

Beynəlxalq konfransın iştirakçılarna Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının (FDI) və Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının sertifikatı veriləcəkdir

Əlaqə üçün:

(+99450) 326 19 68

(+99455) 711 45 59

e-mail: azerbstom@yahoo.com

FDI CE

FDI World Dental Federation

GLOBAL CONTINUING EDUCATION PROGRAMME 2015

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ !

16 – 17 октября 2015 года Всемирная Федерация Стоматологов (FDI) совместно с Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией (ACA) проводит в городе Баку Международную Научную Конференцию в рамках Global Continuing Education Programme, проводимой во всем мире.

Научная программа конференции проводится ведущими профессорами-лекторами Всемирной Федерации Стоматологов и включает доклады по следующим проблемам стоматологии.

1. Ортодонтия: Современные направления в диагностике и лечении.
2. Ортодонтическая оценка стомогнотических функций.
3. Бруксизм: лечение ботоксом.

Часы работы конференции: с 9.⁰⁰- до 18.⁰⁰

Официальные языки конференции: азербайджанский, русский, английский, турецкий.

Участникам конференции будет выдан сертификат Всемирной Федерации Стоматологов и Азербайджанской Стоматологической Ассоциации

Контактный адрес:

(+99450) 326 19 68

(+99455) 711 45 59

e-mail: azerbstom@yahoo.com

GRAFFITI

27th NATIONAL CONGRESS – 8th INTERNATIONAL CONGRESSChia (Cagliari) – Sardinia, Italy
Chia Laguna Resort – June 11th - 13th, 201530
anniversarioFocus on
Dentistry

Congress & Courses

Knowledge and skills: This is what you will receive from a rich program covering all fields of dentistry and presented by world renowned speakers as Pascal Magne, Nitzan Bichacho, Francesca Vailati, Francesco Mangani, Renato Cocconi and many others.
CE credits? No problem!
AIO is an ADA CERP recognized provider.



Fun & Leisure

There will be tours on the Island as well as lot's of "fun and sun" for the entire family. Book a pre- or post-meeting individual or group tour and visit Rome, Florence or Venice.

ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTIATRI
Italian Dental Association

Location

Sardinia, one of the most beautiful and exclusive islands in the Mediterranean, will host the 8th International Congress of AIO, the Italian Dental Association. Chia, immersed in a setting of fine white sandy beaches, wind-modeled dunes and transparent turquoise waters will be the site of the meeting. For more info visit: en.chialagunaresort.com



Exhibits

The Italian dental industry will focus on updating you on the latest in hi-tech and products.

Networking

Learn, meet and share with colleagues from across Europe.

Register today and join us! For more info visit us at aio.it

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Насирова Х.Б.

Кафедра терапевтической стоматологии,
Азербайджанского Медицинского Университета

Ключевые слова: апикальный периодонтит, лечение, апипрепарат

Keywords: apical periodontitis, treatment, apipreparat

Среди немаловажных патогенетических факторов, вызывающих патологию периодонта, важное место отводится микрофлоре полости рта, разрушение и недостаточно эффективное удаление микробной экосистемы, а также предотвращение повторного инфицирования, неадекватный выбор методов и средств для пломбирования корневых каналов и т.д. Несмотря на значительное развитие современной стоматологии в этой области и продолжающегося усовершенствования необходимого инструментария, материалов и методик, на сегодняшний день невозможно добиться полной и эффективной дезинфекции корневых каналов, что является одной из главных целей консервативного эндодонтического лечения (1,4). Наличие вышеуказанной проблемы по росту частоты встречаемости неудовлетворительных результатов лечения различных форм апикального периодонтита, которые согласно результатам исследований некоторых ученых выявлялись в нередких случаях, предопределяет необходимость комплексного подхода к лечению вышеуказанных патологий с применением медикаментозных факторов, обладающих



ингибирующим влиянием на основные звенья развития воспалительно-деструктивных процессов в около - верхушечных тканях (2,3,5). Поэтому метод лечения хронического периодонтита необходимо совершенствовать, уделяя внимание более эффективным методам и средствам стерилизации корневых каналов, обладающих кроме антисептических свойств, иммуностимулирующим и репаративным действием (6). Точное и целенаправленное воздействие используемых лекарственных препаратов на конкретные основные звенья патогенеза исследуемой одонтогенной патологии значительно повысит эффективность проводимого лечения. Изучение состава микрофлоры полости рта, концентрации S Ig A, IgM, IgG, лизоцима позволило улучшить диагностику и дать точную оценку результатов лечения деструктивных форм апикального периодонтита при применении новых лекарственных средств.

Цель исследования: оценка эффективности применения апипрепарата в лечении верхушечного периодонтита

Материал и методы исследований
В исследовании репрезентативно были

изучены и проанализированы амбулаторные карты обследования стоматологических больных, из которых экспертному анализу на качество отдаленных результатов лечебно-профилактических мероприятий было подвergнуто 439 карт, в которых были выявлены различного рода осложнения после проведенного ранее лечения.

С целью анализа качества проведенного эндодонтического лечения и установления эффективности антисептических средств лечения у пациентов исследуемых групп с хроническим периодонтитом проводили исследование состояния тканей пародонта и микрофлоры корневых каналов до и после ирригации, с применением препарата на основе прополиса «Эй-пи-ви» - водный экстракт прополиса (прополис, шунгированная, ионизированная серебром вода) - основная группа и 0,02% раствором хлоргексидина биглюконат - контрольная группа.

Взятые для микробиологических исследований образцы для дальнейших исследований направлены в научно-исследовательскую лабораторию кафедры Микробиологии и Иммунологии АМУ. Культивация проводилась при температуре 37°C и через 24-48 часов был отмечен рост колоний, которые затем подвергались идентификации.

Клинические наблюдения включали данные субъективного, объективного и специального обследования. У всех пациентов при оценке стоматологического статуса определялся индекс ИГ ОHI-S J. C. Green, J. R. Vermillion (1964), ИК по Muhlemann H.R. (1971), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) по Parma (1960).

Статистические методы исследования

включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины – M , их средней стандартной ошибки – m , критерия значимости Стьюдента – t). При обработке данных использовали пакет программного обеспечения Microsoft Excel 2007. С учетом количества выборки определяли вероятность различия P . Статистически достоверным считали значение $P < 0,05$.

Результаты собственных исследований

Как было установлено в ходе проведения клинико-эпидемиологических исследований, основными причинами, по которым население обращалось в клинику за стоматологической помощью, чаще всего были периодонтиты 208 (23,9%) и дефекты реставраций 264 (30,3%), а также но в сравнительно меньшей степени и различные формы пульпитов 153 (17,6%). Что касается частоты обращений по отдельно взятым группам обследуемых больных, куда входили практически здоровые лица и больные с общесоматической патологией, то здесь наблюдается некоторая достоверная разница в полученных данных (табл.1).

Так у большинства пациентов, страдающих различными заболеваниями органов и систем организма, обратившихся в стоматологическую клинику АМУ, основной причиной визита к стоматологу послужили пульпит, периодонтит и дефект пломб, в то время как у практически здоровой группы больных по числу диагностированных тех же оральных патологий определялись большие значения величины.

Что касается среднего кариеса, то наиболее часто данному заболеванию твердых тканей зубов подвержены лица с соматической

Таблица 1.

Структура стоматологической заболеваемости (абс. и в %)

Заболевания	С сомат. патол.		Без сомат. патол.		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Средний кариес	50	11,4±1,52	38	8,8± 1,37	88	10,1±1,02
Глубокий кариес	25	5,7± 1,11	60	13,9±1,67	85	9,8± 1,01
Пульпит	94	21,4±1,96	59	13,7±1,66	153	17,6±1,29
Периодонтит	120	27,3±2,13	88	20,4±1,94	208	23,9±1,45
Вторичный кариес	40	9,1± 1,37	32	7,4± 1,26	72	8,3± 0,93
Дефект пломб	110	25,1±2,07	154	35,7±2,31	264	30,3±1,56
Итого	439	50,5±1,70	431	49,5±1,70	870	100,0

патологией - 50 (11,4%) больных.

Необходимо отметить тот факт, что частота развития кариозного процесса, пульпита и периодонтита и их возможных осложнений зависят от множества определенных факторов: недостаточное соблюдение правил асептики, антисептики, гигиены полости рта, повышенная вязкость слюны и нарушение слюноотделения, деформации зубочелюстной системы, неправильный или неадекватный выбор антисептического и пломбировочного материала и т.д. При этом очень важно учитывать возрастно-половые, социально-экономические факторы, а также наличие или отсутствие общесоматической патологии.

По окончании комплексного лечения, которое у пациентов основной группы заключалось в удалении над- и поддесневых зубных отложений и ирригаций корневых каналов пародонтальных карманов препаратом «Эй-пи-ви», а у их оппонентов в контрольной группе в использовании традиционного антисептика исчезли клинические проявления гингивита в области сектанта зуба, снизились значения ИГ, индекса РМА и кровоточивости.

В контрольной группе пациентов после

окончания лечения более выражено по сравнению с основной группой улучшилось гигиеническое состояние полости рта. При этом снижение значений индекса РМА было менее выраженным, чем в группе больных, где с лечебной целью применялся апипрепарат.

У всех обследуемых больных, находящихся на эндодонтическом лечении, уменьшилась отечность зубодесневых сосочков и кровоточивость десны при зондировании, но более отчетливо указанная тенденция наблюдалась в основной группе, о чем свидетельствовали данные, полученные по индексу кровоточивости $1,34 \pm 0,028$ и $1,65 \pm 0,027$, соответственно ($p < 0,001$). Таким образом, наиболее часто используемый практически врачами раствор хлоргексидина для ирригации корневых каналов и препарат на основе прополиса к концу лечебно-профилактических мероприятий обладают выраженной противовоспалительной эффективностью при лечении апикального периодонтита и патологических процессов, развивающихся в околозубных тканях (табл.2).

Ирригации каналов с применением прополисного комплекса «Эй-пи-ви» и традиционных антисептиков, по данным проведенного

Таблица 2.

Состояние тканей пародонта при комплексном лечении апикального периодонтита

индексы	Основная группа (n=22)		Контрольная группа (n=24)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ИГ	$1,34 \pm 0,032$	$0,95 \pm 0,027 *$	$1,31 \pm 0,026$	$0,90 \pm 0,024 *$
PMA	$41,6 \pm 0,20$	$23,7 \pm 0,28 *$	$40,5 \pm 0,30$	$33,2 \pm 0,35 *, **$
ИК	$1,83 \pm 0,022$	$1,34 \pm 0,028 *$	$1,91 \pm 0,017$	$1,65 \pm 0,027 *, **$

Примечание: * – $p < 0,001$ относительно показателя до лечения; ** – $p < 0,001$ относительно показателя основной группы.

микробиологического исследования вызывало умеренное антимикробное действие, что выражалось в выраженном снижении частоты высеваемости патогенной микрофлоры и купировании патологического процесса. Результаты лабораторных исследований позволили установить высокое бактерицидное и бактериостатическое действие применяемого впервые натурального средства на представителей различных видов микрофлоры в системе каналов, как при острых, так и при хронических формах верхушечных периодонтитов.

Результаты микробиологического исследования показали, что при лечении с применением средства на основе прополиса «Эйпи-ви» в несколько посещений, происходило существенное снижение частоты встречаемости многих видов патогенных бактерий и их количества до благоприятных результатов, свидетельствующих о ослаблении патологического процесса в периапикальных тканях. Ликвидация воспалительного процесса в тканях пародонта вызвана, по-видимому, высокой антибактериальной активностью и иммуномодулирующим действием биологически нейтрального препарата. На основе проведенных нами исследований было выяв-

лено, что апикальный периодонтит характеризовался преобладанием стрептококковой флоры. Клинически у больных во всех группах наблюдалось достоверное уменьшение частоты проявлений степени развития периапикального воспалительного процесса в окружающих зуб тканях и болевого синдрома. В группе сравнения, где применялись ирригации хлоргексидина, выявлялось снижение контаминации системы корневых каналов уже на начальных этапах исследований, причем данная тенденция более выраженной при определении степени обсемененности каналов *Staphylococcus aureus* – $3,8 \pm 0,20$ КОЕ/мл, *Bacteroides* spp. – $5,4 \pm 0,22$ КОЕ/мл и *S. pyogenes* – $5,2 \pm 0,09$ КОЕ/мл, соответственно, после завершения лечебных манипуляций (табл. 3) ($p < 0,001$).

В ходе проведенного начального эндодонтического лечения, которое заключалось в механической, а затем и медикаментозной обработке системы корневых каналов, забранный для микробиологического исследования материал и полученные при этом результаты показали выраженное и значимое снижение частоты высеваемости облигатно-анаэробных бактерий. Наблюдалось резкое снижение количественных показателей

Таблица 3

Микробиологическая оценка эффективности апитерапии и традиционного способа лечения (lg КОЕ/мл)

Род, вид микроорганизма	До лечения	После лечения	
		Основная группа 22	Контр.группа 24
<i>S. pyogenes</i>	$6,5 \pm 0,02$	$2,1 \pm 0,08 *$	$5,2 \pm 0,09 *, **$
<i>Streptococcus mitis</i>	$5,5 \pm 0,03$	$1,8 \pm 0,07 *$	$4,8 \pm 0,05 *, **$
<i>Staphylococcus aureus</i>	$6,0 \pm 0,02$	$2,6 \pm 0,06 *$	$3,8 \pm 0,20 *, **$
<i>Bacteroides spp.</i>	$8,4 \pm 0,04$	$3,5 \pm 0,07 *$	$5,4 \pm 0,22 *, **$
<i>Fusobacterium spp.</i>	$8,5 \pm 0,04$	$3,4 \pm 0,09 *$	$6,3 \pm 0,19 *, **$
<i>Enterococcus faecalis</i>	$7,4 \pm 0,05$	$4,6 \pm 0,06 *$	$6,1 \pm 0,06 *, **$
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	$8,3 \pm 0,06$	$2,9 \pm 0,03 *$	$5,9 \pm 0,09 *, **$

Примечание: * – $p < 0,001$ относительно показателя до лечения; ** – $p < 0,001$ относительно показателя основной группы.

некоторых видов микроорганизмов после обработки каналов новым лекарственным препаратом. Но при этом в нередких случаях после завершения обработки каналов в них часто встречались представители следующих видов: *Fusobacterium spp.*, *Actinomyces spp.*, *Peptostreptococcus spp.* Они оказались наиболее устойчивыми при антисептической обработке системы корневых каналов препаратом «Эй-пи-ви».

Проведенное микробиологическое и клиническое исследование показало высокую эффективность применения аписредств для медикаментозной обработки корневых каналов. Забор материала проводили сразу после раскрытия устья корневого канала, после инструментальной и медикаментозной обработки апираствором и после удаления из корневого канала пасты на его основе. Выявлена эффективность антимикробного действия апипрепаратов по отношению к смешанной культуре факультативных микроорганизмов, выделенных из корневого канала при хрони-

ческих формах верхушечного периодонтита. Так, после тщательной антисептической обработки корневого канала число выделенных штаммов снижалось в несколько раз. Проведенные клинко-рентгенологические исследования позволили установить, что при лечении верхушечного периодонтита наибольшая эффективность отмечалась при использовании пасты, содержащей апираствор, в сочетании с гидроксиапатитом и препаратом «Аевит». После obturation корневых каналов данной пастой в отдаленные сроки после лечения наблюдалось почти полное восстановление костной ткани в очаге деструкции. На основании полученных результатов планируется внедрить в практическую эндодонтию эффективный комбинированный лекарственный препарат для пломбирования и раствор для антисептической обработки корневых каналов при лечении хронического верхушечного периодонтита.

Заключение: Проведенные клинические и микробиологические исследования и по-

лученные результаты позволили установить, что при лечении верхушечного периодонтита наибольшая эффективность отмечалась при использовании пасты для временного пломбирования, содержащей апираствор, в сочетании с гидроокисью кальция и комбинированным препаратом на основе витаминов А и Е.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зюзина Т. В., Клещенко А.В., Звонникова В.Л., Бутенко И.В., Илюхин И.А. Оценка эффективности применения растворителя корневых пломб из гуттапечи// Эндодонтия today – 2011 - №1 - С.33-36.
2. Макеева И.М., Несвижский Ю.В., Бутаева Н.Т., Туркина А.Ю., Акимова И.В. Профилактика инфицирования тканей периодонта в процессе эндодонтического лечения зубов // Стоматология.- 2009.- N 3 (88). – С.38-40.
3. Bhagabati N, Yadav S, Talwar S. An in vitro cyclic fatigue analysis of different endodontic nickel-titanium rotary instruments. J Endod 2012; 38:515-518.
4. Shebab E.I. Din Mohamed Saber, Marwa Mohammad Aly Abou Seeda, Ehab Hassanien. The effect of instrument material, taper and degree of root canal curvature on cyclic fatigue of rotary nickel-titanium instruments //ENDO (Lond Engl). - 2013 - 7(1)- P.59-64.
5. Shen Ya, Shun-pan Cheung G., Peng B., Haapasalo M. Defects in Nickel- Titanium Instruments after Clinical Use. Part 1: Fractographic Analysis of Fractured Surface in a Cohort Study // J. of Endod. – 2009 – Vol. 35 (1). – P. 129-132.
6. Van der Sluis L, Gambarini G, Wu MK, Wesselink PR. The influence of volume, type of irrigant and flushing method on removing artificially placed dentine debris from the apical root canal during passive ultrasonic irrigation // Int. Endoa. J - 2006 – 39 –P.472-476

SUMMARY

OPTIMIZATION METHODS AND MATERIALS AT THE ENDODONTIC TREATMENT OF TEETH

Nasirova HB.

Azerbaijan Medical University, Department of Therapeutic Dentistry

Regarding the frequency of requests for single group examined patients, which included practical healthy persons and patients with somatic disorders, there has been some significant differences in the data. Conducted clinical and laboratory studies revealed that the treatment of apical periodontitis greater efficiency was observed by using a paste containing apipreparat, combined with hydroxyapatite and drug "Aevit." After antisepsis of root canal therapy, «Эй-пи-ви» and "Aevit" and root canal obturation paste after treatment was observed almost complete recovery of bone destruction in the hearth.

XÜLASƏ

DİŞLƏRİN ENDODONTİK MÜALİCƏSİNDƏ ÜSUL VƏ VASİTƏLƏRİN OPTİMALLAŞDIRILMASI

Nəsirova X.B.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Terapevtik stomatologiya kafedrası

Somatik xəstəlikləri olan və praktiki sağlam şəxslər arasında müqaisə aparıldıqda və alınan nəticələri analiz etdikdə demək olar ki, hər bir qrup patologiya üçün müayinələrlə bağlı məlumatlarda bəzi əhəmiyyətli fərqlər aşkar olunmuşdur. İcra olunmuş klinik və laborator tədqiqatların nəticələrini analiz etdikdə apical periodontitin müalicəsində apipreparat və «Aevit» əsasında olan hydroxyapatite pasta istifadə edildikdə böyük səmərəliliyini aşkar olunmuşdur. Kök kanalların antisepsik işlənməsi və terapiyası zamanı «Eypiv» və «Aevit» istifadəsindən sonra müalicə ocağında itirilmiş sümük toxumasının demək olar ki, tam bərpası müşahidə edilirdi.

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У СПОРТСМЕНОВ - ПРОФЕССИОНАЛОВ

Гаджиев Д.Н.

Кафедра ортопедической стоматологии
Азербайджанского Медицинского Университета

При интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузках развитие «спортивного иммунодефицита» приводят к частому возникновению и развитию патологических процессов воспалительного и деструктивного характеров в различных органах и системах организма, в том числе и в тканях полости рта спортсменов - профессионалов (3).

В экспериментах на крысах показано, что в условиях иммобилизационного стресса и физических нагрузок отмечаются слущивание эпителия, дегенеративные изменения соединительной ткани десны, снижение количества остеобластов и развитие остеопороза, происходит активация протеолитических ферментов и повышение уровня сиаловых кислот и окислительно-восстановительных реакций в тканях пародонта, что является важным механизмом развития воспалительных и деструктивных изменений. Под влиянием интенсификации обменных процессов, происходящих при физических нагрузках, в тканях пародонта возникают очаговое разрыхление эпителия, лейкоцитарная инфильтрация, отёк и расширение сосудов (1,2,4,5).

Учитывая вышеизложенное можно за-



ключить, что острый стресс и чрезмерные физические нагрузки вызывает глубокие патологические нарушения в органах и тканях ротовой полости у профессиональных спортсменов. Таким образом, физическое и психоэмоциональное напряжение могут выступать в качестве разрешающего этиологиче-

ского фактора в возникновении, развитии и широкой распространенности основных стоматологических заболеваний среди профессиональных спортсменов.

Материалы и методы исследований.

Оценка стоматологического статуса 475 профессиональных спортсменов, пользующихся защитными каппами, проводилась с использованием методик и критериев, предложенных ВОЗ - индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, CPITN, 1980. Распространенность и интенсивность кариеса определялась по индексу КПУ, который характеризуется суммой кариозных (К), пломбированных (П) и удаленных (У) зубов. Все они имеют спортивные разряды и являются призерами международных чемпионатов. Спортивный стаж не менее 5 лет, а тренировки при этом круглогодичные, систематические. Контрольную группу составили лица.

не занимающиеся спортом профессионально. Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины – M , их средней стандартной ошибки – m , критерия значимости Стьюдента – t). Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнялась с использованием стандартных программных пакетов прикладного статистического анализа (Microsoft Excel и Statistica 6.0 для Windows).

Результаты собственных исследований

При изучении клинических признаков воспалительных заболеваний тканей пародонта различных степеней тяжести среди спортсменов - единоборцев юношеского и среднего возрастов наиболее частыми жало-

СПITN регистрировалась разная степень патологических изменений воспалительно-деструктивного характера в тканях пародонта. На фоне интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок в группе профессиональных спортсменов юношеского и подросткового возрастных периодов обнаруживались высокие показатели по частоте встречаемости лиц с кровоточивостью. По данному клиническому признаку, определяющему развитие пародонтита легкой степени тяжести, максимальные значения были выявлены во второй группе обследуемых, возраст которых составил 24-32 года - $34,5 \pm 3,21\%$. С возрастом резко снижается частота встречаемости секстантов с интактным пародонтом (таб. 1). Именно в данной возрастной группе

Таблица 1

Распространенность заболеваний пародонта среди спортсменов
в различных возрастных группах

Возрастные группы	Количество обследованных	Количество обследованных, %				
		Здоровый пародонт	Кровоточивость	Зубной камень	Пародонтальные карманы	
					4-5мм	6мм и более
До 23 лет	115	$53,0 \pm 4,65$	$20,9 \pm 3,79$	$26,1 \pm 4,09$	0	0
24-32 лет	220	$16,4 \pm 2,49$	$34,5 \pm 3,21$	$29,5 \pm 3,08$	$14,1 \pm 2,35$	$5,5 \pm 1,53$
Старше 32 лет	140	$6,4 \pm 2,07$	$3,6 \pm 1,57$	$35,0 \pm 4,03$	$37,1 \pm 4,08$	$17,9 \pm 3,24$
Всего	475	$22,3 \pm 1,91$	$22,1 \pm 1,90$	$30,3 \pm 2,11$	$17,5 \pm 1,74$	$7,8 \pm 1,23$

бами были кровоточивость десен при чистке зубов и незначительных механических нагрузках, галитоз, ксеростомия и повышенная чувствительность зубов. Особое внимание вызывал ухудшения гигиенического состояния полости рта, вызванного обильным отложением над-и поддесневых зубных отложений. Данный факт подтверждался при первичных клинических исследованиях полости рта профессиональных спортсменов, во время которых по показателям индекса

спортсменов в нередких случаях наблюдался низкий уровень гигиены полости рта и более выраженные патологические изменения в околозубных тканях, характеризующиеся интенсивным отложением мягких и твердых зубных отложений. По результатам индексной оценки состояния околозубных тканей, наивысшей отметки уровень интенсивности и распространенности патологических изменений в краевой десне достигал в третьей основной группе.

Именно здесь выявлялись воспалительные заболевания тканей пародонта наиболее тяжелой степени течения, и был установлен высокий уровень частоты встречаемости глубоких патологических пародонтальных карманов, свидетельствующих о развитии деструктивных процессов в тканях пародонта. Так, если патологические карманы глубиной 4-5мм в средней возрастной группе диагно-

гические изменения в околозубных тканях, сопровождающиеся обильными над-и поддесневыми зубными отложениями, таким образом, став в ходе проведенных исследований наиболее частыми клиническими проявлениями воспалительных заболеваний тканей пародонта среди профессиональных спортсменов - 30,3% (Диаг. 1).

Старший возраст и большой спортивный



Диаграмма 1. Частота клинических признаков пародонтопатий

стировались у $37,1 \pm 4,08\%$ профессиональных спортсменов, то число обследуемых в возрасте 32 и старше с исследуемым клиническим фактором составило значительно меньшие величины.

У обследуемых всех возрастов в состоянии переутомления, которое периодически наблюдается на фоне интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок, наблюдается развитие патологических процессов в тканях пародонта, степень тяжести и клинические признаки которых определялась путем статистического анализа показателей индекса нуждаемости в пародонтологическом лечении.

При сравнительном анализе полученных по всем группам результатов в достоверно больших случаях регистрировались патоло-

стаж характеризуются, по нашему мнению, более частым и более выраженным, чем у молодых спортсменов, развитием синдрома перетренированности на фоне значительного снижения функциональной активности факторов местной иммунной защиты, что предопределяет, наряду с другими важными патогенетическими механизмами, развитие тяжелых форм основных стоматологических заболеваний и их хронизацию.

Оценка возрастных и структурных особенностей индекса CPITN свидетельствовала о высоком уровне распространенности и интенсивности клинических признаков воспалительных заболеваний тканей пародонта легкой и средней степени тяжести практически во всех группах спортсменов-единоборцев.

Исследование показателей индекса позволяет определить потребность больных в специализированной пародонтологической помощи с учетом степени тяжести патологических процессов, развивающихся у обследуемых на фоне интенсивных спортивных тренировок и психоэмоционального стресса.

Неудовлетворительная гигиена полости рта, наблюдавшаяся практически во всех группах, но в большей степени в первой и второй группах, явилась результатом наличия среди спортсменов-единоборцев определенного числа лиц, нуждавшихся в гигиеническом обучении (Диаг. 2). Нередкие случаи

у юных спортсменов, занятых в спорте высших достижений.

При этом число лиц среди обследуемого контингента, нуждающихся в удалении зубного камня, в этой возрастной группе составил в среднем 26%, более высокий процент по данному фактору определялся при индексной оценке состояния мягких тканей пародонта у взрослых спортсменов.

Показатели нуждаемости в профессиональной гигиене полости рта в средней возрастной группе по сравнению с группой юношей возросла почти в два раза. Аналогичная динамика в повышении значений изучаемого



Диаграмма 2. Нуждаемость спортсменов в пародонтологической помощи

определения секстантов с кровоточивостью и зубными отложениями, по сравнению с показателями здоровых секстантов, свидетельствует о высоком уровне нуждаемости обследуемых в средней и более старшей возрастной группе, в комплексном пародонтологическом лечении.

Состояние иммунодефицита и синдром перетренированности, развивающийся на фоне снижения защитных сил организма в результате интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок, приводит к увеличению интенсивности воспалительных заболеваний пародонта и их обострений уже

индекса наблюдалась и в третьей группе профессиональных спортсменов.

Нарушения в органах и тканях полости рта, как и в организме спортсменов, под действием чрезмерных интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок в определенные периоды тренировочного цикла приводят к хронизации патологических процессов и развитию тяжелых форм пародонтопатий, что обуславливает высокий уровень нуждаемости обследуемых спортсменов-единоборцев в консервативной, а в более старшем возрасте и в хирургическом лечении.

Именно в этой группе больных наблюдались максимальные значения по вышеуказанному фактору. Изучение распространенности и интенсивности кариеса зубов позволило получить более полную информацию о стоматологическом здоровье исследуемых спортсменов (Табл. 2). В возрастной группе

но. В среднем у 24-32 летних спортсменов большинство зубов были кариозными – 3,58, доля же пломбированных зубов и преждевременно удаленных, как и в предыдущей группе составило сравнительно меньшие величины 0,71 и 0,53, соответственно.

Таблица 2.

Распространенность кариеса среди профессиональных спортсменов (%)

Возрастные группы	Количество больных	Распространенность кариеса %	Интенсивность кариеса	Элементы индекса КПУ		
				К	П	У
До 24 лет	115	76,5±1,95	4,39±0,31	3,37	0,60	0,43
24-32	220	91,4±1,29	4,82±0,24	3,58	0,71	0,53
Старше 32	140	92,1±1,23	5,62±0,16	4,26	0,57	0,79
всего	475	88,0±1,49	4,95±0,14	3,73	0,64	0,58
Контрольная группа	475	74,9±1,99	3,75±0,13	2,71	0,92	0,12

Примечание: К – неосложненный кариес, подлежащий лечению; П – запломбированный зуб; У – удаленные зубы.

до 24 лет годам распространенность кариеса зубов определяется в значении 76,5±1,95%. Тогда как, среди спортсменов в возрасте 24-32 года показатели возросли и составили в среднем 91,4±1,29%, максимальные значения определялись в самой старшей возрастной группе. Интенсивность поражения была также различной по всем обследуемым группам, значительно варьируя от низкого уровня в первой группе до максимального в третьей группе.

У профессиональных спортсменов в возрасте до 24 лет кариозными были 3,37 зубов, в этой группе в структуре «КПУ» преобладал именно этот фактор, тогда как значительно меньшие величины составляли показатели по количеству пломбированных и удаленных на каждого обследуемого зубов – 0,60 и 0,43, соответственно. С возрастом структура исследуемого индекса менялась незначитель-

Заключение: результаты исследований состояния тканей пародонта и полости рта в целом и степени выраженности развития в них патологических процессов у профессиональных спортсменов свидетельствует о серьезном побочном влиянии на их показатели интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок. Иммунодефицит, развивающийся в организме спортсменов в период интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок и характеризующийся негативными изменениями в функциональном состоянии органов тканей ротовой полости рта, приводит к повышению интенсивности основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и пародонтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розанов Н.Н. Влияние психофизического стресса на снижение местной иммунной защиты и формирование воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) у спортсменов/ Н.Н.Розанов, И.Н.Антонова // Медицинская иммунология. – 2005. – Т.7, №2-3. – с. 236.
2. Янышева Н.П. Связь стоматологической патологии с перенапряжением у спортсменов // Физиология, бальнеология и реабилитация. - 2003.- №5. - С.34.
3. Gani F., Passalacqua G., Senna G., Mosca Frezet M. Sport, immune system and respiratory infections //Allerg. Immunol. (Paris)-2003.-Vol. 35.-№2.-P.41-46.
4. Muller-Bolla M., Lupi-Pegurier L., Bolla M., Pedetour P. Orofacial trauma and rugby in France: epidemiological survey //Dent. Traumatol.- 2003.-Vol.19.-№4.- P.183-92.
5. Reid B.C., Chenette R., Macek M.D. Prevalence and predictors of untreated caries and oral pain among Special Olympic athletes //Spec. Care. Dentist.- 2003.-Vol.23.-№4.-P. 139-42.

XÜLASƏ

PEŞƏKAR İDMANÇILARDA PARODONTUN VƏ DİŞİLƏRİN SƏRT TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİ

Hacıyev C.Q.

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatoloqiya kafedrası

İdmançıların ağız boşluqlarında sanasiya, gigiyenik tədbirlər və parodontoloji müalicələr aparmaq üçün onlarda CPİTN indeksi üzrə hesablamalar aparılmışdır. Müayinələrə 475 idmançı cəlb olunmuşdur. Hesablamalar nəticəsində 475 idmançının yaşından asılı olmayaraq hamısını götürdükdə isə onlarda parodontal müalicələrə ehtiyac $55,6 \pm 2,28\%$ və ümumi kompleks tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi isə $7,8 \pm 1,23\%$ olmuşdur. Professional idmançılar üzrə indeks göstəricilərini analiz etdikdə aydın olur ki, onlarda parodont xəstəliklərinin yaranması üçün nisbətən əlverişli şəraitin olması öz növbəsində kompleks müalicə tədbirlərinə ehtiyacın artmasına zəmin yaradır. idmançı üzərində müayinələr aparılmış və KPC indeksi hesablanaraq, adi həyat tərzini sürən şəxslərlə müqayisə olunmuşdur. Nəticədə idmançılar arasında dişin sərt toxumalarının patologiyalarının intensivliyinin nisbətən yüksək olması aşkarlanmışdır.

SUMMARY

PERIODONTAL AND DENTAL HARD TISSUES CONDITION OF PROFESSIONAL ATHLETES

Hacıyev D.Q.

Azerbaijan Medical University, Department of Prosthodontics

In order to determine the level of need of athletes in dental health training, hygiene and periodontal care was conducted assessment of periodontal tissues using an index CPİTN. Ratios and indicators on the sex-tants were determined by examination of 475 athletes. According to the results, the need in the periodontal treatment - $55,6 \pm 2,28\%$ and in complex treatment – $7,8 \pm 1,23\%$. Thus, the analysis of index numbers indicates the presence of favorable conditions for the development of inflammation in periodontal tissues in the oral cavity in athletes, which led to an increased demand of surveyed athletes in treatment. Dental research have been conducted of athletes by using index CPU and made a comparative analysis of the data obtained in the control group.

Ключевые слова: спортсмены, пародонтит, кариес, иммунитет

Key words: athletes, periodontitis, caries, immunity

İMLANTÜSTÜ ORTOPEDİK PROTEZLƏMƏ ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNUN MİKROBİOSENÖZUNA TƏBİİ VASİTƏLƏRİN TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

Musayeva Hənifə Həmdı qızı

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatologiya kafedrası

Müasir dövrümüzdə stomatologiyada istifadə olunan müasir texnologiyalarla birlikdə diş implantasiyası da diş sıralarının hissəvi qüsurları olan xəstələrin geniş yayılmış reabilitasiya üsullarındandır. İmplantatların yaxşı tutması və uğurlu olması üçün bir sıra üsullar tətbiq olunmuşdur ki, bunlara da implantatların qızıl, platin, niobium və s. kimi əlvan metallardan hazırlanması və implantat səthərinin müxtəlif xəlitə və polimerlərlə örtülməsi tədbirlərini aid etmək olar (3,4). Son dövrlərdə isə diş implantatların tərkibinə deyil, orqanizmin implantatlara qarşı olan reaksiyalarına, onun reaktivliyinə, implantatətrafı toxumaların vəziyyətinin və osteointeqrasiyanı stimula edən vasitələrin təkmilləşdirilməsinə yönəlmiş tədqiqatlar icra edilmişdir. Müasir dövrümüzdə mikrob amilinin implantat ətrafı toxumalarda və patoloji cəhətlərin formalaşmasındakı rolu inkar olunmazdır və bir sıra alimlər tərəfindən sübut olunmuşdur (9). İmplantatlar tətbiq olunmuş şəxsin ağız boşluqlarının effektiv fərdi gigiyenasına nail olmaq adi insanlara nisbətən daha çətinidir (1,2,5,6). İmplantatların tətbiqi zamanı fərdi profilaktikanın effektivliyinin təmin edilməsində ağız boşluğunun fərdi gigiyena vasitələrinin düzgün seçilməsinin rolu əhəmiyyətlidir (7,8).



Tədqiqatın məqsədi: İmplantüstü ortopedik protezləmə zamanı ağız boşluğunun mikrobiosenozuna "Qara zirə yağının" təsirinin qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən implantaüstü protezləmə icra edilmiş 35 xəstə müayinə və müalicələrə cəlb edilmişdir. Qeyd edək ki, tərəfimizdən

xəstələrin implantatları diametr və uzunluqları 3,4x12, 3,8x 12 və 4,3x12 olmaqla (İmplantium; Dentium, Seoul, South Korea) yetkin sümük içərisinə yerləşdirilmişdir. Bütün cərrahi əməliyyatlar lokal anesteziya (artikain 1:200000 epinefrin) altında icra edilmişdir. Daha sonra onların implantatları üzərinə körpüyəbənzər ortopedik konstruksiyalar tətbiq olunmuşdur. Qeyd olunan xəstələr tərəfimizdən 12, 13 və 10 nəfər olmaqla üç qrupa bölünmüşdür. İlk 12 nəfərlik qrupda şəxslər 3 ay ərzində ağız boşluğu və ortopedik konstruksiyalar applikasiyon dışarası fırçalar, diş məcunu (parodontaks) kimi fərdi gigiyena vasitələri ilə birlikdə onlar ağız boşluqlarını ənənəvi antiseptik olan xlorheksidin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalamışlar və bu qrup müqayisə qrupunu təşkil etmişdir. II 13 nəfərlik qrupda şəxslər 3 ay ərzində ilk qrupda qeyd etdiyimiz fərdi gigiyena vasitələri ilə birlikdə ənənəvi antiseptiklə deyil tərəfimizdən

stomatoloji məqsədlər üçün istifadəsi təklif edilən təbii "Qara zirə yağı" ilə ağız boşluqlarını 15 dəqiqə saxladıqdan sonra dişlərini fırçalamışlar və bu qrup əsas qrupu təşkil etmişlər. III 10 nəfərlik "nəzarət" qrupunda isə şəxslər 3 ay ərzində yalnız qeyd etdiyimiz fərdi gigiye-na vasitələri ilə kifayətlənmişlər. Hər 3 qrupdan ağız suyu nümunələri müalicə və müayinələrə başlamamışdan və başladıqdan 3 ay sonra ATU-nun mikrobioloji laboratoriyasına göndərilmiş və uyğun mütəxəssislərə göndərilmiş bioloji nümunələrdə *Lactobacillus* spp., *Streptococcus* *sangius*, *Streptococcus* *mutans*, *Staphylococcus* *aureus*, *Porhyromonas* *gingivalis*, *Candida* spp. və *Actynomyces* spp. kimi mikroorqanizm növ və cinslərinin rast gəlinməsi faizlə (%-lə) və koloniya əmələ gətirmə vahidinə (KƏV) əsasən tədqiq etmələri tapşırılmışdır. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində ağız boşluğu ənənəvi antiseptik olan xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu ilə yaxalanmış 12 nəfərlik implantüstü ortopedik konstruksiyalar tətbiq edilmiş müqayisə qrupunda ağız suyu nümunələrində *Lactobacillus* növlərinin rast gəlinməsi ənənəvi antiseptikin tətbiqindən qabaq $3,66 \pm 0,259$ KƏV olmaqla $66,7 \pm 13,61\%$ şəxslərdə (8 nəfər) olmasına baxmayaraq, ənənəvi antiseptikin tətbiq olunmasına başlandıqdan 3 ay sonra bu göstərici azalaraq,

$2,62 \pm 0,132$ KƏV olmaqla qrupun $58,3 \pm 14,23\%$ -ni (7 nəfər) təşkil etmişdir. *Streptococcus* *sangius* mikroorqanizminin bu qrupda rast gəlinməsi müalicədən əvvəl $4,91 \pm 0,283$ KƏV olmaqla, 11 nəfərin ağız suyu nümunələrində aşkar edilməklə qrupun $91,7 \pm 7,98\%$ -ni təşkil etsə də, müalicədən sonra (3 ay) cüzi azalaraq, $4,77 \pm 0,211$ KƏV olmaqla, qrupun $83,3 \pm 10,76\%$ -ni (10 nəfər) əhatə etmişdir.

Bu qrupdan götürülmüş ağız suyu nümunələrində *Streptococcus* *mutans* mikroorqanizminin rast gəlinməsi isə müalicədən qabaq 11 nəfərdən alınmış şəxslərin bioloji nümunələrində aşkar edilmişdir ki, bu da $3,86 \pm 0,237$ KƏV olmaqla, $91,7 \pm 7,98\%$ şəxsləri əhatə etsə də, ənənəvi antiseptikin tətbiqindən 3 ay sonra bu göstərici azalaraq, $3,70 \pm 0,093$ KƏV olmaqla, $75,0 \pm 12,50\%$ şəxslərdə (9 nəfər) aşkarlanmışdır (Cədvəl 1).

Ağız boşluğu 3 ay ərzində ənənəvi antiseptiklə 3 ay yaxalanmış bu qrupda *Staphylococcus* *aureus* mikroorqanizminin rast gəlinməsi müalicədən əvvəl 3 nəfər şəxsə aşkarlanaraq qrupun $25,0 \pm 12,50\%$ -ni əhatə etmiş, $3,58 \pm 0,239$ KƏV qeyd edilsə də, müalicədən sonra göstərici azalaraq, $1,94 \pm 0,065$ KƏV olmaqla, $16,7 \pm 10,76\%$ şəxsləri (cəmi 2 nəfər) əhatə etmişdir.

Porhyromonas *gingivalis* mikroorqanizminin bu qrupda rast gəlinməsi müalicədən qabaq qrup üzrə 2 şəxsə aşkarlanmaqla ($5,41 \pm 0,063$ KƏV), qrupun $16,7 \pm 10,76\%$ -ni əhatə etsə də, müalicədən sonra cəmi 1 nəfərin ağız suyu nümunələrində aşkarlanaraq ($8,3 \pm 7,98\%$) $0,85$ KƏV qeyd edilmişdir.

Qrup üzrə *Candida* göbələklərinin ağız suyu nümunələrində rast gəlinməsi müalicədən qabaq 4 nəfərdə olmaqla qrupun $33,3 \pm 13,61\%$

Cədvəl 1.

Xlorheksidinin 0,02% -li məhlulunun ağız boşluğunun mikrobiosenoza təsiri.

Mikroorqanizmlər	Ağız boşluğu Xlorheksidinin 0,02% -li məhlulu ilə yaxalanmış qrupda mikroorqanizmlərin rast gəlinməsi (n=12)					
	Müalicədən əvvəl			Müalicədən 3 ay sonra		
	Sayla	% -lə	KƏV	Sayla	% -lə	KƏV
Lactobacillus spp.	8	66,7 ± 13,61	3,66 ± 0,259	7	58,3 ± 14,23	2,62 ± 0,132
Streptococcus sanguis	11	91,7 ± 7,98	4,91 ± 0,283	10	83,3 ± 10,76	4,77 ± 0,211
Streptococcus mutans	11	91,7 ± 7,98	3,86 ± 0,237	9	75,0 ± 12,50	3,70 ± 0,093
Staphylococcus aureus	3	25,0 ± 12,50	3,58 ± 0,239	2	16,7 ± 10,76	1,94 ± 0,065
Porphyromonas gingivalis	2	16,7 ± 10,76	5,41 ± 0,063	1	8,3 ± 7,98	0,85
Candida spp.	4	33,3 ± 13,61	3,41 ± 0,238	2	16,7 ± 10,76	0,87 ± 0,043
Actinomyces spp.	2	16,7 ± 10,76	3,84 ± 0,139	1	8,3 ± 7,98	1,76

-ni əhatə etmiş, KƏV $33,3 \pm 13,61$ müəyyən edilsə də, ənənəvi antiseptikin tətbiqindən 3 ay sonra 2 dəfə azalaraq, $16,7 \pm 10,76\%$ şəxsləri (cəmi 2 nəfər) əhatə edilərək, $0,87 \pm 0,043$ KƏV müəyyənləşdirilmişdir. Aktinomisetlərin rast gəlinməsi isə qrupda antiseptikin tətbiqindən qabaq, $3,84 \pm 0,139$ KƏV olmaqla qrupun $16,7 \pm 10,76\%$ -ni təşkil etsə də, 3 ay sonra bu göstəricilər azalaraq, cəmi 1 nəfərin ağız suyu nümunələrində aşkarlanmaqla, qrupun $8,3 \pm 7,98\%$ ni əhatə etmiş, $1,76$ KƏV müəyyən edilmişdir.

Ağız boşluğu tərəfimizdən stomatologiyada istifadə olunması tövsiyə və təklif edilən "Qara zirə yağı" təbii preparatı ilə işlənmiş 13 nəfərlik əsas qrupda Lactobacillus mikroorqanizminin rast gəlinməsi yeni preparatın tətbiqindən qabaq qrup üzrə $69,2 \pm 12,80\%$ şəxsləri (9 nəfər) əhatə etməklə, $3,79 \pm 0,242$ KƏV qeyd edilsə də, onun tətbiqinə başladıqdan 3 ay sonra 7 nəfərdə aşkarlanaraq, $3,79 \pm 0,242$ KƏV olmaqla qrupun $53,8 \pm 13,83\%$ -ində müəyyən edilmişdir (Cədvəl 2). Bu qrup üzrə Streptococcus sanguis

mikroorqanizminin rast gəlinməsi müalicədən əvvəl qrup üzrə $92,3 \pm 7,39\%$ şəxslərin (12 nəfər) ağız suyu nümunələrində rast gəlinməklə KƏV göstəricisi $5,19 \pm 0,238$ olsa da, müalicədən sonra bu göstəricilər azalaraq, uyğun olaraq, 10 nəfər, $76,9 \pm 11,69\%$ və $2,82 \pm 0,065$ KƏV müəyyən edilmişdir. Streptococcus mutans-ın bu qrup üzrə rast gəlinməsi müalicədən əvvəl 11 nəfərdə olmaqla, qrupun $84,6 \pm 10,01\%$ -ni təşkil etmiş, mikroorqanizmin virulentlik göstəricisi KƏV isə $3,93 \pm 0,197$ müəyyən edilmişdir. Müalicədən sonra isə qeyd olunan mikroorqanizmin rast gəlinməsi azalaraq, $76,9 \pm 11,69\%$ -ə enmiş (10 nəfərin ağız suyu nümunələrində) və virulentlik (KƏV) göstəricisi $3,47 \pm 0,158$ hesablanmışdır.

Staphylococcus aureus mikroorqanizminin təbii vasitə tətbiq etdiyimiz qrupda rast gəlinməsi isə preparatın tətbiqindən qabaq 4 nəfərdə olmaqla $30,8 \pm 12,80\%$ şəxslərin ağız suyu nümunələrində rast gəlinməsi də, müalicə tədbirlərindən sonra bu göstərici 2 dəfə azalaraq, 2 nəfərdə olmaqla qrupun $15,4 \pm 10,01\%$ -ni əhatə etmişdir. Müalicədən əvvəl və sonra

Cədvəl 2.

“Qara zirə” yağının ağız boşluğunun mikrobiosenoza təsiri.

Mikroorqanizmlər	Ağız boşluğu “Qara zirə” yağı ilə işlənmiş qrupda mikroorqanizmlərin rast gəlinməsi (n=13)					
	Müalicədən əvvəl			Müalicədən 3 ay sonra		
	Sayla	% -lə	KƏV	Sayla	% -lə	KƏV
<i>Lactobacillus</i> spp.	9	69,2 ± 12,80	3,79 ± 0,242	7	53,8 ± 13,83	2,34 ± 0,119
<i>Streptococcus sanguis</i>	12	92,3 ± 7,39	5,19 ± 0,238	10	76,9 ± 11,69	2,82 ± 0,065
<i>Streptococcus mutans</i>	11	84,6 ± 10,01	3,93 ± 0,197	10	76,9 ± 11,69	3,47 ± 0,158
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	30,8 ± 12,80	3,47 ± 0,103	2	15,4 ± 10,01	2,23 ± 0,049
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	1	7,7 ± 7,39	4,85	1	7,7 ± 7,39	0,92
<i>Fusobacterium</i>	5	38,5 ± 13,49	3,94 ± 0,149	2	15,4 ± 10,01	1,73 ± 0,069
<i>Candida</i> spp.	4	30,8 ± 12,80	3,46 ± 0,139	1	7,7 ± 7,39	0,67
<i>Actinomyces</i> spp.	2	15,4 ± 10,01	3,85 ± 0,098	1	7,7 ± 7,39	1,16

mikroorqanizmin koloniya əmələ gətirmə vəhidi uyğun olaraq, $3,47 \pm 0,103$ və $2,23 \pm 0,049$ müəyyən edilmişdir.

Porphyromonas gingivalis mikroorqanizminin “qara zirə” yağı tətbiq etdiyimiz qrupda rast gəlinməsi isə təbii preparatın tətbiqindən qabaq və sonra eyni, 1 nəfərdə olmaqla, qrupun $7,7 \pm 7,39\%$ -ni təşkil etsə də, bakteriaynın əsas virulentlik göstəricilərindən olan KƏV göstəricisi müalicədən əvvəl 4,85 olsa da, müalicədən sonra 5 dəfəyə yaxın azalaraq, 0,92 hesablanmışdır. Fuzobakteriyaların nümayəndələrinə müalicədən qabaq ağız suyu nümunələrinin $38,5 \pm 13,49\%$ -ində rast gəlinmişdir ki, bu da 5 nəfəri əhatə etmişdir. Təbii vasitə ilə müalicəyə başladıqdan 3 ay sonra bu göstərici 2 dəfəyə yaxın azalaraq, cəmi nəfərin ağız suyu nümunələrində rast gəlinməklə qrupun $15,4 \pm 10,01\%$ -ni əhatələmişdir. Eyni tendensiya mikroorqanizmin KƏV göstəricisində də müşahidə edilmişdir, müalicədən əvvəl $3,94 \pm 0,149$ müəyyən

edilsə də, 3 ay sonra 2 dəfəyə yaxın azalaraq, $1,73 \pm 0,069$ aşkarlanmışdır.

Candida cinsli göbələk nümayəndələrinin təbii vasitə tətbiq etdiyimiz qrupda rast gəlinməsi isə müalicədən qabaq 4 nəfərdə olmaqla $30,8 \pm 12,80\%$ şəxsləri əhatə etmiş, preparatın tətbiqindən sonra isə 4 dəfədən də çox azalaraq, qrupun $7,7 \pm 7,39\%$ -ni əhatə etməklə cəmi 1 nəfərdə aşkar edilmişdir. Mikroqöbələklərin virulentliyini xarakterizə edən KƏV göstəricisində də eyni tendensiya izlənilmiş, müalicədən qabaq uyğun göstərici $3,46 \pm 0,139$ olmasına baxmayaraq, təbii vasitə ilə müalicədən sonra 4 dəfəyə qədər azalaraq, 0,67 -ə enmişdir. Bu qrupda aktinomisetlərin rast gəlinməsi isə müalicədən qabaq qrupun ağız suyu nümunələrinin $15,4 \pm 10,01\%$ -ni əhatə etməklə 2 şəxsə aşkar edilmiş, müalicədən sonra götürülmüş ağız suyu nümunələrində isə 2 dəfəyə qədər azalaraq, cəmi bir nəfərdə olmaqla qrupun $7,7 \pm 7,39\%$ -ni əhatə etmişdir. KƏV

göstəricisi isə təbii vasitənin tətbiqindən qabaq və sonra müvafiq olaraq, $3,85 \pm 0,098$ və $1,16$ olmaqla, rast gəlinmə göstəricilərindəki tendensiyanı izləmişdir.

Sonuncu nəzarət qrupunda isə (10 nəfər) ancaq intensivləşdirilmiş fərdi gigiyena vasitələri və tədbirləri ilə kifayətlənən implantüstü körpüyəbənzər protezlər tətbiq edilmiş şəxslərdə müayinələrə başladıqda *Lactobacillus* nümayəndələrin ağız suyu nümunələrində rast gəlinməsi 6 nəfərdə olmaqla qrupun $60,0 \pm 15,49\%$ ni əhatə etsə də, fərdi gigiyenik vasitələr intensivləşdirildikdən sonra bu göstərici cüzi azalmış qrup üzrə $50,0 \pm 15,81\%$ olmaqla 5 nəfərdə aşkarlanmışdır (cədvəl 3). Qeyd edilən

edilsə də, 3 ay sonra azalaraq, $2,07 \pm 0,061$ aşkarlanmışdır.

Streptococcus sanguis mikroorqanizminin rast gəlinməsi fərdi gigiyenik tədbirlərin gücləndirilməsindən əvvəl nəzarət qrupunun $90,0 \pm 9,49\%$ -ni əhatə etməklə (KƏV- $5,14 \pm 0,138$) 9 nəfər xəstədə aşkarlansa da, 3 ay sonra 8 nəfər olmaqla qrupun $80,0 \pm 12,65\%$ -ni (KƏV - $3,04 \pm 0,064$) əhatə etmişdir.

Nəzarət qrupundakı şəxslərdən götürülmüş ağız suyu nümunələrinin fərdi gigiyenani gücləndirməmişdən qabaq hamısında (100%) *Streptococcus mutans* nümayəndəsinə rast gəlinməsi də, 3 ay sonra bu göstərici $90,0 \pm 9,49\%$ -ə enmişdir. Tədbirlərdən əvvəl və sonra KƏV Cədvəl 3.

Fərdi gigiyenik vasitələr və tədbirlərin intensivləşdirilməsinin ağız boşluğunun mikrobiosenoza təsiri

Mikroorqanizmlər	Yalnız fərdi gigiyena vasitələri və tədbirlərinin intensivləşdirilməsi ilə kifayətlənmiş nəzarət qrupunda mikroorqanizmlərin rast gəlinməsi (n=10)					
	Intensivləşdirilmədən əvvəl			Intensivləşdirilmədən 3 ay sonra		
	Sayla	%-lə	KƏV	Sayla	%-lə	KƏV
<i>Lactobacillus</i> spp.	6	$60,0 \pm 15,49$	$3,96 \pm 0,202$	5	$50,0 \pm 15,81$	$2,07 \pm 0,061$
<i>Streptococcus sanguis</i>	9	$90,0 \pm 9,49$	$5,14 \pm 0,138$	8	$80,0 \pm 12,65$	$3,04 \pm 0,064$
<i>Streptococcus mutans</i>	10	100,0	$3,97 \pm 0,201$	9	$90,0 \pm 9,49$	$2,68 \pm 0,097$
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	$30,0 \pm 14,49$	$3,08 \pm 0,087$	2	$20,0 \pm 12,65$	$1,54 \pm 0,040$
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	3	$30,0 \pm 14,49$	$5,25 \pm 0,104$	1	$10,0 \pm 9,49$	0,96
<i>Fusobacterium</i> spp.	4	$40,0 \pm 15,49$	$3,46 \pm 0,094$	2	$20,0 \pm 12,65$	$1,09 \pm 0,063$
<i>Candida</i> spp.	4	$40,0 \pm 15,49$	$3,71 \pm 0,135$	2	$20,0 \pm 12,65$	$2,18 \pm 0,078$
<i>Actinomyces</i> sp.	2	$20,0 \pm 12,65$	$3,38 \pm 0,056$	-		

mikroorqanizmin virulentliyini xarakterizə edən KƏV göstəricisi isə fərdi vasitələrin intensiv istifadəsindən qabaq $3,96 \pm 0,202$ müəyyən

göstəricisi müvafiq olaraq, $3,97 \pm 0,201$ və $2,68 \pm 0,097$ müəyyən edilmişdir.

Staphylococcus aureus –un nəzarət qrupun-

dan götürülmüş ağız suyu nümunələrində rast gəlinməsi isə tədbirlərin intensivləşdirilməsindən qabaq KƏV $3,08 \pm 0,087$ olmaqla qrupun $30,0 \pm 14,49\%$ -ni (3 nəfər) əhatə etsə, intensivləşdirilmədən sonra KƏV $1,54 \pm 0,040$ olmaqla, qrupun $20,0 \pm 12,65\%$ -ində (2 nəfər) rast gəlinmişdir. Porphyromonas gingivalis ştamplarının nəzarət qrupundan alınmış bioloji materiallarda rast gəlinməsi isə fərdi gigiyenik vasitələrin intensivləşdirilməsindən qabaq 3 nəfərdə, $5,25 \pm 0,104$ KƏV olmaqla, qrupun $30,0 \pm 14,49\%$ -ni əhatə etsə də, intensivləşdirilmədən sonra bu göstəricilər 1 nəfərdə $0,96$ KƏV olmaqla, $10,0 \pm 9,49\%$ olmuşdur.

Nəzarət qrupunda Fusobacterium nümayəndələrinin rast gəlinməsi isə fərdi gigiyena tədbirlərinin gücləndirilməsindən qabaq $3,46 \pm 0,094$ KƏV olmaqla qrupun $40,0 \pm 15,49\%$ -ni əhatə etməsinə baxmayaraq, tədbirlərin gücləndirilməsindən sonra 2 dəfəyə qədər azalaraq, $1,09 \pm 0,063$ KƏV olmaqla, qrupun $20,0 \pm 12,65\%$ -ni (2 nəfər) əhatə etmişdir.

Nəzarət qrupunda kandida mikrogöbələklərinin rast gəlinməsi Fuzobakteriya nümayəndələri kimi olsa da KƏV göstəricisi fərdi gigiyena tədbirlərinin intensivləşdirilməsindən qabaq $3,71 \pm 0,135$ sonra isə $2,18 \pm 0,078$ müəyyən edilmişdir. Bu qrupda aktinomisetlərə fərdi vasitələrin intensiv tətbiqindən qabaq 2 nəfərin ağız suyu nümunələrində rast gəlinmiş, KƏV göstəricisi $3,38 \pm 0,056$ olmaqla qrupdakı şəxslərin $20,0 \pm 12,65\%$ -ni əhatə etmişdir. Tədbirlərin intensivləşdirilməsindən sonra qeyd olunan mikroorqanizm ştamplarına bioloji materiallarda rast gəlinməmişdir.

Hər 3 qrup üzrə aldığımız rəqəmlər onu qeyd etməyə imkan verir ki, “Qara zirə” yağı preparatının təsiri ilə implantüstü körpüyəbənzər ortopedik konstruksiyalar tətbiq etdiyimiz şəxslərin ağız boşluğunun mikrobiosenozunun xorheksidin $0,02\%$ -li məhlulunun göstərdiyi müsbət dəyişikliklərə uyğun şəkildə korreksiya edir və hətta bəzi şərti –patogen mikroorqanizmləri daha çox məhdudlaşdırı bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Джигоева Р.Ф. Клиническая обоснованность применения фитотерапии в комплексе консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита // Клиническая неврология. - № 1. - 2014. - С. 10-12.
2. Дудко А.С. Некоторые аспекты гигиенического ухода за зубными имплантатами // Новое в стоматологии. – 2008 (63). - № 3. 73-78.
3. Зорина О.А., Кулаков А.А., Грудянов А.И. Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта // Стоматология. - 2011. - №1. – С. 73-77.
4. Матвеева, А.И., Гветадзе Р.Ш., Балуда И.В. Клинико-рентгенологические аспекты протезирования с использованием внутрикостных имплантатов // Сб. тезисов научных трудов «Современные проблемы стоматологии». - Москва. - 2009. - С.166-167.
5. Мусин, М.Н. Гигиена полости рта при протезировании с использованием имплантатов // Пародонтология. - 2010. - №1(15). - С. 26-32.

6. Кузнецова, Е.А. Сравнительная оценка результатов комплексного лечения больных периимплантатным мукозитом и дентальным периимплантитом // Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Самара. 2012.- 24с.
7. Chongcharoen Lulic, M., Lulic M., Lang N.P. Effectiveness of different interdental brushes on cleaning the interproximal surfaces of teeth and implants: a randomized controlled, double-blind cross-over study// Clin Oral Implants Res. - 2012.- №23 (5). - P. 635-640.
8. Deshmukh. J., Vandana K.L., Chandrashekar K.T. Clinical evaluation of an ionic toothbrush on oral hygiene status, gingival status and microbial parameter // Indian J. Dent. Res. – 2006. - Vol.17 (2). - P. 74-79.
9. Frank, M.H., Baas E.M., J. de Lange Peri-implantitis in the general oral and maxillofacial surgery practice. A pilot study // Ned Tijdschr Tandheelkd. - 2012. - № 119 (3).- P. 123-128.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ НАТУРАЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА МИКРОБИОЦЕНОЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ИМПЛАНТАТАХ

Мусаева Г.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра ортопедической стоматологии

На основании микробиологических исследований полости рта 35 ортопедических больных с имплантатами было установлено, что масло тмина, который обладает антимикробным действием и был применен нами в комплексном лечении заболеваний пародонта, может быть высокоэффективным профилактическим средством и на различных этапах дентальной имплантации.

SUMMARY

THE EFFECT OF NATURAL MEDICINES TO MICROBIOCENOSIS OF ORAL CAVITY FOR PROSTHESIS ON IMPLANTS

Musaeva H.H.

Azerbaijan Medical University, Department of Prosthodontics

On the basis of microbial studies of oral cavity 35 patients with prosthetic on the implants has been found that cumin oil, which has antimicrobial activity and has been used by us in the complex treatment of periodontal diseases, can be highly effective as prophylactic at various stages of the dental implant.

Acar sözlər: implantat, protez, mikroorganizmlər, gara zirə yağı

Ключевые слова: имплантат, протез, микроорганизмы, масло тмина

Keywords: implant, prosthesis, microorganisms, cumin oil

PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALİCƏSİNDƏ AĞIZ BOŞLUĞUNUN PROFESSIONAL GİGİYENASININ EFFEKTİVLİYİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

Rüstəmov E.Ə., İmanov E.Ə.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq stomatologiyası kafedrası.

Müasir dövrdə parodontun iltihabi xəstəliklərinin öyrənilməsi stomatologiyanın aktual problemlərindən biridir.

Dünya əhalisi arasında geniş yayılmış stomatoloji xəstəliklərdən parodontun iltihabi xəstəlikləri xüsusi yer tutur [1,2]. Əhalinin demək olar ki, hamısı müxtəlif yaş dövrlərində parodont xəstəliklərini müəyyən forma və ağırlıqda keçirirlər [3,4]. Yeniyetmələrdə parodont xəstəliklərinin yayılmasını öyrənmək məqsədilə aparılan tədqiqatlar müalicə-profilaktika tədbirlərinin hazırlanmasında, ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini normallaşdırmaq, professional gigiyenanın tətbiqi, səhiyyə təşkilatlarının və həkimlərin fəaliyyətinin istiqamətləndirilməsində çox mühümdür. [5]

Ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti ilə parodontun iltihabi xəstəlikləri arasındakı əlaqə, hemodinamika, parodont xəstəliklərinin yayılmasında təbii-iqlim şəraiti, coğrafi mövqe, iqtisadi inkişaf səviyyəsi, məişət-peşə amilləri, yaşayış şəraiti, qidalanma xüsusiyyətləri, yaş-cins fərqləri və s. amillərin əhəmiyyətli olduğunu göstərir. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif mərhələlərində professional gigiyenanın rolu analitik tədqiqatlar zamanı müəyyən olunmuşdur [6,7]. Parodontun iltihabi xəstəlikləri olan şəxslərdə risk faktorları-

nın effektiv aşkar edilməsi və vaxtında aradan götürülməsi məsələsi də böyük əhəmiyyətə malikdir. Respublikamızda stomatoloji xəstəliklər sahəsində çalışan tədqiqatçı alimlərin qarşısında duran başlıca məsələlərdən biri, yeniyetmələrdə parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsi zamanı immunitetin yüksəldilməsidir və bu məsələ hələ də aktual olaraq qalır. Məlumdur ki, parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsinin effektivliyi immun sistemin vəziyyətindən birbaşa asılıdır. Müasir təbabətdə somatik xəstəliklərin klinikasına tibbi psixologiyanın daxil olması mövcuddur. Bu proses stomatologiyada reabilitasiya istiqamətinin inkişafı ilə bağlıdır. Reabilitasiya konsepsiyasında xəstə həkimlə yanaşı müalicə prosesində subyekt kimi çıxış edir. Həmişə somatik patologiyada mürəkkəb psixo-somatik bağlılıqlar ortalığa çıxır. Parodontun iltihabi xəstəlikləri mürəkkəb tibbi-sosial problemdir və burada psixo-profilaktik korreksiya və professional profilaktika üsullarına böyük ehtiyac vardır. Xəstəliyin de-kompensasiya mərhələsində onların istifadəsi gecdir. Parodontitin patogenetik terapiyasının effekti xəstəliyin ilkin mərhələsində mümkündür [9,10]. Beləliklə, gənc yaşlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin xroniki hala keçməsinin qarşısını almaq məqsədilə klinik göstəricilərin

dinamikası, autoimmun göstəricilərin ilkin diaqnostikası, həmçinin professional gigiyena tədbirlərinin rolunu qiymətləndirmək aktualdır. Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin qənaətbəxş olmadığını nəzərə alsaq, ağız boşluğunda qanaxma, xoşagəlməz iy olması, diş ərplərinin, diş daşlarının dişəti üstü, həm də dişəti altı olduğunu nəzərə alsaq ağız boşluğunun professional gigiyenasının tətbiqi zəruridir.

Tədqiqatın məqsədi: Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif mərhələlərində ağız boşluğunun professional gigiyenasının klinik-immunoloji qiymətləndirilməsi və fərdi müalicə-profilaktik tədbirlərin işlənilib hazırlanmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları.

Klinik stomatoloji tədqiqatlara praktik sağlam hesab edilən 106 nəfər 12-15 yaşlı yeniyetmə cəlb edilmişdir. Onlardan 86 nəfəri parodontun iltihabi xəstəlikləri ilə və 20 nəfər intakt parodontla müayinə olunmuşdur. Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı «Ağız boşluğunda professional gigiyena» tədbirlərini tətbiq edib sağlama dinamikasındakı dəyişikliklər öyrənilmişdir.

Klinikada parodontun iltihabi xəstəliklərinin «Ağız boşluğu professional gigiyenası» tətbiqi ilə yanaşı kompleks müalicəsinin səmərəliliyini qiymətləndirmək üçün klinik, mikrobioloji, immunoloji göstəricilərdən istifadə olunmuşdur. Müayinələrin əksəriyyəti müalicədən əvvəl və sonrakı müddətlərdə müəyyən edilmişdir. Klinik müayinələr ümumi qəbul olunmuş qaydalarla əsasən aparılmışdır. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin diaqnozu xəstələrin şikayəti, anamnez, baxış və obyektiv tədqiqat metodlarına əsasən müəyyən edilmişdir. Xəstəlik anamnezini müəyyən edərkən, onun müddəti,

patoloji proseslərin dişətrafi toxumalara yayılma dərəcəsi, klinik əlamətlərin dəyişmə meyilliyinə diqqət yetirilmişdir. Həmçinin bu patologiyaya meyilli irsi xüsusiyyətlər nəzərə alınmışdır. Yerli zədələyici amillərin (travmatik okluziya, ağız dəhlizinin dayazlığı, dil və dodaq yüyənlərinin anormal birləşməsi, diş daşları və diş ərpi) mövcudluğu müəyyən edilmişdir.

Dişətinin qanaması, ödemliliyi, rəngi, konsistensiyası, hipertrofiyası təyin olunmuşdur. Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı tətbiq edilən ağız boşluğunun professional gigiyenasının nəticələrini qiymətləndirmək üçün, ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini Fyodorov-Volodkina gigiyenik indeksi (GI) ilə, parodont xəstəliklərinin yayılması, intensivliyi, stomatoloji yardıma ehtiyacını öyrənmək məqsədilə ÜST-nin tövsiyə etdiyi parodont xəstəliklərinin müalicəsinə ehtiyac indeksi-CPITN istifadə edilmişdir. Parodontdakı dəyişiklikləri müqayisəli öyrənmək üçün papilyar-marginal-alveolyar (PMA-Parma modifikasiyasında) indeksindən və parodontal indeksdən (PI), istifadə edilmişdir. PİX-nin müxtəlif mərhələlərində ağız boşluğunun PG - nin tətbiqinin səmərəliliyini qiymətləndirmək üçün qarışıq ağız suyunda Lizosimin (%) -lə, immunoqlobulinlərin (İgA, İgG, sİgA) q/l-lə kəmiyyət göstəriciləri təyin edilmişdir. Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyi V.Q.Dorofeyçuk tərəfindən təklif olunan nefelometrik üsulla müəyyən olunmuşdur, immunoqlobulinlərin (IgA, IgG, SIgA) miqdarı Mançini et al tərəfindən təklif olunan aqarda radial immunodiffuziya üsulu ilə müəyyən edilmişdir. Bu göstəricilər hər üç qrup xəstələrdə ağız boşluğunun PG - dan öncə, sonra və bir ay müddətdən sonra müəyyən olunmuşdur. Apa-

rılan klinik-laborator müayinələrin nəticələri orta ədədi kəmiyyət ($\bar{x}$) və onun xətasının (S_x) təyini ilə variasion statistik metodla hesablanmış, fərqlərin dürüstlüyü parametrik və qeyri-parametrik üsullarla Styudentin t meyarı, χ^2 işlənmişdir.

Müalicəyə başlamazdan əvvəl əmək və məişət şəraiti, peşə, zərərli vərdislər, qidalanmanın xarakteri, irsiyyət, keçirilmiş xəstəliklər, allergik status, ağız boşluğuna gigiyenik qulluq haqqında biliklər müəyyən edilmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi.

PİX ilə həqiqi xəstələnməni aşkara çıxarmaq üçün klinikaya müxtəlif səbəblər üzündən müraciət edən yeniyetmələrin ağız boşluğunun stomatoloji müayinəsi həyata keçirilmişdir və parodontun iltihabi xəstəliklərinin yayılma və intensivliyi öyrənilmişdir. Parodontda iltihabi xəstəliyin yayılma dərəcəsinin, intensivliyinin və parodontoloji yardıma ehtiyacın öyrənilməsi üçün tərəfimizdən 106 yeniyetmə arasında CPITN indeksi müəyyən edilmişdir (Cədvəl 1).

63 nəfərdən (10 nəfərdə) $15,9 \pm 4,60\%$ sağlam parodont, 17 nəfərdə $27,0 \pm 5,59\%$ qanaxma, 35 nəfərdə $57,1 \pm 6,23\%$ diş daşları aşkar edilmişdir.

Ümumilikdə müayinə olunanlar arasında 20 nəfərdə $18,9 \pm 3,80\%$ sağlam parodont, 31 nəfərdə $29,2 \pm 4,42\%$ qanaxma, 55 nəfərdə $51,9 \pm 4,85\%$ diş daşları müəyyən edilmişdir. 14-15 yaş qrupunda olan şəxslərdə parodont xəstəliklərinin daha çox yayılması müşahidə olunur. Əvvəlki qrupla müqayisədə sağlam parodontda malik şəxslərin sayı nisbətən azalmış $15,9 \pm 0,60\%$, diş daşları olan şəxslərin sayı artmışdır $57,1 \pm 6,23\%$ ($p < 0,001$). Nəticə parodont xəstəliklərinin daha çox yayıldığını göstərir, intensivlik göstəriciləri isə, sağlam sekstantların sayının azaldığını göstərir $1,79 \pm 0,14$ ($p < 0,001$).

Proses hələ də lokal xarakter daşısa da yaş artdıqca intensivliyin artdığı müəyyən olunmuşdur. Yaş artdıqca müşahidə olunan parodontun iltihabi zədələnmələrinin tezliyinin daha da yüksəlməsi mütəxəssislər tərəfindən müxtəlif

Cədvəl 1.

CPITN indeksinin strukturu ($\bar{X} \pm S_x$).

Yaş qrupları	Müayinə olunanların sayı	Yayılma dərəcəsi, %		
		Sağlam parodont	Qanaxma	Diş daşları
12-13	43	$23,3 \pm 6,44$	$32,6 \pm 7,15$	$44,2 \pm 7,57$
14-15	63	$15,9 \pm 4,60$	$27,0 \pm 5,59$	$57,1 \pm 6,23$
Cəmi	106	$18,9 \pm 3,80$	$29,2 \pm 4,42$	$51,9 \pm 4,85$

Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif klinik əlamətlərinin gənc yaşlardan geniş yayılması cədvəl 1-dən aydın görünür. Belə ki, 12-13 yaş qrupunda 43 nəfər müayinə olunmuşdur. Bunlardan (10 nəfərdə) $23,3 \pm 6,44\%$ sağlam parodont, 14 nəfərdə $32,6 \pm 7,15\%$ qanaxma, 19 nəfərdə $44,2 \pm 7,57\%$ diş daşları aşkar edilmişdir. 14-15 yaş qrupları arasında müayinə olunan

səbəblərlə izah edilir. Bu, həm immun statusun zəifləməsi, həm də gigiyenik prosedurlara diqqətin azalması, törədicilərin spektrinin genişlənməsi və onların arasında antibiotiklərə rezistent ştamların dövr etməsi ilə bağlıdır. PİX-nin müasir problemi ondan ibarətdir ki, nəinki gənc yaşda əhalinin xəstələnməsi getdikcə artır, həm də onların müalicə-profilaktikası, massiv

antibiotik terapiyası və səbəbkar dişlərin çıxarılması kimi qəti tədbirlər də müsbət nəticəyə gətirib çıxarmır. Xəstəlik xronik xarakter alır, iltihab prosesi isə genişlənir və parodontun daha böyük sahələrini əhatə edir. PİX-nin sistem xarakterini nəzərə alaraq, pasiyentlərin sağlamlığının nə dərəcə sarsıldığını təsəvvür etmək çətin deyildir. Bununla əlaqədar olaraq, müasir şəraitdə PİX-nin klinik-patogenetik gedişinin xarakterini, onun intensivliyini aşkara çıxarmaq mühüm əhəmiyyət daşıyır. Bu rəqərdə bizim əldə etdiyimiz nəticələr cədvəl 1-də təsvir edilmişdir. Cədvəl 2 və şəkil 1-də paro-

olmuşdur, ağız boşluğunun professional gigiyenası tətbiq edilmişdir. Skeylərin ucluğu baş barmaq və ikinci barmaq arasında yüngülcə tutulmuş və təmizlənən səthə nisbətən iti bucaq altında fasilələrlə təmizlənmişdir. İşləyərkən əlimiz xəstənin çənəsinə fiksə edilmişdir, dişin üzərindəki, dişəti altındakı çöküntülər təmizlənmiş, sonra tozpüskürən cihazla daha kiçik qalıqlar xaric edilmişdir. Müntəzəm olaraq diş su ilə həm, yuyulmuş həm də soyudulmuşdur. Proseduradan 10 gün sonra $1,30 \pm 0,030$ ($p_1 < 0,001$) qeydə alınmış, müalicədən 30 gün sonra $1,18 \pm 0,027$ ($p_1 < 0,001$) olmuşdur.

Cədvəl 2.

Gİ indeksinin dinamikası. (12-13 yaş).

Parodont xəstəlikləri	Xəstələrin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Gİ indeksinin göstəriciləri (bal ilə)					
			Müalicədən əvvəl	Müalicədən 10 gün sonra	$p_1 <$	Müalicədən 30 gün sonra	$p_1 <$	$p_2 <$
Gingivit	11	1,22±0,036	2,35±0,065 *	1,30±0,030	0,001	1,18±0,027	0,001	0,01
Yüngül dərəcəli parodontit	14		2,69±0,060 *	1,39±0,028 *	0,001	1,23±0,033	0,001	0,001
$p^1 <$			0,001	0,05		-		
Orta dərəcəli parodontit	8		3,02±0,091 *	1,46±0,027 *	0,001	1,27±0,030	0,001	0,001
$p^1 <$			0,001	0,01		0,05		
$p^2 <$			0,01	-		-		

Qeyd: p_1, p_2 – uyğun olaraq, müalicədən əvvəl və müalicədən 10 gün sonrakı göstəriciyə nəzərən statistik dürüstlük; p^1, p^2 – uyğun olaraq, gingivit və yüngül dərəcəli parodontit qrupu göstəricisinə nəzərən statistik dürüstlük;

* - $p < 0,05$, nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür.

dont xəstəlikləri, gingivit, yüngül dərəcəli parodontit, orta dərəcəli parodontitli xəstələrdə Gİ indeksinin dinamikası verilmişdir. 12-13 yaş qrupları arasında aparılan araşdırmalar göstərir ki, 11 nəfərdə (nəzarət qrupu n10) gingivit xəstəliyinin Gİ indeksinin dinamikası professional gigiyenadan əvvəl $2,35 \pm 0,065$

Müalicədən 10 gün və 30 gün sonrakı nəticələr dürüstdür. ($p_2 < 0,01$) Gİ indeksinin dinamikasını öyrənmək üçün 14-15 yaş qrupları arasında ümumilikdə 53 nəfər pasiyent (nəzarət qrupu n0) üzərində araşdırma aparılmışdır. Gingivit, yüngül dərəcəli parodontit və orta dərəcəli parodontit müalicədən 10 gün sonra və 30 gün

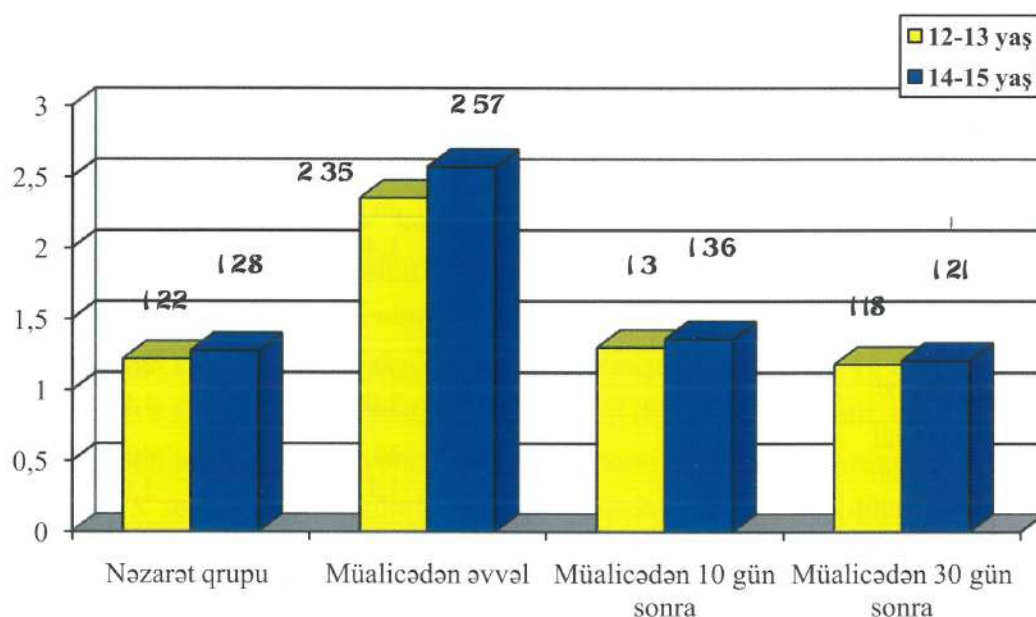
sonra bu göstəricilər normativ göstəriciyə yaxınlaşmışdır. Uyğun olaraq gingivit professional gigiyenadan əvvəl $2,57 \pm 0,039$ olmuşdur. Professional gigiyena tətbiq edilmişdir. Skeylerlə və tozpüskürən cihazla dişəti altı, dişətiüstü ərp, çöküntülər təmizlənmiş, xəstələrə profilaktik tövsiyələr verilmişdir. 10 gün sonra bu göstərici $1,36 \pm 0,031$ qeydə alınmış, professional gigiyenadan 30 gün sonra $1,21 \pm 0,026$ olmuşdur.

Yüngül dərəcəli parodontit müalicədən əvvəl $2,93 \pm 0,057$ olmuşdur, müalicədən 10 gün sonra bu göstərici $1,44 \pm 0,030$ -a qədər dəyişmişdir, 30 gün sonra $1,26 \pm 0,021$ olmuşdur. Orta dərəcəli parodontit müalicədən əvvəl $3,26 \pm 0,053$ olmuşdur, skeylerlə və tozpüskürən cihazla ağız boşluğunda professional gigiyena tədbirləri yerinə yetirildikdən 10 gün sonra bu rəqəm $1,48 \pm 0,030$ olmuşdur, professional gigiyenadan 30 gün sonra $1,29 \pm 0,025$ olmuşdur (şəkil 1), p_1 , p_2 uyğun

dürüstdür ($p < 0,05$). Uyğun olaraq nəzarət qrupu və 12-13 yaş qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür. Nəticələrdən göründüyü kimi parodontun iltihabi xəstəlikləri 12-13 yaş qrupuna nisbətən 14-15 yaş qrupunda daha yüksək göstəricilərə malikdir və hər iki qrupdakı göstəricilər müalicədən sonra xeyli normallaşmağa doğru dəyişmişdir. Bunlara əsaslanaraq belə qənaətdə gəlmək olar ki, parodontun iltihabi xəstəliklərinə qarşı mübarizə apararkən ağız boşluğunun professional gigiyenası zəruridir və daha erkən yaşlarda başlamaq lazımdır. Pİ. və PMA müayinələrində də professional gigiyenadan sonra müsbət nəticələr əldə edilmişdir.

Qeyd edilənləri nəzərə alaraq, parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsi zamanı ağız boşluğunun professional gigiyenasının tətbiqinin səmərəliliyini qiymətləndirmək üçün qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyinin və

Şəkil 1. Gİ indeksinin dinamikası.(Gingivit).



olaraq, müalicədən əvvəl və müalicədən 10 gün sonrakı göstəriciyə nəzərən statistik dürüstdür, p_1 , p_2 uyğun olaraq, gingivit və yüngül dərəcəli parodontit qrupu göstəricisinə nəzərən statistik

immunoqlobulinlərin (İgA, İgG, sİgA) kəmiyyət göstəricilərini təyin etdik. Bu göstəricilər hər üç qrup xəstələrdə ağız boşluğunun professional gigiyenasından əvvəl, sonra və bir ay

müddətdən sonra müəyyən olunmuşdur. Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyi müayinə olunan 12-13 yaşlı parodontun iltihabi xəstəliyi olan 33 nəfərdə, 14-15 yaşlı 53 nəfərdə və 20 nəfər intakt parodontla (nəzarət qrupu) müəyyən edilmişdir. 12-13 yaş qrupunda olan 11 nəfər gingivitli xəstələrdə göstərici müalicədən əvvəl aşağı olmuşdur $29,3 \pm 0,82\%$. Nəzarət qrupu $47,0 \pm 0,79\%$ olmuşdur. Müalicədən 10 gün sonra kəskin artaraq $40,5 \pm 1,30\%$ səviyyəyə çatmışdır ($p_1 < 0,001$), bir aydan sonra cüzi artma qeydə alınmışdır $41,5 \pm 1,18\%$ ($p_1 < 0,001$). Bu parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı ağız boşluğunun gigiyena qaydalarına düzgün riayət olunduğunu göstərir. Yüngül dərəcəli parodontit olan 14

nəfər 12-13 yaşlı xəstələrdə əvvəl $30,5 \pm 0,66\%$, ağız boşluğunun professional gigiyenasından 10 gün sonra qalxaraq $41,3 \pm 1,07\%$ olmuşdur ($p_1 < 0,001$). 1 ay sonra isə müvafiq olaraq $42,1 \pm 1,04\%$ qeydə alınmışdır ($p_1 < 0,001$).

Orta dərəcəli parodontit diaqnozlu 8 xəstədə heç bir gigiyenik prosedura yerinə yetirmədən yoxladıqda $31,0 \pm 0,93\%$ olmuşdur. Ağız boşluğunun professional gigiyena tədbirləri yerinə yetirdikdən sonra yüksələrək $40,8 \pm 1,46\%$ qeydə alınmışdır ($p_1 < 0,001$). Bir aydan sonra cüzi artaraq $41,7 \pm 1,24\%$ olmuşdur ($p_1 < 0,001$).

Bir aydan sonra cüzi artaraq $41,7 \pm 1,24\%$ olmuşdur ($p_1 < 0,001$). Gingivit, yüngül dərəcəli parodontit, orta dərəcəli parodontit olan hər üç

Cədvəl 3.

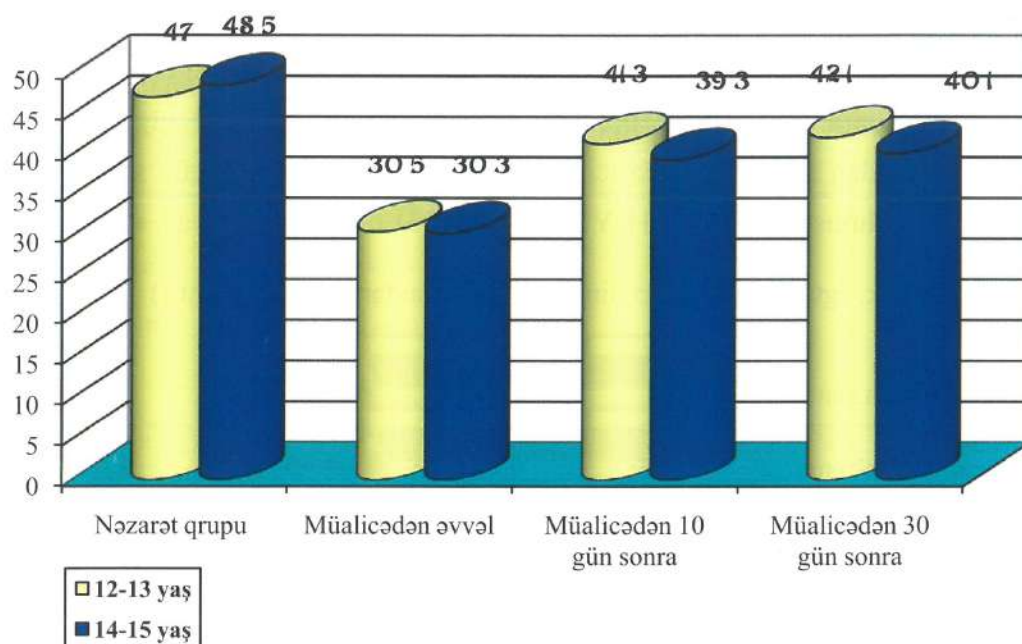
Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyinin müalicədən əvvəl və sonrakı dəyişmə dinamikası, %-lə.

Yaş qrupu	Parodont xəstəlikləri	Xəstələrin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 10 gün sonra	$p_1 <$	Müalicədən 30 gün sonra	$p_1 <$
12-13	Gingivit	11	$47,0 \pm 0,79$	$29,3 \pm 0,82 *$	$40,5 \pm 1,30 *$	0,001	$41,5 \pm 1,18 *$	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	14		$30,5 \pm 0,66 *$	$41,3 \pm 1,07 *$	0,001	$42,1 \pm 1,04 *$	0,001
	$P^1 <$			-	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	8		$31,0 \pm 0,93 *$	$40,8 \pm 1,46 *$	0,001	$41,7 \pm 1,24 *$	0,001
	$P^1 <$			-	-		-	
	$P^2 <$			-	-		-	
14-15	Gingivit	21	$48,5 \pm 0,36$	$28,3 \pm 0,57 *$	$39,5 \pm 1,08 *$	0,001	$40,4 \pm 1,07 *$	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	16		$30,3 \pm 0,69 *$	$39,3 \pm 1,18 *$	0,001	$40,1 \pm 1,08 *$	0,001
	$P^1 <$			0,05	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	16		$30,9 \pm 0,81 *$	$38,6 \pm 1,06 *$	0,001	$39,5 \pm 1,02 *$	0,001
	$P^1 <$			0,05	-		-	
	$P^2 <$			-	-		-	

Qeyd: p_1 – müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstlük;

p^1 , p^2 – uyğun olaraq, gingivit və yüngül dərəcəli parodontit qrupu göstəricisinə nəzərən statistik dürüstlük;

* - nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür, $p < 0,05$



qrupda əvvəlki göstəricilər aşağı olmuşdur. Professional gigiyena tədbirlərini yerinə yetirdikdən 10 gün sonra həm gingivit, həm yüngül dərəcəli parodontit, həm də orta dərəcə parodontit xəstələrinin hamısının göstəriciləri yüksələrək xeyli normallaşmağa doğru dəyişmişdir.

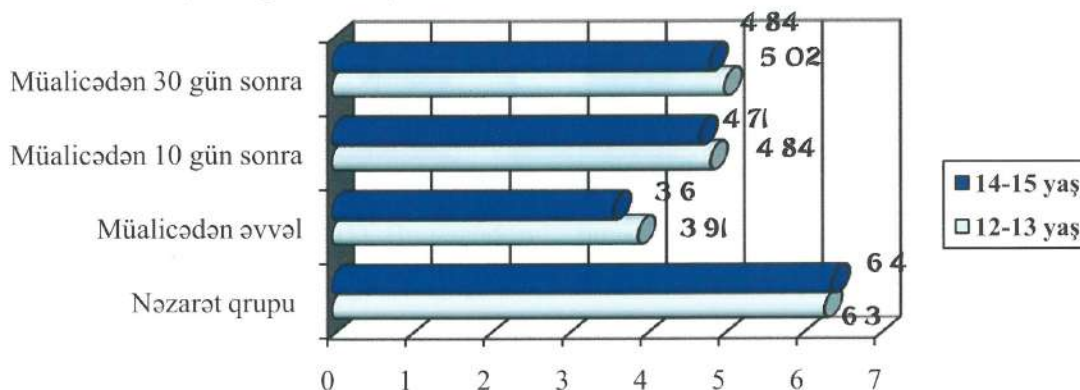
Müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstdür. 1 ay sonrakı göstəricilərdə həm gingivit, həm, yüngül dərəcə parodontit, həm də orta dərəcə parodontit xəstələrində cüzi artma müşahidə olunmuşdur. Beləliklə parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsində professional gigiyena tədbirlərinin tətbiq edilməsi təkcə bir profilaktik tədbir kimi yox hətta müalicənin keyfiyyətinin yaxşılaşmasına da müsbət təsir edir. Bu 12-13 yaşlı parodontun iltihabi xəstəlikləri olan yeniyetmələrdə lizosimin əvvəl və sonrakı göstəriciləri bunu əyani olaraq sübut edir. Nəzarət qrupunda olan 20 nəfər 12-13 yaşlı yeniyetmələrin göstəriciləri ilə ($47,0 \pm 0,79\%$) əsas qrupda olan 33 nəfər parodontun iltihabi xəstəlikləri olan xəstələrin müalicədən 10 gün sonrakı göstəricilər ($40,5 \pm 1,30\%$), ($41,3 \pm 1,07\%$), ($40,8 \pm 1,46\%$) arasında elə böyük fərq görünür. Bu da pro-

fessional gigiyenanın nə dərəcədə keçilməz olduğunu göstərir. Bütün polietioloji xəstəliklər kimi parodontun iltihabi xəstəliklərinin də müalicəsi tək etiologiyaya görə deyil, əsasən patogenezinə görə aparılır. Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyinin professional gigiyenadan asılı olaraq dəyişmə dinamikasına nəzər saldıqda belə qənaətə gəlmək olar ki, gigiyenik tədbirlər orqanizmin immun müdafiə sisteminin vəziyyətini yaxşılaşdırır, kompleks müalicənin effektivliyini artırır. İgG - nin ağız boşluğunun professional gigiyenasından sonrakı göstəricilərinin dinamikasına diqqət yetirərək aydın olur ki, 12-13 yaş qrupunda 33 xəstə iştirak etmişdir. Bunlardan 11 nəfəri gingivit, 14-ü yüngül dərəcəli parodontit, 8 nəfər orta dərəcəli parodontit diaqnozunda olmuşdur. Nəzarət qrupu 20 nəfərdən ibarət olmuşdur- 10 nəfər 12-13 yaş qrupunda, 10 nəfər 14-15 yaş qrupunda iştirak etmişdir. 12-13 yaşlıların nəzarət qrupunda göstərici $6,3 \pm 0,21 \text{ q/l}$ olmuşdur. Gingivit xəstələrinin ağız boşluğunun müalicədən əvvəlki göstəricisi aşağı olmuşdur $3,21 \pm 0,14 \text{ q/l}$ qeydə alınmışdır. Skeyler və tozpuşkürən cihazların köməyi ilə diş çöküntüləri profes-

sional qaydada təmizlənmişdir, profilaktik tövsiyələr verilmişdir. Professional gigiyenadan 10 gün sonra sonra artaraq $4,20 \pm 0,27 \text{ q/l}$ olmuş ($p_1 < 0,01$), 1 aydan sonra bu göstərici az dəyişib $4,34 \pm 0,27 \text{ q/l}$ olmuşdur ($p_1 < 0,001$). Yün-

Orta dərəcəli xəstələrdə əvvəl aparılan müayinələrdə $3,91 \pm 0,21 \text{ q/l}$ qeydə alınmış, ağız boşluğunun professional gigiyenasından, profilaktik tədbirlərdən 10 gün sonra $4,84 \pm 0,27 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,05$) olmuşdur. Bir ay sonra $5,02 \pm 0,30 \text{ q/l}$

Şək. IgG-nin dəyişmə dinamikası (Orta dərəcəli parodontit)



gül dərəcəli parodontit xəstələrində professional gigiyenadan əvvəl $3,83 \pm 0,17 \text{ q/l}$ olmuşdur. Gigiyenik tədbirdən 10 gün sonra $4,90 \pm 0,22 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,001$) qeydə alınmışdır. Müalicədən 1 ay sonra $5,02 \pm 0,22 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,01$) göstəriciyə malik olmuşdur (cədvəl 3.10). Orta dərəcəli xəstələrdə əvvəl aparılan müayinələrdə $3,91 \pm 0,21 \text{ q/l}$ qeydə alınmış, müalicədən 10 gün sonra $4,84 \pm 0,27 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,05$) olmuşdur. Bir ay sonra $5,02 \pm 0,30 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,05$) göstəricisinə malik olmuşdur. 14-15 yaş qrupuna gəldikdə 53 nəfər iştirak etmişdir. 21 gingivit, 16 yüngül dərəcəli parodontit, 16 nəfər orta dərəcəli parodontit diaqnozu ilə müayinə olunmuşdur. Gingivit xəstələrində əvvəlki göstərici $3,14 \pm 0,12 \text{ q/l}$ qeydə alınmışdır, müalicədən 10 gün sonrakı göstərici çoxalaraq $4,34 \pm 0,21 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,001$) olmuşdur. Bir aydan sonrakı göstərici $4,49 \pm 0,22 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,05$) olmuşdur. (cədvəl 4).

($p_1 < 0,05$) göstəricisinə malik olmuşdur. 14-15 yaş qrupuna gəldikdə 53 nəfər iştirak etmişdir. 21 gingivit, 16 yüngül dərəcəli parodontit, 16 nəfər orta dərəcəli parodontit diaqnozu ilə müayinə olunmuşdur. Gingivit xəstələrində əvvəlki göstərici $3,14 \pm 0,12 \text{ q/l}$ qeydə alınmışdır, müalicədən 10 gün sonrakı göstərici çoxalaraq $4,34 \pm 0,21 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,001$) olmuşdur. Bir aydan sonrakı göstərici $4,49 \pm 0,22 \text{ q/l}$ ($p_1 < 0,05$) olmuşdur.

Göründüyü kimi ağız boşluğunun professional gigiyenasının tətbiqindən sonra normallaşmağa doğru irəliləyiş əldə edilmişdir, 1 ay sonrakı nəticəyə nəzər saldıqda bir az daha yaxşılaşma qeydə alınmışdır. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin epidemiologiyası, etiologiyası, müalicə və profilaktikası üzrə müxtəlif ölkələrdə çoxsaylı tədqiqatlar aparılmışdır. Məlum olmuşdur ki, parodontun iltihabi xəstəlikləri ilə müxtəlif xəstəliklər- mədə-bağırsaq, qan-damar,

Cədvəl 4.

Müxtəlif dərəcəli parodontun iltihabi xəstəlikləri olan şəxslərdə müalicə nəticəsində İgG –nin dəyişmə dinamikası (q/l-lə).

Yaş qrupu	Parodont xəstəlik-ləri	Xəstə-lərin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Müalicə-dən əvvəl	Müalicə-dən 10 gün sonra	$P_1 <$	Müalicə-dən 30 gün sonra	$P_1 <$
12-13	Gingivitis	11	6,3 ± 0,21	3,21 ± 0,14 *	4,20 ± 0,27 *	0,01	4,34 ± 0,27 *	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	14		3,83 ± 0,17 *	4,90 ± 0,22 *	0,001	5,02 ± 0,22 *	0,01
	$P^1 <$			0,01	0,05		-	
	Orta dərəcəli parodontit	8		3,91 ± 0,21 *	4,84 ± 0,27 *	0,05	5,02 ± 0,30 *	0,01
	$P^1 <$			0,05	-		-	
	$P^2 <$			-	-		-	
14-15	Gingivitis	21	6,4 ± 0,14	3,14 ± 0,12 *	4,34 ± 0,21 *	0,001	4,49 ± 0,22 *	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	16		3,54 ± 0,14 *	4,67 ± 0,20 *	0,001	4,82 ± 0,21 *	0,001
	$P^1 <$			0,05	-			
	Orta dərəcəli parodontit	16		3,60 ± 0,20 *	4,71 ± 0,23 *	0,001	4,84 ± 0,24 *	0,001
	$P^1 <$			-	-		-	
	$P^2 <$			-	-		-	

Qeyd: P_1 – müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstlük;

P^1 , P^2 – uyğun olaraq, gingivitis və yüngül dərəcəli parodontit qrupu göstəricisinə nəzərən statistik dürüstlük;

* - nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür, $p < 0,05$;

endokrin, sinir sistemi xəstəlikləri və s. arasındakı əlaqə vardır. Yeniyetmələrdə dişlərin boyun nahiyəsindəki diş ərplərinin və gingivitlərin birbaşa əlaqəsi göstərilir və qeyd edilir ki, gingivitlərin əmələ gəlməsində diş ərplərinin təsiri ilə yanaşı yeniyetmələrin orqanizmində baş verən dəyişikliklər də mühüm rol oynayır. Yuxarıdakı məsələləri nəzərə alaraq parodontun iltihabi xəstəliklərinin diaqnostikası və

müalicəsi zamanı ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bunu nəzərə alaraq PİX-nin müalicə və profilaktikası zamanı ilk növbədə professional gigiyena tədbirlərini həyata keçirdik. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsində professional gigiyenanın tətbiq olunması ağız boşluğu-

nun gigiyenik vəziyyətini yaxşılaşdırır. Klinik, immunoloji, mikrobioloji göstəricilərin normaya doğru dəyişməsinə səbəb olur. Beləliklə erkən yaşlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin xroniki hala keçməsinin qarşısını almaq məqsədilə klinik göstəricilərin dinamikası, immunoloji göstəricilərdəki dəyişikliklər və professional gigiyena tədbirlərinin rolunu qiymətləndirmək zəruridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Абаев З.М., Домашев Д.И., Антидзе М.К. и др. Современные методы лечения и профилактики заболеваний пародонта // Стоматология, 2012, №4, с.72-74
2. Ревазова З.Э., Вагнер В.Д. Использование врачами-стоматологами различных методов лечения заболеваний пародонта // Институт Стоматологии, 2013, №61, с.14-19
3. Won Y.S., Kim J.H., Kim Y.S. et al Association of internal exposure of cadmium and lead with periodontal disease: a study of the Fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey // J Clin Periodontol., 2013, vol. 40, p.118-24
4. Wu X., Weng H., Lin X. Self-reported questionnaire for surveillance of periodontitis in Chinese patients from a prosthodontic clinic: a validation study // J Clin Periodontol., 2013, vol.40, p. 616-23
5. Carallo C., De Franceschi M.S., Tripolino C. et al Common carotid and brachial artery hemodynamic alterations in periodontal disease // J Clin Periodontol., 2013, vol.40, p.431-6.
6. Houshmand M., Holtfreter B., Berg M.H. et al. Refining definitions of periodontal disease and caries for prediction models of incident tooth loss // J Clin Periodontol., 2012, vol.39, p.635-44.
7. Krohn-Dale I., Boe O.E., Enersen M. et al Er YAG laser in the treatment of periodontal sites with recurring chronic inflammation: a 12-month randomized, controlled clinical trial // J Clin Periodontol., 2012, vol.39, p.745-52.
8. Tran T.D., Gay Í., Du X.L. et al Assessment of partial-mouth periodontal examination protocols for periodontitis surveillance // Journal of Clinical Periodontology, 2014, vol.41, p.846-852
9. Mdala Í., Olsen Í., Haffajee A.D. et al Comparing clinical attachment level and pocket depth for predicting periodontal disease progression in healthy sites of patients with chronic periodontitis using multi-state Markov models // Journal of Clinical Periodontology, 2014, vol. 41, p.837-845,
10. Vandilson P.R., Silvana A.L., Lopes F.I. et al Periodontal status and serum biomarkers levels in haemodialysis patients // Journal of Clinical Periodontology, 2014, vol.12, p. 862-868)

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНИВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ В ПОЛОСТИ
РТА В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПОРОДОНТА.

Рустамов Е. А., Иманов Э.А.

Кафедра стоматологии детского возраста,
Азербайджанский Медицинский Университет.

Цель исследования состоит в клинко-иммунологической оценке и разработке индивидуальных лечебно-профилактических мер для профессиональной гигиены различных стадий воспалительных заболеваний пародонта. Для клинических стоматологических исследований практически были привлечены 106 подростков в возрасте 12-15 лет. Из них 86 имели воспалительные заболевания пародонта и 20 были с интактным пародонтом.

Клинические исследования были проведены по общепринятым правилам. Для выявления изменений в пародонте были использованы индексы CPITN, GI, PI, PMA и Лизосим, IgG, IgA, SIgA. Таким образом, внедрение профессиональной гигиены при воспалительных болезнях пародонта дает хороший эффект. При использовании профессиональной гигиены на раннем возрасте можно предотвратить перехода пародонта на хроническую фазу.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PROFESSIONAL HYGIENE OF THE ORAL CAV-
ITY IN DIAQNOSIS AND TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT.

Rustamov E.A., Imanov E.A.

Azerbaijan Medical University, Department of Pediatric dentistry.

The aim of the research is clinical and immunological evaluation of the professional oral hygiene in the different stages of the parodontal inflammatory deceases. Practically healthy 106 teenagers at the age 12-15 are observed during the clinical dental researches. 86 of them were examined by the parodontal inflammatory deceases and 20 of them were examined by parodontal intact. The clinical analyses are done as the adopted rule. CPITN, GI, PI, PMA indexes and lizosim, IgG, IgA, sIgA dynamics have been identified to study the changes occurring in parodont. Thus, the implementation of occupational health in inflammatory periodontal diseases gives a good effect. During use occupational health at an early age can prevent periodontal transition to the chronic phase.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, пародонтит, иммуноглобулины, профессиональной гигиены.

Keywords: Inflammmeri diseases of parodontitis, parodontitis, immunoglobulin, professional hygiene.

III SINIF MALOKKLÜZİYALARIN MÜALİCƏSİNDƏ SƏRT TOXUMA YER DƏYİŞMƏLƏRİNİN YUMŞAQ TOXUMALARA TƏSİRİ

Saniç K.B.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq stomatologiyası kafedrası.

III sinif malokklüziyaları müalicəsi çətin olan diş çənə anomaliyalardan biridir. Böyümə və inkişafını tamamlamış və məqbul bir üz görünüşünə sahib, yüngül dərəcədəki III sinif xəstələrdə, ortopedik qüvvət və ya cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmadan çıxmayan ortodontik aparatlar ilə müalicə mümkündür. Düzgün diaqnoz müvəffəqiyyətli nəticə əldə etməyə imkan verir (2, 5, 6, 7, 11, 13). Kompensasiya məqsədiylə maksilyar dişlər mezializasiya, mandibulyar dişlər distalizasiya edilir (12).

Yumşaq toxumalardakı yer dəyişmələr sümük toxumalarla eyni nisbətdə olmur. Sərt toxumalardakı yer dəyişməyə yumşaq toxumaların verdiyi cavabın tam olaraq təxmin edilməsi mümkün deyildir. Alt və üst dodaqlar yumşaq toxumanın ən əhəmiyyətli komponentləridir (1). Dodaq qalınlığı, uzunluğu, yer və quruluşu ortodontik müalicənin cavabına təsir edir (1, 3, 8, 10). Graber-e görə dodağın proyeksiyasını dodaq qalınlığı, dişlərin protruziya və ya retruziya, maksillomandibulyar protruziya və ya retruziya müəyyən edir (4). Dodaqlar diş hərəkətiylə dəstəklənir. Kəsici diş hərəkətlərinin alt və üst dodaqlarda dəyişiklik meydana gətirdiyi bildirilmişdir (4, 9). Nasolabial bucağa isə kəsici retraksiyasının təsir etdiyi bildirilmişdir (9). Tədqiqatımızda ortodontik müalicə almış III sinif malokklüziyalı fərdlərdəki sərt toxuma yer dəyişmələrinin yumşaq toxumalara təsiri araşdırılmışdır.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universiteti Uşaq Stomatologiyası kafedrasına, Səlcuq Universitetinin Diş Həkimliyi Fakültəsi Ortodontiya kafedrasına müalicə məqsədi ilə müraciət etmiş fərdlərin müalicədən əvvəl və sonra əldə edilmiş lateral sefalometrik rentgenləri üzərində icra edildi.

Əldə edilən rentgenlər Quick Ceph kompüter programı vasitəsilə analiz edilmişdir.

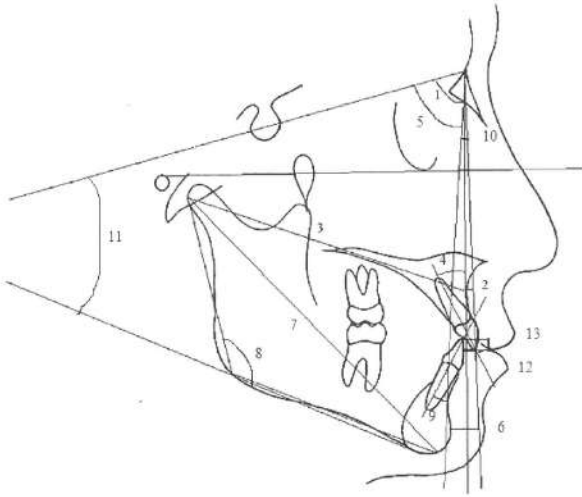
Tədqiqata alt və üst çənə sümüklərinin bir-biri ilə əlaqələrini qiymətləndirən ANB bucağı 0°-dən kiçik olan fərdlər daxil edilmişdir. Tədqiqat 12-25 yaşları arası, yaş ortalaması 15,09 olan III sinif malokklüziyalı ortodontik müalicə almış 28 qız, 15 oğlan olmaqla 43 fərddə aparılmışdır.

Fərdlər seçilərkən bu meyarlar diqqətə alınmışdır:

1. Üçüncü daimi, molyar dişlərdən başqa, digər bütün dişləri çıxmış və sağlam dişlərə sahib fərdlər,
2. Kariyes ya da maddə itkisinə məruz qalmamış fərdlər,
3. Dişlərində morfoloji anomaliya olmayan fərdlər,
4. Dodaq, damaq yarığı kimi anadan gəlmiş dentofasial anomaliyaya malik olmayan fərdlər,
5. Periodontal xəstəliyi olmayan fərdlər,
6. Asimetriyası olmayan fərdlər,
7. Gicgah-Çənə oynaqında patologiyası olmayan fərdlər.

İstifadə olunan sefalometrik ölçülər:

1. SNA bucağı: S, N və A nöqtəsi arasındakı bucaq.
2. A-N[⊥]FHP (A-Na Perp): A nöqtəsinin Nasion nöqtəsindən Frankfurt Horizontala endirilmiş perpendikulyara uzaqlığı.



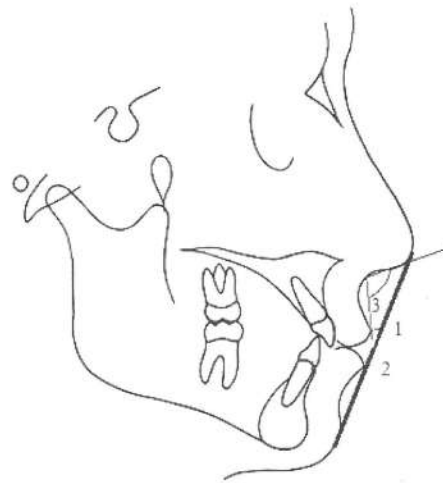
Şəkil 1: Sefalometrik ölçülər

3. Effektiv orta üz ölçüsü (Co-A): Kondiliondan A nöqtəsinə olan uzaqlıqdır.
4. Üst kəsici-NA bucağı (Mx1- NA): N-A xəttiylə üst orta kəsici dişin uzun boylama oxu arasında qalan bucaqdır.
5. SNB bucağı: S, N və B nöqtəsi arasındakı bucaq.
6. Pg- N[⊥]FHP (Pg -Na Perp): Pg nöqtəsinin Nasion nöqtəsindən Frankfurt Horizontala endirilmiş perpendikulyara uzaqlığı.
7. Effektiv mandibula ölçüsü (Co-Gn): Oynaq çıxıntı ən üst, ən arxa (kondilion) nöqtəsi ilə Gnasion nöqtəsi arasında qalan xəttin uzunluğu.
8. Gonial bucaq (ArGoMe): Ramal xətt ilə mandibulyar xətt arasındakı bucaq.
9. Alt kəsici-NB bucağı (Md1-NB): N-B xətti ilə alt orta kəsici dişin uzun boylama oxu arasında qalan bucaqdır.

10. ANB bucağı: Maksilla və mandibulanın sagittal istiqamətdə bir-birləriylə münasibətlərini müəyyən edən bucaq.
11. SN-GoGn bucağı: Sella-Nasion xətti ilə Go-Gn xətti arasındakı bucaq.
12. Overjet: Alt və üst kəsici dişlərin kəsici kənarları arasındakı sagittal xəttə paralel məsafə.
13. Overbite: Alt və üst kəsici dişlərin kəsici kənarları arasındakı vertikal xəttə paralel okluzal xəttə perpendikulyar məsafəsi.

İstifadə olunan Yumşaq Toxuma ölçüləri:

1. Üst dodaq-E: Üst dodağın Rickettsin E xəttinə olan uzaqlığı.
2. Alt dodaq-E: Alt dodağın Rickettsin E xəttinə olan uzaqlığı.



Şəkil 2: Yumşaq toxuma ölçüləri.

3. Nasolabial bucaq (Co1-Sn'-ULA): Burunun alt kənarıyla üst dodağın ön səthinin yumşaq toxumasının subnasale bölgəsində meydana gətirdiyi bucaqdır.

Nəticə: Homogenliyin dəyərləndirilməsi zamanı öncə kolmogrov smirnov testi aparılmış və qiymətlərin normal dağıldığı görülmüş və bu səbəbdən parametrik testlər edilmişdir.

Əhəmiyyətlik səviyyəsi P dəyəri 0.05 olaraq ölçülmüşdür.

Müalicədən əvvəlki və sonrakı qiymətlərin müqayisəsində paired sample t testi aparılmışdır.

Müalicə əvvəli və müalicə sonrası orta hesabla və kənara çıxma qiymətləri cədvəl 1-də verilmişdir.

Co-A uzunluğunda statistik əhəmiyyətsiz artım görülmüşdür.

Mx1-NA bucağında $P < 0.01$ səviyyəsində əhəmiyyətli fərqlilik görülmüşdür. Mandibula ölçülərində SNB bucağında $P < 0.05$ səviyyəsində əhəmiyyətli fərqlilik görülmüşdür.

Co-Gn uzunluğundakı statistik əhəmiyyətsiz

Cədvəl 1

Müalicə əvvəli və müalicə sonrası orta hesabla və kənara çıxma qiymətləri

DƏYƏRLƏR	III SİNİF				p
	müalicə əvvəli		müalicə sonrası		
	Orta qiymət	SD	Orta qiymət	SD	
Maksilla ölçüləri					
SNA	78.079	3.535	78.832	3.309	0.015 *
A-N $\perp$ FHP	-4.298	4.197	-3.060	3.827	0.006*
Efekt Orta üz ölçüsü (Co-A)	81.200	4.471	81.484	6.378	0.770 NS
Mx1-NA bucağı	27.423	5.073	30.347	5.869	0.005**
Mandibula ölçüləri					
SNB	79.904	3.471	79.320	3.524	0.027*
Pg- N $\perp$ FHP	-2.909	7.363	-2.567	7.738	0.705 NS
Efekt mand ölçüsü (Co-Gn)	117.914	7.112	117.007	9.829	0.496 NS
Gonial bucaq (ArGoMe)	126.172	7.399	126.426	7.262	0.053 NS
Md1-NB bucağı	22.965	6.053	22.537	6.335	0.637 NS
Maksillo- mandibulyar ölçülər					
ANB	-1.865	1.378	-0.500	2.052	0.000***
SN- GoGn	33.449	6.342	33.465	6.886	0.975 NS
overjet	0.585	2.184	3.277	3.100	0.000***
overbayt	0.880	2.027	1.652	1.048	0.016*
Yumşaq toxuma ölçüləri					
Üst dudak- E düz (Ls-NsPg')	-5.512	2.801	-5.028	2.407	0.107 NS
Alt dudak- E düz (Li-NsPg')	-2.433	2.915	-2.214	2.936	0.534 NS
Nasolabial bucaq (Ls-Ns-col)	104.081	11.877	101.293	8.997	0.069 NS

N.S Statistik baxımdan əhəmiyyətli deyil; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

S.D: kənara çıxma və paired sample t testi təsbitləri. p: əhəmiyyətlik səviyyəsi

Ortodontik müalicədən sonra maksilyar ölçülərdə SNA bucağı və A N $\perp$ FHP uzunluğunda $P < 0.05$ səviyyəsində əhəmiyyətli fərqlilik görülmüşdür.

kiçilmə olmuşdur.

ArGoMe ölçüsündə fərq müşahidə edilməmişdir.

Md1-NB bucağında statistik əhəmiyyətsiz kiçilmə müşahidə edilmişdir.

Maksillo-mandibulyar ölçülərdən ANB bucağı və overjetdə $P < 0.001$ səviyyəsində, overbaytda $P < 0.05$ səviyyəsində əhəmiyyətli fərqlilik müəyyən olunduğu halda, SN-GoGn bucağında fərqlilik olmamışdır.

Yumşaq toxuma ölçüləri üst dodaq-E məsafəsi, alt dodaq-E məsafəsi və nasolabial bucaq statistik baxımdan dəyişmə göstərməmişdir.

Müzakirə: III sinif-də SNA bucağında artma müşahidə edilmişdir. Çıxmayan ortodontik aparatlar ilə maksillada az da olsa önə yerdeyişmə olmuşdur.

Maksillanın ön arxa mövqeyi Nasion perpendikulyar xəttinə görə A nöqtəsinin uzaqlığı ölçülərək dəyərləndirilir. III sinif xəstələrində A nöqtəsi önə yerləşərək dəyişmə müəyyən olundu. Maksilladakı dentoalveolar yer dəyişmələrin A nöqtəsinin FH müstəvisinə olan mövqeyini dəyişdirdiyi müşahidə olundu.

Xəstələrimizdə orta üz uzunluğunda statistik baxımdan dəyişmə baş verməmişdir. Çıxmayan ortodontik aparatlar ilə müalicələrdə effektiv maksilyar uzunluqda dəyişmə müşahidə etmək çətindir.

Mx1-NA bucağı artmışdır. III sinif xəstələrində üst kəsicilərin alt kəsiciləri öndən bağlaması və müsbət overjetin təmin edilməsi üçün kəsicilər protruziya edilmişdir.

İşimizdə üst dodaq-E məsafəsində statistik baxımdan dəyişiklik baş verməmişdir. SNA bucağı və maksilyar kəsici bucağının artması üst dodağın mövqeyinin qorunmasını təmin etmiş, geriye gəlməsinin qarşısını almışdır.

Nasolabial bucaqda statistik baxımdan dəyişiklik mövcud olmamışdır. Üst dodaq-E

məsafəsinə bənzər nəticələr əldə edilmişdir. Nasolabial bucaqda və Üst dodaq-E məsafəsində dəyişmə müşahidə edilməməsi sərt toxuma yer dəyişmələrini əks etdirmədiyi mənasını verir.

SNB bucağında kiçilmə müşahidə edilmişdir. Aparılan müalicələrlə III sinif xəstələrində mandibula inkişafının dayandırılması və ya geriye gətməsi hədəflənir.

Pg nöqtələrinin N^L-FHP xəttinə uzaqlığında azalmanın statistiki əhəmiyyəti yoxdur. Aparılan müalicələrlə mandibulanın inkişafının sabit qaldığı müşahidə edilir.

Ortodontik müalicələrlə mandibulyar korpus uzunluğunda (Go-Gn) kiçilmə müşahidə edilmişdir ancaq statistik baxımdan əhəmiyyəti yoxdur. Mandibula önə inkişaf etməsinin qarşısı alınmışdır.

Bizim işimizdə Ar-Go-Me bucağında statistik baxımdan bir dəyişiklik müəyyən edilməmişdir.

Alt kəsicinin mandibulyar xəttlə əmələ gətirdiyi bucaqda (Md1-NB) kiçilmə müşahidə edilmişdir. Alt dodaq-E məsafəsi dəyişməyərək mövqeyi qorunmuşdur. Alt dodağın alt çene sərt toxuma yer dəyişmələrini tam əks etdirmədiyi müəyyən olunmuşdur.

Tədqiqat işimizdə ANB bucağı bir miqdar müsbət dəyərlər alaraq artmışdır. SNB bucağının azalması və SNB bucağının artması ANB bucağına təsir etmiş, III sinif müalicə hədəfləriylə üst-üstə düşən müsbət nəticələr əldə edilmişdir.

Overjetin nəzərə cərpacaq səviyyədə artdığı müəyyən olunmuşdur ki, III sinif xəstələrində müsbət overjet hədəflənir.

III sinif xəstələrdə overbayt artmışdır. Bu müalicə olunmuş çəp dişləmin geri qayıtmaması üçün çox vacibdir.

Maksilla və mandibulanın bir-biri ilə olan Nəticədə üst dodaq, alt dodaq və nasolabial əlaqələrində müşahidə edilən dentoalvolar bucağın sərt toxuma yer dəyişmələrini tam dəyişmələrin, yumşaq toxumalara təsir etmədiyi əks etdirmədiyi müşahidə edilmişdir. təyin edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Burstone CJ. Lip posture and its significance in treatment planning. Am J Orthod 1967; 53(4): 262-84.
2. Çaldemir D., Kılıçoğlu H. Orthodontic Camouflage Treatment of Adult Skeletal Class III Malocclusion Turkish Journal of Orthodontics 2011;24:67-73.
3. Erdinc AE, Nanda RS, Dandajena TC. Profile changes of patients treated with and without premolar extractions. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007; 132(3): 324-31.
4. Graber, Vanarsdal, Vig. Orthodontics: Current Principles and Techniques, Fourth Edition. 2005, Page: 3-70.
5. Hu H., Chen J., Guo J., Li F., Liu Z., He S., Zou S. Distalization of the mandibular dentition of an adult with a skeletal Class III malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2012;142(6):854-62.
6. Jacob H.B., Tadlock L., Swapp A. Skeletal Class III malocclusion correction using miniscrew implants. Journal of the World Federation of Orthodontists 2. 2013, e151-e158
7. Janson, G. Extreme dentoalveolar compensation in the treatment of class III malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2005, 128: 787-794.
8. Kasai K. Soft tissue adaptability to hard tissues in facial profiles. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113(6): 674-84.
9. Lo FD, Hunter WS. Changes in Nasolabial angle related to maxillary incisor retraction. Am J Orthod 1982; 82(5): 384-91.
10. Moseling KP, Woods MG. Lip curve changes in females with premolar extraction or nonextraction treatment. Angle Orthod 2004; 74(1): 51-62.
11. Nanda R., Uribe F. Individualized orthodontic treatment planning. Biomechanics and Esthetics Strategies in Clinical Orthodontics. 2005, Elsevier Inc. 12: 243-264.
12. Proffit W. R., Fields H. W., Sarver D. M. Contemporary orthodontics. 4th ed. St Louis: Mosby, 2007. p. 6-14, 300-309.
13. Yang Z., Ding Y., Feng X. Developing skeletal Class III malocclusion treated nonsurgically with a combination of a protraction facemask and a multiloop edgewise archwire. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011 Aug;140(2):245-55.

XÜLASƏ

TƏDQIQATIN MƏQSƏDİ ORTODONTİK MÜALİCƏ ALMIŞ III SINIF MALOKKLÜZIYALI XƏSTƏLƏRDƏKİ SƏRT TOXUMA DƏYİŞMƏLƏRİNİN YUMŞAQ TOXUMALARA TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİDİR.

Saniç K.B.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq stomatologiyası kafedrası.

Tədqiqatda 12-25 yaşları arasında, yaş ortalaması 15,09 olan III sinif malokklüziyalı 28 qız, 15 oğlan olmaqla ümumilikdə 43 fərdin müalicədən əvvəl və sonra əldə edilmiş lateral sefalometrik rentgenlərindən istifadə edilmişdir.

Üst dodaq, alt dodaq və nasolabial bucağın sərt toxuma yer dəyişmələrini tam əks etdirmədiyi müşahidə edilmişdir.

SUMMARY

THE REFLECTION OF HARD TISSUE CHANGES OF CLASS III MALOCCLUSION TREATMENT ON SOFT TISSUES

Sanic K.B.

Pediatric dentistry departament of Azerbaijan Medical University

The aim of the research is to learn the effect of hard tissue changes on soft tissues in patients with Class III malocclusion who have undergone orthodontic treatment. Lateral cephalometric X-ray pictures of 43 12-25 year old patients including 28 women, 15 men have been used for the research. The age average is 15, 09 and X-ray pictures were taken before and after treatments.

It has been observed that upper lip, lower lip and nasolabial don't reflect hard tissues changes fully.

Гараев Зохраб Ислам оглы

70

Исполнилось 70 лет доктору медицинских наук, профессору кафедры ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета Гараеву Зохабу Ислам оглы.

Гараев З.И. родился 25 марта 1945 года в селе Минкенд Лачинского района Азербайджана. По окончании средней общеобразовательной школы в 1961 году он поступил на стоматологический факультет Азербайджанского Государственного Медицинского института имени Наримана Нариманова. Окончив в 1966 году институт был направлен на работу в Лачинский район, где работал врачом-стоматологом, а затем в 1967-68 годах являлся главным врачом Минкендской сельской больницы. В 1969 году поступил в аспирантуру Азербайджанского Государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева. Темой научных интересов Гараева З.И. явилось изучение состояния зубов и тканей полости рта при вредных профессиональных условиях. В 1974 году он блестяще защитил диссертацию на тему: «Состояние зубов и слизистой оболочки полости рта у работников сульфанольного производства» (клинико-экспериментальное исследование) в Кубанском Государственном медицинском институте и получил степень кандида-



та медицинских наук. Далее, вплоть до 1985 года трудовая деятельность Гараева З.И. проходила в Азербайджанском Государственном институте усовершенствования врачей им. А.Алиева в качестве старшего методиста и ассистента кафедры стоматологии. Педагогическую и лечебную деятельность он сочетал с активной общественной работой, являясь председателем профсоюзного комитета Азербайджанского Государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева.

В 1985 году, пройдя по конкурсу в Азербайджанский медицинский институт ассистентом кафедры ортопедической стоматологии, в 1987 году был избран доцентом той же кафедры. В последующем Гараев З.И. совмещал свою научную и педагогическую деятельность с работой в должности декана стоматологического факультета АМУ, которую занимал с 1999 до 2000 года.

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

Результатом этих исследований явился большой труд – докторская диссертация на тему: «Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частота распространения», которую автор защитил в 2000 году в Москве, в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии (ЦНИИС) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Гараев З.И. является автором более 160 научных трудов, в том числе, его перу принадлежат монография, два учебника, три учебных пособия, восемь методических рекомендаций и пять рационализаторских предложения. Труды Гараева З.И. опубликованы в Азербайджане, России, США, Германии, Франции, Турции, Иране, Украине и других странах.

Книги Гараева З.И. “Üz-çənə anomaliyalarının genetik aspektləri və inbriding”, “Dişsiz çənələrin protezlənməsi”,

“Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsi” учебники “Ortopedik stomatologiya” и “Ortodontiya” представляют очень большой интерес для студентов и врачей в научном и практическом отношении.

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

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

Профессор Гараев З.И. настоящий мастер в своей профессиональной врачебной деятельности. Прекрасный клиницист, тонкий диагност, специалист, владеющий широким диапазоном методов лечения в современной стоматологии.

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

Указом Президента Азербайджанской Республики господина Ильхама Алиева в 2012 году Гараеву З.И. присвоено звание

«Заслуженный врач республики»

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

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

Гараев З.И. является участником многих международных конгрессов в России, Франции, Германии, Греции, Австрии, Швеции, Сингапур, Индии, Грузии, Казахстане, Узбекистане. Гараев З.И. является членом Federation Dental International (FDI), European Regional Organisation (ERO-FDI), и International

Association for Dental Research (IADR).

С 2008 года является членом Международной Стоматологической Академии – ADI (USD).

С 2012 года руководит стоматологическим факультетом Азербайджанского Медицинского Университета.

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

*Азербайджанская
Стоматологическая Ассоциация
Редакционная коллегия журнала
"Вестник стоматологии Кавказа".*



ISBN 5-86874-330-7

ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 21 - 2015