



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLERİ



№9 - 2005

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 9 2005

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSIASİYASI



AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

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

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

Redaksiya heyyyəti

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

Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Ukrayna
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya

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

Rusiya
Azərbaycan
Rusiya
Özbəkistan
Qazaxıstan
Türkiyə
Rusiya
Gürcüstan
Azərbaycan

MÜNDƏRİCAT

✓	Стоматология - это целая наука и она требует грамотного подхода. <i>Алиева Р.К.</i>	3
✓	Şagirdlər arasında “Dişlərə və ağız boşluğuna qulluq” təhsil proqramı. <i>Gülməmmədova T. Y</i>	6
✓	Распределение основных средств личной гигиены полости рта и их роль в профилактике стоматологических заболеваний <i>Улитовский С.Б.</i>	8
✓	Комплексная микроскопическая характеристика слизистой оболочки полости рта и языка в условиях экспериментального применения циклофосфана и витамина “Е”. <i>Керимова Г.Э</i>	15
✓	Сканирующая электронная микроскопия взаимодействия микроорганизмов с брекет-системами и твердыми тканями зуба. <i>Алимова Р.Г.</i>	22
✓	Обоснование озоново-ультразвукового метода при профилактике и лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области на амбулаторном приеме врача стоматолога-хирурга. <i>Бунин М.А., Педдер В.В., Матушек А.И., Вагнер В.Д., Дистель Р.А.</i>	27
✓	Секреты ортогнатической хирургии. <i>Новрузов Г. З., Оздилер Ф. Е., Сулейман Халил, Н. Бора Сайан, Хакан Карасу, Зухал Кучукйавуз</i>	36
✓	Azərbaycan Respublikasında diş-çənə anomaliyalarının epidemiologiyası. <i>Z.İ.Qarayev, N.A. Pənahov</i>	44
✓	Основные пути передачи хеликобактериоза и механизм их реализации. <i>М.Г. Алиев, И.Б. Ахмедов</i>	48
✓	Структура кровнородственных браков и заболеваемость детей раннего возраста, родившихся от этих браков. <i>Гулиев Н.Д., Гараева С.З.</i>	54
✓	Sağlam Təbəssüm	57
✓	Azərbaycanın Beynəlxalq Səhiyyə Sərgisi “Sağlamlıq” BİHE-2005.....	58
✓	Генеральная Ассамблея ERO-FDI Афины-2005.....	60
✓	Oral-B pozdravlyayet vypusknikov Azerbaydzhanskogo meditsinskogo universiteta.....	61
✓	V съезд стоматологов Узбекистана.....	65
✓	93-ий Ежегодный конгресс FDI Монреаль 2005 год.....	67

СТОМАТОЛОГИЯ - ЭТО ЦЕЛАЯ НАУКА И ОНА ТРЕБУЕТ ГРАМОТНОГО ПОДХОДА



Беседу с Президентом Азербайджанской Стоматологической Ассоциации, руководителем кафедры детской стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета профессором Реной Алиевой ведет журналист Эльдар Гусейнов

Насколько серьёзно меняется на сегодняшний день тенденция рынка стоматологии?

- Изменений много и я скажу, что развитие идет уверенными шагами и его результаты налицо. За последние 6-7 лет в республике врачи однозначно поняли, что если они не будут стараться совершенствовать свои профессиональные знания, приобщаться к современным технологиям в области стоматологии, у них возникнут серьезные проблемы в работе. Сегодня врач должен быть в курсе новейших разра-

боток, как в области техники, так и в сфере медикаментов. Необходим процесс развития. А если учесть активно развивающийся частный сектор, то его преимущество в условиях здоровой конкуренции совершенно очевидно. Специалисты, практикующие в частных клиниках, постоянно стремятся к совершенствованию методов лечения, поскольку это помогает им занимать передовые позиции на рынке медицинских услуг.

- То есть необходимо менять мышление врачей. А пациентов?

- Безусловно, ведь для того, чтобы быть конкурентноспособным, необходимо оборудовать свои клиники соответствующим современным стандартам. Это включает в себя, прежде всего, правильный подбор персонала, современное оборудование, которое должно постоянно обновляться. На сегодняшний день уровень медицинской службы не определяется только медицинской квалификацией врача. Важную роль в этом вопросе играет и оборудование, на котором он работает, и эти два понятия находятся в прямо пропорциональной зависимости. Оборудование также развивается в связи с научно-техническим прогрессом. Сегодня, раз купив новое оборудование, нельзя использовать его годами. Необходимо заменять его новым, более современным. Ситуация меняется буквально на глазах,

появляются новые возможности, меняется и сам подход к лечению. Если раньше врач работал с пациентом один, то сегодня практически все современные стоматологические установки рассчитаны на работу в четыре руки. И сегодня стоматолог уже должен работать с ассистентом. Помимо этого, стоматология сегодня напрямую связана с эстетикой, с качеством жизни, которое включает в себя ряд дополнительных понятий. Качество жизни и здоровые зубы - два понятия, которые тесно связаны друг с другом. Человек должен правильно питаться, не иметь нарушений в речевом аппарате, функции жевания. У человека должна быть красивой улыбка. Красота и здоровье - это два неразделимых понятия. Поэтому так важно менять и мышление пациентов. Они не должны идти к врачу, когда что-то болит, нужно проходить постоянный профилактический осмотр.

- Но реально ли это?

- Конечно. В 2002 году я была на одной из крупнейших выставок по стоматологии в США, и там я прослушала лекцию, в которой говорилось, что в Америке удаление зубов составляет, согласно статистике, всего лишь 2%. У них это считается самой крайней мерой, ведь сегодня существует немало различных методов, позволяющих сохранить зуб. И это не только имплантация, что уже делается в последнюю очередь, а различные методы ухода за полостью рта, методы профилактики, позволяющие сохранять зубы. Уменьшение распространенности и интенсивности заболеваний ведется не за счет интенсивности лечения этих заболеваний, а за счет профилактических мероприятий. На сегодняшний день в мире создано немало различных гигиенических средств - зубные пасты, щётки, гели, жевательные резинки. Все эти средства предназначены

для эффективной профилактики зубных заболеваний. К тому же, в мире есть такая специальность - врач-стоматолог-гигиенист. И мы со стороны нашей Ассоциации также будем стараться, чтобы эта специальность была включена в номенклатуру врачей.

- Как вы считаете, существует ли сегодня в стране центр, который можно привести в качестве примера соответствия международным стандартам?

- Дело в том, что назвать какой-либо один центр или клинику трудно. У нас как принято? Если врач получил диплом и лицензию, то он уже может открыть клинику. Но это совершенно неверный подход. Как можно не зная, какой объём работы доступен данному врачу, выдавать ему лицензию? Со стороны нашей Ассоциации мы намерены поднять этот вопрос, который требует решения в рамках общепризнанных стандартов. Каждая клиника должна иметь возможность сообщать своим пациентам, какой объём работы она выполняет. И оценку их возможностям должны давать профессионалы. А у нас что получается - один человек выдает лицензии и стоматологам и хирургам, и врачам УЗИ, при этом, не разбираясь в тонкостях этих специальностей.

Читаешь иной раз объявления в газете и видишь, что та или иная клиника предлагает чуть ли не все виды стоматологического лечения. Это просто невозможно, чтобы один или два врача могли выполнить весь тот объём работ, о которых говорится в объявлении. Поэтому вопрос о приближении стоматологических клиник к уровню соответствия стандартам должен решаться как можно быстрее, тем более что наша Ассоциация, являясь членом Всемирной федерации стоматологии, а также Европейской региональной организации, осуществляет деятельность на пути интегри-

рования наших врачей в мировое стоматологическое сообщество.

- Насколько важно проведение в Баку выставок **VİNE** на ваш взгляд специалиста?

- Очевидно, что бакинская выставка стала традиционной и пользуется большим успехом. С этой точки зрения проведение подобных мероприятий можно только приветствовать, ведь именно на таком форуме специалисты имеют возможность ознакомиться с новым оборудованием, новыми медикаментами и сопутствующими препаратами, а также установить новые контакты. Но хотелось бы отметить один факт-в мире уже давно помимо общих

медицинских выставок, проводятся ещё и своеобразные форумы по различным разделам здравоохранения. Это отдельные большие самостоятельные мероприятия. Думаю, что проведение, например, отдельной выставки по стоматологии было бы интересным, так как стоматология - наиболее мобильная часть здравоохранения, и соответственно, наиболее мобильно может подвергаться реформированию.

В заключении, хотела бы поблагодарить компанию Iteca Caspian за организацию подобных мероприятий. Хочу также добавить, что наша Ассоциация приветствует решение компании о рассмотрении проекта проведения выставки, посвященной стоматологии.



Şagirdlər arasında “Dişlərə və ağız boşluğuna qulluq” təhsil proqramı.

Gülməmmədova T.Y.

Azərbaycan Tibb Universitetinin uşaq stomatologiyası kafedrası



Məlum olduğu kimi, kariyes və parodont xəstəliklərinin çox əsrlik tarixi vardır. Dünya təcrübəsi göstərir ki, dişlərin və parodont toxumalarının sağlamlığını qorumaq üçün, gündəlik təcrübədə stomatoloji

xəstəliklərin profilaktikasına böyük yer ayrılmalıdır.

Profilaktika deyildikdə dövlət, sosial, gigiyenik və tibbi tədbirlərin həyata keçirilməsi nəzərdə tutulur. Bunların hesabına sağlamlığın qorunması və xəstəliklərin qarşısının alınması mümkündür. Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası dövlət miqyaslı məsələdir və əhəlinin sağlamlığına yönəldilən kompleks proqramın mühüm bir hissəsini təşkil edir.

Məlum olduğu kimi, profilaktikanın iki aspekti vardır:

1) tibbi (tibbi və gigiyenik tədbirlər daxildir);

2) qeyri-tibbi (sosial tərəfi).

Bu məsələdən aydın olur ki, tək tibb işçilərinin söyləri hesabına xəstəliklərin qarşısının alınması mümkün ola bilməz.

Burada dövlət və sosial qurumlarının da mühüm rolu vardır. Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikasının sosial aspektlərindən şəxsi gigiyenaya, qidalanmanın, istirahətin və əməyin rəasional rejiminə riayət etməyin böyük əhəmiyyəti var.

Hər bir profilaktik proqramın əsas hissəsini sanitar maarifləndirmə işi təşkil edir. Belə ki, əhəlinin stomatoloji sağlamlığının qorunub saxlanması şəxsi məsuliyyət amili vacib şərtlərdən biridir. Bu məqsədlə stomatoloqlar tərəfindən əhalidə ağız boşluğuna gündəlik gigiyenik qulluğun zəruriyyəti haqqında məlumatlar aşılmalıdır.

Məlum olduğu kimi, sanitar-maarif-



Növbəti dərslə hazırlıq müzakirə olunur.

ləndirmə işi aşağıdakı şəkildə aparıla bilər: söhbətlər, mühazirələr, seminarlar, sağlamlıq dərsləri, oyun formaları və s. Bu işləri



Dərs sona çatdı və tədris vəsaitləri paylandı.

uşaqlar və onlarla ünsiyyətdə olan müəllimlər, tibb işçiləri, valideynlər arasında aparmaq lazımdır.

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı və Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyası tərəfindən əhalinin stomatoloji sağlamlığının qorunması üçün aşağıdakı prinsiplər irəli sürülmüşdür:

a) stomatologiya sahəsində sanitar maarifləndirmə işinin səviyyəsinin artırılması;

b) stomatoloji təcrübədə profilaktik tədbirlərə yer ayrılması;

v) flüor tərkibli diş məcunlarının müntəzəm şəkildə tətbiqi.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası beynəlxalq prinsiplərə sadıq qalaraq, Respublikada II-ci sinif şagirdləri arasında "Dişlərin və ağız boşluğunun sağlamlığı" təhsil proqramının keçirilməsinə böyük diqqət göstərir. Bu proqram Bakı, Gəncə, Sumqayıt, Mingəçevir və

çatmışdır.

Biz əminik ki, "Dişlərin və ağız boşluğunun sağlamlığı" proqramı 8 - yaşlı şagirdlər arasında effektiv sanitar-maarifləndirmə işi olaraq, çox sayda uşaq əhatə edəcək və nəticədə əsas stomatoloji xəstəliklərin azalmasına şərait yaradacaq.



Uşaqları tədris vəsaitləri çox maraqlandırır.

Распределение основных средств личной гигиены полости рта и их роль в профилактике стоматологических заболеваний

С.Б. Улитовский

Заслуженный врач РФ, профессор кафедры терапевтической стоматологии СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. (Россия)



Нам ни как не отделаться от стереотипов. Таким же стереотипом является желание знать, какая паста, щетка, ополаскиватель и т.д. является единственной, неповторимой и самой лучшей. Однако, следует понимать, что современные технологии производства у всех ведущих производителей очень близки друг другу, и качество продукции зависит от качества исходного материала (сырья) и тех фирменных ноу-хау, которые присущи какой-то, только одной компании. Также следует знать и понимать, что ряд, даже ведущих мировых фирм заказывает производство своей продукции у одних и тех же производителей. Так, к примеру, компания M+C Schiffer GmbH, Dental Care Products постоянно сотрудничает с такими известными компаниями, как Glaxo SmithKline, Unilever, Procter & Gamble, Johnson & Johnson, Aldi, Anton Schlecker,

Rossmann, Norma, Tesco, Safeway, Carrefour, Promodes, теперь к ним подключилась и российская кампания "Невская Косметика". Их сотрудничество заключается в разработке и производстве мануальных зубных щеток для этих компаний. Наглядными примерами этого взаимовыгодного сотрудничества является производство таких щеток, как щетки mentadent для Unilever, щетки Aquafresh Flex Triple-Action для Glaxo SmithKline, Crest для Procter & Gamble, Reach Access Pluss для Johnson & Johnson, Dr. Best для Glaxo SmithKline, blend-a-dent massage+ для Procter & Gamble, dontodent для Schiffer/dm.

В состав корпорации CORONET group входят такие компании как Eurobros, Fuchs, Pedex и Interbros. Эти компании производят продукцию и сырье для него как под своими торговыми марками, так и по контрактам и договорам с другими компаниями. Они производят свой нейлон 612 для щетины зубных щеток, свои щетки под маркой "Fuchs". Они, также, разрабатывают свои собственные модели и технологии, стремясь создавать новые формы. Они также выполняют заказы таких компаний, как Colgate, Procter & Gamble, Johnson & Johnson, Glaxo SmithKline. Дизайн новой продукции и их воплощение в конечный продукт - вот приметы современного мира.

Данные примеры, уже сами по себе

наглядно показывают, что продукция не может отличаться по качеству, если ее производят одни и те же производители из одного того же сырья.

В этом плане, безусловно, будут выгодно отличаться те компании, которые занимаются самостоятельной разработкой новых образцов продукции силами своих дизайнеров, технологов, врачей-стоматологов, гигиенистов и прочих специалистов в собственных исследовательских лабораториях, а потом, внедряют его на собственном производстве. Однако, даже в этом случае, неизбежно присутствует момент приобретения сырья для окончательного продукта, которое закупается у различных поставщиков и производителей этого сырья. И вот тут-то наступает очень ответственный момент, который влияет на качество окончательного продукта - это то качество, которое присуще вновь приобретенному сырью, для производства окончательного продукта. И тут не важно, что это будет - пасты, щетки или другие продукты, а важно другое - имеется ли у производства регистрация в системе внутреннего качества, т.е. когда каждый из сотрудников предприятия от директора до уборщицы отвечают за саму процедуру качественного производства качественных продуктов. Это ещё одна отличительная черта современного мира, особенно характерная для развитых стран, и эта черта - сертификация производства в рамках системы качества ИСО 9000. Сегодня не выгодно производить некачественную продукцию, такого производителя и дистрибьютора очень быстро подвинут с мирового рынка товаров. Подобные фокусы проходят в странах третьего мира, в развивающихся странах, странах в которых произошли серьезные социально-экономические реструктуризации, как например, в России, так как в них ещё нет сертификации качества, а имеется только сертификация соответствия, т.е.

когда продукт, самое главное, должен быть безопасным для потребителя, а будет он, или не будет обладать теми сказочными свойствами, которые ему приписывают его производители или нет, это уже дело десятое, не так и важное. Именно по этой причине не стоит удивляться тому огромному количеству низкокачественной продукции и подделок, которые мы сейчас встречаем на сегодняшнем российском рынке средств личной гигиены полости рта. Также этому способствует низкий покупательский уровень основной массы населения страны.

В 2001 году, в соответствии с американской информацией, на долю компании Oral-B (Gillette) приходилось 31% мирового рынка зубных щеток, на долю компании "Колгейт - Палмолив" приходилось 18%, на долю "Джонсон и Джонсон" - 6%, на долю "ГлаксоСмитКляйн" - 8%, "Проктера и Гэмбла" - 6%, "Юнилевера" - 6%, "Филипса" - 3%, тогда как на всех остальных производителей приходилось 22% рынка. Состояние рынка - это вещь не стабильная, каждый из участников этой игры пытается сдвинуть чаши весов в свою пользу, а сделать это можно, только за счет производства современной, качественной продукции обладающей новыми свойствами, повышающими её эффективность и упрощающими её использование.

С этой же целью, недавно, независимая некоммерческая организация Кохрейн Коллаборейшн провела изучение и оценила клинические свойства ряда наиболее современных электрических зубных щеток. Ценность данного исследования заключается в его независимости, непредвзятости и объективности.

Всестороннее исследование, проведенное под руководством Cochrane Collaboration силами английской некоммерческой исследовательской группой, занимающейся вопросами здоровья, проанализировало все

доступные опубликованные исследования, проведенные за период с 1964 по 2001, включавшие более чем 2500 участников. Это независимое исследование пришло к выводу, что зубные щетки с комбинированными пульсирующими и возвратно-вращательными движениями, технология, пионерами в которой стала Oral-B в 1991 году, более эффективны, чем любой другой тип зубных щеток, мануальных или "звуковых" в снижении зубного налёта и явлений гингивита.

Флагман электрических зубных щеток Oral-B 3D Excel использует в своей оригинальной технологии сочетание высокоскоростных пульсирующих и возвратно-вращательных движений, запатентованной как 3D технология (объемный чистящий эффект). Oral-B 3D Excel, с уникальным сочетанием компактной головки и 3D действием, превосходно очищает пришеечную область и зубодесневую борозду и даже способствует обратному развитию такого заболевания десен, как катаральный гингивит. 3D технология Oral-B - клинически подтверждена большая эффективность в предотвращении роста зубных отложений, чем "звуковая" технология. К тому же нет свидетельств того, что электрическая зубная щетка причиняет больше повреждений, чем мануальная щетка.

В исследование Cochrane были включены электрические зубные щетки произведённые Braun Oral-B, Philips, Sonicare, Interplak, Rowenta и Ultrasonex.

Cochrane Collaboration - это международная некоммерческая организация, целью которой является помощь потребителям и клиницистам в получении компетентного заключения относительно средств предназначенных для поддержания здоровья путем подготовки и продвижению систематических обзоров по влиянию на здоровье, при их вмешательстве. Cochrane

Collaboration включает 49 тематически основанных объединенных обзорных групп и 8000 ассистентов в более чем 70 странах мира. Американская штаб-квартира данной организации располагается в Brown Университете, в Провиденсе, Род Айленд и имеет филиалы в Бостоне и Сан-Франциско. Она также имеет свои центры в Австрии, Бразилии, Канаде, Китае, Южной Африке, Голландии, Германии, Италии, Испании, Норвегии и Великобритании.

Группа Здоровья Ротовой Полости базируется в Манчестере в Англии, и является одной из 49 исследовательских групп данной международной организации с центрами в 13 странах мира. Collaboration была основана в 1992 и состоит из добровольцев профессионалов, которые являются искушенными аналитиками в технике, способными объединить и оценить предстоящие клинические исследования. Производя и распространяя систематические свидетельствующие обзоры, Cochrane нацелен на предоставление возможности профессионалам в области здоровья, пациентам, агентствам третьих сторон и правительствам сделать обоснованный информированный выбор в отношении средств поддержания здоровья.

Вопрос о зубных пастах наверно, не менее животрепещущий, а скорее даже более, так как подавляющее большинство населения, включая и специалистов, придают им значительно большее, чем есть на самом деле, значение в плане очищения зубов от налёта. Все-таки, правильное сказать, что зубная щетка первична, а зубная паста - вторична, хотя бы по тому, что если паста не будет нанесена щеткой на зубы, то её эффективность будет с неумолимой скоростью стремиться к нулю.

Зубные пасты (ЗП) - это, пожалуй, единственное средство гигиены (СГ) полости рта (ПР), к которому приковано постоянное пристальное внимание во всех

странах, включая Россию. Даже у нас различными службами неоднократно предпринимались попытки проведения всевозможных рейтингов ЗП.

Один из подобных рейтингов, который скорее следует назвать псевдорейтингом, был проведен Центром независимой потребительской экспертизы. Самым существенным его недостатком было то, что все зубные пасты оценивались по одинаковым критериям, без учета их специфики (детские и взрослые, для курильщиков и для зубов с повышенной чувствительностью, лечебные и гигиенические), определялись их "потребительские" свойства, например, легкость выдавливания из туба, количество воздушных пузырей и т.п. Естественно, что и само распределение ничему не соответствовало, так как был нарушен основной принцип оценки сходных групп товаров. Проводя рейтинг ЗП, их сначала необходимо распределить по группам, а уже после этого оценивать свойства и характеристики в каждой отдельно взятой группе с аналогичными параметрами, назначением и механизмом действия.

Покупатели не совсем реально представляют себе свойства и назначение паст, спрос, скорее всего, определяется рекламной активностью фирм (Толоконников А. с соавт., 1994).

57% от общего числа опрошенных пользуются только импортной зубной пастой, 16% выбирают отечественную продукцию, а для оставшихся 27% производитель не имеет значения (1).

Е.Д. Кучумова и Я.В. Стюф (1998) провели опрос населения Санкт-Петербурга с целью выяснения приверженностей горожан к тем или иным средствам гигиены ПР. Они установили, что 32,2% респондентов пользуются зубной пастой Blend-a-med, 18,8% - "Жемчуг", 10,9% - Colgate, 6,7% - Aquafresh, 5,4% - "Лесная", 3,8% -

Pepsodent, 3,3% - Oral-B, 2,5% - Macleans, 2,1% - Signal, 1,7% - Lacalut, 1,7% - Denivit, на другие ЗП приходится 10,9%.

Зубные пасты для зубов с повышенной чувствительностью:

Oral-B Sensitive - ЗП, обладающая выраженным десенситивным действием, благодаря 17% содержания в ней гидроксиапатита, за счет которого происходит закупорка отверстий дентинных канальцев и восстановление осмотического давления внутри них, очень низкая абразивность (относительное истирание дентина = 30), хорошая упаковка, $pH = 6,5-7,5$, содержание тензидов - 1,1%.

Dr. Best Sensitive - ЗП, профилактическое действие которой оказывается благодаря фторидам, низкая абразивность, хорошая упаковка, $pH = 6,5$, содержание тензидов - 1,9%, NaF - в растворенном виде 970 мг/кг.

Elmex Sensitive - ЗП с выраженным кариеспрофилактическим действием за счет аминофторида, на основе оценочных измерений и приведенной рецептуры действующих компонентов возможно снижение чувствительности, хорошая упаковка, $pH = 6,0$, тензиды - 1,9%, AmF - 1 350 мг/кг в растворенном виде.

Mentadent Sensitive - ЗП с удовлетворительной профилактикой кариеса за счет $NaMFP$, снижение чувствительности шейки зуба, низкая абразивность, хорошая упаковка, $pH = 6,5$, содержание тензидов - 0,8%, фторофосфат натрия - 1 040 мг/кг в растворенном виде.

Sensodyne F - ЗП с удовлетворительной профилактикой кариеса за счет $NaMFP$, снижение чувствительности шейки зуба, низкая абразивность, хорошая упаковка,

$pH = 5,8$, содержание тензидов - 1,1%, $NaMFP$ - 1 010 мг/кг в растворенном виде.

Следует отметить, что наиболее эффективное десенситивное воздействие оказывают пасты, свободные от фтористых

ЗП для ежедневного использования (изготовитель), обладает удовлетворительными очищающими свойствами, умеренным истиранием эмали, удовлетворительной профилактикой кариеса за счет NaMFP, удовлетворительная упаковка, pH = 6,8, тензиды - 1,5%, фториды - 1 023 мг/кг.

Smokers для отбеливания зубов - порошок рекомендуется для использования 1-2 раза в неделю в дополнение к обычному уходу за ПР, обладает отличным очищающим действием, чрезвычайно сильное истирание зубной эмали, pH = 9,5, тензиды - 0,9%, фториды - 927 мг/кг.

Super White естественная белизна - гелевая ЗП для ежедневного использования (производитель), обладает удовлетворительным очищающим действием, незначительное истирание эмали, отличная профилактика кариеса за счет NaMFP, не содержит веществ для профилактики заболеваний пародонта, pH = 8,5, тензиды - 1,8%, фториды - 1 433 мг/кг.

Однако не следует увлекаться отбеливающими пастами с повышенными абразивными свойствами, их использование следует сократить до 1-2 раз в неделю, в противном случае может развиваться повышенная чувствительность зубов вследствие повышенной истираемости эмали.

При здоровых зубах и деснах мы рекомендуем использовать любую фторсодержащую пасту. Главное подобрать ее в соответствии со своим вкусом, цветом и ценой.

При заболеваниях десен следует выбирать лечебно-профилактическую пасту, обладающую противовоспалительными свойствами, пониженной абразивностью, такие как Oral-B Advantage, Colgate-Total и др. Пастами содер-

жащими активные антисептики, типа хлоргексидина или триклозана постоянно пользоваться не следует, чтобы не спровоцировать развитие дисбактериоза, их следует назначать пациентам в период обострения воспалительных состояний в полости рта, при переломах челюстей, при абсцедировании, но опять же, кратковременно, не более 4 недель.

Однако всегда следует помнить, что периодически, раз в два-четыре месяца, пасту надо менять, но менять её надо не по названию, а по составу. Дело в том, что сейчас продается огромное количество абсолютно идентичных зубных паст, с абсолютно идентичным содержанием всех компонентов, которые могут отличаться только названием и компанией для которой они произведены и от имени которой будут продаваться, тогда как сами были произведены на одном и том же производстве.

При выборе пасты следует учитывать, что существует реальная ассоциативная взаимосвязь между восприятием вкуса и цветом продукта. Именно в этой связи в упаковках зубной пасты или в них самих используются наиболее часто, для ассоциативного восприятия, следующие закономерности: зеленый цвет воспринимается как умеренно¹ ментоловый, насыщенный блестящий синий - как выражено мятный; темно-синий матовый - как солевой, зеленый темный - как растительный; оранжево-золотой - как календулы; розовый - как клубничный; красно-малиновый - как малины и т.д.

Так, Х. Тюгель (1999) указывает на утрату восприятия вкуса при отсутствии надлежащего цвета.

При чувствительности зубов на внешние раздражители следует пользоваться пастами с пониженными абразивными свойствами и способными нормализовывать реакцию зубов на эти

воздействия, к ним относятся десенситив-ные пасты типа Oral-B Sensitive. Поскольку наиболее эффективные десенситивные ЗП не содержат соединений фтора, то, наряду с ними, надо использовать фторсодержащие ополаскиватели.

В тоже время, для объективизации наших субъективных ощущений мы разработали и внедрили индексы эффективности: мануальной зубной щетки, зубной пасты, ополаскивателя для рта, электрической зубной щетки, ирригатора, орального центра (Улитовский С.Б., 1999; 2000; 2001; 2002; 2003). С помощью этих данных врач-стоматолог, исследователь, эксперт по сертификации данной группы продуктов могут получить реальные представления о свойствах данного продукта и ориентироваться по ним, давая назначения своим пациентам. Эти индексы позволяют объективно распределить то или иное средство индивидуальной гигиены полости рта, в зависимости от их положительных свойств.

Появление и введение в индексы новых

свойств продукта повышают достоверность его оценки, но не влияет на границы оценки индекса.

Из всех этих сведений можно заключить, что для того, чтобы стоматолог или гигиенист стоматологический могли дать грамотные рекомендации по индивидуальной гигиенической профилактике основных стоматологических заболеваний, они должны обладать достаточно обширными знаниями по данному предмету. На сегодняшний день представления о роли и значимости индивидуальных средств гигиены радикальным образом меняются. По-этому, специалист, рекомендуя своим пациентам только чистить зубы дважды в день, просто на просто дискредитирует себя в их глазах, так как это представления позавчерашнего дня, которые не могут удовлетворить ни специалиста, ни, тем более, его пациента. Современный пациент хочет ощущать заботу о здоровье его полости рта со стороны лечащего врача, а не формальный подход.

Литература

1. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В. Реклама - новый элемент в комплексе мероприятий по профилактике заболеваний полости рта // Пародонтология. - 1998. - N 4. - С. 31-36.
2. Толоконников А., Бурцева Е., Казанцева А., Пилевина В. Скажи, чем ты чистишь зубы, и я скажу, какие они у тебя: Маркетинг зубных паст // Деловой Мир. - 1994.
3. Тюгель Х. Яства из пробирки // Гео. - 1999. - N 6. - С. 42-52.
4. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта - первичная профилактика стоматологических заболеваний. М., 1999.- 144 с.
5. Улитовский С.Б. Прикладная гигиена полости рта. М., 2000.
6. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.-328с.
7. Улитовский С.Б. Зубные пасты. СПб., 2001.- 272 с.
8. Улитовский С.Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта: порошки, пасты, гели зубные. СПб., 2002.- 296 с.
9. Улитовский С.Б. Мануальная зубная щетка. СПб., 2002.- 224 с.
10. Улитовский С.Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта: электрические и мануальные щетки зубные. СПб., 2003 - 232 с.
11. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. М., 2003.- 220с.
12. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний. М., 2003.- 230с.

КОМПЛЕКСНАЯ МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАНА И ВИТАМИНА "Е"

КЕРИМОВА Г.Э.

Кафедра ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета



Одним из путей устранения метаболитов противоопухолевых препаратов из организма, является их экскреция слюной [9, 10]. При этом часть продуктов расщепления цитостатиков могут обладать токсическим воздействием в отношении слизистой оболочки полости рта (СОПР), языка, пародонта и слюнных желез [3, 5, 6, 7, 9]. Клинические и экспериментальные исследования, посвященные структурной организации и метаболическому статусу СОПР в условиях приема противоопухолевых препаратов, в частности - циклофосфана, пока единичны и практически не рассмотрен возможный протекторный эффект антиоксидантов и стимуляторов репаративной регенерации, в частности - витамина "Е" при повреждениях СОПР, вызванных приемом циклофосфана [3, 7, 9, 10].

Цель исследования. Гистологически и гистохимически сравнительно изучить состояние слизистой оболочки полости рта и языка при внутрибрюшинном введении циклофосфана и применения витамина "Е" в условиях эксперимента.

Материал и методы исследования.

Эксперименты были поставлены на половозрелых белых беспородных крысах-самцах весом 180,0 - 210,0 гр. Животные были разделены на четыре группы 1) "интактные" (10 крыс) - без медикаментозного воздействия; для оценки состояния "интактной СОПР" 2) контрольная группа "плацебо" (10 животных) - внутрибрюшинно вводилась вода для инъекций (по 0,12 мл; соответственно объему физиологического раствора - среды для циклофосфана); 3) группа "циклофосфана" (30 крыс) - в течении 5 суток ежедневно, в одно и то же время суток внутрибрюшинно вводился циклофосфан в физиологическом растворе NaCl из расчета 6,0 мг сухого препарата на каждое животное (по 30,0 мг/кг); суммарная доза составила 150 мг/кг; 4) группа "циклофосфан + витамин "Е" (30 животных) - одновременно с внутрибрюшинным введением циклофосфана, но в течении 21 суток подряд подопытным крысам ежедневно однократно перорально вводился витамин "Е" в дозе 200мг/кг. Животные умерщвлялись обезглавливанием под эфирным наркозом на 5, 8, 11, 14 и 21 сутки введения циклофосфана. Кусочки слизистой оболочки брались из преддверия, дна ротовой полости, а также - из щек и нёба. Для гистохимической характеристики же СОПР на криостатных срезах (10,0-12,0 мкм) из замороженных фрагментов были изучены следующие субстраты и ферменты: гликоген - ШИК-реакцией методом

Ходжкисса - Мак-Мануса; рибонуклеопротеиды (РНП) - реакцией Браше; фосфолипиды - суданом черным "В", гликозаминогликаны (ГАГ) - 0,05% забуференным раствором тионина с pH-5,5 по И.А. Гасанову; суммарные белки - амидо-черным "10Б" по Гееру, аденозинтрифосфатаза (АТФ-аза) - в инкубационной среде в прописи Вакштайна и Майзель [2, 4, 8]. Цифровые данные были обработаны методами статистики для параметрических и непараметрических критериев при уровне доверительной вероятности $P = 0,95$ [1, 2].

Полученные данные и их обсуждение.

Слизистая оболочка преддверия, щек, дна ротовой полости и нёба у "интактных" животных и группы "плацебо" обладает принципиальной общностью гистологической организации. В рассмотренных зонах она состоит из эпителиальной и собственной пластинок без подлежащего гладко-мышечного пласта. Эпителий - многослойный, неороговевающий, с вертикальной анизоморфностью, с частичной псевдокератинизацией, особенно - у мукозы преддверия и щек (в среднем - $0,6 \pm 0,07$ б.). Общегистологические признаки дистрофии эпителия отсутствуют. Собственная пластинка СОПР - волокнистого характера со слабой микроваскуляризацией, с единичными мелкими скоплениями секреторных отделов щёчных и нёбных белково-слизистых желез и без расслоения на какие-либо пласты. Нет аномального интенсивного фиброзирования, мукоидного набухания и отека (рис. 1).

В отличие от "интактных" животных и группы "плацебо", у крыс, получавших внутрибрюшинные инъекции циклофосфана в течение 5 дней, на поверхности эпителиального покрова появляется достаточно толстый ложно-роговой слой, не свойственный здоровым животным. Он истончается к 14 суткам, но продолжает оставаться даже к 21 дню наблюдений.

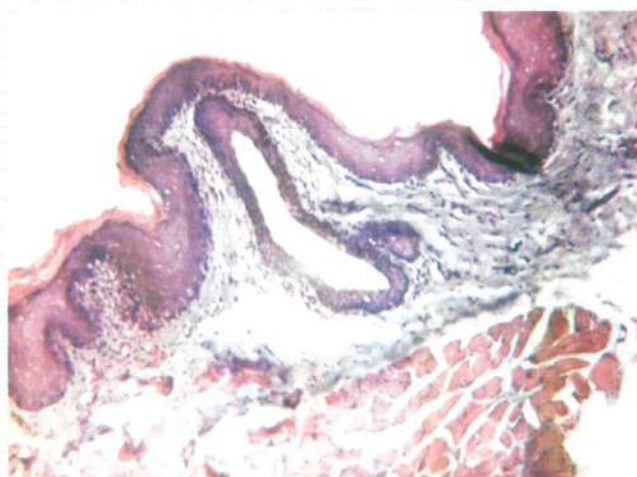


Рис.1.Общая гистологическая картина стенки ротовой полости "интактной" крысы. Эпителий с тонким псевдокератиновым пластом и вертикальной анизоморфностью слоев; собственная пластинка из соединительной ткани и подлежащая мышечная оболочка. Расширенный выводной проток мелкой слюнной железы.

Окр.: гематоксилин-эозин;

Ув.: об. 25, ок. 15.

Эпителий подвергается тотальной зернистой дистрофии, которая особенно резко выражена в 5 и 8 сутки опытов. Отекает и мукоидно-набухает собственная пластинка СОПР и языка интенсивность которых падает только к 21 суткам, однако, в отдаленные сроки эксперимента (14 и 21 дни) она подвергается неравномерному фиброзированию, особенно - в глубоком пласте этой пластинки (рис.2).



Рис. 2. Гистологическая картина слизистой оболочки полости рта крысы, получавшей инъекции циклофосфана без витамина "Е". Мощный аномальный ложно-роговой пласт на поверхности эпителия; персистирующая зернистая дистрофия базально-промежуточных слоев покрова; дискомплексация собственной пластинки слизистой оболочки; миолиз в мышечной оболочке. Щека. 21 сутки опытов.

Окр.: уранин.

Ув.: об 20, ок. 10.

Параллельное назначение витамина "Е" однозначно смягчает картину повреждений покровной и собственной пластинок СОПР и языка у животных, внутрибрюшинно получивших циклофосфан. При параллельном пероральном приеме указанного антиоксиданта сформированный ложно-роговой слой тонкий, рыхлый и исчезает уже к 14 суткам эксперимента. Зернистая дистрофия эпителия носит не тотальный, а выборочный характер и более-менее заметен лишь в 5 и 8 сутки опытов. Также нет столь интенсивного отека и мукоидного набухания собственной пластинки СОПР, хотя на 5 сутки эксперимента ее подэпителиальная полоска выглядит отечным и разрыхленным. Важно, что, в отличие от животных предыдущей группы, пероральный прием витамина "Е" почти полностью блокирует аномальное гиперфиброзирование СОПР и языка (рис.3).

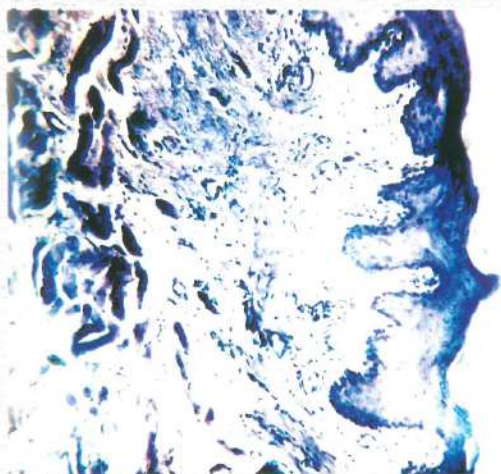


Рис. 3. Гистологическая картина стенки ротовой полости крысы, получавшей внутрибрюшинные инъекции циклофосфана и перорально витамин "Е". Тонкий псевдоэпителиальный слой. Почти полное восстановление строения эпителиального покрова и собственной пластинки слизистой оболочки. Щека.

21 сутки опытов.

Окр.: уранин;

Ув.: об.20, ок.10.

При гистохимическом изучении гликоген, РНП, белки и липиды характеризуются дискретностью распределения в эпителии и подлежащем слое СОПР. Например, гликоген у "интактных" животных выявляется главным образом в базальном слое

эпителия, отдельных клетках собственной пластинки изученных зон и характеризуется вертикальной полярностью распределения в эпителии. Его гистохимическое содержание в эпителиальной пластинке меняется от "умеренного" до "высокого" (2,0-3,0 б.), (рис.4). При этом нет отложений аномального "десмогликогена".



Рис. 4. Светооптическая картина распределения гликогена в эпителиальном покрове и собственной пластинке слизистой оболочки языка "интактной" крысы. Вертикальная анизоморфность градиента плотности. Умеренно-высокое содержание специфически окрашенного субстрата. Спинка языка.

Окр.: ШИК-реакция по Ходжиссу - Мак-Манусу;

Ув.: об 25, ок.12,5.

У крыс, получавших только внутрибрюшинные инъекции циклофосфана в течение 5 дней без витамина "Е" зарегистрированы существенные, а порой - необратимые изменения гистохимического статуса обеих пластинок СОПР. Так, суммарное содержание гликогена до 11 суток эксперимента постепенно падает в среднем до 1,0 - 1,5 б., а затем происходит лишь частичное повышение его гистохимического уровня до 2,0 - 2,6 б.. Уже с 5 суток опытов появляются отложения "десмогликогена" и полисахаридов, устойчивых к литическому воздействию амилазы, что расценивается нами как одно из проявлений разрушения клеточных мембран, содержащих структурированные полисахариды. Подобная фрагментация, судя по динамике градиента ШИК-позитивных отложений в ходе эксперимента, носит необратимый характер или же, компенсируется лишь частично.

Амилаза-устойчивых ШИК-позитивных аморфных отложений особенно много в шиповидном и поверхностном (ложно-роговом) слоях эпителиального покрова, что указывает на преимущественное поражение более поверхностных пластов эпителия СОПР и языка (рис.5).

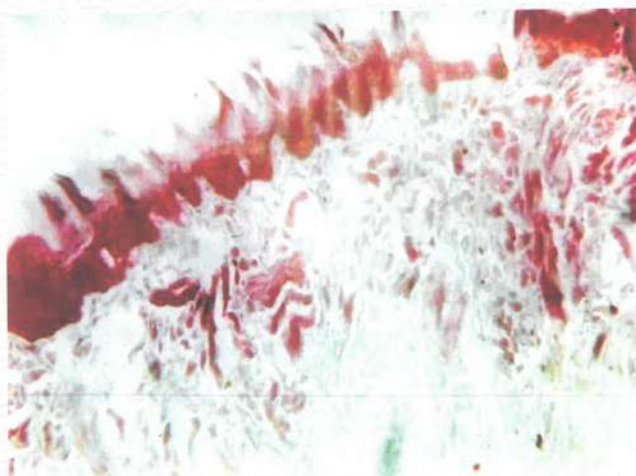


Рис. 5. Светомикроскопическая картина гликогена без восстановления гистохимических свойств и содержания в слизистой и мышечной оболочках языка крысы, получавшей внутрибрюшинные инъекции циклофосфана без витамина "Е". Неравномерные отложения десмогликогена, низкое содержание специфического субстрата. Спинка языка. 21 сутки опытов.

Окр.: ШИК-реакция по Ходжкиссу - Мак-Манусу;
Ув.: об. 20, ок. 7.

Сочетание циклофосфана с пероральными приемами витамина "Е", по сути, не меняет общую динамику гистохимических изменений гликогена. Однако, нет столь выраженного уменьшения суммарного гистохимического содержания данного биополимера в эпителиальной пластинке слизистой оболочки рассмотренных зон. К тому же, в отличие от животных предыдущей группы, уже с 11 суток эксперимента не отмечаются амилаза-устойчивые отложения структурированных полисахаридов и "десмогликогена" (рис.6).

Рибонуклеопротеиды (РНП) у "интактных" крыс и животных группы "плацебо" гистохимически визуализируются преимущественно в базальном и промежуточном (шиповидном) слоях эпителия. Их содержание - умеренно-высокое (2,0-2,7 б.) с некоторым суммарным преобладанием в

базальном слое. Инъекции циклофосфана инициируют изменения гистохимических свойств РНП, аналогичные сдвигам гистохимического содержания и распределения гликогена. При этом появляются относительно крупные акантотические выросты эпителия с аномально высоким или низким содержанием указанных биополимеров. Сочетанное применение циклофосфана и витамина "Е", хотя и не полностью (частично), но статистически достоверно восстанавливает тинкториальность РНП в эпителии СОПР.

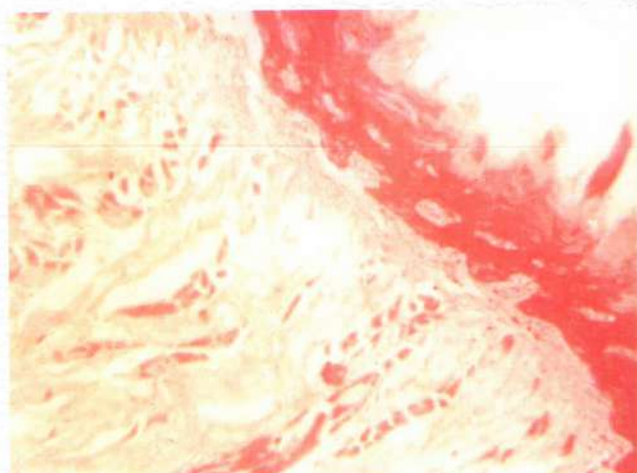


Рис. 6. Гистохимическая картина гликогена в слизистой оболочке языка крысы, получавшей внутрибрюшинные инъекции циклофосфана и перорально витамин "Е". Полное восстановление суммарного содержания специфического субстрата в эпителии и почти полное - в собственной пластинке слизистой оболочки. Спинка языка. 21 сутки опытов.

Окр.: ШИК-реакция по Ходжкиссу-Мак-Манусу;
Ув.: об. 25, ок. 12,5.

. Нивелируется крайняя вариабельность в распределении пиронин-позитивных отложений по ходу эпителиальной пластинки.

"Свободные" фосфолипиды в гистоструктурах СОПР "интактных" животных и в группе "плацебо", за единичными исключениями в отдельных микроучастках ложно-рогового слоя преддверия ротовой полости, не идентифицированы и их суммарное содержание очень низкое ($0,4 \pm 0,05$ б.). Пятикратная инъекция циклофосфана в брюшную полость животных приводит к появлению "свободных" фосфо-

липидов на поверхности, в шиповидном слое эпителия и в отдельных микроучастках собственной пластинки слизистой оболочки практически во всех рассмотренных зонах стенки ротовой полости. К 5, 8 и 11 суткам эксперимента мелко-гранулярные и грубые глыбчатые отложения специфически-окрашенного продукта реакции с суданом черным "В" визуализируются в разрушенных псевдокератиноцитах и макрофагах собственной пластинки, обозначенных нами как "аномальные липофаги". Гистохимическое содержание свободных фосфолипидов к концу внутрибрюшинных вливаний высокое (около 2,0 б.), что можно рассматривать как проявление необратимого распада жизненно важных липидных и белково-липидных молекулярных комплексов в эпителиально-клеточных мембранах покрова СОПР и языка. В дальнейшем хотя и улучшаются тинкториальные свойства фосфолипидов, однако, даже к 21 суткам опытов нет их полной нормализации. Параллельное ежедневное применение витамина "Е" не предотвращает полностью появление свободных фосфолипидов. Все же, в отличие от предыдущей группы, специфических судан-позитивных отложений очень мало в покровном эпителии и они полностью исчезают уже к 14 суткам эксперимента при продолжающемся приеме витамина "Е".

Протекторные свойства витамина "Е" зарегистрированы также при гистохимическом анализе свойств, распределения и содержания "суммарных гликозаминогликанов (кислых и нейтральных)" и "суммарных белков". Следует подчеркнуть, что кислые гликозаминогликаны как у "интактных", так и у подопытных животных локализованы в собственной пластинке диффузно и периваскулярно, а также - в составе слизи мелких собственных желез, но не в эпителии СОПР и языка. Инъекции циклофосфана приводят к нарастанию

содержания кислых несulfатированных гликозаминогликанов в микроучастках собственной пластинки с максимальным уровнем отека и набухания. Зафиксированы также выраженные изменения гистохимической активности ключевого фермента клеточно-тканевого фосфорилирования - АТФ-азы, связанной с энергообеспечением транспортных функций и защиты эпителия СОПР и языка

ВЫВОДЫ:

1. Ежедневное внутрибрюшинное введение циклофосфана в физиологическом растворе в течение пяти суток у крыс сопровождается явлениями дистрофии, набухания и гиперфиброзирования в слизистой оболочке полости рта.

2. Ежедневное внутрибрюшинное введение циклофосфана в физиологическом растворе в течение пяти суток вызывает изменения гликогена, рибонуклеопротеидов, фосфолипидов, суммарного белка и гликозаминогликанов в гистоструктурах слизистой оболочки полости рта у крыс. Указанные изменения стабильны в течении 21 суток и обусловлены распадом гликопротеиновых и протеолипидных молекулярных комплексов клеточных мембран в эпителии СОПР.

3. Витамин "Е" при ежедневном пероральном применении у крыс предотвращает гиперфиброзирование, частично блокирует процессы распада сложных структурированных биополимеров и поддерживает специфическую активность АТФ-азы в слизистой оболочке полости рта и тем самым-обладает защитным эффектом при внутрибрюшинном введении циклофосфана.

Literatura

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия, М., 1990, 384 с.
2. Гасанов И.А. Эндокринная секреция в женском половом тракте в условиях нормы и злокачественной опухолевой трансформации. Дисс.д-ра мед. наук, Баку, 1997, с.72-78.
3. Керимова Г.Э. Гистохимическая оценка состояния околоушной слюнной железы крыс после внутрибрюшинного введения циклофосфана. "Экспериментальная и клиническая медицина" (Тбилиси), 2003, №1-2, с.43-45.
4. Кононский А.И. Гистохимия, Киев, 1976, 278 с.
5. Мельниченко Э.М., Попруженко Т.В. Проявления в полости рта химиотерапевтического мукозита у детей, больных острым лимфобластным лейкозом. "Новое в стоматологии", 1994, №5, с. 23-26.
6. Попруженко Т.В. Клиника, диагностика и лечение стоматитов у детей, больных острым лимфобластным лейкозом. Автореф. дисс.канд. мед наук, Минск, 1993, 18 с.
7. Рагимов Ч.Р., Керимова Г.Э., Гасанов И.А. Микроскопическая оценка СД20- и СД25-позитивных иммуноцитов слизистой оболочки полости рта (СОПР) крыс в норме и при внутрибрюшинном введении циклофосфана. "Медицинская иммунология" (Санкт-Петербург), 2003, Т.5, №3-4, с 362.
8. Стефанов С.Б. Визуальная классификация при количественном сравнении изображения. Арх. анат., гист. и эмбриол., 1985, Т.88, №2, с.78-83.
9. Jirakulsomchok D.Yu., Sheertz J.H., Schneyer C.A. Effects of adriamycin on calcium concentration and morphology of mouse salivary glands. J. of Oral Pathol., 1983, V.12, N6, pp.491-501.
10. Quissell D.O., Turner J.T., Redman R.S. Development and characterization of immortalized rat parotid and submandibular acinar cell lines. Europ. J. of Morphology, 1998, Suppl. 36, pp. 50-54.

Xülasə

Siklofosfan və "E" vitamininin təcrübi tətbiqi şəraitində dilin və ağız boşluğunun selikli qişasının kompleks mikroskopik xarakteristikası. Kərimova G.E.

Ağ dölsüz laboratoriya siçanlarının müsariqə daxilinə gündəlik siklofosfanın inyeksiyası zamanı, dilin və ağız boşluğunun selikli qişasının (ABSQ) histoloji və histokimyəvi pozulmasında "E" vitamininin müdafiə effekti təcrübi öyrənilmişdir. Siklofosfanın ümumi dozası 150 mq/kg olmaqla 5 gün müddətində qarın boşluğu daxilinə yeridilmişdir. "E" vitamini ağız vasitəsi ilə 21 sutka ərzində tətbiq olunmuşdur. Tədqiqat obyekti olaraq selikli qişa, ağız boşluğunun dərinliyi, damaq və yanaq götürülmüşdür. Ümumi histoloji və histokimyəvi metodlar tətbiq etməklə dəfələrlə analizlər aparılmışdır. Dilin və ABSQ-nin xüsusi plastinkaları və histoloji təbəqənin xüsusiyyətləri, qlikogenin tərkibi və xassələri, ribonukleoproteidlərin, fosfolipidlərin, qlikozaminoqlikanların ümumi beloklar və ATF-nin aktivliyi öyrənilmişdir. Histokimyəvi reaksiyaların xüsusi məhsullarının tərkibi 4-ballı yarımkəmiyyətli cədvəllə qiymətləndirilmişdir.

Siklofosfan inyeksiyası epitelin metabolik statusunun və quruluşunu dəyişməklə, lövhələrin birləşmiş-toxuma xüsusiyyətinə malik olmaqla dayanıqlı xarakter daşıyır. Dəyişiklik dilin və

ABSQ-nın membran epiteliositlərin kompleks molekulyar proteolipidlər və qlikoproteinlərin, proteinlərin parçalanması ilə əlaqədardır.

"E" vitamininin gündəlik ağız vasitəsi ilə siçanlara tətbiqi, epitelin histoloji pozulmasını hamarlayır, mürəkkəb quruluşlu biopolimerlərin parçalanma prosesinin qarşısını alır, dilin və ABSQ-nın histostruktura ATF-in aktiv xüsusiyyətini müdafiə etməklə, siklofosfan inyeksiyası zamanı protektor effekti rolunu oynayır.

Summary

The complex microscopic characteristic of the mucous membrane of the oral cavity and tongue in conditions of experimental application of cyclophosphane and vitamin "E".

Kerimova G.E.

Experimentally is studied the protective effect of vitamin "E" is the during histological and histochemistryally infringements of the mucous membrane of the oral cavity (MMOC) and tongue caused by daily visceral peritoneum with injections cyclophosphane at white not purebred laboratory rats. Cyclophosphane was enter visceral peritoneum within 5 days in a total doze of 150 mg/kg. Vitamin "E" was applied peroral within 21 day. Object of research were mucous membrane, a bottom of oral cavity, cheeks and the gingivitis. Are applied general histological, histochemistrycall methods and are executed visually - quantitative analyses. Are studied peculiarity of the histological organization integumentary both own blade of MMOC and tongue, property and the maintenance glycogen, ribonucleoproteids, phospholipids, glycolaminoglicans, total fiber and activity of ATF. The maintenance of a specific product histochemistry reactions is estimated half total on 4 ball scale. Injections of cyclophosphane cause changes structure and metabolic status epithelia and a subject joint-tissue own plate and have steady character. Changes are connected with disintegration protein, glycoprotein and proteolipids molecular complexes of membranes epitelisyitis MMOC and tongue. Vitamin "E" at daily peroral application for rats smooth expressiveness of histological infringements of epithel, partially blocks processes of disintegration complex structured bio-polymers and supports specific activity ATF in histosturcture of MMOC and tongue and so protectors effect the during injections of cyclophosphane.

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ И ТВЕРДЫМИ ТКАНЯМИ ЗУБА

Алимова Р.Г.

Ташкентский институт усовершенствования врачей



Одной из важных особенностей полости рта является наличие большого числа разнообразных микроорганизмов (2-6, 9-12). Они располагаются, как свободно в

полости рта, так и на поверхности мягких и твёрдых тканей. Первые относятся к, так называемой, просветной микрофлоре, а вторые к пристеночной (1-7). Именно пристеночные микроорганизмы являются главной составной частью дентальных налётов, как мягких, так и твёрдых (1-8).

Пристеночные микроорганизмы могут пенетрировать глубоко лежащие слои твёрдых и особенно мягких тканей и проникать во внутреннюю среду организма. Структурно-функциональные образования, формирующие барьерно-защитные комплексы мягких и твёрдых тканей полости рта в норме, являются надёжным барьером, препятствующим этой пенетрации и проникновению микроорганизмов во внутреннюю среду (2,5,6).

Исследованиями, выполненными с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) показано, что основу мягкого дентального налёта составляют кокки и палочки, а в твёрдом налёте доми-

нируют структуры грибов и патологические формы эритроцитов (7).

СЭМ является одним из наиболее объективных методов оценки состояния микрорельефа твёрдых тканей и образований на их поверхности, в частности пристеночных микроорганизмов (7,11).

Однако эта методика не использовалась для изучения взаимодействия микроорганизмов с твёрдыми тканями и фрагментами брекет-систем при их использовании в ортодонтии. Последние, как чужеродные образования, не могут не вызывать определённые сдвиги в этих взаимодействиях.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей взаимодействия микроорганизмов с элементами брекет-систем и твёрдыми тканями зуба при традиционных и предложенных нами методах обработки зуба и гигиены полости рта.

Материал и методики исследования.

С помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) изучались фрагменты брекет-системы, зубной налёт брекета, в ретенционных участках сложной несъёмной ортодонтической техники (СНОТ) через 35-40 дней после их использования.

Изучалось 36 зубов, удалённых по ортодонтическим показаниям обработанных прижизненно для крепления брекет-

системы традиционным и нашим методами. Сущность нашего метода заключалась в локальном травлении поверхности эмали, соответствующего площадке основания брекета.

Пациенты были разделены на группы. В первой группе пациенты регулярно применяли традиционные ёршики для поддержания гигиены полости рта, во второй - по разработанной нами схеме, которая заключалась в использовании специальной зубной щётки, охватывающей всю поверхности брекет-системы. Фрагменты брекета и удалённые зубы с зубным налётом фиксировали в 2,5% растворе глютарового альдегида и дофиксировали 1% раствором четырёхокси осмия, затем подвергали дегидратации, высушивали методом критической точки в аппарате "HCP-2" (Hitachi, Япония). Все препараты напыляли ионным способом золотом в напылителе "IB-3" (Eiko, Япония). Исследовали препараты в электронном микроскопе "S-405" (Hitachi, Япония). Фотографирование проводили на цветную плёнку Kodak Professional Pro Foto100 или Fujicolor superia 100. Микрофотографии сканировали на сканере Scan Prisa 640P (Acer) и подвергали компьютерной обработке на компьютере CompuTek Pentium III Windows 2000.

Собственные наблюдения и их обсуждения

На поверхности фрагментов брекета, особенно в местах его контакта с протравленной поверхностью зуба, лишённой эмали определяются значительные отложения по типу твёрдых дентальных налётов (рис.1). Эти налёты, также как и налёты на поверхности проволоки, представляют собой скопления полиморфных микроорганизмов. Пряди детрита, чередуются с нитями мицелия грибов, палоч-

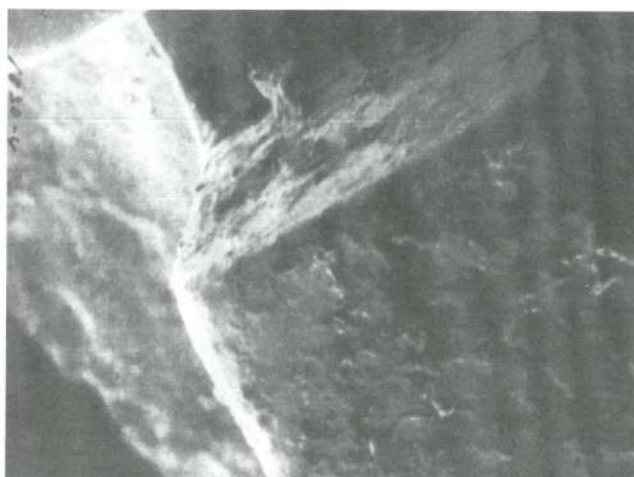


Рис.1. Скопление масс твердого налета в зоне контакта фрагмента СНОТ с зубами.

СЭМх100

ками и кокками, встречаются и клетки крови (рис.2). В местах контакта фрагментов брекета с поверхностью зуба, лишённой эмали, располагаются особенно крупные скопления спор гриба, которые формируют массивные гроздевидные обра-

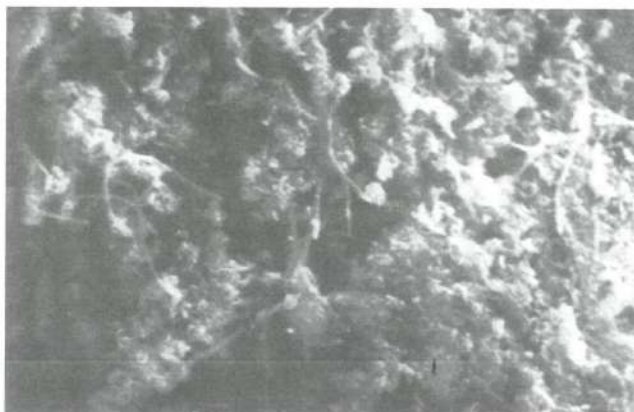


Рис.2. Грибы, палочки, кокки и клетки крови в твердом налете края брекета.

СЭМх1000

зования. Здесь также встречаются единичные патологические формы эритроцитов и другие клетки крови, чаще все нейтрофильные лейкоциты.

В местах протравки поверхности зуба для укрепления брекета, отсутствует эмаль и существенно нарушается структура дентина.

Микрорельеф же поверхности эмали вблизи и за границей зоны протравливания

сохранён. Однако нередко определяются языки повреждения эмали за пределами площадки для приклеивания брекета. В этих участках отмечается скопления мягкого дентального налёта и отдельные клетки крови, преимущественно нейтрофилы.

При больших увеличениях СЭМ видно, что мягкий дентальный налёт состоит преимущественно из палочек и кокков. В нём почти не встречаются элементы грибов (рис.3).

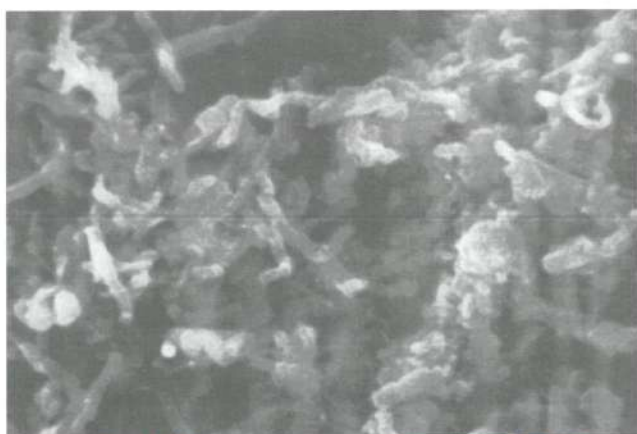


Рис.3. Палочки и кокки мягкого налёта зубов.
СЭМх3000

Значительные скопления микроорганизмов отмечается и на поверхности зубов вокруг брекета. Эти микроорганизмы также представлены палочками и кокками. Нередко встречаются палочки с перетяжками, что указывает на интенсивное деление этих микроорганизмов.

Проведённые нами сравнительное изучение использования традиционных и разработанных нами методов гигиены выявило существенные различия и состояние фрагментов брекета и поверхности зубов.

СЭМ показала, что регулярное использование традиционных средств гигиены полости рта пациентами с длительным применением СНОТ приводит к существенному снижению объёма налётов на конструкциях СНОТ и поверхности зубов. На наружных поверхностях брекета и

проволоки определяются незначительный объём отложений. При наведении фокуса на фрагменты брекета, располагающихся глубже, на них определяется довольно значительный объём отложений.

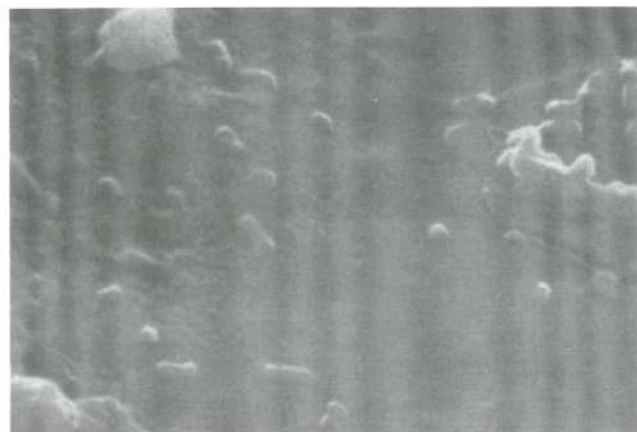


Рис.4. Микроорганизмы на поверхности зуба после регулярного использования традиционных методов гигиены полости рта. СЭМх4000

Регулярное пользование традиционными средствами гигиены полости рта позволяет значительно снизить и число микроорганизмов на поверхности эмали зуба (рис.4).

Даже регулярное использование традиционных средств гигиены полости рта не освобождает поверхности зубов, расположенные в глубине у края брекета от налётов (рис.5). При большом увеличении отчетливо видно, что эти отложения представляют собой фрагменты твёрдого денталь-

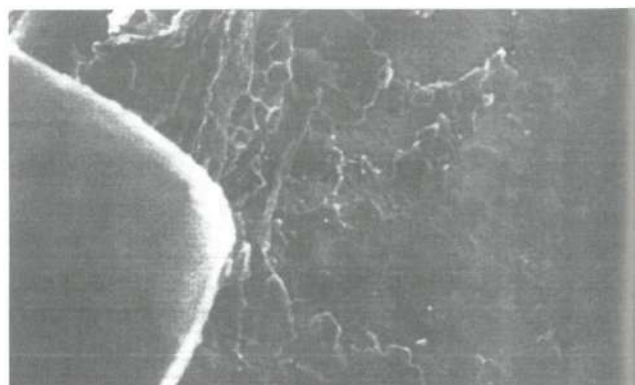


Рис.5. Фрагменты твердого дентального налёта на границе брекета и зуба при регулярном применении традиционных методов гигиены полости рта.
СЭМх400

ного налёта с характерными структурами мицелия и спор грибов, а также другими микроорганизмами.

Таким образом, наши исследования, выполненные с помощью СЭМ, подтвердили, что даже систематическое использование традиционных средств гигиены полости рта у лиц с СНОТ, не позволяет полностью освободиться от отложений, содержащих микроорганизмы, как на конструкции СНОТ, так и на поверхности зубов.

Именно это определило наш поиск новых средств гигиенического ухода за полостью рта, как составной части ортодонтического лечения.

Другим слабым звеном в комплексе ортодонтических мероприятий, также подтверждённым исследованиями, выполненными с помощью СЭМ, является травление поверхности зубов для крепления СНОТ.

Предложенный нами способ травления позволяет избежать глубоких повреждений твёрдых тканей зуба и обеспечивает отчётливую границу между травлённой и интактной поверхностью.

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

Наши исследования показали, что на обработанной по нашему методу поверхности не формируется денальный налёт, нет скопления масс фибрина и детрита, однако встречаются единичные разрозненные микроорганизмы и клетки крови.

Проведённая оценка с помощью СЭМ предложенных нами способов травления зубной поверхности в комплексе с разработанными нами гигиеническими мероприятиями позволила показать их преимущества перед традиционными, особенно, при совместном использовании.



Рис.6. Гладкая чистая поверхность фрагмента СНОТ при использовании в комплексе наших способов травления и гигиенических средств.

СЭМх400

Поверхность фрагментов СНОТ гладкая, на ней практически не определяются отложения (рис.6). Поверхность зубов также гладкая, без отложений в виде денальных налётов даже у границы прикрепления брекета.

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

Применения разработанного нами комплекса гигиенических мероприятий предотвращает появление на травлённой поверхности и интактной эмали зуба, каких-либо отложений. Поверхность эмали гладкая с характерным рисунком рельефа и небольшой волнистостью.

Таким образом, исследования с помощью СЭМ позволили показать, что комплексное использование нашего способа обработки зуба и предложенных нами гигиенических мероприятий обеспечивает снижение образование денальных налётов, что указывает на их высокую эффективность.

Литература

1. Байбеков И.М., Мавлян-Ходжаев Р.Ш., Ирсалиев Х.И., Хорошаев В.А., Нуруллаев Л.Д. Структурные основы барьерно-защитной функции желудка и тонкой кишки. //Вестник АМН СССР. - 1991. С.56-59.
2. Байбеков И.М., Мавлян-Ходжаев Р.Ш., Ирсалиев Х.И. Взаимодействие индигенных пристеночных микроорганизмов с клетками слизистой оболочки пищеварительного тракта. //Архив патологии, 1992, № 5, стр. 18-24
3. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта.-М.: Медицина, 2001.С.303.
4. Зуфаров С.А., Ирсалиев Х.И., Байбеков И.М., Мавлян-Ходжаев Р.Ш. Морфологические особенности взаимодействия пристеночной микрофлоры с эпителиоцитами слизистой оболочки альвеолярного гребня у больных с частичным отсутствием зубов.//Стоматология.-1991.-№6.
5. Ирсалиев Х.И. Особенности барьерно-защитной функции полости рта до и в процессе пользования зубными протезами. Дис. Док. Мед. Наук. Ташкент, 1993.
6. Ирсалиев Х.И., Рахманов Х.Ш., Ханазаров Д.А., Байбеков И.М. Функциональная морфология барьерно-защитных комплексов полости рта.-Ташкент.-Изд. им.Абу Али ибн Сино.-2001.-с.338.
7. Рахманов Х.Ш., Ирсалиев Х.И., Хабилов Н.Л., Байбеков И.М. Особенности твёрдых и мягких дентальных налётов у жителей Узбекистана. //Маэстро стоматологии.2002.№4 (9).с.46-47.
8. Dirizhal I. Dentalni mikrobialni poviak.-Progresdent № 1, 1999, s.10-13.
9. Edlund C., Nord C.E. A model of bacterial antimicrobial interactions oralpharyngeal and gastrointestinal microflora.J. Chemother 1991-3 (Suppl 1), p.196-200.
10. Heimdahe A., Nord C.E. Colonization of the oralpharynx with pathogenic microorganisms-a potential risk factor for infection in immunocompromised patients. Chemoterapia, 1985-4 p.186-191.
11. Hurtel B., Olsen I. A Scanning electron microscopic study of the microflora of chronic pericoronaritis of lower third molars. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 1984; 58 (5): 522-532.
12. Marsh P., Martin M. The normal oral flora. In oral Micrology. Wokinsham, Berkshire, UK p.11-25.

Summary

SCANNING ELECTRONIC MICROSCOPE
END BRACKET SISTEMS

Alimova R.G.

Study of fur on metal cover of complicated orthodontia equipment (COE) with the help of scanning electronic microscope (SEM) which proves that deposit structure in forms of unshaped stratums and blocks with chaotic embodied cracks, furrows and hollows reminds of tough dental fur, is described in the paper. Significant deposits in type of tough furs are emerging on covers of brackets especially at the points where brackets in contact with teeth enamel.

Резюме

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ С БРЕКЕТ-
СИСТЕМАМИ И ТВЁРДЫМИ ТКАНЯМИ ЗУБА

Алимова Р.Г.

В работе приводится изучение налёта на металлических поверхностях сложной несъёмной ортодонтической техники (СНОТ) с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ), которая даёт то, что структура отложений в виде бесформенных пластов и глыбок с хаотично расположенными трещинами, бороздами и выемками, напоминает твёрдый дентальный налёт. Значительные отложения по типу твёрдых налётов определяются на поверхности брекета, особенно в местах его контакта с протравленной поверхностью эмали зуба.

ОБОСНОВАНИЕ ОЗОНО-УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ПРИ ПРОФИПАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

М. А. Бунин, В.В. Педдер, А. И. Матешук, В. Д. Вагнер, Р. А. Дистель
ОмГМА, "Метромед", стоматологическая поликлиника №1 г. Омск. (Россия)

Стоматологическая помощь является одним из самых массовых видов медицинской помощи и в то же время она самая ресурсно - и материалоемкая догоспитальная помощь населению. Это в первую очередь связано с достаточно высокой стоимостью стоматологического оборудования, большим количеством инструментария, значительным набором дорогостоящих материалов и медикаментов, применяемых при лечении и большими затратами на обеспечение безопасности персонала и пациентов во время лечебно-диагностического процесса.

Несмотря на переживаемые, в данный момент, Россией социально-экономические трудности, сложности с финансовым обеспечением здравоохранения и низкую платежеспособность населения, в результате многолетней совместной работы сотрудников Научно-производственного предприятия "Метромед" (г. Омск), специалистов Омской городской клинической стоматологической поликлиники №1 и стоматологического отделения ФГУ "ЗСМЦ Росздрава", разработаны и внедрены в практическую стоматологию целый ряд новых высокоэффективных медицинских технологий профилактики и лечения стоматологических заболеваний с использованием энергии низкочастотного ультразвука (НЧУЗ).

Ультразвуковая терапия, по мнению многих ученых и специалистов, считается одним из наиболее распространенных и высокоэффективных методов современной физиотерапии и активной терапии, используемых в комплексном лечении широкого спектра заболеваний в ортопедии и травматологии, хирургии, гинекологии, оторино-

ларингологии, стоматологии, дерматологии и т.д. Значительное место, при этом, отводится низкочастотной ультразвуковой хирургии и консервативной терапии, которые на протяжении трех последних десятилетий обогатились рядом клинико-физиологических и экспериментальных исследований, на базе которых и были разработаны наиболее эффективные методы лечения с применением низкочастотного ультразвука (Г.А.Николаев, В.И.Лощилов, 1980; В. В. Педдер и др., 1983).

В зависимости от частоты колебаний ультразвук разделяют на низко-, высоко- и сверхвысокочастотный. Интенсивность ультразвука, измеряется в ваттах, и определяется количеством энергии, проходящей в секунду через 1см^2 излучателя. В клинической практике используют низкочастотный ультразвук (НЧУЗ) - с частотой от 22 до 66 кГц и интенсивностью, используемой в лечебных целях от 0 до 15 Вт/см^2 .

Внимание стоматологов привлекли общеизвестные данные о болеутоляющем, спазмолитическом, рассасывающем и противовоспалительном действии ультразвука. Достижение положительного эффекта при использовании ультразвука в процессе лечения заболеваний полости рта и зубов, связывают с его выраженным воздействием на микроциркуляцию и обмен веществ в тканях, энзиматическую активность, тканевую трофику, рефлекторную стимуляцию нервно-трофическую функции, репаративные и регенерационные процессы (В.П.Бережной, 1985-87 и др.). Имеются данные о том, что ультразвук регулирует обмен кальция в зубах, нормализует проницаемость и тканевое дыхание в

воспаленной слизистой оболочке, повышает миграцию лейкоцитов и десквамацию эпителия в полости рта.

Рядом авторов (Н.Н. Бажанов, 1984-97 и др.) было показано, что НЧУЗ активно влияет на динамику купирования воспалительных процессов в глубинных слоях тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО), оказывает нервно-рефлекторное воздействие, улучшает крово - лимфообращение, активизирует биохимические процессы и энергетический обмен клеток, обуславливая, тем самым, ускорение репаративных процессов в измененных патологическим процессом биотканях.

Морфологическими, бактериологическими, цитологическими и технологическими исследованиями показано, что использование энергии НЧУЗ при местном воздействии на патологический очаг способствует разволокнению рубцово-измененных фиброзных соединительных тканей, эффективной санации его от некротических масс, снижению микробной обсемененности, экстракции патологического содержимого из озвучиваемых тканей очага инфекции, импрегнации в санированные ткани лекарственных веществ, стимуляции репаративной регенерации слизистой оболочки, мягкой и костной тканей в области ультразвукового воздействия (В.В.Педдер, Ю.М.Овчинников и др., 1985-96; В.В.Педдер, В.Н.Максимов, Г.Г.Сергиенко, 1995; В.В. Педдер, П.И. Ивасенко, А.В.Першин, 1996-99 и др.).

В целом, использование энергии ультразвука низкочастотного диапазона в лечении воспалительных заболеваний, ран и раневой инфекции основано на инициировании им следующих эффектов (Г.А.Николаев, В.И.Лощилов, 1980; В. В. Педдер 1983; В. В. Педдер, П. И. Ивасенко, А. В. Першин, 1999, и др.):

- прямого бактерицидного действия ультразвуковых колебаний с частотой 22-44 кГц на возбудителей раневой микрофлоры и опосредованного - путем активации фагоцитоза микробных тел;

- эффективной механической санации очагов инфекции от патологического раневого субстрата и быстрого отторжения

некротизированных тканей;

- принудительного повышения концентрации антибактериальных препаратов в озвучиваемых тканях околораневой области (внутрираневого фонофорез);

- устранения микротромбов и нормализации крово-лимфообращения в области воспалительного инфильтрата за счет разрушения образовавшихся "сладжей" в застойном звене микроциркуляторного русла;

- вибро- и гидромассажа в области раны и т.д.

При воздействии ультразвуковых колебаний в тканях активнее рассасывается некротические участки, активизируется фагоцитоз, усиливаются процессы образования коллагеновых, эластичных волокон и межучного вещества соединительной ткани и ускоряются процессы ее созревания; стимулируется рост капилляров и процессы транкапиллярного обмена; быстро восстанавливается нервная проводимость во вновь образованных нервных окончаниях.

Воздействие НЧУЗ через промежуточные растворы лекарственных веществ способствует обеспечению полного или частичного подавления действием и развития микробной флоры, интенсивному отторжению некротических тканей и других наслоений, покрывающих раневую поверхность, экстракции патологического содержимого из тканей очага инфекции и т.д. Этим, достигается более глубокое проникновение (под действие звукокапиллярных и звукохимических эффектов) лекарственных средств в очаг поражения, что увеличивает зону действия препарата, а следовательно, и быстрое развитие регенерационных процессов. Все это суммарно влияет на организм больного в целом и с учетом стимуляции протекающих в нем физиологических процессов способствует заживлению раны (схема 1).

Применение НЧУЗ в стоматологии основано на использовании возможности ультразвуковых инструментов передавать энергию НЧУЗ, колебаться с относительно высокой амплитудой смещения рабочей частью инструмента. Это обеспечивает

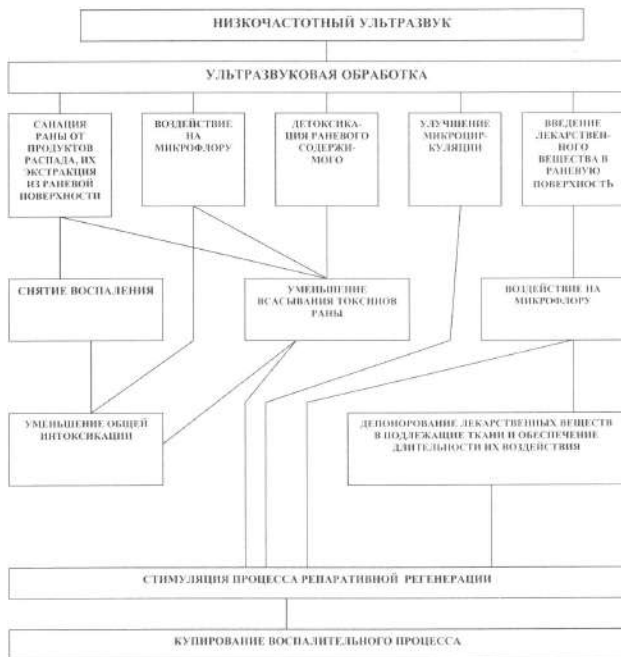


Схема 1. Некоторые механизмы действия низкочастотного ультразвука на очаг инфекции

соединение биотканей через биосовместимые промежуточные материалы, резекцию тканей различной структуры и плотности с минимумом прилагаемого усилия, а, следовательно, и минимальным травмированием прилежающих к зоне оперативного вмешательства участков тканей челюстно-лицевой области. При этом обеспечивается экстракция патологического содержимого из очага инфекции и его санация, активация лекарственных веществ, интенсификация реологических и диффузионных процессов, способствующих созданию депо лекарственных веществ в тканях зуба и пародонта, а также зубодесневых карманов, подвергаемых озвучиванию. Также отмечается бактерицидный эффект в зоне ультразвуковой обработки биотканей зубочелюстной системы.

Одним из эффективных биохимических факторов, положительно влияющих на течение гнойно-воспалительных процессов и заживление раневого очага является озон и озонсодержащие вещества в различных фазовых состояниях, все шире применяющихся в клинической медицине. На схеме 2 представлены некоторые факторы в механизме лечебного применения озона.

В тоже время наблюдается повышенный интерес к применению в различных отраслях медицины озонотерапии, использующей озонсодержащие лекарственные вещества для лечения воспалительных процессов и гнойных ран. Эффективность использования медицинского озона показана при целом ряде различных патологических состояний как хирургического, так и терапевтического профилей. Патогенетический эффект и целесообразность применения озона обоснованы тем, что гнойно-воспалительный процесс, сопровождаемый выраженной гипоксией как в очаге инфекции, так и в прилежащих тканях, характеризуется избытком биологически-активных соединений из-за неполного окисления продуктов тканевого обмена, распада соматических и бактериальных клеток и пр.

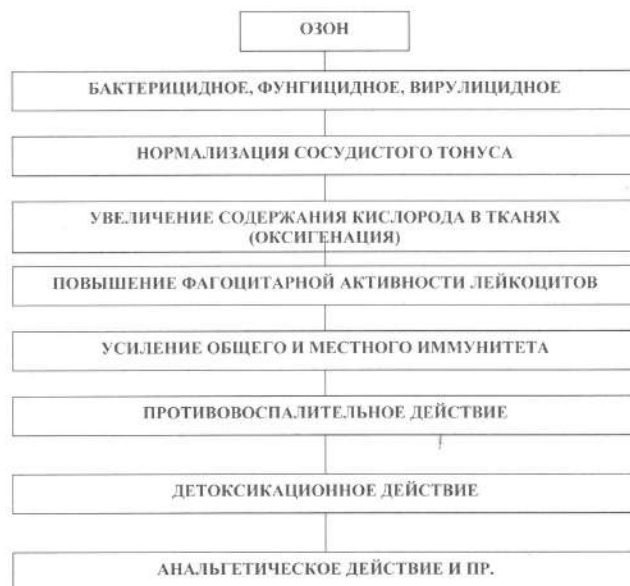


Схема 2. Упрощенная схема вклада некоторых факторов в механизм лечебного эффекта применения озона.

Озон как неспецифический лечебный фактор обладает высоким окислительно-восстановительным потенциалом, что обуславливает двоякий механизм его действия:

1) локальный- с выраженной дезинфицирующей, фунгицидной и стерилизующей активностью в отношении бактерий, вирусов и грибов;

2) системный (метаболический)- реактивирующий и восстанавливающий кислородный гомеостаз в организме.

Методы озонотерапии, обеспечивающие биологическое воздействие на органы и системы организма человека разнообразны и включают: наружное применение газообразного озона, большую и малую аутогемотерапию, озонированные растворы (дистиллят, физ. раствор и пр.), озонированное растительное масло, бальнеотерапию, подкожное введение озона.

Несмотря на хорошие результаты, демонстрируемые каждым из указанных методов (НЧУЗ и озонотерапия), при их раздельном применении, в лечении раневой инфекции, они, не всегда в состоянии максимально реализовать свои потенциальные возможности в борьбе с массивно инфицирующей ассоциативной микрофлорой, а также загрязненным и находящимся в стадии обширной гипоксии очагом инфекции.

Так, для оксигенации тканей в очаге инфекции и купирования ацидоза, необходим эффективный транспорт озона к тканям, возможный лишь при наличии чистых раневых поверхностей. В то же время, НЧУЗ, обладая высоким saniрующим (очищающим) эффектом, не имеет достаточной антибактериальной, фунгицидной и антивирусной активности, необходимой для борьбы с ассоциативной микрофлорой и прочими инфекантами.

Учитывая характерные, и только НЧУЗ и озону присущие специфические особенности, а также возможность реализации синергического эффекта при их совместном воздействии, как высокоэффективных факторов, на гнойно-воспалительный процесс, осложненный анаэробной и ассоциативной микрофлорой, академиком РАМТН Педдером В.В. в 1993-95 г.г. был предложен озono-ультразвуковой метод лечения ран и раневой инфекции, подтвердивший свою высокую эффективность не только в клинической практике лечебных учреждений, но и в практике военных госпиталей при лечении военнослужащих, участвовавших в разрешении конфликта в Чечне.

Озono-ультразвуковой метод обработки

ран и раневой инфекции отработан до клинического внедрения в стоматологии биоинженерами НПФ "МЕТРОМЕД" (г.Омск) совместно с сотрудниками кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ОмГМА.

Метод сочетанного использования энергии НЧУЗ и озонсодержащих лекарственных веществ открывает новые возможности для профилактики и лечения целого ряда гнойно-воспалительных заболеваний, как в хирургической, так и терапевтической стоматологии, а также в других отраслях хирургии и консервативной терапии.

Совместное применение НЧУЗ и озона позволяет резко усилить противовоспалительный, оксигенирующий и бактерицидный эффекты. При этом насыщение объема раневой полости высокоактивными химическими веществами обусловлено образованием в реакционной зоне, представляющей собой кавитирующую газожидкостную фазу (лекарственный раствор+озон), большего количества высокоактивных первичных и вторичных продуктов звукохимических реакций, чем в случае инициирования звукохимических реакций только лишь в жидкой фазе лекарственного препарата. В этой зоне, представляющей собой кавитирующую газожидкостную фазу по действием физико-химических процессов, инициируемых кавитацией, акустическими течениями, радиационным и переменным звуковым давлением, звукохимическим и звукокапиллярным эффектами, осуществляется смешивание и принудительное растворение или дегазация, вводимых (барботируемых) газовых компонентов в растворе с достижением метастабильной системы- дисперсии газа в жидкости.

Озонсодержащие газовые и озонжидкостные смеси, а так же 5 - 10% озонсодержащие масляные эмульсии типа "масло в воде" получали с помощью серийно выпускаемого аппарата для газовой озонотерапии "ОЗОТРОН" (г.Омск).

В качестве источника низкочастотных ультразвуковых колебаний применяли серийно выпускаемый ультразвуковой

аппарат для стоматологии типа "СТОМА-ТОН".

Предложенная нами медицинская технология озono-ультразвукового метода лечения осложнений после экстракции зуба в практике врача стоматолога-хирурга заключается в предварительном орошении операционного поля (ротовой полости) струйно-аэрозольным факелом озонированного 0,9% физиологического раствора или 10,0% озонированной эмульсии типа "масло в воде" в течение 10 - 30 секунд, с последующим, после удаления зуба, фонофорезом операционного поля через технологическую прокладку, пропитанную 10,0% озонированной эмульсией типа "масло в воде".

Оперативное вмешательство осуществляли посредством резания ультразвуковым скальпелем, ревизии лунки ультразвуковой фрезой типа "шарока", обработки операционного поля (ротовая полость) УЗ распылением и контактным озвучиванием операционного поля УЗ - волновдами. Уже через 15 - 30 минут пациенты отмечают значительное ослабление боли, а при альвеолите - её полное исчезновение и восстановление нормального цвета слизистой. В перевязке и медикаментозном лечении при этом нуждалось лишь 7 больных.

Оптимизация оказания неотложной стоматологической помощи (НСП) предполагает внедрение доступных, высокоэффективных и не требующих больших затрат методов лечения. Особое внимание мы уделили анализу применения низкочастотного ультразвука и озоносодержащих лекарственных препаратов в условиях оказания НСП. Для сравнения полученных эффектов были образованы две группы пациентов: основная и контрольная.

В основную группу вошло 56 пациентов (25 мужчин и 31 женщина), среди которых

Таблица 1.

Распределение пациентов по возрасту и полу

Группа	Мужчины				Женщины				Всего			
	До 18 лет	19-55 лет	56 и старше	всего	До 18 лет	19-55 лет	56 и старше	всего	До 18 лет	19-55 лет	56 и старше	всего
Основная	5	15	5	25	4	19	8	31	9	34	13	56
Контрольная	3	14	2	19	2	18	5	25	5	32	7	44

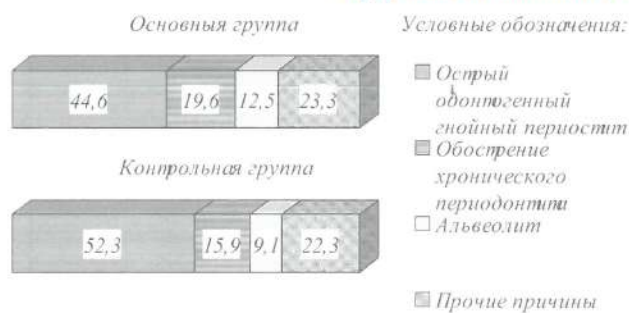
был 61,0% лиц трудоспособного возраста, 72,7% было их в контрольной группе (различия недостоверны, $t = 1,3$).

Все 56 пациентов были приглашены на прием к стоматологу - хирургу на следующий день. Однако, посетили его только 39 человек, на третий - 26, на четвертый - 14. В течение 5 дней лечение продолжали лишь 6 больных периоститом, 1 - периодонтитом и 1 из группы прочих.

В одном случае заболевания периоститом на 5 день проявились признаки острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти. После удаления причинного зуба, ранее леченного эндодонтически, процесс купировался в течение 3 дней. Аналогичный случай, наблюдавшийся в контрольной

Рис. 3

Структура причин обращения пациентов основной и контрольной групп за неотложной стоматологической хирургической помощью (в %)



группе, при использовании обычных, общепринятых методов, потребовал семидневного комплексного лечения.

Если при первичном посещении степень выраженности основных симптомов неотложных состояний у пациентов основной и контрольной групп практически не отличались, то в дальнейшем у лечившихся с применением низкочастотного ультразвука отмечается более быстрый регресс

субъективно наиболее тяжелых симптомов.

Причиной обращения в кабинет неотложной стоматологической помощи (КНСП) почти у половины (44,6%) пациентов хирургического профиля (рис. 3) в основной группе явился острый одонтогенный гнойный периостит челюсти, у 11 человек (19,6%) - обострение хронического периодонтита, у 7 (12,5%) - альвеолит. Остальные 13 пациентов отнесены к группе прочих, так как страдали различными, реже встречающимися, видами патологии. В структуре заболеваний лиц контрольной группы также преобладает острый одонтогенный гнойный периостит челюсти (52,3%), реже (в 15,9% случаев) встречалось обострение хронического периодонтита, у 9,1% пациентов - альвеолит.

Более половины страдающих острым одонтогенным гнойным периоститом обратились за медицинской помощью в КНСП лишь на третий день от начала заболевания, на второй - только одна пятая заболевших, по 3 человека - на четвертый и пятый дни, а один пациент не обращался за стоматологической помощью 6 дней.

В контрольной группе также никто из пациентов не обратился к врачу - стоматологу в первый день заболевания. На второй день обратился за неотложной стоматологической помощью лишь каждый десятый, нуждающийся в ней, на третий - четверо из десяти. На четвертый - трое.

Как в основной, так и в контрольной группе более невнимательно к своему здоровью относились и неадекватно оценивали опасность своего состояния мужчины.

Из 11 больных обострением хронического периодонтита в основной группе в первый день заболевания за медицинской помощью обратились 2 человека, на второй - один, на третий и четвертый - по три, на пятый и шестой - по одному, в контрольной

- по три человека на второй и третий день и один - на шестой.

В основной группе было 7 больных альвеолитом, 4 женщины, одна из них обратилась в КНСП в первый день заболевания, на третий - четверо и по одному - на четвертый и шестой день. Из 4 больных альвеолитом был 1 мужчина, который обратился за неотложной стоматологической помощью на пятый день от начала заболевания, женщины - на третий, четвертый и шестой.

Уже на следующий день после оказания неотложной стоматологической помощи у абсолютного большинства из них значительно ослабевали болевые ощущения, спадал отек мягких тканей, улучшалось общее состояние, ликвидировался экссудат, уменьшался размер лимфоузлов, нормализовалась температура. Более чем у трети (37,5%) полностью исчезли все перечисленные симптомы, а у большинства

Таблица 2

Степень выраженности основных симптомов заболеваний у пациентов сравниваемых групп (случаев)

а) при первичном посещении КНСП

Симптом	Основная группа				Контрольная группа			
	Резко	Умеренно	Слабо	Отсут.	Резко	Умеренно	Слабо	Отсут.
Боль	33	13	7	3	37	2	5	-
Отек мягких тканей	28	6	4	19	34	1	1	8
Нарушение общего состояния	27	17	9	3	37	4	1	2
Инфильтрат	26	4	1	25	24	2	3	15
Изменение слизистой оболочки	29	8	6	13	35	3	5	1
Наличие экссудата	21	8	2	25	19	3	4	18
Увеличение лимфоузлов	8	6	5	39	13	1	-	30
Ограничение открывания рта	5	6	2	43	2	4	-	38
Повышенная температура тела	-	21	10	25	1	18	8	17

б) на второй день лечения

Боль	2	5	14	35	2	41	-	1
Отек мягких тканей	2	5	17	32	1	41	1	1
Нарушение общего состояния	1	8	18	29	1	39	2	2
Инфильтрат	-	2	16	38	1	21	8	14
Изменение слизистой оболочки	2	3	30	21	1	36	1	6
Наличие экссудата	-	1	1	54	-	16	4	24
Увеличение лимфоузлов	-	5	5	46	-	16	4	24
Ограничение открывания рта	-	3	6	47	-	5	4	35
Повышенная температура тела	-	-	-	56	-	12	12	20

остальных проявлялись в слабой степени. В последующие дни обратное развитие симптомов заболеваний шло более быстрыми темпами и на пятый день лечения лишь у нескольких человек остались отдельные слабо выраженные признаки патологии. Об этом свидетельствуют данные таблицы 2.

Уже на следующий день после оказания неотложной стоматологической помощи у абсолютного большинства из них значительно ослабевали болевые ощущения, спадал отек мягких тканей, улучшалось общее состояние, ликвидировался экссудат, уменьшался размер лимфоузлов, нормализовалась температура. Более чем у трети (37,5%) полностью исчезли все перечисленные симптомы, а у большинства остальных проявлялись в слабой степени. В последующие дни обратное развитие симптомов заболеваний шло более быстрыми темпами и на пятый день лечения лишь у нескольких человек остались отдельные слабо выраженные признаки патологии. Об этом свидетельствуют данные таблицы 3.

В таблице наглядно показано, что у пациентов, лечившихся обычными общепринятыми методами, обратное развитие основной

симптоматики происходит заметно медленнее, хотя интенсивность проявления патологии у них ослабевает.

При использовании низкочастотного ультразвука значительно реже возникает необходимость назначения лекарственных препаратов, нередко дорогостоящих и потому доступных не всем пациентам (различие достоверно, $t > 3$).

Как видно из таблицы, более 80,0% лечившихся обычными общедоступными методами нуждались в применении медикаментов, средняя продолжительность лечения которыми была больше, чем у пациентов основной группы.

Таблица 3
Степень выраженности основных симптомов заболеваний у пациентов основной и контрольной групп на третий - пятый дни лечения (случаев)

СИМПТОМ	Основная группа			Контрольная группа			
	Умеренно	Слабо	Отсутствует	Резко	Умеренно	слабо	отсутствует
Третий день							
Боль	2	7	47	-	12	12	20
Отек мягких тканей	2	3	51	-	28	15	1
Нарушение общего состояния	1	5	50	-	29	12	3
Инфильтрат	-	1	55	-	2	5	37
Изменение слизистой оболочки	2	3	51	-	15	20	9
Наличие экссудата	-	-	56	-	1	8	35
Увеличение лимфоузлов	-	-	56	1	7	7	29
Ограниченное открывание полости рта	-	1	55	-	3	4	37
Повышенная температура тела	-	-	-	-	-	1	43
Четвертый день							
Боль	-	3	53	1	10	27	6
Отек мягких тканей	-	3	53	1	3	32	8
Нарушение общего состояния	1	1	54	1	10	26	7
Инфильтрат	-	1	55	1	2	1	40
Изменение слизистой оболочки	1	1	54	1	4	25	14
Увеличение лимфоузлов	-	-	56	-	3	6	35
Ограниченное открывание полости рта	-	-	56	-	1	5	38
Повышенная температура тела	-	-	56	-	1	-	43
Пятый день							
Боль	1	4	52	-	2	17	25
Отек мягких тканей	-	4	52	-	1	8	35
Нарушение общего состояния	3	-	53	-	2	16	26
Инфильтрат	-	-	56	-	1	1	42
Изменение слизистой оболочки	-	3	53	-	-	5	39
Увеличение лимфоузлов	-	-	56	-	-	1	43
Ограниченное открывание полости рта	-	-	56	-	-	3	41

Одним из наиболее важных показателей эффективности лечения является продол-

жительность временной нетрудоспособности. Обстоятельство объясняется развитием у двух женщин (из 10) одонтогенного остеомиелита, ранее всего укладывавшегося в клиническую картину острого периостита. Если исключить эти два случая, то средняя длительность временной нетрудоспособности составит 2,25 дня.

Таким образом, применение низкочастотного ультразвука в процессе оказания неотложной стоматологической помощи при заболеваниях хирургического профиля обуславливает более быстрый регресс основных

симптомов болезней: уже на следующий день ослабевают болевые ощущения, уменьшается отек мягких тканей и размер регионарных лимфатических узлов, нормализуется температура тела, улучшается общее состояние.

Оказание неотложной стоматологической помощи при альвеолите посредством периостотомии низкочастотно-ультразвуковым скальпелем с использованием озonoультразвукового фонофореза приводит к ослаблению кровотечения, исчезновению болевых ощущений и восстановлению нормального цвета слизистой уже через 15 - 30 минут после оперативного вмешательства.

Использование озонonизкочастотной ультразвуковой технологии устраняет необходимость назначения медикаментозного лечения у большинства пациентов.

Применение низкочастотного ультразвука при urgentных хирургических стоматологических состояниях значительно сокращает продолжительность временной нетрудоспособности (различие достоверно, $t > 3$).

Таблица 4

Продолжительность медикаментозного лечения пациентов основной и контрольной групп

Продолжительность лечения, дней	Основная группа		Контрольная группа	
	Человек	Дней	Человек	Дней
1 – 3	8	22	3	7
4 – 6	4	22	27	129
7 – 9	2	14	6	53
Всего	14	58	36	187
Удельный вес, %	25,0		81,8	
В среднем		4,1		5,2

жительность временной нетрудоспособности.

При оказании неотложной стоматологической помощи и дальнейшем лечении общепринятыми методами средняя длительность одного случая временной утраты трудоспособности составляет 5,1 дней (Таб. 5). Использование низкочастотной ультразвуковой технологии при аналогичных urgentных состояниях снижает продолжительность временной нетрудоспособности в среднем на 3 дня.

Как видно из таблицы, применение низкочастотного ультразвука заметно сокращает среднюю длительность одного случая нетрудоспособности, минимум в 1,7 раза при периостите и почти в 4 раза при периодонтите. Обращает на себя внимание значительно большая продолжительность нетрудоспособности женщин,

Таблица 5

Средняя длительность случая временной нетрудоспособности у лечившихся с применением и без применения низкочастотного ультразвука (дней)

Заболевание	Применение НЧУЗ			Без применения НЧУЗ		
	Муж.	Жен.	В сред	Муж.	Жен.	В сред
Периостит	2	3,6	2,65	4,6	4,6	4,6
Периодонтит	1	1,4	1,36	6,5	4,8	5,3
Альвеолит	1,7	2,6	2,25	7	4,3	5
Прочие болезни	1,86	1,3	1,6	6,3	6,1	6,2
В среднем	1,9	2,3	2,1	4,4	4,6	5,1

обратившихся за неотложной стоматологической помощью в связи с периоститом (в среднем на 1,6 дня). Это

Литература

1. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей /Под ред. М.И.Кузина, Б.М.Костюченко. - М.: Медицина, 1990.-592 с.
2. Светухин А.М., Карлов В.А., Амирасланов Ю.А. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний. //Хирургия. -1990. - № 12. - С. 79-84.
3. Бажанов Н.Н., Козлов В.А., Максимовский Ю.М. и др. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //Стоматология.- 1996.- (спец. выпуск). -С. 38.
4. Агапов В.С., Ляпунов Н.А., Трухина Г.М. и др. Медикаментозная стимуляция заживления гнойных ран челюстно-лицевой области. // Стоматология. - 1996. - (спец. выпуск). - С. 41-42.
5. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. и др. Анаэробные инфекции в хирургии.- Л.: Медицина 1989 -160 с.
6. Лазутиков О.В., Лунев Б.В. Применение озонированных растворов в комплексном лечении одонтогенных гнилостно-некротических флегмон челюстно-лицевой области и шеи. //Стоматология. - 1996. - (спец. выпуск) - С. 64-65.
7. Николаев Г.А., Лошилов В.И. Ультразвуковая технология в хирургии.- М.: Медицина, 1980. - 272 с.
8. Педдер В.В., Лошилова Л.В., Бяллер В.В. и др. "Обратный" ультразвуковой капиллярный эффект и его использование в хирургии. // Проблемы техники в медицине. - Тбилиси, 1986. - С. 79-80.
9. Педдер В.В. Исследование процесса, разработка технологии и оборудования для ультразвуковой сварки разнородных биотканей при слухоулучшающих операциях: Дис. ... канд. техн. наук. - М., 1982. - 241 с.
10. Муравьев А.В. Озонотерапия гнойных ран и трофических язв: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ярославль, 1990. - 16 с.
11. Техника озонотерапии: Методические рекомендации /С.П.Перетягин, Г.А.Бояринов, Д.М.Зеленое и др.- Н.Новгород, 1991. - 15 с.
12. Озонотерапия в гинекологии: Методические рекомендации /Н.М.Побединский, В.М.Зуев, Т.А.Джибладзе и др. - М., 1992. - 9 с.
13. Васильев И.Т., Марков И.Н., Мумладзе Р.Б. и др. Антибактериальное и иммунокоррегирующее действие озонотерапии при перитоните. //Вестн. хир. - 1995.- № 3.С. 56-60.
14. Овчинников Ю.М., Синьков Э.В. Применение газообразного озона и озонированных растворов при лечении хронических гнойных средних отитов. //Вестн. оторинолар. - 1998. - № 6. - С. 11-12.
15. Ozone in medicine. Proceedings of the 11-th ozone world congress. San-Francisco, 1993. - 182 p.
16. Риллинг З, Фибан Р. Практика озонотерапии. Информационно-практическое пособие.- Иффенхейм-Штутгарт: Изд. мед. лит-ры Э.Фишера, 1985. - 152 с.
17. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Каратаев С.Д. Озонотерапия. -М.: "Фармаграфикс", 1998. - 15 с.
18. Патент 2099110, РФ. Способ лечения дифтерии. /В.В.Педдер, А.А.Новиков, Ю.М.Овчинников и др. //Б.И. - 1997.-№35 (заявлено 1.11.1994).
19. Педдер В.В., Ивасенко П.И., Першин А.В., Дистель Р.А., Темерев В.Л. Низкочастотный ультразвук и озон в комплексном лечении одонтогенных флегмон лица и шеи. //Биомедицинская технология и приборостроение. - Омск, 1996.-С. 103-105.
20. Педдер В.В., Г.Г.Сергиенко, М.М.Карфинка и др. Озоно-ультразвуковые био- и медицинские технологии в профилактике опасных болезней. //Биомедицинская технология и приборостроение. - Омск, 1996. - С. 114-116.
- 21.Педдер В.В., Г.Г.Сергиенко, В.Н.Максимов. Озоно-ультразвуковые технологии в лечении раневой инфекции и опасных заболеваний. //Новые медицинские технологии на основе отечественного оборудования. - Омск, 1998. - С. 63-73.
22. Педдер В.В., Павлов В.В., Щербаков А.В., Хряков А.С. Низкочастотный ультразвук и целевые газовые агенты в лечении гнойных ран. //Биомедицинская технология и приборостроение. Омск, 1989. - С. 58-64.
23. Патент 2131673, РФ. Способ получения озонированного масла "ОТРИСАН". /В.В.Педдер, М.М.Карфинка, А.А.Карелин и др.//Б.И. - 1999. - №17 (заявлено 17.04.1998).

Секреты ортогнатической хирургии.

Г. Заур Новрузов, Ф. Ерхан Оздилер, Сулейман Халил, Н. Бора Сайан, Хакан Карасу,
Зухал Кучукйавуз

Кафедра ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии Анкаринского университета
(Турция)

Включение:

Лечение челюстно-лицевых аномалий осуществляется преимущественно комбинированным ортодонтическим и хирургическим вмешательством. Ортогнатическая хирургия способствует восстановлению стоматогнатических функций, эстетики и стабильной окклюзии. В этой статье мы предоставим вашему вниманию лечение скелетного 3-его класса путём ортогнатической хирургии.

Ключевые Слова: Ортогнатическая хирургия, класс 3.

Ортогнатическая хирургия- комбинированное ортодонтическое и хирургическое лечение, может рассматриваться как один из вариантов лечения у больных завершивших период роста и развития скелета.

Целью ортогнатической хирургии является обеспечение нормальных функций, эстетики и правильной окклюзии. Для этого, изучение цефалометрического фильма, обследование окклюзии, планирование лечения ортодонтист и челюстно-лицевой хирург должны делать совместно [Bell 1984].

Последовательность ортогнатической хирургии [Apaydin 1992]:

1. Анамнез и клиническое обследование.
2. Цефалометрический анализ и цефалометрическое планирование.
3. Обследование полости рта и оценка соотношения окклюзии.
4. Предоперационное ортодонтическое лечение.
5. "Слепочная" хирургия, приготовление хирургических сплинтов (пластинок) и непосредственно хирургическое вмешательство.
6. Постоперационное ортодонтическое лечение.

Анамнез:

Очень важное значение имеет основная жалоба больного, что именно его беспокоит и его ожидание от лечения.

Клиническое обследование:

Обследование симметричности, профиля, вертикальных соотношений и губо-зубных (Gummy-smile) соотношений.

Цефалометрический анализ:

На сегодняшний день является самым практичным и детальным анализом. При этом анализе, как в миллиметрическом так и в градусном соотношениях, измеряется: положение верхней и нижней челюстей по отношению к краниальной базе, соотношение верхних и

нижних резцов по отношению к их костной основе, а также вертикальные соотношения. Эти измерения вычисляются с помощью анализов: Штейнера, МакНамары, Эпкера и Фиша [Steiner 1959, McNamara 1984].

Цефалометрическое планирование:

После анализа цефалометрического фильма, определяется в какой именно области лица заключается причина аномалии. При цефалометрическом планировании костные участки, в которых заключается аномалия, переносятся на чертёжную бумагу, и далее вырезая эти участки на бумаге, приводятся в нормальное положение, далее по таблице 1 рассчитываются изменения в мягких тканях, а также профиль больного [Schmuth 1994]. Далее, сравнивая прогнозируемый чертёж с "проблемным", сравниваются изменения. В последующей стадии данные прогнозируемого чертежа, сравниваются с нормальными данными [Fish & Epker 1980].

Таблица 1

Постериальное положение нижней челюсти	Передний край: Нижняя губа: Верхняя губа:	% 100 % 75 % 20
Переднее положение нижней челюсти	Передний край: Нижняя губа: Верхняя губа	% 100 % 75 % ?
Постериальное расположение альвеолярного отростка верхней челюсти посредством хирургического вмешательства	Верхняя губа Нижняя губа: Носогубный угол	% 66 % 30 ↑
Антериальное расположение альвеолярного отростка верхней челюсти посредством хирургического вмешательства	Верхняя губа Нижняя губа: Носогубный угол	% 50 ? ↑↑
Переднее положение верхней челюсти	Нос: Верхняя губа:	Изменяется % 50
Изменение положения переднего края нижней челюсти		< % 100
Гениопластика при помощи дополнительного костного материала	Передний край:	% 66
Гениопластика с использованием аллотрансплантата	Передний край:	% 100

Внутриротовое обследование:

Включает исследование: ретинированных зубов, могущих повлиять на течение лечения, кариозных зубов, состояние периодонта, наличия перекрёстного или же глубокого прикуса, расстояния между клыками, кривой Шпий (Spee) и положение языка.

Обследование окклюзии:

Устанавливая слепки верхней и нижней челюстей на артикулятор, исследуется соотношение окклюзии в поперечном и сагитальном направлениях, скученность зубов или наличие диастемм. Далее, модели приводятся в Кл I по Энглу, и в этом положении регистрируются недостатки.

Предоперационное ортодонтическое лечение:

Требует очень детальный подход, так как этот период подразумевает подготовку непосредственно к самой операции. В этом этапе в окклюзии должны быть устранены нарушения как в поперечном так и в сагитальном направлениях, а также резцы должны быть приведены в идеальное положение. Однако в этой стадии максимально нужно избегать торка, так как при торке нарушается стабильность зубов и зубы становятся более подвижными, с другой стороны во время операции, смещение костных участков становится менее стабильным.

Слепочная хирургия, изготовление хирургических сплинтов и операция:

Берутся слепки с верхней и нижней челюстей. Этим слепкам придается вид квадрата, чтобы впоследствии легче было проводить чертежи по этим слепкам. Далее, определяя положение максиллы по горизонтали Франкфорта, с помощью фейс-боу (Face-bow) модель верхней челюсти устанавливается на артикулятор Сем 2 (SEM 2) (Рис 1).

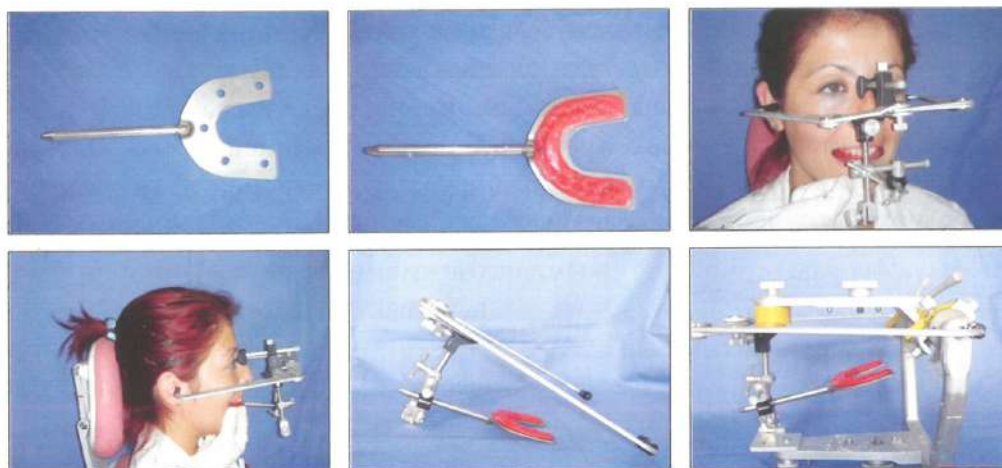


Рис 1

Квадратную модель верхней челюсти устанавливают на восковой прикус внутриротовой части фейс-боу, а затем крепят на артикулятор. Модель нижней челюсти устанавливают на артикулятор, также предварительно адаптировав ее к полученному восковому прикусу, взятому в нормальном для больного положении. Таким образом, на артикулятор устанавливается прикус больного (Рис 2).



Рис 2

Далее, сначала на квадратной модели верхней челюсти, чертятся горизонтальные и вертикальные референсные линии (Рис 3). Предусмотренные при цефалометрическом планировании изменения на верхней челюсти с помощью референсных линий переносятся на квадратную модель верхней челюсти, а затем модель верхней челюсти устанавливается в новом положении на артикуляторе. После того как максилла закрепляется в этом положении, из метилметакрилата изготавливается 1-ая хирургическая пластинка.

После этого, приводя нижнюю челюсть, согласно цефалометрическому планированию в нужное положение, изготавливается вторая пластинка, для нижней челюсти. Таким образом, завершается изготовление пластинок, используемых во время хирургического вмешательства.

Во время операции, так же, как и во время изготовления сплинтов, в первую очередь, разрезом Лефорт 1, обеспечивая подвижность верхней челюсти, определяют положение максиллы, далее изготовленный во время слепочной хирургии 1-ый сплент, со следами

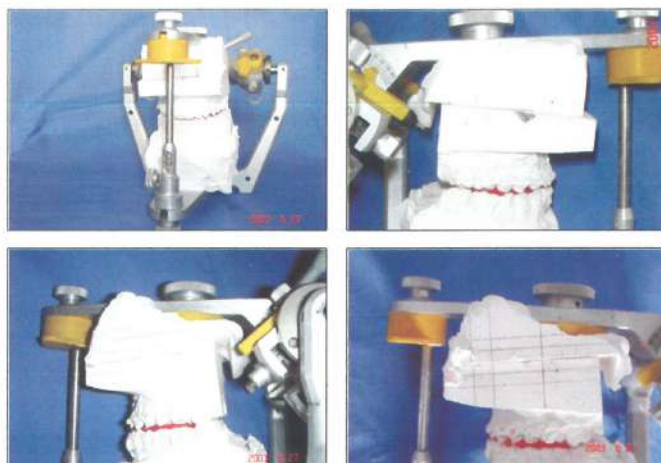


Рис 3

зубов усаживается на верхнюю челюсть и закрепляется, потом адаптируется на нижнюю челюсть и с помощью специальных пластинок максилла фиксируется. Таким образом, верхняя челюсть фиксируется в новом положении.

Для того, чтобы обеспечить подвижность корпуса мандибулы, на нижней челюсти, в области углов нижней челюсти (в гониальных областях), проводят сагитальную сплит остеотомию (Sagittal Split Osteotomy) и используя 2-ой спллит мандибула фиксируется в новом положении. Таким образом, как нижняя, так и верхняя челюсти приводятся в нужное положение и фиксируют.

Постоперационное ортодонтическое лечение:

Устранив с помощью торка, оставшиеся недостатки в положении зубов и в окклюзии, и после достижения идеального смыкания, лечение завершается.

Приведём данные двух пациентов, в лечении которых была проведена ортогнатическая хирургия.

Пациент 1 :



Рис 4

Больная Д.Ч., 17 лет, полный перекрёстный прикус, 3-ий класс по Энгля. Обратилась с жалобой на некрасивую форму лица (Рис 4).

Было установлено, что пациентка до 5-6 лет пользовалась соской.

Во время исследования дыхательных путей, было установлено, что у пациентки носовой тип дыхания. Во время интраорального исследования на нижней челюсти было отмечено нарушение на 2 мм в правую сторону от срединной линии. Овербайт (Overbite): 0мм, Овержет (Overjet): -4мм. Фри вей спейс (Free way space): 2,5мм.

При анализе моделей верхней и нижней челюстей, было установлено на верхней челюсти = 0мм, на нижней = -2мм недостаточности места.

Цефалометрические данные Штейнера и МкНамары, у больной в начале и в конце лечения, указаны в таблицах 2 и 3. Как указано в таблице 2, в начале лечения показатель ANB у больной равен -4° , что означает что у больной скелетный Кл 3. Основная проблема, как мы видим по показателю SNB, заключается на нижней челюсти. Протрузивное положение верхних и нижних резцов, показатели Ocl-SN и GoGn-SN близки к нормальным данным, протрузивное положение нижней губы и ретрузивное положение верхней губы показано на таблице 2.

Нормальное положение

Анализ Штайнера

Таблица 2.

Имя фамилия: Д.Ч. Пол: женский Дата рождения: 12.06.1985
Период скелетного развития: Ru Скелетный возраст: 17

	Норма	Нач.леч. 04.07.2002	Кон.леч. 11.02.2004
SNA	82°	81°	82°
SNB	80°	85°	80°
ANB	2°	-4°	2°
SND	76°	$82,5^\circ$	78°
Расстояние от нижней точки верхних резцов к прямой NA	4 мм	7	5
Угол между осевым наклоном верхних резцов и прямой NA	22°	$21,5^\circ$	21°
Расстояние от верхней точки нижних резцов к прямой NB	4 мм	7	5,5
Угол между осевым наклоном нижних резцов и прямой NB	25°	24°	20°
Расстояние от точки Pg к прямой NB		0	2
Разница Holdaway-a	0	7	3,5
Межрезцовый угол	131°	134°	137°
Угол между прямой окклюзией и SN	14°	14°	14°
Угол между GoGn и SN	32°	36°	36°
Линия S / верхняя и нижняя губа	0/0 мм	-2/+3	+2/+1
Вычисление наличия недостаточности или избытка места на верхней и нижней зубных рядах (в миллиметрах)		0/-2	0/0

Таблица 3.

Анализ МкНамары

Имя фамилия: Д.Ч. Пол: женский Дата рождения: 12.06.1985

	норма	Нач.леч. 04.07.2002	Кон.леч. 11.02.2004
1. Соотношение верхней челюсти с краниальной базой			
Носогубной угол:	$102^\circ \pm 8^\circ$	104	112
перпендикулярная прямая НА-Верхняя губа	$\varnothing 14^\circ \pm 8^\circ$ $\varnothing 8^\circ \pm 8^\circ$	9	17
перпендикулярная прямая НА-А:	0 ~ 1 мм	+1,5	+1
2. Соотношения верхней и нижней челюстей			
передне-задние			
Co - Gn:	-----	124	120
Co - A:	-----	84	85
Максильно-мандибулярная разница:	20 ~ 23 мм (кратк.) 27 ~ 30 мм (средн.) 30 ~ 33 мм (длин)	40	35
Вертикальные			
ANS - Me:	60 ~ 62 мм (кратк.) 65 ~ 67 мм (средн.) 70 ~ 73 мм (длин)	69	72
FIH / Go - Me:	$22^\circ \pm 4^\circ$	28	30
Ba - N / Ptm - Gn:	$0^\circ \pm 3,5^\circ$	+2	-3
3. Соотношение нижней челюсти с краниальной базой			
Pr - Na.Perp:	-8 ~ -6 мм (кратк.) -4 ~ 0 мм (средн.) -2 ~ +2 мм (длин)	10,5	-2
4. Положение зубов			
Расстояние от переднего края верхних резцов к перпендикулярной А:	4 ~ 6 мм	8	6
Расстояние от переднего края нижних резцов к перпендикулярной А-Pg	1 ~ 3 мм	9	3,5
5. Дыхательные пути			
Ширина верхних дыхательных путей:	15 ~ 20 мм	17	16
Ширина нижних дыхательных путей:	11 ~ 14 мм	13	13

верхней челюсти и протрузивное положение нижней по анализу МкНамары, указано на таблице 3.

При клиническом обследовании, исследовании окклюзии и цефалометрическом анализе, было принято решение хирургическим путем, с помощью метода Сагитальной Сплит Остеотомии (Sagittal Split Osteotomy) переместить нижнюю челюсть на 6 мм назад.

Как было указано выше, после цефалометрического Сет-ап'а (Set-Up) и слепочной хирургии, по новому положению мандибулы был изготовлен сплнт. Во время операции, обеспечив подвижность нижней челюсти путем сагитальной сплнт остеотомии, отделив корпус мандибулы от рамусов, нижняя челюсть была перемещена в постериальном направлении и зафиксированна с помощью сплнта и ригидных фиксационных шурупов. Постоперационный период составил 10 месяцев. В целом лечение было проведено за 18 месяцев.

Пациент 2:

Второй больной Х.Т. 23 года, полный перекрёстный прикус, скелетный зубной 3 класс. (Рис 5). Обратился с жалобой на некрасивую форму лица, и неудовлетворительный прикус. При сборе анамнеза было выявлено что у дедушки больного переразвита нижняя челюсть. Вредных привычек нет.

При обследовании дыхания, установлено, что у больного смешанный тип дыхания. При интраоральном обследовании установлено: отсутствие нижних 1-ых моляров, овербайт (Overbite): 1 мм, овержет (Overjet): -1,5 мм, Фри вей спейс (Free way space): 2,5 мм.

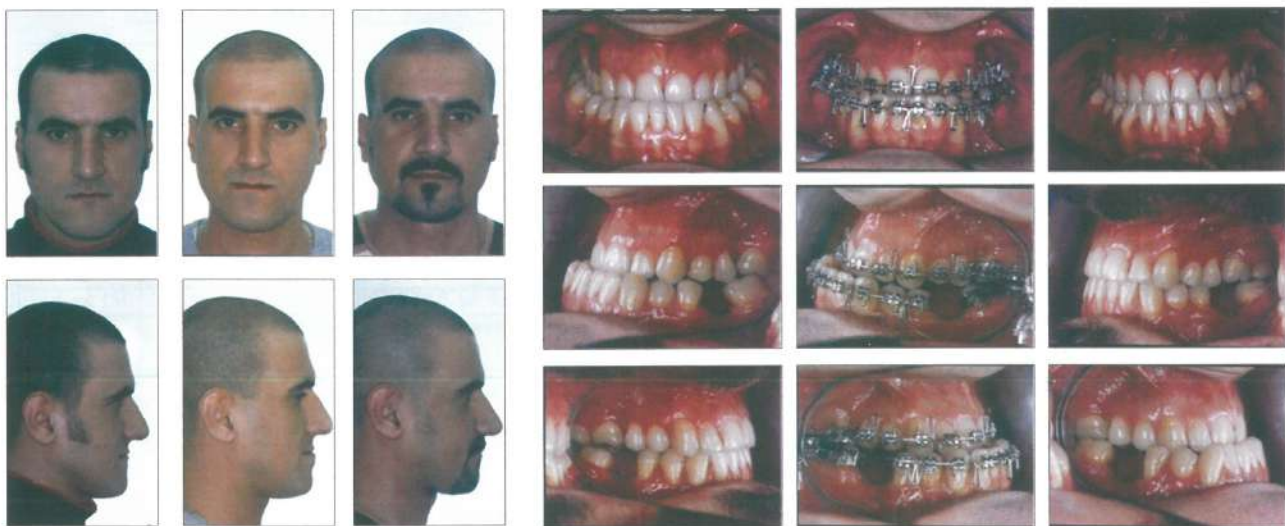


Рис 5

При модельном анализе установлено: на верхней челюсти 1 мм, на нижней 4,5 мм недостаточности места. По анализу Болтона нарушений не выявлено.

В таблицах 4 и 5 даются данные анализов Штейнера и МкНамары больного в начале и в конце лечения. Как показано в таблице 4 в начале лечения угол ANB равен: -3° , что означает скелетный 3 класс. Указаны аномалийные положения SNA и SNB, т.е. причина аномалии как в верхней так и в нижней челюсти. Ретрузивное положение верхней и протрузивное положение нижней губы.

В таблице 5, по анализу МкНамары указано ретрузивное положение верхней и протрузивное положение нижней челюсти. После клинического обследования и

обследования прикуса, а также после цефалометрического исследования, было принято решение, находящуюся в постериальном положении верхнюю челюсть разрезом Лефорта на 6 мм привести вперед, а переразвитую нижнюю челюсть сагитальной сплент остеотомией на 3 мм назад.

В отличие от первого больного, здесь было принято решение изменить положение обеих челюстей. Для этого, после фиксации модели верхней челюсти на артикуляторе, был изготовлен 1-ый сплент, а затем зафиксировав модель нижней челюсти был изготовлен 2-ой сплент. Во время операции на верхней челюсти был проведен разрез на уровне Лефорт 1, на нижней же челюсти была проведена сагитальная сплент остеотомия. После того как, верхняя и нижняя челюсти были приведены в нормальное положение, их зафиксировали ригидными фиксационными шурупами. После окончания лечения, у больного был достигнут красивый эстетический вид, правильное зубное соотношение, а также нормальные цефалометрические данные. Далее, для изготовления ортопедического протеза, больной был направлен на кафедру ортопедии.

До операции длительность лечения составила 8 месяцев, постоперационный период также 8 месяцев. Всего длительность лечения составила 16 месяцев.

Анализ Штайнера

Таблица 4.

Имя фамилия: Х. Т. Пол: мужской Дата рождения: 24.02.1978
Период скелетного развития: Ри Скелетный возраст: 24

	Норма	Нач.леч. 08.01.2002	Кон.леч. 03.06.2003
SNA	82°	79°	84,5°
SNB	80°	82°	82°
ANB	2°	-3°	2,5°
SND	76°	80°	80°
Расстояние от нижней точки верхних резцов к прямой NA	4 мм	6	3,5
Угол между осевым наклоном верхних резцов и прямой NA	22°	18°	18°
Расстояние от верхней точки нижних резцов к прямой NB	4 мм	3	5
Угол между осевым наклоном нижних резцов и прямой NB	25°	13°	20°
Расстояние от точки Pg к прямой NB		2	2
Разница Holdaway-a	0	1	3
Межрезцовый угол	131°	153°	140°
Угол между прямой окклюзии и SN	14°	20°	17°
Угол между GoGn и SN	32°	33°	35°
Линия S / верхняя и нижняя губа	0/0 мм	-10/-8	-5/-5
Вычисление наличия недостаточности или избытка места на верхней и нижней зубных рядах (в миллиметрах)		0/0	0/0

Анализ МкНамары

Таблица 5.

Имя фамилия: Х. Т. Пол: мужской Дата рождения: 24.02.1978

	норма	Нач.леч. 08.01.2002	Кон.леч. 03.06.2003
1. Соотношение верхней челюсти с крапальной базой			
Носогубной угол:	102° ± 8°	84	98
перпендикулярная прямая НА-Верхняя губа	♀ 14° ± 8° ♂ 8° ± 8°	8	10
перпендикулярная прямая НА-А:	0 ~ 1 мм	-5	+3
2. Соотношения верхней и нижней челюстей			
передне-задние			
Со - Gn:	----	134	132
Со - А:	----	89	98
Максилло-мандибулярная разница:	20 ~ 23 мм (крат.) 27 ~ 30 мм (сред.) 30 ~ 33 мм (длин.)	45	34
Вертикальные			
ANS - Me:	60 ~ 62 мм (крат.) 65 ~ 67 мм (сред.) 70 ~ 73 мм (длин.)	79	75
FH / Go - Me:	22° ± 4°	29	28
Ba - N / Ptm - Gn:	0° ± 3,5°	-4	-3
3. Соотношение нижней челюсти с крапальной базой			
Po - Na.Perp:	-8 ~ -6 мм (крат.) -4 ~ 0 мм (сред.) -2 ~ +2 мм (длин.)	+1,5	-2
4. Положение зубов			
Расстояние от переднего края верхних резцов к перпендикулярной А:	4 ~ 6 мм	+4	+5
Расстояние от переднего края нижних резцов к перпендикулярной А-Pg	1 ~ 3 мм	+4	+2
5. Дыхательные пути			
Ширина верхних дыхательных путей:	15 ~ 20 мм	17	16
Ширина нижних дыхательных путей:	11 ~ 14 мм	10	10

Резюме:

Как известно, лечение не всех челюстно-лицевых аномалий проводится исключительно ортодонтическим путём. При наличии скелетной аномалии, у больных завершивших период роста и формирования скелета проводится комбинированное ортодонтическое и хирургическое вмешательство.

Совместное проведение клинических, радиологических и лабораторных измерений, а так-же совместное планирование лечения ортодонта и хирурга, является обязательным условием.

Основной целью ортогнатической хирургии является обеспечение нормальных стоматогнатических функций, достижение красивой эстетики, а так же, стабильной окклюзии.

Conclusion:

As it is known, all orthodontic anomalies can not be treated by only orthodontic treatment. Adult patients whose growth are finished, and have a skeletal problems, needs a combination of surgical and orthodontic treatment.

The evaluation of clinical, radiological and study casts measurements, and the treatment plan must be done with the maxillofacial surgeon.

The main aims of the orthognathic surgery are a normal function, good esthetic and a stabil occlusion.

Литература

1. Apaydin A. Ortognatik Cerrahinin Temelleri. Nobel Tip Kitapevi 1992 (Ceviri Haris M. Reynolds IR Fundamentals of Ortognotic Surgery WB Saunders Company 1991)
2. Bell WH. Surgical Correction of Dentofacial Deformities. New Concepts WB Saunders Company 1984
3. Fish L.C., Epker B.N.: Surgical Orthodontic cephalometric prediction tracing. Journal of Clinical Orthodontics.1980.14:36-52
4. McNamara J.A.: A method of cephalometric evaluation. AJO&DO 1984, 86: 449-169
5. Steiner C.C.: Cephalometries in Clinical practice. Angle Orthod. 29:8-29,1959
6. Schmuth G. Kieferorthopadie 1. Munchen. Urban & Schwarzenberg. 1994: 365-383

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA DİŞ-ÇƏNƏ ANOMALİYALARININ EPİDEMİOLOGİYASI

Z.İ.Qarayev, N.A. Pənahov
ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası

Problemin aktuallığı.

Müasir stomatologiya elmində həlli böyük nəzəri və təcrübi əhəmiyyət kəsb edən məsələlərdən biri də diş-çənə anomaliyalarının yayılması, etiopatogenezi, müalicə və profilaktikasıdır.

Diş-çənə sistemində olan anomaliyalar insanın zahiri görkəmində, çeynəmə funksiyasında, nitqində qüsurlar və dəyişikliklər yaratmaqla yanaşı, insan psixikasında yararsızlıq kompleksi adlanan halın inkişafına gətirib çıxara bilər. Bu baxımdan, diş-çənə anomaliyalarının vaxtında aşkar edilərək düzgün müalicə olunması gələcək ağırlaşmaların qarşısını ala bilər.

Təbii-coğrafi, mədəni-sosial və iqtisadi şəraiti fərqli olan ayrı-ayrı yaşayış-ərazi bölgələrində məskunlaşan yerli əhali arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılması barədə müxtəlif dövrlərdə aparılmış tədqiqatlar və bu zaman alınmış məlumatların analizi patologiyanın bir çox faktorlarla - müayinə edilən şəxsin fərdi-konstitusional və irsi xüsusiyyətləri, zərərli vərdisləri, ərazinin tibbi-coğrafi və mikroiqlim şəraiti, əhalinin məişət-sosial durumu və sanitariya-maarif səviyyəsi və s. ilə əlaqəsini dərinlən öyrənməklə yanaşı, onun profilaktikasını patogenetik əsaslarla təşkil etməyə və həyata keçirməyə imkan verir (F.Y.Xoroşilkina, Y.M.Malıqin, 1997; L.S.Persin, 1998; Y.A.Vakuşina, 1999; A.V.Çaban, 1999; Z.İ.Qarayev, 2000; R.Q.Əliyeva, A.V.Alimskiy, 2001; Y.A.Balandina, 2001 və b.).

Ədəbiyyatda diş-çənə anomaliyalarının

yayılması barədə olan məlumatlar fərqli olub, bəzən ziddiyyət təşkil edir. Dünyanın bir sıra ölkələrində aparılmış stomatoloji tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, əhali arasında diş-çənə sisteminin anomaliyaları geniş yayılmışdır. Y.L.Obratsov müayinə edilənlərin 42,7%-də, N.A.Lazareva 50,0 - 62,3%-də, A.İ.Qrudyanov 15,0 - 45,0%-də, Z.İ.Qarayev 64,6%-də, R.Q.Əliyeva 43,2 - 49,2%-də diş-çənə anomaliyaları aşkar etmişdir. Diş-çənə anomaliyalarının bəzi formalarının yayılma göstəricilərinin hətta 90%-ə qədər artması faktı bu barədə ciddi düşünməyin gərəkli olmasına əsas verir. Diş-çənə anomaliyalarının yayılma göstəricilərinin bu müxtəlifliyinə səbəb müayinələrin aparılması barədə vahid metodikanın və hamı tərəfindən birmənalı şəkildə qəbul edilə biləcək təsnifatın olmaması, norma və ondan kənara çıxma barədə subyektiv fikirlərin rəngarəngliyi, tədqiqatlar aparılan ərazinin tibbi-coğrafi, sanitariya-gigiyenik, məişət şəraitinin fərqli olması və s. ilə izah olunur. Ortodontik müalicəyə ehtiyac göstəriciləri, əsasən, diş-çənə anomaliyasının yayılma tezliyindən asılıdır. Deməli, əhaliyə göstərilən ortodontik müalicə-profilaktik yardımın həcmi də diş-çənə anomaliyalarının fərqli dərəcədə yayıldığı ayrı-ayrı bölgələrdə eyni olmayıb, bir-birindən seçilməlidir.

Xüsusilə vurğulamaq lazımdır ki, çox vaxt tədqiqatlar apararkən diş-çənə anomaliyaları sırasına daimi dişləm formalaşarkən kariyesin, parodont xəstəliklərinin ağırlaşmaları və dişlərin erkən çəkilməsi nəticəsində diş sırasında və dişləmdə yaranan ikincili

deformasiyaları aid edirlər. Bu patologiyalar arasında differensasiyanın düzgün aparılmaması anomaliyaların yayılması və müalicəsi barədə fikrin düzgün olmamasına gətirib çıxarır.

Diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının erkən profilaktikası diş-çənə sistemində dəyişikliklərə səbəb ola biləcək etioloji və patogenetik amillərin qarşısının alınması və aradan qaldırılmasına yönəlmiş kompleks tədbirləri aparmaqla mümkün ola bilər (M.Y.Alimova, 2000; T.K.Şkavro, 2000; L.V.Kipkayeva, T.N.Terexova, 2002 və b.). Təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, hazırkı dövrdə respublikamızda diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının profilaktikası və erkən müalicəsi qanə olunacaq həcmdə aparılmır. Ortodontik yardıma ehtiyacı olanların yalnız az bir qisminə lazımı ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilir. Keyfiyyətsiz ortodontik aparatların düzəldilməsi, göstəriş olmadan və ya səhv konstruksiyaların hazırlanması faktının olması da danılmazdır. Belə qeyri-peşəkar müalicədən sonra əmələ gələn fəsadların aradan qaldırılması daha da mürəkkəb bir prosesə çevrilir. Bu halda diş-çənə sistemindəki anomaliyaya düzgün aparılmayan müalicə nəticəsində yaranan ikincili deformasiya da qoşularaq gələcək müalicəni daha da ağırlaşdırır. Həkim-ortodontların, ortodontik kabinet və şöbələrin azlığı bu böyük problemin həllinə uşaqlarda ağız boşğunun sanasiyası ilə məşğul olan bütün həkim-stomatoloqların cəlb edilməsinin vacibliyini önəmləyir.

Azərbaycan respublikasında müxtəlif dövrlərdə ayrı-ayrı şəhərlərdə və bölgələrdə diş-çənə anomaliyalarının yayılması və onların bəzi formalarının müalicəsinə aid tədqiqatlar aparılıb (S.L.Katseva (1964), R.Q.Haşimov (1970), Ə.H.Hüseynov (1971), Z.V.Qasımova (1996), Z.İ.Qarayev (2000), R.Q.Əliyeva (2001), S.Q.Quliyeva (2003) və b.). Bu tədqiqatların nəticələri müxtəlifdir. Bu tədqiqatlar içərisində epidemioloji

baxımdan əhəmiyyətli Ə.H.Hüseynovun, Z.İ.Qarayevin və R.Q.Əliyevanın tədqiqatlarıdır. Ancaq respublikamızda diş-çənə anomaliyalarının yayılması, onların ortodontik və ortopedik müalicəyə ehtiyacı və kompleks şəkildə müalicə-profilaktika tədbirləri öyrənilmədiyi üçün biz bu problemi araşdırmağı qarşımıza məqsəd qoyduq.

İşin məqsədi

Azərbaycan Respublikasının bütün regionlarında 12-17 yaşlı yeniyetmələr arasında diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının yayılmasının öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları

Tədqiqatlarımız Azərbaycan Respublikasının beş regionunu əhatə etmişdir. Müayinələr 12-17 yaşlı məktəblilər arasında aparılmışdır. ÜST-nin herontologiya problemlərinə dair seminarında (Kiyev, 1973) təklif və təsdiq edilmiş təsnifatı və digər təsnifatları ümumiləşdirməklə 1984-cü ildə B.İ.Koqanın təklif etdiyi sxemə əsasən, 12-17 yaşlar - cinsi yetişkənlik, peripubertant dövrü hesab olunur. Bu yaş dövründə orqanizmdə mürəkkəb yenidənqurulma proseslərinin getməsinə nəzərə alaraq, biz bu və ya digər regionda diş-çənə sisteminin anomaliyalarının yayılmasını optimal qiymətləndirmək üçün müayinələrin 12-17 yaşlarda aparılmasını məqsəduyğun hesab edirik, çünki 12-17 yaşında anomaliyalar stabil xarakter daşıyır. Bu yaş dövründə daimi dişləm tam formalaşır, süd dişləmində və qarışıq dişləmdə olan anomaliyaların bir hissəsi bu yaşa qədər funksional olaraq öz-özünə düzəlir.

Tədqiqatlar zamanı epidemioloji, anketləşdirmə və s. üsullarından istifadə olunmuşdur. Hər bir müayinə olunan şəxs üçün ÜST-nin və METSİ-nin tövsiyələrinə əsasən hazırlanmış müayinə kartası doldurulmuşdur. Diş-çənə anomaliyalarının sistem-

ləşdirilməsində bəzi əlavələrlə Kalvelisin təsnifatından istifadə edilmişdir. Alınmış nəticələr parametrik və qeyri-parametrik üsullardan istifadə olunmaqla statistik işlənmişdir.

Tədqiqatın nəticələri.

Diş-çənə anomaliyalarının formaları arasında müayinə olunanlar arasında Qərb rayonlarında $23,6 \pm 0,8\%$ -dən Şimal rayonlarında $39,8 \pm 1,2\%$ -dək, orta hesabla $32,6 \pm 0,6\%$ olmaqla dişləm anomaliyalarına daha çox rast gəlinmişdir.

İkinci yerdə $14,3 \pm 0,4\%$ (Mərkəzi rayonlar) ilə $31,9 \pm 0,8\%$ (Şimal rayonları) civarında olmaqla diş cərgəsinin anomaliyaları (orta hesabla $24,5 \pm 0,7\%$) dayanır.

Diş anomaliyalarına müayinə edilən yeniyyətlər arasında daha az rast gəlinmişdir ($11,9 \pm 0,4\%$). Bu göstəriciyə ən az cənub rayonlarında - $9,1 \pm 0,3\%$, nisbətən çox Qərb rayonlarında - $17,9 \pm 0,6\%$ rast gəlinmişdir.

Mərkəzi rayonlarda yaşayan yeniyyətlərdə diş çənə anomaliyalarının yayılma tezliyi daha az ($58,4 \pm 1,7\%$) olduğu halda, Şimal rayonlarının məktəbliləri arasında bu rəqəm ən çox ($78,2 \pm 2,9\%$) olmuşdur.

Azərbaycan Respublikasında diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının yayılmasına dair bizim məlumatlar (orta hesabla $63,1 \pm 0,7\%$), Y.L.Obratsovun (1991) SSRİ əhalisi üçün verdiyi məlumatları ($42,7\%$) üstələyir. Eyni zamanda F.Y.Xoroşilkina və Y.M.Malıqın (1982) SSRİ-nin müxtəlif regionlarında məktəblilər arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılma göstəricilərinin $11,4\%$ ilə $71,4\%$ arasında olmasını göstərirlər ki, bu da bizim məlumatlar ilə üst-üstə düşür. Bununla yanaşı, bizim məlumatlar L.N.Smerdinanın (1983) göstəricilərindən ($82,3\%$) geri qalır.

Beş regionun yeniyyətləri arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılma göstəricilərinin statistik analizi nəticəsində aşağıdakı qənaətlərə gəlmişik. Müqayisə edilən 10

haldan 7-də müqayisə edilən göstəricilər arasındakı fərq statistik dürüst olmuşdur: Qərb rayonları / Şərq rayonları - $\chi^2=9,2$, $P<0,05$; Cənub rayonları / Şərq rayonları - $2=6,7$, $P=0,05$; Mərkəzi rayonlar / Şimal rayonları - $\chi^2=17,3$, $P<0,05$; Mərkəzi rayonlar / Cənub rayonları - $\chi^2=8,6$, $P<0,05$; Şimal rayonları / Şərq rayonları - $\chi^2=15,9$, $P<0,05$; Qərb rayonları / Mərkəzi rayonlar - $\chi^2=12,1$, $P<0,05$; Şimal rayonları / Cənub rayonları - $\chi^2=12,3$, $P<0,05$.

Aşağıdakı regionlar üçün isə statistik qeyri-dürüst fərq əldə etmişik: Mərkəzi rayonlar / Şərq rayonları - $\chi^2=0,4$, $P>0,05$; Qərb rayonları / Şimal rayonları - $\chi^2=0,7$, $P>0,05$; Qərb rayonları / Cənub rayonları - $\chi^2=0,5$, $P>0,05$.

Diş-çənə anomaliyalarının, o cümlədən diş anomaliyalarının (dişin say, həcm, forma və strukturunun anomaliyaları), diş cərgəsinin anomaliyalarının (diş cərgəsində trema və diastema, diş cərgəsinin sıxlığı, diş cərgəsinin forma anomaliyası) və dişləm anomaliyalarının (mezial, distal, dərin, açıq, çarpaz dişləmlər) yayılma tezliklərinin beş iqlim-coğrafi bölgədə yayılmasının statistik analizi bu yayılmanın həmcins olmadığını göstərmişdir. Bir böyük populyasiya daxilində diş-çənə anomaliyalarının belə bölünməsi diş-çənə anomaliyalarının yayılmasına endogen və ekzogen amillərin təsir rolunu göstərir. Əhalinin və regionun coğrafi, etno-ərazi və ekoloji xüsusiyyətlərinin rolu da istisna edilmir.

Beləliklə, Azərbaycan respublikasının beş iqlim-coğrafi bölgəsində apardığımız tədqiqatlar yeniyyətlər arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılma göstəricilərinin kifayət qədər yüksək olmasını ($49,4 \pm 1,5\%$ ilə $76,8 \pm 2,7\%$ civarında, orta hesabla $63,1 \pm 0,7\%$) olmasını göstərir. Diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının yayılmasının öyrənilməsi və ortodontik müalicəyə ehtiyacın həcmnin müəyyənəndirilməsi respublikamızda ortodontik xidmətin təkmilləşməsinə və kadrların düzgün yerləşdirilməsinə xidmət edəcəkdir.

Ədəbiyyat

1. Алиева Р.К., Алимский А.В. Влияние различных концентраций фтора в питьевой воде на распространение аномалий зубочелюстной системы у дошкольников. Новое в стоматологии. 1999. № 1. с. 54-57.
2. Алимова М.Я. Клиника, профилактика и лечение аномалий и деформаций, вызванных ранним удалением молочных моляров. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Воронеж. 2000. 29 с.
3. Баландина Е.А. Факторы риска возникновения врожденной расщелины губы и неба у детей, проживающих на территории города Перми и Пермской области. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Пермь. 2001. 24 с.
4. Вакушина Е.А. Распространенность, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций в подростковом и юношеском возрасте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Воронеж. 1999. 18 с.
5. Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии у школьников. Наука-практике. Материалы научной сессии ЦНИИС, посвященной 35-летию института. М, 1998, с.60.
6. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. Автореф. дисс. д-ра мед. наук, М. 2000. 39 с.
7. Лазарева Н.А. Обоснование комплексной профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций в раннем детском возрасте в условиях Забайкалья. Автореф. дисс. к.м.н. Омск, 1992, 26 с.
8. Чабан А.В. Эпидемиология зубочелюстных аномалий и деформаций у детей различных этнических групп, проживающих в Хабаровском крае. Автореф. дисс. канд. мед. наук. 1999. 25 с.
9. Образцов Ю.Л., Юшманова Т.Н. Динамика частоты и структуры зубочелюстных аномалий у детей Архангельской области за 20 лет. Российский стоматологический журнал. 2001. № 2. с. 29-31.
10. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. М., 1998, 298 с.
11. Терехова Т. Н., Мельникова Е. И. Распространенность зубочелюстных аномалий у детского населения Республики Беларусь. Современная стоматология. 2000. № 1. с. 48-49.
12. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. М., 1999, 212 с.

Резюме

Для выявления частоты зубочелюстных аномалий и деформаций у населения республики были обследованы 6785 школьников в возрасте 12-17 лет, родившихся и постоянно проживающих в пяти климато-географических зонах Азербайджанской Республики. Результаты показали довольно высокие частоты, варьирующие в пределах от $49,4 \pm 1,5\%$ до $76,8 \pm 2,7$, при средней - $63,1 \pm 0,7\%$.

Summary

For revealing frequency maxillofacial anomalies and deformations at the population of republic 6785 schoolboys in the age of 12-17 years, born and constantly living in the five geographical zones of the Azerbaijan Republic were surveyed. The results have shown rather high frequencies varying in limits from $49,4 \pm 1,5\%$ up to $76,8 \pm 2,7$, on the average - $63,1 \pm 0,7\%$.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА И МЕХАНИЗМ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

М.Г. Алиев, И.Б. Ахмедов

Кафедра Микробиологии Азербайджанского медицинского университета, г.Баку



Вопросы эпидемиологии хеликобактериоза, несмотря на его чрезвычайно широкое распространение во всем мире, изучены крайне недостаточно. В основном это связано со сложностью диагностирования хеликобактериоза,

которое возможно путем бактериологического и гистологического исследования биоптатов, взятых из гастродуоденальной зоны, а серологические методы диагностирования инфекции не отличались надлежащей специфичностью и надежностью. Лишь после разработки высокоэффективных и доступных тест-систем для постановки иммунодиагностических реакций, в том числе и на сегодняшний день наилучшего из них - иммуноферментного анализа (ИФА), стало возможным проведение объемных эпидемиологических исследований относительно хеликобактериоза [1, 4, 11].

Основным путем передачи инфекции считается орально-оральный, обнаружение в полости рта ее возбудителей [3, 7] утвердило это мнение [5, 6]. Зависимость уровня инфицированности хеликобактериозом от социально-экономического потенциала стран, материального положения населения и состояния здравоохранения, приуроченность инфекции к бедным слоям населения, эмигрантам, неудовлетворительным условиям проживания, многодетным

семьям, некачественным водоисточникам и прочее дало основание признать эпидемиологическую роль и фекально-орального пути этой инфекции [8, 9, 11]. Как видно, хеликобактериозу, как ни одной другой инфекции, присущи

многообразие путей и факторов передачи, что и объясняет его широкое повсеместное распространение [2, 5, 6, 10]. В то же время крайне скудные сведения об основных путях циркуляции хеликобактериоза среди населения и факторах, способствующих их реализации, ограничивают возможности профилактики инфекции [2, 5, 11]. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось путем сероэпидемиологических, проспективных и экспериментальных исследований оценить основные пути передачи хеликобактериоза и механизмы их реализации.

Материал и методика. Сероэпидемиологические (ИФА) и проспективные (анкетирование) исследования провели с использованием стандартизированных методик [4]. Методом случайной выборки отобрали 1786 жителей республики, которых рандомизировали по возрастным, профессиональным и социально-экономическим признакам, по приоритетному использованию продуктов питания и питьевой воды. Для подтверждения фекального выделения *Helicobacter pylori* исследу-



довали 136 проб фекалий, полученных от инфицированных. Пробы фекалий помещали в транспортные среды, которые в лаборатории пересеивали на селективные среды и в коммерческих газогенераторных пакетах, создающих микроаэрофильные условия, культивировали при 37°. Появление на 3-е сутки в культурах колоний в виде "капель росы" диаметром 0,5-2 мм или сплошной прозрачной пленки свидетельствовало о росте *H.pylori*. Под микроскопом (при х630) рассчитывали интенсивный показатель роста колоний: до 20 бактериальных клеток в поле зрения – слабая степень обсеменения, до 50 – средняя и более 50 – высокая [4]. Для подтверждения орального выделения *H.pylori* провели бактериологическое исследование содержимого разных суббиотопов полости рта, взятых при помощи плотных стерильных бумажных полосок у 178 инфицированных. С целью определения длительности сохранения жизнеспособности *H.pylori* во внешней среде микрочастицы слюны, полученных у инфицированных, размещали на различные предметы и проводили их бактериологическое исследование с интервалами в 30 мин. в течение 210 мин. Статистическую обработку полученных результатов провели при помощи альтернативного варьирования, критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение. В результате исследования фекалий *H.pylori* были обнаружены в 21 из 136 проб, взятых у инфицированных (15,4±3,1%). Количественный показатель высеваемости *H.pylori* составил в среднем 19,9±2,7 бактериальных клеток на одно поле зрения. Во всех этих случаях *H.pylori* высевался и из гастродуоденальных биоптатов, средняя высеваемость составила 82,5±5,6 бактериальных клеток ($t=10,06$; $P<0,001$). Столь высокая разница в высеваемости *H.pylori* из фекалий и биоптатов возможно связано как с потерями бактерий во время прохождения

фекалий в кишечнике, так и с несовершенством методики исследований фекалий на эти бактерии. Кроме того, во всех случаях с положительными находками *H.pylori* в фекалиях положительной оказалась ИФА при исследовании сыворотки крови инфицированных, средний титр антител составил 1:633,3±18,4.

Профессиональная приуроченность многих кишечных инфекций, как известно, является маркером их пищевого характера передачи. Поэтому мы решили путем сопоставления результатов серологического и проспективного обследований 1232 взрослых жителей с их профессиональной занятостью определить насколько эпидемиологическое значение имеет пищевой путь передачи хеликобактериоза (табл. 1).

Среди мужчин наиболее инфицированы обслуживающий персонал (официанты, разносчики готовых пищевых продуктов, напитков, мороженого и другие), продавцы пищевых торговых объектов и пищевики, работающие в различных коммерческих предприятиях, цехах по производству пищевых продуктов – от 78,2±4,0 до 89,8±4,0% ($\chi^2=3,56$; $P>0,05$). Учитывая, что во многих торговых и пищевых объектах санитарно-гигиенический режим имеет изъяны, не редки объекты с отсутствием постоянной воды и туалетов, то вероятность загрязнения производственных и реализуемых здесь продуктов очень высокая, что создает риск инфицирования как самих представителей этих профессий, так и приобретающих продукты населения. Среди женщин также наиболее инфицированы представители этих профессий, а также домохозяйки – от 55,4±5,5 до 73,2±5,3% ($\chi^2=5,24$; $P<0,05$). Столь высокая инфицированность последних связана, по всей вероятности, с большим объемом домашних работ, ежедневными, частыми контактами с пищевыми продуктами.

Таблица 1

Вероятность пищевого пути передачи хеликобактериоза среди разных профессиональных групп населения

Профессии	Инфицированность, %		Достоверность различия	
	Мужчины (n=659)	Женщины (n=573)	χ^2	P
Студенты	58,9±6,6	33,3±7,4	6,30	<0,02
Служащие	60,2±5,1	31,2±5,3	7,83	<0,01
Обслуживающий персонал	89,8±4,0	55,4±5,5	19,34	<0,01
Продавцы	78,2±4,0	65,8±5,6	3,46	>0,05
Пищевики	87,8±3,8	73,2±5,3	4,96	<0,05
Сельхозработники	58,0±5,3	67,9±6,5	1,39	>0,05
Рабочие	46,4±5,5	34,2±7,8	1,60	>0,05
Безработные	46,4±6,7	39,5±7,5	1,38	>0,05
Домохозяйки	-	57,9±6,6	-	-
Пенсионеры	43,6±8,0	33,3±8,0	2,37	>0,05
Всего:	64,6±1,9	51,5±2,1	21,87	<0,01

Обращает внимание то, что инфицированность мужчин намного выше, чем женщин - соответственно 64,6±1,9 и 51,5±2,1% ($\chi^2=21,87$; $P<0,01$). Если учесть, что мужчины намного чаще пользуются внедомашним питанием, то данная ситуация становится вполне понятной и тем самым подчеркивается пищевой путь передачи хеликобактериоза. Наряду с этим, весьма вероятен и водный путь передачи инфекции. Например, инфицированность жителей, пользующихся водой из арыков и каналов, не имеющих санитарно-охранных зон и не подвергаемых хлорированию, достигает соответственно 66,1±3,0 и 63,6±3,3% ($\chi^2=0,32$; $P>0,05$). В то же время

инфицированность жителей, пользующихся речной, родниковой, колодезной и водопроводной водой, более безопасных в эпидемиологическом отношении, намного меньше ($\chi^2=22,38$; $P<0,01$) и варьирует от 25,5±3,7 до 42,3±2,9% ($\chi^2=14,25$; $P<0,01$).

В эпидемиологии хеликобактериоза важное место занимает орально-оральный путь передачи инфекции, о чем свидетельствуют результаты исследования разных суббиотопов полости рта 178 инфицированных (табл.2).

В среднем *H.pylori* были обнаружены в 71,3±3,4% исследованных проб из разных суббиотопов полости рта инфицированных. Наибольшая высеваемость *H.pylori* проис-

Таблица 2
Высеваемость *H.pylori* из разных суббиотопов полости рта инфицированных

Суббиотопы	Число положительных проб, %	Частота интенсивных показателей (число бактериальных клеток в одном поле зрения), %		
		<20	20-50	>50
Пародонтальные карманы	91,9±4,5	11,8±5,6	47,1±8,7	41,2±8,6
Кариозные полости	82,4±6,6	10,7±5,4	46,4±9,6	42,9±9,5
Гнойные выделения	88,5±6,4	13,0±7,2	43,5±10,6	43,5±10,6
Десневая жидкость	56,3±8,9	38,9±11,8	50,0±12,1	11,1±7,6
Слюна	49,0±7,2	50,0±10,4	41,7±10,3	8,3±5,8
Всего:	71,3±3,4	22,8±3,7	45,7±4,4	31,5±4,1

ходила из пародонтальных карманов, кариозных полостей и гнойных выделений - от $82,4 \pm 6,6$ до $91,9 \pm 4,5\%$ ($\chi^2=1,46$; $P>0,05$), нежели из десневой жидкости - $56,3 \pm 8,9\%$ ($\chi^2=5,61$; $P<0,02$) и особенно из слюны - $49,0 \pm 7,2\%$ ($\chi^2=0,45$; $P>0,05$). Скорее всего,

капельных инфекций) и тем самым загрязнять окружающую среду заразным началом. Тем более, если учесть, что *H.pylori* сохраняют во внешней среде относительно продолжительную жизнеспособность (табл. 3).

Как видно, в микрочастицах слюны,

Таблица 3

Продолжительность сохранения *H.pylori* во внешней среде

Сроки, минуты	Число положительных проб, %	Высеваемость <i>H.pylori</i> (число бактериальных клеток)
30	$92,3 \pm 5,3$	$33,6 \pm 2,3$
60	$78,1 \pm 7,4$	$34,8 \pm 3,6$
90	$74,1 \pm 8,6$	$21,4 \pm 2,5$
120	$37,1 \pm 8,3$	$13,7 \pm 1,8$
150	$17,9 \pm 7,4$	$5,1 \pm 1,4$
180	$5,9 \pm 4,1$	$3,2 \pm 1,2$
210	0	0

слюна, являющаяся агрессивной средой и первым бактерицидным барьером организма, не столь благоприятна для жизнедеятельности *H.pylori*. Однако, эпидемиологическая значимость всех суббиотитов высока и по той причине, что высеваемость *H.pylori* оказалась интенсивной. В $45,7 \pm 4,4\%$ их высеваемость была в пределах 20-50 бактериальных клеток, в $31,5 \pm 4,1\%$ случаев она даже превышала 50 клеток ($\chi^2=5,73$; $P<0,02$) и лишь в $22,8 \pm 3,7\%$ случаев высеваемость бактерий не превышала 20 бактериальных клеток ($\chi^2=3,16$; $P>0,05$).

Наличие *H.pylori* в слюне, несмотря на меньшую высеваемость по сравнению с другими суббиотопами, является важным фактором реализации орально-орального пути передачи инфекции. Учитывая, что при физиологических актах и патологических состояниях (кашель, чихание, отхаркивание, сплевывание) происходит массовое выделение слюны во внешнюю среду, то она может механически выносить из полости рта *H.pylori* (по типу воздушно-

полученных у инфицированных, и искусственно размещенных на разных окружающих предметах, *H.pylori* сохраняют жизнеспособность продолжительное время. Через 30 мин. после начала опытов жизнеспособными оказались $92,3 \pm 5,3\%$ исследованных проб, а высеваемость *H.pylori* в среднем составила $33,6 \pm 2,3$ бактериальных клеток. По мере нахождения *H.pylori* во внешней среде эти показатели последовательно уменьшаются, но даже через 180 мин. после постановки опытов $5,9 \pm 4,1\%$ исследованных проб содержали жизнеспособные *H.pylori* ($t=12,90$; $P>0,001$), а их высеваемость составила в среднем $3,2 \pm 1,2$ бактериальных клеток ($t=11,73$; $P<0,001$). Полученные результаты дают основание считать, что посредством слюны может происходить как прямое (аэрогенно или орально-оральным контактом), так и косвенное инфицирование (посредством контактно-бытового механизма).

Таким образом, основными путями циркуляции хеликобактериоза среди людей являются, помимо ятрогенного, два таких

мощных, эпидемиологически значимых путей, как фекально-оральный и орально-оральный. В механизме реализации инфицирования участвуют пищевые, водные, контактно-бытовые и, скорее всего, аэрогенные факторы, а также орально-оральные контакты. Если в передаче кишечных инфекций участвуют первые из трех, а в передаче воздушно-капельных инфекций – последние из четырех названных факторов,

то хеликобактериоз по этому показателю перекрывает обе группы инфекций. И не случайно, хеликобактериоз в настоящее время является самой распространенной инфекцией в мире. Поэтому профилактика хеликобактериоза должна быть специфичной, многофункциональной, учитывающая основные пути передачи инфекции и механизмы их реализации.

Литература:

1. Грацианская А.Н., Татаринов П.А. Инфекция *H.pylori*: история изучения и современные подходы к диагностике и комплексной терапии // Тр.Рос.мед.ун-та. - М., 2003, с. 18-25.
2. Решетников О.В. Распространенность хеликобактериоза в некоторых регионах Сибири по данным серологических исследований // Журн. микробиол. - 2000, №3, с. 32-34.
3. Уразова Р.З. Состояние слизистой оболочки полости рта у детей при заболеваниях, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Педиатрия, 2002, №3, с. 38-41.
4. Ценева Г.Я., Рухляда Н.В., Назаров В.Е. и др. Патогенез, диагностика и лечение инфекции, обусловленной *Helicobacter pylori*. - Санкт-Петербург, 2003, 96 с.
5. Щербаков П.Л. Эпидемиология инфекции *Helicobacter pylori* // Рос.журн.гастроэнтерол., гепатол., копроктот. - 1999, №2, с. 9-11.
6. Blaser M. Epidemiology and pathophysiology of *Helicobacter pylori* // Rev. Infect. Diseases. - 2003.-v.25.-N2.-p. 47-58.
7. Brenner H., Bode G., Noeing H. *Helicobacter pylori* infection among off spring of patients with stomach cancer // Gastroenterology. - 2000. - v.118.- p.31-35.
8. Haubrich T., Boeing H., Gores W. Prevalence of *Helicobacter pylori* in southern Germany // J.Gastroenterol. - 2000.-v.87.-N1.-p. 28-30.
9. Hulten K., Han S., El-Zaatari F. et al. Detection of *Helicobacter pylori* in Peruvian water sources by two PCR assays based on independent genes EHPHG VIII-th international workshop. - Edinburg, Scotland, 2003, 116 p.
10. Ning L., Kin-Kwong C. The seroprevalence of *Helicobacter pylori* in expectant mothers and their newborns. - Houston, Texas, 2004, 48 p.
11. Yamaoka Y., Malaty H., Osato M. Conservation of *Helicobacter pylori* genotypes in different ethnic groups in Houston, Texas // J.Infect.Dis. - 2000.-v.181.-N6.-p. 2083-2086.

Xülasə**HELİKOBAKTERİOZUN ƏSAS ÖTÜRÜLMƏ YOLLARI VƏ ONUN HƏYATA KEÇMƏ MEXANİZMİ**

M.H. Əliyev, İ.B. Əhmədov

Aparılmış seroepidemioloji, prospektiv və eksperimental tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, helikobakteriozun törədicisi olan *Helicobacter pylori*-nin ətraf mühitdə əldə edilməsi üçün əsasən nəcisdən və tüpürcəkdən istifadə edilir. Ona görə də insanlar arasında helikobakteriozun yayılması əsasən fekal-oral və oral-oral yolla baş verir.

Yoluxma mexanizmində qida məhsulları, su, məişət-kontakt və bəzi hallarda aerogen amillər, eyni zamanda oral-oral kontakt rol oynayır. Əgər bağırsaq infeksiyaların ötürülməsində ilk üç amillər, hava-damla infeksiyaların yayılmasında sonuncu amillər iştirak edirsə, helikobakterioz isə bu infeksiyalardan fərqli olaraq qeyd olunan bütün yollarla yayılır. Təsadüfi deyil ki, helikobakterioz müasir dövrdə bütün dünyada ən geniş yayılmış infeksiyalardan biri hesab edilir. Ona görə də, helikobakteriozun profilaktikası infeksiyanın əsas ötürülmə yolları və mexanizmi nəzərə alınmaqla spesifik və çoxsahəli həyata keçirilməlidir.

Summary**THE MAIN WAYS OF HELICOBACTERIOSES TRANSMISSIONS AND MECHANISM OF ITS REALIZATION**

M.G.Aliyev, I.B. Akhmedov

By means of seroepidemiological, prospective and experimental investigations it was been established that discharge of helicobacterioses - *Helicobacter pylori* into environment carried out by feces and saliva. So fecal-oral and oral-oral side by side with iatrogenic ones, are the main ways of (spreading) circulation of helicobacterioses among people.

Nutritional water and contact domestic most probably aerogenic factors, and oral-oral contacts either take part in the mechanism of infection realization. If in transmission of the intestinal infection first three factors take part, but in transmission of respiratory infectious - the last four of the mentioned factors, but helicobacterioses prevail over both groups of infection according to this index. And it isn't by chance, that helicobacterioz is the most wide-spread infection in the world. So prophylaxis of helicobacterioses must be specific, multifunctional, taking into consideration, the main ways of the infection transmission and mechanism of its realization.

Структура кровнородственных браков и заболеваемость детей раннего возраста, родившихся от этих браков.

Гулиев Н.Д., Гараева С.З.

Кафедра детских болезней II лечебно-профилактического факультета
Азербайджанского медицинского университета

Заболеваемость детского населения представляет собой многостороннюю проблему и поэтому её изучают врачи разных профилей. Цели и методы исследователей независимо от специальности довольно близки, хотя в каждом случае решается своя конкретная задача.

Большую значимость с медицинской точки зрения имеет показатель перинатальной заболеваемости. За последние 15 лет в 4-5 раз возросла общая заболеваемость новорождённых, нарушения физического и нервно-психического развития отмечаются более, чем у 1/4 детей первого года жизни, не менее 5-7 % новорождённых имеют те или иные врождённые пороки развития и наследственные заболевания.

Анализ частоты встречаемости факторов, которые могли привести к возникновению патологии у детей позволили определить ряд неблагоприятных факторов, одним из которых является кровное родство между родителями. Такие семьи являются группой риска по рождению детей с врожденными и наследственными заболеваниями [Н.П.Бочков, 1997; С.З.Гараева, 2001; М.Е.Мусайев, М.Қ.Қулиев, I.G.Рənahlı, 2001; Н.Д.Гулиев, С.З.Гараева, 2002; В.М.Панахиан, 2003; Н.Д. Гулиев, С.З.Гараева, 2004; С.Bourgain, E.Genin, P.Holopainen et al., 2001; Kanbe-Chiharu, Funato-Masahisa, Wada-Hiroshi. et al., 2002; K.Sridhar; B.V.Bhat, S.Srinivasan, 2002; и др.].

В данной работе мы затронули вопросы распространенности родственных браков родителей обследованных детей в г.Баку и попытались доказать возможность их влияния на детскую заболеваемость. При этом не были учтены наследственные заболевания среди детей, всевозможные множественные уродства и их удельный вес в структуре общей заболеваемости. Вместе с тем известно, что рождение детей с различными врожденными пороками из года в год не только не уменьшается, но в некоторых случаях даже имеет тенденцию к росту. Поэтому проблема, касающаяся кровнородственных браков, требуют более глубокого изучения совместно с врачами - генетиками, невропатологами, акушерами-гинекологами, педиатрами, социологами и др. специалистами.

Результаты исследований. Нами проведены анализы семей 118 детей, родители которых состояли в кровном родстве. Была определена структура кровнородственных браков (рисунок 1).



Рис. 1. Структура кровнородственных браков

Наиболее распространенной формой инбредных браков являются браки между дальними родственниками, частота встречаемости которых составляет 44,9%. Частота браков между троюродными сибсами составляет 39,1%. Последнее место по распространенности в структуре кровнородственных браков занимают браки между двоюродными сибсами - 22,0%.

Была изучена заболеваемость детей, родившихся от кровнородственных браков, и определена кратность заболеваний в год в зависимости от типа кровнородственного брака (таблица 1).

Кратность заболеваний у детей, родители

соответственно.

Проведенный анализ заболеваемости детей в зависимости от типа родства между родителями показал, что заболеваемость детей выше, если родители состоят в двоюродном типе брака. Снижение заболеваемости наблюдается у детей, родители которых являются дальними родственниками. Итак, частота заболеваемости у детей раннего возраста, родившихся от инбредных браков, тем чаще, чем ближе родственные отношения родителей.

Таким образом, кровнородственности браков имеет определяющее значение в заболеваемости детей раннего возраста.

Таблица 1.

Заболеваемость детей раннего возраста в зависимости от типа родства между родителями

Тип родства	Абс.	%	Число заболеваний за 1 год	Кратность
двоюродные родственники	26	22.0	128	4.9
троюродные родственники	39	33.1	120	3.1
дальние родственники	53	44.9	150	2.8

которых состоят в двоюродном типе родства, составляет 4,9. Дети, родившиеся от троюродного типа браков, болеют 3,1 раза в год, а дети, родители которых являются дальними родственниками, болеют меньше - 2,8 раза в год.

Таким образом, наиболее распространенной формой кровнородственных браков в городе являются браки между дальними родственниками. Следующими по распространенности являются браки между троюродными и двоюродными сибсами

Вместе с тем, осведомленность широких кругов населения о достижениях медицинской генетики очень низкое, поэтому для профилактики заболеваемости детей раннего возраста необходимо проведение санитарно-просветительной работы среди населения о возможных отрицательных последствиях кровнородственных браков и ещё больше расширить роль педиатров в медико-генетическом консультировании.

Литература.

1. Бочков Н.П. Клиническая генетика. М. "Медицина", 1997, 231 с.
2. Гараева С.З. Состояние здоровья и развитие детей от близкородственных браков. Мат. Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана, Баку, 2001, II том, с. 119-120
3. Гулиев Н.Д., Гараева С.З. Заболеваемость детей и кровнородственные браки. Sağlamlıq, Bakı, 2002, № 4, s. 64-66
4. Гулиев Н.Д., Гараева С.З. Некоторые показатели физического развития детей раннего

возраста, родившихся от кровнородственных браков. Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2004, № 3, s. 91-94

5. Musayev M.E., Quliyev M.Q., Pənahlı İ.G., Rəsulov E.M. Azərbaycan Respublikasında irsi xəstəliklərin populyasiya - genetik tədqiqatları. Məlumat VII Lənkəran rayonunun əhalisində anadangəlmə inkişaf qüsurları. Dостижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана. Сборник научных трудов, 2001, том 1, с. 195-201

6. Панахиан В.М. Кровнородственные браки и аномалии ЛОР-органов. Sağlamlıq, Bakı, 2003, № 8, s. 79-82

7. Bourgain C., Genin E., Holopainen P. et al. Use of Closely Related Affected Individuals for the Genetic Study of Complex Diseases in Founder Populations. Am. J.Hum.Genet, 2001, 68, p.154-159

8. Kanbe-Chiharu; Funato-Masahisa; Wada-Hiroshi. et al. A study of bone mineral density and physical growth in very low birth-weight infants after their discharge from hospital. J-Bone-Miner-Metab., 2002, 20 (2), p. 106-110

9. Sridhar K.; Bhat B.V.; Srinivasan S. Growth pattern of low birth weight babies in the first year of life. Indian-J-Pediatr., 2002 Jun, 69 (6), p. 485-488

Резюме

Структура кровнородственных браков и заболеваемость детей раннего возраста, родившихся от этих браков

Гулиев Н.Д., Гараева С.З.

Анализ заболеваемости детей в зависимости от типа родства между родителями показал, что заболеваемость детей выше, если родители состоят в двоюродном типе брака. Снижение заболеваемости наблюдается у детей, родители которых являются дальними родственниками. Итак, частота заболеваемости у детей раннего возраста, родившихся от инбредных браков, тем чаще, чем ближе родственные отношения родителей. Таким образом, кровнородственность браков имеет определенное значение в заболеваемости детей раннего возраста.

Summary

Structure of inbreed-marriages and diseases of early age children, born from these marriages

Guliev N.D., Garaeva S.Z.

The analysis of diseases of children depending on a type of relationship between the parents has shown, that diseases of children is higher, if the parents consist in a cousin type of a marriage. The decrease of diseases is observed at children, which parents are the distant relatives. So, frequency of diseases at children of early age, born from inbreed-marriages, the more often, than closer related attitudes of the parents. Thus, the role of inbreed-marriages has the certain meaning in diseases of early age children.

Sağlam Təbəssüm



Yeri"nin simasında özlərinə ev tapırlar.

Uşaqlarla ünsiyyət qurmaq, onların düşüncələrini anlamaq və ən əsası uşaqlarla işləməkdən zövq alaraq salıxan Səidə xanım bir sıra xeyirxah insanların və təşkilatların Mərkəzə göstərilən yardımını sayəsində yeniləşdirilmiş stomatoloji kabinetdə hər gün uşaqları müayinə edir, onlara "sağlam həyat təzi" prinsiplərini aşılayır. Dişlərin mütəmadi fırçalanmasına, sevimli şirşəkərin çox miqdarda qəbul etməyin

zərərli tərəfinə diqqət yetirən Səidə "bacı"nın məsləhətlərini uşaqlar böyük həvəslə yerinə yetirirlər.

"Ümid Yeri"nin stomatoloji kabinetinə

Həkim stomatoloq Səidə Əliyeva Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinin yetirməsidir. 2004-cü ildə Səidə xanım "Ümid Yeri" Uşaq Sığınacağı və Reabilitasiya Mərkəzində könüllü kimi işə başlamışdır. Hal hazırda bu mərkəzin həkim stomatoloqu kimi çalışan Səidə xanım hər gün Mərkəzdə uşaqlara qayğı göstərməklə yanaşı onların sağlamlıqlarına diqqət yetirir.

1997-ci ildən fəaliyyət göstərən "Ümid Yeri" Uşaq Sığınacağı və Reabilitasiya Mərkəzində hal-hazırda 60 uşaq məskən tapıb. Azərbaycanda analoqu olmayan bu mərkəz ölkəmizdə keçid dövrünün yaratdığı ən ağır sosial problemlərdən birinin-küçə uşaqları probleminin həlli məsələsilə məşğuldur. Küçələrdə avtomobil şüşəsi silən, xırda alver edən, dilənən, yoluxucu xəstəliklərin mənbəyi olan ən ağıla gəlməz yerlərdə gecələyən bu uşaqlar "Ümid Yeri"nə daxil olan kimi hər biri həkim müayinəsindən keçirilir, sosial-psixoloji adaptasiyaya cəlb edilir. Uşaqlar "Ümid



həvəslə gələn bir neçə uşağın arzusu həkim stomatoloq olmaqdır. Sevimli həkimlərinə stomatologiya barəsində uşaqqasına maraq göstərən bu balacalar az olsa da bilirlər ki, yaxşı həkim olmaq üçün arzu, istək və ən əsası yaxşı oxumaq çox vacibdir.

Азербайджанская Международная Выставка «Здравоохранение» ВИНЕ-2005

2-5 ноября 2005 года в Спортивно-концертном комплексе имени Гейдара Алиева состоялась 11-я Азербайджанская Международная Выставка "Здравоохранение" ВИНЕ-2005. Официальную поддержку выставке оказали Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, Торгово-Промышленная Палата Азербайджана, Фонд Поощрения Экспорта и Инвестиций в Азербайджане. Впервые выставка ВИНЕ получила поддержку Азербайджанской Стоматологической Ассоциации.



1 ноября в Международном Пресс Центре состоялась пресс-конференция, посвященная выставке ВИНЕ-2005. 50 аккредитованных журналистов приняли участие на пресс-конференции-это представители местной и международной прессы, ТВ и радио.

На этой Международной выставке приняли участие около 100 компаний из 19 стран мира: Arash (Азербайджан), Армада (Азербайджан),

Корпорация Артериум (Украина), Vitta (Азербайджан), Борисовский завод медпрепаратов (Беларусь), Здоровье народу (Украина), Ворсма (Россия), Grup Dental (Турция), Heel (Германия), Medcomp (США), Dormed (Германия), Джонсон и Джонсон (США), Hitas (Турция), Oral-B (США), Skant (Индия), Novickiy Pharma (Австрия) и многие другие.

В рамках выставки традиционно проводились семинары, среди которых можно отметить прошедший 3 ноября семинар компании Johnson&Johnson (США) на тему: "Международные стандарты дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов". В течение четырех дней выставки компьютеризированную регистрацию прошли около 10.000 профессиональных посетителей из регионов Азербайджана, Грузии, России, Турции, Ирана.



Выставка имела большой успех. Маркетинговые исследования, проведенные среди участников показали, что большинство из них удовлетворены предоставленными на выставке возможностями для демонстрации товаров и услуг компаний, получения информации о рынке, установления деловых контактов и т.д.



3 ноября в рамках VIHE 2005, в Гранд Отеле Европа, в зале Баку Ball Room провела свою работу 4-я Научно-Практическая Конференция на тему: "Дерматовенерология: достижения и перспективы". На конференции были рассмотрены такие проблемы как, паразитарные болезни кожи, онкодерматология, венерические болезни, косметология-новые достижения, проблемы дерматовенерологии в педиатрии, а также другие актуальные вопросы

дерматологии и венерологии. На конференции приняли участие более 150 специалистов - дерматовенерологов, косметологов, гинекологов, аллергологов и других смежных наук Азербайджана, Турции, Грузии, Украины и других стран. Конференция внесла свою лепту в решение проблем диагностики, рациональной терапии и профилактики кожных и венерических заболеваний.

Как известно, выставка VIHE в этом году перешагнула свой десятилетний рубеж. На протяжении этих лет сектор стоматологии на этих мероприятиях представлялся весьма широко. Из года в год этот сектор медицинских услуг становится все больше и больше. Все это привело к тому, что в будущем году сектор по стоматологии выделится в самостоятельную выставку - 1-ую Азербайджанскую Международную Выставку по стоматологии, а в рамках VIHE 2006 планируется провести научно-практическую конференцию, которая будет посвящена проблемам этой отрасли медицины.



До встречи на Международной Стоматологической Выставке и Международном Конгрессе по Стоматологии в городе Баку!



Генеральная Ассамблея ЕРО-FDI Афины -2005

В июне 2005 года в Афинах состоялось очередное заседание Генеральной Ассамблеи Европейской региональной организации Всемирной федерации стоматологов.

Азербайджанская стоматологическая ассоциация являющаяся членом этой организации с 2003 года, приняла участие в этом мероприятии.

Ведущей темой ЕРО 2005 было “Профилактика”. На встречи были обсуждены вопросы либеральной стоматологической практики, заслушаны доклады на тему “Глобальное европейское развитие и профилактика здоровья полости рта”, “Индивидуальная профилактика в стоматологической практике”, “Профилактическая ситуация в Греции” и др. Были представлены отчеты национальных ассоциаций. Состоялись дискуссии по различным вопросам повестки дня.

У представляющих на Конференции членов правления АСА состоялся обмен мнениями с президентом ЕРО представителем Испании господином Фонт-Буксо, Президентом-элект FDI госпожой Мишель Арден, а также с представителями турецкой, российской, греческой, боснийской, словацкой ассоциаций.



Президент стоматологической ассоциации России академик В.К.Леонтьев
с представителями азербайджанской делегации

Oral-B поздравляет выпускников Азербайджанского медицинского университета

18 июня 2005 года в актовом зале Азербайджанского Медицинского Университета состоялась церемония поздравления выпускников стоматологического факультета Университета. Мероприятие было организовано совместными усилиями руководства Азербайджанского Медицинского Университета, компании Oral-B и Азербайджанской Стоматологической Ассоциации. Участвовало в этом мероприятии около 150 молодых специалистов.

Со словами поздравления и напутствия к собравшимся обратился проректор АМУ профессор Насиров М.У., который сказал о том ответственном и почетном деле, каким является врачевание, о тех трудностях, которые ждут молодых врачей на пути совершенствования и профессионализма. Выступающий отметил, что педагоги

ассоциации за последние годы. Выступающая отметила, что АСА будет всемерно содействовать ознакомлению азербайджанских стоматологов с продуктами крупнейших мировых производителей средств по уходу за полостью рта.



Представитель компании Oral-B в Азербайджане Абдуллаев Иса обратился с поздравлениями к выпускникам. В его выступлении было также отмечено о достижениях компании Oral-B в области производства гигиенических средств и заинтересованности совместного сотрудничества с молодыми специалистами.

В конце мероприятия всем выпускникам и участникам встречи были вручены памятные подарки от компании Oral-B.

В добрый час молодые эскулапы !



медицинского университета вложили большой труд в важное дело формирования будущих врачей XXI века, которые должны иметь всесторонние знания и навыки работы на современной диагностической и лечебной аппаратурой, и в то же время быть чуткими к проблемам больного человека.

Выступая перед собравшимися, президент АСА профессор Алиева Р.К. рассказала об основных направлениях деятельности





Professional Care 8500 DLX




Насадка
для чистки
языка



Насадка-
зубочистка



Отбеливающая
насадка
ProBright®



Насадка
Flexisoft®

Лучшее стало еще лучше!

**Превосходное качество
гигиены полости рта Ваших пациентов
с новой Professional Care 8500 DLX.**

Уникальная возможность запатентованной 3D
технологии: компактная чашеобразная головка
пульсирующими движениями разрыхляет налет а,
возвратно-вращательными - удаляет его.

Новая непревзойденная система для полного здоровья
полости рта - комплект насадок - не только великолепно
удаляет налет, но и восстанавливает естественную
белизну зубов, освежает дыхание и укрепляет десна.



powered
by

BRAUN

одобрено
Азербайджанской
Стоматологической
Ассоциацией





12-ci AZƏRBAYCAN BEYNƏLXALQ
SƏHIYYƏ SƏRGISI



26-29 Sentyabr 2006

Heydər Əliyev adına İdman və Konsert Kompleksi

www.bihe.az
www.ite-exhibitions.com

Təşkilatçılar



Tel.: +44 (0) 207 596 5091; Faks: +44 (0) 207 594 5111
E-mail: Rukhsara.Mamedsalakhova@ite-exhibitions.com



Tel.: +994 12 447 47 74; Faks: +994 12 447 89 98
E-mail: healthcare@iteca.az



2-я ГРУЗИНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



9-11 Марта 2006

Тбилиси, Грузия

www.gihe.ge
www.ite-exhibitions.com

Организаторы



Тел.: +44 (0) 207 596 5091
 Факс: +44 (0) 207 594 5111
 E-mail: Rukhsara.Mamedsalakhova@ite-exhibitions.com



Тел.: +995 32 25 37 80; Факс: +995 32 25 08 47
 E-mail: healthcare@itesca.ge

V СЪЕЗД СТОМАТОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

22 - 23 ноября 2005 года в жизни стоматологической общественности Узбекистана состоялось важное событие - V съезд стоматологов Узбекистана. Организаторами мероприятия явились Министерство здравоохранения, Ассоциация стоматологов Узбекистана и Ташкентская Медицинская Академия. Открытие съезда и первое пленарное заседание



*Президент АСА Алиева Р.К. поздравляет
Президента Ассоциации стоматологов Узбекистана
проф. Нигматова Р.Н.*

состоялось 22 ноября в здании Узбекского Национального Академического Драматического театра. Второе пленарное и секционное заседание проводились в залах Ташкентской Медицинской Академии. На I пленарном заседании были заслушаны доклады о состоянии и перспективах развития стоматологии в республике Узбекистан, о роли профессиональных ассоциаций в развитии международных связей, о проблемах и путях развития негосударственной сети стоматологических учреждений и другие. На секционных заседаниях по различным разделам совре-

менной стоматологии выступили видные ученые и исследователи из Узбекистана, России, Турции, Казахстана, Южной Кореи, Таджикистана, Израйля.

Делегация Азербайджана была представлена Президентом Азербайджанской Стоматологической Ассоциации профессором Алиевой Р.К., национальным секретарем Азербайджанской Стоматологической Ассоциации доктором медицинских наук, профессором Гараевым З.И., заместителем руководителя ортодонтической секции Азербайджанской Стоматологической Ассоциации кандидатом медицинских наук Гулиевой С.К.

Знаменательное событие в жизни стоматологов тюрко-



Делегации Турции, Азербайджана и Узбекистана

язычных государств украсил работу Ташкентского форума. Делегации руководителей стоматологических ассоциаций Турции, Азербайджана, Казахстана, Узбекистана, Киргизии и Таджикистана собрались на свой I - учредительный съезд Ассоциаций стоматологов тюркоязычных государств.

С очень интересным докладом о роли и функциях профессиональной стоматологической ассоциации в структуре здравоохранения страны выступил Президент Ассоциации Стоматологов Турции - господин Джелал Коркут Йылдырым. С докладом о состоянии образования в сфере стоматологии



*проф. Акилов А., к.м.н. Тухтабоева М.,
проф. Гараев З., проф. Алиева Р.,
проф. Рузуддинов С., проф. Нигматов Р.*

выступил декан факультета Университета Анкары - господин Неджат Бора Сайан.

Состоялся широкий обмен мнениями между участниками совещания о формах и методах деятельности создаваемой организации. Участники форума приняли декларацию об организации содружества стоматологов тюркоязычных государств, решили регулярно проводить совещание с целью координации своих действий, направленных на развитие стоматологической науки и практики в наших странах.



*Делегация Азербайджана на заседании
I-учредительного съезда стоматологов
Тюркоязычных стран*



93-ий Ежегодный конгресс FDI Монреаль, 2005 год

24-27 августа 2005 года город Монреаль в Канаде стал центром мировой стоматологии; здесь проходил Ежегодный 93-ий конгресс Всемирной федерации стоматологов. Как известно, ежегодные конгрессы FDI проходят каждый раз на разных материках земного шара.



слева Президент FDI г-жа Мишель Арден

В этом году этот праздник состоялся в стране Великих озер, на берегах красивой реки Святого Лаврентия.

Церемония открытия состоялась в красивейшем здании конгрессов. Как всегда торжественно были внесены флаги стран-членов FDI, среди которых развевался дорогой нашему сердцу сине-красно-зеленый азербайджанский флаг. С большим интересом было выслушано приветствие Премьер-министра Канады господина Paul Martin. В заключении церемонии состоялся Canadian Colors Show.

Научная программа конгресса включала все традиционные разделы, а также ряд проблем, очень интересных с точки зрения развития науки в XXI веке и современных требований медицины.

Интерес представляли доклады по проблемам спортивной стоматологии и приспособлений для защиты зубов, лекции „О клинике дентальной косметики,.. Вызвала большой интерес секция Современная рентгенология в стоматологии: переход к цифровой рентгенологии; демонстрация конусообразной лучевой, объемной компьютерной томографии, стереолитографии. На конгрессе большое внимание было уделено пониманию необходимости надежности инфекционного контроля как части программы практического управления рисками в стоматологии. В общем по вопросам инфекционного контроля в стоматологии было проведено три симпозиума с



на заседании Генеральной ассамблеи



проф. Бекметов М.В. (Узбекистан), проф. Алиева Р.К.,
Президент-элект FDI проф. Бартон Конрад

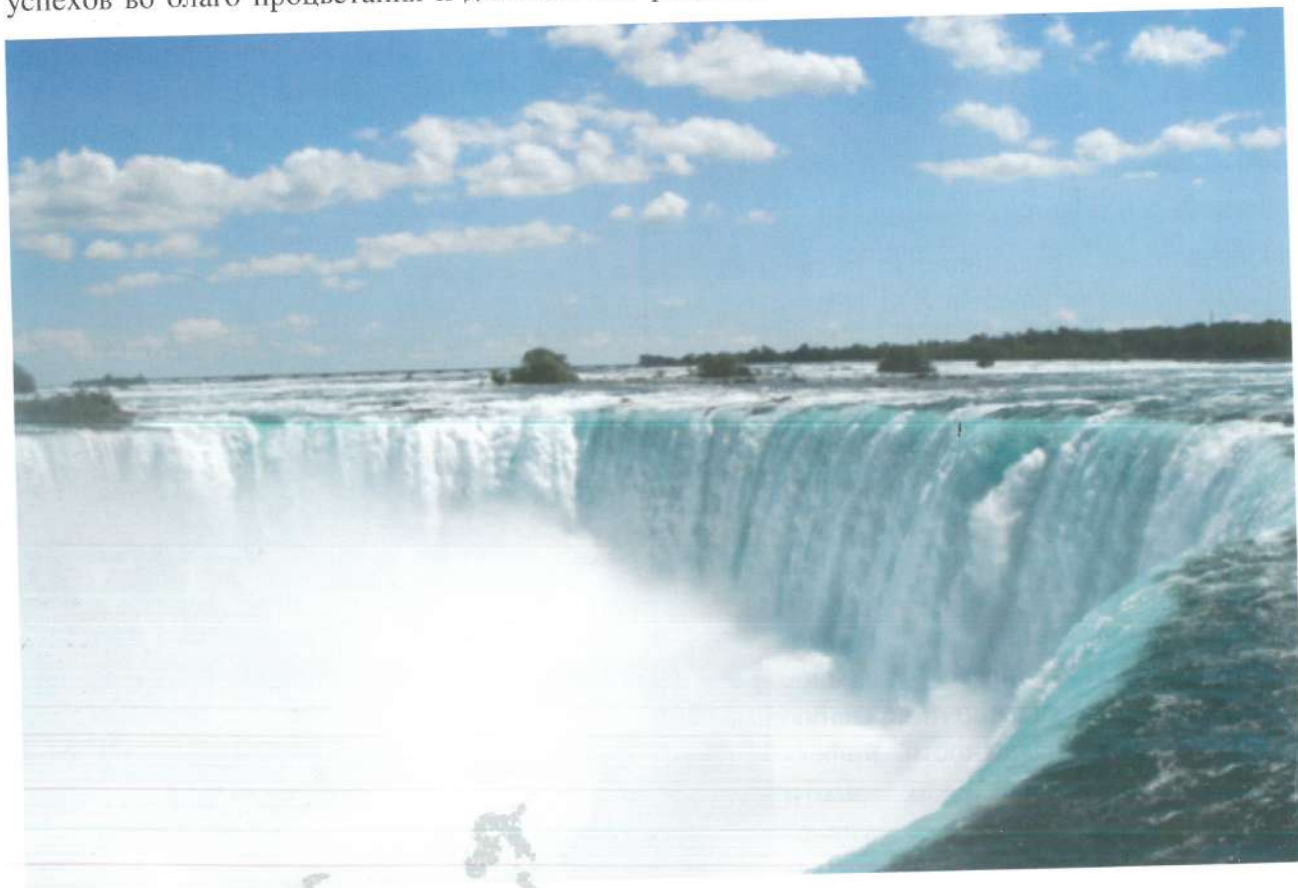
групповым обсуждением. Симпозиум Рак полости рта осветил вопросы систематического скрининга слизистой оболочки, уделил большое внимание современным биомаркерам, прогнозирующим рак полости рта.

Одновременно с конгрессом в монреальском Дворце конгрессов была развернута выставка стоматологического оборудования, инструментов и материалов. Всего на конгрессе и выставке приняли участие свыше 14000 участников из 129 стран.

На Генеральной Ассамблее рассматривались организационные вопросы.

Президентом FDI избрана госпожа Michele Aerden.

Мы искренне поздравляем госпожу Michele Aerden с избранием и желаем ей больших успехов во благо процветания и дальнейшего развития стоматологии во всем мире.



До свидания, Монреаль !

До встречи в г. Шеньжень (Китай) в сентябре 2006года!



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КAVKAZA
№ 9- 2005