



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№ 13/14 - 2008

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 13/14 2008

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyəti

Təsisçi və baş redaktor
Redaktor
Redaksiyanın müdiri
Məsul katib
Bədii tərtibatçı

R.Q. Əliyeva
Z.İ. Qarayev
S.Y. Əliyeva
E.S. Mirzəzadə
V.K. Davıdov

Ağayev İ.Ə.
Avraamova O.Q.
Alimski A.V.
Celal K.Yıldırım
Qasimov R.K.
Qarayev Q.Ş.
Quliyev N.C.
Leontyev V.K.
Sadovski V.V.

Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya

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

Azərbaycan
Ukrayna
Rusiya
Gürcüstan
Özbəkistan
Qazaxıstan
Türkiyə
Rusiya
Azərbaycan

Ünvan: Bakı şəhəri, AZ 1033, Təbriz küçəsi, 102. tel: 99412 566-02-83; faks: 99412 566-02-83
Адрес: г. Баку, AZ 1033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 566-02-83; факс: 99412 566-02-83
Address: AZ 1033, Baku Azerbaijan, 102, Tebriz str: phone: 99412 566-02-83; Fax: 99412 566-02-83
E-mail: raliyeva@yahoo.com

Sifariş № 912. Tiraj: 500. "OSKAR nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

✓ İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi <i>Səhiyyə Nazirliyinin mətbuat xidməti</i>	4
✓ Состояние изученности взаимоотношенности воспалительных заболеваний пародонта хеликобактериоза и гастрита <i>Мамедов Р.М.</i>	7
✓ Brüselyoz fonunda kədən parodontun iltihabi xəstəliklərində karilyar qan dövranının və yerli immun reaksiyanın vəziyyəti <i>Əliyev Q.X., Paşayev A.Ç.</i>	12
✓ Анатомо-топографические основы формирования плоских стеблей <i>Хегай С.М.</i>	16
✓ Сведения о правовых основах, регулирующих оборот наркотических лекарственных средств <i>Велиева М.Н., Мадатли Ф.И.</i>	19
✓ ERO-FDI Baş Assambleya İstanbul	24
✓ Применение препарата “Лоробен” при лечении заболеваний полости рта <i>Алиева Р.К., Абдуллаева У.А., Иманов Э.А., Гулиев А.И., Мирзаде Э.С.</i>	26
✓ Расщелины губы и неба и аномалии лор-органов <i>Панахиан В.М.</i>	29
✓ X-Международная научно-практическая конференция. Баку-2008	33
✓ Стоматологическая заболеваемость и нуждаемость больных диффузным токсическим зобом в зубопротезной помощи <i>Махмудов Т.Г.</i>	34
✓ Pensiya yaşlı əhalinin diş protezləri ilə təmin olunması və onların keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi <i>Niyazov Ə.N.</i>	38
✓ 84-cü Avropa Ortodontik konfransı Lissabon-2008	42
✓ Велофарингопексия языкоглоточным стеблем <i>Хегай С.М.</i>	43
✓ Yeni dərslik-Ortopedik stomatologiya <i>Nasıyev Ə.H.</i>	45
✓ Sinus lifting əməliyyatına göstərişlər, əməliyyatdan sonra fəsadların əmələ gəlmə səbəbləri və müalicə taktikası <i>Həsənov F.İ., İbrahimov R.E.</i>	46
✓ 14-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə və 3-cü Beynəlxalq Stomatologiya Sərgisi 2008	50
✓ Частота заболеваний пародонта у геронтологической части населения Азербайджана <i>Исмаилов Д.И., Пашаев А.Ч., Мамедов Ф.Ю.</i>	51
✓ Çoxuşaqlı və azuşaqlı qadınlarda parodont xəstəliklərinin yayılma xüsusiyyətləri <i>Məmmədov Z.N.</i>	56
✓ Трудозатраты обучения и эффективность внедрения программы “Гигиена полости рта” в армейских условиях <i>Кафаров К.К.</i>	60
✓ Anadangəlmə dodaq və damaq yarığı olan uşaqların tibbi və sosial problemləri <i>Yusubov Y.Ə., Qurbanəliyeva Q.İ.</i>	64
✓ Ежегодный конгресс Всемирной Федерации Стоматологов Стокгольм-2008	69
✓ Юбилей	72



Hörmətli cənab Prezident!

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti vəzifəsinə yenidən seçilməyiniz münasibətilə Sizə ən səmimi təbriklər və xoş arzularımızı yetiririk. Prezident vəzifəsinə seçilməyiniz ölkəmizin tərəqqisi və Azərbaycan xalqının rifahı naminə nəcib fəaliyyətinizi davam etdirmək imkanı verir. Sizin rəhbərliyinizlə bundan sonra da Azərbaycan Respublikası iqtisadi, siyasi və mədəni sahələrdə daha da böyük nailiyyətlər əldə edəcəyinə tam əminik.

Sizə bu şərəfli fəaliyyətinizdə uğurlar və möhkəm can sağlığı arzulayırıq.

*Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası
və jurnalın redaksiya heyəti*

İLHAM ƏLİYEV VƏ AZƏRBAYCAN SƏHİYYƏSİ

2003-2008-ci illər



«Park Inn» otelinin konfrans salonunda Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən hazırlanmış və nəşr etdirilmiş «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi. 2003-2008-ci illər» kitabının təqdimat mərasimi keçirildi.

Mərasimi giriş sözü ilə açan Azərbaycan Respublikası Prezident Aparatının Humanitar siyasət məsələləri şöbəsinin müdiri Fatma Abdullazadə «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi» kitabı ilə bağlı geniş məlumat verdi. Onun ilk səhifələrində iki şəklın – ulu öndər Heydər Əliyevin və Prezident İlham Əliyevin portretlərinin yer aldığını, bunun heç də təsadüfi olmadığını bildirdi: «Ümummilli lider H.Əliyevin ölkəmizə rəhbərlik etdiyi illərdə Azərbaycan səhiyyəsinin keçdiyi inkişaf yolu bu

gün də təqdirəlayiq təcrübə kimi öyrənilir. Həmin illərdə respublikamızda yeni xəstəxanalar tikilib, tibb müəssisələri müasir texnologiyalarla



təchiz edilib, səhiyyə kadrlarının hazırlanması işinə böyük töhfələr verilib və s. 2003-2008-ci illərdə Prezident İlham Əliyevin Azərbaycan Səhiyyəsinin inkişafı istiqamətində fəaliyyəti Heydər Əliyev siyasətinin çox uğurla davam etdirildiyini göstərir. «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi» kitabını vərəqlədikcə estafetin doğru şəxsə verildiyinə bir daha inanırsan və son beş ildə sosial yönümlü dövlət siyasətinin yüksək səviyyədə həyata keçirilməsinin şahidi olursan».

Tədbirdə iştirak edən *millət vəkili, Yeni Azərbaycan Partiyasının sədr müavini Əli Əhmədov* «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi»



əsi» kitabını ölkə səhiyyəsinin 5 illik inkişafının salnaməsi kimi qəbul etdiyini bildirdi. Yeni nəşrin işıq üzü görməsi və ictimaiyyətə təqdim edilməsi münasibətilə kitabı hazırlayan kollektivi, həmçinin bütün səhiyyə ictimaiyyətini təbrik etdi.

Tədbirdə *Azərbaycan Respublikası Milli Məclisi sədrinin birinci müavini Ziyafət Əsgərov*



da çıxış etdi. O, səhiyyə ictimaiyyətini «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi» kitabının təqdimatı münasibətilə təbrik etdi. Z.Əsgərov mərasimin mahiyyətinin təkcə kitab təqdimatından ibarət olmadığını bildirdi, bu tədbiri həm də İlham

Əliyevin 5 ildə səhiyyə sahəsində həyata keçirildiyi islahatların hesabatı kimi dəyərləndirdi. Milli Məclisin sədr müavini bildirdi ki, İlham Əliyevin fəaliyyəti öz xalqına xidmət etməkdən ibarətdir: «Bu gün ulu öndər Heydər Əliyevin siyasi kursu uğurla davam etdirilir. Bu kurs yaradıcılıq, quruculuq, inkişaf kursudur».

Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru, akademik Əhliman Əmiraslanov təqdimatı keçir



rilən «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi» kitabının son dərəcə nəfis şəkildə nəşr edildiyini, onun Prezident İlham Əliyevin ölkəmizə rəhbərlik etdiyi beş il ərzində, səhiyyəimizin inkişafı istiqamətində gördüyü genişmiqyaslı işləri əks etdirən sanballı əsər olduğunu vurğuladı: «Bu əsərdə qeyd edilən rəqəmlərlə tanış olduğdan sonra qısa müddətdə əldə edilən uğurlara görə qürur hissi keçirdim. Cəmi 5 il ərzində Azərbaycan səhiyyəsində çox böyük müvəffəqiyyətlər qazanılıb və onların hamısı bu topluda öz əksini tapıb. Təkcə onu demək kifayətdir ki, səhiyyə sahəsində 9 dövlət proqramı qəbul edilib və onlardan irəli gələn tələblər həyata keçirilib. Nəticədə, səhiyyənin hər bir sahəsində ciddi nailiyyətlər əldə olunub».

M.Topçubaşov adına Elmi-Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru, akademik Böyükkişi Ağayev mərasimdə çıxış edərək, «İlham Əliyev və



Azərbaycan səhiyyəsi» kitabını «dövlət başçısının səhiyyə sahəsində fəaliyyətini əks etdirən çox böyük fundament əsər» adlandırdı. Son beş ildə müstəqil Azərbaycan Respublikasının bir dövlət kimi möhkəmləndirməsini, ölkənin siyasi-iqtisadi potensialının, beynəlxalq aləmdə nüfuzunun artmasını, əhalinin maddi rifahının yaxşılaşmasını, səhiyyəimizin inkişafını və s. Prezident İlham Əliyevin müdrik siyasətinin nəticəsi kimi dəyərləndirdi. Səhiyyə xidmətinin səviyyəsinin yüksəldilməsi, insanların sağlamlığının qorunması və s. sahələrdə daim İlham Əliyevin dəstəyinə arxalandıqlarını vurğuladı.

Respublika Səhiyyə İşçilərinin Həmkarlar İttifaqının sədri Emin Əfəndiyev, Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun direktoru, professor Nəsim Quliyev, Gəncə şəhər Səhiyyə İdarəsinin rəisi Mehman Rzayev, Klinik Tibbi Mərkəzin həkimi Almaz Hacıyeva, Şirvan Mərkəzi Şəhər Xəstəxanasının baş həkimi Murad Salmanov, Xocasən Sağlamlıq Mərkəzinin baş həkimi Loğman Əliyev, Qəbələ Mərkəzi Rayon Xəstəxanasının baş həkimi Sabir Bayramov da dövlət başçısının səhiyyəyə göstərdiyi diqqət və qayğıdan danışdı.



Faktlar göstərir ki, səhiyyənin elə bir sahəsi yoxdu ki, dövlət başçısı ona diqqət yetirməsin. Dövlət proqramları çərçivəsində xroniki böyrək çatışmazlığı, şəkərli diabet, hemofiliya və talassemiya irsi qan xəstəliklərindən, onkoloji xəstəliklərdən və s. əziyyət çəkən insanların problemləri, demək olar ki, həll edilib. Təcili və təxirsəlinməz tibbi yardım səhiyyənin prioritet sahəsi kimi inkişaf etdirilib. Ölkə rəhbəri təkcə Bakı şəhərində deyil, həmçinin regionlarda, hətta ucqar kəndlərdə də səhiyyə xidmətinin ən yüksək səviyyəyə çatdırılması üçün çalışır. Əlbəttə ki, qazanılan uğurların hamısını qısa vaxtda sadalamaq



Mərasimin sonunda *Səhiyyə Naziri Oqtay Şirəliyev* çıxış etdi. O, «İlham Əliyev və Azərbaycan səhiyyəsi» kitabının bütün tibb ictimaiyyəti üçün çox önəmli və əziz olduğunu bildirdi: "Burada ölkə rəhbəri İlham Əliyevin səhiyyədə yaranmış ən ciddi problemləri qısa vaxtda həll etməsi konkret tarixi faktlarla öz əksini tapıb.

mümkün deyil. Təkcə onu demək kifayətdir ki Prezident İlham Əliyev Azərbaycan səhiyyəsini inkişaf etdirilməsi məqsədini qarşıya qoydu və bu məqsədə nail olmaq üçün lazımi işlər həyata keçirildi».

Səhiyyə Nazirliyinin mətbuat xidməti

Состояние изученности взаимообусловленности воспалительных заболеваний пародонта, хеликобактериоза и гастрита

Р.М.Мамедов

Азербайджанский медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии



В программных документах ВОЗ записано, что здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и несмотря на принятые огромные усилия во многих странах, достичь решающих успехов в реализации этих программ не удалось и в XXI век человечество перешло с тяжелым грузом болезней. В связи с этим сформировалась программа поступательной профилактики в отношении наиболее массовых и повсеместных заболеваний человечества.

Одним из массовых заболеваний являются воспалительные заболевания пародонта (ВЗП). Распространенность ВЗП среди взрослого населения в разных странах варьирует в пределах 67-92%, практически каждый взрослый человек на разных этапах жизни страдает от ВЗП, часто многократно, что существенно снижает параметры здоровья, трудоспособности и качество жизни (6, 16).

В последние годы выдвинута системная концепция ВЗП, согласно которой ВЗП оказывают на организм системное воздействие, провоцируя развитие целого ряда сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных и прочих заболеваний (11,17,21).

Воспалительный очаг в пародонте – это дело возбудителей разных инфекций в организме.

Положение усугубляется тем, что ВЗП все чаще приобретают хроническое, затяжное течение, а традиционные лечебные меры прогрес-

сивно снижают свою результативность. Поэтому выработка радикальных подходов лечения ВЗП приобрела, наибольшую актуальность (16,21).

Как бы ни было эффективным лечение ВЗП, оно самостоятельно не может улучшить текущую проблему. В то же время, не все меры по профилактике ВЗП приводят к желаемому результату. Дело в том, что любая система профилактики должна базироваться на текущих социально-эпидемиологических реакциях, предусматривающих снижение активности доминирующих факторов риска (18,23).

Как видно, всестороннее изучение социально-эпидемиологических предпосылок распространения ВЗП также приобретает не меньшую актуальность, чем лечение, так как позволит выработать рациональную систему профилактики этих заболеваний (6, 18).

Другим массовым и повсеместным заболеванием является гастрит, по оценочным данным, в той или иной степени им страдает каждый третий взрослый человек на планете.

Гастрит является серьезным заболеванием, отражающимся на здоровье и качестве жизни населения. Одновременно, гастрит выполняет роль «пускового механизма», своеобразного этиологического фактора развития различных патологий желудочно-кишечного тракта (8, 19).

Целая серия работ убедительно доказывает, что ВЗП и гастрит взаимообусловленные заболевания. Тесные анатомические, нервные и гуморальные взаимосвязи между желудочно-кишечным трактом и тканями пародонта создают предпосылки для вовлечения пародонта в патологический процесс при заболеваниях органов пищеварения.

При сочетанном протекании обеих патологий эффективность лечения ВЗП достижимо только при излечении гастрита. И наоборот, гастрит трудно поддается лечению на фоне хронических ВЗП (12).

В последнее время существенно изменилось традиционное представление о механизмах формирования гастродуоденальной патологии в связи с *Helicobacter pylori*. В многочисленных работах доказана ведущая роль *H.pylori* в этиологии этой патологии, а открытие этого микроорганизма признано как «революция в гастроэнтерологии» (8, 16).

В настоящее время это наиболее распространенная инфекция, инфицированность им населения отдельных стран достигает 80-90%, примерно 2-3 миллиарда человек являются носителями этой инфекции (19).

Инфицированность населения нашей республики Нр – инфекцией, по последним данным, составляет в среднем 52,2%, достигая 89,4% среди больных с гастродуоденальной патологией (1,68).

Что же касается других заболеваний, причастность к которым Нр– инфекции обсуждается, то среди них особое место занимает так называемая «неязвенная диспепсия или «non dyspepsia». Этому термину соответствуют такие понятия, как «функциональные нарушения желудка», «синдром раздраженного желудка», «функциональный диспепсический синдром», «псевдоязвенный синдром» и другие. Все чаще стало фигурировать название и «диспепсический синдром этиологии». Основной обсуждаемый вопрос сводится к тому, причастна ли Нр – инфекция к этому синдрому или нет? Ответ на этот вопрос представлял исключительную важность, так как от 25 до 55% населения высказывают жалобы на диспепсические расстройства. Последние исследования показали, что Нр – инфекция не только играет очень важную роль в этиологии большого числа гастродуоденальных заболеваний, но во многих случаях проявляет себя и как самостоятельная форма заболеваемости, сопровождаемая характерной симптоматикой, а именно диспепсическими расстройствами (5,20). Проведение традиционной антихеликобактериальной терапии, при которой используются антибактериальные средства, в короткие сроки устраняет диспепсические расстройства и улучшает самочувствие больных (4,7,16).

Патология процесса желудочного кислотообразования является причиной многих так называемых кислотозависимых заболеваний, среди которых патология желудка двенадцатиперстной кишки – ДПК (язвенная болезнь – ЯБ, эрозивно-язвенное поражение, хронический гастрит, гастродуоденит, синдром неязвенной функциональной диспепсии), а также пищевода (гастроэзофагеальная ГЭРБ) занимает одно из первых мест. В настоящее время ЯБ и ГЭРБ относятся к наиболее распространенным заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По материалам зарубежных и отечественных статистических исследований, ЯБ желудка и ДПК страдает практически каждый 10-й житель европейских стран, США или России, а распространенность ГЭРБ среди взрослого населения в целом составляет около 40% причем тенденция к снижению частоты этих заболеваний прослеживается в развитых странах, но не является, к сожалению, характерной для жителей России (17,20,23).

ЯБ-заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время большое значение придается инфекционному агенту - *Helicobacter pylori*. Эпидемиологические данные полученные в различных странах, свидетельствуют о том, что практически 100% язв, локализованных в ДПК и более 80% язв желудочной локализации связаны с персистенцией *H.pylori* (15).

В настоящее время многочисленные экспериментальные и клинические исследования убедительно доказали правильность инфекционной теории ЯБ и лучшим ее подтверждением стало явное снижение заболеваемости хеликобактер-ассоциированной ЯБ, а также тенденция к снижению распространенности рака желудка. Это стало возможно после разработки и внедрения во многих странах, главным образом Европы, США и Австралии так называемой аппликационной терапии, преследующей целью паразитирования *H.pylori* в гастродуоденальной зоне. Тенденция к снижению заболеваемости настолько достоверна, что математическое моделирование процесса позволяет прогнозировать исчезновение хеликобактер-ассоциированной ЯБ в относительно обозримом будущем (к концу нынешнего столетия).

Сегодня инфекция *H.pylori* считается важнейшим этиопатогенетическим фактором не только ЯБ, но и хронического гастрита ассоциированного

го с последним в случаях дуоденита (гастродуоденита), MALT-лимфомы и рака желудка *H.pylori* отнесен в 1994 г. экспертами ВОЗ к канцерогенам I группы риска в отношении развития рака желудка). (2,21).

В настоящее время антихеликобактерная терапия считается основным стандартом лечения хеликобактер-ассоциированных кислотозависимых заболеваний, что отражено в международных (1-3 соответственно 1996, 2000 и 2005) и Российских рекомендациях по лечению гастроэнтерологических больных (9,26).

Следует отметить, что использование адекватной в соответствии с последними рекомендациями Маастрихта-3 антихеликобактерной терапии кислотозависимой патологии органов ЖКТ при быстром наступлении клинического эффекта, позволит быстрее возвращать больных к привычной трудовой деятельности.

Долгое время *H.pylori* изучали только гастроэнтерологи и микробиологи. Лишь в последние 5 лет стали проводиться исследования по способности *H.pylori* вызывать ассоциированные заболевания в полости рта. И первые сообщения убеждают в том, что во-первых, пародонтальные карманы интенсивно населены жизнеспособными *H.pylori* и являются постоянным очагом поступления микроорганизмов в желудок. Во-вторых, в подавляющем большинстве сочетанные случаи ВЗП и гастрита наблюдаются при присутствии *H.pylori* в полости рта. В-третьих, морфология воспалительных процессов в пародонте и слизистой оболочке желудка при присутствии *H.pylori* идентична (12, 21). Предполагается, что недостаточная эффективность мер по лечению и профилактике ВЗП связана с тем, что они не предусматривают эрадикацию *H.pylori* из полости рта (18, 19).

В настоящее время зубной налет рассматривается как постоянный резервуар *H.pylori* и потенциальный источник реинфекции. Для выявления инфекции в ротовой полости чаще всего применяют биохимический метод (быстрый уреазный тест) и метод ПЦР с использованием праймеров, специфичных для фрагментов различных генов *H.pylori* (*ure A*, *ure B*, *ure C*, *cap A*) (23).

Частота встречаемости микроорганизма в зубном налете при оценке методом ПЦР, по данным разных авторов колеблется от 3 до 84,4% и достигает максимального значения при исполь-

зовании большого количества (8-12) образцов, полученных от одного человека. В этом случае выявление инфекции проводится в каждом образце, что повышает стоимость обследования одного больного.

Более простой в исполнении и быстрый метод диагностики *H.pylori* – биохимический (быстрый уреазный тест). Частота встречаемости положительного уреазного теста при использовании в качестве субстрата зубного налета, по сведениям разных исследователей (6,7), колеблется от 79 до 100% (23,25).

В ряде работ отмечается наличие статистически значимой корреляционной зависимости между степенью обсеменения *H.pylori* зубного налета (цитологический метод) и слизистой оболочки желудка (гистологический метод), а также практическое совпадение положительных результатов уреазного теста (43-100%) и частоты выявления *H.pylori* гистологическим методом и ПЦР (43-88%) в зубном налете. В связи с этим биохимический метод обнаружения *H.pylori* в полости рта некоторые авторы рассматривают как скрининговый, позволяющий выявить не только постоянных носителей инфекции в ротовой полости, но и больных *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями желудка и ДПК (10, 13, 27).

По данным других авторов (17, 24), при использовании для диагностики метода ПЦР не выявлено корреляционной зависимости между наличием *H.pylori* в зубном налете и *H.pylori* ассоциированным гастритом. (25).

Таким образом обращает на себя внимание существенное различие по частоте встречаемости в зубном налете использовании генетического и биохимического (79-100%) методов. В литературе имеются противоречивые данные о взаимосвязи персистенции *H.pylori* в зубном налете и слизистой оболочке желудка. (8,25).

Проведенные эпидемиологические исследования удостоверяют, *H.pylori*-инфекция в настоящее время является наиболее распространенным заболеванием населения мира. Считается, что передача инфекции происходит орально-оральным путем, менее выражен фекально-оральный путь, установлен и трансплацентарный путь передачи. В циркуляции *H.pylori*-инфекции, большую роль играют как и при ВЗП и гастрите, социальные, этнические, материальные, возрастные, профессиональные, поведенческие факторы.

Недостаточность основополагающих эпидемиологических сведений является причиной того, что на сегодняшний день каких-либо радикальных мер профилактики *H.pylori*-инфекции не предложено, хотя ее патогенетическая роль как самостоятельной инфекции и этиологическая значимость в развитии гастрита, а также постоянное присутствие в микробных ассоциациях возбудителей ВЗП, подтверждено убедительными исследованиями (8, 16, 24).

Поэтому в последние годы интенсифицировались исследования по изысканию средств лечения *H.pylori*-инфекции. Целый ряд антибактериальных средств показал высокую активность по эрадикации *H.pylori* из желудка и полости рта наряду с этим выявлено, что *H.pylori* обладает разным спектром резистентности к традиционно используемым антибактериальным средствам,

что отражается на эффективности лечения (3,15). Тем не менее, эффективная эрадикация *H.pylori* во много раз повышает результативность лечения и процесс выздоровления больных с гастритом и ВЗП и сокращает частоту посттерапевтических рецидивов этих заболеваний (14, 15, 21).

ВЗП, гастрит и *H.pylori*-инфекция не только наиболее распространенные заболевания населения мира, в том числе и нашей республики и в подавляющем большинстве случаев протекают совместно, но и во многом их циркуляция среди людей подтверждена единым социально-эпидемиологическим механизмом. Выявление этих механизмов даст возможность выработать интегрированную систему мер по профилактике.

Литература

1. Алиев М.Г., Микробиологические аспекты хеликобактериоза его эпидемиологические особенности и система лечебно-профилактических мер. Автореф. докт.мед.наук – Баку 2007, 53 с.
2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А. и др. Хронический гастрит – Амстердам, 2003, 362 с.
3. Борисенко А.В., Линовицкая О.В. Роль микробных ассоциаций и *Helicobacter pylori* в развитии генерализованного пародонтита // Сов.стоматол.-2003, №3, с.40-42
4. Васильцова М.Д. Стоматологическая заболеваемость и эффективность лечебно-профилактической помощи населению города Барнаула Автореф. дис. на соиск.уч. степ. канд. мед. наук. Новосиб. гос. мед. акад., Новосибирск, 2008 – 25 с.
5. Геллер Л.И., Бессонова Г.А., Геллер А.Л. Синдром неязвенной диспепсии // Клин.мед. – 2003, № – с.22-25
6. Дербович М.Т., Коровин П.Р. Принципы организации систем профилактики стоматологической заболеваемости. Стом. заболевание и ее профилактики, 2005. стр.48-51
7. Ивашкин В.Г., Мегро Ф., Лапина Т.Л. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии – М., 1999 – 255 с.
8. Коваленко Т.В. Сравнительная оценка эффективности уреазного теста для диагностики *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке полости рта // ПЖГГК – 2004, №6 – с.40-46
9. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний ассоциированных с *H.pylori* (материалы конгресса маастрихт -3) // Клин.мед. – 2006, №6 – с.28-33
10. Мансуров Х.Х., Мироджов Г.К., Мансурова Ф.Х., Джураева Ш.Ф. Корреляция встречаемости инфекции *H.pylori* в слизистой полости рта и желудка. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2001, №5, с-28
11. Окушко В.Р. Системная концепция пародонтита // Новое в стоматол. -2002, №8- с.14-19
12. Орехова Л.Ю., Нейзберг Д.М., Евин М.Я., Стюф Я.В. Клинико-иммунологические и микробиологические параллели в течении хронического генерализованного пародонтита и язвенной болезни желудка 6, 22 // Стоматол. 2006 - №6, с.22-25
13. Рыба О.Б. Значение выявления *Helicobacter pylori* (HP) в полости рта в диагностике заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Рос. журн. гастроэнтерол., 2001 – Т. 11, №5
14. Сойхер М.Г. Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта и воспалительными заболеваниями пародонта: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ставрополь 2006, 24.
15. Уразова Р.З. Лечение воспалительных заболеваний пародонта у детей, инфицированных *Helicobacter pylori* // Казан. мед. ж. – 2006, №3, с.208-209
16. Щербаков П.Л. Эпидемиология инфекции *H.pylori*. В кн. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. Под ред. В.Т.Ивашкина Ф.Мегро, Т.Л.Лапина, М: Триада – X 1999: 14-20.
17. Genco RJ, Offenbacher S, Beck J. Periodontal disease and cardiovascular disease epidemiology and possible

mechanisms. J Am Dent Assoc. 2002, 133 (suppl) 145-225

18. Hardo P., Tugnait A., Hassan F. et al. Helicobacter pylori infection and dental care // Gut. – 2005. v 37, p .44-46
19. Hu W., Cao C., Meng H. et al. Detection and analysis of Helicobacter pylori in oral cavity and stomach from chronic gastritis patients Zhonghua Yi Xue Za Zhi – 2008 – Vol.82 15 – p.1037-1041
20. Huang JQ, Sridhar S, Huni RH. Role of H.pylori infection and non-steroidal anti inflammatory
21. Kramer P., Martins O. Interconditionality of diseases parodont, helicobakteriozy and gastritis // Rom.Med.J. – 2007 – v.53 – p.36-42
22. Okuda K., Ishihara K., Miura T. et al. Helicobacter pylori may have only a transient presence in the oral cavity and on the surface of oral cancer. Microbiol. Immunol. 2003;5:385-388
23. Ozdemir A., Mas M.R., Sahin S. et.al. Detection of Helicobacter pylori colonization in dental plaques and tongue scrapings of patients with chronic gastritis Quintessence Int'l – 2004 – Vol.32, 2 – p.131-134
24. Pretolani S., Bonvicini R., Gasbarrini G. Epidemiology in Helicobacter pylori An atlas Eds.P.Maltertheine. P.Michetti A.Price. London 2007: 21-27
25. Sahin F.I., Tirar A.C. sek I.S. et al. Helicobacter pylori in plaque and gastric biopsy samples of Turkish patients by PCR-RFLP Acta Gastroenterol. Belg. – 2005 – Vol. 64; 2 – p.150-152
26. Shalke A., Platt M., Owen K. Complex treatment of stomatology diseases, helicobakteriozy and gastritis // Scand. Med.J. – 2007. v.33 – p.60-66
27. Suk F.M., Chen S.H., Ho Y.S. et al. It is difficult to eradicate Helicobacter pylori from dental plaque by triple therapy Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei) – 2007 – Vj1.65 10 – p.468-473

Təbrik edirik!



Bakı Dövlət Universitetinin pedaqogika kafedrasının müdiri professor Nübar xanim Muxtarova görkəmli alim və fədəkar müəllimdir.

O, uzun müddətli fəaliyyəti dövründə vacib peşələrdən sayılan müəllim kadrlarının yetişdirilməsində böyük əmək sərf etmiş, 10 aspirant və doktorantın elmi rəhbəri olmuşdur.

Zərdabi adına diplomla təltif olunmuş Azərbaycan Jurnalistlər Birliyinin üzvü Nübar xanim «Pedaqoji aləm» adlı elmi jurnalın yaradıcısı və baş redaktorudur.

«Yeni Azərbaycan Partiyası»nın Səbail rayonu Komitəsinin fəaliyyətində də Siz böyük fədakarlıq göstərirsiniz.

Zəhmətkeş, xeyirxah, gözəl insan və alim Nübar xanim Muxtarovanı yubiley münasibəti ilə ürəkdən təbrik edirik, ona möhkəm can sağlığı və fəaliyyətində bundan sonra da böyük nailiyyətlər arzulayırıq.

BRÜSELYOZ FONUNDA GEDƏN PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNDƏ KAPİLYAR QAN DÖVRANININ VƏ YERLİ İMMUN REAKSİYANIN VƏZİYYƏTİ

Əliyev Q.X., Paşayev A.Ç.

ATU-nun terapevtik stomatologiya kafedrası

Son illərdə sistem xəstəlikləri parodontun zədələnməsində risk amilləri kimi nəzərdən keçirilir, belə ki, orqanizmin bütün orqan və toxumalarında, o cümlədən parodontda da dəyişikliklər baş verir. Bununla bərabər, parodontun iltihabi xəstəlikləri (PİX) də sistem xəstəliyinə öz təsirini göstərə bilər ki, bu da həm psixoloji planda, həm də toksiki təsiri hesabına orqanizmdə gedən immunoloji dəyişikliklərlə təzahür edir (9, 12).

Müasir təbabətdə profilaktika tədbirlərinin müalicədən üstün sayılması meyli yaranmışdır, ona görə də alimlər xəstəliklərin, o cümlədən də PİX-nin inkişafına köməklik edən amillərin aşkarlanmasına və müvafiq olaraq belə vəziyyətlərin erkən korreksiyası metodlarının işlənilməsinə daha çox diqqət ayırırlar (4). Bu, xüsusilə bu və ya digər dərəcədə sistem təzahürünə malik olan bir çox müxtəlif iltihabi-infeksiyon xəstəlikləri zamanı vacibdir. Sübut olunmuşdur ki, sifilis, vərəm, cüzam, revmatizm və s. kimi infeksiyalar parodontda spesifik təsir göstərir ki, bu da müdafiə mexanizmlərinin zəifləməsi ilə əlaqədar olaraq orqanizmin immun vəziyyətinə törədici təsiri ilə bağlıdır (1,11, 8).

Bu baxımdan brüselyoz böyük maraq doğurmağa başlamışdır. Brüselyoz – qədim, geniş yayılmış, zoonoz infeksiyadır, hazırda progressiv şəkildə artma meylinə malikdir. Brüselyozun sosial-iqtisadi əhəmiyyəti onun sistem təsirlərinin geniş spektri, uzun sürən xronik gedişatı, müalicəyə çətin təbə olması və əlilliyin yüksək tezliyi ilə müəyyən edilir (7, 5). Məlumdur ki, brüselyoz,



xüsusilə də onun xronik mərhələsi ümumi və yerli immun sistemi ciddi zədələyir və kapilyar toxuma qan dövranını əhəmiyyətli dərəcədə pozur (5, 4). Əhalinin xəstəliklə kütləvi şəkildə xəstələndiyini, müalicənin effektivliyinin iti sürətlə azaldığını və

PİX-nin profilaktikasının keyfiyyətinin aşağı düşdüyünü nəzərə alaraq, bu problemi ağırlaşdırıcı amillərin hamısının aşkar edilməsinin zərurəti yaranmışdır (2, 4). Brüselyoz get-gedə etiologiyə əhəmiyyəti artan belə amillərdən biri sayılır (4, 6) Bununla əlaqədar olaraq, brüselyozun fonunda keçən PİX ilə xəstə olan pasiyentlər arasında kapilyar qan dövranının və yerli immun reaksiyasının vəziyyətini dürüst qiymətləndirmək üçün bir hazırkı tədqiqat işini aparmışıq.

Material və metodika. Parodontda kapilyar qan dövranının vəziyyəti Kulajenko sınağını köməyi ilə təyin edilmişdir. Sınaq vakuum ucluğun diametrinin daimi ölçüləri və mənfi təzyiq saxlanmaqla diş ətinin selikli qişasında hematomanın əmələ gəlmə vaxtının dəyişməsinə əsaslanmışdır. Hematomalar normada 50-60 saniyə ərzində əmələ gəlirlər. Parodontun xəstəlikləri zamanı hematomanın əmələ gəlmə vaxtı 2-5 dəfə və çox azalır, bu da kapilyarların müqavimətini zəiflədiyini göstərir. Tədqiqatda vakuum aspirasiya (pulmoloji) aparatından istifadə edilmiş və onun üzərinə diametri 50 mm olan polietilen ucluq keçirilmişdir (9).

Parodontun yerli immun reaksiyasının vəziyyətinin öyrənilməsi məqsədilə Yasinovski sınaq qoyulmuşdur ki, o, selikli qişadan miqrasiya edə

leykositlərin miqdarının təyin olunmasına əsaslanmışdır. Pasiyent 50 ml natrium xloridin izotonik məhlulu ilə 5 dəqiqə ərzində ağzını yaxalayır. 5 dəqiqəlik fasilədən sonra əməliyyat yenidən 15 ml məhluldan istifadə etməklə təkrarlanır. Bu yuyuntu sınaq şüşəsinə yığılır. Əşya şüşəsinin üzərində 1 damcı yuyuntu və 1 damcı 1%-li natrium-eozin məhlulu qarışdırılır və və örtük şüşəsi ilə örtülür. Işıq mikroskopu altında $\times 20$ obyektivində rənglənmiş (çəhrayı) və rənglənməmiş (yaşılımtıl) leykositlərin sayı (%-lə) hesablanır. Canlı hüceyrələr boyanı içəri buraxmır, ona görə də, rənglənməmiş qalırlar. Belə hüceyrələrin sayı (%-lə) leykositlərin həyat fəaliyyətinin göstəricisi sayılır. Sağlam insanlarda leykositlərin sayı 1 ml-də 80-120 leykosit təşkil edir, onların 20-38%-i həyat qabiliyyətli hüceyrələr və 25-100-ü epitelial hüceyrələrdir (10).

dur ki, bu da cəvəl 1-də aydın təsvir edilmişdir.

Cədvəlin məlumatları göstərir ki, PİX-nin kəskin mərhələsinin müstəqil gedişi zamanı kapilyar qan dövranının pozulması müşahidə edilir ki, onun da tezliyi $34,4 \pm 8,5\%$ təşkil etmişdir. Brüselyozun kəskin mərhələsində bu pozğunluqların tezliyi sürətlə yüksəlir – $64,7 \pm 11,9\%$ hadisə ($\chi^2=4,13$; $P>0,05$). Ona görə də, kəskin mərhələlərin birgə gedişi zamanı belə pozğunluqların tezliyi, demək olar ki, brüselyozun müstəqil gedişində olduğu kimidir – $60,5 \pm 8,0\%$ hadisə ($\chi^2=0,43$; $P>0,05$). Yəni artıq kəskin mərhələdə brüselyoz parodontda toxuma qan dövranında nəzərə çarpacaq dəyişikliklərə gətirib çıxarır və bununla da PİX-nin kəskin mərhələsinin inkişafı üçün əlverişli şərait yaradır.

Toxuma qan dövranının daha kəskin pozğunluqları PİX-nin xronik mərhələsində müşahidə

Cədvəl 1

PİX və onun brüselyozla birgə keçən müxtəlif klinik mərhələlərində Kulajenko sınağının kəmiyyət göstəriciləri

Hematomanın əmələ gəlmə sürəti, saniyə	Xəstəliyin kəskin mərhələsi						Xəstəliyin xronik mərhələsi					
	PİX (n=32)		Brüselyoz (n=17)		PİX+brüselyoz (n=38)		PİX (n=24)		Brüselyoz (n=21)		PİX+brüselyoz (n=75)	
	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%
>50 (norma)	21	$65,6 \pm 8,5$	6	$35,3 \pm 11,9$	15	$39,5 \pm 8,0$	8	$33,3 \pm 9,8$	-	-	-	-
41-50	6	$18,8 \pm 7,0$	2	$11,8 \pm 8,1$	5	$13,2 \pm 5,6$	4	$16,7 \pm 7,8$	2	$9,5 \pm 6,6$	9	$12,0 \pm 3,8$
31-40	3	$9,4 \pm 5,2$	2	$11,8 \pm 8,1$	3	$7,9 \pm 4,4$	3	$12,5 \pm 6,9$	3	$14,3 \pm 7,8$	12	$16,0 \pm 4,3$
21-30	2	$6,3 \pm 4,4$	3	$17,6 \pm 9,5$	6	$15,8 \pm 6,0$	2	$8,3 \pm 5,8$	4	$19,0 \pm 8,8$	15	$20,0 \pm 4,6$
11-20	-	-	2	$11,8 \pm 8,1$	4	$10,5 \pm 5,0$	4	$16,7 \pm 7,8$	6	$28,6 \pm 10,1$	22	$29,3 \pm 5,3$
≤10	-	-	2	$11,8 \pm 8,1$	5	$13,2 \pm 5,6$	3	$12,5 \pm 6,9$	6	$28,6 \pm 10,1$	17	$22,7 \pm 4,9$
Patologiya	11	$34,4 \pm 8,5$	11	$64,7 \pm 11,9$	23	$60,5 \pm 8,0$	16	$66,7 \pm 9,8$	21	$100,0 \pm 0,0$	75	$100,0 \pm 0,0$

İş təsadüfi seçmə yolu ilə seçilmiş pasiyentlərin aşağıdakı 7 qrupunda aparılmışdır: kəskin PİX – 32 pasiyent, kəskin brüselyoz – 17 pasiyent, kəskin PİX və brüselyoz birlikdə – 38 pasiyent, xronik PİX – 24 pasiyent, xronik brüselyoz – 21 pasiyent, xronik PİX və brüselyoz birlikdə – 75 pasiyent. Statistik işlənmə orta riyazi xətanın və χ^2 meyarının hesablanması ilə yerinə yetirilmişdir (3).

Nəticələr və onların müzakirəsi. Kapilyarların davamlılığı parodontda toxuma qan dövranının vəziyyətinin etibarlı markeri sayılmış və PİX-nin və onun brüselyozla birgə gedişinin klinik formalarından asılı olaraq xeyli fərqlərə malik olmuş-

edilir. Belə ki, onun göstəricisi PİX-nin kəskin mərhələsinin göstəricisinə nisbətən xeyli yüksək olub $66,7 \pm 9,8\%$ hadisə təşkil edir ($\chi^2=9,73$; $P<0,02$), yəni PİX-nin müstəqil keçən xronik mərhələsi də həmçinin bu pozğunluqlara gətirib çıxarır. Lakin o, maksimal göstəricisinə – $100,0 \pm 0,0\%$ hadisəyə brüselyozun xronik mərhələsində çatır ($\chi^2=8,51$; $P<0,01$). Bunun nəticəsində pasiyentlərin hamısında PİX-nin və onun brüselyozla birgə keçən xronik mərhələlərində parodontda qanın mikrosirkulyasiyasında qabarıq ifadə olunan pozğunluqlar baş verir.

Orqanizmin yerli və ümumi immun sisteminin markeri sayılan ağız boşluğunun selikli qışa-

sında leykositlərin kəmiyyət və kəmiyyətcə eliminasiyasının aparılması üzrə yerinə yetirdiyimiz tədqiqatlar zamanı aşağıdakı nəticələr alınmışdır (cədvəl 2).

Burada belə bir fakt təsdiq edilir ki, PİX-nin inkişafı əsasən immunitetin zəifləməsi fonunda baş verir. Belə ki, pasiyentlərin əksəriyyətində parodontun yerli immun reaksiyalarının zəifləməsi fonunda $68,7 \pm 8,3\%$ hadisədə PİX-nin kəskin mərhələsi inkişaf edir. Brüselyozun kəskin mərhələsində də $70,6 \pm 11,4\%$ hadisədə yerli immun sistemin analoji zəifləməsi müşahidə olunur ($\chi^2 = 0,23$; $P > 0,05$). Bunun nəticəsində PİX-nin və brüselyozun hər ikisinin kəskin mərhələlərinin birgə gedişi zamanı pasiyentlər arasında yerli immun sistemin zəifləməsinin tezliyi pasiyentlərin yuxarıda göstərilən qruplarında qeyd olunan səviyyəyə uyğun gəlir – $65,8 \pm 7,8\%$ hadisə ($\chi^2 = 0,41$; $P > 0,05$).

qətlə araşdırılması belə güman etməyə əsas verir ki, brüselyozun xronik mərhələsi parodontda yerli immun sistemin daha intensiv zəifləməsinə gətirib çıxarır və bununla da PİX-nin xronikləşməsi, onun ağırlaşması və daha uzun sürməsi üçün şərait yaradır. Belə ki, brüselyozun müstəqil keçən xronik mərhələsində pasiyentlər arasında ağız boşluğunun selikli qişasından eliminasiya edən leykositlərin minimal miqdarı olan (< 20 nümunə/mkl) hadisələrin sayı $71,4 \pm 10,1\%$ -ə qədər artmışdır, PİX-nin müstəqil keçən xronik mərhələsində onların sayı $20,8 \pm 8,5\%$ ($\chi^2 = 12,64$; $P < 0,01$), xronik mərhələsində isə – $12,5 \pm 5,9\%$ -ə qədər ($\chi^2 = 0,71$; $P > 0,05$) azalmışdır.

Əldə edilmiş məlumatlar göstərir ki, brüselyoz, xüsusən də onun xronik mərhələsi PİX-nin parodontda sistem təsirini gücləndirir və kapilyar qan dövranının pozulması və yerli immun reaksiyanın zəifləməsi ilə təzahür edir. Bununla əlaqədar olaraq, PİX-nin konservativ müalicəsinin

Cədvəl 2

PİX və onun brüselyozla birgə keçən müxtəlif klinik mərhələlərində selikli qişadan leykositlərin eliminasiyasının kəmiyyət göstəriciləri

Leykositlərin sayı, 1 mkl-də	Xəstəliyin kəskin mərhələsi						Xəstəliyin xronik mərhələsi					
	PİX (n=32)		Brüselyoz (n=17)		PİX+brüselyoz (n=38)		PİX (n=24)		Brüselyoz (n=21)		PİX+brüselyoz (n=75)	
	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%
>80 (norma)	10	31,3±8,3	5	29,4±11,4	13	34,2±7,8	-	-	-	-	-	-
61-80	5	15,6±6,5	4	23,5±10,6	9	23,7±7,0	4	16,7±7,8	-	-	9	12,0±3,8
41-60	6	18,8±7,0	3	17,6±9,5	6	15,8±6,0	8	33,3±9,8	2	9,5±6,6	19	25,3±5,1
21-40	7	21,9±7,4	3	17,6±9,5	5	13,2±5,6	7	29,2±9,5	4	19,0±8,8	47	62,7±5,6
≤20	4	12,5±5,9	2	11,8±8,1	5	13,2±5,6	5	20,8±8,5	15	71,4±10,1	47	62,7±5,6
Patologiya	22	68,7±8,3	12	70,6±11,4	25	65,8±7,8	24	100,0±0,0	21	100,0±0,0	75	100,0±0,0

PİX-nin xronik mərhələsində parodontda yerli immun reaksiyaların zəifləməsi tezliyi maksimal səviyyəyə çatır və pasiyentlərin hamısında müşahidə edilir – $100,0 \pm 0,0\%$ hadisə ($\chi^2 = 8,04$; $P < 0,01$). O, brüselyozun xronik mərhələsində də pasiyentlər arasında belə maksimal səviyyəyə çatır, ona görə də, bu xəstəliklərin xronik mərhələlərinin birgə gedişi zamanı onun yüksək səviyyəyə qalxması tamamilə aydındır.

Lakin cədvəldə göstərilmiş məlumatların diq-

səmərəliliyinin artırılması üçün tək pasiyentləri brüselyozdan sağlamlasını təmin etmək lazım deyil, həmçinin parodontun immunoloji vəziyyətinin artırılması və kapilyar qan dövranının reabilitasiyası üzrə düzəlişlərin edilməsinə dair tədbirləri yerinə yetirmək lazımdır. Qeyd edilən kompleks reabilitasiya tədbirlərini PİX-nin uzun sürən xronik gedişinin bütün hallarında həyata keçirmək məqsədəuyğundur.

Ədəbiyyat:

- Бусыгина М.В. Состояние пародонта при хронической инфекции и интоксикации организма человека // Современные проблемы заболеваний пародонта, М., 2004, с.160-162.
- Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1999, 459 с.
- Кишев М.М. Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта у больных бруцеллезом и ревматизмом: Автореф.дисс.... канд.мед.наук, М., 2002, 22 с.
- Малахова Р.В. Современная оценка медико-социальной значимости бруцеллеза, рационализация его лечения и профилактики среди населения: Автореф.дисс.... канд.мед.наук., М., 2005, 21 с.
- Мироненко Н.В. Инфекционно-аллергические проявления сосудистой патологии слизистой полости рта при бруцеллезе // Соверш.стом.помощи.сел.населению, Ставрополь, 2004, с.62-64.
- Палий Н.Л. Поражения пародонта при ревматоидном артрите: Автореф.дисс.... канд.мед.наук. Минск, 2006, 23 с.
- Файзуллина Д.Б. Особенности течения и комплексного лечения заболеваний пародонта Биоплантом у больных с сахарным диабетом: Автореф.дисс....канд.мед.наук. Казань, 2005, 19 с.
- Eb-ersole J.L., Machen R.L., Steffen M.J. et al. Sismatic acute-phase reactants, C-reactive protein and haptoglobin, in adult periodontitis // Clin.Exp.Immunol., 2006, v.107, p.347-352.
- Fletcher S. Brusellozis of the man. Geneva, WHO, 2004, 116 p.
- Ishihara Y., Zhang J., Quinn S. et al. Regulation of immunoglobins production by brusellosis diseases // Jap. Med. J., 2006, v.68, No3, p.156-165.
- Laskaris G. Oral manifestations of infections diseases // Dent.Clin.North.Am., 2005, v.40, p.395-423.
- Scanapieco FA, Bush RM, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for atherosclerosis, cardiovascular disease and stroke: a systematic review // Ann. Periodontol., 2003; 8:38-52.

Резюме

Состояние капиллярного кровообращения и местной иммунной реакции среди больных с воспалительными заболеваниями пародонта, протекающих на фоне бруцеллеза

Алиев Г.Х., Пашаев А.Ч.

В результате проведенных исследований установлено, что бруцеллез, особенно его хроническая стадия, усиливает системное влияние ВЗП на пародонт, проявляемое в нарушении капиллярного кровообращения и угнетение местной иммунной реакции. В связи с этим для повышения эффективности консервативного лечения ВЗП необходимо достигнуть не только излечения пациентов от бруцеллеза, но и осуществлять меры по коррекции по повышению иммунологического статуса пародонта и реабилитации его капиллярного кровообращения. Отмеченные коррекционно-реабилитационные меры целесообразно осуществлять во всех случаях длительного хронического течения ВЗП.

Summary

Condition capillary blood address and local immun reactions amongst patient with inflammatory diseases parodontis, running on background and brucellosis

Aliev G.H., Pachayev A.C.

As a result called on studies is installed that brucellosis, particularly his chronic stage, intensifies the system nfluence inflammatory diseases parodontis on parodontis, shown in breach capillary blood address and oppression local immun to reactions. In this connection for increasing of efficiency of the conservative treatment inflammatory diseases parodontis necessary to reach not only curing patient from brucellosis, but also realize the measures on correction on increasing immun status parodontis and rehabilitations his capillary. Noted measures reasonable to realize in all events of the long chronic current inflammatory diseases parodontis.

Анатомо-топографические основы формирования плоских стеблей

Хегай С.М.

Кафедра хирургической стоматологии Карагандинской государственной медицинской академии

До настоящего времени кожный аутоплантат, в форме различных лоскутов и стеблей, является основным пластическим материалом, который широко используется в восстановительной хирургии лица. При этом, анатомо-функциональные особенности строения полых органов лица, диктуют целесообразность и необходимость использования дублированных лоскутов, в виде плоских стеблей, оптимально соответствующие рельефу восстанавливаемых тканей (1).

Вместе с тем, существующие методы формирования плоских стеблей, в большинстве случаев, связаны с ограниченной возможностью подбора и недостаточностью кожи для выкраивания лоскутов, необходимостью пластики донорских ран свободной пересадкой аутокожи, что значительно ограничивает выбор пластического материала, осложняет операцию и лечение больных.

В последние десятилетия активно разрабатываются методы пластики дефектов лица путем реваскуляризации свободно пересаженных лоскутов (2) и лоскутами на артериализированной питающей ножке (3).

Однако проблемы, связанные с техническим оснащением, сложностью и длительностью наложения микрососудистых анастомозов, травматичностью выделения стволовых сосудов, недостаточностью мобильности сосудистой ножки, необходимостью дублирования выкроенных лоскутов, в значительной степени ограничивают применение данных методов пластики в восстановительной хирургии обширных сквозных дефектов лица.

С учетом перечисленных недостатков, нами разработан плоский конусовидный стебель, который формируется путем дублирования мостовидного лоскута, соразмерным артериализированным лоскутом, выкроенным у его основания на общей питающей ножке. При этом лоскуты выкраиваются с мобильных участков кожи

двух смежных анатомических областей, а общая питающая ножка заведомо проецируется в зоне выхода и разветвления осевых подкожных сосудов, что способствует оптимальному подбору и кровоснабжению дублированных лоскутов, закрытию донорских ран местными тканями (4).

Для формирования плоских стеблей, традиционно использовались кожные лоскуты, выкроенные с переднебоковой поверхности шеи, грудной клетки, плеча и брюшной стенки.

Современными исследованиями установлено, что кровоснабжение кожи данных областей, осуществляется по замкнутому типу тремя артериальными системами, состоящими из сегментарных, прободающих и самостоятельных подкожных сосудов (Daniel R., Kerrigan C., 1979).

Так, основными артериальными сосудами, кровоснабжающими кожу шеи, являются задние ветви наружной сонной артерии - затылочная, задняя ушная и передние ветви верхней щитовидной и лицевой артерии, а также веточки щитовидного ствола - нижней щитовидной, надлопаточной, восходящей шейной поверхностной артерии, которые прободают второй листок фасции шеи, входят в грудиноключично-сосцевидную мышцу, располагаясь вдоль её оси, от которых отходят многочисленные прободающие веточки, проходящие через поверхностный листок фасции и подкожную мышцу, разветвляясь в подкожной клетчатке образуя многочисленные анастомозы и сплетения.

В настоящее время доказано, что большая часть кожи кровоснабжается за счет прободающих сосудов, отходящих от артерий мышц перпендикулярно к коже. Практически артерии каждой мышцы способны полноценно обеспечивать трофику расположенного над ней участка жировой клетчатки и кожи (Maxwell J.P., 1980).

Кровоснабжение кожи переднебоковой поверхности грудной клетки, обеспечивается сегментарной системой разветвления париеталь-

ных артериальных сосудов как внутренней грудной, так и межреберных артерий, от которых отходят многочисленные ветви в соответствующие межреберные промежутки, кровоснабжающие межреберные мышцы, ребра и кожу груди. От внутренней грудной артерии отходят ряд ветвей, которые прободают 1 – 6 межреберные промежутки на 3-4 см. латеральнее края грудины, после чего следуют в слое подкожной клетчатки до дельтовидно-грудной борозды, в виде осевых сосудов.

Кровоснабжение кожи дельтовидно-грудной области и плеча осуществляется, в основном, ветвями от артерий мышц, составляющих плечевой пояс и кожными ветвями от грудино-акромиальной артерии.

Осевыми сосудами, кровоснабжающими кожу переднебоковой поверхности брюшной стенки, являются поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость и поверхностная надчревная артерия, которые отходят от бедренной артерии, и вместе с венами образуют густую, дублированную сеть, распространяющуюся на 10 – 12 см в стороны от паховой (пупартовой) связки.

Третий тип кровоснабжения кожи осуществляется за счет магистральных артериальных сосудов, проходящих в подкожной клетчатке (лицевая, височная, затылочная, ушная и др.).

Цель исследования – разработать методику формирования плоских стеблей основанную на дублировании кожных лоскутов, выкроенных с учетом особенностей кровоснабжения и мобильности донорских участков кожи.

Методика формирования плоских стеблей.

В зависимости от характера и размеров дефекта проводится подбор донорской ткани, состоящий из мобильных участков кожи двух смежных анатомических областей, на которой намечается мостовидный лоскут, соотношением ширины к длине 1:2 – 1:3 и второй лоскут, на смежном участке, аналогичных размеров, отходящий от конца основного лоскута на общей питающей ножке. Выкроенные, по намеченным линиям, лоскуты раневой поверхностью сшиваются между собой по всему периметру, а донорские раны закрываются путем широкой мобилизации и рассечения кожи, в виде послабляющих разрезов, от краев ран с наложением послойных швов.

Особенность формирования плоского стебля состоит в том, что лоскуты выкраиваются из мобильных участков кожи двух смежных анатомических областей, а общая питающая ножка заведомо проецируется в зоне выхода и разветвления осевых подкожных сосудов. При этом мостовидный лоскут формируется по классическим расчетам – соотношением ширины питающей ножки к длине 1:2 – 1:3, а смежный лоскут на одной питающей ножке, отходящий от основания основного лоскута, кровоснабжается, в основном, за счет стволовой подкожной артерии.

Так, для формирования плоского стебля, на переднебоковой поверхности шеи, мостовидный лоскут выкраивается вдоль кивательной мышцы, от основания которого выкраивается, аналогичных размеров, дельтопекторальный лоскут. При этом, общая питающая ножка проецируется в зоне выхода и разветвления подкожных осевых сосудов, от внутренней грудной артерии, которые являются основными ветвями кровоснабжающими дельтопекторальный лоскут (Рис.1а).

При формировании плоского стебля на передневнутренней поверхности плеча, мостовидный лоскут выкраивается вдоль двуглавой мышцы, а второй лоскут, аналогичных размеров, формируется от питающей ножки верхнего полюса мостовидного лоскута по ходу разветвления подкожной грудо-акромиальной артерии, которая проецируется в области дельтовидно-грудной борозды и следует по переднебоковой поверхности грудной клетки к мечевидному отростку грудины (Рис.1в).

Артериализированный плече-грудной лоскут также используется для дублирования мостовидного дельтопекторального лоскута, при формировании плоского стебля на передней поверхности грудной клетки (Рис.2с).

При необходимости, в качестве донорской ткани для заготовки плоских стеблей, используется кожа переднебоковой поверхности живота. Формирование стебля предусматривает дублирование мостовидного лоскута артериализированным лоскутом, выкроенным по ходу разветвления поверхностной надчревной подкожной артерии, которая анастомозирует с ветвями верхней надчревной артерии (из внутренней грудной артерии) или поверхностной артерии

Пояснения к рисункам

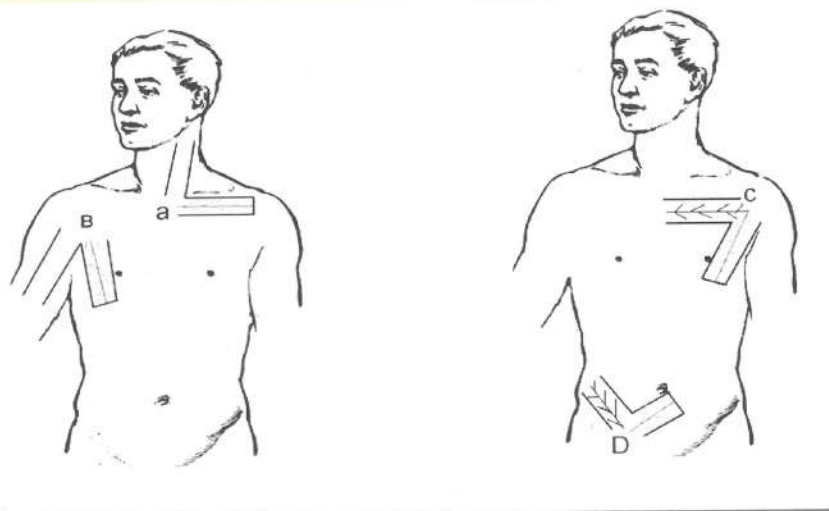


Рис.1.

Рис.2

Схема планирования плоских стеблей и локализация осевых подкожных артерий, включенные в состав питающей ножки лоскута.

оггибающая подвздошную кость, начало которых проектируется в зоне общей питающей ножки (Рис.2D).

Таким образом, предлагаемые методы формирования плоских стеблей, основанные на использовании мобильных участков кожи двух смежных анатомических областей, с учетом особенности их кровоснабже-

ния, способствуют широкому выбору пластического материала, оптимальному заживлению дублированных лоскутов, закрытию донорских ран местными тканями, что в значительной степени повышает эффективность использования их в восстановительной хирургии лица.

Литература.

1. Бондарь В. С. Кожная пластика плоскими стеблями. Алма-Ата. 1982.
2. Мамедов Э.В., Вербо Е.В. Использование в челюстно-лицевой хирургии свободных васкуляризированных аутогравативных лоскутов из боковой стенки грудной клетки. Стоматология, 2003, №1, - С.52.
3. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализованными лоскутами. Москва. Медицина. 1988.-277 с.

XÜLASƏ

Yastı çubuqların yaranmasında istifadə olunan anatomo-topoqrafik prinsiplər
Xeqay S.M.

Təklif olunan üsulda yastı çubuqların formalaşdırılması üçün dərinin hərəkətli sahələrindən götürülmüş koprüəbənzər lосkutlardan istifadə olunur.

Eyni qidalandırıcı ayaqçığa malik olan lосkutların istifadəsi optimal qan təchizatı üçün şərait yaradır və donor sahələrdə yaranmış yaraların sağlamlasını yerli toxumaların hesabına mümkün edir.

The resume

Anatomic and topographic bases of forming of the plane stems
Hegay S.M.

The authors of the article offer the method of forming of plane stems by means of duplicate of bridge visible graft by proportionate arterialized graft that had been cut out on it's foundation, on the common nutrient limb. The grafts are cut out from the mobile parts of skin of two adjacent anatomic parts, and the common nutrient limb is projecting in the zone of the way out and branch of hypodermic perforated arteries in form of axis hypodermic vessels, that promote the optimal selection and blood supply of duplicated grafts, the healing of donor wounds by local tissues.

СВЕДЕНИЯ О ПРАВОВЫХ ОСНОВАХ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ОБОРОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Велиева М.Н., Мадатли Ф.И.

Кафедра фармацевтической технологии, организации и экономики
фармации, Азербайджанского Медицинского Университета

В системе мер борьбы с наркотизмом одно из основных мест принадлежит правовым мерам, предусмотренным соответствующими правовыми актами. Именно правовые нормы определяют объект, субъект и меры воздействия, механизм предупредительно-воспитательного и лечебно-оздоровительного вмешательства, круг общественно опасных деяний, относящихся к наркотической преступности, и т.д.



Необходимость борьбы с международными преступлениями и преступлениями международного характера, включая незаконное распространение наркотиков и торговлю ими, практически осознана всеми государствами, обязательность такой борьбы вытекает из общепризнанных принципов международного права – международно-правовой обязанности всех государств поддерживать мир и безопасность народов, привлекать к ответственности лиц, виновных в совершении преступлений против мира и безопасности человечества и других преступлений международного характера [1].

К общим международно-правовым актам, составляющим правовую основу для осуществления сотрудничества государств, в том числе и по борьбе с международными преступлениями и преступлениями международного характера, включая распространение наркотиков и торговлю ими, а также по преодолению наркотизма в целом, относится Устав Организации Объединенных Наций, в преамбуле которого содержится требование ко всем членам ООН



объединить свои силы для поддержания международного мира и безопасности [2].

Наркотизм приобрел транснациональный характер. Возникла объективная необходимость в разработке и реализации совместных межгосударственных соглашений, в принятии действенных правовых норм по международному сотрудничеству, позволяющих государствам осуществлять согласованные меры как против наркотизма в целом, так и против конкретных форм его проявления, в установлении внутригосударственного и международного контроля за использованием наркотических средств и их употреблением [3].

Первым опытом установления международного контроля за наркотическими средствами и принятия мер против наркомании на международном уровне можно считать **Шанхайскую опиумную комиссию**, заседания которой проходили 5 – 26 февраля 1909 г. в Шанхае.

Комиссией была предпринята попытка разработать меры, препятствующие нелегальному проникновению наркотиков из регионов Азии в европейские страны и США, а также обсудить вопросы, связанные с курением опиума и международной торговлей его препаратами.

Следующим этапом наступления на наркотизм стала Международная конференция по опиуму, проходившая в Гааге с 1 декабря 1911 г. по 23 января 1912 г.

Гаагская Конвенция 1912 г. В ней впервые были определены конкретные виды наркотиче-

ских средств, употребление которых ставилось под международный контроль [3].

Последующие международные документы по вопросам наркотиков восполняли и развивали положения Гаагской Конвенции 1912 г. Вместе с тем принятие серии международных актов рассматриваемой проблемы уже само по себе свидетельствовало не только о возрастающей опасности наркотизма, но и о начале важного этапа в международных отношениях – утверждении принципа формирования международно-правовых норм по организации и осуществлению контроля за наркотическими средствами [1].

К их числу относится Соглашение о запрещении производства, внутренней торговли и использования очищенного опиума, подписанное 11 февраля 1925 г. на **Женевской Конференции по опиуму** [5].

Общий контроль над выполнением требований Соглашения по вопросам торговли опиумом возлагался на созданный в соответствии с Версальским мирным договором международный орган – Лигу Наций.

Затем в Бангкоке было подписано **Бангкокское Соглашение** о воспреещении курения опиума от 27 ноября 1931 г., вступившее в силу только в апреле 1937 г. [1].

Однако еще до Бангкокского Соглашения, в связи с осложнением наркотической ситуации в мире в послевоенный период, на второй Женевской Конференции по опиуму была принята **Конвенция по опиуму**, подписанная в **Женеве 19 февраля 1925 г.** и вступившая в силу в сентябре 1928 г. [6].

Конвенция 1925 г. предусматривала комплекс правовых и организационных мер по усилению противодействия наркотизму как на международном, так и на внутригосударственном уровнях [8].

Очередным звеном в системе международного контроля стало подписание в Женеве 13 июля 1931 г. **Конвенции об ограничении производства и регламентации распределения наркотических средств** [3]. Был учрежден специальный орган – Контрольная комиссия

Следующим важным документом стала заключенная в Женеве **Конвенция от 26 июня 1936 г.** о борьбе с нелегальной торговлей сильнодействующими средствами.

Протоколы 1946 и 1948 гг.

Во-первых, Протокол о наркотиках – о внесении изменений в соглашения, конвенции и протоколы о наркотических средствах, заключенные в Гааге 23 января 1912 г., в Женеве 11 февраля 1925 г., 19 февраля 1925 г. и 13 июля 1931 г., в Бангкоке 27 ноября 1931 г., и в Женеве 26 июня 1936 г., подписанный в Лейк-Саксессе 11 декабря 1946 г. (Нью-Йорк) [7].

Во-вторых, Протокол о распространении международного контроля на лекарственные вещества, не попадающие под действие Конвенции от 13 июля 1931 г.

В рамках Организации Объединенных Наций были выработаны, а затем приняты два важных международных акта – Единая Конвенция о наркотических средствах 1961 г. с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 г. о поправках к Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 г., и Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г. [2].

Единая Конвенция 1961 г. регламентирует вопросы, связанные с законным применением наркотиков. Конвенция практически заменила одним документом всю совокупность ранее принятых по этим вопросам международных актов (кроме некоторых пунктов Конвенции 1936 г.) сократила число договорных международных органов, ведающих контролем над наркотическими средствами, установила контроль над производством наркотического сырья [5, 6].

Вместо ранее действовавших четырех различных международных органов контроля над наркотическими средствами Конвенция учредила два, вверив соответствующие функции **Комиссии по наркотическим средствам Экономического и социального совета** и вновь образованному международному Комитету по контролю над наркотиками Организации Объединенных Наций, наделив названные органы широкими полномочиями по осуществлению контроля в этой сфере.

Наказуемость деяний, связанных с наркотиками.

Единая Конвенция устанавливает наказуемость связанных с наркотическими средствами деяний и обязывает государства обеспечить преследование нарушений ее постановлений наказуемыми деяниями в тех случаях, когда они совершены

умышленно. При этом серьезные преступления должны подлежать соответствующим наказаниям, в частности в виде тюремного содержания или иного способа лишения свободы [5, 6].

Конвенция ООН 1988 г. регулирует вопросы, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Целью этой Конвенции является содействие сотрудничеству между сторонами, чтобы более эффективно решать различные проблемы незаконного оборота наркотических средств, имеющего международный характер, уменьшения его размеров и серьезных последствий [7, 8].

Понятие незаконного оборота наркотических средств.

Во-первых, носящее рекомендательный характер положение о признании в национальном законодательстве уголовными преступлениями конкретных преднамеренных действий, включенных Конвенцией в понятие «незаконный оборот», а именно: производство, изготовление, приготовление, предложение с целью продажи, распространение, продажа, поставка на любых условиях, посредничество, переправка, транзитная переправка, транспортировка, импорт или экспорт любого наркотического средства в нарушение положений Конвенции 1961 г. (с поправками) [7, 9].

Во-вторых, положение, касающееся вопросов ответственности и наказания, в частности, содержащее рекомендации применять к осужденным такие санкции, как тюремное заключение или другие виды лишения свободы, за опасные преступления, связанные с наркотическими средствами, а также дополнительные меры в виде лечения, восстановления трудоспособности или социальной реинтеграции, последующего наблюдения [9].

Контролируемая поставка.

В-третьих, положение об использовании контролируемых поставок на международном уровне на основе взаимных договоренностей. Контролируемая поставка означает метод, при котором допускается вывоз, провоз или ввоз на территорию одной или нескольких стран незаконных или вызывающих подозрение партий наркотических средств с ведома и под надзором их компетентных органов с целью выявления лиц, участвующих в вышеуказанных правонарушениях [10].

Большинство норм, предусмотренных международными конвенциями, содержится в законодательстве Азербайджанской Республики, а возможность закрепления в нем других может быть реализована в будущем при наличии соответствующих условий.

Предотвращение отмыывания наркоденег.

Важное значение для преодоления наркотизма посредством воздействия на «болевы точки» наркобизнеса имеют рассмотренные ранее и нуждающиеся в реализации в Азербайджанской Республике заявление Комитета по правилам осуществления банковской деятельности и банковскому надзору от 12 декабря 1988 г. о предотвращении преступного использования банковской системы в целях отмыывания денежных средств, полученных в результате торговли наркотиками, и решение глав государств или правительств семи ведущих индустриальных стран и председателя Комиссии Европейских Сообществ, принятое на пятнадцатой встрече в верхах по экономическим вопросам, состоявшейся в Париже в июле 1989 г., об учреждении Специальной оперативной группы по финансовым вопросам [11].

Следует также иметь в виду, что в последние годы состоялись многочисленные официальные и неофициальные конференции, симпозиумы, встречи специалистов в сфере борьбы с наркотизмом, в том числе в 1996 г. в Баку, на которых разрабатывались и рекомендовались для применения в практической деятельности разнообразные меры по преодолению наркотизма [1, 5, 6].

Азербайджанская Республика ратифицировала следующие конвенции:

1. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года. Ратифицирована Законом от 1 декабря 1998 г.
2. Конвенция о психотропных веществах 1971 года. Ратифицирована Законом 1 декабря 1998 г.
3. Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. Присоединилась Постановлением Милли Меджлиса от 28 октября 1992 г.
4. Европейская Конвенция об отмыывании, выявлении, изъятии и конфискации доходов от преступной деятельности 1990 года. Ратифицирована Законом от 4 июля 2003

5. Европейская Конвенция об экстрадиции 1957 года, Дополнительный Протокол к Европейской Конвенции об экстрадиции 1978 года, Второй Дополнительный Протокол к Европейской Конвенции об экстрадиции 2002 года. Ратифицированы Законом от 17 мая 2002 года.

6. Европейская Конвенция о взаимной помощи по уголовным делам, Дополнительный Протокол к Европейской Конвенции о взаимной помощи по уголовным делам. Ратифицированы Законом от 1 марта 2003 года.

7. Парциальному соглашению о сотрудничестве в борьбе с приемом наркотических веществ и незаконным оборотом наркотических веществ (соглашение составляют резолюции № (80) 2 и (80) 15, принятые 27 марта 1980 года и 17 сентября 1980 года Комитетом министров Совета Европы и на основании данных резолюций была создана рабочая группа Помпиду). Ратифицировано Законом от 16.02.2001.

В 2004 году было принято решение Парламента республики о внесении некоторых изменений в закон Азербайджанской Республики «О борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», регулирующий юридические вопросы, связанные с оборотом наркотических веществ на территории Азербайджанской Республики. Основное содержание изменений ставит целью регулирование общественных отношений, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, предотвращение незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ

и прекурсоров, охрана здоровья граждан и обеспечение государственной безопасности. Главное различие между старым законом и законом, имеющим силу в настоящее время, заключается в том, что новый закон будет регулировать общественные отношения, связанные как с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (вариант бывшего закона), так и с законным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

Главное изменение было внесено в название закона. В новой редакции он был назван закон Азербайджанской Республики «Об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».

В настоящее время, основным нормативно-правовым актом, имеющим силу в области борьбы с наркотизмом в республике является принятый вступивший в силу 28 июня 2005 года закон Азербайджанской Республики «Об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров». На основе этого закона в настоящее время определяется национальная стратегия по борьбе с наркоманией. В частности, 28 июня 2007 года вступило в силу Распоряжение президента Азербайджанской Республики об утверждении «Программы (2007-2012 гг.) по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и распространением наркомании». Существует также ряд других законодательных актов, регулирующих оборот наркотиков на территории Азербайджанской Республики.

Литература:

1. Hacıyev S.F. Narkotik vasitələrin, psixotrop maddələrin və prekursorların qanunsuz dövriyyəsi ilə mübarizəyə dair Birləşmiş Millətlər Təşkilatının Konvensiyaları. Bakı, Milli Məclisi Aparatının mətbəəsi, 2004.
2. Алексеев В., Андреев В., Троцкий В. и др. Организация Объединенных Наций в фактах и цифрах: Краткий справочник. - М., 1965.
3. Анисимов Л.Н. Наркотики: правовой режим. - Л.: ЛГУ, 1974.
4. Бельсон Я.М. Интерпол в борьбе с уголовной преступностью – М.: Наука, 1989.
5. Гасанов Э.Г. Ответственность за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ: сравнительно-правовой и уголовно-правовой аспекты. М.: АО «Центр ЮрИнфоР», 2002.
6. Гасанов Э.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления (на материалах Азербайджанской Республики). М.: Учебно-консультационный центр «ЮрИнфоР», 1997.
7. Материалы ВОЗ «Наркотические, психотропные ядовитые средства». Перевод с англ. Женева, 2002.
8. Наркомания - акцент на меры профилактики. Выпуск 2. М.: Международный Фонд Образования, 1999.
9. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В., Орловская А.В. Альманах судебной медицины N 2 (2001), Российский Биомедицинский Журнал Medline. ru// Том4, СТ.61(сс.82-83)// Февраль, 2003 г.
10. «Собрание законодательства РФ», 12.01. 98, N 2 ст. 219, «Российская газета», N 7, 15. 01. 98.

11. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. Второе издание. СПб.: Издательство «Лань», 1999.- 352 с. (Серия «Мир медицины»)

XÜLASƏ

Narkotik dərman vasitələrinin dövriyyəsinin tənzimlənməsinə aid hüquqi əsaslı materiallar M.N.Vəliyeva, F.İ.Mədətli

Narkotik dərman vasitələrinin beynəlxalq aləmdə tənzimlənməsinə aid tarixi və hüquqi sənədlərə əsaslanaraq məlumatlar verilmişdir. Azərbaycanda narkotik dərmanların dövriyyəsinin qanunlaşmasına normativ-hüquqi sənədlər ardıcıl təhlil edilmişdir. İlk dəfə olaraq narkotik dərman vasitələrinin ölkəmizdə dövriyyəsinin tənzimlənməsinə aid hüquqi əsaslı məlumatlar sistemləşdirilmişdir.

SUMMARY

Legally based information on the regulation of circulation of narcotic drugs.

M.N.Veliyeva, F.I.Madatli

The information based on historical and documents about international regulation of narcotic drugs is given. Regulations related to the legalization of narcotic drugs in Azerbaijan were analyzed stage by stage. For the first time legally based information related to the regulation of narcotic drugs in our country was systematized.

Təbrik edirik!

***Stomatologiya sahəsində elmi nailiyyətəri və əsaslı axtarışlarına görə
professor Qarayev Zöhrab Beynəlxalq Stomatologiya Akademiyasının
(Academy of Dentistry International-ADI, USA) üzvü seçilib.***



*Academy
of
Dentistry International*

The Board of Regents confers upon
Dr. Zohrab Garayev

the title of
Fellow

in recognition of worthy contributions
to the advancement of Dentistry worldwide on
September 24, 2008

[Signature]
President

[Signature]
Executive Director



ERO-FDI Baş Assambleya, İstanbul

17-19 aprel 2008-ci il tarixdə Türkiyənin İstanbul şəhərində Ümumdünya Stomatoloqlar Federasiyasının Avropa Regional Təşkilatının plenar sessiyası keçirilmişdir.



Prezident FDI Dr. Burton Conrod

ERO Parlamentinin sessiyasını ERO prezidenti Dr. Patrick Hescot açmışdır. FDI-nın prezidenti Dr. Burton Conrod tədbirin iştirakçılarını salamlamışdır.



Prezidium



Azərbaycan nümayəndə heyyyəti

Türkiyə Stomatoloji Assosiasiyasının (TDB) Prezidenti Dr. Celal Yıldırımın çıxışı böyük maraqla qarşılanmışdır. TDB prezantasiyasında Türkiyə həkimlərinin diplomdan sonrakı hazırlığı, pedaqoji kadrlar strukturunun analizi kimi mühüm məsələlər öz əksini tapmışdır.

ERO komitələrinin fəaliyyəti haqqında komitə sədrləri məruzələr etmişlər. Plenar sessiyanın elmi mövzusu «Həkimin təcrübəsində təhlükəsizlik» məsələlərinə həsr olunmuşdur.

Aşağıdakı çıxışlar dinlənildi:

- Stomatoloqun təcrübəsində təhlükəsizliyin təmini, mövzunun müasir konsepsiyası;
- Cərrahi təcrübədə təhlükəsizliyin təşkil olunması və başqa məruzələr dinlənildi. Elmi çıxışlar ətrafında geniş diskussiyalar aparılmışdır.



İclas salomundan görünüş



TBD-in prezidenti Dr. Celal Yıldırım



Bayram tortunu kəsmək vaxtı gəldi

ERO-nun Plenar sessiyasının keçirilməsi və maraqlı sosial programın hazırlanması ilə bağlı Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının adından Türkiyə Stomatoloji Assosiasiyasına öz minnətdarlığımızı bildiririk.

Plenar sessiyanın növbəti iclasının Stokqolmda sentyabr ayında keçirilməsi planlaşdırılmışdır. Yaz plenar sessiyasını 2009-cu ilin aprel ayında İtaliyanın Rim şəhərində keçirtmək nəzərdə tutulmuşdur.



İsrael Dental Association milli katibi Dr. Alex Mahinson

Sabina Əliyeva

Применение препарата «Лоробен» при лечении заболеваний полости рта

Алиева Р.К., Абдуллаева У.А., Иманов Э.А., Гулиев А.И., Мирзазаде Э.С.

Кафедра стоматологии детского возраста

Заболевания пародонта и кариес - самые распространенные инфекционные заболевания у людей. Хронический характер, а также большая распространенность этих заболеваний, вызываемых зубной бляшкой, создают острые проблемы в деле лечения и предотвращения этих болезней. Свыше 80% населения планеты подвержены этим заболеваниям и мы вправе говорить о масштабе эпидемии.

Недавние исследования проведенные в Университете США "Emori University" совместно с центром контроля заболеваемости показали, что: "...у людей с заболеваниями пародонта (пародонтиты, гингивиты) коэффициент смертности повышается с 23% до 46%".

При обследовании пациентов стационарных клиник и домов престарелых наблюдалось более частое развитие пневмонии у пациентов с неудовлетворительным состоянием гигиены полости рта, являющейся непосредственным источником инфекции в этих случаях.

С нарастанием бляшки увеличивается потенциальная возможность возникновения этих заболеваний, поэтому в таких случаях необходимо продолжительное и непрерывное лечение. Широкое распространение получило использование химиотерапии для предотвращения роста патогенных микроорганизмов в зубной бляшке.

Следует отметить, что сегодня пациентам стоматологи рекомендуют специально созданные ополаскиватели нового поколения, как обязательные каждодневно используемые средства гигиены. В зависимости от состава ополаскивателей, например, при включении противовоспалительных, антимикробных компонентов, можно рассматривать возможность его использования не столько как профилактического, а как лечебного средства. Так как проблема лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта представляет одну из актуальных задач практической стоматологии, современная фармакологическая наука создает все новые и новые пре-

параты, направленные на устранение воспалительно-болевого синдрома слизистой оболочки рта. Лечение воспалений слизистой оболочки полости рта включает применение полосканий, местных анестетиков, при необходимости системных анальгетиков.

Анализ данных литературы свидетельствует, что в настоящее время препараты, содержащие антисептики, являются наиболее распространенными в клинической практике.

Наиболее широко в пародонтологической практике используют хлоргексидин. Он применяется в стоматологической практике более 30 лет, несмотря на это, остается одним из наиболее эффективных средств при лечении заболеваний пародонта.

Антибактериальный эффект

Микроорганизм	МИК 90 (мг/л)
<i>Staphylococcus Spp.</i>	0,0005 – 0,0060
<i>Streptococcus Spp.</i>	0,0001 – 0,0070
<i>Clostridium Spp.</i>	0,0018 – 0,0070
<i>Klebsiella Spp.</i>	0,0015 – 0,0125
<i>Pseudomonas Spp.</i>	0,0030 – 0,0060

Антифунгальный эффект

Микроорганизм	МИК 90 (мг/л)
<i>Candida Spp.</i>	0,0070 – 0,0150

Противовирусный эффект

Снижение титров

Микроорганизм	30 с	5 мин	15 мин
Herpes simplex virus	93,0	99,9	93,0
Cytomegalo virus	> 99,7	> 99,7	> 99,5
Influenza virus	93,0	> 98,0	> 99,5
Parainfluenza virus	59,0	91,0	99,0

Глюконат хлоргексидина, является наиболее полно изученным, широко применяемым представителем этого класса антисептиков широкого спектра действия.

Рядом исследований было установлено, что растворы для полоскания рта, содержащие хлоргексидин, обладают более высокой эффективностью, чем жидкости с содержанием фенола или алкалоидов растительного происхождения. Вместе с тем, сопоставление данных о снижении поражений гингивитом и бляшкой, которые приводятся в многочисленных исследованиях, показывает, что растворы хлоргексидина - самые эффективные среди известных в настоящее время средств. Полагают, что это объясняется субстантивностью вещества - его способностью вступать в прочный химический контакт на многих участках полости рта и действовать как долговременный источник антибактериальной активности. Использование хлоргексидина для орошения пародонтального кармана в целях редукции кариесогенной и пародонтопатогенной микрофлоры считается наиболее целесообразным, так как лаки и гели не способны проникать в глубину пародонтального кармана и наносятся только на обнажённые корневые поверхности.

Показано, что использование полосканий хлоргексидином приводит к снижению микробной обсемененности пародонтальных карманов, уменьшению индекса гингивита.

В экспериментальном исследовании гингивита продолжительностью в 21 день без соблюдения мер по гигиене ротовой полости было установлено, что данное средство сдерживает бляшкообразование и развитие гингивита.

В последующей работе, продолжавшейся в течение 2-х лет, изучаемое средство использовалось дополнительно к обычным мерам по гигиене рта. Было показано, что оно достоверно (хотя и умеренно) воздействует на указанные процессы и не вызывает появления резистентных микроорганизмов. Последнее обстоятельство дает основания полагать, что хлоргексидин безвреден и при продолжительном применении.

Активно продолжают изучать вопросы сочетанного применения хлоргексидина с противовоспалительными препаратами потенцирующими лечебный эффект.

Бензидамин гидрохлорид является единственным в своём роде (уникальным) средством местного действия с анальгетическим и противовоспалительным эффектом.

Бензидамин обеспечивает блокаду синтеза тромбоксанов и альтерацию простагландинов, ингибирование агрегации и стабилизации клеточных мембран.

Ингибирует синтез
Простагландинов



Предотвращает вазодилатацию,
отек и боль

Клинические исследования с бензидамином у больных показывает быстрое снижение боли, дисфагии в отличие от плацебо. При местном применении препарат хорошо проникает через слизистую оболочку, быстро насыщает пораженную ткань и проявляет значительный анестетический эффект. Местная анестезирующая активность обусловлена стабилизацией сенсорных рецепторов. Кроме этого, препарат способствует процессу заживления, т. е. эпителизации.

Проведенные клинические исследования позволяют отметить определенный терапевтический эффект при различных нозологических формах поражения слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и воспалительной реакцией тканей эпителия.

Хлоргексидан и бензидамин входят в состав комбинированного препарата "Лоробен".

В составе "Лоробен"-а содержится хлоргексидан глюконат 0,12% и бензидамин гидрохлорид 0,15%, в результате чего препарат проявляет двойной эффект. "Лоробен" является достаточно

	«Лоробен» спрей 30 мл	«Лоробен» раствор для полосканий 200 мл
ДЕТИ (6 – 12 лет)	5 впрыскиваний каждые 3 часа	5 мл каждые 3 часа
ВЗРОСЛЫЕ	5 – 10 впрыскиваний каждые 3 часа	5 – 15 мл каждые 3 часа

эффективным средством симптоматической терапии острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта. Это характеризуется комбинированным действием противовоспалительного и антибактериального эффекта активных веществ препарата.

Рекомендуется как симптоматическое средство, применяемое как самостоятельно, так и в комплексной терапии в следующих состояниях:

- Хирургия - предоперационная подготовка пациента, работа хирурга в чистом поле. Лечение альвеолитов, перикоронаритов

- Имплантология - послеоперационное ведение пациента и дальнейший гигиенический статус весьма важный для профилактики периимплантита.

- Пародонтология - лечение и профилактика, до и после снятия зубных отложений, кюретаж и лоскутные операции, устраняет кровоточивость, замещает невозможную чистку зубов в послеоперационный период.

- Ортодонтия - профилактика кариеса у детей при использовании пластинок и брекетов.

- Терапия - промывание инфицированных каналов, реминерализующая терапия, профилактика кариеса, в т. ч. у детей.

- Ортопедия - до и после препарирования зубов для устранения десневой жидкости и гиперэстезии недепульпированных зубов.

Препараты зарекомендовали себя, как великолепные помощники врачу-стоматологу и как конечный результат пациенту, что поднимает статус врача на качественно новый уровень, внедряющего новые средства и технологии.

Xülasə

Ağız boşluğu xəstəliklərinin müalicəsində "Loroben" preparatının tətbiqi.

Əliyeva R.Q., Abdullayeva Ü.A., İmanov E.Ə.,
Quliyev A.İ., Mirzəzadə E.S.

Tədqiqat zamanı əldə olunmuş nəticələr onu göstirir ki, şiddətli ağrı və iltihab komponenti ilə müşahidə olunan ağız boşluğu selikli qişasının müxtəlif xəstəliklərinin müalicəsində "Loroben" preparatının tətbiqi effektivliyə malikdir.

Summary

Use of "Loroben" in treatment of oral cavity mucose membrane diseases.

Alieva R.Q., Abdulaeva U.A., Imanov E.A., Quliev A.I., Mirzazadeh E.S.

Result of investigation shows that use of "Loroben" in treatment of oral cavity mucose membrane diseases is effective.

РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЁБА И АНОМАЛИИ ЛОР-ОРГАНОВ

Панахиан В.М.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей
им. А. Алиева, г. Баку.

Врожденные пороки развития составляют более 10% в структуре заболеваний периода новорожденности. Данная патология умножает и показатели детской смертности /1, 2, 3, 6/, так, как дети, родившиеся с врожденными и наследственными пороками развития, составляют от 1 до 12% всех новорожденных, и их число непрерывно растет /1, 9, 12/.

Одним из наиболее распространенных видов врожденной патологии являются пороки челюстно-лицевой области /7, 12/. В структуре врожденных пороков развития частота расщелины губы и нёба достигает 26% среди новорожденных, на их долю приходится до 90% челюстно-лицевых аномалий /4, 9/.

По литературным источникам последних лет частота врожденных расщелин губы и нёба имеет весьма разноречивые показатели. Так, на сегодняшний день частота расщелины губы и/или нёба в Европе составляет 1: 500 новорожденных /4, 9, 14, 15/.

По данным российских ученых, частота появления новорожденных с расщелиной губы и нёба достаточно велика - приблизительно от 1 на 500 до 1 на 1000 новорожденных. За период 1985-1992 г. частота врожденных аномалий в России возросла в 1,6 раза /9/. В СССР в 80-е годы рождалось приблизительно 15 человек с данной патологией ежедневно и около 5000 ежегодно /4/.

Частота врожденных расщелин губы и нёба колеблется от 0,1 у народов банту в Претории – (ЮАР) до 5,38 (в Сингапуре) на 1000 новорожденных /13, 14/.

Статистические исследования показывают, что за последние 100 лет этот порок развития стал встречаться в три раза чаще. Также встречаются работы с описанием зубочелюстных аномалий в сочетании с другими органами и системами /10/.

В данном случае наряду с определением

этиопатогенетических факторов, целью нашего исследования явилось изучение состояния ЛОР-органов у больных с зубочелюстными аномалиями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал исследований основан на документациях статистической отчетности ВТЭК центральных городских, районных и сельских больниц и поликлиник, а также в ходе экспедиционных работ по населённым пунктам республики. Методы исследования состояли из генетических и оториноларингологических методик. Генетические методы исследования включали клинико-генеалогический и биохимический методы /6/. Оториноларингологические методы исследования состояли из инструментального обследования ЛОР-органов, акустического, рентгенологического обследования, при необходимости - аудиометрия и компьютерная томография /5/.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

На территории Азербайджанской Республики из выявленных 213 пациентов с различными формами расщелины верхней губы и нёба, нами обследовано 87 больных. Среди обследованных пациентов, полностью состоявших из детского контингента в возрасте от 1 года до 8 лет (32 мальчика и 55 девочек), 38 являлись городскими жителями и 49 – сельскими.

Из числа обследованных детей у 38 диагностирована изолированная форма расщелины верхней губы, 24 – изолированная форма расщелины твёрдого и мягкого нёба и 25 – сочетанная форма расщелины верхней губы и нёба. В данном случае, изолированная расщелина верхней губы и нёба в 2,5 раза встречалась чаще, чем сочетанная. В анамнезе 16 (18,4%) из 38 отмечались сопутствующие заболевания (умственная

отсталость, олигофрения, пороки митрального клапана, сахарный диабет).

На таблице 1 представлено число сопутствующих заболеваний у больных с расщелинами верхней губы и/или нёба.

рентгенограммах придаточных пазух носа отмечалось снижение пневматизации верхнечелюстных и решётчатых пазух (у 3 больных диагностирован хронический гнойный гайморит, у 5 – хронический гнойный этмоидит). При фаринго-

Таблица 1.

Расщелина верхней губы и/или нёба	Количество обследованных больных		
	Общее	Изолированная патология	Сопутствующие заболевания
Расщелина верхней губы	38	31	7
Расщелина нёба	24	21	3
Сочетание расщелины губы и нёба	25	19	6
ВСЕГО:	87	71 (81,6%)	16 (18,4%)

При обследовании ЛОР-органов уделялось внимание на состояние полости носа, околоносовых пазух, глотки, носоглотки, гортани, устья слуховых труб, наружного уха и барабанных перепонок.

При проведении передней риноскопии больных с расщелинами верхней губы, как правило, сопровождалось искривлением носовой перегородки, преимущественно в её хрящевом отделе со значительным нарушением, а иногда и полным отсутствием носового дыхания. Отмечалась также гиперемия и отёчность нижних носовых раковин. В некоторых случаях выявлялась также деформация наружного носа и смещение колонны основания кончика носа. При задней риноскопии при обеих формах изолированной патологии расщелины верхней губы, хоаны и носовые ходы оказались в пределах физиологической нормы.

Нами также обследовано 24 пациента с изолированной формой расщелины твёрдого и мягкого нёба. Во время обследования у больных с расщелиной мягкого нёба изменения со стороны ЛОР-органов были выражены значительно меньше, чем у больных с расщелиной твёрдого нёба.

При передней риноскопии отмечалось: недоразвитие или частичное отсутствие перегородки носа, нижний конец имел волнистую форму, нижние и средние носовые раковины были несколько атрофированы, имелись слизисто-гнойные выделения в носовых ходах, широкие носовые ходы. При задней риноскопии отмечалось: гипертрофия носоглоточной миндалины 1-2 степени, уменьшение естественных размеров носоглотки, атипичность хоан, широкие устья слуховых труб. На

скопии выявлено: гипертрофия нёбных миндалин (миндалины твёрдой консистенции, гнойное отделяемое в лакунах и казеозно-некротические пробки), отёчность и припухлость передних и задних дужек. При непрямой ларингоскопии патологии гортани не обнаружено. При отоскопии отмечалось: у 9 пациентов двухсторонний мезотимпанит, у 3 больных адгезивный отит, у 10 – двухсторонний тубоотит.

На аудиограммах больных отмечалось понижение слуха по воздушной проводимости.

При обследовании 25 больных с сочетанной формой расщелины верхней губы и нёба диагностированы более значительные нарушения со стороны ЛОР-органов.

При визуальном осмотре виднелась заметная деформация наружного носа и в 8 случаях отсутствие носовой колонны. Риноскопически отмечалось: гипогенезия носовой перегородки в её нижнем отделе, примыкающим в норме к передней носовой ости; атрофия нижних и средних носовых раковин; слизисто-гнойное отделяемое в носовых ходах.

Фарингоскопически: сквозь расщелину виднелась носоглотка с атрофированной носоглоточной миндалиной; нёбные миндалины также атрофированы без гнойных выделений в лакунах; передние дужки отёчны и натянуты, смещены несколько в латеральную сторону; язычок в 12 случаях – раздвоенный, в 2 случаях – отсутствует, в остальных 11 случаях – смещён в сторону, противоположную расщелине; атипичное расположение верхних зубов с наличием кариеса, нижние зубы в норме.

При непрямой ларингоскопии патологии гортани не выявлено.

При отоскопии отмечалось: у 23 из 25 больных был двухсторонний хронический гнойный мезотимпанит; у остальных 2 пациентов (в возрасте 2 и 3 лет) - двухсторонний тубоотит. Судя по анамнезу, у детей гнойный отит развивался к 4 годам после продолжительного течения тубоотита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом у больных с расщелиной верхней губы и нёба были отмечены следующие оториноларингологические заболевания: деформация наружного носа и гипогенезия перегородки носа (82 пациента), хронический синусит (67 больных), хронический тубоотит (18 больных) и мезотимпанит (28 больных). У 3 пациентов был адгезивный отит. При этом у больных с изолированной расщелиной верхней губы отмечались лишь деформации наружного носа и носовой перегородки. Все остальные вышеперечисленные болезни отмечались у больных с изолированной расщелиной нёба и расщелиной нёба в

сочетании с расщелиной верхней губы.

Таким образом, в результате оториноларингологического обследования больных с расщелинами губы и нёба установлено, что у всех обследованных 87 пациентов наблюдалась патология ЛОР-органов.

Изучение этиопатогенетических факторов в развитии аномалии выявило, что у 53 больных (61% случаев) причинами расщелин верхней губы и нёба являлись экзогенные факторы (родовые травмы, неблагоприятное течение беременности и перенесённые заболевания матери, токсические воздействия медикаментозных и химических веществ, а также экологическое влияние внешней среды).

Генеалогические исследования пациентов с расщелинами губы и нёба показали присутствие наследственного фактора лишь у 8 пациентов (9,2%) с преимуществом мультифакториального типа наследования. Важное значение имели структуры кровнородственных и эндогамных браков. Частота встречаемости кровнородственных браков у больных с расщелиной верхней губы и нёба составляла 29,8% (26 пациентов).

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Сергеев А.С. Клинико-генетическое исследование прогенетических форм прикуса. // Генетика.- 1980.- № 11.- с.20-24.
2. Александрова О.М., Хорева Н.В., Петрунина Т.М. Изменение лицевого скелета у больных с синдромом Аперта-Краутона. // Стоматология.- 1979.- №1.- с.51-53.
3. Амануллаев Р.А. Сравнительная оценка первичной хейлопластики у детей с односторонней врождённой расщелиной верхней губы и нёба. Автореф. Дис. ... к.м.н., Ташкент, 2002. - 18 с.
4. Белякова С.В., Фролова Л.Е. Врожденные пороки развития лица и челюстей: заболеваемость, смертность, факторы риска. // Стоматология.-1993.-№5.- с.72-75.
5. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология.// Москва, «Гэотар-Мед», 2001, с.65-69, 143-149, 253-255, 334-342.
6. Бочков Н.П. Клиническая генетика. Учеб. Москва «Геотар-Мед» 2002. с.61-66, 319-331.
7. Гараев З.И. Медико-генетические консультации о роли имбридинга в распространении и структуре зубочелюстных аномалий. // Методические рекомендации.- Баку, 1999.- 11с.
8. Лильин Е.Т., Богомазов Е.А., Гофман-Кадошников Н.Б. Генетика для врачей. // М.; «Медицина».- 1990.- 225с.
9. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Козлова С.Н., Семанова Е., Демикова Н.С., Блинникова О.Е. //Ленинград «Медицина», 1987. - 318 с.
10. Панахиан В.М., Расулов Э.М. Этиопатогенез параназальных синуситов // Науч.-прак. Журнал «Здоровье», Баку, 2000, №8, стр. 65-67.
11. Bergsma D. The clinical delineation of the birth Defects. Part XI. Orofacial structures.- Baltimore: Wilkins and wilkins, 1971.
12. Garayev Z.I., Rasulov E.M. Gene diagnosis of beta-thalassemia associated with cleft lip with (without) cleft palate (orofacial cleft syndrome), Papers ist Turkish-Russian Meeting, Ankara, 1995. - p.188.
13. Helias J., Chobaut J.S., Mourot M., Lafon J.K., Early defection of hearing loss in children with cleft palates by brain-stem auditory response. // Arch. Otolaryngol. - 1988. - № 2. - P. 154-156.
14. Ishikawa Y., Kawano M., Hinjo I. Chronic sinusitis in patients with cleft palate. // Pract. Otol. - 1988. - №4. - P. 539-543.

15. Nozoe T., Matsuda K., Hiramoto M. Clearing function of the cleft palate nose. 1. Mucociliary function of the nasal floor on the side of the cleft. // Pract. Otol. – 1986. – №2. – P. 259-265.

XÜLASƏ

Dodaq və damaq yarıqlarında lor-üzvülərinin anomaliyaları

Pənahian V.M.

Dodaq və damaq yarıqları ilə 1-8 yaş arası 87 xəstədə LOR-üzvülərinin müəinələri aparılmışdır. Müəinələr əsnasında xarici burun deformasiyası, burun arakəsmənin hipogenezisi, xroniki sinusit, xroniki tonsillit, adenoid, xroniki tubootit, mezotimpanit və adgeziv otit patologiyaları aşkar edilib. Dış-çənə anomaliyalarını etiopatogenezinə irsi faktor 39% təşkil etmişdir.

SUMMARY

Cleft lip with Cleft Palate and ent-anomalies

Panahian V.M.

The researches of ENT-organs were investigated at 87 patients from the age of 1 to 8 years old with the diseases of cleft lip with cleft palate. During the examining the following pathologies was find: external nose deformation, hypo genesis of nasal septum, chronic sinusitis, chronic tonsillitis, adenoids, chronic tubootit, mezotympanit and adhesive otit. The genetic factor is 39% in the etiopathogenez of birth defects.



Х Международная научно-практическая конференция Баку-2008

В мае 2008 года Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация провела международную научную конференцию, посвященную применению новейших технологий в реабилитации стоматологических больных. Научная программа конференции была представлена компанией Degradable Solution (Швейцария).



Выступает профессор Александр Штеренберг

В презентации были рассмотрены следующие вопросы:

1. Современная трактовка понятий остеоиндукция, остеокондукция, остеоинтеграция.
2. Характеристика остеотропных материалов, применяемых в современной стоматологии. Преимущества и недостатки.
3. Root Replica – новейшая методика профилактики



атрофии альвеолярного отростка после удаления зубов.

4. Easy Graft - новейшее направление в лечении патологических костных карманов при заболеваниях пародонта, в имплантации и в ортодонтии.
5. Демонстрация технологий Root Replica и Easy Graft.

Презентацию блестяще провел профессор



Александр Штеренберг – Руководитель отдела клинического применения костных материалов компании Degradable Solution в Восточной Европе.

Все присутствующие выразили большую признательность Азербайджанской Стоматологической



старым друзьям есть что вспомнить...

Ассоциации за приглашение профессора Штеренберга. Участники конференции получили прекрасную возможность углубить свои знания о клиническом применении современных методик использования остеокондуктивных материалов в реабилитации стоматологических больных.



приятная беседа в перерыве...

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И НУЖДАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В ЗУБОПРОТЕЗНОЙ ПОМОЩИ

Т.Г.Махмудов

**Кафедра ортопедической стоматологии
Азербайджанского медицинского университета**

В структуре стоматологической помощи населению протезирование дефектов зубов и зубных рядов занимает ведущее место.

В этиологии развития вторичной адентии важная роль принадлежит распространенным стоматологическим заболеваниям – кариесу и болезням пародонта.

Данные литературы свидетельствуют о многочисленных исследованиях по изучению этиологии и патогенеза основных стоматологических заболеваний, среди которых эндокринные аспекты имеют немаловажное значение [1,2,3,4,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17].

О лечении кариеса и болезней пародонта при патологии щитовидной железы, особенно при эндемической зобной болезни сообщается в работах [7, 10, 11]. Однако данные литературы о частоте и нуждемости больных в ортопедической стоматологической помощи, в основном, отсутствуют.

Общеизвестно, что тиреоидные гормоны оказывают регулирующее влияние на рост, развитие и обменные процессы в организме. Они оказывают влияние на развитие патологии всех органов и систем организма [5, 8], в том числе и оральной патологии при повышении и понижении функции щитовидной железы.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) является



органоспецифическим аутоиммунным заболеванием, характеризующимся стойким, патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов. При этом заболевании наблюдаются нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой и нервной систем, почти все виды обменных процессов в организме.

Изучение частоты и этиологических факторов вторичной адентии у больных диффузным токсическим зобом и нуждемость этих больных в зубопротезной помощи, явилось предметом настоящего исследования.

Материал и методика

Клинические стоматологические исследования проведены у 118 больных ДТЗ в возрасте от 20 до 65 лет, проходивших диагностическое обследование, консервативное и хирургическое лечение на базе клиники кафедры госпитальной терапии АМУ и в Научном Центре Хирургии им. М.А.Топчибашева МЗ Азербайджанской Республики.

Учитывалось клиническое состояние больных и показатели уровней тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т₃) и тироксина (Т₄) в крови. В числе 118 обследованных больных было 104 женщин (88,1%) и 14 мужчин (12,6%). Больные были разделены на три груп-

пы в зависимости от тяжести течения ДТЗ и уровней повышения тиреоидных гормонов.

Кроме изучения частоты и интенсивности течения кариеса и болезней пародонта по общепринятым методикам, изучалась топография дефектов зубных рядов по Кеннеди, определялась нуждаемость в оказании ортопедической стоматологической помощи. Проводилась оценка имеющихся зубных протезов у больных и определялась нуждаемость в изготовлении различных видов зубных протезов.

Полученные результаты и их обсуждение

Основные стоматологические заболевания – кариес и болезни пародонта являются основными этиологическими факторами развития вторичной адентии. Поэтому анализ клинического течения этих заболеваний и проводимые лечебно-профилактические мероприятия имеют важное значение как в эпидемиологическом плане, так и в клиническом анализе развития зубочелюстной патологии.

Анализ частоты и интенсивности течения кариеса и болезней пародонта выявил 100% поражаемость обследованных диффузным токсическим зобом. Нередко осложнения кариеса и болезней пародонта служили основной причиной преждевременной утраты зубов у этих больных и развития вторичной и даже полной адентии зубов.

Данные наших исследований показали, что интенсивность течения кариеса и болезней пародонта у больных ДТЗ находится в прямой зависимости от возраста больных, длительности течения болезни, тяжести заболевания, степени повышения функциональной активности щитовидной железы, развития вторичной патологии в различных органах и системах организма. Анализ индекса КПУ показал, что если у больных до 40-летнего возраста индекс КПУ на уровне 8,85 ед., то уже после 40 лет этот показатель равен уже 12,25 ед., у больных до 55 лет 14,35 ед., старше 55 лет до 18,3 ед. и 23,6 ед. С возрастом отмечается и сочетание длительности заболевания с тяжестью течения ДТЗ и развития тиреотоксикоза.

Если у больных до 20-30 лет отмечается 25,1% утраченных зубов и 21,3% кариозных зубов, не подлежащих лечению, то к возрасту 55 лет – 29,3% зубов индекса КПУ были удаленны-

ми и столько же зубов подлежали удалению.

При тяжелой форме тиреотоксикоза средний уровень КПУ был равен 20,95 ед. (в контроле – 6,75 ед.). Число удаленных зубов уже составило 44,5%, а подлежащих удалению – 31,3%.

Оценка состояния тканей пародонта у больных ДТЗ выявила непосредственное влияние степени тяжести заболевания на клиническое течение заболеваний пародонта. Проведенная индексная оценка состояния пародонта – проба Шиллера-Писарева, РМА и PI, изучение гигиены полости рта, также свидетельствовали об отрицательном влиянии тиреотоксикоза на течение болезней пародонта. Так, при тяжелой форме ДТЗ у 51,5% отмечается тяжелая стадия пародонтита, – по показаниям пробы Шиллера-Писарева; 41,8% - по показаниям индекса РМА; у 36,4% обследованных определяется глубина пародонтальных карманов 4-8 мм.

У всех обследованных больных ДТЗ показатели индекса гигиены были статистически хуже, чем в контрольной группе.

Тяжелое течение заболеваний пародонта у больных ДТЗ способствует также высокому проценту преждевременно удаленных зубов, что отражается на нуждаемости больных в оказании ортопедической стоматологической помощи.

На основании анализа течения кариеса и болезней пародонта у больных ДТЗ и степени утраченных зубов, определены параметры дефекта зубных рядов различной протяженности. Так, 7,85% больных имели дефекты в 1-3 зуба; отсутствие 4-5 зубов зарегистрировано у 33,5%; утрата 6-10 зубов зарегистрирована у 24,75% больных ДТЗ; 10-20 зубов, более 20 зубов у 21,35%, полное отсутствие зубов отмечено у 12,1% больных в возрасте старше 65 лет. Согласно классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди: 1-й класс дефектов зарегистрирован у 29,25% и преимущественно у больных до 30 летнего возраста (односторонние концевые дефекты зубных рядов). Двусторонние концевые дефекты зубных рядов отмечены у 20,65% больных; включенные дефекты зубных рядов (3-й класс) имели 18,3% больных. Включенные дефекты фронтального участка имели 31,8% больных.

Результаты наших исследований показали 100% поражаемость зубов кариесом и болезнями пародонта. Характер течения отмечался прогрес-

сирующим возрастанием осложненных форм кариеса и болезней пародонта, высокой утратой зубов, связанной с особенностями течения ДТЗ. Таким образом, нами установлено, что все больные ДТЗ нуждались в оказании зубопротезной помощи. На степень нуждаемости обследованных в оказании ортопедической стоматологической помощи влияет и качество имеющихся в полости рта протезов и их пригодность к использованию. Из числа 118 обследованных больных только 22,6% имели различные конструкции зубных протезов. Из них более 70% признаны не пригодными к использованию.

Перечень имеющихся в полости рта протезов можно было наглядно проследить в возрастном аспекте. У больных ДТЗ в возрасте 20-30 лет встречались лишь одиночные коронки и мостовидные протезы. У больных ДТЗ до 40 лет, наряду с одиночными коронками и мостовидными протезами отмечались и съемные частичные пластиночные протезы.

У 3-х больных отмечены полные съемные протезы (возраст обследованных 67-70 лет).

Следует отметить, что вкладки, штифтовые конструкции, металлокерамические протезы и бюгельные протезы вовсе не отмечены.

Несмотря на то, что среди обследованных больных ДТЗ в возрасте до 40 лет отмечалась высокая потребность в изготовлении вкладок, штифтовых зубов различных конструкций, изготовление металлокерамических протезов, они полностью отсутствовали в перечне имеющихся в полости рта.

Одиночные коронки были изготовлены в основном из нержавеющей стали, покрытой нитридом титана и золота.

У больных старше 40 лет полностью отсутствовали бюгельные протезы и минирующие конструкции при заболеваниях пародонта.

Среди недостатков различных конструкций имеющихся протезов, можно отметить расположение края коронки над уровнем десневого края, широкие коронки, коронки не имели анатомической окклюзионной структуры в области жевательных зубов.

В мостовидных протезах опорные коронки имели такие же недостатки, как и одиночные. Имелись нарушения и в промежуточной части протеза. Нередки были случаи изготовления мостовидных протезов на средние и большие дефекты зубных рядов. Отмечались недостатки в фиксации опорных коронок мостовидных протезов, разрыв промежуточной части протеза от опорной коронки. Основными недостатками частичных и полных съемных протезов были плохая их фиксация на протезном ложе, отсутствие необходимых фиксационных элементов частичных съемных протезов, отсутствие бюгельных протезов. Все съемные протезы по различным причинам подлежали замене.

Следует отметить большую предпротезную подготовку полости рта к протезированию и высокую нуждаемость обследованных больных ДТЗ в оказании ортопедической стоматологической помощи.

Литература:

1. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. М., 2001, 43с.
2. Алимский А.В. Заболеваемость, нормативы потребности и пути повышения эффективности стоматологической помощи населению: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. М., 1983, 38 с.
3. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. М., 1968, 1982, 39с.
4. Ахмедов А.А. Стоматологическая санитарно-эпидемиологическая и географическая характеристика различных зон Азербайджана. Баку, 1999, 247 с.
5. Гагельганс А.И., Гайдина Г.А., и др. Тиреоидные гормоны. Ташкент. М., 1972, с. 5-67.
6. Горзов И.П. Распространенность кариеса и его профилактика в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. Киев, 1992, 46с.
7. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. Киев, 2000, 462 с.
8. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. М.: Медицина, 2000, 631 с., с. 172.
9. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М., 2001, 301с.
10. Керимов Э.Э. Состояние зубной системы у населения эндемичных по зубу районов Азербайджанской ССР (Ордубадский, Нахичеванский, Шахбузский и Нухинский районы): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. Баку, 1968, 21с.

11. Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах Азербайджанской ССР (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... докт.мед.наук. Киев, 1989, 46с.
12. Керимов Э.Э. Экспериментальное изучение механизмов повреждения тканей пародонта при тиреотоксикозе // Стоматология, 1989, №3, с. 51-53
13. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест, 2000, 284 с.
14. Мехтиев Г.Д. Особенности организации и оказания ортопедической стоматологической помощи сельскому населению различных зон Азербайджанской ССР: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. Баку, 1972, 18с.
15. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонтоза и их сочетаний: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. М., 1982, 46с.
16. Политун А.М. Эпидемиология, особенности развития болезней пародонта и их профилактика в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. Киев, 1996, 42с.
17. Удовицкая Е.В. Эндокринологические аспекты стоматологии. М.: Медицина, 1975, 191 с.

XÜLASƏ

Diffuz toksiki ur xəstəliyi zamanı stomatoloji xəstəliklərin yayılması və xəstələrin ortopedik stomatoloji yardıma ehtiyacı

T.G.Mahmudov

118 diffuz toksiki Ur (DTU) xəstələrində (104 qadın, 14 kişi) stomatoloji xəstəliklərin (karies və parodont xəstəliklərinin) tezliyi, intensivliyi və ortopedik stomatoloji yardıma ehtiyac dərəcəsi öyrənilmişdir. Stomatoloji xəstəliklərin və diş protezlənməsinə ehtiyac dərəcəsi tireotoksikozun intensivliyi, müddəti və yaş xüsusiyyətləri ilə əlaqədar öyrənilmişdir.

Məlum olmuşdur ki, karies və parodont xəstəlikləri 100% DTU xəstələrində müşahidə olunmuşdur. Bu xəstəliklər zamanı dişlərin vaxtından tez itirilməsi və ikincili diş sırası defektlərin əmələ gəlməsi təyin olunmuşdur.

DTU xəstəliyi zamanı diş sırasının defektlərinin müxtəlif protez konstruksiyaları ilə bərpa olunması və bu yardıma 100% xəstələrin ehtiyacı aşkar edilmişdir.

SUMMARY

Distributions of stomatological diseases the during diffuse toxic diseases urand the help the requiring patients on the orthopedic stomatology

T.G.Mahmudov

Have been investigated 118 patients (104 women, 14 men) with diffuse toxic diseases Ur (DTU), (caries and parodont diseases) intensity, frequency and the degree of need orthopedic stomatologic help.

It is investigated, that stomatological diseases and intensity of the tireotoxikos the degree requiring dental artificial limbs in connection with age feature. It is surveyed, that caries and parodont were observed with 100% patients with DTU.

It has been surveyed, that during these diseases appears secondary defects of dental numbers and premature losses of the teeth.

It is revealed, that during DTU, with 100 % of patients required restoration from different orthopedic designs of defects of dental numbers and these the help.

PENSIYA YAŞLI ƏHALİNİN DİŞ PROTEZLƏRİ İLƏ TƏMİN OLUNMASI VƏ ONLARIN KEYFİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Ə.N.Niyazov

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatologiya kafedrası

Müasir dünyada pensiya yaşlı əhalinin – qoca, ahıl və uzunömürlülərin sayının artması müşahidə edilir [1,10,14].

Ədəbiyyat verilənlərinə [4] əsasən, Rusiyada qoca və ahıl əhalinin, dövlət tərəfindən maliyyələşdirilən zəmanətli stomatoloji yardımının həcmi, hər 1000 nəfər üçün həkim-stomatoloqa müraciətlərin sayı 408 nəfər olmuşdur. Bunlardan 69-da dişlərin protezləşdirilməsi yerinə yetirilmişdir.

Qoca və ahıl yaşlı əhalinin çənə və yumşaq toxumalarında atrofik proseslərin inkişafı ilə əlaqədar olaraq, onlarda diş-çənə sistemi elementlərinin fərqli topoqrafiyası müşahidə edilir [7]. Bununla əlaqədar olaraq ağız boşluğunda protezləşdirmə aparılması üçün yerinə yetirilən xüsusi hazırlığın xarakteri, protezləşdirmə və onun effektivliyi dəyişir. Bir çox tədqiqatçılar [2,3,5,6,9] qoca və ahıl yaşlı pasiyentlərin ortopedik stomatoloji yardıma olan ehtiyaclarını və dişlərinin protezləşdirilməsinin xüsusiyyətlərini əsaslandırır.

Müəlliflər həmçinin qoca və ahıl yaşlı adamlarda ağız boşluğu və diş-çənə sistemi orqanlarındakı dəyişiklikləri də qeyd edirlər [8,11].

Kunzel W. et al. (1985), Gordon S.R. (1989) hesab edirlər ki, yaşlı adamlara stomatoloji qulluğun göstərilməsi uşaqlarda olduğu kimi çox vacib bir məsələdir.

Pensiya yaşlı adamlarda ağız boşluğunda protezləşdirmə aparılması həm mürəkkəb, həm də həyati zəruri məsələ olduğundan, bu adamların diş protezlərinə olan ehtiyacının öyrənilməsi



böyük məna kəsb edir. Bu mənada qoca və ahıl yaşlı adamların ağız boşluğunun müxtəlif konstruksiyalı diş protezləri ilə təchiz olunması və onların keyfiyyəti haqqında olan verilənlər əhəmiyyətli məna daşıyır.

Tədqiqatın məqsədi – pensiya yaşlı əhalinin müxtəlif konstruksiyalı diş protezləri ilə təchiz olunmasını müəyyənləşdirmək və onların keyfiyyətini qiymətləndirməkdən ibarətdir.

Material və metodlar.

Kliniki və epidemioloji tədqiqatlar Azərbaycan Respublikasının Qərbi regionunun 3 şəhərində - Gəncə, Göy-Göl və Samux şəhərlərində yaşayan 861 pensionerdə aparılmışdır. Bütün müayinə edilmiş pensionerlər 3 yaş qrupuna bölünmüşdür. Birinci qrup 55-64 yaşlı, ikincili qrup – 65-74 yaşlı və üçüncü qrupu – 75-85 və daha çox yaşı olan pensionerlərdən tərtib olunmuşdur. Öyrənilən xəstəlikləri xarakterizə edən bir sıra göstəriciləri müqayisə etmək məqsədi ilə I pensiya yaş qrupuna yaxın 40-49 yaşlı 85 nəfərdən ibarət nəzarət qrupu təşkil edilmişdir.

Ümumi qəbul edilmiş metodlarla dişlərdə kariyesin yayılması və insivliyi, həmçinin parodont xəstəliklərinin gedişinin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Diş sıralarının defektləri Kennedi üsulu ilə təsnif olunmuş, yaş aspektindən tədqiqat apararkən müxtəlif yaş qruplarındakı pensionerlərdə defektlərin məsafələrinin tezliyi itirilmiş dişlərin sayına görə - 3 dişə qədər, 6-dan 10-a qədər diş, 10-dan 20-yə qədər diş, 20-dən 31-ə qədər diş və dişlərin tam olmaması təyin olunmuşdur.

Pensionerlərin müxtəlif konstruksiyalı çıxarıla bilən və çıxarılmayan diş protezləri ilə təchiz olunması öyrənilmişdir. Ümumi metodika üzrə ağız boşluğundakı protezlərin istifadəyə yararlılığı haqqında ekspert qiymətləndirilməsi verilmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi.

Tədqiqat aparılan bütün şəhərlərdə pensionerlərin dişlərinin kariyeslə və parodont xəstəlikləri ilə zədələnməsi 100% həddində olmuşdur ki, bu da ikincili qismən adentiyanın əsas etioloji faktorudur. Qeyd olunmuşdur ki, tədqiqat aparılan pensionerlər arasında ağız boşluğunun birincili və ikincili (təkrar) protezləşdirməyə olan ehtiyacı 100% həddindədir.

Pensionerlərin müxtəlif konstruksiyalı protezlərlə təmin olunması şəhərlər üzrə aşağıdakı kimidir: Gəncə şəhərində – $75,14 \pm 2,29\%$; Göygöl şəhərində – $73,13 \pm 2,70\%$ və Samux şəhərində – $72,38 \pm 2,89\%$. Lakin protezlərlə təmin olunanların göstərilmiş qiymətlərini şərti qəbul etmək lazımdır. Çünki ağızda hər hansı bir diş protezinin – qapaq, körpüvari protez və ya çıxarıla bilən protezin olması heç də ağız boşluğunun protezlə tam təmin olunması demək deyildir.

Pensionerlərdən $27,52 \pm 1,52\%$ çıxarılmayan diş protezlərindən istifadə edirdilər. Ümumi protezlərin sayına nisbətə bu $37,32 \pm 1,91\%$ təşkil edir.

Çıxarıla bilən protezlərə $46,22 \pm 1,69\%$ adamlarda rast gəlinmişdir ki, bu da protezlərin ümumi sayının $62,67 \pm 1,91\%$ -ni təşkil edir.

Çıxarılmayan protezlərin ayrı-ayrı növlərinin xarakteristikaları onu göstərir ki, praktikada diş protezlərinin müasir növlərindən dişlərin və diş protezlərinin defektlərinin aradan qaldırılmasında çox az sayda istifadə edilmişdir.

Belə ki, standart – yivli və sadə – məftildən hazırlanmış ştift konstruksiyalarına Gəncədə yaşayan pensionerlərdən yalnız $0,34 \pm 0,19\%$ -də rast gəlinmişdir. Həmçinin plastmas diş koronkalarından istifadə halları da aşağı səviyyədə – $1,39 \pm 0,39\%$ -də aşkarlanmışdır. Metalplastmas və metalkeramik diş protezləri də pensionerlər arasında nadir hallar kimi – uyğun olaraq, $2,20 \pm 0,49\%$ və $0,23 \pm 0,16\%$ qeyd edilmişdir.

Tək-tək qapaqlar kimi ştamplanmış metal qapaqlar üstünlük təşkil edirlər – $16,02 \pm 1,25\%$ ki, bunlara da ümumi protezlər arasında $17,78 \pm 1,37\%$ halda rast gəlinir.

Qeyd etmək lazımdır ki, tək-tək qapaqlar arasında cəmi $0,93 \pm 0,32\%$ halda nəcib metallardan olan qapaqlardan istifadə edilmişdir. Lakin onların uzun müddətli istifadəsi, sürtülməsi və digər çatışmazlıqları ilə əlaqədar olaraq keyfiyyətlərinin daha yaxşı olması arzu olunandı.

Körpüvari çıxarılmayan protezlər $17,18 \pm 1,28\%$ pensionerlərdə aşkar olunmuşdur. Bunlardan, lehimlənmiş paslanmayan poladdan hazırlanmış – $6,38 \pm 0,83$ və bu cür olaraq üstü titan nitriti ilə örtülmüş – $4,52 \pm 0,70\%$ protezlərə daha çox rast gəlinmişdir.

Müasir körpüvari protezlərdən – metalplastmas və metalkeramik protezlərə uyğun olaraq $0,46 \pm 0,23\%$ və $0,34 \pm 0,19\%$ hallarda rast gəlinmişdir. Bu protezlərə yalnız Gəncə şəhərində yaşayan pensionerlər arasında rast gəlinmişdir. Nəcib metaldan (qızıl) hazırlanmış körpüvari protezlərə $0,58 \pm 0,25\%$ pensionerdə rast gəlinmişdir. Ümumiyyətlə körpüvari protezlərə 108 pensionerdə ($12,54 \pm 1,12\%$) rast gəlinmişdir ki, bunlar da protezlərin ümumi sayının $17,00 \pm 1,49\%$ -ni təşkil edir.

Pensionerlərin çox az bir hissəsi diş protezlərinin müasir konstruksiyalarından – bütöv-tökülmüş, metalkeramikdən istifadə edirlər. Praktika göstərir ki, belə bir faktın ortaya çıxması təkcə onunla izah olunmur ki, pensiya yaşlı əhəlinin diş sıralarındakı defektlər çox vaxt çıxarıla bilən plastmas protezlər vasitəsilə aradan qaldırıla bilər, həm də onunla izah edilir ki, bu kontingent insanlara göstərilən stomatoloji yardım yerli büdcədən maliyyələşdirildiyindən, daha çox bahalı müasir protezlər əvəzinə nisbətən ucuz və sadə konstruksiyalara üstünlük verilir.

Çıxarılmayan protezlər arasında, yalnız Gəncə şəhərində yaşayan, 55-64 yaş qrupuna aid $1,04 \pm 0,34\%$ pensionerdə byüqel protezləri aşkar edilmişdir. Baxmayaraq ki, qismən çıxarıla bilən $23,80 \pm 1,45\%$ protezlərdən 50%-dən çox hallarında byüqel protezlərdən istifadə olunması tövsiyyə olunmuşdur. Bunun səbəbi, yəqin ki, həkimlərin və diş texniklərinin texniki səviyyələrindən əlavə, həm də maliyyələşdirmənin də aşağı olmasıdır. Qeyd edək ki, yaşlı əhəlinin daha estetik və funksional üstün diş protezlərinə tələbkar olmasına baxmayaraq, metalkeramik protezlərə bizim tərəfimizdən nadir hallarda rast gəlinmişdir.

Tam çıxarıla bilən protezlərə rast gəlinməsi tezliyi tamamilə diş olmayan pensionerlərin sayına

uyğun olaraq - $20,76 \pm 1,38\%$ olmuşdur ki, bu da ümumi protezlərin sayının $50,51 \pm 1,79\%$ -ni təşkil edir.

Pensionerlərdə kifayət sayda müxtəlif konstruksiyalı diş protezlərinin olmasına baxmayaraq, onların 70% -dən çoxu tələb olunan normativlərə cavab vermədiyindən yararsız kimi əvəz olunanlara aid edilmişlər. Bütün bunlar sonda pensionerlərin müxtəlif diş protezlərinə olan ehtiyacının ümumi sayına və ağız boşluğunun protezləşdirmə önü hazırlığının səviyyəsinə öz təsirini göstərmişdir. Bu göstəricilər, həmçinin, əhaliyə stomatoloji yardım göstərən həkim və texnik-laborantların hazırlıq səviyyəsini də nümayiş etdirirlər.

Ümumi 384 diş protezindən 105-i ($61,04 \pm 3,71\%$) klinik situasiyaya uyğun gəlməmişdir. 40% -dən artıq çıxarılmayan protez ($40,69 \pm 3,74\%$) estetik tələblərə cavab verməmişdir. Ştiftli dişlərin, plastmas, metalplastmas və metalkeramik dişlərin hazırlanması çox aşağı səviyyədədir. $15,36 \pm 1,84\%$ tək qapaqlarda və körpüvari və qismən çıxarıla bilən protezlərin dayaq qapaqlarında sürtülmə müşahidə edilmişdir. $9,63 \pm 1,50\%$ protezlərdə dayaq qapaqların körpüvari hissə ilə qopuq, çat, deşik, lehim yerlərinin korroziyası kimi texniki xəstəliyinin olduğu aydınlaşdırılmışdır. Süni qapaqlar $21,87 \pm 2,10\%$ hallarda eyniadlı dişlərin formasına, qabarlarına və fissuralarına uyğun gəlməmişdir. Məhz bu səbəbdən $19,57 \pm 2,01\%$ protezlərdə antoqonist dişlərin okklyüziv kontaktları pozulmuş, $13,80 \pm 1,76\%$ halda isə travmatik okklyüziyaya rast gəlinmişdir. Süni qapaqların $13,02 \pm 1,71$ və $4,94 \pm 1,10\%$ hallarda qapağın diş boynu nahiyyəsində dişin perimetri-nə və diş əti darağına uyğunsuzluğu aşkar edilmişdir.

Körpüvari protezlərdə protezin aralıq hissəsi ilə selikli qışa arasında lazımi məsafə gözlənilmir ($16,66 \pm 1,90\%$). $15,62 \pm 1,85\%$ hallarda dişlərin boyun nahiyyəsinin çılpqlaşması, $9,11 \pm 1,46\%$ hallarda diş ətinin retraksiyası və $19,27 \pm 2,01\%$ hallarda isə ikincili kariyesin inkişafı müşahidə olunurdu.

$15,88 \pm 1,86\%$ hallarda dişin divarının sınıb-qopması, $10,15 \pm 1,54\%$ hallarda protezin aralıq hissəsinin dayaq qapaqlardan qopması və $8,07 \pm 1,38\%$ hallarda isə körpüvari protezin dayaq qapağının sementdən qopması müşahidə olunmuşdur.

Ümumiyyətlə $42,70 \pm 2,52\%$ protezdaşıyanlar öz protezlərindən razı deyildilər və həkim-stomatoloqun səlahiyyətləri çərçivəsində protezlərinin digər çatışmazlıqlarından xəbərdar edilməmişlər.

Çıxarıla bilən protezlərin hazırlanmasında əsas faktorlardan biri çənələrin düzgün dişləminin bərpa edilməsidir. $8,48 \pm 1,40\%$ hallarda bu kriteriya riayət edilməmişdir. Ümumilikdə, $11,73 \pm 1,62\%$ protez kliniki situasiyaya uyğun düzəldilməmişdi. $20,15 \pm 2,02\%$ protez estetik qüsura malik idi. $29,84 \pm 2,31\%$ protezin kifayət qədər stabilliyi və fiksasiyası yox idi. Məhz bu səbəbdən $8,67 \pm 1,42\%$ pensionerdə protez yatağı hüduhdunda patoloji dəyişikliklərə rast gəlinmişdi. $6,37 \pm 1,23\%$ protezlərdə protez bazisinin məsaməliliyi müşahidə olunurdu, $59,43 \pm 2,48\%$ protezlər isə mexaniki defektlərə malik idilər. $16,58 \pm 1,87\%$ protezlərdə dişlərin bazisdən düşməsi müşahidə olunurdu.

$31,88 \pm 2,35\%$ protezlərdə süni dişlərin yeyilməsi (həddindən artıq sürtülməsi) müşahidə edilirdi ki, bu da protezdən uzunmüddətli istifadə olunmasını göstərirdi. Boyunönü kariyesin inkişafı $12,50 \pm 1,67\%$ hallarda müşahidə edilmişdi.

Ümumiyyətlə, $40,56 \pm 2,47\%$ pensioner öz protezlərindən narazılığını bildirmiş və onların daha rahatı ilə əvəz olunmasını arzu etmişdi. Eyni zamanda, onu da qeyd edək ki, büdcədən maliyyələşdirilən poliklinikalarda protezlərin digərləri ilə əvəz olunması çox uzun bir müddətə və az effektivlə yerinə yetirilir.

Qeyd olunması yerinə düşər ki, qismən çıxarıla bilən protezlərin 50% -dən çoxunun hazırlanmasına byüqel protezləri tövsiyyə edilmişdi. Lakin büdcə poliklinikalarında protezlərin hazırlanmasına ayrılmış vəsait, praktiki olaraq, çox az olduğundan byüqel protezlərinin hazırlanması nəzərdə tutulmamışdır.

Pensionerlərin ağız boşluğundakı mövcud protezlərin çatışmazlığı haqqındakı göstəricilər diş protezləşdirilməsinə olan ümumi ehtiyacın məcmusunda kifayət qədər böyük xüsusi çəkiyə malikdirlər. Eyni zamanda, pensionerlərin diş protezləri ilə təminatının təşkili və həkim-stomatoloqların və diş texniklərinin səviyyəsinin qaldırılması Respublikanın tibb ictimaiyyətinin həlli təxirəsalınmaz məsələlərindən biri olmalıdır.

Ədəbiyyat:

1. Безруков В.М. и соавт. Вопросы геронтостоматологии в эпоху рыночных отношений. Сб. тезисов и докл. III Междунар. семинара «Самарские лекции», 1998, Самара, с. 118-119.
2. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной утрате зубов. М., 1990, 224 с.
3. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. М., 1993, с. 7-74.
4. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России. М., 1998, 392 с.
5. Модестов Е.А. Потребность лиц пожилого возраста города Красноярска в зубных протезах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000, 22 с.
6. Новгородцев Г.А. Заболеваемость городского населения болезнями зубов и полости рта. Тр. 4-го Всесоюз. съезда стоматологов. М., 1964, с. 55-59.
7. Ольховская Е.Б. Состояние зубов у лиц пожилого возраста в Тверской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тверь, 1997, 26 с.
8. Пахомов Н.Г. Первичная профилактика в стоматологии. М., 1992, 238 с.
9. Фараджев Э.Г. Разработка специальных хирургических методов предпротезной подготовки полости рта в комплексной реабилитации больных с адентией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Баку, 2004, 22 с.
10. Хафез Г. «Поселение народов» // Здоровье мира, 1994, №4, с. 4-5.
11. Шварцзайд Е.Е. Практические проблемы ортопедического лечения больных пожилого и старческого возрастов // Стоматология, 1996, №4, с. 48-53.
12. Gordon S.R. Older adults: demographic need for quality care // The journal of Prosthetic Dentistry, 1989, vol.61, N6, p. 737-741.
13. Kunzel W., Dietrich H.P., Boruta A. Empfehlungen zur perspektivischen konzipierung der zahnärztlichen Betreuungstrategie // Stomat. DDR, 1985, N53, p. 101-112.
14. United Nation. World population prospects. Estimates and projections assessed in 1984. Population Studies, N98. N.Y., 1986, 83 p.

РЕЗЮМЕ

**Обеспеченность и оценка качества зубных протезов
у населения пенсионного возраста**

А.Н.Ниязов

В западном регионе Азербайджанской Республики: Г.Гяндже, г.Гек-Геле и г. Самухе изучена обеспеченность зубными протезами 861 пенсионеров в возрасте 55-85 лет и более.

Несъемными зубными протезами пользовались $27,52 \pm 1,52\%$ пенсионеров, съемными – $46,22 \pm 1,69\%$ пенсионеров.

Более 75% несъемных и 90 % съемных видов протезов признаны не пригодными к использованию.

Отмечена, 100% нуждаемость пенсионеров в оказании ортопедической стоматологической помощи. Из них от 75 до 90% пенсионеров нуждались в повторном протезировании.

SUMMARY

**Providing and estimation quality of the dental artificial limbs
for population of the pension age**

A.N.Niyazov

In the western region of the Azerbaijan Republic: Ganja, Gek-Gel and Samux is investigated providing of the dental artificial limbs with 861 pensioners in the age of 55-85 years and more.

Used fixed dental artificial limbs $27,52 \pm 1,52\%$ of pensioners, demountable - $46,22 \pm 1,69\%$ of pensioners.

More than 75 % of fixed and 90 % of demountable kinds of artificial limbs are recognized not suitable to use.

It is noticed, that, 100 % needs of pensioners in rendering the orthopedic stomatological help. From them 75 to 90 % of pensioners required repeated prosthetics.

84-CÜ AVROPA ORTODONTİK KONFRANSI

LİSSABON-2008



yayda Lissabon çox gözəldir

2008 ci ilin iyun ayında Portuqaliyanın Lissabon şəhərində Avropa Ortodontiya Dərnəyinin növbəti 84-cü illik konfransı keçirildi. Konfransda Azərbaycan Stomatologiya Assosiasiyası da təmsil edilirdi. Konfrans 5 əsas mövzu istiqamətində təşkil edilmişdi.



sevimli müəllimi prof. Erhan Özdiyarla görüş

1. Sınıf 2 müalicələrində hardayıq?
2. Vertikal problemlərin ortodontik kontrolu,
3. Yeni müalicə fəlsəfələri,
4. Sərbəst mövzular,
5. Ortodontik müalicə sonu və incəliklər.

Konfrans proqramına 78 sözlü və 571 poster məruzəsi daxil edilmişdi. Azərbaycan Tibb Universiteti də bu konfransa öz töhvəsini verdi. Belə ki, 1 Poster Azərbaycan Tibb Universiteti müəllimləri tərəfindən, 2 poster Azərbaycan Tibb Universiteti və Ankara Universiteti əməkdaşları tərəfindən və 1 poster isə Azərbaycan Tibb Universiteti və Selcuk Universiteti əməkdaşları tərəfindən hazırlanaraq məruzə edilmişdir.

Konfrans Türkiyədən, Ukraynadan, Rusiyadan, Avstriyadan, Avstraliyadan,

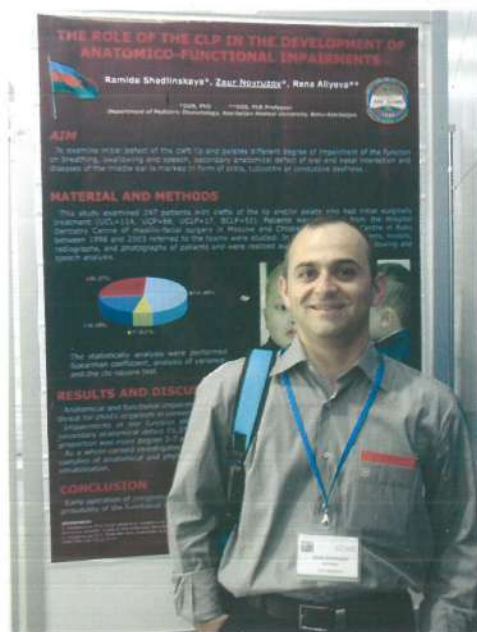
Kanadadan və Amerikadan olan müəllim və dostlarımızla görüşməyim üçün bir vasitə oldu. Kofe fasilələrində yeni texnikalar və müalicə taktikaları haqqında geniş söhbətlər apardıq. Avropa Ortodontiya Dərnəyinin təşkil etdiyi Gala yeməyi, Postgraduate party və Lissabon şəhərinin gözəlliyi konfransa əlavə bir zövq gətirdi.

Məlumat üçün onu da qeyd edək ki, Avropa Ortodontiya Dərnəyinin növbəti konfransları

2009-cu ildə Finlandiyada

2010-cu ildə Slovakiyada

2011-ci ildə isə bizim üçün çox doğma olan Türkiyənin İstanbul şəhərində keçiriləcək.



Zaur Novruzov

Велофарингопексия языкоглоточным стеблем

С.М. Хегай

Кафедра хирургической стоматологии Карагандинской государственной
медицинской академии

Нарушение функции небно-глоточного затвора, в большинстве случаев, обусловлено укорочением или дефектом мягкого неба, которые образуются вследствие осложнений, связанных с пластикой врожденных расщелин неба. Недостаточность небно-глоточного перекрытия, во время произношения звуков или глотания, приводит к затрудненному приему пищи и разговорной речи. При этом функциональное лечение, направленное на восстановление фонации логопедическими методами, мало эффективно, что в конечном итоге является показанием к хирургическому лечению дефекта мягкого неба.

Одним из методов восстановления мягкого неба является велофарингопексия дублированным или эпителизированным лоскутом на питающей ножке с задней стенки глотки [1,3].

Однако формирование острого стебля, путем закрытия раневой поверхности глоточного лоскута дополнительным лоскутом выкроенным с задней стенки глотки или небных дужек, не всегда выполнимо вследствие недостатка и рубцовых изменений донорских тканей.

Формирование комбинированного стебля, путем предварительного закрытия раневой поверхности глоточного лоскута и донорской раны расщепленным кожным лоскутом, значительно увеличивает риск послеоперационных осложнений, связанный с приживлением трансплантата в условиях ротоглотки.

С целью усовершенствования методики велофарингопексии, нами разработан способ формирования языкоглоточного стебля, который широко используется для пластики вторичных дефектов неба [2].

Материал и методика исследования

Предлагаемым методом проведена пластика дефектов мягкого неба 12 больным в возрасте от 10 до 16 лет.

В предоперационном периоде, наряду с общепринятыми клиническими и лабораторными

исследованиями органов и систем, проводилась предварительная санация зубов, миндалин, слизистой ротоглотки и полости носа.

Показанием к оперативному лечению являлось отсутствие небно-глоточного смыкания, обусловленные различными формами дефектов мягкого неба, на фоне безуспешного логопедического лечения. При этом отмечена закономерность, что степень функциональных нарушений, в виде затрудненного глотания жидкой пищи, нарушения речи вследствие гнусавости во время произношения звуков, находилась в прямой зависимости от выраженности небно-глоточного разобщения и мобильности мягкого неба.

Недостаточность небно-глоточного перекрытия определялась путем измерения расстояния от края дефекта мягкого неба до задней стенки глотки, которая составляла 1,5 - 2,5 см.

Анатомия неба характеризовалась полным (2 больных) и частичным (4 больных) дефектом мягкого неба. У 6 больных определялось выраженное укорочение мягкого неба в виде уплощения и растяжения небной занавески, рубцовой деформации небных дужек, отсутствием язычка мягкого неба.

Из анамнеза заболевания установлено, что все больные в возрасте от 4 до 6 лет были оперированы по поводу врожденных сквозных расщелин неба. При этом у 6 больных образование дефектов было связано с проведением повторной или реконструктивной пластики вторичных дефектов мягкого неба местными тканями, а укорочение небно-глоточного перекрытия (6 больных) вследствие недостаточной ретротранспозиции небных лоскутов, при проведении первичной пластики врожденных расщелин неба.

Методика формирования и пластика дефекта мягкого неба языкоглоточным стеблем

Под общим интубационным обезболиванием на задней стенки глотки, в проекции уровня

твердого неба, отмечается питающая ножка лоскута, размерами соответствующая ширине дефекта мягкого неба. От намеченных точек двумя параллельными разрезами выкраивается лоскут соотношением ширины питающей ножки к длине 1:2.

На спинке языка выкраивается аналогичный лоскут, питающая ножка которого расположена на уровне края мягкого неба.

Сформированные лоскуты раневой поверхностью накладываются друг на друга и сшиваются между собой по всему периметру, а донорские раны закрываются путем мобилизации краев ран с наложением послойных швов (Рис.1).

С целью профилактики послеоперационных

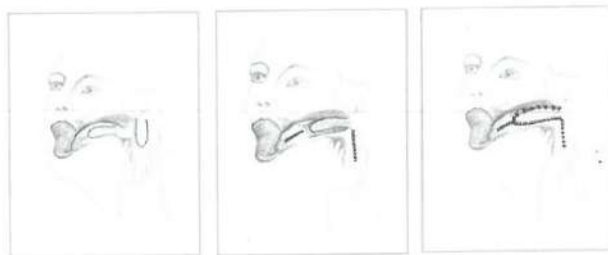


Рис.1. Этапы формирования языкоглоточного стебля

осложнений, в течение первых 7-10 дней, проводится антибактериальная, симптоматическая терапия, назначается жидкая диета, частые полоскания ротоглотки теплым раствором фурацилина с ежедневным тубус-кварцевым облучением.

Очередной этап пластики проводится через 3 недели, после формирования языкоглоточного стебля, путем отсечения питающей ножки от

языка с последующим подшиванием в раневое ложе дефекта мягкого неба.

Анализ результатов пластики показал, что адаптация дыхания и глотания наступает на вторые сутки, после формирования языкоглоточного стебля, на фоне удовлетворительного состояния больных.

Значительный функциональный эффект лечения, в виде улучшения фонации, приема жидкой пищи, определяется непосредственно на этапе приживления ножки стебля к краям дефекта мягкого неба, обусловленный адекватным перекрытием небо-глоточного кольца.

Заживление послеоперационных ран, благодаря оптимальному кровоснабжению выкроенных лоскутов из тканей адаптированных к условиям ротоглотки, протекали без осложнений, а плоская форма стебля способствовала восстановлению мягкого неба, созданию небо-глоточного затвора, без проведения дополнительных корригирующих операций.

Дальнейшее функциональное лечение больных проводится под контролем врача логопеда с целью восстановления речи, нормализации приема пищи.

Таким образом, предлагаемая методика велофарингопексии языкоглоточным стеблем позволяет устранить дефект мягкого неба, создать небо-глоточное перекрытие, что в конечном итоге способствует полноценной реабилитации больных.

Методика пластики проста и доступна для широкого применения в восстановительной хирургии дефектов неба.

Литература

1. Анонян С.Г., Безруков В.М., Гунько В.И. // Стоматология, 1989, № 6, с.34-35.
2. Хегай С.М., Курашев А.Г., Айдосов М.Р. Авторское свидетельство на изобретение «Способ формирования языкоглоточного стебля». № 41755 от 27. 02. 2003г.
3. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица и шеи. М., 1984, с.113.

Xülasə

Dil-qırtlaq çubuğu ilə aparılan velofarinqopeksiya Heqay S.M.

Dil-qırtlaq çubuğu ilə aparılan velofarinqopeksiyada yumşaq damağın qüsuru aradan götürülür və damaq-qırtlaq örtüyünün yaranması üçün şərait əldə olunur. Bunun nəticəsində duru qidanın qəbulu və fonasiyanın bərpası mümkün olur.

The resume

Velopharyngopexia by glossopharyngeal stem

Heqay S.M.

The authors offer the methodic of velopharyngopexia by glossopharyngeal stem, which allow eliminating the defect of soft palate, to create the palatopharyngeal cover and to promote the valuable rehabilitation of patients, directed to the restoration of the phonation, of the colloquial speech, and the normalization of the taking of the liquids.

Yeni dərslik

ORTOPEDİK STOMATOLOGİYA

RƏY: Z.İ.Qarayev "Ortopedik stomatologiya". Dərslik.
Bakı, Oskar, 2008, 362 səhifə, 221 şəkil.

Stomatoloji kadrların hazırlanmasında ali məktəblərin stomatologiya fakültələri üçün Azərbaycan dilində dərsliklərin olması əsas şərtlərdəndir. Bu məqsədlə professor Z.İ.Qarayev tərəfindən yazılmış «Ortopedik stomatologiya» dərsliyi təqdire layiqdir.



Dərsliyin indiyə qədər bu sahədə azərbaycan dilində nəşr olunmuş dərsliklərdən fərqi və üstünlüyü ondan ibarətdir ki, ilk dəfə olaraq ortopedik stomatologiyadan ali məktəblər üçün təsdiq olunmuş proqram üzrə bütün bölmələr ancaq bu dərslikdə öz əksini tapıb.

Dərslik Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi və Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi tərəfindən təsdiq olunub. O, nəfis şəkildə çap olunmuş estetik baxımdan zövqə oxşayır.

Kitab sadə, başa düşüləcək dildə yazılaraq metodik üslub səlistliyi ilə seçilir. O, girişdən, ortopedik stomatologiyanın inkişaf tarixinə dair məlumatdan, ümumi və xüsusi hissələri əks etdirən 18 fəsildən, ədəbiyyat göstəricisi və mündəricatdan ibarətdir.

Dərsliyin «Giriş» hissəsində ortopedik stomatologiya fənni, onun məqsəd və vəzifələri, bölmələri haqda məlumatlar verilmiş, çətin terminlərin mənası aydınlaşdırılmışdır. «Ortopedik stomatologiyanın inkişaf tarixi» bölməsində vətən stomatoloqlarının əməyi qiymətləndirilmişdir.

«Ümumi hissə» (propedevtika) 7 fəsildən ibarətdir. Burda müəllif başa düşüləcək tərzdə aşağıdakı bölmələri çox aydın açıqlamışdır: üz-çənə sisteminin funksional anatomiyası, dişlər, aşağı çənənin biomexanikası, dişləmlər, çeynəmə aktı, ortopedik stomatologiya kabinetinin təşkili, ortopedik stomatologiya klinikasında deontologiya, ortopedik stomatologiya klinikasında xəstələrin müayinəsi, ağız boşluğunun protezləməyə hazırlanması, ortopedik stomatologiyada istifadə edilən materillər, ölçülər və ölçü materialları.

«Xüsusi hissə» 11 fəsildən ibarət olub aşağıdakı sahələri aydın məntiqlə izah edir: diş tacı patologiyalarının, hissəvi adentiyanın ortopedik müalicələri, hissəvi adentiyanın çıxmayan və çıxan protezlərlə müalicəsi, hissəvi adentiyanın diş cərgəsi deformasiyası ilə fəsadlaşmasının müalicəsi, ikincili tam adentiyanın, parodont xəstəliklərinin, dişin sərt toxumalarının patoloji sürtülməsinin, gicgah-çənə oynaq xəstəliklərinin ortopedik müalicələri, üz-çənə ortopediyası, ikincili adentiyanın diş implanta-tından istifadə etməklə ortopedik müalicəsi.

Z.İ.Qarayevin yazdığı bu məzmunlu dərslik Azərbaycan Tibb Universitetinin və digər ali tibb təhsili müəssisələrinin stomatologiya fakültələrinin tələbələri üçün və həmçinin həkim-stomatoloqlar üçün çox faydalıdır.

Hacıyev Ə.H.
Azərbaycan Tibb Universiteti ortopedik
stomatologiya kafedrasının dosenti

Sinus lifting əməliyyatına göstərişlər, əməliyyatdan sonra fəsadların əmələ gəlmə səbəbləri və müalicə taktikası

Həsənov F. İ., İbrahimov R. E.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ağız və üz-çənə cərrahiyəsi kafedrası

Dişlərin implantasiyası hazırda stomatologiyanın ən öndə gedən bir sahəsidir. Bunun üçün çənədə və əngdə alveol çıxıntısının hündürlüyü kifayət qədər olmalıdır. Əng sümüyü havalı sümüklərdən olduğuna görə dişlər itirildikdən sonra haymor boşluğunun alt nahiyyəsində bu hündürlük tez itirilir. Ona görə də əngin distal hissəsində implantasiya çətinləşir. Bu isə dünyanın hər yerində bir problem olaraq qalır. Bu problemin həlli sinus lifting əməliyyatı hesabına aradan qaldırılır. Hələ 50-60-cı illərdə Linkov öz işlərində müvəffəqiyyətli nəticələr almış, Tatum və Boyne 70-ci illərdə işlərini bu mövzuya həsr etmişlər. (2) Bir də yaddan çıxarmaq olmaz ki, onsuz da əng sümüyünün süngəri hissəsi çoxdur, havalı sümüklərdəndir. Dişlərin itirilməsindən sonra çənədə sərtlilik dərəcəsi artırsa, əngdə pnevmatizasiya artır. Bu da implantın ilkin stabilizasiyasını çətinləşdirir.

Yəqin ki, implantoloqlara məlumdur ki, alveol çıxıntısının hündürlüyü 8-10 mm-dən az olarsa, sinus lifting göstəriş olur. Alveol çıxıntısının hündürlüyü 4 mm-dən azdırsa, sinus liftinglə bərabər implant qoyulmur.

Statistik məlumatlara görə ABŞ-da hər il 115000 sinus lifting əməliyyatı aparılır. Həkim bu əməliyyatdan əvvəl təkcə alveol çıxıntısının hündürlüyü və eni barədə məlumatlanmaqla qane olmamalıdır.

İmplantoloqun haymor boşluğunun arxitektikasını, infeksiyası, şiş xəstəlikləri, selikli qişanın hipertrofiyası, haymor boşluğuna sirayət edən kistaları barədə də məlumatı olmalıdır.

Sinus liftingdən qabaq sadalanan xəstəlikləri və



arxitektikasında olan anomaliyaları bilmək üçün ən çox rentgenoqrafiya müayinəsinə əsaslanılır. Lakin alveol çıxıntısının hündürlüyünün ölçülməsi üçün telarentgenoqrafiya və ya ortopantomografiya aparılır.

Çoxkəmərləli və çoxkəmərləli haymor boşluqları bəzən adi rentgenoqrafiyada görünməyə bilər.

Bu hal əməliyyat zamanı çətinliklər meydana çıxara bilər. Ortopantomogramda V.L. Parakeviçə görə vertikal xəttə 10 %, horizontal xəttə 20 % real ölçülərlə fərqli nəticələr ola bilər. Ona görə də həkimlər onu nəzərə almalıdırlar. Göstərilən kənara çıxmalar normal çəkilmiş R-qrafiyaya aiddir. Qeyri-normal rejimdə çəkildikdə vertikal xəttə 32%, horizontal xəttə 50-70% ölçülər fərqlənə bilər. (Bəzi ədəbiyyatlarda bu rəqəmlər fərqli ola bilər). (1)

Sümük toxumasının ölçülərinin, sinusun topoqrafiyasının dəqiqliyi üçün çəp kontakt, yan proyeksiyada R-qrafiya, yan sefaloqrafiya və kompüter tomoqrafiyası kimi müayinələrə ehtiyac olur.

Sefalometriya yuxarıda göstərilən müayinə metodlarından qat-qat üstün müayinə üsulu olsa da kompüter tomoqramma ən informativ müayinə üsulu sayılır. Yüksək dərəcədə dəqiqliklə sümüyün ölçülərini verir. Haymor boşluğu arxitektikasını, alveol çıxıntısının müxtəlif istiqamətlərdə ölçülərini dəqiq bilmək üçün müxtəlif kəsiklərdə (2-3 mm kəsikdə) və müxtəlif istiqamətlərdə KT və 3 D proqramında aparılan müayinələr çox dəqiq məlumat verir.

Maqnit rezonans tomoqrafiya sinus lifting əmə-

liyyatlarından qabaq çətin hallarda nəinki sümüyün horizontal və vertikal ölçülərini və hətta yumşaq toxumaların konturları barədə də müayinə aparmağa imkan verir.

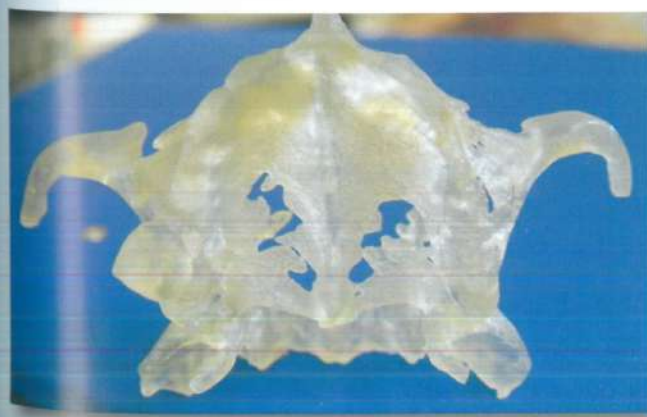


Şəkil 1.

Bu müayinə metodlarından ən müasiri multis-lays KT-dır. Nazik kəsiklər seriyası müayinə olunan nəhiyənin üçqat modelini əmələ gətirir ki, bu da hətta damar şəbəkəsinin və sinir kəməflərini ayırd etməyə imkan verir.

Haymor boşluğunun və selikli qişanın vəziyyəti barədə ən yeni müayinə üsullarından biri də endoskopiya-dır. (4) Onun olunması burundan haymor boşluğuna olan təbii yolla endoskoplə girərək aparılır. Müayinə ilə yanaşı endoskoplə müəyyən sanasiya işləri də kompyuter monitorunda izləməklə aparılır.

Steriolitoqrafik müayinə üsulu mövcuddur ki, bu üsul vasitəsilə çənə skeletinin maketi yaradılır. Bu müxtəlif istiqamətlərdə və kəsiklərdə aparılmış



Şəkil 2.

kompyuter tomoqrafiya əsasında yaradılır. Stelioritoqrafik müayinə və modelin hazırlanması nəinki haymor boşluğunun dibinin qalınlığını, həm də arxitektonikasını model şəklində göstərir. Belə bir metod dünya ölkələrinin hər yerində müvəffəqiyyətlə istifadə olunur. Bu həkim implantoloqun imkanlarını həddindən artıq genişləndirir.

Sinus lifting əməliyyatı üçün müayinə üsullarını bilməklə yanaşı, haymor boşluğunun mövcud olan xəstəlikləri barədə də məlumatımız olmalıdır.

Bu patologiyalar arasında ən çox haymoritlərə təsadüf olunur. Kəskin haymoritlər yuxarıda göstərilən müayinə üsulları ilə təsdiqlənə bilər.

Kəskin haymoritlərdən başqa xroniki haymoritlər və perforativ haymoritlər mövcuddur. Haymoritlər odontogen və rinogen olur, hər iki halda əngdə küt ağrılar, R-ji müayinədə və başqa müayinə üsullarında sinusun pnevmatizasiyası pozulması ilə müşayiət olunur.

Sinusitlərin hər hansı variantında sinus lifting əməliyyatı aparmağa əks göstəriş var. Ona görə də sinus liftingdən qabaq sinusitlərin müalicəsi tələb olunur. Kəskin haymoritlərin punksiya metodla və ya konservativ-medikamentoz yolla müalicəsi mümkün olur. Bəzi hallarda haymorotomiya aparılmalıdır.

Xroniki polipoz haymoritlər zamanı əksər hallarda haymorotomiya aparılır ki, bu zaman poliplərlə yanaşı selikli qişə də soyulub çıxarılır. Belə halda da minimal zədələnməyə, Şnayder membranının maksimal saxlanılmasına fikir verilir. Belə əməliyyatdan 2-3 il sonra, selikli qişanın yerində nazik karlik epitel toxuma əmələ gəlir. Belə halda sinus lifting əməliyyatı aparmaq arzu olunmaz hal sayılır. Xüsusi hallarda membran istifadə etməklə bu əməliyyatı aparmaq olar. Lakin proqnoz adi hallardan fərqli olaraq mənfi nəticə verə bilər.

Haymor boşluğunun iltihabi xəstəliklərindən başqa travmaları da ola bilər ki, bu adətən 2 yolla baş verir:

I. Le-For sınıqlarından sonra sınıq xətti haymor boşluğunun divarlarından keçdikdə selikli qişanın cırılması ilə nəticələnir.

II. Almacıq sümüyünün və ya qövsünün sınığı zamanı haymor boşluğunun ön divarı sınıq. Haymor boşluğunun selikli qişası zədələnir, hemasinus yara-

nır. Selikli qışa sinusun yalnız ön və yuxarı divarında cırılır ki, bu cırılmalar cərrahi müalicə olunduqdan sonra bərpa olunur. Bu halda haymor boşluğunun aşağı divarında zədələnmə olmadığına görə, travmadan sonra reabilitasiya dövründən sonra sinus lifting əməliyyatı aparmaq olur. Hər iki halda sinus lifting əməliyyatı üçün risk qalır.

Əngin şiş xəstəlikləri sinus lifting əməliyyatları üçün əks göstəriş olan hallardan biridir. Bir də Ən çox əngdə odontogen kistalar olur ki, bu kistalar haymor boşluğuna sirayət edə bilər. Bu hallarda kistoektomiya və haymorotomiya aparılır. Sinusun augmentasiyası əməliyyatı üçün əks göstəriş olur. Xüsusi hallarda kistalar sinusun selikli qışasını zədələmişdirsə alveol çıxıntısının kista tərəfindən yaradılmış defekti ya blok şəklində autotransplantat və implant qoyulmaqla bərpa oluna bilər və ya sümük əvəzedicilərlə doldurularaq II etapda implant qoyula bilər.

İndi isə sinus lifting əməliyyatından sonra baş verə biləcək ağrılaşmalar barədə söhbət açmaq istəyirəm.

Haymor boşluğunun anatomiyasına görə burundan sinusa daimi hava dövriyyəsi olduğu məlumdur. Bu hava dövriyyəsi özü ilə istənilən zaman hər hansı bir infeksiya gətirə bilər. Buna görə də selikli qışanın zədələnməsi həmişə həmin yerdə istər xəstənin öz özəl sümüyündə, istərsə də selikli qışa altında implant zirvəsini əhatə edən süni sümük qırıntıları və ya auto sümük qırıntıları iltihablaşa bilər. Ona görə ilk növbədə selikli qışa əməliyyat zamanı perforasiya olarsa mütləq yırtıq bərpa olunmalıdır.

Bu yırtıq əvvəlcədən və ya sonra selikli qışanın dislokasiyası nəticəsində açılsa burada implant üzərində olan sümük qırıntıları və selikli qışanın iltihablaşması, periimplantitin əmələ gəlməsi özünü göstərə bilər. Əməliyyatdan sonra antibiotikoterapiya, vitaminoterapiya, antihistaminoterapiya, ağız boşluğunun aseptikası, yerli olaraq epitelizeşni

və regenerasiyanı yaxşılaşdırın və optimallaşdırın tədbirlər həyata keçirilməlidir.

Müxtəlif kalsium preparatları ilə yanaşı kükürd tərkibli aminturşulardan reperativ osteogenezi stimullaşdırın metionin (0,03 qr x gündə 3 dəfə) və ya sistein (0,02 x gündə 3 dəfə) kimi preparatlardan istifadə edilməsi də praktik həkimlərə məsləhət görülmə bilər. Ona görə ki, bizim tərəfimizdən aparılan əməliyyatlardan 10 xəstədən 5 nəfərində aminturşu istifadə etməklə, 5 nəfər isə kontrol qrup təşkil etmişdir. Birinci qrupda 100% müsbət nəticə, kontrol qrupda isə 80% müsbət 20 % isə fəsadlarla qarşılaşma olmuşdur. Təkrar olaraq



Şəkil 3.

qeyd etmək istəyirik ki, sümük rejennerasiyasını və osteointeqrasiyasını stimullaşmasında kükürd tərkibli aminturşularının böyük əhəmiyyəti var. Bu taktika nəinki ilkin osteointeqrasiya üçün həm də uzaq dövrlərdə də sümük mazolunun daha sərt və keyfiyyətli sümük əmələ gəlməsi və implantatların daha uzun ömürlü olmasına təminat verir. Əgər sinus lifting əməliyyatından sonra xəstədə haymorit və ya implant yerində perforasiya əmələ gəlsə xəstə məlum olan qaydalara uyğun haymorit və ya perfarativ haymoritlərin müalicəsinə uyğun olaraq müalicə olunmalıdır.

Ədəbiyyat siyahısı:

1. В.М. Безрукова, Т.Г.Робустова «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том-2 ст.412 Москва- 2000
2. В.Л.Параскевич «Дентальная имплантология», Минск 2002
3. Arambula E.T. Alternatives to enhance implant bone surface area// Int Magazine Oral Implantol.2001,vol. p.22-23.
4. Ganz S.D. JT Scan technology. An evolving tool for avoiding complications and achieving predictable implant placement and restoration// Int. Magazine Oral Implantol. 2001, vol. 1, p 6-13.
5. P.N.Sandallı «Turkish Society of oral implantology XVIII th international congress of oral implantology and Austrain society of oral surgery and implantology joint meeting. Antalya 2006

Summary

Indications for sinus lifting operation, complications after operation, treatment way.

Qasanov F.I., Ibraqimov R.E.

The operation of implantation on the maxilla to present some difficulties for implantologist if height of alveolar process low than 4 mm. In this connection there is indications for sinus lifting.

Before sinus lifting operation is very important to perform correct examination of the sinus. The bone tissue measurement, x-ray, topography of the sinus in oblique contact, cephalography, nuclear-magnetic resonance, CT investigations have to implement. During the sinus lifting operation mucosa must be intact.

After operation to prevent complication antihistamine, antifungal, antibacterial therapy are recommended.

Using of sulfur-containing amino methionin (0,03 gr x 3 per day) or sistein (0,002 gr x 3 per day) to take the part in stimulation of the bone reparation, along with to play a role for operation of sinus lifting, osteointegration of the implant.

Резюме

Показания к проведению операции синус лифтинг, осложнения после операции, тактика их лечения.

Гасанов Ф.И., Ибрагимов Р.Е.

Проведение дентальной имплантации на верхней челюсти сопровождается некоторыми трудностями для имплантолога, если высота альвеолярного отростка ниже 4 мм. Такое условие является показанием для операции синус-лифтинг.

Перед операцией синус-лифтинг важное значение имеет тщательное обследование верхнечелюстного синуса, которое включает измерения костной ткани, рентгенография, цефалогрфия, ЯМР, КТ. При проведении синус-лифтинга слизистая оболочка верхнечелюстного синуса должна быть интактной.

С целью предотвращения осложнений в послеоперационный период рекомендуется назначение антибактериальной, антигистаминной и антифунгальной терапии.

Применение серосодержащих метионина (0,03гр x 3 раза в день) или использование sisteина (0,002гр x 3 раза в день) положительно влияет на стимуляцию репарации костной ткани и остеоинтеграции дентальных имплантатов.

14-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə və 3-cü Beynəlxalq Stomatoloqiyası Sərgisi 2008



Sərgidə dünyanın 19 ölkəsindən 100 şirkət iştirak edib: Azərbaycanın «HB Jo. Ltd.», «Vitta», «Labservis», Türkiyənin «AKGUN Kompüterləri», «Bonmed», «Kurt&kurt», Almaniyanın «HEEL», Rusiyanın «İntelfarm», «MSM-Medijal», ABŞ-in «Blend-a-med», Latviyanın «AuroBalt», Hindistanın «NEC Biotejh», Çinin «Mindray» şirkəti, Belarusun «Borisov zavodu» və s.

Sərginin ekspozisiyalarında farmakologiya, tibbi avadanlıq, tibbi elektronika,

24-27 sentyabr 2008-ci ildə Bakı şəhərində Heydər Əliyev adına İdman Konsert Kompleksində 14-cü Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə Sərgisi və «Stomatologiya» - 3-cü Azərbaycan Beynəlxalq Sərgisi keçirildi. Sərginin təşkilatçısı «İteca Caspian» şirkətidir.

Sərgi Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi, Ticarət və Sənaye Palatası, Azərbaycan İxraçı və İnvestisiyaların Təşviqi Fondu və Azərbaycan Stomatoloq Assosiasiyasının rəsmi dəstəyi ilə olmuşdur.



apteklər və tibb müəssisələri üçün avadanlıq və mebel, diaqnostika, gigiyena vasitələri, kosmetologiya, pəhriz, qida əlavələri və digər sahələr əhatə edilib.

Nümayiş etdirilmiş müasir avadanlıq və xidmətlər, işgüzar əlaqələr yaratmaq üçün yeni imkanlar sərgi iştirakçılarında böyük maraq doğurmuşdur.

Tamilla Gülməmmədova



Частота заболеваний пародонта у геронтологической части населения Азербайджана

Д.И.Исмаилов, А.Ч. Пашаев, Ф.Ю.Мамедов

Кафедра терапевтической стоматологии
Азербайджанского медицинского университета



За последние десятилетия число лиц пожилого и старческого возраста в большинстве стран мира значительно возросло. Этому благоприятствует



и очагах эндемии флюороза зубов. В каждом районе обследовано более 100 человек (125–243 человек). Всего стоматологическим обследованием охвачено 1115 чело-



век. Все обследованные были разделены на 3 возрастные группы: 65-74 года, 75-89 лет и 90 и более. Стоматологические обследования проведены по общепринятой методике, используемой при эпидемиологических исследованиях на кафедре терапевтической стоматологии АМУ. В настоящей статье представлены данные по пораженности заболеваниями пародонта старших возрастных групп населения республики.

Все обследованные были разделены на 3 возрастные группы: 65-74 года, 75-89 лет и 90 и более. Стоматологические обследования проведены по общепринятой методике, используемой при эпидемиологических исследованиях на кафедре терапевтической стоматологии АМУ. В настоящей статье представлены данные по пораженности заболеваниями пародонта старших возрастных групп населения республики.

Результаты исследования и их обсуждения в таблице 1 представлены данные по пораженности обследованных гингивитами, где видно, что по его частоте имеется определенная разница в изучаемых районах республики. Согласно нашим стоматологическим обследованиям, наиболее высокое распространение гингивита наблюдается в субтропическом районе Джалилабаде и очаге эндемии зоба – Шеки, наиболее низкое – в горных районах Лерик, Кедабек и очагах эндемии флюороза зубов. Указанные соотношения по распространенности гингивита в возрасте 65-74 года выражались следующими величинами: в горных районах оно составляло $4,05 \pm 2,29$ и $3,57 \pm 2,02\%$ в субтропических районах и очаге эндемии зоба – $12,5 \pm 3,70$ и $14,67 \pm 4,09\%$. В остальных районах они имели промежуточную частоту между отмеченными величинами.

Материалы и методы исследования.

Изучение состояния пародонта проведено в 7 районах, располагающихся в различных природно-климатических регионах республики. Стоматологические обследования проведены в горных районах – Лерик, Кедабек, предгорном – Шамкире, низменном – Кюрдамире, субтропическом – Джалилабаде, очаге эндемии зоба – Шеки

Следует указать, что в большинстве обследованных районов частота гингивита с возрастом

Следует указать, что в большинстве обследованных районов частота гингивита с возрастом

Следует указать, что в большинстве обследованных районов частота гингивита с возрастом

имеет обратную корреляцию, т.е. по мере возрастания возраста она имела тенденцию к снижению. Так, например, в Шамкире в возрасте 65-74 года распространенность гингивита составляла $6,67 \pm 2,28\%$, в возрасте 75-89 лет – $2,50 \pm 2,47\%$, а в последней возрастной группе снижалась до нулевого уровня. В очагах эндемии флюороза величина данного показателя составляла $8,58 \pm 3,35$ – $6,0 \pm 3,36$ – $4,0 \pm 3,92\%$. Примерно такие же соотношения можно проследить в других обследованных районах.

Согласно нашим стоматологическим обследованиям пораженность обследованных геронтологической группы населения различными формами гингивита имела одинаковую картину, которая выражалась тем, что наиболее чаще встречались лица с катаральной формой поражения, нежели с гипертрофической. Для подтверждения отмеченного обратимся к данным таблицы 1, где видно, что в Кюрдамире в возрасте 65-74 года, из $9,41 \pm 3,17\%$ распространенности гингивита, $7,06\%$ составлял катаральный, $2,35\%$ гипертрофический гингивит. В Шамкире эти

величины были следующие: $5,33\%$ против $1,33\%$, в Джалилабаде $11,25\%$ против $1,25\%$ и т.д.

Во второй и третьей возрастной группах пораженность различными формами гингивита в значительной степени изменялась. Согласно нашим исследованиям в большинстве районов обследования наблюдалась исключительно катаральная форма гингивита. В возрасте 75-89 лет только в двух районах – Джалилабаде и очагах эндемии флюороза зубов наблюдались лица с гипертрофической формой гингивита. В третьей группе гингивит выявлялся в двух районах: горном районе Лерик и очаге эндемии флюороза зубов, причем исключительно катаральная форма поражения.

Следует отметить, что во всех районах обследования мы не выявляли лиц, имеющих язвенные поражения десны. Данное положение мы склонны объяснить тем, что стоматологические обследования проводились хотя и в разные годы, но время исследования было во всех случаях одинаковое – летнее. Как известно, для возник-

Таблица 1

Распространенность гингивита среди геронтологической группы населения республики

Районы	Возрастные группы	Распростра- ненность гингивита в %	В том числе	
			Катаральный гингивит	Гипертрофический гингивит
Кюрдамир	65-74	$9,41 \pm 3,17$	$7,06 \pm 2,78$	$2,35 \pm 1,64$
Шамкир		$6,67 \pm 2,88$	$5,33 \pm 2,59$	$1,33 \pm 1,32$
Лерик		$4,05 \pm 2,29$	$2,70 \pm 1,88$	$1,35 \pm 1,34$
Кедабек		$3,57 \pm 2,02$	$2,38 \pm 1,66$	$1,19 \pm 1,18$
Джалилабад		$12,5 \pm 3,70$	$11,25 \pm 3,53$	$1,25 \pm 1,24$
Шеки		$14,67 \pm 4,09$	$13,33 \pm 3,92$	$1,33 \pm 1,32$
Очаги эндемии флюороза		$8,58 \pm 3,35$	$5,72 \pm 2,78$	$2,86 \pm 1,99$
Кюрдамир	75-89	$8,82 \pm 4,86$	$8,82 \pm 4,86$	-
Шамкир		$2,50 \pm 2,47$	$2,50 \pm 2,47$	-
Лерик		$2,50 \pm 1,43$	$2,50 \pm 1,43$	-
Кедабек		$3,08 \pm 2,14$	$3,08 \pm 2,14$	-
Джалилабад		$9,09 \pm 3,88$	$7,27 \pm 3,50$	$1,82 \pm 1,80$
Шеки		$9,99 \pm 5,47$	$9,99 \pm 5,47$	-
Очаги эндемии флюороза		$6,0 \pm 3,36$	$4,0 \pm 3,77$	$2,0 \pm 1,98$
Кюрдамир	90 и более	-	-	-
Шамкир		-	-	-
Лерик		$2,04 \pm 2,02$	$2,04 \pm 2,02$	-
Кедабек		-	-	-
Джалилабад		-	-	-
Шаки		-	-	-
Очаги эндемии флюороза		$4,0 \pm 3,92$	$4,0 \pm 3,92$	-

новения язвенного поражения слизистой оболочки полости рта важное значение имеет ряд отрицательных факторов, влияющих на организм человека (простудные заболевания, авитаминозы и т.д.), которые способствуют возникновению вышеуказанных патологических процессов в полости рта. Ввиду того, что стоматологические обследования проводились в летнее время и указанные отрицательные факторы отсутствовали, по-видимому, это являлось причиной отсутствия у обследованных язвенных поражений в полости рта.

В таблице 2 представлены результаты стоматологических обследований по распространенности пародонтита и пародонтоза среди изучаемого контингента. Как видно из указанной таблицы, частота пародонтита по отдельным возрастам имеет различные величины в изученных районах. Наиболее высокое распространение наблюдалось в Джалилабадском и Кюрдамирском районах в возрасте 65-74 года, наиболее низкое в горных районах Лерик и Кедабек. Величина этих показателей составляла следующее: Джалилабад и Кюрдамир $21,3 \pm 4,58\%$ и $10,6 \pm 3,31\%$ против $4,05 \pm 2,29\%$ и $4,76 \pm 2,32\%$ в Лерике и Кедабеке соответственно. В остальных районах распространенность пародон-

тита имела близкие величины. Так, например, в Шамкире – $7,98 \pm 3,13\%$, против $6,65 \pm 2,88\%$ в Шеки, $8,58 \pm 3,35\%$ в очагах эндемии флюороза.

По распространенности отдельных степеней тяжести указанной патологии пародонта установлено, что практически в большинстве случаев преобладали легкие степени поражения. Так, например, в Кюрдамире из $10,6\%$ общей частоты пародонтита на долю легкой степени приходилась $8,26\%$, средней $1,18\%$, тяжелой $1,18\%$. В Шамкире из $7,98\%$ общей пораженности пародонтизом $5,32\%$ составляла легкая степень, по $1,33\%$ две остальные степени поражения. Аналогичные соотношения можно проследить по остальным районам обследования (таблица 2).

Возрастной фактор оказывает влияние на распространенность пародонтита в изучаемых районах. Как видно из таблицы, с возрастом частота пародонтита имеет тенденцию к снижению и в последней возрастной группе составляет нулевую величину. Так, в Кюрдамирском районе частота пародонтита в возрасте 65-74 года составляет $10,6 \pm 3,31\%$, во второй возрастной группе $5,88 \pm 4,03\%$, а в последней снижается до нулевой величины (таблица 2).

Что касается распространенности пародонто-

Таблица 2

Распространенность пародонтита и пародонтоза среди геронтологической группы населения республики

Районы	Возрастные группы	Распространенность в %		В том числе					
				легкой степени		средней степени		тяжелой степени	
		пародонтита	пародонтоза	пародонтита	пародонтоза	пародонтита	пародонтоза	пародонтита	пародонтоза
Кюрдамир	65-74	$10,6 \pm 3,31$	$8,28 \pm 2,99$	$8,26 \pm 2,99$	$5,90 \pm 2,56$	$1,18 \pm 1,17$	$1,18 \pm 1,17$	$1,18 \pm 1,17$	$1,18 \pm 1,17$
Шамкир		$7,98 \pm 3,13$	$6,65 \pm 2,88$	$5,32 \pm 5,32$	$5,32 \pm 2,59$	$1,33 \pm 1,32$	$1,33 \pm 1,32$	$1,33 \pm 1,32$	-
Лерик		$4,05 \pm 2,29$	$4,05 \pm 2,29$	$1,35 \pm 1,34$	$2,70 \pm 1,88$	$1,35 \pm 1,34$	$1,35 \pm 1,34$	$1,35 \pm 1,34$	-
Кедабек		$4,76 \pm 2,32$	$4,76 \pm 2,32$	$2,38 \pm 1,66$	$3,56 \pm 2,02$	$1,19 \pm 1,18$	$1,19 \pm 1,18$	$1,19 \pm 1,18$	-
Джалилабад		$21,3 \pm 4,58$	$10,0 \pm 3,35$	$16,3 \pm 4,13$	$7,50 \pm 2,94$	$2,50 \pm 1,75$	$1,25 \pm 1,24$	$2,50 \pm 1,75$	$1,25 \pm 1,24$
Шеки		$6,65 \pm 2,88$	$5,32 \pm 2,59$	$6,65 \pm 2,88$	$5,32 \pm 2,59$	-	-	-	-
Очаги эндемии флюороза		$8,58 \pm 3,35$	$5,72 \pm 2,78$	$5,72 \pm 2,78$	$4,29 \pm 2,42$	$1,43 \pm 1,42$	$1,43 \pm 1,42$	$1,43 \pm 1,42$	-
Кюрдамир	75-89	$5,88 \pm 4,03$	$5,88 \pm 4,03$	$2,94 \pm 2,90$	$5,88 \pm 4,03$	$2,94 \pm 2,90$	-	-	-
Шамкир		$5,00 \pm 3,45$	$2,50 \pm 2,47$	$5,00 \pm 3,45$	$2,50 \pm 2,47$	-	-	-	-
Лерик		$3,33 \pm 1,64$	$2,50 \pm 1,43$	$3,33 \pm 1,64$	$2,50 \pm 1,43$	-	-	-	-
Кедабек		$3,08 \pm 2,14$	$3,08 \pm 2,14$	$3,08 \pm 2,14$	$3,08 \pm 2,14$	-	-	-	-
Джалилабад		$10,9 \pm 4,20$	$5,46 \pm 3,06$	$7,28 \pm 3,50$	$3,64 \pm 2,53$	$1,82 \pm 1,80$	$1,82 \pm 1,80$	$1,82 \pm 1,80$	-
Шеки		-	-	-	-	-	-	-	-
Очаги эндемии флюороза		$4,0 \pm 2,77$	$2,0 \pm 1,98$	$2,0 \pm 1,98$	$2,0 \pm 1,98$	$2,0 \pm 1,98$	-	-	-
Кюрдамир	90 и более	-	-	-	-	-	-	-	-
Шамкир		-	-	-	-	-	-	-	-
Лерик		-	$2,04 \pm 2,02$	-	$2,04 \pm 2,02$	-	-	-	-
Кедабек		-	-	-	-	-	-	-	-
Джалилабад		-	-	-	-	-	-	-	-
Шеки		-	-	-	-	-	-	-	-
Очаги эндемии флюороза		-	-	-	-	-	-	-	-

за, то согласно нашим стоматологическим обследованиям в большинстве районов имеются близкие по значению величины, за некоторым исключением Джалилабадского и Кюрдамирского районов, где величины их относительно другие.

Так, в возрастной группе 65-74 года в Шамкире распространенность пародонтоза составляла $6,65 \pm 2,88\%$, Шеки $-5,32 \pm 2,59\%$, в очагах эндемии флюороза $-5,72 \pm 2,78\%$. В Кюрдамирском и Джалилабадском районах его величина была в пределах $8,28 \pm 2,99 - 10,0 \pm 3,35\%$, хотя разница между ними статистически не достоверна.

В отношении пораженности обследованных различными степенями пародонтоза установлено, что по всем изученным районам чаще встречались лица с пародонтозом легкой степени, нежели другими степенями. Так, в Джалилобаде в возрасте 65-74 года из общей пораженности пародонтозом $10,0\%$, на долю легкой степени приходилось $7,5\%$ и по $1,25\%$ остальных двух степеней. В очагах эндемии флюороза зубов из общей распространенности пародонтоза $5,72\%$, на долю пародонтоза легкой степени приходилось $4,29\%$ и средней степени $1,43\%$ поражения.

Возрастной фактор оказывает влияние на уровень частоты пародонтоза. Согласно данным таблицы 2 практически в большинстве районов по мере возрастания возраста уменьшалась частота пародонтоза. Так, в Шамкире в возрасте 65-74 года частота пародонтоза составляла $6,65 \pm 2,88\%$, в возрасте 75-89 лет снижалась до $2,50 \pm 2,47\%$, а в третьей возрастной группе выражалась нулевой оценкой. В Джалилабаде эти соотношения представлялись следующими величинами: $10,0\% - 5,46\% - 0\%$. Аналогичные соотношение можно проследить по другим районам обследования.

Следует особо отметить, что только в одном районе Лерике в третьей возрастной группе были выявлены лица с пародонтозом. В остальных районах обследованные имели беззубые челюсти, или же при наличии зубов данная патология пародонта отсутствовала.

Потребность в гигиеническом обучении обследованного населения весьма высокая. Так, по всем районам республики в возрастной группе 65-74 года потребность в гигиеническом обучении составляла $85,7 - 97,5\%$. Во второй

возрастной группе данный показатель во всех районах увеличивался до 100% величины. В третьей возрастной группе в виду отсутствия в большинстве случаев зубов только в очагах эндемии флюороза данный показатель имел 100% величину.

Потребность населения в комплексном пародонтологическом лечении в обследованных районах в возрасте 65-74 года имеет различный уровень и колеблется в пределах $41,3 - 100\%$. Наиболее высокий уровень потребности населения в комплексном пародонтологическом лечении наблюдался в горных районах Лерике, Кедабеке, очагах эндемии флюороза и субтропическом районе Джалилобаде. В Кедабеке и Лерике потребность населения в указанной стоматологической помощи составляла $72,6 \pm 4,87$ и $75,7 \pm 4,99\%$ соответственно, в Джалилабаде $- 100\%$.

Во второй возрастной группе потребность в пародонтологической помощи во всех районах обследования составляла $16,7 - 60,0\%$. В этой возрастной группе величина данного показателя наиболее высокая, также, как это было в предыдущей возрастной группе в Лерике и Кедабеке и в очагах эндемии флюороза. Величина указанного показателя в этих регионах была в Лерике $- 54,2 \pm 4,55\%$, Кедабеке $- 52,3 \pm 6,20\%$, очагах эндемии флюороза $- 60,0 \pm 6,93\%$. Следует отметить, что при сопоставлении данного показателя по возрастным группам выясняется, что он с возрастом имеет тенденцию к снижению. Так, например, в Лерике в возрасте 65-74 года потребность в комплексной пародонтологической помощи составляла $75,7 \pm 4,99\%$, во второй снижалась до $54,2 \pm 4,55\%$, в третьей возрастной группе имела нулевую оценку. В Шамкире эти соотношения представлялись в следующем: $62,7 \pm 5,58 - 22,5 \pm 6,60 - 0$. Аналогичные соотношения можно проследить в остальных районах обследования.

По потребности удаления зубного камня среди геронтологической группы населения так же наблюдались различные величины показателя. В целом по обследованным районам это составляло $13,3 \pm 3,92 - 63,5 \pm 5,60\%$. Наиболее высокие потребности в данном виде стоматологической помощи наблюдались в горных районах, очагах эндемии флюороза и субтропическом районе республики. По данным таблицы 3 в

Лерике потребность населения в удалении зубного камня составляла $63,5 \pm 5,60\%$, Кедабеке $58,3 \pm 5,38\%$, очагах эндемии флюороза $55,7 \pm 5,94\%$ и Джалилабаде $50,0 \pm 5,59\%$. На наличие низких величин данного показателя в Шеки ($13,3 \pm 3,92\%$) и в Кюрдамире ($24,7 \pm 4,68\%$), по нашему мнению, отразилось большое количество удаленных зубов у обследованных лиц региона. В возрастном аспекте данный показатель в большинстве районов имел тенденцию к снижению. Так, например, в Шамкире в возрасте 65-74 года потребность в удалении зубного камня составляла $42,7 \pm 5,71\%$, а во второй $10,0 \pm 4,74\%$. В Лерике соотношение этих показателей было $63,5 \pm 5,60$ против $45,0 \pm 4,54\%$. Аналогичные соотношения можно проследить в других обследованных районах.

Что касается пародонтологического лечения, оно по всем обследованным районам колеблется в пределах $12,2-50,0\%$. С возрастом потребность в данном виде стоматологической помощи имеет тенденцию к снижению. Так, например, в Кюрдамире в первой возрастной группе оно имело величину $28,3 \pm 4,89\%$, а во второй снизилось до $17,7 \pm 6,65\%$. В Джалилабаде эти соотношения выражались следующими величинами: $50,0 \pm 5,59\%$ против $27,3 \pm 6,01\%$.

Таким образом, проведенные стоматологические обследования, позволяют отметить, что нуждаемость геронтологической группы населения в пародонтологической помощи высокая и необходимо принятие мер для улучшения оказания данного вида стоматологической помощи повсеместно в регионах республики.

Литература

1. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста. //Стоматология для всех 2000, №2, с. 46-49
2. Борисова Е.Н. Специальные и клинические аспекты заболеваний пародонта у людей пожилого и старческого возраста. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья// 2001, №2 с.31-36
3. Боровский Е.В., Пак А.Н. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах. //Стоматология, 1991, №4, с.78-80
4. Виллерс Хаузен-Ценхен Б., Гляснер К. Заболевания пародонта у пожилых пациентов. //Клиническая стоматология 1998, №2, с.55-63
5. Ольховская Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии. //Стоматология для всех/, 2003, №1, с.14-19

XÜLASƏ

«Azərbaycanda herontoloji qrup əhali arasında parodont xəstəliklərinin yayılması»
İsmaylov D.İ., Paşayev A.Ç., Məmmədov F.Y.

Respublikanın 7 rayon və 6 regionunda, 1115 nəfər herontoloji kontingenti arasında stomatoloji müayinələr aparılmışdır. Bütün müayinə olunanlar üç yaş qrupuna bölünmüşdür: 65-74, 75-89 və 90 yaş və daha yuxarı. Bütün rayonlarda gingivit və parodontozun yayılması bütün yaş qruplarında müşahidə edilmişdir. 90 və daha yuxarı yaş qrupunda isə parodontitli xəstə aşkar edilməmişdir. Gigiyenik maarifləndirməyə və kompleks parodontoloji müalicəyə yüksək ehtiyac olduğu müəyyən edilmişdir. Aparılmış epidemioloji tədqiqatlar, respublikada herontoloji qrup əhaliyə stomatoloji xidmətin lazımı səviyyədə göstərilmədiyini deməyə əsas verir.

SUMMARY

The frequency of periodontitis in gerontology group of people of Azerbaijan
Ismailov D.I., Pashaev A.C., Mammadov F.Y.

The dental investigations have been made among the 1115 persons (old and older ages). It is a gerontology group of people. All of examined are divided into 3 age group: 67-74, 75-89, 90 age and over. On the different region have been observed high level of gingivitis and parodontosis within all of age group. The indications for highine stading and complex treatment procedures were on the high level. The epidemiological investigation show insufficiency dental (periodontology) care wich have been made for gerontology group of people in the Azerbaijan.

Çoxuşaqlı və azuşaqlı qadınlarda parodont xəstəliklərinin yayılma xüsusiyyətləri

Z.N.Məmmədov

ATU-nun terapeutik stomatologiya kafedrası

Dünya əhalisi arasında stomatoloji xəstəliklər orqanizmin tez-tez rast gəlinən patologiyalarından biridir.

Ədəbiyyat məlumatına əsasən dişlərin kariyesi və parodont xəstəliklərinin yayılma səviyyəsi hamilə qadınlar arasında çox yüksəkdir. Elmi tədqiqatlar bu vəziyyəti diş-çənə sisteminin formalaşmasına təsir göstərən 4 amillə izah edirlər: çoxsaylı hamiləlik və doğuşlar, intergenetik intervalın qısa olması, hestozların rastgəlmə tezliyinin çox olması, ekstragenital xəstəliklərinin yayılması. İndiyə qədər çoxuşaqlı qadınlarda (ÇUQ) və onların uşaqlarında stomatoloji status öytənilməmişdir. Bütün bunlar qeyd olunan kontingentdə əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyinin öyrənilməsi və optimal müalicə-profilaktika tədbirlərinin işlənilib hazırlanmasının vacibliyini sübut edir.

Müasir dövrdə də bu patologiyaların müalicə və profilaktikasında əldə olunan nailiyyətlərə baxmayaraq stomatoloji xəstəliklərdən sayılan kariyes və parodont xəstəliklərinin müalicə-profilaktikasında yeni, daha səmərəli üsulların işlənilib hazırlanması öz aktuallığını saxlayır. Təklif olunan çoxsaylı müalicə-profilaktika tədbirləri parodont xəstəliklərinin yayılmasında daimi effektivliyinin olmaması ilə xarakterizə olunur. Hal-hazırda da xəstəliklərin yayılması və intensivliyi bütün yaş qrupunu əhatə etmək şərti ilə yüksək səviyyədə qalır. Stomatoloji xəstəliklərin yayılmasına yerli təbii-iqlim amilinin, içməli suda və qidada flüorun miqdarının az olması, balanslaşdırılmamış qida rejimi, daxili orqan və sistemlərin patologiyaları, orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə mexanizmlərinin zəifləməsi, ağız boşluğunun qeyri-qənaətbəxş gigiyenası və diş-çənə sisteminin deformasiyalarının təsiri məlumdur. Dişlərə kariyesin və parodont xəstəliklərinin inkişafına yuxarıda qeyd olunan amillərlə yanaşı hamiləli-



yin də müəyyən təsirləri vardır. Belə ki, hamiləlik zamanı qadın orqanizminin orqan və sistemlərində bir sıra dəyişikliklər baş verir. Hamiləlik zamanı endokrin sistemdə baş verən dəyişikliklər, mədəaltı vəzinin, qalxanabənzer vəzinin aktivliyinin artmasına, yumurtalıqların normal funksiyasının zədələnməsinə səbəb olur ki, bu da öz növbəsində

həm hamilə qadının, həm də inkişafda olan dölün ağız boşluğunun vəziyyətinə təsir göstərir. Ədəbiyyatda hamilə qadınlarda stomatoloji statusun təyininə aid çoxsaylı məlumat vardır. Bu məlumat ÇUQ və eləcə də azuşaqlı qadınlarda (AUQ) əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyinin öyrənilməsinə, eyni zamanda bu kontingent üçün daha səmərəli müalicə-profilaktika tədbirlərinin işlənilib hazırlanmasına böyük maraq yaradır.

Tədqiqatın nəticələri. Cədvəl 1.1-də respublikanın bütün sonaları üzrə ÇUQ-da gingivitin yayılması orta hesabla 23,1-36,5% AUQ-da isə 18,5 – 30,2% olduğu əks etdirilmişdir.

Respublikanın yuxarıda qeyd olunan bütün zonalarında ÇUQ və AUQ arasında gingivitin rastgəlmə tezliyini öyrənmək üçün aparılan epidemioloji müayinələrin nəticələrinə nəzər yetirdikdə aşağıdakı xarakterik xüsusiyyətlər müşahidə edilmişdir: 4 zona üzrə gingivitin rastgəlmə tezliyi ÇUQ-da AUQ-a nisbətən çox olmuşdur. Belə ki, dağətəyi rayonda gingivitin rastgəlmə tezliyi ÇUQ-da 30,9%, əksinə AUQ-da isə 20,0%; dağlıq rayonda ÇUQ-da 28,0%, AUQ-da isə 18,2% təşkil etmişdir. Subtropik və endemik ur zonasında isə yuxarıda göstərilən fərq müşahidə edilməmişdir. Bu zonalarda gingivitin rastgəlmə tezliyi analoji olaraq ÇUQ-da 32,8% və 31,2%, AUQ-da isə 30,2% və 27,1% təşkil etmişdir.

Bütün zonalar üzrə gingivitin kataral forması-

Cədvəl 1.1

Respublikanın müayinə aparılan bütün zonalarında yaşayan ÇUQ-da gingivitin rast gəlmə tezlikləri (%-lə)

Zonalar	Cəmi	O cümlədən	
		Kataral	Hipertrofik
Aran –Bərdə	34,7 ± 3,65	30,6 ± 3,53	4,08 ± 1,52
Dağ ətəyi-Şəmkir	31,0 ± 3,54	28,0 ± 3,43	2,94 ± 1,29
Dağlıq-Gədəbəy	28,5 ± 3,51	24,8 ± 3,36	3,66 ± 1,46
Endemik flüoroz ocağı	23,1 ± 3,24	19,6 ± 3,05	3,51 ± 1,42
Subtropik-Cəlilabad	36,5 ± 3,82	31,4 ± 3,68	5,07 ± 1,73
Endemik ur zonası-Oğuz	34,8 ± 3,60	30,3 ± 3,47	4,55 ± 1,58

Cədvəl 1.2

Respublikanın müayinə aparılan bütün zonalarında yaşayan AUQ-da gingivitin rast gəlmə tezlikləri (%-lə)

Zonalar	Cəmi	O cümlədən	
		Kataral	Hipertrofik
Aran –Bərdə	34,7 ± 3,65	30,6 ± 3,53	4,08 ± 1,52
Dağ ətəyi-Şəmkir	31,0 ± 3,54	28,0 ± 3,43	2,94 ± 1,29
Dağlıq-Gədəbəy	28,5 ± 3,51	24,8 ± 3,36	3,66 ± 1,46
Endemik flüoroz ocağı	23,1 ± 3,24	19,6 ± 3,05	3,51 ± 1,42
Subtropik-Cəlilabad	36,5 ± 3,82	31,4 ± 3,68	5,07 ± 1,73
Endemik ur zonası-Oğuz	34,8 ± 3,60	30,3 ± 3,47	4,55 ± 1,58

na hipertrofik formaya nisbətən daha çox rast gəlinmişdir. ÇUQ və AUQ arasında gingivitin ayrı-ayrı formalarının rastgəlmə tezliyi arasında fərq 4 zonada (aran, dağətəyi, dağlıq, endemik flüoroz ocağı) rast gəlinir ki, bu da xüsusilə kataral gingividdə özünü büruzə verir.

Hipertrofik gingivitin rastgəlmə tezlikləri haqqında əldə olunan nəticələr təxminən eyni olmuşdur. Belə ki, aran zonasında kataral gingivitin yayılması ÇUQ-da 31,3%, əksinə AUQ-da isə 22,3%, dağlıq zonada isə bu göstəricilər uyğun olaraq 24,3% və 15,3% təşkil etmişdir. Yuxarıda qeyd olunan rayonlarda: ÇUQ-da hipertrofik gingivit 4,0 və 3,66; AUQ-da isə analogi olaraq 2,9 və 2,92% olmuşdur. Bu uyğunluq qalan digər rayonlarda da müşahidə olunur.

Bunu da qeyd etmək lazımdır ki, müayinə aparılan bütün zonalarda qadınlar arasında xoralı gingivitə rast gəlinmir. Bu onunla izah olunur ki, orqanizmin ümumi vəziyyətinə təsir göstərə biləcək risk amillərinin (soyuqlama və s.) intensivliyinin aşağı olması ağız boşluğunda xoralı zədələnməyə rast gəlinməməsinə səbəb olmuşdur.

Cədvəl 2.1-də müayinə aparılan bütün zonalarda ÇUQ arasında parodontit və parodontozun yayılması əks olunmuş və parodontun bu

patalogiyanın rastgəlmə tezliyi orta hesabla 37,2-25,4%, AUQ-da isə 24,1-8,35 təşkil etmişdir.

Respublikanın müayinə aparılan bütün zonalarında yaşayan AUQ arasında parodont xəstəliklərinin yayılması 4.18 sayılı cədvəldə əks olunmuş və parodontit və parodontozun rastgəlmə tezliyi orta hesabla 15,3-32,4% təşkil etmişdir. Ən aşağı nəticə dağətəyi, dağlıq və endemik flüoroz ocağında, ən yüksək nəticə isə subtropik zonada müşahidə edilmişdir və bu münasibət aşağıdakı kimi olmuşdur: 14,5-15,9-15,3, əksinə 32,4.

AUQ arasında parodontit və parodontozun rastgəlmə tezlikləri arasında müqayisə apardıqda daha çox parodontitə, xeyli az isə parodontozu rast gəlinməyi təyin olunur. Məsələn, subtropik rayonda parodontitin rastgəlmə tezliyi 24,1%, əksinə parodontozda isə bu rəqəm 8,35%, endemik ur ocağında da parodontitin rastgəlmə tezliyi 18,1% olduğu halda parodontozda bu rəqəm 8,20% olmuşdur.

Cədvəl 1.2-ə əsasən müayinə aparılan rayonlarda ÇUQ və AUQ arasında yüngül dərəcəli parodontitə bu patalogiyanın digər iki dərəcəsinə nisbətən daha çox rast gəlinir. Bunlar aran, dağətəyi, dağlıq və endemik flüoroz rayonlarıdır. Digər iki rayonda yuxarıda qeyd olunan patalogiyanın göstəriciləri arasında fərq müşahidə

Cədvəl 2.1

Müayinə aparılan bütün zonalar üzrə ÇUQ arasında parodontit və parodontozun yayılması

Zonalar	Cəmi	O cümlədən parodontit			O cümlədən parodontoz		
		yüngül dərəcə	orta dərəcə	ağır dərəcə	yüngül dərəcə	orta dərəcə	ağır dərəcə
Bərdə, aran zonası	28,8±3,47	9,99±2,30	3,53±1,41	2,94±1,30	7,64±2,04	2,94±1,30	1,76±1,01
Şəmkir, dağətəyi zona	25,7±3,34	9,35±2,23	3,51±1,41	2,32±1,15	5,85±1,79	2,94±1,29	1,75±1,00
Gədəbəy, dağlıq zona	29,1±3,54	10,3±2,37	3,63±1,46	3,03±1,33	7,27±2,02	3,03±1,33	1,82±1,04
Endemik flüoroz ocağı	26,9±3,35	10,8±	3,43±1,37	2,85±1,26	5,71±1,75	2,85±1,26	1,14±0,80
Cəlilabad, subtropik zona	36,5±3,82	21,4±3,25	5,66±1,83	3,14±1,38	3,77±1,51	2,51±1,24	-
Oğuz, endemik ur zonası	30,8±3,55	14,2±2,69	3,55±1,42	2,96±1,30	5,91±1,81	2,96±1,30	1,18±0,83

edilməmişdir. Məsələn, aran rayonunda parodontit və parodontozun rastgəlmə tezliyi ÇUQ-da 28,3%, AUQ-da 17,2%, dağlıq rayonda isə analoji olaraq 29,1% və əksinə 15,9% təşkil etmişdir. Göstəricilər arasındakı bu fərq statistik əhəmiyyətə malikdir ($p<0,05$).

Subtropik Cəlilabad və endemik ur zonası Oğuz rayonunda ÇUQ və AUQ arasında parodontit və parodontozun yayılma göstəricilərinə nəzər saldıqda çox da böyük fərq müşahidə edilməmişdir. Belə ki, subtropik rayonda ÇUQ arasında parodontit və parodontozun rastgəlmə

Cədvəl 2.2

Müayinə aparılan bütün zonalar üzrə AUQ arasında parodontit və parodontozun yayılması

Zonalar	Cəmi	O cümlədən parodontit			O cümlədən parodontoz		
		yüngül dərəcə	orta dərəcə	ağır dərəcə	yüngül dərəcə	orta dərəcə	ağır dərəcə
Bərdə, aran zonası	17,2±2,90	4,72±1,63	2,96±1,30	1,18±0,83	3,55±1,42	2,96±1,30	1,77±1,01
Şəmkir, dağətəyi zona	14,7±2,78	5,51±1,79	3,07±1,35	0,61±0,61	3,07±1,35	2,46±1,21	-
Gədəbəy, dağlıq zona	16,1±2,83	8,27±2,13	2,98±1,31	-	2,98±1,31	1,79±1,02	-
Endemik flüoroz ocağı	15,1±2,84	8,80±2,25	1,26±0,88	-	3,77±1,51	1,26±0,88	-
Cəlilabad, subtropik zona	32,9±3,67	17,1±2,94	4,27±1,58	3,05±1,34	4,87±1,68	3,05±1,34	0,61±0,61
Oğuz, endemik ur zonası	26,7±3,53	13,4±2,72	3,82±1,53	1,91±1,09	3,18±1,40	3,18±1,40	1,27±0,90

tezliyi 37,2%, AUQ-da isə 32,4%. Endemik ur ocağında isə bu göstəricilər aşağıdakı kimi olmuşdur: ÇUQ-da 31,2%, AUQ-da isə 26,8%.

Parodontit və parodontozun müxtəlif dərəcələrinin rastgəlmə tezliklərini müqayisəli qiymətləndirdikdə yüngül dərəcə digər iki dərəcəyə nisbətən çox olmuşdur. Belə ki, dağlıq rayonda ÇUQ-da parodontitin yüngül dərəcəsinin rastgəlmə tezliyi 10,9%, əksinə orta və ağır dərəcələrdə isə uyğun olaraq 3,68% və 3,02% təşkil etmişdir. Subtropik rayonda AUQ arasında bu göstəricilər aşağıdakı kimi olmuşdur; 21,8% və əksinə 5,76% və 3,23%. Analoji münasibət digər müayinə aparılan rayonlarda da müşahidə edilmişdir.

Parodontit və parodontozun digər iki dərəcəsinin rastgəlmə tezliyinə nəzər saldıqda əksər hallarda göstəricilər bir-birinə yaxın olmuş-

dur. Məsələn, subtropik rayonda ÇUQ arasında orta və ağır dərəcənin rastgəlmə tezliyi 5,76% və 3,23%, AUQ-da isə 4,23% və 3,01% təşkil etmişdir. Parodontozda isə bu göstəricilər endemik ur zonasında ÇUQ-da 3,01% və 1,20%, AUQ-da isə 3,17% və 1,33% olmuşdur.

Bizim bu aspektdə apardığımız müayinələrin nəticələri bizə müxtəlif təbii-iqlim zonalarında yaşayan əhalinin bu kontingentində stomatoloji xəstəliklərin səviyyəsinə bu amilin təsiri haqqında tam məlumat verir. Əldə olunan məlumatlar respublika əhalisinin bu kontingentində əsas stomatoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsi səbəbləri haqqında lazımi məlumat verərək, hər bir regionda yaşayan əhalinin bu qrupunda kompleks müalicə-profilaktika tədbirlərinin işlənib hazırlanmasına imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

- Ашуров Г.Г. Состояние полости рта женщин в зависимости от числа беременностей. Здравоохранения Таджикистана 1990, №6, стр. 68-78.
- Ашуров Г.Г. Стоматологическая профилактика у многоплодных беременных женщин. Автореферат диссерт. канд. мед. наук –Казань, 1989
- Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические травмы ухода за полостью рта у беременных женщин. Стоматология, 2003, №3, стр. 12-14
- Бердымухаммедов Г.М. Особенности клиники и патогенеза основных стоматологических заболеваний у детей родившихся от многоплодных женщин. Всесоюзное научно производственное объединение «Стоматология» М., 1990 стр.20
- Гусейнова Т.Г. Осложнения кариеса зубов у беременных, страдающих анемией. Материалы 5-й конференции стоматологов Грузии, 1993
- Горменюк Т.Н. Профилактика кариеса зубов в антенатальном и раннем периоде развития ребенка. Волгоградская медицинская академия. Автореферат диссерт. канд. мед. наук., 1995, стр. 18.
- Oliveira B.H., Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. J Orol Pain. 2006 Fall;20(4):297-305. PMID: 17190028. PubMed - in process
- Chlapowska J., Opydo-Szymaczek J. Dietary and hygienic aspects of fluoride exposure in pregnant women Ann Acad Med Stetin. 2004;50 Suppl 1:19-22. Polish. PMID: 16892578. PubMed - indexed for MEDLINE
- Opydo-Szymaczek J., Borysewicz-Lewicka M. Variations in concentration of fluoride in blood plasma of pregnant women and their possible consequences for amelogenesis in a fetus. Homo. 2006;57(4):295-307. Epub 2006 Jul 14. PMID: 16843463. PubMed - in process.
- Bogges K.A., Edelstein B.L. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Matern Child Health J. 2006 Sep;10(5 Suppl):169-74. PMID: 16816998. PubMed - in process.

Резюме

Особенности распространенности болезней пародонта у много - и малодетных женщин.

З.Н.Мамедов

Распространенность болезней пародонта изучалась в различных регионах Азербайджана у много - и малодетных женщин. Имеется разница в показателях: в субтропической зоне - распространенность пародонтита и пародонтоза составила: 94,1% и 8,35% соответственно. В регионе с дисфункцией щитовидной железы: 18,1% и 8,2% соответственно. В эндемической зоне по флюорозу пародонтит выявлялся меньше - 15,3%.

SUMMARY

The prevalence of periodontal disease among the multiple birth women and less birth women.

Z.N.Mammadov

For example if the intensity of periodontitis on the subtropic region was 94,1%, but parodontosis 8,35%, and e on the region with thyroid gland disfunction these indications were 18,1% and 8,2%. In comparison with this indications the prevalence of periodontitis on the region with endemic fluorosis were less -15,3%.

Трудозатраты обучения и эффективность внедрения программы «Гигиена полости рта» в армейских условиях

Кафаров К.К.

Центр стоматологии МВД Азербайджанской Республики

Современная концепция стоматологического здоровья предусматривает приоритет профилактики заболеваний зубов и органов полости рта, ведущим способом реализации которой считается прикладная гигиена полости рта [5, 6,

7, 8, 9]. В литературе имеются много научно обоснованных сообщений, свидетельствующие об эффективности профессиональной чистки зубов в качестве метода интегральной профилактики как кариеса зубов, так и заболеваний пародонта [1, 2, 3, 6]. Ещё в 70-х годах прошлого столетия шведские учёные экспериментально доказали возможность предупреждения прироста кариозных поражений и гингивита путём профессиональной гигиены полости рта и топического покрытия зубов флюоридами [10]. Профессиональная гигиена полости рта является наиболее естественным, патогенетически обоснованным, общедоступным и дешёвым способом предупреждения кариеса зубов. Учёные обращают внимание на не достаточность качества чистки зубов у многих пациентов, даже при многократном применении различных средств индивидуальной гигиены полости рта, что связано с незнанием методов чистки. Показано, что чистка зубов с помощью мануальной зубной щётки не всегда гарантирует удаление поддесневых отложений. Поэтому перспективным направлением дифференциации стоматологии, как врачебной профессии, считается формирование специальности «Стоматолога-гигиениста» [6]. Учитывая актуальность проблемы профессиональной гигиены полости рта в армейских условиях мы попытались оценить эффективность мероприятий по обучению солдат навыкам адекватной чистки зубов.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились среди новобранцев солдат срочной службы в системе Министерства внутренних дел. Программа «Гигиена полости

рта» включала: первичный осмотр полости рта и оценка гигиенического её состояния; инструктаж по чистке зубов с обучением её основным навыкам; практические советы по выбору зубных паст, щёток и других средств индивидуального ухода. Для прослеживания эффективности внедрения профилактической программы были сформированы группы (опытная и контрольная по 100 человек в каждой) наблюдения в течении месяца. Сравнимые группы были практически одинаковыми по исходным показателям гигиены полости рта (индекса РІ; РМА и СРІТN). Опытная группа состояла из солдат, которые успешно освоили навыки ухода за зубами и полости рта и под медицинским наблюдением регулярно два раза в день в течении двух минут осуществляли качественную чистку зубов. Контрольная группа не была охвачена программой «Гигиена полости рта». Через месяц в обеих группах определялось состояние гигиенических индексов РІ, РМА и СРІТN по стандартной методике. Для сравнения групповых данных в исходном периоде и через месяц, а также для межгрупповых сравнений были использованы следующие критерии:

- доля лиц (в %) с индивидуальной оценкой индексов гигиены «0» и «1 и более » баллов;
- средняя ар ифметическая величина индивидуальных параметров бальной оценки;

Бальная оценка проводилась общепринятыми в стоматологии критериями [3, 5]. Статистическая обработка проводилась параметрическими методами анализа количественных и качественных признаков [4]. Затраты времени врача-стоматолога на профилактическом приёме определялись методом самохронометража.

Полученные результаты и их обсуждение. Расчёты показали, что в среднем на обучение одного солдата навыкам качественной чистки зубов необходимо 45,6 минут времени врача-сто-

матолога. Причём основная часть времени затрачивается на первичный осмотр и оценку стоматологического статуса, в том числе гигиенического состояния полости рта ($30,5 \pm 1,34$ минут). По итогам этого этапа наблюдения врач определяет основные направления индивидуального ухода за зубами и приступает к осуществлению мероприятий второго этапа: индивидуальный инструктаж по чистке зубов с демонстрацией практических приёмов. При этом в среднем за $10,6 \pm 1,42$ минут удаётся достичь освоение основных приёмов чистки зубов. В последнем этапе работы врач даёт каж-

дому солдату советы, необходимые для выбора зубных паст, щёток и других средств индивидуального ухода за органами полости рта (ополаскиватели для рта, зубочистки, флоссы и прочие). В нашем примере эта работа требует затраты $4,5 \pm 0,85$ минут времени. Обученная группа солдат в качестве опытной группы, а не обученные – в качестве контрольной группы были обследованы дважды (в исходном периоде и через месяц) и полученные при этом параметры гигиенической характеристики полости рта по индексам PI, PMA и CPITN представлены в таблице.

Таблица. Динамика показателей PI, PMA и CPITN у солдат охваченных программой «Гигиена полости рта» (опытная группа – О, контрольная группа – К) n= 100

Индексы	Показатели	Группы	Исходные данные	Через месяц	P
PI	Баллы «0» (%)	О К	$40 \pm 4,9$ $41 \pm 4,9$	$78 \pm 4,1$ $46 \pm 5,0$	$< 0,001$ $> 0,05$
	Баллы «1 и более» (%)	О К	$60 \pm 4,9$ $59 \pm 4,9$	$22 \pm 4,1$ $54 \pm 5,0$	$< 0,001$ $> 0,05$
	Средняя величина индекса PI	О К	$1,12 \pm 0,10$ $1,11 \pm 0,12$	$0,46 \pm 0,15$ $1,02 \pm 0,13$	$< 0,001$ $> 0,05$
PMA	Баллы «0» (%)	О К	$68 \pm 4,7$ $66 \pm 4,$	$85 \pm 3,6$ $68 \pm 4,7$	$< 0,001$ $> 0,05$
	Баллы «1 и более» (%)	О К	$32 \pm 4,7$ $34 \pm 4,7$	$15 \pm 3,6$ $32 \pm 4,7$	$< 0,001$ $> 0,05$
	Средняя величина индекса PMA	О К	$0,25 \pm 0,03$ $0,23 \pm 0,02$	$0,14 \pm 0,04$ $0,20 \pm 0,04$	$< 0,001$ $> 0,05$
CPITN	Баллы «0» (%)	О К	$62 \pm 4,9$ $60 \pm 4,9$	$84 \pm 3,7$ $63 \pm 4,8$	$< 0,001$ $> 0,05$
	Баллы «1 и более» (%)	О К	$38 \pm 4,9$ $40 \pm 4,9$	$16 \pm 3,7$ $37 \pm 4,8$	$< 0,001$ $> 0,05$
	Среднее количество поражённых секстантов на одного человека	О К	$1,54 \pm 0,03$ $1,56 \pm 0,02$	$0,76 \pm 0,08$ $1,46 \pm 0,05$	$< 0,001$ $> 0,05$

Учитывая, что опытная и контрольная группы были сформированы направленным отбором с применением так называемого метода «копия-пара» в исходном этапе эксперимента показатели гигиенической характеристики полости рта в сравниваемых группах друг от друга значимо не отличались ($P > 0,05$). Данные исходного этапа наблюдения свидетельствуют о выраженности признаков поражения тканей пародонта у большей части солдат:

- признаки воспаления десны (индекс РМА, оценёнными баллами 1 и более) имеют до $34 \pm 4,7\%$ обследованных;

- признаки гингивита с повреждением прикреплённого эпителия и без него (индекс РІ, оценённые баллами 1 и более) отличаются у преобладающей части (до $60 \pm 4,9\%$) наблюдаемых лиц;

- до $40 \pm 4,9\%$ солдат нуждается в пародонтологической помощи (индекс СРІТN 1 и более).

В армейских условиях личная гигиена в целом и гигиена полости рта в частности находится под контролем как медицинской службы, так и командиров. Поэтому у контрольной группы солдат также прослеживается определённая тенденция улучшения или стабилизации гигиенического статуса полости рта. В опытной группе эта тенденция заметно выраженная. Так, например, в опытной группе статистически достоверно и более значительно уменьшается:

- доля пациентов с признаками гингивита (с $60 \pm 4,9\%$ до $22 \pm 4,1\%$), воспаление десны (с $32 \pm 4,7\%$ до $15 \pm 3,6\%$) и нуждающихся в пародонтологической помощи (с $38 \pm 4,9\%$ до $16 \pm 3,7\%$);

- средние арифметические величины индексов РІ (с $1,12 \pm 0,10$ до $0,46 \pm 0,15$), РМА (с $0,25 \pm 0,03$ до $0,14 \pm 0,04$) и СРІТN (с $1,54 \pm 0,03$ до $0,76 \pm 0,08$ поражённых секстантов).

Таким образом, результаты исследования,

приближённое к рандомизации, свидетельствуют о возможности реального улучшения гигиенического статуса полости рта путём обучения солдат методам профессионального ухода за зубами и полостью рта. В целом процесс обучения солдат требует $45,6$ минут затрат рабочего времени врача. Причём только одна третья часть ($10,6 \pm 1,42$ минут на инструктаж по чистке зубов и $4,5 \pm 0,85$ минут на советы о выборе индивидуальных гигиенических средств) этого времени затрачивается на процесс непосредственного обучения. Значительная часть времени необходима для комплексной оценки исходного стоматологического статуса солдат, которая является обязательной мерой при их предварительных и регулярных профилактических осмотрах. Следовательно, в связи с внедрением программы «Гигиена полости рта» дополнительные затраты времени составляет $15,1$ минут. Это существенно не загружает врача и отмеченная программа может быть реализована во всех армейских частях, где имеются должности врачей-стоматологов.

Выводы

1. Исходное состояние гигиенического статуса зубов и полости рта у солдат новобранцев неудовлетворительное, что порождает необходимость осуществления доступных профилактических мероприятий;

2. Программа «Гигиена полости рта», включающая первичный осмотр и оценку гигиенического состояния полости рта, инструктаж по чистке зубов и советы по выбору индивидуальных средств стоматологической гигиены, требует в среднем затрат $45,6$ минут времени врача и в течении месяца регулярного осуществления профессиональной чистки зубов позволяет существенно улучшать гигиенические показатели;

3. Пародонтальные индексы высоко информативны при реализации программы «Гигиена полости рта»

Литература

1. Алимova P.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъёмных сложных ортодонтических конструкций // Стоматология. – 2004- № 6. – с.63-64
2. Гуненкова И.В. Организационные принципы оказания ортодонтической помощи подросткам и взрослым // Стоматология. – 2004- № 3. с.58-60
3. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад комитета экспертов ВОЗ. – Женева. - 1992. - 73с.

4. Стентон Г. Медико- биологическая статистика. М.1959. – 459с.
5. Улитовский С.Б., Калинина О.В. Противовоспалительная эффективность использования щёток и их влияние на гигиенический статус полости рта // Стоматология. – 2006.- № 3. – с.64-66
6. Улитовский С.Б. Прикладная гигиена полости рта // Новое в стоматологии. 2000. – 6(86) – с.4-126
7. Улитовский С.Б. Профессиональная гигиена и зубные отложения // Новое в стоматологии. – 1999.- № 7 – с.38-46
8. Улитовский С.Б. Ошибки, наиболее часто допускаемые при чистке зубов // Новое в стоматологии. – 1999.- № 7.с. 49-53
9. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта – как ведущая часть профилактики и снижения распространённости стоматологических заболеваний // Новое в стоматологии. – 1999.- № 7. с.129-133
10. Lindhe J., Axelsson P. The effect of controlled oral hygiene and topical fluoride applications on caries and gingivitis in Swedish schoolchildren // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 1973.- № 1. – p.9-16

Xülasə

Orduda “Ağız boşluğunun gigiyenası” proqramının tətbiqinin effektivliyi və təliminin əmək məsrəfi
Qafarov K.Q.

Gənc əsgərlərin ağız boşluğunun gigiyenik durumunun qənaətbəxş olmadığını nəzərə alaraq onlar arasında “Ağız boşluğunun gigiyenası” profilaktik proqramı həyata keçirilmişdir. Proqramın əsas tədbirləri üç etapda reallaşdırılmışdır: ilkin müayinə və ağız boşluğunun gigiyenik durumunun qiymətləndirilməsi; dişlərin təmizlənməsi texnikasının təlimi; fərdi qulluq vasitələrinin seçimi üçün məsləhətlər. Peşəkarlıqla dişlərin təmizlənməsi tədbirinin bir ay müddətində tətbiqi nəticəsində ağız boşluğunun gigiyenik durumunun yaxşılaşmasını sübut edən parodontal indekslərin səviyyəsində müsbət dəyişikliklər əldə olunmuşdur. Xronometraj vasitəsi ilə “Ağız boşluğunun gigiyenası” proqramı ilə bağlı həkimin orta hesabla 45,6 dəqiqə vaxt (hər pasiyentə görə) sərf etdiyi sübut olunur. Bu vaxtın yalnız üçdə bir hissəsi bilavasitə proqramın təlimi ilə əlaqəlidir. Belə hesab edilir ki, bu proqramın ordu sıralarında tətbiqi məqsədyönlü və səmərəlidir.

Summary

Learning and effectiveness “Oral hygiene” program in army.
Kafarov K.K.

Our purpose is using “Oral hygiene program in army, because the level of this knowledge is low. Result of our investigation shows that program is effective.

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

Anadangəlmə dodaq və damaq yarığı olan uşaqların tibbi və sosial problemləri

Yusubov Y.Ə., Qurbanəliyeva Q.İ.

Azərbaycan Tibb Universiteti . Ağız və üz-çənə cərrahiyyə kafedrası

Dodaq və damaq yarığı anadangəlmə qüsurların 30-35%-ni təşkil edir [1,2,3,5-6,10]. Bu patologiya ilə doğulan uşaqlar tam reabilitasiya olunana qədər bir sıra tibbi, sosial problemlərlə rastlaşırlar [11,12,16,18]. Statistik məlumatlara əsasən demək olar ki, anadangəlmə dodaq və damaq yarığı ilə doğulan uşaqların sayı ildən-ilə artır və bu rəqəm ayrı-ayrı ölkələrdə təxminən bir-birinə uyğundur. [4,7,8,9] II Ümumdünya konqresinin materiallarına əsasən (Münhen,2000) dünyada hər gün təqribən 700 uşaq məhz bu patologiya ilə anadan olur [21].



Bir sözlə, anadangəlmə sifət qüsurları dünya miqyasında ağır bir problemdir və bu uşaqların tibbi, sosial reabilitasiyası uzun müddət, təqribən 12-17 il tələb edir.

Elmi texniki tərəqqinin yüksək inkişafına baxmayaraq, bu günə qədər hətta ən çox inkişaf etmiş Amerika, Yaponiya və bir sıra başqa ölkələrdə belə bu qüsuru dövlət bətdaxili ilkin inkişaf dövründə aşkar etmək üçün müasir müayinə üsulu yoxdur. Əgər gələcəkdə belə bir müayinə üsulu tapılsa və bətdaxili inkişaf dövründə qüsür aşkarlanarsa, belə hamiləliyin abortla bitməsi müasir cəmiyyət üçün düzgün hal hesab edilə bilməz.

Bütün bu sadalanan amillər təsdiq edir ki, dodaq və damaq qüsuru ilə doğulan uşaqlar ilk gündən mütəxəssis tərəfindən nəzarət olunmalı, lazımı məsləhətlər almalı və tədbirlər görülməlidir.

Hal-hazırda ucqar kəndlərdə, rayonlarda, hətta şəhər doğum evlərində çalışan tibb işçiləri tərəfindən əksər hallarda anadangəlmə dodaq və damaq yarıqları haqqında anaya düzgün məlumat verilmir. Çox vaxt anadangəlmə dodaq və damaq qüsurları kobud surətdə, "dovşan dodaq", "qurd ağız" adlandırılır ki, bu da gənc anaların dərin ruhi sarsın-



tı keçirməsinə səbə olur. Nəticədə anada bir sıra ruhi dəyişikliklərlə yanaşı, südün kəsilməsi hallarına da tez-tez rast gəlinir. Bununla yanaşı bu patologiya ilə doğulan uşaqların valideynlərinə belə qüsurların müalicəsiz olması və bu uşaqların normal adam olmay-

acağı kimi yalnız məlumatlar verilir. Belə məlumatların verilməsi isə valideynlərdə uşaqdan imtina etmək fikri ilə nəticələnir. Əksər hallarda anada süd olmadığından uşağın qida qəbulu pozulur. Doğum evlərində gənc analara dodaq və damaq yarığı ilə doğulan uşaqların qidalanma qaydalarını öyrətmirlər. Həftələrlə, bəzən isə aylarla belə uşaqları mədəyə zond salmaqla qidalandırmağı tövsiyyə edirlər. Əslində isə bu cür qidalanma metodunu 3-5 gün ərzində, yalnız udqunma prosesi zəif olan uşaqlara tətbiq etmək olar. Sonra zond çıxarılmalıdır, çünki uşaq üçün zond çox narahatlıq yaradır.

Həyatın ilk günlərindən bu cür problemlərlə qarşılaşan uşaqlar, həm də somatik cəhətdən zəif olurlar. Bu qüsurla doğulan uşaqlarda doğulduğu ilk günlərdən bədən çəkisinin azlığı, hemoqlabinin aşağı olması, kəllədaxili təzyiqin olması müşahidə olunur. Bundan əlavə dodaq və damaq yarığı ilə əlaqədar olaraq belə uşaqlarda ağız daima açıq vəziyyətdə olduğuna görə onlar tez-tez yuxarı və aşağı tənəffüs yollarının iltihabi xəstəlikləri ilə xəstələnirlər. Bu patologiya ilə doğulan uşaqlarda nitq pozulur.

Valideynlərlə apardığımız sorğu-sual zamanı aydın olmuşdur ki, əksər hallarda bu qüsurun aradan qaldırılması üçün onlar uşaqlarının daha tez bir zamanda əməliyyat olunmasını arzu edirlər. Əlbətdə biz də bu patologiya ilə doğulan uşaqların tibbi, sosial tam reabilitasiyasının tez bir zamanda həyata

keçirilməsinin tərəfdarıdır. Lakin, bu zaman anadangəlmə qüsurların növünü, ağırlıq dərəcəsini, uşaq orqanizminin ümumi somatik vəziyyətini nəzərə almaq vacibdir.



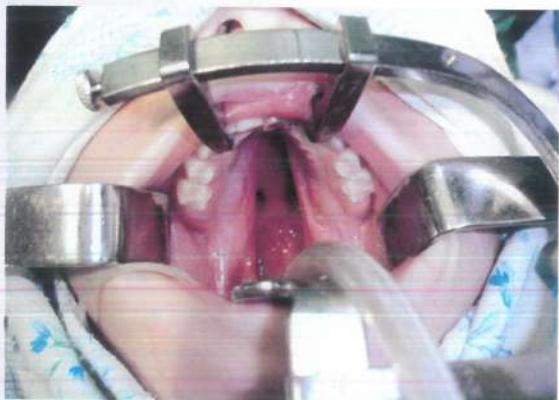
şəkil 1

Anadangəlmə dodaq və damaq yarıqları müxtəlif formalarda müşahidə olunurlar. Qüsür üst dodaqda yalnız izlələnmiş formada ola bilər. Dodaq yarığı birtərəfli, ikitərəfli, tam, hissəvi, açıq, qapalı



şəkil 2

olur (şəkil 1,2). Bundan əlavə üst dodaq yarığı alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damağın yarığı ilə birgə rast gəlinir (şəkil 3). Bu forma qüsurdə alveol



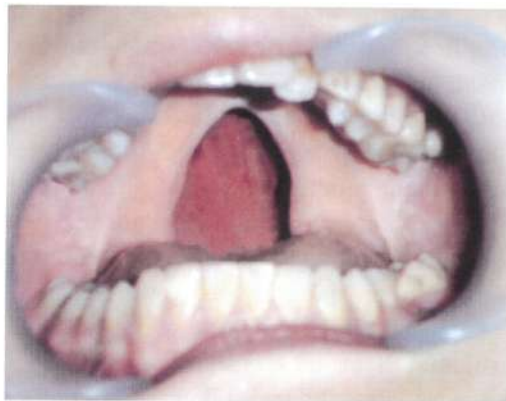
şəkil 3

çixıntısından keçən birtərəfli, ikitərəfli yarıq müşahidə oluna bilər (şəkil 4). Bəzi hallarda üst dodağın yarığı yalnız yumşaq damağın qüsuru ilə gözlənilir (şəkil 5).



şəkil 4

Damaq yarığı bir sıra formalarda ola bilər: birtərəfli alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damağın yarığı; ikitərəfli alveol çıxıntısının, sərt və



şəkil 5

yumşaq damağın yarığı; yalnız yumşaq damağın yarığı; sərt damağın arxa hissəsilə bir yerdə yarığı.

Anadangəlmə dodaq və damaq yarığının ən ağır forması ikitərəfli üst dodağın, alveol çıxıntısının,



şəkil 6

sərt və yumşaq damağın yarığıdır (şəkil 6). Belə qüsurla doğulan uşaqlarda xış sümüyünün irəli çıxması, bitişməyən fraqmentlər arasında qalan böyük məsafə, burun qanadlarının yatıqlığı onlara ilk baxışda eybəcərlik verir. Bu da təbii ki, valideynlərdə həyəcan, vahimə doğurur. Bu cür uşaqları əksər hallarda valideynləri kimsə görməsin deyə qapalı mühitdə-evdə saxlamaq məcburiyyətində qalırlar. Daima qapalı şəraitdə yaşayan uşaq ilk növbədə oksigen azlığından əziyyət çəkir.

Anadangəlmə dodaq və damaq yarığının cərrahi yolla müalicəsi yerli amillərdən və uşağın somatik vəziyyətindən asılı olaraq müəyyən yaş dövründə aparılır və bir sıra etaplardan ibarətdir. Dodaq və damaq yarığının cərrahi yolla müalicəsinin qədim tarixə malik olmasına baxmayaraq, cərrahi əməliyyatın istər dodaqda, istərsə də damaqda nə vaxt aparılması indiyə qədər dəqiq müəyyən edilməmişdir. [19,20,22] Bu da öz növbəsində bir çox səbəblərdən asılıdır. Əksər hallarda valideynlər həkimə gec müraciət edirlər. Bu da onlarda xəstəliyin müalicəsi haqqında məlumatın olmasından irəli gəlir.

Anadangəlmə dodaq və damaq yarığı ilə olan uşaqlar üzərində aparılan cərrahi əməliyyatların nəticələri uzun müddətdən sonra (20 ildən) bizim tərəfimizdən hərtərəfli analiz olunmuşdur. Aparılan araşdırmalara əsaslanaraq belə qərara gəlmək olar ki, uşağın ümumi somatik vəziyyətini nəzərə alaraq, üst dodağın bir tərəfli yarığı ilə olan uşaqlarda xeyloplastikanın aparılması uşaq doğulduqdan 3 ay sonra məqsədəuyğundur. Bu dövrdə aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra çox vaxt yara birincili sağalır, estetik nəticə yaxşı olur. Vacib məsələlərdən biri də odur ki, bu zaman yalnız dodaq qüsuru aradan qaldırılır. Dodaq qüsuru ilə yanaşı burun qanadının, burun çəpərinin deformasiyası da bərpa olunur. Ona görə də bu əməliyyat "rinoxeyloplastika" adlanır.

Anadangəlmə ikitərəfli tam dodaq və damaq yarığının cərrahi müalicəsini uşaqlarda 3-4 aylıqdan aparılması məsləhət görülür. Üst dodağın ikitərəfli yarığı zamanı üst dodaq alveol çıxıntısı ilə birgə bir-birindən aralı qalan üç fraqmentdən ibarətdir. Çənəarası sümük üst dodağın orta hissəsi ilə birlikdə həddindən artıq önə çıxır (şəkil..). Bu fraqment xış sümüyü ilə birlikdə hərəkətli olur. Burun keçəcəklərinin dibi açıq və xeyli aralı olur, dodağın yan fraqmentləri ilə bir məsafədə olurlar. Burun qanadları demək olar ki, horizontal vəziyyətdə olurlar. Çox hallarda fraqmentlərarası məsafə eyni olmur,

bir təfəddə xış sümüyü ilə yan fraqment arasında defekt geniş, digər tərəfdə isə yaxın olur. Belə halda yan fraqmentləri orta seqmentlə simmetrik tikmək olmur, burun qanadları fərqli formalarda qalırlar, ağız dəhlizini yaratmaq mümkün olmur. Ona görə də bəzən cərrahlar ikitərəfli dodaq yarığının cərrahi müalicəsini iki etapda aparırlar. Birinci etapda dodağın bir tərəfini, ikinci etapda isə digər tərəfini tikirlər. Belə yanaşmanın çatışmayan cəhəti ondan ibarətdir ki, ikinci dəfə xeyloplastika aparan zaman yaxşı estetik nəticə almaq üçün əks tərəfdə dodaqda yenidən kəsik aparılmalı, üçbucaq dilimlər yaradılmalıdır, yəni yenidən ikitərəfli xeyloplastika əməliyyatı aparılmalıdır. İkitərəfli dodaq yarığı ilə olan uşaqlar böyüdükcə ağız mənəgənəsi olmadığına görə dodaq fraqmentləri üst çənənin yan payları, orta xış sümük hissəsi tədricən müxtəlif istiqamətlərdə yerlərini dəyişərək deformasiyaya uğrayırlar. Orta fraqment, yəni xış sümüyü, onun üstündə olan dodaq payı ilə birlikdə önə doğru inkişaf edir. Adətən uşaq doğulduğu ilk günlərdən etibarən xış sümüyünə birləşən alveol çıxıntısı önə doğru çıxmaqla xeyli yanlara eniləşir. Üst çənənin yan fraqmentləri üst dodağın hərəkətsiz yan payları altında daima öndən sıxıldıqları üçün inkişafdan qalırlar və orta fraqmentə nisbətən alveol qövsündən xeyli aşağıda yerləşirlər. Bu cür baş verən deformasiya, hər ay uşağın inkişafı ilə artaraq daha da ağır bir forma halını alır. Belə hallarda ikitərəfli xeyloplastika əməliyyatını aparan zaman cərrah çox çətinliklərlə qarşılaşır. Belə xoşagəlməz vəziyyəti aradan qaldırmaq üçün ikitərəfli xeyloplastika əməliyyatı imkan daxilində tez həyata keçirilməlidir. Xeyloplastika əməliyyatını uşağın ilk aylarından aparılması üçün onun somatik sağlam olması vacibdir. Əksər hallarda isə belə olmur. Somatik cəhətdən uşaq orqanizminin sağlam olmaması isə əməliyyata əks göstərişdir. Vaxtında cərrahi əməliyyatın aparılması və müsbət estetik nəticələrin əldə edilməsi üçün anadangəlmə dodaq və damaq yarığı ilə olan uşaqlar həyatın ilk günlərindən etibarən həkim nəzarəti altında olmalı və ilk növbədə düzgün qidalanma ilə təmin olunmalıdırlar. Əsas və vacib şərtlərdən biri isə uşaqlarda əməliyyatın immunoloji və digər göstəricilər öyrənilməli və medikamentoz hazırlıq aparılmalıdır.

Beləliklə, ikitərəfli tam dodaq yarığının bərpası uzun müddət ərzində, çox etaplı cərrahi əməliyyatlar tələb edən ağır bir problemdir.

Damaq yarığının cərrahi müalicəsinin uşaqlarda hansı yaş dövründə aparılması haqda da fikirlər

müxtəlifdir.[23,24,25] Bunun da əsas səbəbi odur ki, bir qrup müəlliflər uşaqlarda nitq qüsurunun aradan qaldırılması üçün əməliyyatın 2-3 yaş dövründə aparılmasının tərəfdarıdır. Lakin, bu vaxtda aparılan cərrahi əməliyyatdan sonra üst çənənin inkişafdan qalmasına görə, digər müəlliflər uşağın gec yaşda əməliyyat olunmasını məsləhət görürlər. Belə halda isə uşaqda nitq çatmamazlığı baş verir.

Cəmiyyətdə insan üçün nitqin rolu məlumdur. Bu qüsurla doğulan uşaqlarda nitq pis, anlaşılmaz olur. Belə uşaqlar yaşadları ilə ünsiyyət qurmaq, məktəbə getmək istəmirlər. Daima qapalı həyat təzi keçirdiklərinə görə bu patologiya ilə olan uşaqlarda tez-tez müxtəlif psixi hallara rast gəlinir. Bu səbəbləri nəzərə alaraq belə qənaətə gəlmək olar ki, damaq yarığının cərrahi müalicəsini ilkin yaşlarda aparmaq daha məqsədəuyğundur. Əgər defekt yalnız yumşaq damaqdadırsa uşağın somatik vəziyyəti nəzərə alınmaqla, cərrahi əməliyyat 8-10 aylıqda, qüsür yumşaq və sərt damağın arxa hissəsini əhatə edərsə, cərrahi əməliyyat 1 yaşında, anadangəlmə sərt və yumşaq damaq yarığı alveol çıxıntısından keçərsə, bu zaman cərrahi əməliyyatı 2-2,5 yaş arasında həyata keçirmək məqsədəuyğundur.

Cərrahi əməliyyatdan sonra bu uşaqlar loqopedin və həkim-ortodontun nəzarəti altında olmalıdırlar.

Beləliklə, anadangəlmə sifət qüsurları ilə, dodaq və damaq yarıqları ilə doğulan uşaqların vaxtında tibbi, sosial reabilitasiyasını təşkil etmək üçün respublikada reabilitasiya mərkəzi təşkil olunmalıdır. Bu mərkəzin tərkibində üz-çənə cərrahı, həkim-ortodont, həkim-loqoped, pediatr, metodist, psixoloq, orta tibb işçiləri, ortodontik laboratoriya və s. olmalıdır.

Azərbaycanın hər hansı bir bölgəsində belə patologiya ilə doğulan uşaq haqqında dərhal bu mərkəzə informasiya çatdırılmalıdır. Mərkəzdən isə öz növbəsində həmin doğum evinə ixtisaslaşmış həkim getməli və yerində uşağı qeydiyyatı almalı, orada çalışan tibb işçilərinə, uşağın valideynlərinə patologiya haqqında, uşağın hansı üsulla qidalandırılması haqqında və müalicənin etapları haqqında ətraflı məlumat verməlidir. Bu məlumatlar əsasında uşağın valideynləri əmin olmalıdırlar ki, anadangəlmə dodaq və damaq qüsurunun tam müalicəsi mümkündür. Müntəzəm olaraq bu mərkəzdə müalicə olunmaqla, uşaq gələcəkdə ailə və cəmiyyət üçün yararlı normal bir şəxs olacaq. Reabilitasiya mərkəzində bu və ya digər anadangəlmə qüsurla doğulan uşaqlar 15-17 yaşa qədər müalicə almalı və mütəxəssislərin nəzarəti altında olmalıdırlar.

Ədəbiyyat.

1. Qarayev Z.İ. Üz-çənə anomaliyalarının qenetik aspektləri və inbriding.- Bakı .-1997.-s.112
2. Yusubov Y.Ə.Üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya. Bakı: "Adiloglu" nəşriyyatı, 2005 , s.302
3. Yusubov A.A. Uranostafiloplastikadan sonrakı anatom-funksional pozğunluqların profilaktikası üçün kompleks tədbirlərin işlənilməsi.- Bakı, 2007, t.e.n. avtoreferatı
4. Агапов В.С., Дробышев А.Ю., Шипкова Т.И. Лечение больных с врожденными пороками челюстно-лицевой области. // Функционально-эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица : Материалы Всеросс.конф.-М.,-С.58-59.
5. Белякова С.В. , Фролова Л.Е. Врожденные пороки развития лица и челюстей, заболеваемость, смертность, факторы риска.//Стоматология,1995.№5,С.72-75.
6. Битикенова Г.Б. Совершенствование методов комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба с периода новорожденности: автореферат кандидатской диссертации –Алма-Ата.-1995.-С.19
7. Блохина С.И., Булатовская Б.Я. О частоте врожденных пороков сердца у детей с врожденными расщелинами лица и нёба//Педиатрия, М.-2., 1995,С.66-68
8. Виссарионов В.А., Карякина И.А., Мохова Э.П. Комплексный подход в лечении больных с односторонней расщелиной верхней губы и нёба.// Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии: Сб.науч.тр.-М.,2004.-С.142-147
9. Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии и кровнородственные браки//Стоматология.-1999.-Т.78, N.5.-С.50-52
10. Гончаков Г.В. Хирургическое лечение больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба. Передовые технологии медицины на стыке веков. Сборник статей под ред.Притыко

А.Г., Бельченко В.А. Издательство «Эликта принт» Москва 2000, С.85-90

11. Давыдов Б.Н. Аномалии и деформации лицевого скелета у больных с расщелинами верхней губы и нёба.-Тверь: изд-во ТГМА, 1999. -104с.
12. Давыдов Б.Н. Аномалии и деформации лицевого скелета у больных с расщелинами верхней губы и нёба./Тверь: РИО ТГМА, 1999., 150с.
13. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина нёба и пути ее устранения.-М.: Детстомиздат, 1998.-309с.
14. Мессина В.М. Врожденная расщелины нёба (этиология, клиника, лечение). Автореф. дисс...докт.мед.наук.-Москва, 1996- 90 с.
15. Медведовская Н.Н. Реабилитация детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы и нёба// Мир медицины.-2001.-№ 1-2.-С.22-24
16. Муратов И.В., Котов Г.А., Семёнов М.Г. Метод закрытия передней и средней части твёрдого нёба при уранопластике // Вестн.хирургии им.И.И.Грекова.-1999.-Т.158, N.3.-С.50-52.
17. Першина М.А., Дьякова С.В., Трутин В.П., Косырева Т.Ф. Костная аутопластика расщелин альвеолярного отростка у детей с врожденными одно- и двухсторонними расщелинами губы и нёба.// Тезисы докл.Всеросс.конф. «Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией.-Екатеринбург-Москва.-1999.-С.38-40
18. Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица.-М., 1996.-С.593
19. Харьков Л.В.-Хирургическое лечение врожденных незаращений нёба-/ Киев-1992.-199с.:
20. Юсубов Ю.А., Мехтиев Э.С. Сравнительная оценка эффективности различных способов хейлопластики при одностороннем несращении верхней губы.//Вопросы челюстно-лицевой хирургии.-Тбилиси.-1991.-С.164-167
21. Abstracts 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation.-Munich, 2002.-268 p.
22. Anastassov G.E., Joos U. Comprehensive management of cleft lip and palate deformities// J.Oral. Maxillofac.Surg.-2001.-Bd.59,N.9.-S.1062-1077
23. Becker M., Svensson H., Sarnas K.V., Jacobsson S. Computing data about patients with cleft lip and palate // Scand J. Plast. Reconstr.Surg.Hand Surg.-1999.-Vol.33, N.2-P.203-208
24. Brattström V., McWilliam J, Semb G, Larson O. Craniofacial development in children with unilateral clefts of the lip, alveolus, and palate treated according to four different regimes.II.Mandibular and vertical development. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 1992; 26: 55-63.
25. Hemprich A. Secondary operations in lip-jaw-palate clefts // Mund Kiefer Gesichtschir.-2000.-Vol.4, N.1.-P.61-67.

Ежегодный конгресс Всемирной Федерации стоматологов Стокгольм, 2008 год

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 13/14 2008



Праздник мировой стоматологии из жарких песков пустынь Объединенных Арабских Эмиратов и берегов Персидского залива переместился на север, к Балтийскому морю, в Стокгольм – город многочисленных островов и озер. С 24 по

27 сентября Stockholm International Fairs and Congress Center собрал под своей крышей свыше 15.000 делегатов конгресса, представляющих 124 страны. На Всемирной выставке, которая всегда сопровождает проведение конгрессов были представлены 300 компаний из 34 стран.

Выставка занимала грандиозную площадь в 7,517 квадратных метров, что на 18,7 % было больше, чем на предыдущей экспозиции. Кстати, со времени создания и деятельности Всемирной Федерации стоматологов, а это свыше ста лет Стокгольм в шестой раз избирается местом проведения ежегодного конгресса и выставки.

Во время конгресса состоялось свыше 60 заседаний комитетов FDI, рассматривающих и утверждающих планы работы на 2009 год.





На заседании Education Committee было рассмотрено предложение Азербайджанской Стоматологической Ассоциации о включении Азербайджана в Continuing Education Programme. Азербайджан включен в Программу постдипломного образования и мы теперь имеем возможность проведения научного конгресса под эгидой FDI в 2009 году.

На Всемирном конгрессе состоялось свыше 80 научных симпозиумов, на которых выступили 180 спикеров конгресса, было проведено 30 специальных открытых форума для всех интересующихся по проблемам дентальной этики, инновационного сотрудничества в области здо-

ровья полости рта, предупреждении распространения курения табака.

На заседаниях Парламента FDI – Генеральной Ассамблеи участвовали 238 делегатов с правом выступления, принятия резолюций и голосования.



На Генеральной Ассамблее были рассмотрены и приняты ряд постановлений: в частности о клиническом применении реставрационных материалов, о миогимнастике, о роли сахарозаменителей в профилактике кариеса, подвергнуты ревизии принятые ранее и вновь утверждены постановления о качестве дентальных имплантатов, о применении акупунктуры в стоматологии, о сохранении здоровья



полости рта через применение фторидов, фторсодержащих зубных паст, а также фторирование питьевой воды.

Подвергнуто ревизии и вновь утверждено постановление Табак или Здоровье полости рта.

Делегация Азербайджанской Стоматологической Ассоциации, возглавляемая Президентом Ассоциации проф. Алиевой Реной провела плодотворные переговоры и встречи с Президентом FDI D-r Burton Conrod, делегациями Стоматоло-

гической Ассоциации России, Турции, Австрии, Индии, Грузии, Болгарии, Канады и др.

Мы с гордостью отмечаем тот факт, что Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация была принята регулярным членом FDI 8 октября 1998 года на конгрессе в Барселоне и



таким образом в Стокгольме мы отметили 10-летие деятельности в составе этой международной структуры.

Очередной ежегодный конгресс FDI- 2009 состоится в Сингапуре. Корабль мировой стоматологии за это время плавно переплывет на место встречи двух океанов: Тихого и Индийского До свидания и до встречи в Сингапуре !

Сабина Алиева



Алиева Рена



Славный юбилей отметила Алиева Рена Курбан кызы. Алиева Р.К. родилась 21 января 1948 года в городе Баку – столице Азербайджана. По окончании с медалью средней общеобразовательной школы № 8 города Баку в 1966 году, она поступила на стоматологический факультет Азербайджанского Государственного Медицинского института им. Н.Нариманова. Окончив в 1971 году институт, решением Ученого Совета была направлена в клиническую ординатуру кафедры хирургической стоматологии АМИ, а в 1973 году была принята на работу в Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева на кафедру стоматологии, где прошла путь от старшего лаборанта до доцента кафедры.

Научные интересы Алиевой Р.К. всегда отличались большой широтой и новизной изысканий и представляли несомненный интерес для специалистов. В 1991 году Алиева Р.К. в Москве, в Центральном Научно-Исследовательском Институте Стоматологии МЗ СССР блестяще защитила диссертацию на

тему: «Функциональное состояние коры надпочечников, поджелудочной и щитовидной желез у больных с флегмонами челюстно-лицевой области» (научные руководители: член-корреспондент АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор Н.Н.Бажанов и член-корреспондент АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор И.И.Дедов) и получила степень кандидата медицинских наук. Далее, вплоть до 1998 года трудовая деятельность Алиевой Р.К. проходила в Аз.ГИУВ им. А.Алиева.

В апреле 1998 года Алиева Р.К. была избрана заведующей кафедрой детской стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета, которой руководит и по сегодняшний день. Научные исследования Алиевой Р.К. в этот период были посвящены изучению актуальной проблемы - вопросам изучения стоматологической заболеваемости и оказания специализированной помощи населению в связи с изменением экономической модели Азербайджанской Республики. Результатом этих исследований явился большой труд – докторская диссертация на тему: «Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики», которую автор защитила в 2001 году в Москве, в Центральном Научно-Исследовательском Институте Стоматологии (ЦНИИС) Министерства Здравоохранения Российской Федерации (научный консультант – действительный член РАМН, профессор В.К.Леонтьев).

Алиева Р.К. является автором свыше 100 научных работ, в том числе её перу принадлежит 1 учебник, 7 методических пособий. Труды Алиевой Р.К. опубликованы в Азербайджане, России, Португалии, Турции, Грузии, Узбекистане.

Алиева Р.К. является членом Ученого Совета Азербайджанского Медицинского Университета, Ученого Совета стоматологического факультета, членом Диссертационного Совета. Большое внимание Алиева Р.К. уделяет подготовке молодых специалистов, научных и практических кадров. Под её руководством выполнены 5 кандидатских диссертаций.

За многолетнюю трудовую деятельность и за заслуги в развитии азербайджанского здравоохранения указом Президента Азербайджанской Республики Ильхама Алиева удостоена звания «Заслуженный врач», а также награждена медалью «За доблестный труд» и Почетной Грамотой Министерства здравоохранения.

Алиева Р.К.- ученый широкого диапазона: в 2005 году избрана членом Международной Академии Информатизации (Канада, Монреаль), в 2007 году избрана членом Международной Стоматологической Академии (Academy of Dentistry International, USA). С 1997 года является Президентом Азербайджанской Стоматологической Ассоциации (ACA), учредителем и главным редактором первого на Южном Кавказе и в Азербайджане международного журнала «Вестник Стоматологии Кавказа».

Алиева Р.К. является членом редколлегии журналов «Маэстро стоматологии» (Россия), «Стоматология» (Узбекистан).

Руководимой ею Азербайджанской Стоматологической Ассоциации подготовлено и проведено свыше 15 международных конференций и симпозиумов по актуальным проблемам стоматологии. За эти годы Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация вот уже 10 лет является членом FDI - Всемирной Федерации Стоматологов, а с 2003 года членом Европейской Региональной Организации (ЕРО).

Алиева Р.К. все эти годы достойно представляет азербайджанскую стоматологию на международном уровне, присутствуя на конгрессах FDI, ERO, Стоматологической Ассоциации России, конгрессах ассоциаций Турции, Узбекистана, Грузии и других стран.

Совет Азербайджанской Стоматологической Ассоциации и редакционная коллегия журнала «Вестник Стоматологии Кавказа» сердечно поздравляет доктора медицинских наук, профессора Алиеву Рену Курбан кызы с юбилеем, желает крепкого здоровья, благополучия, больших успехов в работе.





ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 13/14- 2008