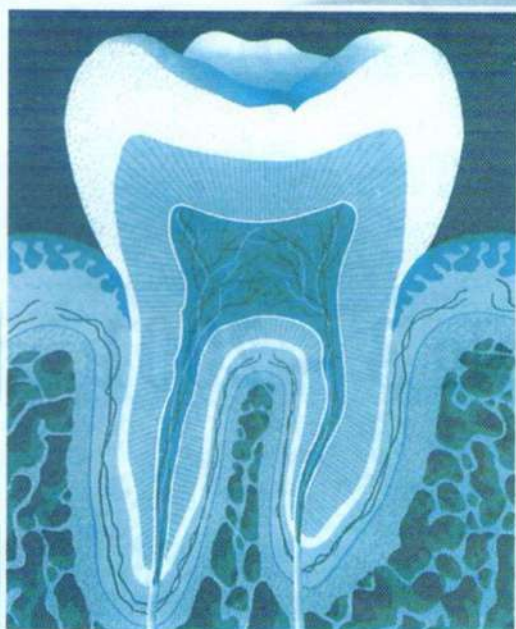




Последние технологические достижения **Blend-a-med Research**

Новый **Blend-a-med Complete**



- **защита от основных проблем полости рта**
 - ✓ налет
 - ✓ кариес
 - ✓ зубной камень
 - ✓ заболевания десен
- **улучшенная эстетика**
 - ✓ свежесть дыхания
 - ✓ сохранение естественной белизны зубов



Ни одна зубная паста
не обеспечивает более
совершенной защиты

Caucasian dental news

№ 3 2001

**AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI**



**AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION**

Baş redaktor: R. Əliyeva
Baş redaktorun müavini: Z.Qarayev
Redaksiyanın müdiri: S.Ələkbərova
Bədii tərtibatçı: R. Bağirova

Redaksiya heyəti:

Aslanov K.L.	Azərbaycan	Litvinov A.N.	Rusiya
Ağayev İ.Ə.	Azərbaycan	Məmmədov A.A.	Rusiya
Alimskiy A.V.	Rusiya	Niqmatov R.N.	Özbəkistan
Bezrukov V.M.	Rusiya	Ruzuddinov S.R.	Kazaxıstan
Harunisə Aliğil	Türkiyə	Şenqün Onur.	Türkiyə
Leontyev V.K.	Rusiya	Vaqner V.D.	Rusiya
Qasimov R.K.	Azərbaycan	Vadačkoriya Z.	Gürcüstan
Qarayev Q.Ş.	Azərbaycan	Vəliyeva M.	Azərbaycan
Quliyev N.C.	Azərbaycan	Gülçin Bermek	Türkiyə

64 №-li 11 dekabr 1998-ci il tarixli şəhadətnamə

Bakı şəhəri, 370033, Təbriz küçəsi, 102. tel:- 99412 41-20-81; faks 99412 41-20-81
г. Баку, 370033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 41-20-81; факс 99412 41-20-81
102, Tebriz str: 370033 Baku Azerbaijan. tel: 99412 41-20-81; Fax: 99412 41-20-81

E-mail: asa@inteko.net

“Qanun” nəşriyyatının kompüterlərində yığılıb və səhifələnilib. Bakı şəhəri Ağa Neymətulla küç. 44. Tel: 67- 88- 87
Sifariş №78. Tiraj 1000. “Oscar” nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur. Tel: 30-23-10, 30-23-20

MÜNDƏRİCAT

■ Baş redaktorla müsahibə	3
■ Təbriklər	5
■ Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasının Yubiley Konqresi. Paris – 2000	6
■ Rusiya stomatoloji assosiasiyasının (Ст.АР) növbədənənar qurultayı və VI Ümumrusiya elmi-praktiki konfransı “Stomatologiya XXI əsrdə”. Moskva – 2000	7
■ Международный Конгресс стоматологов. Стамбул – 2001	8
■ «Diş və ağız boşluğu sağlamlığı» təhsil proqramının Əli-Bayramlı şəhərində keçirilməsi	9
■ Ağızdan xoşagəlməz qoxu gələn pasientlərə məsləhətlərin verilməsi və onların müalicəsi	11
■ Распространения зубочелюстных аномалий: генетические аспекты и роль инбридинга в их структуре и частоте	18
■ Распространенность заболеваний пародонта среди школьников некоторых районов Азербайджана	24
■ Новый способ устранения дефекта ушной раковины	27
■ Влияние социально-поведенческих особенностей населения на уровень воспалительных заболеваний пародонта	30
■ Akupunkturanın gicgah-çənə oynaqının ağrı disfunksiyası sindromunun kompleks müalicəsində tətbiqi	34
■ Влияние ионов фтора на физиологический и патологический обмен кальция: кариес, остеопороз, атеросклероз	38
■ Depoforez-endodontik müalicənin ən müasir üsullarındandır	43
■ Clinical-immunology results of splenectomy	46
■ Функционально-организационное моделирование сети ЛПУ в перспективе в различных системах расселения	50
■ Конгресс FDI в Малайзии	55



Стоматологическая служба Азербайджана вступила в новое тысячелетие в виде широкой сети учреждений различной организационно-правовой формы и, естественно, различной формы собственности.

- Наш корреспондент обратился к главному редактору журнала "Qafqazın Stomatoloji Yenilikləri", Президенту Азербайджанской стоматологической Ассоциации, главному детскому стоматологу Минздрава Республики госпоже Рене Алиевой с вопросом о взглядах на современное состояние детской стоматологической службы.

Р. Алиева:

- Анализ полученных нами данных свидетельствует о высоком уровне нуждемости детского населения Азербайджана в стоматологической помощи, несмотря на в целом средний уровень пораженности стоматологическими заболеваниями и прежде всего кариесом зубов. Накапливавшиеся в

течение многих лет проблемы наиболее остро стали проявляться в настоящее время, когда плановое ведение хозяйства отступило на задний план, а базой стали основополагающие принципы рыночных отношений, то есть характерные для республики соотношения спроса и предложения на стоматологические услуги. Жесткие условия рынка поставили в сложное положение прежде всего детскую стоматологическую службу, которая стала просто нерентабельной. Как результат, прекращают свое существование детские стоматологические учреждения и подразделения, происходит, к сожалению, закономерный отток кадров из детской стоматологической сети. Стоматологическая помощь детскому населению в республике по-прежнему остается бесплатной, поэтому это еще более усугубляет проблему. В сложившихся условиях необходим поиск путей по выходу из кризисного состояния.

- Скажите какова роль Азербайджанской Стоматологической Ассоциации возглавляемой Вами, в изучении состояния и дальнейшего развития стоматологической службы страны?

Р. Алиева:

- Азербайджанская стоматологическая ассоциация в настоящее время занята разработкой комплексной программы развития стоматологической службы в республике. В ее основу положены решения руководства Азербайджанской Республики и Министерства здравоохранения республики по основным направлениям развития медицинской помощи населению. Они предусматривают, наряду с активной поддержкой внедряемых в республике рыночных отношений, обеспечение социальных

4 HADİSƏLƏR VƏ FAKTLAR – СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

гарантий малоимущим слоям населения. Поскольку к числу незащищенных групп относятся и дети, которых в республике более 30% общей численности населения, возникает проблема первоочередного и наиболее полного оказания им всех видов стоматологической помощи.

Можно сказать, что сегодня в Азербайджане наблюдается нулевой или близкий к этому уровень санаций детского населения. Практически нет пломб, высок удельный вес осложнений кариеса зубов. По-прежнему в республике имеют место очаги эндемического флюороза зубов, на ликвидацию которых не отпускаются финансовые средства.

На таком фоне Ассоциация поставила вопрос о разработке первоочередных мер по устранению отмеченных недостатков.

- Можете перечислить какие первоочередные меры Вы имеете в виду?

Р. Алиева:

Эти меры следующие:

- разработка и внедрение на территории республики комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний за счет преимущественного внедрения индивидуальных кариеспрофилактических средств;

- поиск дополнительных источников финансирования (за счет отчислений от промышленных предприятий, нефтедобычи, различного рода спонсорских и общественных организаций, включая привлечение средств различных международных валютных фондов);

- с учетом дефицита бюджетного финансирования обеспечение там, где это возможно, оптимального содержания фтора в

питьевой воде за счет подключения артезианских скважин с повышенным содержанием фтора;

- принятие всех мер к сокращению уровня поражаемости флюорозом зубов в его эндемических очагах путем поиска, с одной стороны, альтернативных источников водоснабжения, с другой - проведения, по возможности, дефторирования питьевой воды; предусматривать при этом также вывоз детей из зоны флюороза на период летних каникул в другие регионы республики с пониженным либо оптимальным содержанием фтора в питьевой воде;

- предусмотрение возможности перераспределения части средств, полученных от хозяйственной деятельности стоматологических поликлиник, на оказание адресной стоматологической помощи детскому населению и на организацию профилактики стоматологических заболеваний и некоторые другие меры.

В целях контроля за ходом реализации указанных мероприятий планируется периодическое (не реже 3-5 лет) проведение выборочных эпидемиологических и социологических исследований на территории республики. Они также призваны отслеживать эффективность или неэффективность тех или иных предложенных программ с целью обеспечения новых решений.



TƏB RİKLƏR

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Qafqazın Stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti, Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasına həqiqi üzv seçilmiş, Respublikamızı dünyada layiqli təmsil edən, görkəmli Azərbaycan alimlərini ürəkdən təbrik edir və onlara millətimizin sağlamlığı və Vətənimizin çiçəklənməsi yolunda daha böyük nailiyyətlər arzulayır.



İnsanov Əli Binnət oğlu – 1972-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun müalicə-profilaktika fakültəsini bitirmişdir. 1977-ci ildə Moskva şəhərində SSRİ Səhiyyə Nazirliyi Elmi-tədqiqat Vərəm İnstitutunda namizədlik və 1984-cü ildə doktorluq dissertasiyasını müdafiə etmişdir. O, tibb elmləri doktoru, professordur.

Azərbaycan Elmi-tədqiqat Vərəm İnstitutunda kiçik elmi işçi, baş elmi işçi, şöbə müdiri və elmi işlər üzrə direktoru müavini vəzifələrində çalışmışdır.

1985-ci ildən 1993-cü ilə qədər, sonradan Elmi-Tədqiqat Ftiziatrya və Pulmanologiya İnstitutu adlanan Vərəm İnstitutunun direktoru vəzifəsində işləmişdir.

1993-cü ildən hal-hazırda kimi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə naziri vəzifəsində çalışır.

O, vərəm və ağ ciyər xəstəlikləri ilə mübarizə Beynəlxalq Birliyi, Avropa pulmonoloqları elmi cəmiyyəti, Nyu-York Akademiyası, MDB, Orta Asiya və Qafqaza dövlətləri Elmi-Tibb Assosiasiyasının idarə heyətinin üzvüdür. 1998-ci ildə Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı Baş Assambleyasının vitse-prezidenti, 2001-ci ilin yanvarında Rusiya Tibb Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü seçilmişdir. Sankt-Peterburqda keçirilən Beynəlxalq Konqresin "Qızıl" medalı ilə təltif olunmuşdur.

Onun rəhbərliyi altında 8 doktorluq və 29 namizədlik dissertasiyası müdafiə edilmişdir. Beş monoqrafiya, beş ixtira, yerli və xarici ədəbiyyatda dərc olunmuş 200-dən artıq məqalənin müəllifidir.

2001-ci ildə Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü seçilmişdir.



Əmiraslanov Əhliman Tapdıq oğlu – 1971-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun müalicə-profilaktika fakültəsini fərqlənmə diplomu ilə bitirmişdir. İndiki Rusiya Tibb Elmlər Akademiyası Onkoloji Elmi Mərkəzində namizədlik və doktorluq dissertasiyalarını müdafiə etmişdir. 1985-ci ildə "Sümük sarkomaları" monoqrafiyası SSRİ Tibb Elmlər Akademiyasının N.N.Petorov adına mükafatına layiq görülmüşdür. 1986-cı ildə "Onkoloji xəstələrdə bərpa müalicəsi metodlarının işlənilib hazırlanması və klinik praktiya tətbiqi" mövzusunda görülən işləri elm və texnika sahəsində SSRİ Dövlət mükafatına layiq görülmüşdür. 2001-ci ildə Rusiya Tibb Elmlər Akademiyasına həqiqi üzv seçilmişdir. Əməkdar elm xadimi, professordur. 2000-ci ildə "Şöhrət" ordeni ilə təltif olunmuşdur.

O, Ümumdünya ortoped, travmatoloq, onkoloqlar Assosiasiyasının, Avropa bərpa cərrahlıq Assosiasiyasının üzvü, Yunanistan, Macarıstan, Çexoslovakiya, onkoloqlar cəmiyyətinin həqiqi üzvüdür. Dayaq hərəkət aparatı şişləri üzrə dünya miqyasında yüksək ixtisaslı mütəxəssis kimi tanınmışdır. Azərbaycanda sümük onkologiyasının əsasını qoymuşdur.

Hazırda Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru və onkologiya kafedrasının müdürüdür. 250-dən artıq elmi əsəri, o cümlədən 20 monoqrafiya, dərslik, dərs vəsaitlərinin, 15 ixtira və sənədləşdirici təklifin, 14 metodik tövsiyənin müəllifidir. Onun rəhbərliyi altında 30 artıq doktorluq və namizədlik dissertasiyası müdafiə edilmişdir.

2001-ci ildə Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü seçilmişdir.



Əliyev Cəmil Əziz oğlu – 1968-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunu bitirmişdir. 1973-cü ildə namizədlik və 1978-ci ildə Moskva şəhərində Onkoloji Elmi Mərkəzdə doktorluq dissertasiyasını müdafiə etmişdir. Əməkdar elm xadimi, professordur.

1980-ci ildə "Dərinin bədxassəli şişləri zamanı plastik əməliyyatlar" monoqrafiyasına görə SSRİ Tibb Elmlər Akademiyasının N.N.Petrov adına mükafatını almışdır. O, Azərbaycan Elmlər Akademiyasının Y.Məmməd-əliyev adına mükafatına layiq görülmüşdür.

C.Ə. Əliyev 1990-cı ildən indiyə qədər Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Milli Onkoloji Mərkəzinin direktoru və respublikanın baş onkoloqudur.

O, Nyu-York Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü, London Universitetinin Xammersmitt hospitalının və Xyustondakı Andersen xərcəng öleyhinə mərkəzin fəxri professoru, Avropa onkoloqlar cəmiyyətinin, Rusiya Təbiət Elmləri Akademiyasının, MDB Onkoloqlar Assosiasiyasının idarə heyətinin üzvü və Rusiya Tibb Elmləri Akademiyasının həqiqi üzvüdür.

O, 250 elmi əsərin, o cümlədən, bir neçə ixtira və sənədləşdirici təklifin, 10 monoqrafiya və bir dərs vəsaitinin müəllifidir. Onun rəhbərliyi altında 40-a qədər namizədlik və doktorluq dissertasiyası müdafiə edilmişdir.

2001-ci ildə Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü seçilmişdir.

FDI – 100

Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasının Yubiley Konqresi

PARİS – 2000



1900-cü ildə Parisdə stomatoloqların 3-cü Beynəlxalq Konqresində Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyası (FDI) təşkil olunmuşdur və onun birinci prezidenti fransız Şarl Qodon seçilmişdir. FDI-in 100 illik Yubiley Konqresinin Parisdə keçirilməsi və ona başqa fransız Jak Monnonun rəhbərlik etməsi Fransa Respublikasının prezidenti Jak Şirakin Konqres iştirakçılarına müraciətində məmnunluqla qeyd edildi.

FDI-nın başlıca vəzifələrindən ön ümddəsi hər il üzv ölkələrin birində Stomatoloqların Beynəlxalq Konqresini keçirməkdir.

Bu gün dünyanın 125 ölkəsi FDI-nın nümayəndəsidir. FDI-nın daimi qərargahı Londonda yerləşir.

29 noyabr 2 dekabr 2000-ci il tarixdə Fransa'nın paytaxtı Paris şəhərində Konqres Sarayında Beynəlxalq Stomatoloqlar Assosiasiyasının 100-cü Yubiley Konqresi keçirildi. Konqresin açılış mərasimi 17000 yerlik "Omnisport-Bersi" salonunda təntənəli surətdə başladı. Açılışda şəxsən iştirak edən Fransa prezidenti Jak Şirakin təbrikindən sonra FDI-nın prezidenti Jak Monno məruzə ilə çıxış etdi və nümayəndələrin alqışları altında FDI-ya üzv ölkələrin dövlət bayraqları salona gətirildi. Sonra səhnəyə müxtəlif ölkələrdən gəlmiş uşaqlar, stomatoloqlar haqda təəssürləri-

nı öz çəkdikləri şəkillərlə nümayiş etdirdilər. Konqresin dili fransız, ingilis, ispan, yapon, kitay dilləri idi. Konqresin təntənəli açılış mərasimi müxtəlif janrlarda çıxış edən artistlərin və fransız bədii rəqslərinin ifası ilə yekunlaşdı.

Konqresin rəsmi açılış mərasimindən sonra proqrama uyğun olaraq müxtəlif salonlarda stomatologiyanın bütün aspektlərini əhatə edən elmi seminarlarda 450 məruzə dinlənildi. Konqres keçirilən müddət ərzində stomatoloji avadanlıqların, materialların və xüsusi ədəbiyyatların sərgisi də təşkil edilmişdir. Sərgidə 400 şirkət iştirak edirdi.

Elmi seminarlar stomatologiyanın müxtəlif sahələrinə: endodontiya, parodontologiya, uşaq stomatologiyası, implantologiya, okklyüziya problemi, stomatologiya ətrafı məsələlərə və s. həsr olunmuşdur.

Əyləncəli proqramda, Parislə, Fontenblo ilə tanışlıq, Noter Dam de Pari kilsəsində orqan konserti, və s. çox maraqlı və yadda qalan oldu.

Yubiley Konqresinin sonunda Parisin kənarındakı "Pavilyon Baltard" restoranında Konqres nümayəndələri üçün böyük ziyafət təşkil edilmişdir.



FDI Prezidenti cənab Jak Monno
Azərbaycan nümayəndəsi ilə.

Rusiya stomatoloji assosiasiyasının (CTAP) növbədənənar qurultayı və VI Ümumrusiya elmi-praktiki konfransı “Stomatologiya XXI əsrdə”



yaraq, praktik səhiyyədə yüksək profilaktik nəticə əldə etmək üçün məlum olan qayda və vasitələrin hansının daha effektiv olması hələlik mübahisəli olaraq qalır.

Elmi-praktik konfransda demək olar ki, stomatologiyanın bütün bölmələrinə dair simpoziumlar keçirildi və çox maraqlı məruzələr dinlənildi.

Qurultayın sonunda Rusiya stomatoloji assosiasiyasının Prezidenti seçildi. Bu vəzifəyə yenidən RTEA-nın müxbir üzvü, professor Leontyev V.K. seçildi.

Təbrik edirik!

11-14 sentyabr 2000-ci ildə Moskva şəhərində Rusiya stomatoloji assosiasiyasının növbədənənar qurultayı və “Stomatologiya XXI əsrdə” VI Ümumrusiya elmi-praktiki konfransı keçirilmişdir.

Qurultayla yanaşı “Dental-Ekspo-2000” Beynəlxalq stomatoloji sərgi də təşkil olunmuşdur. Sərgidə 28 ölkədən 287 ekspozisiya nümayiş etdirildi. Qurultayın işində 2000 nəfər nümayəndə iştirak edirdi.

Həmişə olduğu kimi “Profilaktika üsulları və vasitələri” simpoziumda çox böyük maraq doğurdu. Bu məsələyə dair 22 məruzə dinlənildi. Buna baxma-



Moskva - “Dental-Ekspo-2000”
sərgi salonu

Международный Конгресс стоматологов

СТАМБУЛ – 2001

18-23 июня 2001 в Стамбуле состоялся 8-ой Международный Конгресс, проводимый Турецкой Стоматологической Ассоциацией и Стамбульской секцией ассоциации. Одновременно с этим была развернута внушительная выставка "EXPODENTAL — 2001". 21 июня в величественном зале Стамбула Harbiye состоялось торжественное открытие конгресса, на котором выступили председатель оргкомитета конгресса проф. Др. Танер Юджел, генеральный секретарь оргкомитета Казмир Памир, декан стоматологического факультета Стамбульского Университета проф. Др. Алтан Гюльхан Узеркан, президент Турецкой Стоматологической Ассоциации (TDB) проф. Др. Онур Шенгюн, министр здравоохранения Турции доц. Др. Осман Дурмуш.

На конгрессе были заслушаны интересные доклады ученых различных стран, в частности, Крейджи Иво (Швейцария), Хикель Райнхардт (Германия), Флуттер

Джон (Австралия), Бук Фридрих (Лихтенштейн), Муррей Марк (Англия), Манисали Мехмет (Англия) и многие другие.

Грандиозным событием для всех участников конгресса явился приезд Президента Всемирной Федерации Стоматологов (FDI) проф. Жака Монно.

На торжественной церемонии закрытия конгресса и выставки с приветственной речью выступили господин Жак Монно - президент FDI, господин Онур Шенгюн - президент TDB, от имени гостей слово для приветствия было предоставлено госпоже Рене Алиевой - президент ASA.

Флаги конгресса торжественно передаются руководителю Измирской секции Турецкой Стоматологической Ассоциации — городу, в котором состоится очередной, 9-ый Международный Конгресс Турецкой Стоматологической Ассоциации.

До свиданья Стамбул!
Здравствуй Измир!



На фотографии руководители стоматологической ассоциации.

1 ряд (слева направо): Агзамходжаев С. (Узбекистан); Алиева Р. (Азербайджан); Онур Шенгюн (Турция); Рузуддинов С. (Казахстан); Корбаева М. (Казахстан); Нигматов Р. (Узбекистан); Бебек Т. (Турция)

“Diş və ağız boşluğu sağlamlığı” təhsil proqramının Əli-Bayramlı şəhərində keçirilməsi

Müasir dövrümüzdə bütün sahələrdə olduğu kimi səhiyyədə də baş verən müsbət dəyişikliklər nəzəri cəlb edir. Xüsusilə stomatologiyada aparılan yeni islahatlar, yüksək texniki tərəqqi xalqımızın rifahı naminə görülən xeyirxah işlər bu qəbildəndir.

Belə ki, artıq bir neçə ildir ki, respublikamızda Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası “Rooster & Gamble” şirkətinin iştirakı və köməyi ilə stomatoloji xəstəliklərin profilaktikasına dair yüksək



Samira Ələkbərova

səviyyəli proqram işləyib hazırlamışdır. Məqsəd əhaliyə ağız boşluğunun gigiyenik qaydalarına düzgün riayət etməyi lap erkən yaşdan aşılamaqdır. Çünki ağız boşluğu xəstəliklərinin qarşısının alınmasının önəmli yolu profilaktikadır. Elə bu məqsədlə Bakıda və respublikamızın digər bölgələrində Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının Prezidenti, respublikanın baş uşaq stomatoloqu, ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri R.Q.Əliyevanın təşəbbüsü ilə ma-



blend-a-med





raqlı tədbir keçirilmişdir. Tədbirə maarif işçiləri, müəllimlər və həkim-stomatoloqlar cəlb olunmuşdur. Belə ki, ibtidai sinif şagirdləri arasında söhbət aparılmış, ağız boşluğu və dişlərə qulluq qaydaları haqqında geniş məlumat verilmiş və əlavə olaraq şagirdlərə diş pastası və ağız boşluğuna və dişlərə qulluğa dair əyani tədris vəsaiti təqdim edilmişdir.

Bu tədbir artıq 2 ildir ki, Əli-Bayramlı şəhərində də yüksək səviyyədə həyata keçirilir. Proqramın məktəblərdə keçirilməsi ASA-nın yerli nümayəndəsi həkim-stomatoloq Zərifə Əliyevaya həvalə edilmişdir.

Bu tədbir artıq 2 ildir ki, Əli-Bayramlı şəhərində də yüksək səviyyədə həyata keçirilir. Proqramın məktəblərdə keçirilməsi ASA-nın yerli nümayəndəsi həkim-stomatoloq Zərifə Əliyevaya həvalə edilmişdir.

İlk əvvəl Əli-Bayramlı şəhər maarif şöbəsinin müdiri Şükür Qəribov və Əli-Bayramlı şəhər stomatoloji poliklinikasının baş həkimi Vədadi Əzizovun iştirakı ilə ibtidai sinif müəllimləri üçün seminar təşkil edilmişdir.

Müəllimlərə ağız boşluğunun gigiyenik qaydalarına düzgün riayət edilməsi haqqında geniş məlumat verilmiş, onlara məktəb proqramı və diş pastaları təqdim edilmişdir. Sonra isə həkim-stomatoloq Zərifə Əliyeva məktəblərdə dərslərin keçirilməsinə başlamışdır. Dərslər yalnız II sinif şagirdləri arasında aparılmışdır.

Hər sinifdə əyani dərs vəsaiti

göstərib, ağız boşluğu və dişlərə düzgün qulluq qaydaları haqqında geniş məlumat verilmiş, sonunda hər bir məktəbliyə maraqlı rəngli şəkillərdən ibarət əyani dərs vəsaiti və "Blend-a-med" pastası verilmişdir. Proqram 1500-ə yaxın məktəbliyə əhatə etmişdir.

Əli-Bayramlı şəhərində keçirilən bu tədbir başda icra hakimi Sədaqət xanım Qəhrəmanova olmaqla bütün müəllimlər, valideynlər və uşaqlar tərəfindən böyük razılıqla qarşılanmışdır. Onlar bu tədbiri keçirdiyi üçün ASA-nın prezidenti Rəna xanım Əliyevaya öz dərin təşəkkürlərini bildirib və belə tədbirlərin mütəmadi keçirilməsinin arzusunda olduqlarını xüsusi qeyd etmişlər.



blend-a-med



AĞIZDAN XOŞAGƏLMƏZ QOXU GƏLƏN PASİENTLƏRƏ MƏSLƏHƏTLƏRİN VERİLMƏSİ VƏ ONLARIN MÜALİCƏSİ

Dr. Guy Goffin

Addım-addım yanaşma

Ön söz

Ədviyyatlı yeməklər, siqaret çəkmə və müəyyən içkilərin qəbul edilməsi nəticəsində nəfəslə bağlı yaranan keçici problemlər, bir çox hallarda qeyd olunan yemək, siqaret və içkilərin istifadəsi dayandırıldıqdan sonra aradan qalxır. Lakin hesablamalara əsasən əhalinin təxminən 25%-i, ağız boşluğunun təmiz saxlanılmasına və pis təsir göstərə biləcək ərzaq məhsulları və içkilərin qəbul etməsinə baxmayaraq, müntəzəm olaraq xoşagəlməz nəfəsdən əziyyət çəkir (Miyazaki, 1995; Loesshe, 1996).

Ağızdan gələn xoşagəlməz qoxunun etiologiyası, bir çox faktordan asılıdır. Bura sağlamlıq vəziyyəti və müalicələr də aid edilə bilər. Şəkər, qara ciyər və böyrək xəstəlikləri və ağ ciyər nəfəs yolu xəstəlikləri, ağızdan gələn xoşagəlməz iyin yaranmasına səbəb ola bilər. Bu cür nəticəni, xüsusilə ağız suyunun ifrazını azaldan müalicələr də yarada bilər. Məsələn, antidepressantlar, neyroleptiklər, narkotiklər, antiqistaminlər və antihipertensivlər. Buna oxşar, baş və boyun nahiyəsinin şua ilə müalicəsi, ağız suyunun ifrazını azaldan fizioloji dəyişikliklərə gətirib çıxara bilər. Ağız boşluğuna aid olmayan, ağızdan xoşagəlməz qoxunun gəlməsi mənbələri ədəbiyyatda ətraflı nəzərdən keçirilmişdir (Durham, Maloy, Hodges, 1993;

Messadi, 1997; Ssully, El-Maaytah, Rorter, Greenman, 1997) və biz burada onların üzərində dayanmayacağıq. Lakin sağlamlıq vəziyyəti və müalicələrin, ağızdan xoşagəlməz qoxu, nəfəs probleminin həllinə müəyyən təsir göstərdiyini nəzərə alaraq, bəzi tədqiqatçılar, xoşagəlməz nəfəsin əsasən ağız boşluğunda bakterial çürümədən əmələ gəlməsini, qəbul edir (Tonzetish, 1978; De Boever, et al., 1994; Kozlovsky, et al., 1994).

Qram-mənfi anaerob bakteriyalar, xüsusilə dilin arxa hissəsində yerləşdiyindən, əsasən sistein və metionin, amin turşuların tərkibinə daxil olduğu kükürdü enerjiden asılı kükürd komponentlərinin yaradılması üçün istifadə edir (Tonzetish, et al. 1977b; Kleinberg, et al., 1990; Üaedaki, 1989; (VSS) Tonzetish, 1977a). Ağızdan gələn xoşagəlməz qoxunun yaranmasında başqa üzvü komponentlərin (üzvü turşular və s.) iştirak edə biləcəyinə baxmayaraq (Kleinberg, et al., 1995), hidrogen sulfidi (H_2S), metil merkaptan (SH_3SH) və dimetil sulfid $[(SH_3)_2S]$, ağızdan xoşagəlməz qoxunun gəlməsinə görə "məsuliyyət" daşıyan və üstünlük təşkil edən VSC kimi qəbul oluna bilər (Tonzetish, 1971; Kleinberg, et al., 1990; Tonzetish, et al., 1964).

Ağızdan xoşagəlməz iyin mənbəyindən asılı olmayaraq xroniki nəfəs problemləri, insanın imic və inamına pis təsir etməklə sosial, emosional və psixoloji narahatlıq yara-



blend-a-med



da bilər. Ağızdan gələn xoşagəlməz iyni qiymətləndirilməsi və müalicəsi problemi, insan şəxsiyyəti üçün incə mövzu olduğundan daha da güclənir. Ən yaxın təmasda olduqda belə insanlar, tez-tez istəmədən başqalarının nəfəsində xoşagəlməz olduğunu bildirirlər. Etibar edilən şəxsdən və ya təcrübəli həkimdən istənilən yardım, xroniki nəfəs probleminin təsdiq edilməsinin ən etibarlı üsuludur. Lakin bu həm pasient, həm də diş həkimi üçün qeyri-münasib və utandırıcı ola bilər. Diş həkimi kabineti, ağızdan gələn xoşagəlməz iyni qiymətləndirmək və müalicə etmək üçün ən münasib yer olduğundan, pis nəfəsin müalicəsi haqqında pasientlərimizin suallarına cavab vermək üçün, əlaqə yaratma bacarığını və bilik bazasını inkişaf etdirmək vacibdir.

Ağızdan gələn qoxunun müəyyən tibbi vəziyyətlərə və ya müalicələrə aid edə bildiyimizi nəzərə alaraq, nəfəs problemlərinə dair suallar da daxil olmaqla hərtərəfli somatik və diş xəstəliklərinin tarixçəsinin öyrənilməsi, nəfəs problemləri haqqında açıq dialoqun aparılmasının bünövrəsini təşkil edə bilər. Pasientlər, özlərinin nəfəs problemləri haqqında dialoqa başladıqda biz, ağızdan gələn xoşagəlməz iyni etiologiyasını və müalicəsinin izah edilməsini necə apara bilərik? Dişlərin müalicəsi üzrə peşəkar kimi biz, təcrübəli nəfəs problemlərinin müzakirəsi üçün bilik və bacarıq səviyyəmizi artırmalıyıq. Bir an, aşağıdakı vəziyyətlərə necə cavab verəcəyimizi fikirləşməliyik.

- Emi Vu, bizim kabinetə həmkarının tövsiyyəsi ilə gələn 43 yaşlı evli qadın. Qəbul vaxtı o sizə deyir ki, əri onun nəfəsindən pis qoxu gəlməsindən dəfələrlə şikayət edir. O sizə deyir ki, o öz nəfəsini, ağız və burnunu əl ilə bağlayıb nəfəs verməklə yoxlayır; lakin o problemi aşkar edə bilmir. O, Sizə müraciət edərək peşəkar rəy

almaq arzusundadır. Siz onun xahişini necə yerinə yetirəcəksiniz?

- Cef Olsen, diş və damaq ətindəki qalıqların ləğv edilməsi və profilaktik proseduralar qəbul etmək istəyən 22 yaşlı kişi. Cef, özünəqapalı və utancaqdır. Ondan, hər hansı bir problem və ya sualınız varsa, soruşduqda o, nəfəs problemi olduğu haqqında fikirləri ilə Sizinlə bölüşməkdən çəkinir və tez-tez nəfəsini xoşagəlməzliyini özü müəyyən edir. Siz, bu haqda ümumiyyətlə danışmadığını hiss edirsiniz. Cefi öz problemi haqqında danışmağa ürəkləşdirmək üçün Siz nə edə bilərsiniz?
- Öz qəbulunu 6 ay müddətində planlaşdırən 51 yaşlı Mişel Tomas. O, nümunəvi pasient olmaqla evdə apardığı ağız sağlamlığı məsələsinə çox fikir verir. Mişeli salamladıqda Siz hiss edirsiniz ki, onun nəfəsindən pis qoxu gəlir, hətta müəyyən qədər aralı durduqda belə Siz bu haqda ona bir şey deyəcəksinizmi?
- Karlos Suares, 36 yaşlı iş adamı, qəbul vaxtını məhz özünün ağzından pis qoxu gəlməsini müzakirə etmək üçün sərf edir. O Sizə deyir ki, onda pis nəfəs problemi olduğundan o qədər utanır ki, insanlarla söhbət etdikdə, nəfəsi birbaşa onların üstünə getməsin deyər başını yana çevirir. O inanır ki, onun nəfəsindən xroniki olaraq qoxu gəlir və təbii ki, onun nəfəsi indi də pisdir. Siz hər hansı bir xoşagəlməzlik müəyyən edə bilmirsiniz, əslində Siz, onun nəfəsində xoşagəlməzlik olmadığını fikirləşirsiniz. Siz ona nə deyəcəksiniz?

Bu yazıda seksuallığa aid məlumat verildikdə, yardımçı peşə sahibləri olan şəxslər tərəfindən müvəffəqiyyətlə istifadə olunan əlaqə modeli verilmişdir. Model, Y.S. Annon-un PLISSIT sistemidir (1976). Mo-



delin dörd progressiv mərhələsi var: İcazə Məhdud Məlumat Xüsusi Təkliflər və İntensiv Terapiya. P-LI-SS-IT sistemi çevikdir və bir çox parametrlərə uyğunlaşdırılan və istənilən vaxt çərçivəsində istifadə oluna bilən modeldir. Model, fərdi həkimin səriştə dərəcəsi ilə şərtləndirilən bir sıra müalicə seçimlərini müəyyən edir. Bu informasiya, PLISSIT modelinin nəfəsin tərəvətliliyi kimi mövzunun pasientlərlə müzakirəsi üçün diş parametrlə necə tətbiq olunacağını göstərir.

PLISSIT modeli ilə tanış olmaqdan əvvəl, müəssisə bacarığı və məsləhət qaydalarının qısa xülasəsini verək

Pasientlərlə müəssisəyə və məsləhətlərin verilməsinə hazırlıq

Həkim/pasientin səmərəli dialoquna başlamazdan əvvəl, peşəkar diş həkiminin, nəfəs problemlərinin etiologiya və müalicəsi üçün müdaxilələr haqqında öz bilik səviyyəsinə arxayın olması vacibdir. Güclü bilik bazası həkimə, fərdi pasientin hər bir ayrı problem üçün individual müalicə planını müəyyən etməyə və standart qaydalara və "bir ölçü hamı üçün münasibdir" rejiminə az inanmağa imkan verir. Bundan başqa, açıq əlaqəni təqdir edən, narahatlığı azaldan və əlaqəni yaradan müsbət və məsləhət qaydaları ilə tanış olmaq vacibdir.

Ağızdan gələn xoşagəlməz iy haqqında

Həkim, ağızdan gələn xoşagəlməz qoxunun etiologiyası və müalicəsi haqqında nə qədər çox biliyə malik olsa, pasientlərlə müsbət bə apardığı və məsləhət verdiyi zaman o qədər də inandırıcı olar. Ağızdan gələn xoşagəlməz qoxuya dair bilik bazasının genişləndirilməsi üçün bir neçə məlumat mənbələri mövcuddur.

Göstəricilər

Bu məqalənin sonunda verilmiş əlavə vəsaitdəki seçilmiş göstəricilərin özünütəlim proqramı, ağızdan gələn xoşagəlməz qoxu haqqında müvafiq biliklərin əldə edilməsində faydalı ola bilər. Bu mənbələrdən toplanmış bilikləri qorumaq və daha yaxşı tətbiq etmək üçün məlumatı iş yoldaşları və digər maraq göstərən şəxslərlə müzakirə etmək faydalıdır. Bundan əlavə, çoxsaylı kitab, professional jurnal və digər veb-saytlardakı kimi bu yazıda, ağızdan gələn xoşagəlməz qoxu haqqında geniş məlumatlar mövcuddur.

Fasiləsiz təhsil kursları

Ağızdan gələn xoşagəlməz qoxu ilə məşğul olan laboratoriyaların işində və fasiləsiz təhsil müəssisələrində iştirak etmə, həkimin bilik və bacarığını əhəmiyyətli dərəcədə artırır. Prokter & Gemble də daxil olmaqla bir çox məhsul istehsalçıları indi, iştirak etməsi asan olan pulsuz kurslarını təklif edir. Ofisdaxili seminarların keçirilməsi məqsədi ilə müvafiq müəssisələr və mütəxəssislərin dəvət edilməsi də mümkündür.

Mövzu haqqında güclü bilik bazasına malik olmağın vacibliyi ilə yanaşı, bu məlumatdan səmərəli istifadə etmək üçün əsaslı müəssisə aparma və məsləhət vermə qaydasının əsas anlayışını bilmək də vacibdir.

Əsas müəssisə aparmaq bacarığı

Əksəriyyətimiz "bu söylənilən deyildir, lakin onun necə deyilməsində fərq var" atalar sözünü eşitmişik. Bu xüsusilə müzakirə olunan məsələlərin bu dərəcə incə olduğu halda özünü doğruldur. Aşağıda müəssisə və məsləhət veriləcək pasientlər üçün xüsusi təkliflər verilmişdir.



Parametrlər

Şəxsi incə məsələlərin müzakirəsi zamanı, həkim və pasient arasında müəyyən məxfiliyin olması çox vacibdir. Pasientlər, gəşqaları tərəfindən eşidilə bilən incə məlumatı həkimlə həvəssiz bölüşür. Bu səbəbdən ən yaxşı çıxış yolu, pasientlə məxvi söhbət aparmağı təklif etməkdir. Söhbətin məxfi aparılmasında məhdudiyyət yarandıqda, ən yaxşısı müzakirələri həkim tək qalana qədər təxi rə salmaq və söhbət apardıqda yavaş səs-lə danışmaqdır.

İlkin yanaşma

Vaxt, adətən böyük əhəmiyyət kəsb edir. Əgər həkimin, pasientin problemi ilə dərindən tanış olmaq üçün kifayət qədər vaxtı yoxdursa o, məhdud məlumat verə bilər (PLISSIT modelinə müvafiq) və praktiki cəhətdən pasient üçün digər qəbul vaxtı təyin edə bilər. Bu üsulla pasientdə ehtiyaclarına məhəl qoyulmadığı hissi yaranmaz.

Ağızdan xoşagəlməz qoxu haqqında söhbətə başladıqda, həkimin rahat hesab etdiyi ifadələri işlətməsi vacibdir. Məsələn, pasientin xəstəlik tarixçəsini nəzərdən keçirdikdən və ya ağız boşluğunu yoxladıqdan sonra, aşağıdakı sualların birindən istifadə etməklə söhbətə başlamaq olar:

“Özünüzdən və ya ailə üzvlərinizi ağız sağlamlığına dair maraqlandıran məsələ və ya hər hansı bir problemi varmı?”

“Siz, hal-hazırda müntəzəm olaraq hansı diş məacunlarından istifadə edirsiniz?”

“Reklamlarda gördüyünüz və ya eşitdiyiniz diş məacunlarına dair hər hansı bir sualınız varmı?”

Əgər pasient - heç bir sualım yoxdur - deyirsə, bu cavabın qəbul edilməsi və

dərinləşdirilməməsi tövsiyyə olunur. Pasientə deyən ki, gələcəkdə onu maraqlandıran hər hansı bir məsələ olduqda çəkinmədən Sizə iş yerinizə müraciət edə bilər. Pasienti maraqlandığını güman edən həkim nə etməlidir?

Dinləmə

Bir çox həkimlər tərəfindən ən çox buraxılan ümumi səhv, pasientin dayanmadan demək istədiyini dinləməməkdir. Pasienti dinləməkdən əvvəl öz təkliflərinizlə irəli atılmamaq çox vacibdir. Məsələn, hərtərəfli hazırlanmış və klinikada ümumi təcrübədə olan diş həkimi-gigiyenaçı, pasientlə aşağıdakı söhbəti aparır:

- Sizin ağız sağlamlığı ilə bağlı maraqlandıran digər məsələ və ya problemləriniz varmı?

- Bəli, ... son vaxtlar xoşagəlməz nəfəslə bağlı problemlərim var.

- Hövsələsiz həkim dərhal pasientin cavabına reaksiya verir. “Oh, bu haqda narahat olmayın. Xoşagəlməz nəfəs ümumi problemdir və Sizi nəfəsinizin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün qəbula yazmağa bilərik. Bizdə nəfəsdəki kükürdün miqdarını ölçən avadanlıq var. Diş həkimi-gigiyenaçı söhbətin axırında fasilə verir, çünki qadının nə isə əlavə demək istədiyini anlayır. Mənə söyləmək istədiyiniz başqa bir şey varmı?”

- Bəli, - deyərək, qadın cavab verir. Məndə bu problem, yalnız vinun infeksiyasına yoluxanda olur. İnfeksiya təmizləndikdən sonra nəfəsim də təmizlənir. Mən sadəcə öyrənmək istədim ki, həmin vaxtlar istifadə edə biləcəyim bir şey varmı?

Həllədiçi məqam: Uzun müalicə planına başlamazdan əvvəl pasienti dinləyin. pasi-



ent danışmağa başlayan kimi, həkimin sakit oturub dinləməyi tövsiyyə edilir. Pasientin maraqlandığı şeyin həqiqətən də problem olub-olmadığını müəyyən etmək də çox vacibdir. Onlar sadəcə olaraq Sizin fikrinizi öyrənmək üçün məlumatla bölüşə bilərlər. Pasient ilkin məlumat verdikdən sonra verilən sualların nümunəsi: "Sizi nə narahat edir?" "Bu barədə nə düşünürsünüz?" "Aşağıda verilmiş söhbət, verilmiş məlumatların həqiqi problem olmadığını nümayiş etdirir:

- Sizi ağız sağlamlığına dair maraqlandıran hər hansı bir digər sual və ya problemləriniz varmı?

- Bilirsiniz, mənim iş yoldaşım mənim nəfəsimin sarımsaq kimi qoxu verdiyindən həmişə şikayət edir.

- Aydındır. Bunu Siz necə hiss etdiniz?

- Həkim, Sizinlə açıq danışacağam. Mən buna həqiqətən də fikir vermirəm. Mən sarımsağı xoşlayıram və hər gün yeyirəm. Üç ildir ki, soyuqdəyməm yoxdur və mənim xolesterol səviyyəmə də çox yaxşıdır.

- Sizi düzgün başa düşdümsə, nəfəsinizin sarımsaq qoxusu verməsi Sizi maraqlandırmır.

- Tamamilə doğrudur. Mənim həmkarım da sarımsaq yeyir. Nəfəsimizin sarımsaq qoxusu verməsi bizi ümumiyyətlə narahat etmir, əslində biz sarımsaq iyini xoşlayırıq.

- Onda hesab edirəm ki, məndən Sizə heç bir məsləhət lazım deyil.

Bu misal o faktı nümayiş etdirir ki, biz pasientlər üçün problem yaradan həkimlərdən fərqli olaraq, onu dinləməli və problemi, pasientin özünə müəyyən etməyə imkan verməliyik.

Fərz edək ki, həkim ağızdakı xoşagəlməz iyin etiologiyası və müalicəsi ilə tanışdır,

müxtəlif məsləhət və müsahibə aparma bacarığına yiyələnmiş və təcrübə tətbiq etmişdir və onun asan ilkin yanaşması vardır. O, dinləməyin və söhbətin kəsilməsinin qarşısının alınması yolunu öyrənmişdir. Pasient, özünün xoşagəlməz nəfəsi haqqında fikrini ətraflı izah etdi və Sizdən kömək gözləyir. Bu vəziyyətdə həkimin nə edəcəyi, bu yazının qalan hissəsinin mövzudur. Yadda saxlayın ki, pasientlərimizə peşəkar xidmət göstərdikdə, onların etimadını qazanmaq çox vacibdir.

Peşəkar diş həkiminin məsuliyyəti

Pasientlərə satılması üçün mövcud olan "xoşagəlməz nəfəsə" qarşı ortaya çıxmış bir çox vasitələr və standartlaşdırılmış rejimləri nəzərə alaraq, peşəkar diş həkimləri üçün tövsiyyə etdiyimiz müalicə prosedurları və ya məhsulların, fərdi qiymətləndirməyə əsaslandığını yadda saxlamaq vacibdir. Əks təqdirdə, əgər bütün pasientlər eyni müalicə proqramından keçirilərsə, o zaman hərtərəfli qiymətləndirmənin aparılması nəyə lazımdır? Bundan başqa, diş həkimi ixtisası üçün "Peşəkar davranış məəcəlləsinə" uyğun olaraq, peşəkar məsuliyyət daşdığımızı da yadda saxlamaq lazımdır.

Etika normaları, həkim-pasient münasibətlərində müvafiq etibarın qorunmasını peşəkar diş həkimlərinin yadına salır. O, həmçinin pasientləri məhsulları almağa və ya prosedurları qəbul etməyə stimullaşdırmadan əvvəl məhsulun təhlükəsizliyi və səmərəliliyi haqqında istehsalatçı və ya distribütorlar tərəfindən verilən iddiaların dəqiqliyinin yoxlanılması vacibliyini də xüsusi ilə qeyd edir. "Diş həkimi, həmin iddiaların həqiqiliyini və dəqiqliyinin tədqiq edilməsi və onların qəbul edilmiş elmi bilik və ya tədqiqata



blend-a-med



əsaslandığının yoxlanılması üçün müstəqil öhdəlik daşıyır". Amerika Diş Həkimləri Assosiasiyasının veb-saytı, Peşəkar Davranış və Məsləhətvermə Məcəlləsi, 3-cü Prinsiplər. Bölmə 5, Həqiqilik 5.D.2., Məhsul və ya Prosedurların Marketinqi və ya Satışı (ADA səhifəsinə işarə).

Ağızdan xoşagəlməz qoxu gələn pasientlərə məsləhətlərin verilməsinə dair konseptual sxem

Əvvəl qeyd olunduğu kimi biz, insanlara seksual maraq və problemlərə dair məsləhət verdikdə məktəb məsləhətçiləri, sosial sahənin işçiləri, tibb bacıları, keşislərin və sağlamlığı qoruyan insanlar tərəfindən müvəffəqiyyətlə istifadə olunan modeli adaptasiya etdik. PLISSIT sistemi çevikdir və bir çox parametrlərə uyğunlaşdırıla və istənilən vaxt çərçivəsində istifadə oluna bilən modeldir. İlk üç mərhələyə "qısa terapiy" daxildir və əksər pasientlərin xoşagəlməz nəfəs problemləri bu mərhələlərdə uğurla həll edilə bilər. Dördüncü və sonuncu mərhələlərə "intensiv terapiya" daxildir və onlar, kompleks terapiyanı tələb edən problemləri olan pasientlər üçün nəzərdə tutulub. Bu mərhələdə, yüksək fərdi terapevtik proqramı təmin etmək üçün müvafiq təlim və təcrübəyə malik həkimin olması vacibdir. Burada ya tibbi qiymətləndirməyə ya da psixoloji məsləhətə istinad verilə bilər.

Bu məlumatda, PLISSIT modelinin nəfəstəravəti kimi incə məsələnin şəxsən pasientlə müzakirəsi üçün diş parametrlərinə tətbiq olunacağı müzakirə edilir. Gəlin əvvəldə göstərilmiş ssenariyə qayıdaq və PLISSIT modelini istifadə etməklə bir neçə faydalı cavabları xüsusi ilə qeyd edək.

İlk müalicə mərhələsinin tətbiqi: İcazə

Səhnə Cəmiyyətə yenicə üzv olmuş yeni pasient 43 yaşlı Ami Vu. Əri ona xoşagəlməz nəfəsi olduğu haqqında demişdi. O da dişlərini yoxlamaq üçün qəbula yazıldı.

Diş həkimi (DH), Pasient (P)

DH: Xanım Vu, mənim adım doktor Andersondur. sizi görməyə çox şadam. Mən Bil və Meri Smit Sizi mənim ofisimə yollaqlarını bilirəm.

P: Bəli. Biz yenicə cəmiyyətə üzv olmuşuq və onlar bizim qonşulardır. Onlar dedilər ki, Siz uzun müddət onların diş həkimi olmusunuz və onlar Sizdən həqiqətən də razılıqla danışdılar.

DH: Cəmiyyətə xoş gəlmisiniz. İnanıram ki, burada yaşamaq Sizin və ailənizin xoşuna gələcək və Bil və Merinin Sizi mənim yanıma yolladıqlarını eşitmək mənim üçün çox xoşdur. Bizə yollanılan insanlar, ala biləcəyimiz ən ali komplementdir.

P: Mən həmişə tanıdığım insanlardan, sağlamlığı təmin edən şəxslər üçün tövsiyyə etmələrini xahiş edirəm.

DH: Sağlamlığa qayğıya gəlinə, Sizin xəstəlik tarixçəsinə baxaraq görürəm ki, Siz həkim nəzarəti altında olmayıb və heç bir müalicə almırsınız. Görürəm ki, Siz tamamilə sağlamsınız.

P: Bəli, o baxımdan mənim baxdım gətirib.

DH: Sizin hal-hazırda hər hansı bir probleminiz və ya dişlərinizin necə görünməsi və ya nəfəsiniz necə qoxması haqqında soruşacağınız bir şey varmı?



blend-a-med



P: Mən yoxlamadan və təmizləmə prosedurundan keçməliyəm. Məndə heç bir ağrı yoxdur, lakin ərim mənə deyib ki (pıçılda-yaraq), bu həqiqətən utandırıcıdır, ərim mənə deyir ki, sənin ağzından xoşagəlməz qoxu gəlir.

DH: Hə zaman əriniz nəfəsiniz haqqında şikayət edir?

P: Təxminən hər səhər.

DH: Onun şikayətləri əsasən səhər vaxtına təsadüf edirmi?

P: Bəli, əslində dişlərimi fırçalanmaya-nə qədər o məni öpmək istəmir.

DH: Həfəs probleminiz haqqında Sizə başqa kimsə deyibmi?

P: Xeyr, yalnız ərim.

DH: Deməli, Ami, əgər mən Sizi düzgün başa düşürəmsə, Sizin nəfəs probleminiz yalnız səhər-səhər ilk dəfə yuxudan oyanarkən yaranır?

P: Tamamilə doğrudur, doktor Anderson. Mən dişlərimi həmişə fırçalayıram, sapla diş aralıqlarını təmizləyir, su ilə yaxalayır və hətta yatmağa getməzdən əvvəl dişimi fırçalayıram. lakin mən bu vəziyyətimdən çox utanıram.

DH: Sizin təsvir etdikləriniz tamamilə normal haldır. Əslində əksər insanlar ilk dəfə yuxudan oyandıqda nəfəsləri pis qoxuyur. Mənim özümdə səhər-səhər nəfəsim xoşagəlməz olur.

P: Siz bunu zarafatsız, həqiqətən normal olduğunu deyirsiniz? Gecə dişlərimi fırçalasam belə?

DH: Yatdığımız zaman bizim ağız suyu axını azalır və ağızdakı bakteriaların toplaşması artır. Bu normal proseslər, adətən Gsəhər nəfəsi adlandırılan xoşagəlməz nəfəsin

formalaşmasına şərait yaradır. Siz tərkibində antibakterial inqredientləri olan ağız gigiyenası məhsullarından istifadə edə bilərsiniz. Onlar bakteriaların fəaliyyətini azaldır və Sizdə gecə ərzində yaranan xoşagəlməz nəfəsi azaldır. Oyandıqda danışma, yemək qəbulu və ümumi gigiyena tədbirləri (fırçalama, sap ilə diş aralıqlarını təmizləmə) səhər nəfəs qoxusunu azaldır.

Yuxarıda qeyd olunan misal PLISSIT modelindən istifadə etməklə ilk müalicə mərhələsinin (icazə) tətbiqini nümayiş etdirir. Pasientlər, onları maraqlandıran məsələlərə dair ekspertin fikrini öyrənmək istəyirlər. Pasientlər bir çox hallarda, onların hiss etdiklərinin, normal və digər insanlarla da baş verdiyinin, peşəkar həkim və ya ekspertdən təsdiqini istəyir.

İcazə mərhələsinin istifadəsi əksər parametrlərə adaptasiya edir və bunun üçün həkim az vaxt sərv edir. Pasienti maraqlandıran bir çox məsələlər bu mərhələdə həll oluna bilər.

Bundan əlavə icazə yanaşması PLISSIT modelindəki bütün digər yanaşma mərhələləri ilə birlikdə istifadə oluna bilər. Bu yanaşma, pasientlərə müəyyən maraq olduqda faydalıdır. O, adətən problemlərin həlli üçün kifayət deyil.

Əgər icazə yanaşması pasientin problemini həll etmək üçün kifayət deyilsə, bu halda həkim iki variantdan istifadə edə bilər. Pasient müvafiq müalicəyə göndərilə bilər və ya həkim müvafiq parametr, bilik, bacarıq və təcrübəyə malikdirsə, o ikinci müalicə mərhələsinə - məhdud məlumat mərhələsinə keçə bilər.



Распространения зубочелюстных аномалий: генетические аспекты и роль инбридинга в их структуре и частоте

Кафедра ортопедической стоматологии АМУ

Среди актуальных проблем стоматологии аномалии зубочелюстной системы занимает ведущее место. Причины, вызывающие зубочелюстные аномалии, многочисленны и многие из них не достаточно изучены.

В возникновении аномалий важную роль играют эндогенные и экзогенные факторы, порою оказывая сочетанное влияние, усугубляющее тяжесть наблюдаемой патологии.

Следует отметить, что изучение врожденных пороков развития зубочелюстной системы в настоящее время представляет интерес не только с общепатологической точки зрения с целью выяснения их эмбриогенеза, но и имеет большое практическое значение в плане профилактики, диагностики и лечения этих аномалий.

В литературе имеются данные о многочисленных исследованиях, посвященных изучению распространенности, профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у населения различных стран (1-13). Результаты этих исследований в основном различны, а иногда противоречивы.

Следует отметить, что нередко в число аномалий зубочелюстной системы включаются различные деформации прикуса и изменения положения от-

дельных зубов, вызванные вторично, как осложнения кариеса зубов, болезней пародонта и вредных привычек в период формирования прикуса.

Имеющиеся данные литературы убеждают нас в том, что генетические аспекты и особенно влияние кровнородственных браков на возникновение зубочелюстных аномалий недостаточно изучены.

Учитывая то, что в Азербайджанской Республике кровнородственные браки встречаются довольно часто и нередко различные отрицательные последствия подобных браков, мы сочли целесообразным впервые провести комплексные исследования в этом направлении, полагая, что это внесет определенный вклад в научную и практическую медицину.

Цель исследования: изучить распространение и генетические аспекты зубочелюстных аномалий с выяснением роли инбридинга в их структуре и частоте.



Гараев З.И.

Материалы и методы исследования: Для выявления частоты и изучения генетической гетерогенности зубочелюстных аномалий у населения республики материал собран в результате стоматологического обследования 4875 школьников /2197 мальчиков (45,1%) и 2678 девочек (54,9%)/ в возрасте 12-17 лет из 19 административных районов Азербайджана и г.Сумгаита.

Тип наследования зубочелюстных аномалий изучали в 153 ядерных семьях, включающих 765 человек.

С целью изучения рождаемости детей с расщелинами губы и неба нами были изучены записи историй родов 137451 новорожденных.

Изучение роли генетических факторов в возникновении расщелины губы и неба путем клинико-генеалогического анализа проводили у 123-х пробандов.

Проводили и вспомогательные методы исследования: рентгенологические, изучение диагностических моделей, фотографий, лабораторные и др.

Зубочелюстные аномалии у обследованных оценивали по классификации Д.А.Калвелиса, которая основывается на морфологических изменениях, учитывая этиологию и значения их отклонений для функции и эстетики, касающихся отдельных зубов, зубных рядов и всего прикуса в целом.

При диагностике врожденной расщелины верхней губы и/или неба использовали анатомо-морфологическую классификацию по Л.Е.Фроловой.

Уделяли внимание вредным привычкам, видам вскармливания, состоянию дыхательных путей и типу дыхания, перенесенным заболеваниями.

Лабораторные исследования проводились в медико-генетической лаборато-

рии НИИ акушерства и гинекологии Минздрава Азербайджанской Республики.

Основным методом исследования в настоящей работе является клинико-генеалогическое исследование.

Полученные данные подвергались статистическому анализу с использованием критерия хи-квадрат (χ^2).

Результаты исследований и их обсуждение: Среди зубочелюстных аномалий наиболее высокие частоты приходились на аномалии прикуса 31,9% при колебании от 23,3% (Шеки-Закаталы) до 38,4% (Куба-Хачмас).

На втором месте находятся аномалии зубных рядов $23,2 \pm 0,6\%$ при варьировании - 14,3% (Центральные районы) - 29,4% (Куба-Хачмас).

Аномалии отдельных зубов среди обследованного населения имели наиболее низкие частоты встречаемости $11,3 \pm 0,4\%$ (Ленкорань-Астара - 8,9%, Шеки-Закатала - 18,4%).

Полученные нами результаты по частоте распространенности зубочелюстных аномалий в среднем $66,4 \pm 0,8\%$, превышают аналогичные результаты исследований Образцова (1991), проведенных для населения северных регионов СССР (42,7%). Тогда как Хорошилкина Ф.Я. и Ю.М.Малыгин (1982) приводят частоты зубочелюстных аномалий у школьников из различных регионов СССР, имеющих колебание от 11,4 до 71,4%, что согласуется с нашими результатами и значительно уступает данным Смердиной Л.Н. (1983) - 82,3%.

Результаты исследований по распространению зубочелюстных аномалий у школьников республики представлены в таблице № 1.

Таблица 1.

**Распространение зубочелюстных аномалий у школьников Азербайджана
(в % к числу обследованных)**

Регион	Кол-во обследо ванных	Зубочелюстные аномалии													Итого	
		Аномалии отдельных зубов				Аномалии зубных рядов				Аномалии прикуса						
		Аном чт.зла	Аном. вели зубов	Аном. зубов	Аном. эмали зубов	Трещи между зубами	Тесное полож. зубов	Аном полож. зубных рядов	Аном формы зубных рядов	Прогна тия	Прогне ния	Глубо кий	Откры тый	Пере крест ный		
Куба-Хачмас	823	1,1	0,4	2,3	6,1	11,5	6,1	9,5	2,3	10,3	2,8	16,9	5,1	3,3	77,63 ± 2,8	
Шеки-Закатала	912	2,0	5,2	5,4	15,8	10,3	3,3	7,1	3,2	7,3	3,2	3,6	2,4	6,7	65,9 ± 1,7	
Ленкорань-Астара	1026	1,3	0,5	0,9	6,2	11,1	3,2	10,9	2,1	11,6	2,7	15,1	2,8	3,8	72,2 ± 1,4	
Центральные районы	1011	1,9	1,3	1,8	5,4	3,3	3,0	6,2	1,8	9,6	3,9	8,3	4,4	6,7	57,6 ± 1,6	
Сумгаит	1103	1,1	1,0	0,5	7,0	6,2	5,7	8,8	1,8	10,6	3,5	10,0	1,7	3,3	61,9 ± 1,6	
Итого:	4875	1,5 ± 0,2	1,6 ± 0,2	2,1 ± 0,2	6,1 ± 0,3	8,3 ± 0,4	4,2 ± 0,3	8,5 ± 0,4	2,2 ± 0,2	10,0 ± 0,4	3,2 ± 0,3	10,7 ± 0,4	3,2 ± 0,3	4,8 ± 0,3	66,4 ± 0,8	
		11,3 ± 0,4				23,2 ± 0,6				31,9 ± 0,6						

Таким образом, полученные результаты исследований аномалий зубочелюстной системы у школьников проживающих в четырех географических зонах и в г. Сумгаите показали довольно высокие фенотипические частоты, варьирующие в пределах от $57,6 \pm 1,6\%$ до $77,6 \pm 2,8\%$. Полученные результаты статистического анализа свидетельствуют о неоднородности фенотипической частоты аномалий зубочелюстной системы у школьников республики.

При изучении 137451 историй родов из Ленкорань-Астаринской, Шеки-Закатальской зон, ряда районов центральной части республики, Куба-Хачмасской зоны и Таузского района у 150 новорожденных выявлена расщелина верхней губы.

Анализ популяционных исследований по пяти зонам республики показал достаточно одинаковое распределение фенотипической частоты расщелины губы у новорожденных. В среднем фенотипическая частота расщелины губы (РГ) для новорожденных составляет 1:916.

Таким образом, установлена фенотипическая частота РН у новорожденных республики, которая составляет - 1:2052 новорожденных. Фенотипическая частота расщелины губы и неба (РГН) в структуре врожденных пороков развития достигает 26% среди новорожденных, на их долю приходится до 90% челюстно-лицевых аномалий.

Результаты популяционных исследований по изучению фенотипической частоты РГ, РН и РГН представлены в таблице № 2.

Для исследования взаимосвязи между развитием врожденной расщелины верхней губы и неба и групповой принадлежности крови пациента по системе АВО нами изучен анализ у 123 больных. С помощью данного анализа нам удалось проследить взаимосвязь между группой крови и врожденной расщелиной губы и неба. Установлено, что расщелина губы и/или неба чаще встречается при группе крови В/III/-39,8% и реже при группе крови 0/1/-24,4%, А/II/-25,2% и АВ/IV/-10,6%.

Таблица 2.

Частота встречаемости РГ и/или РН у новорожденных

Название региона	Кол-во Новорожд.	Расщелина губы (РГ)		Расщелина неба (РН)		Расщелина губы и неба (РГН)		Итого
		Число лиц	Частота на 1000 новорожд.	Число лиц	Частота на 1000 новорожд.	Число лиц	Частота на 1000 новорожд.	
Ленкорань-Астара	64045	75	1:753	35	1:1830	77	1:832	187
Шеки-Закатала	23702	26	1:912	11	1:2155	28	1:847	65
Центральные районы	25426	26	1:978	11	1:2311	29	1:877	66
Куба-Хачмас	18842	18	1:1047	8	1:2355	20	1:942	46
Таузский район	5436	5	1:1086	2	1:2718	5	1:1087	12
Всего	137451	150	1:916	67	1:2052	159	1:865	376

Анализ частоты рождаемости детей с расщелиной губы и/или неба с сезонами года показали, что наиболее высокие частоты рождаемости РГ и РН встречаются весной 45,1%, наиболее низкие в летние месяцы 17,0%.

Для установления типа наследования зубочелюстных аномалий нами был использован полный, а для изучения инбридинга неполный анализ родословных. Чем больше поколений родственников вовлекаются в родословную, тем она обширнее и информативнее. Если рассматриваемых признаков в родословной много, то мы прибегали к буквенным или штриховым различиям внутри символа. Все полученные при опросе сведения схематически представлены в виде родословной генеалогического дерева, что включает сведения о всех здоровых и больных родственниках пробанда.

Учитывая соотношение больных и здоровых sibсов пробанда, наличие больных родителей и детей пробанда, заболевания отдаленных родственников, наличие кровного родства, соотношение полов среди пораженных, высказывается предположение о типе наследования зу-

бочелюстных аномалий.

Роль наследственных факторов в развитии зубочелюстных аномалий представлена в таблице 3.

Путем клинико-генеалогического анализа установлены следующие типы наследования зубочелюстных аномалий у населения: аутосомнодоминантный тип - для аномалий величины зубов, скученности зубов, прогнатии и прогении; аутосомно-рецессивный тип наследования для гиподантии и гипоплазии эмали зубов; мультифакториальный тип наследования - для открытого, перекрестного, глубокого прикусов и для расщелин губы и/или расщелин неба.

Частота и структура аномалий зубочелюстной системы у пробандов и кровнородственность их родителей взаимосвязаны. У пробандов с зубочелюстными аномалиями в среднем 33,6% родителей имели кровное родство, где коэффициент инбридинга варьировал в пределах $F = 0,0358-0,0614$, при среднем $F = 0,0479$, что в 4,7 раза больше среднего популяционного значения. Коэффициент инбридинга в семьях с зубочелюстными аномалиями представлены в таблице 4.

Таблица 3.

Зубочелюстные аномалии и типы их наследования

Зубочелюстные аномалии	Тип наследования
I. Аномалии отдельных зубов: - аномалии числа зубов (гиподантия); - аномалии величины зубов; - аномалии формы зубов (V-образования); - точечная гипоплазия эмали; - шероховатая гипоплазия эмали; - шероховатая аплазия эмали.	аутосомно-доминантный аутосомно-рецессивный аутосомно-доминантный аутосомно-доминантный аутосомно-доминантный аутосомно-доминантный аутосомно-рецессивный
II. Аномалии зубного ряда: - тремы между зубами (диастема); - тесное положение зубов (скученность); - аномалии положения отдельных зубов; - аномалии формы зубных рядов.	аутосомно-доминантный аутосомно-доминантный аутосомно-доминантный ко-доминантный
III. Аномалии прикуса: - прогнатия; - прогения; - открытый; - перекрестный; - глубокий.	мультифакториальный и аутосомно-доминантный хромосомный и аутосомно-доминантный мультифакториальный мультифакториальный мультифакториальный
IV. Расщелина губы и/или неба: - расщелина губы; - расщелина неба; - расщелина губы и неба.	мультифакториальный мультифакториальный мультифакториальный

Таблица 4.

Коэффициент инбридинга в семьях с зубочелюстными аномалиями

Тип зубочелюстной аномалии	Коэффициент инбридинга	(F)
1. Аномалии отдельных зубов	0,0320 – 0,0741 0,0531	(5,16)
2. Аномалии зубных рядов	0,0396 – 0,0457 0,0427	(4,15)
3. Аномалии прикуса	0,0831 – 0,0869 0,0850	(8,25)
4. Расщелина губы и/или неба	0,0400	(3,9)

Примечание: Цифры в скобках указывают во сколько раз коэффициент инбридинга (F) превышает его средние популяционные значения.

Индивидуальный подход при оценке генетического риска с учетом кровнородственных браков позволит врачам консультирующим такие семьи сделать прогноз будущего ребенка более точным.

Генетический скрининг зубочелюстных аномалий РГ и РН у супружеских пар с учетом коэффициента инбридинга позволит повысить эффективность профилактики данной патологии у населения.

Изучение распространенности зу-

бочелюстных аномалий у 4875 школьников Азербайджанской Республики в возрасте 12-17 лет, показало, что зубочелюстные аномалии в среднем составляют $66,4 \pm 0,8\%$.

Из числа 137451 новорожденных у 375 отмечались расщелины губы и неба. В среднем частота расщелин составила 1:916 новорожденным, расщелина неба

1:2052 и расщелина губы и неба 1:865 новорожденным.

Таким образом обобщая проведенные нами исследования можно заключить, что зубочелюстные аномалии, расщелины губы и неба часто встречаются у лиц родившихся от кровнородственных браков, а структура патологий у этих лиц наиболее тяжелая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Р.К. Распространенность аномалий зубочелюстной системы у школьников Азербайджана. Материалы "Международного Конгресса Стоматологов", Тбилиси, 2000, стр. 14-15.

2. Ахмедов А.А. и соавт. Частота зубочелюстных аномалий у детей, находившихся на искусственном вскармливании. Стоматология, 1986, № 1, стр. 79-82.

3. Белякова С.В., Фролова Л.Е. Врожденные пороки, развития лица и челюстей: заболеваемость, смертность, факторы риска. Стоматология, 1995, № 5, стр. 72-75.

4. Гараев З.И. и соавт. Аномалии прикуса и инбридинг. Цитология и генетика, 1997, т. 31, № 3, стр. 76-80.

5. Гараев З.И. Генетическая гетерогенность зубочелюстных аномалий у населения Азербайджанской Республики. Детская стоматология, М., 1999, № 2, стр. 56-57.

6. Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии и кровнородственные браки. Стоматология. М., 1999, № 5, стр. 50-52.

7. Гуцан А.Э. Актуальные аспекты вражден-

ной расщелины губы и неба. Автореф. дисс. д.м.н., М., 1981.

8. Ипполитов В.П., Безруков В.М. и др. Врожденная черепно-лицевая патология. Стоматология. 1996, № 2, стр. 80-83.

9. Малыгин Ю.М. Развитие и совершенствование симптоматической диагностики аномалий прикуса. Ж. Ортодент-ИНФО, № 1, 1999, стр. 2-5.

10. Образцов Ю.Л. Распространенность, патогенез зубочелюстных аномалий и обоснование методов их профилактики и лечения у детей в регионе Европейского севера СССР. Автореф. дисс. д.м.н. Санкт-Петербург, 1991.

11. Персин Л.С. и соавт. Соотносительная роль наследственных и средовых факторов в формировании зубочелюстной системы. Стоматология, 1996, № 2, стр. 63-69.

12. Смердина Л.Н. Зубочелюстные аномалии у Бачатских телеутов. Автореф. дисс. к.м.н., Омск, 1983.

13. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. М., 1999, стр. 437.

Dento-facial anomalies: spreading, genetical aspects, the role of inbreeding in their frequency and structure

Z.I. Garayev

The study of dento-facial anomalies spreading of 4875 schoolchildren of Azerbaijan Republic at the age 12-17 has shown that dento-facial anomalies make on average $66,4 \pm 0,8\%$.

376 newborn children out of 137451 ones have been registered to have lips and palate cracks (cows). On average, cracks frequency made 1:366 of newborn children, from which lips cracks were registered in the proportion of 1:916 of newborn children, palate cracks (cows) were 1:2052 of newborn children, and lips and palate cracks (cows) were 1:865.

Thus, summarizing the studies carried out by us, we may conclude, that dento-facial anomalies, lips and palate cracks (cows) are often met at the people, who were born in genetic relative marriages (inbreeding). And pathology structure at these people is the most serious.

Распространенность заболеваний пародонта среди школьников некоторых районов Азербайджана

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ и ЦНИИС



Р.К.Алиева
Зав. кафедрой

Согласно данным ВОЗ (Женева 1985, 1995 гг.) заболевания пародонта поражают большую часть населения земного шара, достигая в отдельных регионах 80%-90%. Тем не менее чрезвычайно важным является изучение фактической

частоты их распространения в каждом конкретном регионе. При этом существенное значение имеет применение того или иного методического подхода к изучению частоты распространения данной патологии. Широко применяемый за рубежом индекс CPITN не всегда приемлем особенно для детского населения. Это связано с тем, что он подразумевает измерение глубины зубодесневых карманов и применения с этой целью пуговчатых градуированных зондов. При этом сам процесс измерения сопряжен с риском нарушения эмалево-десневого прикрепления, что может привести в последующем развитию патологического процесса. Кроме того, указанный индекс включает в себя также определение кровоточивости, наличие над- и поддесневого зубного камня. Если иметь в виду, что поддесневой зубной камень практически обнаруживается у всех людей, то

тогда при таком методическом подходе все население может быть отнесено к числу лиц, страдающих заболеваниями пародонта.

Разработанная ЦНИИС методика стоматологического обследования (А.И.Рыбаков, 1964

г.) предусматривает определение показателей стоматологического статуса методом визуального обследования. Это исключает возможность нанесения каких-либо травм, но позволяет в то же время достаточно точно учитывать состояние стоматологического статуса каждого конкретного лица.

Метод эпидемиологического обследования кардинальным образом отличается от клинических методов, к которым может быть отнесено определение индекса CPITN. Задача же любого метода состоит в наиболее объективной оценке ситуации, наиболее полном выявлении стоматологической патологии и разработке на этой основе наиболее адекватных мер по ее лечению и профилактики. Эти же данные будут служить ориентиром для разработки соответствующей штатно-кадровой политики с целью максимального удовлетво-



А.В.Алимский
профессор

рения потребности населения в тех или иных видах пародонтологической стоматологической помощи. При таком подходе одинаково опасными являются как гипер, так и гиподиагностика стоматологических заболеваний. В первом случае это может привести к неоправданному завышению числа стоматологических кадров для того или иного региона, а во втором - к их занижению. Иными словами, данная проблема из чисто медицинской превращается уже в экономическую. При нынешнем сложном экономическом положении большинство стран, ранее входивших в СССР, малейшее неоправданное завышение численности врачебных кадров может привести к напрасным экономическим затратам любого государства. Исходя именно из этих соображений мы провели изучение показателей стоматологического статуса среди 2153 школьников, родившихся и постоянно проживающих в некоторых районах Азербайджана.

В таблице 1 представлены повозрастные показатели распространенности пародонтита в изученных районах. В среднем на всех обследованных его частота варьирует от 9,3% среди школьников г. Евлаха до 17,7% у коренных жителей г. Дашкесана. Данные по пос. Ханлар мало отличаются от сведений полученных в г. Евлах (в среднем на всех обследованных в этом городе 10,5% школьников страдающих пародонтитом). Обращает на себя внимание относительно более высокий уровень данной патологии у жителей высокогорного Дашкесана, который практически в два раза выше, чем у жителей других обследованных населенных пунктов. Скорее всего это результат определенного кислородного голодания, что имеет место у коренных жителей Дашкесана, расположенного более чем на 2000 м выше уровня моря.

Таблица 1

Повозрастные показатели распространенности пародонтита среди коренных жителей некоторых районов Азербайджана (в % к числу обследованных школьников в 2000 г.)

Возраст (в годах)	Место обследования		
	пос. Ханлар	г. Дашкесан	г. Евлах
7	—	1,22 ± 1,21	1,47 ± 1,45
8	1,67 ± 1,65	3,53 ± 2,00	4,23 ± 2,38
9	7,69 ± 2,79	1,09 ± 1,08	4,48 ± 2,52
10	4,26 ± 2,08	7,69 ± 3,01	9,26 ± 3,94
11	6,33 ± 2,74	11,43 ± 3,80	1,82 ± 1,80
12	14,13 ± 3,63	17,54 ± 5,03	7,69 ± 3,69
13	19,18 ± 4,60	27,27 ± 6,00	9,09 ± 4,33
14	11,70 ± 3,31	32,08 ± 6,41	17,39 ± 5,58
15	18,57 ± 4,64	36,76 ± 5,84	15,52 ± 4,75
16-19	21,74 ± 4,30	38,79 ± 4,52	22,41 ± 5,47
Всего (стандартизованный показатель)	10,53 ± 1,06	17,74 ± 1,38	9,34 ± 1,21

При этом гигиеническое состояние полости рта у всех обследованных школьников изученных районов Азербайджана можно оценить в среднем как удовлетворительное.

Весьма характерна и повозрастная динамика полученных показателей по распространенности аномалий зубочелюстной системы: повсеместно наиболее существенный ее рост наблюдается у школьников, начиная с возраста 12-13 лет. При этом максимума она достигает в возрастных группах 15 и 16-19 лет.

Так, например, у жителей Дашкесана частота пародонтита составила в данном возрасте 36,8% и 38,8%.

Определенный интерес имеет полученные нами данные о частоте распространения в тех же регионах гингивита (таблица 2). Наиболее высокий уровень поражений характерен также для жителей высокогорного Дашкесана (2,9%). Более чем 2 раза ниже частота гингивита у жителей равнинного Евлаха (1,3%).

Таблица 2

Повозрастные показатели распространенности гингивита среди коренных жителей некоторых районов Азербайджана (в % к числу обследованных школьников в 2000 г.)

Возраст (в годах)	Место обследования		
	пос. Ханлар	г. Дашкесан	г. Евлах
7	—	$2,44 \pm 1,70$	—
8	$1,67 \pm 1,65$	$3,53 \pm 2,00$	—
9	$1,10 \pm 1,09$	$1,09 \pm 1,08$	—
10	$1,06 \pm 1,05$	$3,85 \pm 2,17$	$1,85 \pm 1,83$
11	$2,53 \pm 1,76$	$5,71 \pm 2,77$	$3,64 \pm 2,52$
12	$3,26 \pm 1,85$	$3,51 \pm 2,43$	$1,92 \pm 1,90$
13	$6,85 \pm 2,95$	—	—
14	$6,38 \pm 2,51$	$1,89 \pm 1,87$	$2,17 \pm 2,14$
15	$2,86 \pm 1,99$	$4,41 \pm 2,48$	$3,45 \pm 2,39$
16-19	$1,09 \pm 1,08$	$2,59 \pm 1,47$	—
Всего (стандартизованный показатель)	$2,68 \pm 0,56$	$2,90 \pm 0,60$	$1,30 \pm 0,46$

Таким образом, сделанные нами предположения о влиянии кислородного голодания на распространенность болезней пародонта можно считать вполне оправданным, поскольку по всем основным нозологическим формам (пародонтит, гингивит) получены идентичные данные. Каждый пятый школьник Дашкесана страдает данной патологией и нуждается в квалифицированной пародонтологической стоматологической помощи.

Это выдвигает на первый план проблему подготовки для республики квалифицированных врачей-пародонтологов, но не для банального пародонтологического приема и для работы в школьном стоматологическом кабинете, а для проведения квалифицированных консультаций, наиболее тщательного обследования в стоматологических отде-

лениях, либо в стоматологических поликлиниках. Причем эти силы должны быть в основном направлены на профилактику и лечение заболеваний пародонта в молодом возрасте, а именно среди школьников, чтобы предотвратить их необратимое развитие в старших возрастных группах населения, когда такое

лечение становится малоэффективным.

Таким образом, основываясь на полученных данных, стоматологическая ассоциация Азербайджана считает своей генеральной целью организацию пародонтологической помощи прежде всего среди детского населения республики.

Новый способ устранения дефекта ушной раковины

Кафедра хирургической стоматологии АМУ



Ю.А. Юсубов
профессор,

Различные дефекты и деформации одной или обеих ушных раковин меняют внешний вид человека и отрицательно сказываются на его психике. Известно, что ушная раковина имеет сложный рельеф. Наличие тонкой хрящевой

пластики между двумя слоями и особенность прикрепления ушной раковины к тканям боковой поверхности черепа значительно затрудняют восстановление этого органа.

Известны способы устранения дефектов ушной раковины путем формирования филатовского стебля, использования ауто - алло - изотрансплантата для опоры, пересадки части со здоровой ушной раковины. Существует много способов получения кожи для создания покрова ушной раковины (Суслов К.П. 1998; Михельсон Н.М. 1965; Буриан Ф. 1967;

Хитров Ф.М. 1984; Берт Брент 1985; Люлько К.В. 1989).

Многоэтапность пластики филатовским стеблем, сформированным в отдельных от дефекта участках тела, частые отторжения хрящевого трансплантата, отторжения свободно-



А.Г. Гулиев
ассистент

пересаженной кожи, сложность фиксации хрящевого трансплантата к тканям черепа привели нас к усовершенствованию существующего способа Тальякоцци, к достижению нового способа устранения дефекта ушной раковины.

Наш способ формирования ушной раковины приемлем при обширных дефектах последней и при микротии II-III степени.

Для достижения поставленной цели формировали филатовский стебель на боковой поверхности шеи, позади ушной



Рис. 1. Формирование стебля позади ушной раковины.

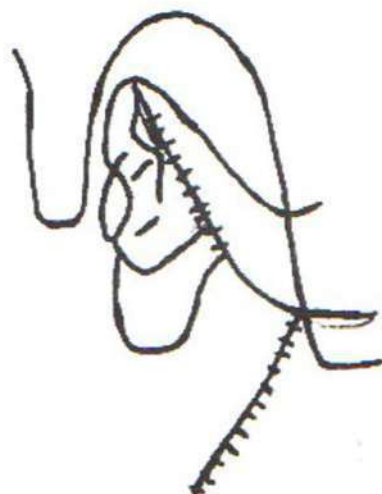


Рис. 2. Нижняя ножка стебля перемещена на край дефекта.



Рис. 3. Перемещение второй ножки стебля с поворотом на 180°.



Рис. 4. Восстановленная ушная раковина.



Рис. 5. Наложены формирующие матрацные швы.



Рис. 6. Больной после восстановления ушной раковины.

раковины с широким основанием на волосистой части головы (Рис. 1).

Нижнюю ножку стебля острым способом мигрировали на край дефекта (Рис. 2). После заживления раны, через три недели проводили второй этап операции - миграцию второй ножки. Для этого отсекали вторую ножку стебля, рассекали ее по верхней части по всей длине (Рис. 3), нижнюю часть стебля разворачивали на 180° , укладывали на верхнюю часть раневыми поверхностями друг другу и пришивали так, чтобы край нижней части стебля образовал противозавиток (Рис. 4). Этим удваивали высоту стебля, тем самым восстанавливали ушную раковину. При этом способе есть возможность варьировать тканью удвоенного стебля для достижения нужной высоты ушной раковины. В отличие от метода Тальякоцци, где вторая ножка отсекается и внутрь вводится хрящевая полоска, в данном методе нет необходимости введения хряща внутрь пересаженного стебля, так как плотный рубец по середине стебля выполняет роль хряща. В последующем на ушную раковину накладывают матрацные швы для формирования и коррекции завитка и противозавитка (Рис. 5).

Преимущество этого способа заключается во-первых, в уменьшении этапов операции. Во-вторых, дополнительная операция для взятия аутохряща не проводится, так как его заменяет рубцовая ткань. И еще, второй ножкой стебля можно варьировать как по его направлению, так и по его толщине.

Пример: больной М.С. 17 лет, история болезни № 13729, поступил в клинику с диагнозом: посттравматичес-

кий дефект верхней трети ушной раковины.

Больной получил ножевое ранение наружного уха, вследствие чего ампутировалась верхняя треть ушной раковины. При поступлении в клинику у больного отмечается дефект верхней части завитка ушной раковины длиной 3,5 см, дефект противозавитка 1,5 см. Края дефекта ровные: покрыты тонкослойной анемичной рубцовой тканью. Больному была произведена операция по вышеизложенному способу: на боковой поверхности шеи позади ушной раковины был изготовлен филатовский стебель размером 7х3 см, освежены края дефекта, нижняя ножка стебля острым способом мигрирована на край дефекта и пришита. Вторым этапом проведена операция миграции второй ножки стебля: отсечена вторая ножка стебля продольно по всей длине, по верхней поверхности рассечен стебель, последний развернут на 180° , сложен пополам с раневыми поверхностями друг другу и пришит таким образом, что край нижней части стебля образует противозавиток, этим достигнуто удвоение высоты стебля. После снятия швов на восстановленную ушную раковину наложены матрацные швы для формирования завитка и противозавитка.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением (Рис. 6).

По данной методике нами проведены операции у 15 больных. Во всех случаях получен хороший косметический результат. В одном случае проведена дополнительная небольшая операция для поднятия уровня раковины и формирования наружного слухового прохода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии. Прага 1967, том 2, стр. 446-493.
2. Берт Брент. Реконструкция врожденных недоразвитий ушной раковины с помощью аутогенного реберного хряща. "Последние достижения пластической хирургии". М. 1985, стр. 114-121.
3. Люлько В.К., Марченко В.М. Атлас операций на ухе. Киев, 1989, 208 стр.
4. Михельсон Н.М. Косметические операции лица. М, 1965, стр. 159-167.
5. Суслов К.П. Оторинопластика из части ушной раковины. «Военно-медицинский журнал». 1998, стр. 6.
6. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица. М, 1984, стр. 189-200.
7. Юсубов Ю.А., Гулиев А.Г. Способ устранения дефекта ушной раковины. Патент № 960076 от 01.11.96.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Центр стоматологии МВД Азербайджанской Республики



К.К. Кафаров
Главный врач

Воспалительные заболевания пародонта (ВПЗ), т.е. тканей окружающих зуб, относится к числу болезней, известных с древнейших времен. В настоящее время ВПЗ не только наиболее распространенные заболевания полости рта среди населения всех стран, но и организма в целом /2; 4/. Обобщение многочисленных статистических данных показало, что лишь у 12% людей пародонт здоровый /1; 3/.

В возникновении ВПЗ большая роль принадлежит социальным, климатическим, поведенческим и другим факторам. Учитывая чрезвычайно важную необходимость выработки эпидемиологически обоснованных мер профилактики ВПЗ, проведение исследований в этом направлении признается наиболее перспективным.

Материалы и методы.

Перспективному обследованию подвергли 1311 больных ВПЗ. В специально разработанные анкеты фиксировали показатели их социального статуса- возраст, пол, уровень жизни, материальное благополучие, характер питания, поведенческие и гигиенические особенности, вредные привычки, уровень профилактических знаний, частоту обращаемости за стоматологической помощью.

Оценку гигиенического фактора в возникновении и течении ВПЗ проводили среди 1452 лиц без ВПЗ и 1311 лиц с ВПЗ. Для выявления степени влияния социально-поведенческих особенностей городского населения на уровень ВПЗ проанализировали результаты расспросов 544 больных пародонтитом и 88 больных пародонтозом о причинах возникновения у них ВПЗ.

Полученные результаты обработали статистическими методами: средняя арифметическая, критерий Стьюдента, критерий χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение.

Путем проспективного обследования (анкетирования) 1311 выявленных больных ВПЗ мы решили установить перечень внешних факторов, которые по мнению больных явились причиной их заболевания.

Среди больных ВПЗ очень часты факторы, которые вполне могут стимулировать воспалительные процессы. Особенно часты такие значимые факторы, как несоблюдение гигиены полости рта, использование холодной воды при чистке зубов и полоскания рта, нанесения ран на слизистую десен при чистке зубов и приеме грубой пищи, морозные и ветреные дни, использование общих зубных щеток – от $24,6 \pm 1,2$ до $33,0 \pm 1,3\%$ ($t=4,75$; $P<0,001$). От $12,3 \pm 0,9$ до $17,3 \pm 1,1\%$ больных ($t=3,52$; $P<0,001$) указали в качестве причин возникновения некачественное питание, воду и простудные заболевания.

Распределение разных клинических форм по сезонам года выглядит следующим образом. Так, 62 из 127 случаев

острой формы заболевания пришлось на холодные месяцы ($48,8 \pm 4,5\%$), 34 случая – на умеренные месяцы ($26,8 \pm 3,9\%$; $\chi^2=13,13$; $P<0,01$) и 31 случай – на жаркие месяцы ($24,4 \pm 3,8\%$, $\chi^2=16,30$; $P<0,01$). В такой же последовательности распределились и 55 случаев с ремиссиями пародонтита – соответственно 24 ($43,6 \pm 6,7\%$), 16 ($29,1 \pm 6,2\%$; $\chi^2=2,51$; $P>0,05$) и 15 ($27,3 \pm 6,1\%$; $\chi^2=3,22$; $P>0,05$). Распределение 279 случаев хронической формы пародонтита в разные сезоны было примерно одинаковым – от 88 ($31,5 \pm 2,8\%$) до 96 ($34,4 \pm 2,9\%$; $\chi^2=0,52$; $P>0,05$). Тогда как на холодные месяцы пришлось наименьшее число случаев ремиссий пародонтита – 15 из 83 случаев ($18,1 \pm 4,3\%$), в умеренные месяцы их число возрастает до 27 случаев ($32,5 \pm 5,2\%$; $\chi^2=4,59$; $P<0,05$) и в жаркие месяцы доходит до максимума – 41 случай ($49,4 \pm 5,5\%$; $\chi^2=17,11$; $P<0,01$). Как видно, при осуществлении мер профилактики ВПЗ необходимо учитывать и роль низкой температуры окружающей среды, включая и воду, используемую для полоскания полости рта, оказывающей благоприятное влияние на развитие и течение воспалительных процессов в пародонте.

Как бы климатические условия не благоприятствовали ВПЗ, реализация заболеваемости возможна при наличии основных этиологических факторов – микроорганизмов и зубных отложений и условий, интенсифицирующих их негативное воздействие – неудовлетворительная гигиена полости рта.

Сопоставление данных обследования 1452 человек без стоматологических заболеваний и 1311 человек с ВПЗ, позволило получить следующие результаты.

Таблица 1

Состояние чистки зубов среди городских жителей

Характер чистки зубов	Лица без ВПЗ		Лица с ВПЗ		Достоверность разницы	
	Абс.	%	Абс.	%	t	P
Не чистят зубы	55	3,8±0,5	315	24,0±1,2	16,31	<0,001
Чистят зубы нерегулярно	112	7,7±0,7	505	38,5±1,3	29,33	<0,001
Чистят зубы регулярно: -однократно	204	14,1±0,9	326	24,9±1,2	7,20	<0,001
-двукратно	823	56,7±1,3	108	8,2±0,8	31,70	<0,001
-трехкратно	258	17,8±1,0	57	4,3±0,6	11,54	<0,001
Всего	1452	100,0	1311	100,0	-	-

Так, подавляющее число больных ВПЗ не чистят зубы, или делают это нерегулярно, или же прибегают лишь к однократной чистке зубов – от $24,0 \pm 1,2$ до $38,5 \pm 1,3\%$ ($t=8,19; P<0,001$). Т.е. суммарно 1146 из 1311 больных крайне недостаточно осуществляют чистку зубов ($87,4 \pm 0,9\%$). Двукратную чистку зубов проводили $8,2 \pm 0,8\%$ и трех кратную – $4,3 \pm 0,6\%$ больных. Подавляющее же число лиц без ВПЗ регулярно двукратно в день чистили зубы – $56,7 \pm 1,3\%$, еще $17,8 \pm 1,0\%$ их чистили зубы трехкратно в день. Хотя $14,1 \pm 0,9\%$ этих лиц чистили зубы регулярно, но делали это всего один раз в день, $7,7 \pm 0,7\%$ чистили зубы нерегулярно, а $3,8 \pm 0,5\%$ вовсе не проводили столь важную гигиеническую процедуру.

Следует отметить, что в обеих группах были лица, в семьях которых не соблюдалась индивидуальность зубными щетками и недостаток их числа на всех

членов семьи. Среди лиц без ВПЗ на недостаток зубных щеток в семьях и связанные с этим их общее использование всеми членами семьи указали 58 человек ($4,0 \pm 0,5\%$). Еще 96 человек указали, что зубные щетки хотя и имелись на всех членов их семей, но индивидуальность пользования ими не соблюдалась ($6,6 \pm 0,7\%$).

Среди больных ВПЗ на наличие отмеченных дефектов в соблюдении гигиены полости рта указали существенно больше человек – соответственно 187 ($14,3 \pm 1,0\%; t=9,20; P<0,001$) и 270 ($20,6 \pm 1,1\%; t=10,77; P<0,001$). Кроме того, на вопрос как долго можно пользоваться одной зубной щеткой и своевременно ли производится их замена в 1-й группе утвердительно ответили 554 человека ($38,2 \pm 1,3\%$), во 2-й группе – 168 человек ($12,8 \pm 0,9\%; t=16,08; P<0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Шашмурина В.Р. Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта. Журнал "Стоматология", 2001, №1, с.83-87.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология.

М., 1998, с.736.

3. Грудянов А.И. Пародонтология: Избранные лекции. М., 1997, с.33.

4. Данилов Е.О. Современные тенденции финансирования стоматологической службы. Труды 6-го съезда САП, М., 2000, с.16-18.

ƏHALİNİN SOSIAL-DAVRANIŞ XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN SƏVİYYƏSİNƏ TƏSİRİ

K.K.Qafarov

Azərbaycan Respublikası DİN-in stomatoloji mərkəzi, Bakı

Aparılan tədqiqatlar şəhər əhalisi arasında PİX-in yayılmasında sosial-davranış amillərinin mühüm rolunu aşkar etməyə və onlardan PİX ilə yüksək və davamlı xəstələnməni təmin edən daha çox epidemioloji cəhətdən əhəmiyyətli olanlarını ayırmağa imkan vermişdir ki, bu da həmin xəstəliklərin profilaktikasına dair səmərəli tədbirlərin təşkili və həyata keçirilməsi üçün əsas olmuşdur.

PİX-in yayılmasını effektiv surətdə məhdudlaşdırmağa qabil olan amillər insanın fizioloji və mədəni gigiyenik tələbatına uyğundur, onun şəhər əhalisi arasında həyata keçirilməsi tamamilə realdır və heç bir əlavə maddi-kadr qoyuluşu tələb etmir.

Aktiv stomatoloji sanitariya təbliğatı ən asan, effektiv və qənaətli yoldur ki, onunla hər bir şəhər sakinində belə bir anlayış yaratmaq olar ki, ağız boşluğuna gigiyenik qulluq PİX-in profilaktikasında mühüm tədbirdir.

EFFECT OF SOCIO-BEHAVIOR PECULIARITY OF POPULATION AT THE LEVEL INFLAMMATORY PARADONTOSIS DISEASES

K.K.Kafarov

**Center of Stomatology. Ministry of Anner Mater, Azerbaijan
Republic**

Investigation makes it possible to reveal an important role of socio-behavioring factors in Inflammatory Parodontosis disease's (IPD) dissemination among urban population and to select the most epidemiological significant of their, which secured stable and high morbidity with IPD, that in turn is a necessary basis for organization and realization of rational measures at prophylaxis of this diseases.

Enumeration of factors that capable to effective restriction of IPD corresponds to physiological and cultural- hygienic requirements of the people Ihara realization among urban population as likely as not and doesn't demand some additional material - trained investments.

The active sanitary stomatologic propagation is the most negotiable, effective and economical way by which can be possible to reach a realize by each town- inhabitant the conception that hygienic care of the oral cavity is important measure of IPD's prophylaxis.

Akupunkturanın gicgah-çənə oynaqının ağrı disfunksiyası sindromunun kompleks müalicəsində tətbiqi

ATU-nun cərrahi stomatologiya kafedrası



İsrailov A.T.
aspirant

Gicgah-çənə oynaqı ağrı disfunksiyası sindromu (GÇO ADS) terminini 1955-ci ildə Şvarts daxil etmiş və bu simptomokompleksi əzələlərin spazmı ilə əlaqələndirmişdir (Schwartz L., 1955).

GÇO ADS-nin inkişafında əzələlərin diskoordinasiyası, yorulması və spazminin rolu böyükdür. Bu diskoordinasiyanın törəmə səbəbini tədqiqatçılar psixoemosional, endokrinoloji amillərlə və okklüziyanın pozğunluqları ilə əlaqələndirirlər (Хватова В.А., 1982, Агеев А.М., 1986, Рабухина И.А. və b., 1994, Егоров П.М. в.я б., 1986, Насибуллин Г.Г. в.я б., 1995, Черештов Ю. И. в.я б., 2000 Gale E. N., 1989).

Bu sindrom geniş simptomatikaya malikdir. Lakin digər əlamətlərə (GÇO-da küylər, çənənin hərəkətlərinin məhdudluğu və s.) nəzərən xəstəyə daha çox əziyyət verən simptom ağrıdır. Ağrının intensivliyi

və lokalizasiyası müxtəlif olur. Bəzi xəstələrdə ağrı qulaq və qulaqətrafi-çeynəmə nəhiyəsində, gicgah, ənsə və boyun əzələlərində müşahidə edilir. Bəzən ağrının lokalizasiyası oynaqətrafi hədudlardan kənara çıxaraq, gövdəyə və ətraflara yayıla bilər. Bunun səbəbini ağrıların əks olunması mexanizmində və orqanizmin skelet əzələlərinin morfofunksional sistem kimi geniş mənada birgə fəaliyyət göstərməsində axtarmaq lazımdır ki, müalicə zamanı bunlar nəzərə alınmalıdır (Trevell Dc. Q., Simons D. Q., 1982, Çeçin A.D., Duday P.F. və b., 1991, Gelb H., 1991).

Ağrının intensivliyi geniş diapazonda - zəif intensivlikli küt xronik ağrılardan, qüvvətli ağrılara qədər variasiyaya malikdir. Ağrının törətdiyi reaksiyalar sırf fizioloji olmayıb (nosiseptiv və antinosiseptiv sistemlərin fəaliyyəti), həmçinin psixoloji aspektlərə malikdir. Fields H., (1991) şəxsiyyətin nevrofizasiyası ilə ağrıya qarşı dözümlülük arasında əhəmiyyətli korrelyasiya aşkar etmişdir. İvaniçev Q.A., (2000) qeyd edir ki, depressiv və fobik hallar yerli əzələ ağrısını artırır.

GÇO ADS - da fizioterapevtik və refleksoterapevtik tədbirlər kompleks müalicənin ayrılmaz tərkib hissəsi sayılır. Bu, xüsusilə çeynəmə əzələlərində ağrılı spazm olan hallarda daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə hallarda ağrı əzələlərdə spazm yaradır, spazm isə öz növbəsində

ağrını artırır. Beləliklə, qüsurlu dövrən yaranır - bu dövrənin komponentləri olan ağrı və əzələ spazmı bir - birini qarşılıqlı olaraq gücləndirir. Burada emosional stressin rolunu da xüsusi qeyd etmək lazımdır. Stress nəticəsində çeynəmə əzələlərindəki spazm və ağrı artır. GÇO ADS - nun kompleks müalicəsi tərkibində aparılan fizioterapevtik tədbirlər çeynəmə əzələlərindəki ağrını və spazmı aradan qaldırmağa yönəlməlidir.

Beləliklə, bəzi hallarda biz ağrının GÇO hədudlarından xeyli kənara çıxması və psixoloji xüsusiyyətlərə malik olması faktları ilə qarşılaşırıq. Bu iki amili nəzərə alsaq, sindromnun kompleks müalicəsində təkcə yerli olaraq GÇO və diş-çənə sisteminə deyil, bütövlükdə orqanizm səviyyəsində terapevtik təsir göstərilməsinə ehtiyac duyulur.

Belə geniş spektrli terapevtik təsir vasitələrindən biri qədim şərq təbabətinin iynəbatırma - akupunktura üsuludur. Aku-

punkturanın yerli və bütöv orqanizm səviyyəsindəki müalicəvi təsir xüsusiyyətləri (ağrıazaldıcı, sedativ, antidepressiv təsir və s. - Самосюк И.З., 2000) bu üsulun fizioterapevtik vasitələrdən daha səmərəli olmasını güman etməyə əsas verir.

Biz öz tədqiqatımızda GÇO ADS-nun kompleks müalicəsində akupunktura üsulu, fizioterapevtik vasitələrdən sayılan ultrasəs, həmçinin, çeynəmə əzələlərinin Yeqorov üsulu ilə blokadası vasitələrinin müalicəvi təsirlərini müqayisəli araşdırmışıq. Bu məqsədlə GÇO ADS olan 60 xəstənin kompleks müalicəsi 3 qrupda aparılmışdır. I qrup - 15 xəstədə GÇO və oynaqətrafi nahiyyələrə ultrasəsle təsir vasitəsi, II qrup - 20 xəstədə çənə sinirinin hərəkət liflərinin Yeqorov üsulu ilə blokadası, III qrup - 25 xəstədə isə akupunktura üsulu tətbiq edilmişdir. Bütün xəstələr lazımi medikamentoz və ortopedik müalicə almışlar. Cədvəldə xəstələrin qruplara və cinsə görə paylanması göstərilmişdir:

Cədvəl 1

№	Групплар	Хəстəлəрин саяы	Чинси	
			Киши	Гадын
1	I	15	4	11
2	II	20	4	16
3	III	25	7	18
Чəми		60	15 (25%)	45 (75%)

I - ultrasəs vasitəsi, II - Yeqorov üsulu, III - akupunktura üsulu ilə müalicə olunub.

Cədvəldən göründüyü kimi GCO ADS-u kişilərə nisbətən qadınlarda üç dəfə çox rast gəlinmişdir.

Xəstələrin yaşı 12-70 arasında olmuşdur. Anamnezə görə xəstələrdə GÇO ADS-nun davamətmə müddəti isə laydan

25 ilə qədər idi. Yaşa görə və xəstəliyin davamətmə müddətinə görə xəstələrin qruplarda təxminən bərabər nisbətdə paylanması nəzərə alınmışdır. Müalicə kursu 10-15 gün təşkil edirdi. Bu zaman ultrasəs və akupunktura kursu hər biri 10 seansdan, Yeqorov üsulu ilə müalicə isə 2-3 gün intervalla 5-6 blokadan ibarət olmuşdur.

Hər 3 qrup üzrə müalicəvi təsirlərin müqayisəsi xəstələrin subyektiv duyğularına (ağrının, çənənin hərəkət məhdudluğunun itməsi və s.), eləcə də akupunktur nöqtələrin dəri-elektrik müqavimətinə əsaslanan Nakatani üsulu ilə elektropunktur diaqnostikaya (EPD) əsaslanırdı. Bu üsulla müalicədən əvvəl və sonra orqanizmin orta dəri-elektrik müqaviməti hesablanır. Nakatani üsulunda bu göstərici normada şərti olaraq 50 qəbul edilir. Aparılan müalicənin effekti orqanizmin orta dəri-elektrik müqavimətinin normaya nə dərəcədə yaxınlaşması ilə ölçülür (Самосюк И.З., 2000).

Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, I qrupda - ultrasəs tətbiq edilən hallarda xəstələrin subyektiv duyğularında və EPD-nin obyektiv göstərijilərində dəyişikliklər cüzi olmuşdur.

II qrupda - çeynəmə əzələlərinin hərəkəti liflərinin Yeqorov üsulu ilə blokadası zamanı hər seansdan sonra xəstələrdə müvəqqəti yaxşılaşma (ağrının azalması, çənənin hərəkətlərinin yaxşılaşması) dövrü inkişaf edir. Bu müddət, dinamik şəkildə kursun sonuna doğru artmağa meyilli olmaqla, 2-3 saatdan 3 günə qədər davam edir.

III qrupda - akupunktur müalicə zamanı xəstələrdə subyektiv yaxşılaşma dövrünün başlanması bəzi xəstələrdə ilk seansdan sonraya, digərlərində isə, təqribən

15 gündən sonraya təsadüf edir. Ümumilikdə götürdükdə, əksər xəstələrdə klinik yaxşılaşma 5-6-cı seansda baş verir.

Elektropunktur kompüter diaqnostikaya əsasən obyektiv olaraq, III qrupda II qrupa nəzərən daha əhəmiyyətli müsbət dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Akupunktura ilə müalicə zamanı orqanizmin orta dəri-elektrik müqaviməti normaya daha çox yaxınlaşmışdır.

Aparığımız tədqiqatlar nəticəsində aydın olmuşdur ki:

- GÇO ADS-nun kompleks müalicəsində ultrasəsin terapevtik təsiri az əhəmiyyətlidir;

- bu sindrom zamanı akupunkturanın tətbiqi əhəmiyyətli müalicəvi təsirə malikdir;

- çeynəmə əzələlərinin Yeqorov üsulu ilə blokadası ağrıları dərhal götürdüyündən, kəskin ağrılar zamanı kompleks müalicə tərkibində əzələlərin blokadasının akupunktura üsulu ilə birgə tətbiq edilməsi müalicəvi təsiri artırır.

Beləliklə, GÇO ADS-nun kompleks müalicəsində akupunkturanın tətbiqi digər üsullara nəzərən daha yaxşı nəticələr almağa imkan verir. Kəskin ağrılar zamanı isə akupunkturanın çeynəmə əzələlərinin blokadası ilə birgə tətbiqi daha məqsəddüygündür.

ƏDƏBİYYAT

1. Агеев А.М., Сакира М. В. Дисфункция височно - нижнечелюстного сустава и ортопедическое лечение. МРЖ 1986, 12, 5, 19-19.
2. Егоров и др. Болевая дисфункция ВНЧС. М., Медицина 1986.
3. Иваничев Г.А. Боль. 2000.
4. Насибуллин Г.Г., Зизевский С. А. Диагностика и лечение дисфункции ВНЧС. Казанский медицинский журнал, 1995, 26, 2, 137-140.

5. Рабухина И. А., Семкин В. А. и др. Современные подходы к диагностике и лечению дисфункции ВНЧС.-Стоматология, 1994, 4, 26-28.
6. Самосюк И.З. Многофункциональная клиническая диагностика. Кн; "Медиинтех", 2000, 104с.
7. Тревелл Дж. Г., Симонс Д. Г. Миофасциальные боли. М., 1982, 158 с.

8. Чергештов Ю. И. И др. Клинико-рентгенологические аспекты диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции ВНЧС. - Стоматология, 2000, 1, 27-30.

9. Чечин А.Д., Дудай П.Ф., Рыжин В.Н. и др. Клинико-рентгенологические параллели при синдроме болевой дисфункции ВНЧС. Стоматология, Киев "Здоровье", 1991, Вып. 26, 95-98.

10. Fields H. Depression and pain: a neurobiological model. - Neuropsychol. Behav. Ther. - 1991, v.4, p.83-92.

11. Gale E. N., Dixon D. C. A simplified psychologic questionnaire as a treatment planning aid for patients with TMJ disorders. - J. prosthet. dent., 1989, v 61, 2, 235-238.

12. Gelb H. Clinical management head, neck and TMJ pain and dysfunction., St.Louis - Tokyo 1991, 637p.

13. Isberg-Holm A. Movement of disk and condyle in TMJ without clicking. Acta odont. Scand., 1982, v 40, 3, 151-163.

14. Schwartz L. Pain associated with the TMJ. - J. Am. Dent. Assoc., 1955, 51, 394-397.

A.Israfilov

The application of acupuncture in the complex treatment of the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome (chair of surgical stomatology)

The 3 groups of 60 patients that have the temporomandibular joint (TMJ) pain dysfunction syndrome. I group (15 patients) have been influenced by ultrasound means, II group (20 patients) - by blockade of masseter muscles with anesthetics and III group (25 patients) by the acupuncture method. All the patients have received the medicinal and orthopedic treatment.

The results of treatment those are based on of the Nakatani method which measures the skin electric impedance of acupuncture points.

The results of the investigation showed that the ultrasound means has few importance in the treatment of TMJ pain dysfunction syndrome.

In general by the acupuncture means we can receive more effective results.

The blockade with anesthetic of masseter muscles improve immediately in patient's condition for any time, so that on acute joint pains the applied of this method with acupuncture gives better results.

Применение акупунктуры при комплексном лечении болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

А.Исрафилов

Проведенные нами исследования показали, что при комплексном лечении болевого синдрома височно-нижнечелюстного сустава, лечения ультразвуком малоэффективно.

Таким образом при комплексном лечении болевого синдрома височно-нижнечелюстного сустава применение акупунктуру позволяет получить более удовлетворительные результаты в сравнении с некоторыми иными методами лечения. При острых болях рекомендуется применение акупунктуры одновременно с блокадой жевательных мышц.

Влияние ионов фтора на физиологический и патологический обмен кальция: кариес, остеопороз, атеросклероз



А. Кнаппвост

профессор университета, доктор физико-химических и медицинских наук, Институт физической химии с отделом «Биофизическая химия и научные исследования в стоматологии», Гамбург /Германия/

Цель настоящей работы – обратить внимание на возрастающее понимание важности ионов фтористых комплексов (в дальнейшем – для краткости фтор или Ф).

Фтор был обнаружен в виде фтористого водорода в 1803 году Morihini, учеником Гей-Люссака, в зубе ископаемого мамонта из итальянского местечка Кампагна. Он проявился при реакции со стеклом (образование фтористоводородного силиката H_2SiF_6). Место, где был открыт этот новый элемент, позволяло предположить наличие связи между химической стабильностью зубного минерала и кариесом. Кстати, затем эту связь безуспешно пытались раскрыть на протяжении более 100 лет. В частности, немецкий химик A.Denningen в 1907 г. в эксперименте с участием небольшого количества добровольцев, обнаружил влияние труднорастворимого фтористого кальция (плавиковый шпат, флюорит) при эндогенном приеме, проявлявшееся снижением частоты кариеса. Однако

разброс результатов был очень большим. Из-за ограниченного количества обследованных невозможно было сохранить на среднем уровне другие факторы, оказывающие большое влияние на кариес, такие как характер питания, анатомические особенности и т.д. Поэтому доказательства казались недостаточно достоверными. Лишь входящему в состав правительства американскому химику Дину (H.T.Dean) и его сотрудникам удалось в 1940 году в результате эпидемиологических исследований на 7257 детях школьного возраста из 21 штата с различным содержанием фтора в питьевой воде получить убедительное подтверждение наличия функциональной связи между частотой кариеса и содержанием фтора в питьевой воде: при увеличении содержания фтора частота кариеса резко падает.

Чтобы объяснить это важное открытие, было выдвинуто ошибочное предположение, что в основе действия фтора лежит образование при развитии

зуба более труднорастворимого фторсодержащего гидроксиапатита (гидроксифторапатита). Еще и сегодня многие авторы разделяют это заблуждение. Однако при физиологических условиях это не имеет места по термодинамическим причинам. Исходя из указанного предположения после прорезывания зубов фтор вообще не должен был бы более оказывать профилактическое действия.

В тот период, т.е. до 1950 года, феномен реминерализации на поверхности эмали при участии слюны вообще не был известен. Доказательства протекания восстановительных процессов были получены пражскими учеными J.Wolf и F.Neuwirth с помощью метода отражения (Repliqua-Methode). Эти данные подтвердились в наших исследованиях (Knappwost, 1952). Они послужили толчком для создания нами теории реминерализации, которая сначала имела названия теория поверхностного слоя, затем теория резистенции. Высокая оценка этой работы дана в том числе в работе K.König.

Теория реминерализации, которая приведена в соответствие с сегодняшним уровнем науки, используется многими исследователями без упоминания ее автора и, что вызывает особое сожаление, часто неправильно. Ведущую роль в теории играет понятие произведение растворимости апатита. В наших экспериментах на сирийских хомячках с радиоактивным фосфатом в качестве индикатора (изотопа) оказалось, что реминерализация (возникновение верхнего слоя на эмали) резко возрастает под влиянием физиологических доз фтора.

В настоящее время абсолютно надежно установлено, что кариесопрофи-

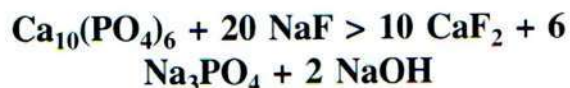
лактическое действие фтора обусловлено единственно усилением реминерализации эмали, в том числе в слабокислой среде под зубным налетом, и что какие-либо другие механизмы (например, подавление ферментов, бактериостатичность, ошибочно полагаемое образование труднорастворимого апатита) практически не играют роли.

Локальное фторирование эмали фтористым натрием

Еще исходя из первой гипотезы о характере воздействия фтора, а именно образования труднорастворимого фторапатита (гидроксифторапатита), аптекарь V.G.Bibby (1940) попытался путем смазывания эмали концентрированным раствором фтора, а именно фтористым натрием (~ 1% концентрации) повысить концентрацию фтора в эмали. Таким образом должен был бы быть получен кариеспревентивный эффект на уже прорезавшихся зубах. Однако этим может быть достигнуто только очень непродолжительное и слабое профилактическое действие, которое вызвано не встраиванием фтора в решетку апатита. Тем не менее фторирование фтористым натрием было подхвачено индустрией. Чтобы несколько продлить эффект NaF, его наносят на поверхность эмали в виде лака или гелей. Однако фтор не может таким образом включиться в эмаль, так как необходимая для этого энергия активации диффузии в твердом апатите очень велика. Для сколько-нибудь значимой диффузии требуется почти геологическое время.

На самом деле при нанесении фтористых препаратов на поверхность зуба

происходит хорошо известная реакция фтористого натрия с апатитом, при которой образуется труднорастворимый фтористый кальций CaF_2 :



Реакция идет слева направо потому, что более высокая концентрация фтора приводит к превышению произведения растворимости CaF_2 настолько, что труднорастворимый фтористый кальций CaF_2 лежит на поверхности эмали в виде относительно крупных кристалликов ($\sim 1 \mu$) (18, 19).

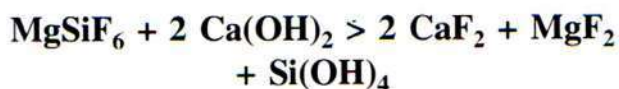
Таким образом, вместо того, чтобы проникнуть в апатит и превратить его в желаемый фторапатит, реагирует фтористый натрий с эмалью на поверхности и превращает ее в труднорастворимый фтористый кальций. Растворимость его при температуре ротовой полости составляет около 25 мг/л. Обеспечиваемая им концентрация фтора, равная около 12 мг/л, приводит лишь к слабому усилению реминерализации вместе с ионами Ca и PO_4 слюны. Однако вследствие быстрого, в течение нескольких дней, удаления CaF_2 с поверхности эмали прекращается и реминерализация. Наблюдаемый мнимый кариеспрофилактический эффект обусловлен также сохраняющимся лишь на протяжении нескольких дней десенсибилизированием эмали. Это десенсибилизирование не имеет ничего общего с реминерализацией. Оно является следствием связывания ионов кальция из сыворотки. Такое десенсибилизирование наблюдается под влиянием ряда других солей, например, оксалата натрия.

Таким образом, обработка эмали фтористым натрием малоподходящий метод для усиления реминерализации. Тот факт, что он продолжает использоваться, не имеет научных оснований.

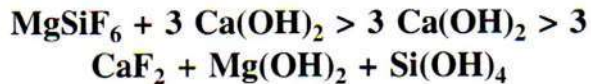
Локальное фторирование эмали путем глубокого фторирования

Совершенно иначе обстоит дело при глубоком фторировании. Это название нами было дано методу, при котором эмаль обрабатывают не простым фторидом, как, например, фтористый натрий, а водным раствором соли фтористого комплекса, который затем разрушает, добавив основание. Реакция, которая при этом происходит, сопровождающаяся к тому же возникновением аниона мономерной кремниевой кислоты SiO_4 , соединяющегося с апатитом, многократно описана нами в литературе. Термин глубокое фторирование, введенный нами в результате получения новых данных о тонком строении эмали, был затем использован другими авторами для другого метода.

При глубоком фторировании эмаль обрабатывает сначала фтористым силикатом магния MgSiF_6 , затем суспензией высокодисперсной гидроокиси кальция. При этом происходит спонтанное выпадение в осадок высокодисперсного фтористого кальция со средней величиной частиц всего 50А, а также фтористый магний, имеющий еще большую растворимость, чем у фтористого кальция:



При избытке гидроокиси кальция реакция протекает без образования MgF_2 и выглядит следующим образом:



Образующаяся в результате первой реакции смесь CaF_2 и MgF_2 дает концентрацию фтора в растворе, которая в 100 раз больше, чем концентрация насыщения природного фтористого кальция или получаемого другими способами. Согласно данным рентгенографических исследований (то есть ширина линии) и микроанализа, высокодисперсный фтористый кальций имеет в 5 раз большую растворимость, чем обычный фтористый кальций. Эта высокая растворимость термодинамически обоснована уравнением Кельвина.

Согласно теории реминерализации скорость реминерализации пропорционально квадрату концентрации фтора. В связи с этим при протекании реакции по первому типу выпавшие в осадок фториды обеспечивают в 100 раз большую скорость реминерализации, чем обычный фтористый кальций. Эти цифры говорят сами за себя и объясняют поступающие многочисленные сообщения о превосходных клинических результатах. Проявлением большой скорости реминерализации, обусловленной глубоким фторированием, является, в частности, эффективность неинвазивной минеральной герметизации фиссур. Д-р R. Lehman и соав. в ходе 5-летних клинических наблюдений на 715 фиссурах получили максимально известный в настоящее время успех (>95%). В редких случаях неудача обнаруживалась легко

поддающийся лечению Caries sicca.

Известно, что при обычном запечатывании фиссур искусственными герметиками часто обнаруживается скрыто протекающий глубокий дентинный кариес.

Для понимания продолжительности действия глубокого фторирования и обоснования термина "глубокое фторирование" служит рис. 2, показывающий строение так называемой зоны разрыхления эмали с ее воронкообразными порами. Это изображение основано на результатах рентгенографических исследований Пердока (Perdock) и проведенных нами измерений энергии активации диффузии радиоактивного фосфата в эмаль.

Согласно этим данным, в фазе деминерализации поверхность эмали, точнее ее зона разрыхления, представляет систему воронкообразных пор диаметром около 100 Å и 10 μ глубиной. В центре каждой воронки находится кератиновое волокно, к которому эпителически прикреплены кристаллы толщиной 50 Å и длиной 100-300 Å. При глубоком фторировании поры заполняются выпадающими в осадок CaF_2 и MgF_2 . Из этого защищенного от вымывания запаса CaF_2 и MgF_2 постоянно образуется насыщенный раствор, создающий на поверхности зуба концентрации фтора около 100 мг/л, что обеспечивает реминерализацию с участием слюны.

Кристаллы CaF_2 , возникающие при обработке эмали фтористым натрием в лаке или геле, не проникают в воронки, так как они приблизительно в 1000 раз больше входа в нее. Кристаллы лежат на поверхности и очень быстро удаляются

оттуда, ранее, чем им удалось бы привести к усилению реминерализации, впрочем довольно слабому, так как из-за плохой растворимости (25 мг/л) концентрация фтора равна всего ~ 12 мг/л.

Ионы фтора, остеопороз и атеросклероз

При рассмотрении кариеспрофилактического действия перорально получаемого и выделяющегося через слюну фтора мы не упоминали о границе между физиологической и патологической областью концентраций, так как она выражена не очень четко. Эта граница зависит от многих параметров, в том числе от продолжительности приема фтора. Ежедневная доза для взрослых, равная 10 мг, без сомнения находится в области физиологических значений, при которых положительный эффект значительно преобладает над возможными отрицательными моментами.

В результате развития алюминиевой индустрии и связанной с этим эмиссии фторосодержащих газов (например, криолита Na_3AlF_6) патологическое действие фтора переместилось на передний план внимания медицины и особенно ветеринарной медицины и закрыло в какой-то мере его очень важную положительную роль.

Вероятно, этим можно объяснить, что недостаточный резонанс получила работа D.S. Bernstein и соавт., которым удалось в 1966 г. сделать чрезвычайно

крупное открытие. В результате эпидемиологических исследований, проведенных в местностях с одинаковым климатом и составом населения, но разным содержанием фтора в питьевой воде, авторами было установлено значительное влияние концентрации фтора в питьевой воде на частоту встречаемости остеопороза и атеросклероза. Во всех возрастных группах населения старше 45 лет процент лиц с остеопорозом (пониженная плотность кости) в местности с высоким содержанием фтора в питьевой воде (около 5 мг/л) был в два раза меньше, чем в местности с 0,2 мг/л фтора. Еще большим было различие в процентном соотношении лиц с явно выраженным обызвествлением аорты. Среди мужчин в возрасте от 55 до 64 лет, проживающих в местности с высоким содержанием фтора в питьевой воде, лиц с атеросклерозом было на 70% меньше. Мы не хотим в этой работе углубляться во взаимоотношения остеопороз – атеросклероз и их связь с работой мышц, в том числе при таких, как напряжения, вытяжения на костях и сосудах. Мы считаем, что уже приведенные результаты исследований Bernstein и соавт. столь важны, что следует только удивляться, что из них до сих пор не сделаны необходимые выводы. Скорее всего, проблемы возникли при попытке применить эти данные в клинической практике. К сожалению, не было предложено ничего лучшего, как назначать фтористый натрий в таблетированной форме. Известно, что в желудке фтористый натрий вместе с ионами водорода желудочного сока образует фтористые кислоты, которые сильно

раздражают слизистую желудка и вызывают боли и тошноту. Так произошло в Германии, что очень повредило интересу к лечению остеопороза и атеросклероза с помощью эндогенно получаемого фтора. Вместе с тем, разумеется, есть достаточно возможностей без побочных отрицательных реакций доставить фтор в кишечный тракт. Мы располагаем положительным опытом, накопленным в течение нескольких десятилетий, ежедневного приема около 15 мг фтора.

Необходимо отметить, что альтернативный метод борьбы с остеопорозом – прием эстрогенов – вообще неприемлем для лиц мужского пола.

Нам представляется, что в стоматологии применение эндогенного фтора для лечения остеопороза особенно важно при аугментативной терапии пародонтопатий в имплантологии у пациентов с явлениями остеопороза в костях челюсти.

Depoforez-endodontik müalicənin ən müasir üsullarındandır

Azərbaycan Tibb Universiteti. Uşaq stomatologiyası kafedrası



Zeynalova G.K.
asistent

Kariyesin ağırlaşmış formalarının müalicəsində axıncı mərhələ kök kanallarının plomblanmasıdır.

Təəssüf ki, stomatoloqlar əvvəllər tez-tez keyfiyyətsiz plomblanmış və ya çətin keçilən (əyri və dar) kanallarla,

eləcə də kanaldan çıxarılması qeyri-mümkün olan alətlərin sınması ilə üzləşirlər. Bütün bunlar isə nəticədə kistaların əmələ gəlməsi kimi ciddi ağırlaşmalara gətirib çıxarır ki, bu da cərrahi müdaxilə tələb edir. Kanalların yenidən plomblanması isə ağır və həmişə yerinə yetirilməyi mümkün ol-

mayan əməliyyat olduğu üçün əvvəllər belə dişlər ancaq çıxarılmalı olurdular. Professor A.Knapp-vost (Almaniya) əvvəllər məlum olan elektroforez, ionoforez kimi müalicə üsullarına əsaslanaraq kök kanallarının müalicəsinin unikal texnologiyasını güclü bakterisid xassələrə malik olan kalsium-mis hidroksidin sulu suspenziyasının depoforezini işləyib hazırlamışdır.

Bizim 2000-ci ilin mart ayından 2001-ci ilin mart ayına qədər Azərbaycan Tibb Universitetinin uşaq stomatologiyası kafed-



Nağıyeva S.A.
asistent

rasında apardığımız müalicə işlərinin nəticəsi bir daha təsdiq edir ki, bu gün üçün depoforez hər hansı səbəbdən kanallarının keyfiyyətli plomblanması mümkün olmayan dişlərin müalicəsi üçün sınaqdan keçmiş ən təsirli müalicə üsuludur. Bu üsul üçün kanalların 1/3 hissəsinin keçilən olması kifayətdir. Üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, elektrik cərəyanının təsiri nəticəsində kalsium-mis hidroksidin sulu suspenziyasından OH və hidroksikuporat $\text{CU}(\text{OH})_2$ bütün kanal sisteminə, o cümlədən əlavə kanallara və zirvə dəliyinə ötürülür. Həticədə isə elektroforezin müalicəvi təsirinə əsaslanan proseslər baş verir:

- kanallardakı bioloji toxumaların proteolizi;
- qalan mikroorqanizmlərin məhv olması;
- kanalların plomblanmamış hissələrində və bütün mikrokanallarında kalsium-mis hidroksidin çökməsi uzun müddətli steriləşməyə səbəb olur və mikrodəliklər nəhiyyəsinə sümük toxumasının əmələ gəlməsini stimule edir.

Depoforez üsulu kökləri formalaşmamış dişlərin və süd dişlərinin müalicəsində də tətbiq edilə bilər. Belə ki, süd dişlərinin kanallarında əməliyyat zamanı daimi dişlərin mayasının zədələnmə ehtimalı olduğu üçün, depoforez üsulu uşaq stomatologiyasında da xüsusi aktuallığa malikdir. Depoforezlə müalicə 3 seansdan ibarətdir ki, bu da həftədə bir dəfə aparılır. Seansın müddəti 5-10 dəqiqədən ibarətdir və tamamilə ağrısız olur. Depoforez üsulu kök kanallarının ənənəvi üsullarla müalicəsini əvəz etmir və onlarla yanaşı aparıla bilər, ancaq kanalları keyfiyyətli plomblamaq mümkün

olmadıqda, həmin diş saxlamağın yeganə üsuludur.

Depoforezdən istifadə etməklə aparılan müalicəyə göstəriş:

1. Ümumi göstərişlər:

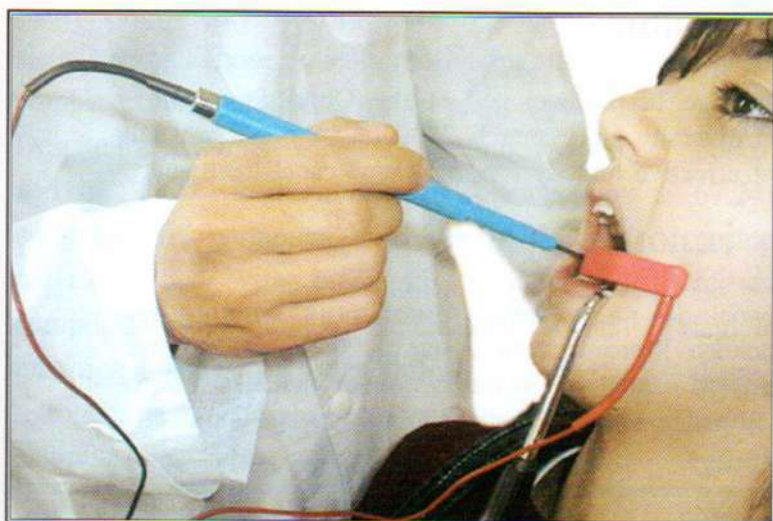
- Dişin gələcəkdə funksiyasını bərpa etmək mümkün olarsa (dişin üzərində qapaq düzəltmək mümkün olarsa);
- Periradikulyar dəyişikliklər olmasına baxmayaraq, diş lazimi qədər dözümlü olarsa;
- Pasientin ümumi vəziyyəti kifayət olarsa.

2. Xüsusi göstərişlər:

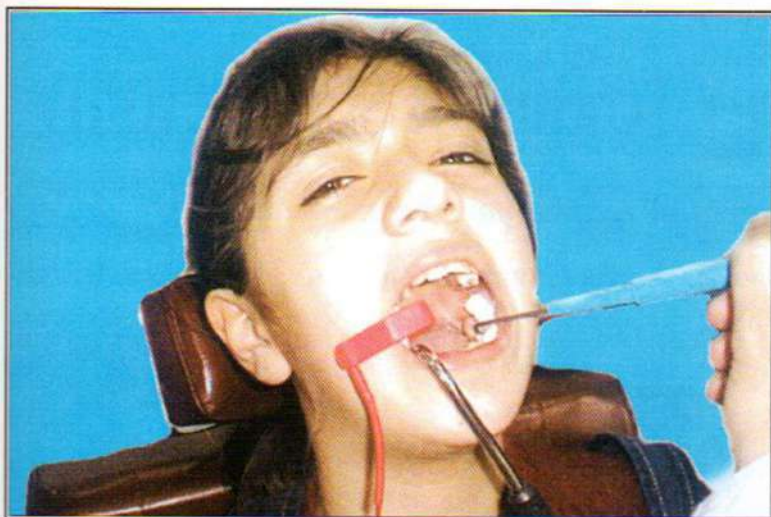
- Qanqrenoz möhtəviyyatı olan kanallar;
- Güclü deformasiyaya uğramış kök;
- Uğursuz müalicə olunmuş dişlər (perforasiya, rezorsin-formalinlə impregnasiya olunub doldurulmamış, alət qırığı qalmış).

Depoforezin digər endodontik üsullarla müalicədə üstünlüyü:

- 96 faiz uğurlu müalicə;
- Diş substansiyalarının qat-qat az itirilməsi və nəticədə kökün mexaniki stabilliyinin saxlanması;
- Perforasiya riskinin olmaması;
- Kanalların ölçülməsinə ehtiyacın olmaması;
- Müalicə və plomb materiallarının kökün zirvəsindən çıxma riskinin minimal olması;
- Bütün apikal deltanın steriləşməsi;
- Kök zirvəsinin rezeksiyasına ehtiyacın qalmaması;
- Endodontik alətlərlə işlənməsi mümkün olmayan kanalların müalicəsi;
- Qənaətçilik (həkimin və pasientin vaxtına, puluna, əməyinə qənaət).

**Foto 1.**

Depoforez seansı zamanı

**Foto 2.**

Müsbət elektrod ağız bucağına, mənfi elektrod kök kanalının girəcəyinə fiksə edilmişdir

**Foto 3.**

13 yaşlı pasientin rezorsin-formalin imreqnasiyası üsulu ilə müalicə olunmuş 36-cı dişin depoforez seansından qabaq rentgeni

**Foto 4.**

Həmin pasientin 3 seans depoforezdən (1 ay) sonra rentgeni

**Depoforez üsulunun aparılma texnologiyasının öyrənilməsi
barədə suallarla bu ünvana müraciət edə bilərsiniz:
370033, Bakı şəhəri, Təbriz küçəsi 102, Telefon: (994-12) 41-20-81**

RESUME

Our medical activities, which have been developed at the Child Stomatology Department of Azerbaijan Medical University since march 2000 up to now, earnestly showed that depophoresis is the most effective remedy for "problem" canal treatment.

РЕЗЮМЕ

Наши лечебные работы, проводимые на кафедре стоматологии детского возраста Азербайджанского Медицинского Университета с марта 2000 года по настоящее время убедительно показали, что депофорез является самым надежным методом лечения "проблемных" каналов; ранее лечимых нераспломбированным составом.

Clinical-immunology results of splenectomy

Department of general surgery of Azerbaijan Medical University



J.N.Hajiev,

Doctor of medical sciences



R.Y.Aliev,

Physician a surgeon



N.J.Hajiev,

Physician

A study of immune status of body after splenectomy and its role in the development of postoperative complications has become of great importance during the past years. According to several studies various infections are met in postoperative period in 30.3-38% patients after splenectomy, which are always accompanied with high mortality (up to 50-70%). Postsplenectomic sepsis for 1.05-4.25% cases after splenectomy in connection with spleen trauma, and mortality in

this case is 50-200 times greater than in control group and is 10 times greater than in patients of general surgical profile. At the same time, some other authors consider splenectomy to be harmless and affirm that the importance of preserving spleen for sepsis prevention is exaggerated. For this reason we studied the effect of splenectomy on frequency of infection development and on immune status of body in patients with spleen trauma in postoperative period. We observed 107

patients that underwent splenectomy because of spleen trauma. Those patients received a standart complex treatment during postoperative period. Despite the treatment 3 patients developed sepsis, and in 32.6% of them different pieinfections complications (peritonitis, abscesses, of abdominal cavity and brain, meningitis, pulmopleural complications, traumatic pancreatitis, wound infections, non-Clostridia infection of the retroperitoneal spase) occurred. Pie-infection complications kept protracted duration and did react to conservative treatment including antibiotic therapy very hardly.

Methods and materials. In order to determine the relationships between the developed pyo-infections complications and splenectomy we studied immune homeostasis status of the body in 67 patients. Immunology studies have been carried out in the 1, 7, 14 and 21 postoperative days. Of these, in 30 patients immunology indexes were determined 1-3 months after splenectomy.

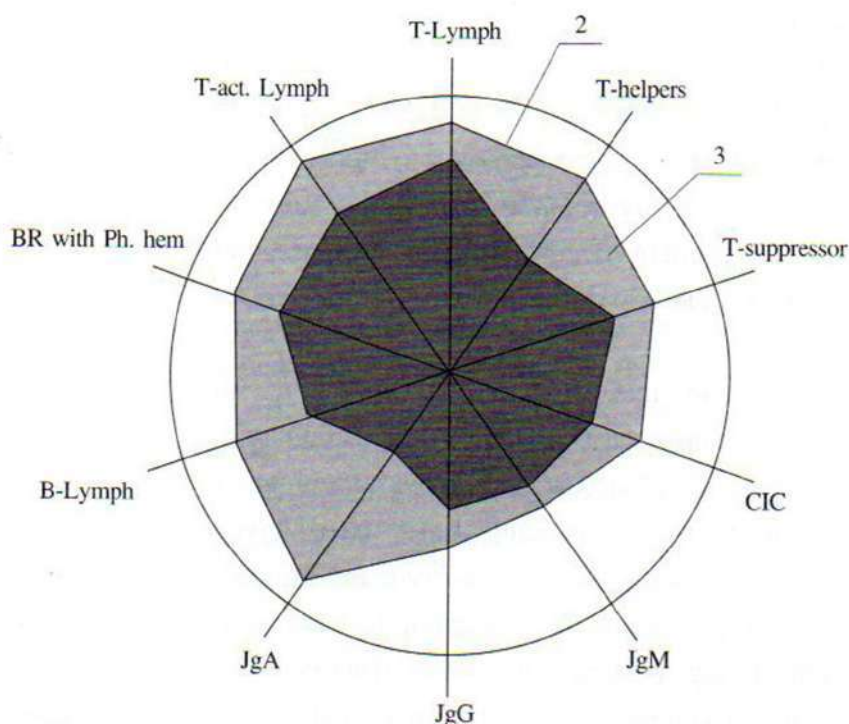
In 27 patients immune homeostasis status of the body was evaluated 0.5-12 years after operation 30 patients were taken as control group.

T-lymphocyte count and their subpopulation were determined by M.Jondal et.al., S.Gimatibul et.al. T-active lymphocytes by R.Kerman et.al. Functional activity of T-lymphocytes was studied by blast-transformation reaction with phyto hemagglutine by I.F.Chernushenco and A.S.Kogosova. B-lymphocyte count was determined by C.Biango et.al., but JgA, JgM, JgG content with radial immunodiffusion method by G.Manchini et.al. The guantivite analysis of circulating immune complexes was conducted by M.Digeon et.al. The results were

exposed to variation statistic by dispersion analysis. Student's criterion were used.

Results. White cell count was elevated upped 14461.13 ± 66.85 (normal is 7068.46 ± 67.24). In - patients with splenectomy during first postoperative day leukocytosis stipulated mostly for stab and segmented neutrophils ($9.8 \pm 0.81\%$ and $74.3 \pm 1.23\%$ accordingly). White cell count decreased from the 7 day after splenectomy and complete normalization was observed in outcome results 0.5-12 years after the operation. At the same time, decrease of absolute and relative lymphocyte count was noted in those patients. Despite the continuous falling of the relative amount of lymphocytes, the absolute amount has slightly increased from the 14 day after splenectomy. Outcome observations have shown that even 0.5-12 years after the operations than amount of lymphocytes did differ from of at healthy persons.

As seen in figure 1.



The absolute and relative amount of T-lymphocytes and their subpopulations and functional activity decreased in the first 7 days of postoperative period. Later on a tendency towards the rise of their amount has been observed. However, the studies have shown the existence of T-lymphocyte deficiency in patients with splenectomy after 0.5-12 years of postoperative period.

Splenectomy also futhered the decrease of humoral immunity indexes, which are not normalized even in late outcome.

Consistent difference has been observed between the levels of immunodeficiency in patients with mild and complicated course of postoperative period. So, slight deflections in immune homeostasis presented in patients with mild postoperative course, while in patients with severe pie-inflammatoru complications T and B-lymphocyte count suppression was revealed. Therefore, for early diagnosis and pronging of postoperative pie-inflammatory complications after splenectomy. We used a test of determine the cell immunity indexes as the most meaningful and available method. Acute fall of there indexes at the background of phagocyte system breakdown accounts for the critical and unfavorable course of postoperative period, which requires according immune correction prophylactic and treatment of complications. This method has helped outstrip development of complications for 2-3 days.

Taking into account the defections in immune homeostasis and their association with the frequency of occurrence of pie-inflammatory complications 21 patients have been given immune correcting medicine tactivin and immune stimulating drug splenin in addition to basis treatment during postoperative days. Tactivin was given in a volume of 1 ml (100 mcg) and splenin - 2 ml of injection during 15 postoperative days.

Along with the fall of relative T-lymphocyte count, patients with splenectomy also presented the decrease of isolated subpopulations of T-active, T-helpers and T-suppressor lymphocytes at the first postoperative days. Later on the elevation of T-lymphocyte count and then its normalization has been detected. The similar lymphocyte count and then its normalization has been detected. The similar deflections were observed in blasttransformation reaction with phito-hemagglutinine in the amount of circulating immune complexes and the complement during the time of prophylactic immune correction by using tactivin and splenin. The patients taking these immune stimulators, have presented the elevation of blood B-lymphocytes count, the level of Ig A.M.G. However the indexes were did not receive immune correction.

In all these patients the recovery was hastened, and none pie-inflammatory complications were defected.

Discussion.

This, splenectomy calls forth the development of secondary uncompensated immune deficiency condition which accounts for T-lymphocyte, B-lymphocyte count and is subpopulation level falling, imbalance of immune cells level and immune gamma-globulin's in the blood.

Therefore, patients undergone splenectomy require dynamic controls of blood cell count, immunology parameters and in time, adequate corrections of immune deflections. Prophylactic use of tactivin and splenin together with basis treatment after splenectomy is very effective not only with respect to cell immunity defections correction, but also other humoral immunity. This leads to prevention of pie-inflammatory and other complications in postoperative period after splenectomy.

Клинико-иммунологические результаты спленэктомии

Кафедра общей хирургии АМУ

Дж.Н.Гаджиев, Р.Я.Алиев, Н.Дж.Гаджиев

Из оперированных 107 больных по поводу травматических повреждений селезенки, в послеоперационном периоде у 3 больных развился сепсис, а у 32,6% наблюдались различные гнойно-септические осложнения. Изучение иммунного статуса у 67 больных перенесших спленэктомию, выявили, что даже спустя 12 лет показатели не нормализуются и приводят к декомпенсированному вторичному иммунодефициту. Учитывая зависимость возникающих гнойно-септических осложнений и иммунодефицитных состояний, у 21 больных в раннем послеоперационном периоде, применялись разработанные нами профилактические иммунокомпенсаторные мероприятия спленин-тактивин, для нормализации клеточного и гуморального иммунитета, а также предупреждения возможных осложнений. В результате применения данного метода показатели лечения существенно улучшились.

Splenektomiyanın klinik-immunoloji nəticələri

Azərbaycan Respublikası Tibb Universitetinin ümumi cərrahiyyə kafedrası

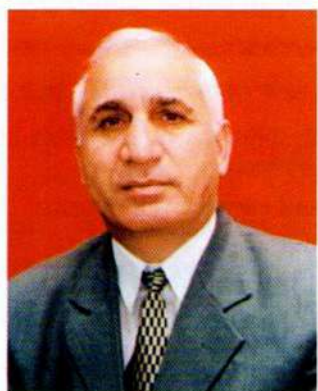
С.Н.Насиёв, Р.Ү.Әлиев, Н.С.Насиёв

İşin əsas məqsədi dalağı çıxarılmış 107 xəstədə splenektomiyanın klinik-immunoloji nəticələrini öyrənmək və cərrahiyyədən sonrakı dövrdə meydana çıxan müxtəlif ağırlaşmalara qarşı məqsədyönlü profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi üsullarını işləyib hazırlamaq olmuşdur. Dalağın travmatik zədələnmələrinə görə splenektomiyaya məruz qalmış 107 xəstədən cərrahiyyədən sonrakı dövrdə 3-də sepsis, 32,6%-də isə müxtəlif iltahabi-irinli ağırlaşmalar müşahidə edilmişdir.

Splenektomiya keçirmiş 67 xəstədə immun statusun öyrənilməsi aşkarlamışdır ki, hətta əməliyyatdan 12 il sonra belə, bu göstəricilər normallaşmır və adekvat, məqsədyönlü immuntənzimləmə tələb edən kompensəolunmayan ikinci immuncatmazlıq halı törədir. Belə xəstələrdə meydana çıxan irinli-septik ağırlaşmalarla immun statusdakı bu dərin dəyişikliklərin birbaşa əlaqəsini nəzərə alaraq 21 xəstədə erkən cərrahiyyədən sonrakı dövrdə tərəfimizdən təklif olunmuş üsulla-taktivin spleninlə aparılmış profilaktik immuntənzimləmə immunitetin hüceyrə və humoral həlqələrinə normalaşdırıcı təsir göstərməklə yanaşı, həmçinin, baş verə biləcək irinli-septik ağırlaşmaların da qarşısını alır. Beləliklə də, aparılan müalicənin nəticələrini əsaslı sürətdə yaxşılaşdırır.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СЕТИ ЛПУ В ПЕРСПЕКТИВЕ В РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМАХ РАССЕЛЕНИЯ

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения АМУ



М.С. Джаббаров
Зав. кафедрой

Современный этап развития здравоохранения характеризуется поисками возможностей рационального и лучшего обеспечения населения медико-социальной помощью, разработкой концепции, а так же научнообоснованных предложений по перспективному развитию и прогнозированию как основы для составления стратегических планов здравоохранения (2;6;7; 8; 9;)

Существующие и применяемые в разных странах методы прогнозирования

МСП населению разнообразны, однако, при этом недостаточно эффективно учитываются особенности патологии населения, региональные, социально-демографические, экономико-географические, методико-организационные и др. факторы (3;4;5)

Данное комплексное социально-гигиеническое исследование по изучению вышеуказанных факторов проводилось в течение многих лет (1996-2000 гг.) и выполнялось в соответствии с планом НИР кафедры.

Объектами исследования явились все сельские районы республиканского подчинения Азербайджана.

Исследование предусматривало три направления:

- теоретическое обоснование принципов и медико-организационных основ интеграционных процессов при формировании перспективной сети ЛПУ;
- поиск и разработка метода формирования и прогнозирования сети ЛПУ, ко-

торый позволил бы принять оптимальные решения в конкретной пространственной ситуации;

- разработка методики расчета мощности сети, типа и структуры больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений для перспективного развития и размещения.

В исследовании учитывались в комплексе медицинские и организационные интеграционные аспекты проблемы, что позволило создать оптимальные функционально-организационные альтернативные модели сети ЛПУ для различных систем расселения.

При изучении вопросов перспективы развития и размещения сети ЛПУ с медико-организационных и интеграционных позиций решались следующие задачи:

- провести структурно-функциональный анализ и дать критическую оценку исторически сложившейся сети ЛПУ (стационарной и амбулаторно-поликлинической);

- оценить материально-техническую базу и соответствие сети ЛПУ общереспубликанским установкам и нормативам;

- изучить особенности патологии сельского населения с проведением комплексной оценки;

- изучить уровень удовлетворения потребности населения районов в различных видах специализированной медицинской помощи на разных этапах ее организации;

- разработать расчетные показатели потребности населения в специализированных видах стационарной помощи с дифференциацией коек по профилям отделений,

этапам организации и типам учреждений;

- определить предел допустимой специализации стационарной помощи, исходя из минимального размера функциональной лечебной единицы;

- научно обосновать оптимальную функционально-организационную альтернативную модель развития сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений в условиях конкретных перспективных систем расселения.

Основываясь на передовом мировом опыте планирования здравоохранения, нами дано обоснование метода поэтапного планирования перспективной сети ЛПУ в сельских районах республиканского подчинения Азербайджана.

Используя метод поэтапного планирования при формировании перспективной сети ЛПУ, расчет оптимальных вариантов их мощности, типа и дислокации в различных системах расселения проводился последовательно - "снизу вверх", по ступеням иерархической организации медицинской помощи, с учетом целесообразности размещения объектов в пределах республики. При этом, с целью более эффективного использования ресурсов здравоохранения, следует применять следующие этапы медико-санитарного обслуживания: первичные, местные, районные, межрайонные, зональные и республиканские.

Исследование показало, что с медико-географических, экономических и социальных позиций в 9-и медико-организационных зонах наиболее оптимальными являются следующие центры: при межрайонной интеграции - Лянкяран, Сальяны, Алибайрамлы, Шамаха, Сумгайыт, Губа,

Газах, Гах, Шеки, Геокчай, Барда и Гянджа, из числа которых Алибайрамлы, Шеки, Гянджа и Сумгайыт могут быть центрами зональной интеграции.

Полученные результаты, приводящие к формированию перспективной сети районных, межрайонных и зональных ЛПУ, показывают, что при поэтапном планировании обеспечиваются структурные изменения специализированной медицинской помощи, оптимизация доступности их и повышение рациональности использования, но не увеличиваются основные показатели ресурсов здравоохранения. Очевидно, что развитие перспективной сети учреждений здравоохранения при данной методике планирования будет осуществляться путем качественных изменений. Преимущественная ориентация на интенсивный путь при формировании перспективной сети учреждений здравоохранения даст возможность для сокращения расходов, связанных с традиционным экстенсивным способом развития.

Для оценки потребителей в различных видах медицинских услуг наиболее сложной, трудоемкой и дорогостоящей задачей является репрезентативное обследование состояния здоровья населения. При этом, в основном, обращается внимание на заболеваемость по обращаемости и по данным госпитализации. Наши материалы о заболеваемости (117,4-593,3 на 1000 населения) и госпитализации (75,6-137,7 на 1000 населения) репрезентативной части населения районов (Сальяны, Биласувар, Кюрдамир, Лянкяран, Джалилабад, Масаллы, Губа, Хачмаз и Шамаха) показывают, что по различным причинам показатели в

этих районах друг от друга отличаются значительно, хотя при дополнении их материалами комплексных профилактических осмотров по районам (с охватом до 2-х тыс. жителей в каждом районе) получаются близкие по уровню истощенной заболеваемости (1562,4-1715,4 на 1000 населения) данные. Поэтому целесообразно в республике иметь специальную систему постоянного мониторинга уровня заболеваемости для периодической коррекции перспективных потребностей и спроса развития служб здравоохранения (1;3;8).

Не случайно, что на конференции, проведенной совместно Министерством здравоохранения республики, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Международным обществом здоровья Канады, Институтом Информации здоровья Канады 20-22 сентября 2000 года в г. Баку, обсуждалась "Национальная система мониторинга здоровья", и ее участники пришли к единому консенсусу - о важности этой системы для нашего суверенного государства.

Наши материалы свидетельствуют о том, что возрастно-половой состав населения районов Азербайджана друг от друга значительно не отличается. Поэтому основным фактором изменения потребности населения в перспективной сети учреждений здравоохранения, вероятно, является численность населения, которая с высокой достоверностью может быть спрогнозирована на основе тенденций демографических процессов.

Разработка оптимальной модели развития перспективной сети учреждений здравоохранения является конечной целью прогнозирования. Эта работа должна быть

комплексной, системной и строго научной. При этом необходимо учитывать:

- усиление интеграции потребностей населения в медицинских услугах на уровне села, поселков, районов и городов;
- обязательную этапность в системе построения сети ЛПУ;
- возможность координации и кооперации деятельности всей системы медицинской помощи при сохранении функционального назначения каждого учреждения;
- согласованность с прогнозируемой системой в районах, городах и др.;
- адекватность структуры сети особенностям патологии населения;
- доступность нагрузки минимальной функциональной лечебной единицы (отделение в стационаре не менее 25-30 коек), а в амбулаторно-поликлинических учреждениях - полная нагрузка врачебной должности;
- целесообразность сочетания структуры больниц и поликлиник, исключая дублирование оказываемых услуг;

- этапность формирования иерархии с дифференциацией местной и районной, межрайонной, зональной, областной и региональной функций для них.

Перспективная сеть ЛПУ в сельских районах республиканского подчинения Азербайджана должна формироваться с учетом прогноза численности и возрастнополового состава населения, доступности медицинских услуг и этапности их предоставления, оптимальной интеграции и адекватной дифференциации врачебных специальностей, межрайонной и зональной интеграции потребности населения, сохранения допустимого оптимального размера мощности самостоятельно функционирующих структурных подразделений.

Претворение в жизнь разработанных альтернативных структурно-функциональных моделей развития поэтапной организации формирования и размещения ЛПУ потребует решения многих задач медико-организационного и социально-экономического характера в период реформы в системе здравоохранения Азербайджана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джаббаров М.С. Методические вопросы вычисления комплексного показателя здоровья населения (мет. реком.). Баку, 1995.
2. Джаббаров М.С. Научные основы перспективного развития сети, мощности, типа, структуры ЛПУ в районах республиканского подчинения (мет.реком.). Баку, 1998.
3. Джаббаров М.С. Научные основы организации МСП населению районов республиканского подчинения. Баку, 1999.
4. Джаббаров М.С. Научные основы формирования сети амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждений на районном, межрайонном и зональном уровнях расселения. Автореф. докт. дис. М., 1999.
5. Джаббаров М.С. Методические аспекты оценки уровня и структуризации обеспеченности больничными койками. "Тафгазын стоматоложи јениликләри" журналы. Баку, 2000, N 1, с.53-55.
6. Лисицын Ю.П. Панорама охраны здоровья, реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы в здравоохранении. М., 1998.
7. Логинова Е.А. и др. Здравоохранение - Международный журнал, 1980., и др.
8. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ. Автореф. докт. дис. М., 1997.
9. Щепин О.П. и др. Теоретические и организационные аспекты ПМСП в России. Проблемы социальной гигиены и история медицины. М., 1996, № 2, с.38-41.

FUNCTION- ORGANIZATIONAL SIMULATION OF A HOSPITAL- PROPHYLACTIC NETWORK FOR THE LONG TERM SYSTEMS OF POPULATION MOVING

M.S. JABBAROV

Department of sosial hygiene and puplic health services organizations, AMU, Baku c.

The perspective network of hospital-prophylactic systems (HPS) in rural areas of repubeican cubordination in Azerbaijan should form with allowance for forecast of and age-sexual structure of the population, availability of medical services and steps of their granting, optimum federating and adequate differentiation of medical specialties, inter-district and zonal federating of the population requirement, preservation of the atlowable optimum size of independen operating structural sectioning vigor.

The implementation of the designed alternate structuraeey functional patterns of development of formation and accommodation HPS installment organization will demand the solution of many medical-management problems and sosial economic nature during reform in a system of public health services of Azerbaijan.

STOMATOLOJİ XİDMƏT



Tam ağrısız və keyfiyyətə təminat vermək şərtlə:

- Dişlərin çəkilməsi;
- Dişlərin müalicəsi;
- Müxtəlif növ (metal-keramika, metal-plastmas, bəgel və s.) protezlərin hazırlanması;
- Selikli qışa və paradont toxumaları (stomatit, gingivit, paradontoz və s.) xəstəliklərinin müalicəsi;

Ünvan: Bakıxanov qəsəbəsi, M.Fətəliyev küçəsi 68, Həkim-stomatoloq Abdullayev İlham

КОНГРЕСС FDI В МАЛАЙЗИИ

Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация приглашает всех желающих принять участие на Ежегодном Всемирном Стоматологическом Конгрессе в Куала-Лумпуре

В г. Куала-Лумпур Вас ждет незабываемое стоматологическое собрание Ежегодного Всемирного Стоматологического Конгресса. Всемирная Стоматологическая Ассоциация FDI и Малазийская Стоматологическая Ассоциация проводят этот конгресс с 27-ого сентября по 1-ое октября, 2001 г.

Вашему вниманию будут предоставлены широкий выбор прекрасных отелей и экскурсий, по очень доступным ценам, а также Вам предоставится шанс посетить экзотические местности и культурные центры Малайзии.



*По вопросам поездки обращаться в АСА по адресу:
Баку, ул. Тебриз 102, тел/факс 41-20-81*

ELAN

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

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

Reklam və reklam materiallarının yerləşdirilməsi şərtləri əlverişlidir.

Jurnalın redaksiyası həmçinin reklam agentlərini əməkdaşlığa dəvət edir.

***Reklam yerləşdirmək barədə məlumat üçün
41-20-81 nömrəli telefona və faksə
müraciət edə bilərsiniz.***

ОБЪЯВЛЕНИЕ

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

Журнал Азербайджанской Стоматологической Ассоциации "Qafqazın stomatoloji yenilikləri"

распространяется в странах Закавказья, Средней Азии, в России и в Турции.

Условия размещения рекламы и рекламных материалов выгодные.

Редакция журнала также приглашает к сотрудничеству рекламных агентов.

***По вопросам размещения рекламы
обращайтесь по телефону/факсу 41-20-81***

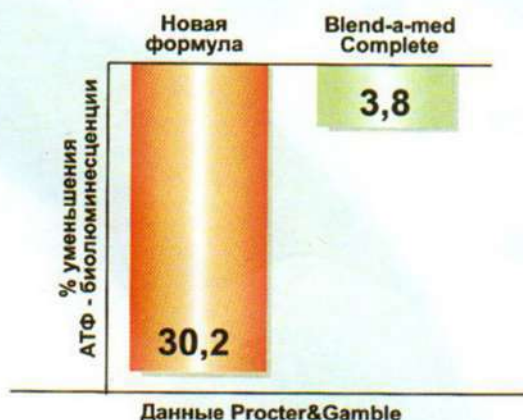


Новый Blend-a-med Complete

Совершенная гигиена полости рта, которой вы можете доверять



Лучшая антибактериальная эффективность



Защита от образования налета

Процент уменьшения образования налета после 4 дней использования



Данные Procter&Gamble

Защита от заболеваний десен



Шкала уменьшения по отношению к базовой линии после 6 месяцев

Данные Procter&Gamble

Защита от кариеса

Зубные пасты, содержащие NaF по отношению к плацебо



Зубные пасты, содержащие Na MFP по отношению к плацебо



Stokey et al. Car Res 1993; 27: 337-360

Защита от образования зубного камня

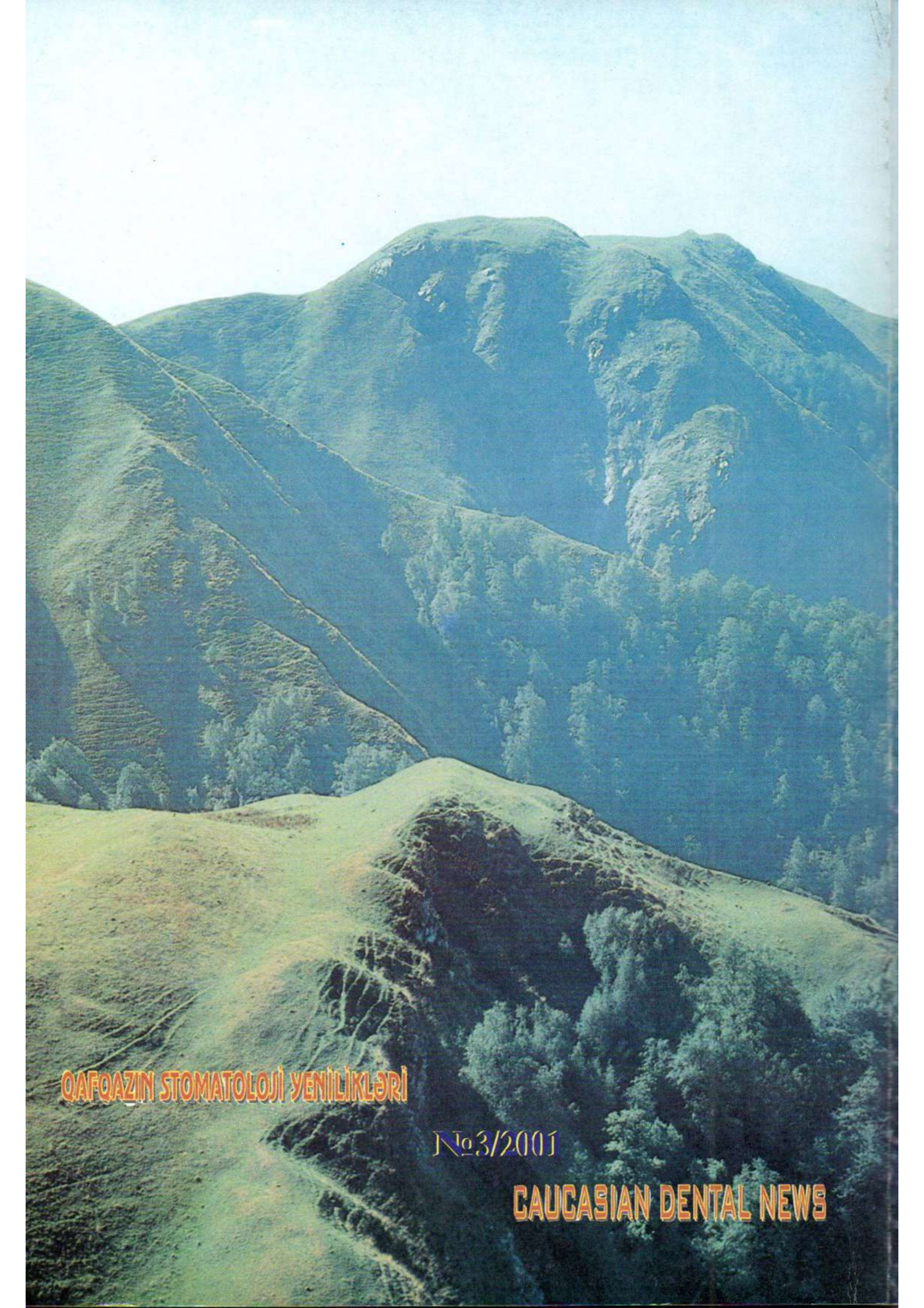
уменьшение образования зубного камня

37%

Относительное уменьшение после 6 месяцев использования по отношению к контролю, не содержащему пирофосфата

Данные Procter&Gamble

Новая улучшенная всесторонняя антибактериальная эффективность благодаря новому балансу формулы



QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ

№3/2001

CAUCASIAN DENTAL NEWS



QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ

№ 3 – 2001

Procter & Gamble