



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLERİ



№ 17 - 2011

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 17 2011

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAIJAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyəti

Təsisçi və baş redaktor

Redaktor

Redaksiyanın müdiri

Məsul katib

Bədii tərtibatçı

R.Q. Əliyeva

Z.İ. Qarayev

S.Y. Əliyeva

E.S. Mirzəzadə

V.K. Davidov

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

Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya

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

Azərbaycan
Ukrayna
Rusiya
Gürcüstan
Özbəkistan
Qazaxıstan
Türkiyə
Rusiya
Azərbaycan

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

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

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

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

E-mail: azerbstom@yahoo.com

Sifariş №1296. Tiraj: 500. "OSKAR" nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

- ✓ XVI Beynəlxalq stomatoloji konfrans
Səbinə Əliyeva4
 - ✓ Роль и значение фторидсодержащей зубной пасты в профилактике
стоматологических заболеваний у детей
Зейналова Г.К.6
 - ✓ Əhalinin sosial-davranış vərdislərinin modifikasiyası parodontun iltihabi
xəstəliklərinin, xronik qastritin və helicobacter pylori-infeksiyanın optimal
profilaktikasının əsasıdır
Məmmədov R.M.13
 - ✓ Şəki ipək kombinatı işçilərinin sağlamlığına təsir göstərən zərərli istehsal
faktorları və onların profilaktikası
Qurbanov S.N., Məmmədov R.M.19
 - ✓ Ağız boşluğunun peşəkar gigiyenasının parodontun iltihabi xəstəliklərinin
profilaktikasında rolu və əsaslandırılması
Əliyeva R.Q., Rüstəmov E.Ə.22
 - ✓ XVIII-ci Beynəlxalq Türkiyə Diş Həkimləri Birliyinin Konqresi
Novruzov Z.H.25
 - ✓ Клиническая оценка состояния полости рта у больных с
бронхиальной астмой
Сафаров А.М., Алескерова С.М.27
 - ✓ Uşaqlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsi
İmanov E.Ə.31
 - ✓ Активация липопероксидации и внутрисосудистое свертывание крови в
патогенезе хронического генерализованного пародонтита
Алиев О.С.33
 - ✓ 17-ci Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə və 6-cı Beynəlxalq Stomatologiya
Sərgisi 2011
Əliyeva S.38
 - ✓ Частота заболеваний пародонта у взрослого населения субтропического
Масаллинского района Азербайджанской республики и её влияние на
формирование вторичной частичной адентии
Керимов Э.Э., Багиров А.А.39
-

✓	Нарушение гемостаза и оксидативный стресс у больных с переломами нижней челюсти Алиев Э.М.	43
✓	Ежегодный Конгресс FDI 14-17 сентября 2011 год MEXICO CITY Алиева С.	48
✓	Naxçıvan Muxtar Respublikasında içməli suların kimyəvi tərkibi və stomatoloji xəstəliklər Cəfərov R.M., Abbasov Ə.D.	50
✓	Hipotireozla ağırlaşmış parodont xəstəlikləri olan xəstələrin qarışıq ağız suyunda sitokinlərin (İl-1 β və İl-4) miqdarı Binnətov R.S.	53
✓	«VITTA» Elmi-texniki Şirkəti - 20 il	58
✓	Distal dişləmin müalicəsində istifadə olunan əkizblok və monoblok aparatlarının uzun vertikal hündürlüyü üzərindəki təsirlərinin sefalometrik qiymətləndirilməsi Novruzov Z.H., Qədimli Ç.C.	60
✓	State regulation of medical and pharmaceutical activity in Iran Mikaeili Khyavi Rahman	64
✓	Diş ətinin retraksiyası Tağıyev A.İ., Şahmuradov R.R., Əliyev Ə.A.	68
✓	Periodontitlərin destruktiv formalarının müalicəsində kök plomblarının effektivliyinin qiymətləndirilməsi Qasimov R.K., Bayramov Q.R.	70
✓	Искусство Восточного целительства Gao Xue Song, Алиева Т.	73
✓	Yunis Əmiraslan oğlu Yusubov -70	77

XVI BEYNƏLXALQ STOMATOLOJİ KONFRANS

2 010-cu il sentyabrın 23-də Bakıda Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının və "Iteca Caspian LLC" şirkətinin təşkilatçılığı ilə "Stomatologiyanın aktual problemləri" mövzusunda XVI Beynəlxalq Konfrans keçirilmişdir. Tədbirə Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi dəstək vermişdir.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti, Respublikanın baş uşaq stomatoloqu, ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri professor Rəna Əliyeva konfransın qonaqlarını və iştirakçılarını salamlayaraq, dedi: "Biz çox sevindirici ki, Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasının (FDI) Continuing Education Programme çərçivəsində Beynəlxalq Konfransların keçirilməsi Azərbaycanda da ənənəyə çevrilmişdir". Sonra professor R.Əliyeva qonaqları yüksək səviyyəli mütəxəssisləri təqdim etdi və onların Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasını təmsil etdiklərini vurğuladı.



prof.Nərin Yamalıq

Konfransda FDI-in prezidenti Dr.Roberto Vianna və ERO-FDI-in prezidenti Dr.Gerhard Seeberger cənablarının tədbir iştirakçılarına ünvanlanmış məktubları oxundu. Məktublarda



konfransın açılışı: solda-prof.Adil Məmmədov

deyilirdi ki, Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası 1998-ci ildən etibarən Beynəlxalq Stomatoloji Forumlarda aktiv iştirak edərək, Respublikada da stomatologiyanın bir çox sahəsinə həsr olunmuş Beynəlxalq Konfrans və Simpoziumlar təşkil edir və keçirilən XVI Beynəlxalq Konfrans bu vacib işlərin davamıdır.

Sonra söz çıxış üçün FDI-in Şura üzvü, Hacettpə Universitetinin Dış həkimliyi fakültəsinin professoru Nərin xanım Yamalıq verildi. O, konfrans iştirakçılarını ürəkdən salamladı və "Dış implantlarının müvəffəqiyyətli tətbiqinə təsir edən bəzi əhəmiyyətli faktorlar və onların həlli üsulları" mövzusunda çıxış etdi.

"Müasir şəraitdə Rusiya səhiyyəsində anadangəlmə dodaq və damaq yarıqları olan uşaqlara ixtisaslaşdırılmış yardımın göstərilməsi" mövzusunda Rusiya Tibb Elmləri Akademiyasının müxbir üzvü, "Anadangəlmə dodaq və damaq yarığı" Xeyriyyə Fondunun Prezidenti, M.İ.Seçenov

adına Moskva Tibb Akademiyasının uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri professor Adil Məmmədov çıxış etdi.



prof. Lima Məmmədova

Rusiyanın Moskva Vilayəti Elmi-Tədqiqat Klinik İnstitutunun Həkimləri Təkmilləşdirmə Fakültəsinin Terapevtik stomatologiya kafedrasının müdiri professor Lima Məmmədova "Endodontik müalicə zamanı buraxılan səhvlər və onların fəsadları" mövzusunda çıxış etdi.

Növbəti məruzəçi Samara Dövlət Tibb Universitetinin uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri professor Alfiya Xamadəyeva idi. O, "Kariyes profilaktikasının communal proqramlarında flüor tərkibli diş məcunlarının əhəmiyyəti" mövzusunda məruzə etdi.

"Açıq və qapalı sinus lift" üsulunun implantologiyada tətbiq olun-

ması haqqında İstanbul Universiteti Diş Həkimliyi fakültəsinin Oral İmplantologiya kafedrasının dosenti Selim Ersanlı məruzə etdi.

ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasının dosenti Novruzov Zaur "Açıq dişləm: müalicə fəlsəfələri və residiv" haqqında konfrans iştirakçılarına məlumat verdi.

"Sefalometrik hesablamaların üz-çənə nahiyyəsinin müxtəlif anomaliyalarının bərpasında rolu" mövzusunda Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Stomatologiya kafedrasının dosenti Həsən Əsədov çıxış etdi.

Konfransda başqa maraqlı məruzələr də dinlənildi və konfransın işi başa çatdı.



prof. Əliyeva Rəna, prof. Xamadəyeva Alfiya

Konfransın təşkilatçıları FDI-nin prezidentinə Dr.Roberto Vianna, ERO-FDI-in prezidentinə Dr.Gerhard Seeberger və Continuing Education Programme koordinatoruna Dr.S.Sozkesə öz təşəkkürünü bildirdilər.

Həmçinin Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin rəhbərliyinə və şəxsən cənab nazir O.K.Şirəliyevə, sponsorlara və konfrans iştirakçılarına dərin minnətdarlıq bildirilir.

Səbinə Əliyeva



Роль и значение фторидсодержащей зубной пасты в профилактике стоматологических заболеваний у детей

Г.К.Зейналова

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Одним из основных известных способов и методов профилактики стоматологических заболеваний у детей является использование фторидсодержащих зубных паст для гигиены полости рта [2]. По данным ВОЗ более 600 млн. людей на земле используют именно фторидсодержащие зубные пасты для профилактики основных стоматологических заболеваний, в первую очередь кариеса зубов.



Без специального обучения детей чистке зубов и без контроля над этим процессом хорошего уровня гигиены полости рта достигнуть трудно [1, 3, 7]. Поэтому обучение и контроль за гигиеной полости рта является важным моментом достижения эффективности профилактического воздействия фторидсодержащих зубных паст [5, 6]. Следует подчеркнуть, что контролируемая гигиена полости рта во много раз эффективнее произвольной [4, 8].

Используя положительный опыт профилактики кариеса зубов и болезней пародонта в мире и учитывая неуклонный рост числа этих заболеваний Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией в 1998 году было принято решение о проведении Школьной Образовательной Программы по обучению гигиене полости рта в республике.

Настоящая работа была проведена в рамках научной программы кафедры стоматологии детского возраста Азербайджанского Медицинского Университета и является логическим продолжением нашего участия в Школьной образовательной Программе по обучению гигиене полости рта, проводимой Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией в республике среди детей младшего школьного возраста.

В представленной нами работе мы исследовали влияние фторидсодержащей зубной пасты на основные показатели кариеса и гигиену полости рта.

Дети, участвующие в клиническом исследовании на данном этапе (всего 909 человек), проходили тщательный осмотр с заполнением рекомендованных ВОЗ карт эпидемиологического обследования (Женева, 1997). В картах отмечалось состояние зубов и полости рта с определением индексов – КПУ; КПУп; ОНІ-S; наличия кариозных пятен, индекса СРІ и др. Обследование одних и тех же детей, подразделенных на 3 группы, проводили на протяжении 3 лет через каждые 6 месяцев. Обследованию были подвергнуты учащиеся I-III классов средних школ Насиминского, Наримановского и Сабаиловского районов г.Баку. Группы были обозначены следующим образом:

1. С контролируемой гигиеной полости рта – (КГ) (Наримановский район – 298 человек). Дети этой группы на протяжении 3 лет находились под контролем врача, чистили зубы 2 раза в день фторидсодержащей зубной пастой «Blend-a-med» или «Colgate super star»
2. С неконтролируемой гигиеной полости рта – (НКГ) (Насиминский район – 303 школьника). Участники этой группы один раз были ознакомлены с правилами гигиенического ухода за полостью рта и чистили зубы 2 раза в день фторидсодержащей зубной пастой «Blend-a-med» или «Colgate super star». Контроль врача на протяжении исследования не подвергался.
3. Группа сравнения – (ГС) (Сабаиловский район – 308 человек). Дети этой группы

чистили зубы зубной пастой «Blend-a-med» или «Colgate super star».

Необходимо отметить, что содержание фтора в питьевой воде в г. Баку и в вышеуказанных районах в частности 0,3 – 0,5 мг/л.

ния показатель статистически значимо вырос на 35,7%, во второй достиг 70,5%. Исходные данные индекса КПУ свидетельствовали, что доля кариозных зубов (К) в индексе составило 41,1%, запломбированных (П) – 58,1%, удален-

Таблица 1

Результаты динамического изучения поражения кариесом постоянных зубов детей группы сравнения (Сабаилловский р-н г.Баку) (n=298)

Сроки исследования	Изучаемые показатели				
	Распространенность кариеса	КПУ			
		Кариозные	Пломбированные	Удаленные	КПУ
Исход	176 59,1±2,8%	0,53±0,04	0,75±0,05	0,01±0,01	1,29±0,07
Через 6 мес.	190 63,8±2,8%	0,52±0,04	1,02±0,06 ***	0,02±0,01	1,56±0,07 **
Через 12 мес.	204 * 68,5±2,7%	0,55±0,04	1,18±0,06 ***	0,02±0,01	1,75±0,08 ***
Через 18 мес.	208 ** 69,8±2,7%	0,56±0,04	1,39±0,07 ***	0,02±0,01	1,97±0,08 ***
Через 24 мес.	221 *** 74,2±2,5%	0,80±0,05 ***	1,38±0,07 ***	0,02±0,01	2,20±0,09 ***
Через 36 мес.	230 *** 77,2±2,4%	0,83±0,05 ***	1,60±0,07 ***	0,02±0,01	2,45±0,09 ***

Прим.: статистически значимая разница с исходными показателями:

* – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$; *** – $p_0 < 0,001$.

Результаты изучения поражения кариесом зубов у детей группы сравнения – III группа (Сабаилловский район), представлены в таблице 1. Распространенность кариеса зубов составляла – 59,1%, за 3 года этот показатель возрос до 77,2% (на 18,1%). В среднем прирост распространенности заболеваемости кариесом за 30 месяцев наблюдения составил – 12,4% в год. В целом, распространенность заболеваемости кариесом за время наблюдения возросла на 1/3.

Исходное значение индекса КПУ, обследуемых детей – 1,29 ± 0,7. Через 3 года этот показатель возрос на 1,15 (89,1%) до значения 2,45 ± 0,09.

В среднем прирост интенсивности кариеса составил 0,46 в год. В первый год наблюде-

ных (У) – 0,8%, т.е. большинство зубов было запломбировано. Однако, количество запломбированных зубов за 3 года (по составляющей П) увеличилось с 58,1% до 65,6%, а абсолютное их число возросло с 0,75 до 1,60 в среднем на ребенка. Это свидетельствует о том, что стоматологическая лечебная работа с детьми в Сабаилловском районе, поставлена удовлетворительно, хотя врачебная помощь остается недостаточной, т.к. 1/3 пораженных кариесом зубов не пломбируются. Исходный индекс гигиены составил 2,13 ± 0,15, что свидетельствует о плохой гигиене полости рта у школьников Сабаилловского района. За время наблюдения этот индекс не изменялся, что говорит об отсутствии эффективной профилактической работы среди школьников этого района.

В целом, можно прийти к заключению, что заболеваемость кариесом у младших школьников Сабаилковского района средняя, что в значительной мере связано с плохим гигиеническим состоянием полости рта.

За время исследования индекс КПУ увеличился с 1,67% до 2,74, т.е. на 1,07 (67,5%). Рост индекса КПУ был неравномерным: за первые 6 месяцев – на 0,40 (23,9%), за 12 месяцев – на 0,62 (+0,22 или на 37,1%, по сравнению с пре-

Таблица 2

Результаты динамического изучения заболеваемости кариесом у детей
Группа НКГ (n=303)

Сроки исследования	Распространенность кариеса	Изучаемые показатели			
		КПУ			
		Кариозные	Пломбированные	Удаленные	КПУ
Исход	206 ^ 68,0±2,7%	1,06±0,06 ^^^	0,60±0,04 ^	0,01±0,01	1,67±0,07 ^^^
Через 6 мес.	225 ^^ 74,3±2,5%	1,01±0,06 ^^^	1,04±0,06 ***	0,02±0,01	2,07±0,08 *** ^^
Через 12 мес.	237 ** ^^ 78,2±2,4%	0,92±0,06 ^^^	1,34±0,07 ***	0,03±0,01	2,29±0,09 *** ^^
Через 18 мес.	241 ** ^^ 79,5±2,3%	0,89±0,05 * ^^	1,48±0,07 ***	0,03±0,01	2,40±0,09 *** ^^
Через 24 мес.	241 ** 79,5±2,3%	0,83±0,05 **	1,74±0,08 *** ^^	0,04±0,01 *	2,61±0,09 *** ^
Через 36 мес.	254 *** ^ 83,8±2,1%	0,78±0,05 ***	1,92±0,08 *** ^^	0,04±0,01 *	2,74±0,10 *** ^

Прим.: статистически значимая разница:

1. с исходными показателями: * – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$; *** – $p_0 < 0,001$.
2. с показателями ГС: ^ – $p_1 < 0,05$; ^^ – $p_1 < 0,01$; ^^ – $p_1 < 0,001$.

Результаты изучения динамики поражения кариесом постоянных зубов у детей с неконтролируемой гигиеной полости рта представлены в таблице 2. Распространенность кариеса росла постоянно. За изученный период времени (3 года) в абсолютных цифрах она выросла с 68% до 83,8% - на 15,8%.

Заболеваемость, таким образом, возросла по сравнению с первоначальным осмотром на 23,4%: через 6 месяцев (11,0%), через 12 месяцев – 10,4% (15,0%), через 18 месяцев – 11,6% (17,1%), через 24 месяца – 11,6% (17,1%), через 30 месяцев – 15,9% (23,4%). Динамика прироста между осмотрами составила: через 6 месяцев – +6,5%, через 12 месяцев – +3,9%, через 18 месяцев – +1,2%, через 24 месяца – 0, через 36 месяцев – +4,3%.

дыдущим), за 18 месяцев – на 0,78 (+0,16 или на 43,7%), за 24 месяца – на 0,94 (+0,16 или на 56,3%), за 36 месяцев – на 1,06 (+0,12 или на 63,5% по сравнению с предыдущим). Следовательно, самый большой прирост индекса КПУ наблюдался в первые 6 месяцев профилактической работы (0,40), затем темп прироста постепенно снижался, достигнув +0,12 за последние 6 месяцев наблюдения. В этом мы видим эффект постепенного накопления профилактического влияния фторидсодержащей зубной пасты.

Заметное влияние неконтролируемая гигиена зубов оказывает и на результаты лечения кариеса (табл. 2). В течение наблюдаемого периода компонент К снизился с 1,06 до 0,78, хотя индекс КПУ возрос на 63%.

Одновременно компонент П возрос с 0,60 до 1,92 (более 300%). Изменений в компоненте У не было. Доля К в индексе КПУ упала с 63,5% до 28,6%, а доля П увеличилась с 35,9% до 70,3% (на 200%). Эти данные свидетельствуют о том, что проводимая программа дает не только описанный выше профилактический эффект, но и значительно влияет на эффективность лечения кариеса. Уменьшающийся прирост кариеса зубов за счет редукции, снижение роста его интенсивности и распространенности создает у врача резерв времени, которое он затрачивает на лечебную работу. Кроме того, программа с фторидсодержащей зубной пастой делает лечебную работу более эффективной. В частности, как в ГС этот показатель не менялся. Этот факт свидетельствует о том, что при проведении профилактики кариесом преимущественно захватываются уже ранее пораженные им зубы.

Группу детей с КГ составили 308 человек из школ Наримановского района. Эти дети также являлись участниками ШОП профилактики. Они также использовали фторидсодержащую

зубную пасту, и 5 дней из 7 в неделю под контролем специально выделенного и подготовленного для этой цели медперсонала проводили контролирующую чистку зубов. Результаты динамического изучения показателей поражения кариесом у детей Наримановского района при контролируемой чистке зубов представлены в табл. 3.

Интересные результаты были получены при изучении динамики заболеваемости детей кариесом зубов по показателю его распространенности. За все время наблюдения этот показатель вырос с 67,9% до 78,6%, т.е. на 10,7% в абсолютных или на 15,6% в относительных величинах. В течение первого года наблюдения прирост составил 6,3%, через 18 месяцев – 5,5%, в том числе, за последние 6 месяцев – 0%. Через 24 месяца прирост распространенности кариеса достиг 7,4%, в том числе, за последние 6 месяцев – 1,9%. За 3 года прирост составил 48,5%, в том числе, за последние 6 месяцев – 32,2%.

Интересно сравнение этих данных с результатами ГС и НКГ. Как следует из них наиболь-

Таблица 3

Результаты динамического изучения поражения кариесом постоянных зубов детей КГ
Группа КГ (n=308)

Сроки исследования	Изучаемые показатели				
	Распространенность кариеса	КПУ			
		Кариозные	Пломбированные	Удаленные	КПУ
Исход	209 ^ 67,9±2,7%	1,06±0,06 ** ^^^	0,60±0,04 ^	0,01±0,01	1,67±0,07 ^^^
Через 6 мес.	225 ^ 73,1±2,5%	0,83±0,05 *** ^^^ #	1,14±0,06 ***	0,01±0,01	1,98±0,08 ** ^^^
Через 12 мес.	229 74,4±2,5%	0,61±0,04 *** ###	1,35±0,07 ***	0,02±0,01	1,98±0,08 ** ^ ##
Через 18 мес.	226 73,4±2,5%	0,60±0,04 *** ###	1,42±0,07 ***	0,02±0,01	2,04±0,08 *** ##
Через 24 мес.	232 * 75,3±2,5%	0,54±0,04 *** ^^^ ###	1,71±0,07 *** ^^	0,04±0,01 *	2,29±0,09 *** #
Через 36 мес.	242 ** 78,6±2,3%	0,54±0,04 *** ^^^ ###	1,81±0,08 *** ^	0,04±0,01 *	2,39±0,09 *** ###

Прим.: статистически значимая разница:

1. с исходными показателями: * – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$; *** – $p_0 < 0,001$

ший прирост распространенности кариеса – 18,3% (на 31,0%) был в ГС. На 15,9% (23,4%) возросла заболеваемость в НКГ. Лишь на 10,6% (15,6%) возросла распространенность в группе КГ. Таким образом, различия между ГС и КГ гигиеной полости рта по приросту распространенности кариеса составил 58%. Самый важный показатель эффективности профилактической работы – редукция прироста распространенности кариеса – по отношению к ГС составил 41,57% в разные сроки, а по отношению к НКГ – 3% - 52%. Прирост распространенности кариеса в ГС за 3 года составил 18,3%, а в КГ – 10,6%, т.е. редукция прироста распространенности в КГ составила 7,7% или 77 детей из 1000 не болеют кариесом.

Сравнительные данные динамики индексов КПУ в обследуемых указывают, что при контролируемой гигиене полости рта в течение 3 лет индекс КПУ вырос на 0,72 или на 43% (с 1,67 до 2,39), тогда как в группе сравнения за этот же период индекс КПУ вырос с 1,29 до 2,44 (на 1,15 или на 89,1%). При неконтролируемой гигиене полости рта индекс КПУ возрос с 1,67 до 2,74 (на 1,07 или на 63,5%). Таким образом, наибольшее возрастание индекса КПУ по абсолютным показателям было в группе сравнения, где не проводились профилактические мероприятия. Меньший абсолютный рост КПУ (на 1,06) наблюдался в группе НКГ. Наконец, в группе КГ индекс КПУ вырос лишь на 0,72. Прирост КПУ по срокам наблюдения составил в группе с контролируемой гигиеной полости рта 18,0-43,1%, в группе сравнения – 20,9-89,1%, в группе с неконтролируемой гигиеной – 23,9-63,5%.

Редукция прироста интенсивности кариеса наиболее выражено различалась между группами контроля (ГС, НКГ) и контролируемой гигиены полости рта. Уже через 6 месяцев редукция прироста кариеса составила 17%. В дальнейшем показатель превысил 50% и не опускался ниже

48%. По сравнению с неконтролируемой гигиеной полости рта редукция прироста показателя за весь наблюдаемый период времени составила 32,2%.

Большое внимание в нашем исследовании привлекало изучение состояния гигиены полости рта детей. Наибольшее значение в нашем исследовании мы придавали изучению динамики индекса гигиены в группах. Его роль характеризуется действием двух факторов – эффективностью гигиены полости рта и связью с основными стоматологическими заболеваниями. Основные результаты изучения состояния ИГ полости рта показаны на рис. 1. Индекс гигиены в группе сравнения за все время исследования сохранял высокие значения с незначительными колебаниями, что свидетельствует о плохом состоянии гигиены полости рта у школьников. В отсутствии профилактической программы с приме-

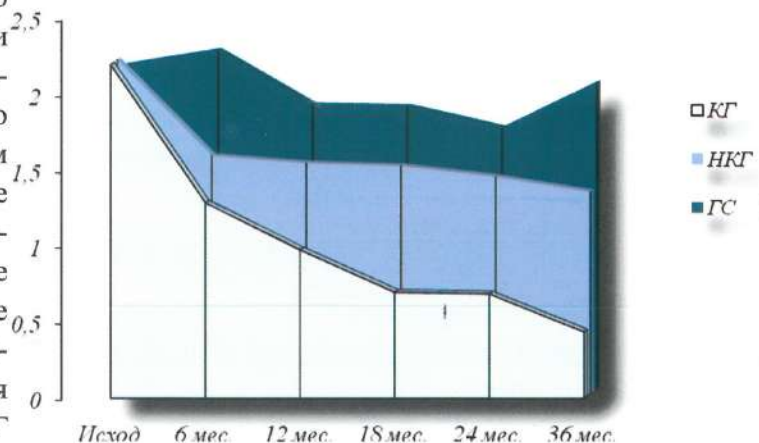


Рис. 1. Динамика индекса ИГ в обследуемых группах.

нием фторидсодержащей зубной пасты реальной возможности изменить указанное состояние не было.

Очень интересно сопоставление группы НКГ с ГС. Результаты показали, что серьезных изменений ИГ в ГС не было. Показатель колебался от 1,72 до 2,23 без каких-либо закономерностей в течение всего периода наблюдения. Однако оценка динамики изменений ИГ в НКГ показывает некоторую тенденцию к сни-

жению этого показателя. Прямо противоположная ситуация с гигиеной полости рта сложилась в группе с КГ. Уже через 6 месяцев после начала исследования уровень гигиены в группе повысился, что выразилось в снижении индекса с 2,20 до 1,29 (-0,91; до 41,4%). Через 12 месяцев индекс гигиены возрос до 0,98 (-1,22; 55,4%), через 18 месяцев - до 0,70 (-1,5; 64,1%), через 24 месяца - до 0,69 (-1,51; 68,6%), через 36 месяцев - до 0,44 (-1,76; 80,0%). Таким образом, в группе КГ гигиеническое состояние улучшилось в 5 раз, и достигло хорошего уровня. Мы считаем, что полученные в сравнительно короткие сроки результаты в группе КГ очень высоки, что свидетельствует о высокой эффективности проводимой программы. Несомненно, что данный фактор улучшения гигиены полости рта явился одним из важнейших, обеспечивающих снижение прироста кариеса зубов.

Аналогичные, но, несомненно, менее значимые данные были получены и в группе НКГ. За 3 года индекс гигиены снизился с 2,30 до 1,33. Этот процесс был постепенным, но неуклонным. Однако контролируемая гигиена все же была много эффектив-

нее, так как нами найдены существенные различия, как по приросту индекса гигиены, так и по его редукции между исследуемыми группами.

Таким образом, проведенное клиническое исследование состояния полости рта в группах КГ и НКГ, а также группе сравнения показывает, что проводимая Школьная Образовательная Программа профилактики с использованием фторидсодержащей зубной пасты, является современным эффективным средством улучшения состояния полости рта, особенно при контроле за ее проведением.

В качестве мер, повышающих эффективность профилактического действия фторидсодержащих зубных паст, необходимо рекомендовать их использование с более раннего возраста (с 5-7-ми лет), так как этот метод продемонстрировал защиту от поражения кариесом, в первую очередь, здоровых зубов.

Рекомендуется широко использовать контролируемую гигиену полости рта как наиболее действенный метод повышения эффективности программ профилактики с использованием фторидсодержащих зубных паст.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамова О.Г., Шевченко С.С. О реализации комплексной школьной программы по профилактике стоматологических заболеваний у детей // Материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции, труды XI съезда СтАР и VIII съезда стоматологов России. - М., 2006. - С. 4-7
2. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта и использованию фторидов. - Женева, 1995. - №846.
3. Живанкова У.Ф., Орехова Л.А., Саленков В.Г. Эффективность уроков здоровья у детей младшего школьного возраста // Вестник Смоленской медицинской академии. - Смоленск: СГМА. 2003.-№3. - С. 128 - 129.
4. Лукиных Л.М., Косюга С.Ю. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и мотивация к регулярному уходу за полостью рта у детей // Новое в стоматологии. - 2001. - №5. - С. 73-75.
5. Пахомов Г.Н., Синтез Дж. Л., Леонтьев В.К. и др. Фторидсодержащая зубная паста в интегрированной программе первоочередной стоматологической помощи населению. - М., 2002. - 24с.
6. Azarpazhooh A., Main P.A. Fluoride Varnish in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review // JCD. - 2008. - Vol. 74. - N.1 - P. 73-79.
7. Curnow MM, Pine CM, Burnside G, Nicholson JA, Chesters RK, Huntington E. A randomised controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing in high-caries-risk children. *Caries Res.* 2002 Jul-Aug;36(4):294-300.
8. Koivusilta L, Honkala S, Honkala E, Rimpela A. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J Dent Res.* 2003;May;82(5):361-6.

XÜLASƏ

Uşaqlarda stomatoloji xəstəliklərin profilaktikasında flüor tərkibli diş məcunlarının dəyəri və rolu.

G.K.Zeynalova

ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrası.

Uşaqlarda stomatoloji xəstəliklərin məlum olan bir çox üsul və qaydalarının ən əsaslarından biri flüor tərkibli diş məcunlarının stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası və ağız boşluğunun gigiyenası üçün istifadə olunmasıdır. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası 1998 ildə dünyada əsas stomatoloji xəstəliklərin coxalmasını və kariyesin profilaktikasının müsbət təcrübəsinə əsaslanaraq ağız boşluğunun gigiyenası qaydalarının öyrənilməsi üzrə məktəb maarifləndirmə proqramı aparmağına qərara almışdır.

Biz flüor tərkibli diş məcunlarının ağız boşluğunun gigiyenasına və kariyesin əsas göstəricilərinə təsirini tədqiq etmişik. Kliniki müayinələrdə 909 nəfər 7-8 yaşlı uşaq iştirak etmişdi, müayinələr 3 il ərzində, hər 6 aydan bir aparılmışdır.

Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, flüor tərkibli diş məcunları vasitəsi ilə məktəb təhsil proqramı ağız boşluğunun vəziyyətinin yaxşılaşdırması üçün müasir vasitədir.

SUMMARY

The role and effect fluorid toothpaste prevention of dental diseases in children.

G.K. Zeynalova

The department of stomatology of child age AMU.

Many known methods and methods of prevention of dental disease in children is one of the main use fluoride toothpastes for oral hygiene and prevention of dental diseases.

Using the positive experience of prevention of dental caries and periodontal diseases in the world and given the steady increase in these diseases Azerbaijan Stomatological Association in 1998, decided to hold the School Education Program to teach oral health in the country.

In the present work, we investigate the effect of fluoride toothpaste on the main indicators of dental caries and oral hygiene.

Children participating in a clinical trial at this stage (of 909 persons) were filled with a thorough inspection of WHO-recommended cards by epidemiological surveys (Geneva, 1997). A survey of the same children was carried out for 3 years every 6 months conducted a clinical study of oral in groups survey, as well as the comparison group suggests that current school educational prevention program using fluoride toothpaste, is a modern effective means of improving oral health, especially in monitoring its implementation.

*Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.
Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакционной
коллегии.*

При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

ƏHALİNİN SOSIAL-DAVRANIŞ VƏRDIŞLƏRİNİN MODİFİKASIYASI PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN, XRONİK QASTRİTİN VƏ HELICOBACTER PYLORI-İNFEKSIYANIN OPTİMAL PROFİLAKTİKASININ ƏSASIDIR

R.M.Məmmədov

Azərbaycan Tibb Universitetinin terapeutik stomatologiya kafedrası

ÜST-ün «XXI əsrdə sağlamlıq hamı üçün» konsepsiyasında tam əminliklə belə fikir söylənmişdir ki, səhiyyə orqanları və əhali üçün münasib olan və elmi cəhətdən əsaslandırılmış profilaktika sistemini hazırlamaqdan sosial-iqtisadi əhəmiyyət daşıyan xəstəliklərin qarşısını praktik olaraq almaq mümkün deyildir [3, 15].



qlənir - gəlinə demək lazımdır ki, bu istiqamətdə tədqiqat işi hələ aparılmamışdır [2, 14].

Tədqiqat işinin material və metodikası. Könüllük prinsipi əsasında kor-təbii metodla uzunmüddətli müşahidə üçün 582 şəhər sakinindən ibarət qrup formalaşdırılmışdır. İşin əvvəlində birgə aparılan prospektiv, stomatoloji,

Beynəlxalq mütəxəssislər hesab edirlər ki, profilaktikada başlıca yeri əhalinin yaşayış mühitində və həyat tərzində nəzərə çarpan sosial-iqtisadi və fərdi-davranış xarakterli çatmamazlıqların nəticəsində fəallaşan risk amillərinin aradan qaldırılması tutmalıdır. Ona görə də, profilaktikanın əsasını əhalinin həyat tərzinin modifikasiyası təşkil etməlidir ki, bu da onun etnik xüsusiyyətlərini, sosial yaşayış mühitini, əmək fəaliyyətini, ailə vəziyyətini, gigiyenik və qidalanma davranışını və bir sıra komponentləri nəzərə almalıdır [1, 4, 11, 13].

Müasir dövrdə dünyanın bir çox aparıcı dövlətlərində bir sıra xəstəliklərin, ilk növbədə ürək-damar, onkoloji, şəkərli diabet, malyariya və bəzi digər xəstəliklərin profilaktikasının elmi əsaslarının işlənməsi üzrə intensiv tədqiqatlar aparılır. Lakin bu tədqiqatların sayəsində təklif olunmuş profilaktika sistemi, çox təəssüf ki, yalnız lokal və qısa müddət sürən müvəffəqiyyətlərə səbəb olur [5, 9, 12].

Komorbid xəstəliklərə - onların arasında yayılma genişliyinə və sosial-iqtisadi əhəmiyyətinə görə parodontun iltihabi xəstəlikləri (PİX), xronik qastrit (XQ) və Helicobacter pylori-infeksiyanın (Hpİ) birgə gedişləri daha çox fər-

qastroduodenal və seroloji müayinələrin əsasında 207 nəfərdə - PİX, 114-də - PİX və XQ-nin birgə gedişləri və 136-da - PİX, XQ və Hpİ-nin birgə gedişləri aşkar edilmişdir. Göstəriş olduqda XQ və Hpİ-nin aşkarlanması Mərkəzi neftçilər xəstəxanasının bazasında həyata keçirilmişdir. Xəstəliyi olan bütün sakinlər effektiv şəkildə müalicə olunmuşlar. Kontrol qrupu işin aparıldığı müddətdə yuxarıda qeyd olunan xəstəlikləri olmayan 125 nəfər təşkil etmişdir. Anketlərdə sakinlərin PİX, XQ və Hpİ-nin profilaktikası üzrə biliklərinin səviyyəsini və bu tədbirlərin həyata keçirilməsinə onların meylilik dərəcəsini əks etdirən sual blokları daxil edilmişdir. Tibbi yardım üçün müraciət etdikdə sakinlər arasında şəxsi və telefon əlaqəsi vasitəsilə anketləşdirilənlərin sosial-davranış vərdişlərinin modifikasiyası üzrə izahat işi aparılmışdır. Aparılan işin yekun qiymətləndirilməsi onun başlanmasından 11-14 ay sonra həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzakirəsi. Çoxillik sosial-epidemioloji müayinələrin nəticəsində [7] həm PİX, XQ və Hpİ-nin yüksək formalaşma riskini yaradan, həm də bu xəstəliklərin və onların birgə gedişlərinin yaranmasının qarşısını alan amillər aşkar edilmiş və kəmiyyət-

cə qiymətləndirilmişdir. Bu amillərdən biri ayrılıqda hər bir xəstəlik üçün olduqca spesifik xarakter daşımışdır. Digərləri isə (böyük qismi) ümumi olmuş, yəni epidemioloji baxımdan hər üç xəstəliyə eyni vaxtda «xidmət göstərmişlər» ki, bu da əhali arasında onların birgə gedişlərinin yüksək səviyyəsini izah edir. Aşkar edilmiş bütün dominant amillər əsasən əhalinin sosial-davranış vərdisləri ilə şərtlənmişdir. Onların əsasında PİX-nin və onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişlərinin profilaktikasının təşkilatı strukturu işlənib hazırlanmışdır ki, o da əhalinin həyat tərzində yol verilən qüsurların modifikasiyasını nəzərdə tutur. Bu struktur aşağıdakı profilaktik bloklardan təşkil olunmuşdur.

Birinci blok – əhalinin həkimə müraciətlərinin və müalicəyə meylliliyin aktivləşdirilməsini, həkimlərin müalicə-profilaktik təyinatlarının yerinə yetirilməsinin maksimal səviyyəyə çatdırılmasını nəzərdə tutur. Əhalinin PİX ilə yüksək səviyyədə xəstələnməsi və onun tez-tez XQ və Hpİ ilə birgə rast gəlməsi bəzən xəstələrin həkimə gec müraciət etmələri və özbaşına müalicənin aparılması ilə əlaqədardır, bu isə xəstəliklərin xronik formaya keçməsinə və onların gedişinin ağırlaşmasına gətirib çıxarır və aparılan spesifik müalicənin keyfiyyətini azaldır. Bununla da populyasiya xəstələnməsinin artması baş verir.

İkinci blok – dərin stress yüklənmələrinin inkişaf etməsindən qorunmanı nəzərdə tutur. Stress müasir sivilizasiyanın ən təhlükəli bəlası sayılır və bir çox xəstəliklərin yaranmasının əsasında durur. Praktiki olaraq hər bir şəxs hər gün ailədə, nəqliyyatda, xidməti vəzifəsində və s. stress gərginliklərinə məruz qalır və müəyyən vərdislər qazandıqda onların ağır fəsadlarının qarşısını almağa qadir olur.

Üçüncü blok – əhalinin sosial cəhətdən şərtlənmiş zərərli vərdislərinin aradan qaldırılmasına həsr olunmuşdur. Tütün və siqaretin istifadə olunması dünyada pandemiya miqyasını almışdır və onun sağlamlığına ölümcül təsir göstərir. Bu vərdislərin tam aradan qaldırılması hazırkı gündə praktik olaraq mümkün deyildir. Tədqiqatlarımız göstərmişdir ki, orqanizmə tütünün zərərli təsiri və bunun nəticəsində PİX, XQ və Hpİ-nin inkişafı üçün olduqca əlverişli şəraitin yaranması bir çox halda çəkilən siqaretin sayının azaldılması yolu ilə aradan qaldırılır. Yerli əhali arasında

alkoqoldan istifadə də geniş yayılmışdır, lakin onun tezliyi və intensivliyi aşağıdır, ona görə də PİX, XQ və Hpİ-nin formalaşmasında onun rolu o qədər də nəzərə çarpmır.

Dördüncü blok – ağız boşluğunun gigiyenasının gözlənilməsinə yönəldilmişdir. PİX-nin inkişafında bu amil başlıca rol oynayır. Ağız boşluğunun normal gigiyenası PİX-nin inkişafının qarşısını alır. PİX və XQ-nin bir-birinə təsirini nəzərə alsaq deyə bilərik ki, bu amil XQ zamanı da öz əhəmiyyətini itirmir. Bundan başqa, ağız boşluğunun H.pylori ilə məskunlaşmasının qarşısını alır və bununla da PİX və XQ zamanı onun etioloji əhəmiyyəti azalır.

Beşinci blok – məişət gigiyenasının gözlənilməsidir. PİX-nin törədiciləri, həmçinin H.pylori ağız boşluğuna çirkləyici, qida məhsulları, ümumi istifadə əşyaları (qab-qacaq, dəsmal (məhraba), diş fırçaları və s.) vasitəsilə daxil olurlar. Ona görə də, şəxsi gigiyenanın rolu və məişət əşyalarının fərdi şəkildə istifadəsi mühüm profilaktik əhəmiyyət daşıyır.

Altıncı blok – qidalanma meyllərini (vərdislərini) əks etdirir. Qidanın xarakteri – həddən artıq isti və ya soyuq, kobud, istiotlu qida ağız boşluğunun və mədənin selikli qişasına əlverişsiz təsir göstərir, bu isə həm PİX və XQ-nin formalaşmasına, həm də onların klinik gedişinin ağırlaşmasına səbəb olur.

Yeddinci blok – profilaktik davranışdır. Əhalinin yuxarıda qeyd olunan sosial-davranış vərdisləri onun profilaktik davranışını formalaşdırır ki, əhalinin xəstələnmə ehtimalı və onun nəticəsi məhz bundan asılıdır. Tibbi vərdislərin natamam səviyyəsi, risk amillərindən əsas qorunma tədbirləri haqqında bilgilərin olmaması PİX və onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişlərinin inkişafında əsas səbəblərdən biri sayılır. Göründüyü kimi, əhalinin profilaktik davranışının modifikasiyası yalnız aktiv izahat işinin aparılması və profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsinə onun cəlb edilməsi yolu ilə mümkündür. Aparığımız işin effektivliyi cədvəl 1 və 2-də təsvir olunmuşdur.

İşin sonunda xəstəliyi olan anketləşdirilənlər arasında yerinə yetirilən blokların səviyyəsi aşağı olmuş, tezliyi isə $1,46 \pm 0,8$ ilə $1,79 \pm 0,7$ vahid arasında dəyişmiş, orta hesabla $1,79 \pm 0,7$ vahid təşkil etmişdir. Kontrol qrupda bu göstərici

Cədvəl 1.

Təşkilati işin əvvəlində anketləşdirilənlər arasında profilaktik davranışın modifikasiyası üzrə blokların həyata keçirilməsinin bölgüsü

Modifikasiya blokları	Anketləşdirilənlərin müxtəlif qrupları arasında blokların tezliyi											
	PIX		PIX, XQ		PIX, XQ, Hpl		Cəmi		Kontrol		Fərqin dürüstlüyü	
	n=207		n=114		n=136		n=457		n=125			
	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	t	p
1-ci blok	34	16,4±2,6	18	15,8±3,4	44	32,4±4,0	96	21,0±1,9	73	58,4±4,4	7,81	< 0,001
2-ci blok	58	28,0±3,1	27	23,4±4,0	43	31,6±4,0	128	28,0±2,1	69	55,2±4,5	5,47	< 0,001
3-cü blok	41	19,8±2,8	21	18,4±3,6	25	18,4±3,3	87	19,0±1,8	77	61,6±4,4	8,97	< 0,001
4-cü blok	67	32,4±3,3	29	25,4±4,1	33	24,3±3,7	129	28,2±2,1	62	49,6±4,5	4,31	< 0,001
5-ci blok	61	29,5±3,2	24	21,1±3,8	40	29,4±3,9	125	27,4±2,1	64	51,2±4,5	4,79	< 0,001
6-cı blok	39	18,8±2,7	17	14,9±3,3	37	27,2±3,8	93	20,4±1,9	59	47,2±4,5	5,49	< 0,001
7-ci blok	46	22,2±2,9	31	27,2±4,2	22	16,2±3,2	99	21,7±1,9	76	60,8±4,4	8,16	< 0,001
Blokların komponentlərinin vahidlərinin yekun sayı	346		167		244		757		480		-	-
Blokların komponentlərinin vahidlərinin orta sayı	1,67±0,6		1,46±0,8		1,79±0,7		1,66±0,5		3,84±0,6		2,79	< 0,01

Qeyd: blokların xarakteristikası mətndə verilmişdir.

Cədvəl 2.

Təşkilati işin sonunda anketləşdirilənlər arasında profilaktik davranışın modifikasiyası üzrə blokların həyata keçirilməsinin bölgüsü

Modifikasiya blokları	Anketləşdirilənlərin müxtəlif qrupları arasında blokların tezliyi											
	PIX		PIX, XQ		PIX, XQ, Hpl		Cəmi		Kontrol		Fərqin dürüstlüyü	
	n=207		n=114		n=136		n=457		n=125			
	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	t	p
1-ci blok	120	58,0±3,4	80	70,2±4,3	78	57,4±4,2	278	60,8±2,3	42	33,6±4,2	4,79	< 0,001
2-ci blok	141	68,1±3,2	83	72,8±4,2	80	58,8±4,2	304	66,5±2,2	50	40,0±4,4	5,39	< 0,001
3-cü blok	121	58,5±3,4	80	70,2±4,3	83	61,0±4,2	284	62,1±2,3	41	32,8±4,2	6,13	< 0,001
4-cü blok	133	64,3±3,3	68	59,6±4,6	97	71,3±3,9	298	65,2±2,3	43	34,4±4,3	6,31	< 0,001
5-ci blok	124	59,9±3,4	73	64,0±4,5	93	68,4±4,0	290	63,5±2,3	44	35,2±4,3	5,80	< 0,001
6-cı blok	152	73,4±3,1	71	62,3±4,6	88	64,7±4,1	311	68,1±2,2	41	32,8±4,2	7,45	< 0,001
7-ci blok	145	70,0±3,2	76	66,7±4,4	96	70,6±3,9	317	70,1±2,1	52	41,6±4,4	5,84	< 0,001
Blokların komponentlərinin vahidlərinin yekun sayı	936		531		615		2082		313		-	-
Blokların komponentlərinin vahidlərinin orta sayı	4,52±0,4		4,66±0,6		4,52±0,5		4,56±0,4		2,50±0,5		3,22	< 0,01

Qeyd: blokların xarakteristikası mətndə verilmişdir.

yüksək olmuş və 3,84±0,6 vahid təşkil etmişdir (t=2,79; p<0,01).

11-14 ay ərzində aparılan izahat işi sonda anketləşdirilənlərin profilaktik davranışını xeyli modifikasiya etməyə imkan vermişdir ki, bu da xəstəliklərin müalicəsində maksimal effektin əldə olunmasına və bununla da nəinki postterapevtik residivlərin qarşısını almağa, həm də onlar arasında xəstəliyin yeni hallarının yaranması imkanını azaltmağa kömək etmişdir. Belə ki, həyata keçirilən modifikasiya bloklarının tezliyi

nəzərə çarpacaq dərəcədə artmış və 4,52±0,6 ilə 4,66±0,8 vahid arasında dəyişmiş və orta hesabla 4,56±0,4 vahid təşkil etmişdir ki, bu da işin əvvəlində olan göstəricilərlə və kontrol qrupun göstəriciləri ilə müqayisədə xeyli yüksəkdir – müvafiq olaraq 1,66±0,5 vahid (t=4,53; p<0,001) və 2,50±0,5 vahid.

Diqqəti o da cəlb edir ki, kontrol qrupda əxlaqi davranışla bağlı vəziyyət bir qədər pisləşmişdir ki, bu, da 11-14 ay ərzində anketləşdirilən şəxslərlə əlaqənin zəifləməsi ilə əlaqələndiril-

Cədvəl 3.

PİX-nin və onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişlərinin yeni xəstələnmə hallarının profilaktikası üzrə aparılan izahat işinin qiymətləndirilməsi

Anketləşdirilən şəxslərin qrupları	Profilaktika tədbirlərinin yerinə yetirilməsindən asılı olaraq yeni xəstələnmə hallarının tezliyi							
	Maksimal			Qismən			Fərqi düzəltmə üyü	
	Anketli. sayı	Yeni hadisələr		Anketli. sayı	Yeni hadisələr			
		Müt.	%		Müt.	%		
PİX	152	5	3,3±1,5	55	6	10,9±4,2	4,66	< 0,05
PİX, XQ	83			31				
o cümlədən PİX		2	2,4±1,7		4	12,9±6,1	4,98	< 0,05
XQ		3	3,6±2,1		5	16,1±6,7	5,09	< 0,05
PİX, XQ, Hpİ	97			39				< 0,05
o cümlədən PİX		3	3,1±1,8		5	12,8±5,4	4,75	< 0,05
XQ		3	3,1±1,8		6	15,4±5,9	6,80	< 0,01
Hpİ		4	4,1±2,0		7	17,9±6,2	6,61	< 0,02
Kontrol qrupu	125			125				
o cümlədən PİX		0	-		32	25,6±3,9		
XQ		0	-		24	19,2±3,5		
Hpİ		0	-		44	35,2±4,3		

mişdir. Yəni izahat işi təkcə aktiv olmalı və təkidlə aparılmamalı, həm də dövrü şəkildə təkrar edilməlidir, çünki qazanılmış profilaktik vərdişlər vaxt keçdikcə yaddan çıxır.

Lakin bu tədbirləri heç də pasiyentlərin hamısında daima həyata keçirmək mümkün olmamışdır, bu işə öz növbəsində yekun nəticəyə mənfi təsir göstərmişdir. Bununla əlaqədar biz yekun nəticələri iki variantda - tövsiyə olunan tədbirləri 11-14 ay ərzində tam yerinə yetirən şəxslər arasında və onları qismən yerinə yetirən şəxslər arasında təhlil etmişik (cədvəl 3).

Əldə etdiyimiz nəticələri yüksək effektiv nəticə kimi qəbul etmək lazımdır. Birincisi - PİX və onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişlərinin konservativ müalicəsinə dair hazırladığımız integrasiyalı kompleks tədbirlər maksimal səviyyədə effektiv və davamlı olmuşdur, belə ki, anketləşdirilənlər arasında postterapevtik dövrdə 11-14 ay ərzində xəstəliyin heç bir residivi qeydə alınmamışdır. İkincisi – profilaktik davranışın modifikasiyası üzrə tədbirlərin maksimal həyata keçirilməsi ona gətirib çıxarmışdır ki, 11-14 aydan sonra PİX və

onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişləri qeyd olunan anketləşdirilənlər arasında cəmi 2,4±1,7-dən 4,1±2,0%-dək yeni xəstəlik hadisəsi müşahidə olunmuşdur ($c^2=0,63$; $p>0,05$).

Lakin eyni zamanda təyin olunmuş tədbirlərin qismən həyata keçirilməsi işin keyfiyyətini aşağı salır. Belə ki, xəstələrin əvvəllər yüksək effektiv müalicəsinin aparılmasına baxmayaraq, 11-14 aydan sonra anketləşdirilənlər arasında 10,9±4,2-dən 17,9±6,2%-dək PİX və onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişlərinin yeni xəstələnmə halları müşahidə olunmuşdur ($c^2=1,74$; $p>0,05$) ki, bu da profilaktik tədbirləri maksimal yerinə yetirən anketləşdirilənlərlə müqayisədə xeyli çoxdur ($c^2=4,75$; $p<0,05$). Yəni 11-14 ay ərzində yeni xəstələnmə hallarının yaranma riskini 3,07-5,77 dəfə aşağı salmaq mümkün olmuşdur. Kontrol qrupda aparılan işin effektivliyi daha da aşağı olmuşdur, çünki bu qrupdakı şəxslər profilaktik tədbirləri nəinki qismən, həm də nadir hallarda yerinə yetirmişlər.

Beləliklə, PİX və onun XQ və Hpİ ilə birgə gedişlərinin formalaşmasına əlverişli təsir

göstərən sosial-epidemioloji qanunauyğunluqların və şəxsi-davranış xarakterli amillərin aşkar edilməsi bu xəstəliklərin profilaktikasına dair elmi cəhətdən əsaslandırılmış integrasiyalı tədbirlər kompleksini işləyib hazırlamağa imkan verdi. Münasibliyi, sadəliyi ilə fərqlənən və əlavə maddi-kadr ehtiyatları tələb etməyən izahat işinin aparılması yolu ilə əhalini öz profilak-

tik davranışlarının və ümumilikdə həyat tərzinin modifikasiyası üzrə fəallaşdırmaq mümkün olmuşdur. Hazırlanmış kompleks həmçinin yüksək effektivliyi ilə fərqlənir, onu maksimal həyata keçirdikdə PİХ və onun ХQ və HрІ ilə birgə gedişləri ilə illik xəstələnmə riski 3,07-5,77 dəfə azalır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. Здоровья, 2006, 247 с.
2. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности // Клин.мед., 2009, №2, с.69-71.
3. ВОЗ. Здоровье для всех: основы политики для Европейского региона ВОЗ. Обновление 2005 г. Факты и цифры. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2005, 576 с.
4. Еусилаhti П., Рогачева А. Улучшение глобального здоровья – роль национальных институтов общественного здоровья // Проф.забол. и укреп.здоровья, 2007, №4, с.9-11.
5. Комарова Л.Г., Алексеева О.И., Саливалогия. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2010.
6. Мамедов Р.М. Профилактическое поведение населения с коморбидными заболеваниями пародонта, желудка и Helicobacter pylori-инфекцией // Биомедицина, 2010, №3, с.29-31.
7. Мамедов Р.М., Шахмалиев Г.Ш. Социально-гигиенические закономерности распространенности воспалительных заболеваний пародонта, хронического гастрита и Helicobacter pylori-инфекции // Азмеджурнал, 2010, №2, с.122-126.
8. Мамедов Р.М. Влияние комплекса социально-поведенческих факторов на взаимосвязанную распространенность воспалительных заболеваний пародонта, хронического гастрита и Helicobacter pylori // Совр. стоматол., 2010, №3, с.48-51.
9. Оганов Р.Г., Герасименко Н.Ф., Колтунов И.Е., Погосова Н.В. Всероссийская образовательная акция «Здоровье сердца» - масштабный профилактический проект // Проф.мед., 2010, №3, с.3-5.
10. Шагаева Е.С. Потребность населения в знаниях по профилактике заболеваний // Соц.мед., 2010, №1, с.45-48.
11. AIHW. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW): Chronic diseases and associated risk factors in Australia. Canberra, ACT, 2010.
12. Gonzalez A., Kremers H.M., Crowson C S. et al. Do cardio-vascular risk factors confer the same risk for cardio-vascular outcomes in rheumatoid arthritis patients as in non-rheumatoid arthritis patients? // Ann.Rheum. Dis. 2008; 67: 64-69.
13. Terris M. Concept of health promotion: dualities in public health theory // J. Public Health Policy, 2004, 13(3): 267-276.
14. van Weel C., Schellevis F.G. Comorbidity and guidelines, conflicting interests // Lancet, 2006; 367: 550-551.
15. WHO. Preventing chronic diseases: A vital investment. World Health Organization, Geneva 2005. (ISBN 92 4 156300 1) Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

РЕЗЮМЕ

Модификация социально-поведенческих навыков населения как основа оптимальной профилактики воспалительных заболеваний пародонта, хронического гастрита и helicobacter pylori-инфекции

Р.М.Мамедов

Кафедра терапевтической стоматологии, Азербайджанский Медицинский Университет

В результате комбинированного проспективного, стоматологического, гастроэнтерологического и серологического обследования жителей г.Баку выявлены социально-эпидемиологические закономерности распространенности воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) и их сочетаний с хроническим гастритом (ХГ) и Helicobacter pylori-инфекцией (HPI) и факторы личностно-поведенческого характера, благоприятствующие формированию этих заболеваний. На их основе разработан интегрированный научно-обоснованный комплекс мер. Путем разъяснительной работы, отличающей доступностью, простотой и не требующей дополнительных материально-кадровых вложений, удастся активизировать население по модификации своего профилактического поведения и в целом образа жизни. Одновременно выработанный комплекс не отличается высокой результативностью, при его максимальной реализации ежегодный риск заболеваемости ВЗП и их сочетаний с ХГ и HPI снижается в 3,07-5,77 раз.

SUMMARY

Updating of social - behavioural skills of the population as a basis of optimum preventive maintenance of inflammatory diseases of parodontium, a chronic gastritis and helicobacter pylori-infections

R.M.Mamedov

Department of therapeutic stomatology, the Azerbaijan Medical University

As a result of combined prospectivness, stomatologic, gastroduodenally and serological inspections of inhabitants of Baku are revealed social - epidemiological laws of prevalence of inflammatory diseases of parodontium (IDP) and their combinations to chronic gastritis (ChG) and Helicobacter by pylori-infection (HpI) and the factors of behavioural character favorable to formation of these diseases. On their basis the integrated scientifically-grounded complex of measures is developed. By the explanatory work, distinguishing availability, simplicity and not demanding additional material - personnel investments, it is possible to make active the population on updating the preventive behaviour and as a whole of a way of life. Simultaneously produced complex does not differ high productivity, at its maximal realization the annual risk of disease IFP and their combinations with ChG and HpI is reduced in 3,07-5,77 times.

ŞƏKİ İPƏK KOMBİNATI İŞÇİLƏRİNİN SAĞLAMLIĞINA TƏSİR GÖSTƏRƏN ZƏRƏRLİ İSTEHSAL FAKTORLARI VƏ ONLARIN PROFİLAKTİKASI

Qurbanov S.N., Məmmədov R.M.
ATU-nun terapevtik stomatologiya kafedrası



Sənaye müəssisələri və kənd təsərrüfatı sahələri bir çox hallarda insan sağlamlığı üçün zərərli hesab olunan istehsal tullantıları ilə çirklənmiş olur [3,5]. Bu zərərli istehsal faktorlarının kimyəvi, fiziki xüsusiyyətləri, kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri istehsal müəssisəsinin təyinatından, istehsalın növündən, texnoloji avadanlıqların vəziyyətindən və s. bilavasitə asılıdır.

İstehsalın zərərli təsiri nəticəsində yaranan xəstəliklər «peşə xəstəlikləri» adlanır. Bu cür peşə xəstəlikləri bədənə bir çox orqan və sistemlərində olduğu kimi, ağız boşluğu və üz-çənə sistemində də aşkar edilir.

Akademik Q.İ.Rumyantsev (2001) 1995-1997-ci illər ərzində Rusiyada fəaliyyət göstərən zərərli istehsal müəssisələrində aşkar edilən peşə xəstəliklərinin (müxtəlif istehsal sahələri üzrə) dinamikasını tədqiq etmişdir. Müəllif apardığı müayinələr zamanı bu qənaətə gəlmişdir; tədqiq olunan 20 istehsal sahəsində zərərli faktorların intensivliyi ən çox kömür, maşınqayırma, əlvan metallurgiya, ən az qaz, elektroenergetika, ümumi maşınqayırma sahələrində təsadüf edilir.

Zərərli istehsal faktorlarına malik olan müəssisələrdən biri də ipək istehsalı sahəsidir. İpəkçilik kifayət qədər gəlirli bir istehsalat sahəsi olmaqla yanaşı, eyni zamanda insan sağlamlığına neqativ təsir göstərən istehsalat müəssisəsi sayılır. İpək istehsalı fabriklərində sağlamlığa təsir göstərən neqativ istehsal faktorları bunlardır; diskomfort mühitə malik mikroiqlim şəraiti, intensiv texnoloji səs-küy, zəif işıqlanma sistemi, psix-emosional və fiziki gərginlik, məcburi

iş pozası, monoton iş rejimi, istehsal sexlərinin yüksək səviyyədə bakterioloji çirklənməsi [1,2,4].

Tədqiqatın məqsədi

Şəki ipək kombinatının əsas sexlərində zərərli peşə faktorlarının müəyyən edilməsi, bu faktorların sanitar normalarla müqayisəli səciyyəsi və profilaktik tədbirlərin işlənilib hazırlanması.

Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, Şəki ipək emalı kombinatında işləyənlərə bir çox zərərli peşə faktorları təsir göstərir. Bu faktorlar işçilərin əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsinə, peşə xəstəliklərinin, o cümlədən allergik xarakterli latent sensibilizasiyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur [4,5].

Sexlərdə iş şəraitiin sanitar-gigiyenik qiymətləndirilməsi zamanı işçilərin orqanizminə əhəmiyyətli dərəcədə gərginliyin düşdüyü aşkar edilmişdir. Bu gərginlik bir tərəfdən ipək emalının texnoloji baxımdan çətinliyi, digər tərəfdən isə sexlərdə sanitar-gigiyenik qaydaların qənaətbəxş vəziyyətdə olmaması ilə əlaqədardır. Kombinatin sexlərində mikroiqlim şəraitinin sanitar normalara uyğun olmaması məlum olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, barama sarıma sexində 25-28°C temperaturda nisbi rütubət 84-96%-ə bərabər olmuşdur. Ancaq sanitar normalara görə 27°C temperaturda nisbi rütubətin maksimal həddi 60%-ə bərabər olmalıdır.

Havanın hərəkət sürəti 0-0,1 m/s həddində olmuşdur. Həmin göstərici sanitar normalara uyğundur. Buna baxmayaraq nəzərə almaq lazımdır ki, həmin sexdə ventilyasiya sisteminin pis işləməsi nəticəsində havanın nisbi rütubəti



kifayət qədər yüksəlmiş və ona görə də hava axınının sürəti normal səviyyəyə düşmüşdür.

Bu sexdə iş yerinin işıqlanması yol verilən həddən (norma 300 lk) aşağı olmuşdur – 106,5-212,2 lk. Səsin intensivliyi normadan artıq -88,6-92,5 dba-a bərabər olmuşdur. Çeşidləmə sexində 22°C -24°C-də nisbi rütubətin səviyyəsi 92%, işıqlanma həddi 137,2-174,2 lk, səsin intensivliyi isə normal olmuşdur. Burucu sexində işıqlanmanın səviyyəsi 210-400 lk (normada 600 lk)-ə bərabər olmuşdur. Əyrici sexdə həmin göstərici 120-250 lk cuvarındadır.

Fizioloji nöqtəyi nəzərdən fabrikdə ən gərgin iş rejimi burucu və əyrici sexlərdə müşahidə olunur. Həmin sexlərdəki işçilər bütün növbə ərzində məcburi vəziyyət şəraitində işləyir və əlləri ilə müxtəlif hərəkətləri icra edirlər. Bu zaman onların əlləri qaynar su və qaynar barana ilə təmasda olur. Əllərini soyutmaq məqsədi ilə soyuq sudan istifadə edirlər. Hər iş növbəsi ərzində əllər təxminən 2000-4000 dəfə soyuq suya salınır. Müvəqqəti soyumuş əl yenidən qaynar su ilə təmasda olur. Bunun nəticəsində dəri örtüyü maserasiyaya uğrayır, bir çox hallarda isə daha ağır dəri xəstəlikləri aşkar edilir.

Barama sarıma sexində insan orqanizminə zərərli təsir göstərən faktorlardan biri də iş zamanı məcburi pozanın yaranmasıdır. İş prosesində işçilər bədəni =30°-li bucaq altında sağ və ya sol tərəfə çevirmək məcburiyyətində qalırlar. Bu cür məcburi vəziyyətin yaranması bir çox oynaq və onurğa xəstəliklərinin yaranmasınsa gətirib çıxarır (revmatizm, artrit, poliartirit, skolioz və s.).

Sexlərdəki yarıtmaz mikroiqlim şəraiti orqanizmin termorequlyasiya proseslərinə də mənfi təsir göstərir. Bəzən işçilərdə bədən və dəri

temperaturunun yüksəlməsi, intensiv tərləmə aşkar edilir. Su-duz mübadiləsi pozulmuş olur.

İpək kombinatında istehsal prosesi zamanı mövcud olan və insan sağlamlığına zərərli təsir göstərən neqativ faktorların aradan qaldırılması məqsədi ilə mümkün profilaktik tədbirlər sistemi işlənilib hazırlanmışdır. Bu tədbirlər kompleksi aşağıdakıları özündə ehtiva edir;

Qış mövsümündə normal meteoroloji şəraitin yaradılması üçün sexlərdə su və ya buxarla işləyən istilik sistemi quraşdırılmalıdır. Qızdırıcı cihazların üzəri hamar və tozdan asan təmizlənən olmalıdır. Süni işıqdandırma sexlərində işıqlanma 200 lk-dən az olmamalıdır. Tozla çirklənmiş sexlərdə avtomatik ventilyasiya qurğularından istifadə olunmalıdır. Əyrici və burucu sexlərdə tozlanmaya səbəb olan avadanlıqların hermetikliyi təmin olunmalıdır. Sexlərdə əmək şəraitinin yaxşılaşdırılması üçün sirkulyasiyadan texniki su kimyəvi və bakterioloji təsir məqsədi ilə işlənən axar su ilə əvəz olunmalıdır. İşçilərin keyfiyyətli içməli su ilə təmin olunmasını təkmilləşdirmək lazımdır.

Barama toxucu sexində işləyənlərin şəxsi gigiyena qaydalarına düzgün əməl etmələrinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Bunun üçün aşağıdakılara xüsusi diqqət vermək lazımdır:

1. Sexlərdə xüsusi geyim (pambıq və ya kətan xalat) geymək
2. Xüsusi ayaqqabı və ya corab geymək
3. İş gününün axırında dış qəbul etməklə təmiz paltar geymək
4. Nahar xüsusi, rahat yerlərdə təşkil olunmalıdır. İş yerlərində yemək qəti qadağan edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Qurbanov S.N., Həsənov V.M. Şəki ipək kombinatında çalışan işçilər arasında kariyesin yayılması və intensivliyi. Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri – 2011, №2, səh.79-81.
2. Пашаев А.Ч., Курбанов С.Н. Пораженность работников шелкообработывающего комбината основными стоматологическими заболеваниями //Стоматология – 2010- №3 – с.25-26
3. Гигиенические критерии состояния окружающей среды. 1.Ртуть (Женева: ВОЗ, 1979. – 149 с.)
4. Лифшиц В.М., Сидельникова В.И. Биохимические анализы в клинике: Справочник. М: МИА, 1998. – 200 с.
5. Минх А.А. Общая гигиена. – М.: Медицина 1984 – 480 с.

РЕЗЮМЕ

Факторы, влияющие на состояние здоровья работников Шекинского шелкового комбината, и их профилактика

Курбанов С.Н., Мамедов Р.М.

Кафедра терапевтической стоматологии АМУ

Известен ряд промышленных и сельскохозяйственных производств, где существуют определенные факторы, которые негативно влияют на здоровье человека. Одним из таких производств является шелковое производство.

Цель исследования: Определение негативных факторов в различных производственных отделах Шекинского шелкового комбината и разработка соответствующих профилактических мероприятий.

Согласно данным исследования определены следующие негативные факторы: плохой микроклимат помещений, шумовой эффект, слабое освещение, вынужденная рабочая поза и др.

SUMMARY

The factors influence on worker's health of Sheki silk manufacture and their preventive maintenance

Kurbanov S.N., Mamadov R.M.

Department of therapeutic stomatology AMU

There are a number industrial and agricultural production's factors which the negative influence on person's health. One of such productions is silk manufacture.

Objective: Definition of negative factors in various industrial departments of Sheki silk manufacture and working out of corresponding preventive actions.

According to research data following negative factors are defined: a bad microclimate, noise effect, the weak illumination, the compelled working pose, etc.

Ağız boşluğunun peşəkar gigiyenasının parodontun iltihabi xəstəliklərinin profilaktikasında rolu və əsaslandırılması

Əliyeva R.Q., Rüstəmov E.Ə.
ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrası



Ağız boşluğunun peşəkar gigiyenasının mühüm amil kimi təsiri və vacibliyi çoxdan qəbul edilmişdir. Bu illər ərzində o xüsusi bir müalicə mərhələsinə çevrilmişdir (9,12,14,17,22,27). Parodontun iltihabi xəstəliklərinin (PIX) müalicəsinin on-

suz mümkünsüzlüyü sübut edilmişdir. Peşəkar gigiyenanın ilkin mərhələsinə - diş çöüntülərinin təmizlənməsinə aid ədəbiyyatda daha çox məlumatlara rast gəlmək olar. Burada çox sayda alət və üsullar haqqında yeniliklər vardır (4,10,20,23). Lakin peşəkar gigiyena dedikdə həm də xəstəyə gigiyenik vərdisləri mənimsətmə, gigiyenanın keyfiyyətinə nəzarət və ağız boşluğu gigiyenasının əsaslandırılmasında nəzərdə tutulur. Bu istiqamətdə isə son illər ərzində Vətən alimlərinin məlumatları az saydadır.

Peşəkar gigiyenanın ilkin mərhələsinin məqsədi - dişəti üstü və dişəti altı diş çöüntülərinin aradan götürülməsidir. Bu işdə həm manual alətlərin tətbiqi, həm də yenilərin (ultrasəsli, qumvuran) tətbiqi həyata keçirilir (2,6,15,18). K.Nowjack-Kaymer tədqiqatında sübut edir ki, ultrasəsli üsullar kök sementinə zərərli deyildir. Həmçinin fərdi gigiyena vasitələrinin (manual diş fırçaları) istifadəsində keyfiyyətli nəticələr verir (L.Horowitz). Mövcud gigiyenik vasitələr (fırçalar, diş macunları, flosslar və s.) və həmçinin müvafiq tədbirlər (suyun, duzun flüorlaşdırılması) müntəzəm və uzun müddətli istifadəsi zamanı effektiv olurlar (1, 19). Lakin mürəkkəblik ondadır ki, hər insanın bu məsələlərə münasibəti fərqlidir, və burada universal bir model yoxdur. Məsələn inkişaf etmiş ölkələrdə başqa ölkələrdən fərqli

olaraq, «sağlam ağız boşluğu» faktının yüksək faiz tapılması tək gigiyenik vasitələrin əldə edilməsindən asılı deyil (25).

Onda parodontun iltihabi xəstəlikləri olan pasiyentlərdə optimal gigiyenik vəziyyətin əsaslandırılmasının mümkünlüyü üçün nə etmək lazımdır? Bunun üçün ağız boşluğu gigiyenasının əsaslandırılması işini yaxşılaşdırmaq məqsədə uyğundur (3,13).

Ağız boşluğunun gigiyenasına dair fərdi proqramların işlənilib tətbiq edilməsi parodontun iltihabi xəstəlikləri olan şəxslərdə təhlükə yaradan amillərin vaxtında aşkarlanmasına imkan verir (19,20).

Ağız boşluğu gigiyenasının əsaslandırılması işində bir çox məsələlərin rolu vardır. Bunlardan gələcənin sayı, xəstənin yaşı, psixoloji status, həyat tərzi və s. göstərmək olar (8,16). Məlumdur ki, ümumi sağlamlığa diqqət verən şəxslər həkimin tövsiyyələrini daha keyfiyyətli yerinə yetirir. «Sağlam ağız boşluğu» kommunikativ faktoru ilə bağlayan insanlar isə fərdi gigiyenik vərdislərin müntəzəmliyinə bir o qədər dəqiq yanaşırlar (21).

Yeniyyətlərin bu məsələlərə münasibəti isə onların psixoloji statusu ilə sıx bağlıdır. Hansılar ki böyüklərin (müəllim, valideyin, həkim) nüfuzunu saxlayır, gigiyenik vərdislərin yerinə yetirilməsinə ciddi rəyət edirlər. O kəslər ki böyüklərin nüfuzu ilə hesablaşmır, hətta məlumatı olsada, bunlara dəqiq rəyət etmir və neqativ hallara (qeyrirasional qidalanma, flosslardan istifadə etməmək və s.) yol verirlər. L.S.Baker qeyd edir ki, bu yaşlarda psixoloji xüsusiyyətlər həkimin tövsiyyələrinə rəyət edib etməməsinə böyük təsir göstərir (26).



Xarici ədəbiyyatda əsaslandırılma işinə aid məlumatlar çoxdur (7,24,25). Qeyd edilir ki, ağız boşluğunun peşəkar gigiyenasının məhz bu mərhələsi mühüm rol oynayır, ələlxüs peşəkar gigiyenanın fərdi proqramlarının işlənilib hazırlanması (9,14,19,23). Burada müəyyən yaş, cins, sosial və peşə qruplarında bu məsələ ilə bağlı tədqiqatlar aparılır. Lakin müəyyən nəticələr və tövsiyələr qismən uşaq yaşları üçün əldə edilmişdir (16).

Əsasən bu tövsiyələr parodontun iltihabi xəstəliklərinə yox, diş-çənə anomaliyalarının müalicə və profilaktikasına aiddir.

Hər yaş mərhələsində əsaslandırılmanın öz xüsusiyyətləri vardır. Əsaslandırılma işinin dəlilləri daimə yeniləşməkdədir, onlar şəxsiyyətin xüsusiyyətlərindən, xarici təsirlərdən asılıdır (3,6,7). Həkimin isə müdaxiləsi həmişə pozitiv olmur, psixoterapevtik təsiri çox vaxt zəif, neytral olur.

Q.Qrişanın bu məsələdə sosial-bioloji amilin olmasını qeyd edir. Demək lazımdır ki, əhalinin maariflənməsinin və peşəkar gigiyenanın hesabına dişlərin ömrü uzadılmışdır. Burada qidalanma mədəniyyətinin, həyat tərzinin və başqa faktorlarında rolu böyükdür. Lakin insanlarda hələdə diş ərpinə, diş daşına və parodontun iltihabi xəstəliklərinə rast gəlinir (5,11).

Məlumdur ki, bəzən gigiyenik vasitələrin dəyişdirilməsi, onun effektivliyinə təsir edə bilər. Xarici ədəbiyyatda bu 10% təşkil edir (27). Lakin bu prosesin xronikləşməsi problemini azaltmır. Mövcud müayinə üsulları (klinik əmsallar, obyektiv fiziki üsullar – reoparodontoqrafiya) xəstəliyin gedişatının proqnozu baxımından çox vaxt informativ olmur (9,17).

Yerli immunitetin laborator üsullarla qiymətləndirilməsinə müasir dövrdə tədqiqatçılar tərəfindən diqqət verilir, və bəzən onlar fərdi variasiyalara görə çətin müqaisə olunur (20,26).

Beləliklə parodontun iltihabi xəstəliklərinin diaqnostikası, profilaktikası və müalicəsi

məsələsi mühüm tibbi-sosial problemdir. Peşəkar gigiyenani həyata keçirdikdə həkim bunu mütləq nəzərə almalıdır. Çoxsaylı tədqiqatlara baxmayaraq, cavan yaşlarda xroniki formaların sayca artmasının səbəbi indiyədək tapılmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, əhalinin maarifləndirilməsinə və profilaktik tədbirlərin yaxşılaşdırılmasına geniş yer ayrılır (7,13,19,23). Klinik əlamətləri və psixoloji statusu analiz etdikdə, onların arasında neqativ assosiasiyalar aşkar edilmişdir (12,22,25).

Pasiyentlərdə sağlam və xəstə parodontun haqqında anlayış olmadıqda, heç bir müalicənin müsbət nəticəsi mümkün deyil. Fərdi gigiyenani dərk etmək, və peşəkarın nəzarəti altında onu həyata keçirtmək lazımdır.

Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində peşəkar gigiyenanın geniş tətbiqinə baxmayaraq, onun effektivliyi kliniki müayinənin nəticələrinə əsaslanır. Obyektiv immunoloji göstəricilər demək olar ki yoxdur. Lakin ağız suyunun tədqiqatı böyük perspektivliyə malikdir, ağız boşluğunun xəstəlikləri zamanı onun tərkibində baş verən dəyişikliklər orqanizmdə gedən yerli və ümumi prosesləri əks etdirir. Beləliklə demək olar ki, ağız suyu ağız boşluğunun homeostazında iştirak edərək, parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı parodontun haqqında obyektiv məlumat verir. Onun immunoloji analizi isə patoloji dəyişiklikləri (həmçinin gizli şəkildə gedən) xarakterizə edir, və müalicənin effektiv üsullarının seçilməsinə kömək edir.

Dünya ədəbiyyatının məlumatlarına görə, adekvat profilaktikanın hesabına dişlərin itirilməsi faktı 95%-cən azaldıla bilər (27). Bununla əlaqədar peşəkar gigiyenanın həyata keçirilməsi üsullarının işlənilməsi, onun effektivliyinin qiymətləndirilməsi aktual problemlərdən biridir. Burada klinik parametrlərlə yanaşı, immunoloji və fərdi psixoloji xüsusiyyətlərin nəzərə alınması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu məsələ bu günədək tam öyrənilməmişdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Анисимова И.В., Бакшеева С.С., Сорокина Е.Б. Клинико-иммунологическая эффективность применения пасты «Parodontax F» в лечении воспалительных заболеваний пародонта // Клиническая стоматология. 2009. №1(49)- с. 32 – 36
2. Барер Г.М., Овчинникова И.А., Завьялова В.А. Использование ультразвуковых и пескоструйных аппаратов EMS для профилактики и лечения в различных областях стоматологии // Клиническая стоматология. 2001, №4.-с.41-45

3. Герасимович И.С. Мотивация к лечению хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис. канд. мед. наук, Екатеринбург, 2000. 24с.
4. Георгиев П.С. Сравнительная оценка клинического воздействия новой мануальной зубной щетки на удаление зубного налета и снижение проявления гингивита // Новое в стоматологии. 2006. - №3(135) - с. 56-58
5. Дмитриева Л.А. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта // Пародонтология. 2004,- №1. - с. 8-15
6. Жуматов У.Ж. Оценка эффективности удаления зубных отложений с использованием ультразвука// Клиническая стоматология. 2002. №3.с.44-47
7. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний /Москва, Изд. МГМСУ.- 2003.- 102 с.
8. Кулаженко Т.В. Гигиеническое воспитание в структуре лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта //Стоматология. Спецвыпуск. Журналу 85 лет. 2007. -с. 48-51
9. Куралесина В.П. Роль профессиональной гигиены полости рта в лечении хронического гингивита: Дисс. канд. мед. наук / ВГАМН им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2003 - 124с.
10. Кучумова Е.Д. Исследование влияния на поверхность зуба различных инструментов для удаления зубных отложений //Стоматология.2006. №6. с.27-30
11. Левицкий А.П. Зубной налет // Здоровье. 2000.-№5-с. 80-83
12. Левченко Д.М. Профессиональная гигиена полости рта в профилактике болезней пародонта // Актуальные проблемы медицины. Воронеж, 2003. Т.2 с. 126-129
13. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний / М.: Медицина, 2006. 247с.
14. Орехова Л.Ю. Основы профессиональной гигиены полости рта: Методические указания. СПб., 2004, 56с.
15. Пигаревский В.Е. Пескоструйные приборы для профессиональной чистки зубов//Новое в стоматологии.- 2003.-№8.-с.49-54
16. Русакова Е.Ю., Железный П.А., Базин А.К. Состояние гигиены полости рта и уровень гигиенических знаний у детей Приморского края // Российский стоматологический журнал. -2008. -№4. с. 15-18
17. Сабуров С.К. Диагностическое и прогностическое значение профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта: Дисс. . канд. мед. наук / ГМУ им. Абуали ибн Сино. Душанбе, 2004.- 158 с.
18. Салем Р. Эффект ультразвуковой обработки пародонтальных карманов в комплексной терапии пародонтита при сахарном диабете: Дисс. канд. мед. наук / Москва, 2005, 113с. |
19. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии / М.Медкнига. 2006, 266 с.
20. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта при заболеваниях пародонта // Новое в стоматологии. 2006. -№7(139). - с. 78-80
21. Хоменко Л.А., Биденко Н.Б., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта /Киев: "Книга плюс", 2001, 207 с.
22. Цимбалитов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта / СПб.: Изд. "Санкт-Петербургский институт стоматологии". 2002.-48с.
23. Albandar J.M. Lack of effect of oral hygiene training on periodontal disease progression over 3 years in adolescents//J.Periodontology, 2002, Vol.66, №4, p.225-230
24. Astrom A.N. Analysis of adolescents beliefs about the outcome of using dental floss and drinking non-sugared mineral water //Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2005, Vol.24, №3, p.211-216
25. Blinkhorn A.S. Dental health education //British Dental Journal, 2001, Vol.12, №3, p.24-28
26. Baker K.A. The role of dental professionals and the patients in plaque control //J.Periodontology, 2000, Vol.25, №7, p.38-45
27. Brothwell D.J., Jutal D.K., Hawkins R.J. An update of mechanical oral hygiene practices evidence-based recommendations for disease prevention //J. de Association Dentaure, 2004, Vol.64, №4, p.215-220

XVIII-ci Beynəlxalq Türkiyə Dış Həkimləri Birliyinin Konqresi

23-28 may 2011-ci il tarixində Türkiyənin ecazkar şəhəri olan İstanbulun Haliç konfrans mərkəzində, Türkiyə Dış Həkimləri Birliyinin növbəti (XVIII-ci) konqresi keçirildi. Konqresdə rəhbərliyi

müzakirələr aparıldı. Hər il belə görüşün keçirilməsi planlaşdırıldı və növbəti il üçün işçi qrup yaradıldı. 2012-ci il işçi qrupuna Türkiyə, Gürcüstan, Albaniya və Misir ölkələri daxil edildi. Türkiyə Dış Həkimləri Birliyinin təşkil et-



İştirakçı ölkə assosiasiyaları prezidentlərinin görüşü

Türkiyə Dış Həkimləri Birliyinin Prezidenti prof. Taner Yücel edirdi. Konqres həm elmi, həm də sosial baxımdan çox yüksək səviyyədə təşkil olunmuşdu. Elmi proqram stomatologiyanın bütün sahələrini əhatə edirdi. Konqres proqramına həm sözlü, həm də poster məruzələri daxil edilmişdi.

Konqresə Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının Prezidenti ə.e.x., professor Rəna Əliyeva da dəvət edilmişdi.

Bu konqresdə ilk dəfə olaraq qonşu ölkələrin stomatologiya assosiasiyalarının prezidentləri forumu keçirildi. Görüşdə Türkiyə, Albaniya, Azərbaycan, Gürcüstan, Kipr, Özbəkistan, Misir, Liviya, Kosovo, Yunanıstan, Suriya, Kərkük və Səudiyyə Ərəbistanı stomatologiya assosiasiyalarının nümayəndələri iştirak edirdi. Bu forumda, stomatoloji assosiasiyaları konfranslarının qonşu ölkələrdə anons edilməsi, stomatoloqların qarşılaşdıqları problemlər və bunların digər ölkələrin təcrübəsindən istifadə edərək həlli üsullarının axtarılması haqqında

diyi qala yeməyi və İstanbul şəhərinin gözəlliyi konqresə əlavə bir zövq qatırdı.

Məlumat üçün onu da qeyd edək ki, Türkiyə Dış Həkimləri Birliyinin növbəti (XIX-cu) konqresi 31 may - 2 iyun tarixində Ankara şəhərində keçiriləcək.

Novruzov Zaur



Türkiyə Dış Həkimləri Birliyinin Prezidenti prof. Taner Yücelə Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası adından dos. Zaur Novruzovun təbrik məktubu və hədiyyə verməsi



TDB | 19. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi th International Dental Congress

31 Mayıs - 2 Haziran 2012

Congresium Ankara,
ATO Uluslararası Kongre ve Sergi Sarayı



www.tdbkongreleri.com

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сафаров А.М., Алескерова С.М.

Кафедра терапевтической стоматологии АМУ



Актуальность исследования. В последние годы всё большее внимание уделяется совершенствованию методов диагностики, лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний, выявлению взаимосвязи

общих и местных нарушений в организме и взаимообусловленности структурно-функциональных особенностей его органов и систем. Недооценка стоматологом степени влияния общесоматических заболеваний и незнание симптоматических проявлений различных заболеваний внутренних органов в ротовой полости может стать результатом серьезных как до начала, так и в процессе осуществления терапевтических процедур, что в конечном итоге приведет к значительному снижению эффективности оказываемой стоматологической помощи. Бронхиальная астма – серьезная проблема с высокими показателями по количеству выявленных осложнений и утяжелением течения. А частая встречаемость данной патологии среди детского населения рассматривается как одна из важнейших медико-социальных проблем современной медицины (1). Особо следует отметить выявление у больных с бронхиальной астмой снижения скорости слюноотделения, изменений параметров ротовой жидкости, снижения иммунологической реактивности, нарушений метаболических процессов, т.е. нарушений структурно-функциональных и барьерных свойств органов и тканей ротовой полости приводит к возникновению неблагоприятных условий, предрасполагающих к развитию воспалительных заболеваний челюстно-лицевой

области (2,3,4,5). В связи с этим исследования патологических процессов, возникающих в полости рта больных бронхиальной астмой, с использованием современных и высокоинформативных клинических, эпидемиологических и лабора-



торных методов исследования и определение, таким образом, патогенетических механизмов воздействия бронхиальной астмы на состояние зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта представляются очень актуальными.

Цель исследования: оценить особенности состояния твердых и мягких тканей полости рта у больных с бронхиальной астмой с различными степенями тяжести.

Материал и методы

К клиническим исследованиям для выявления частоты встречаемости и интенсивности кариеса, заболеваний слизистой оболочки полости рта были привлечены в общей сложности 480 больных и с различными степенями тяжести основного заболевания: 208 больных с бронхиальной астмой легкой степени; 170 больных со среднетяжелой формой бронхиальной астмы и у 102 обследуемых была выявлена бронхиальная астма тяжелой степени. Условно контрольную группу или группу сравнения составили 20 практически здоровых лиц. Распространенность и интенсивность кариеса зубов оценивали по индексам КПУ. Обследование стоматологического статуса пациентов осуществлялось с помощью специально разработанной стандартной карты, составленной с учетом методологии ВОЗ, в которой отражались анамнез жизни и заболевания больного,

жалобы, генетический статус, перенесенные заболевания, наличие кариозных полостей и пломб, данные о состоянии мягких и твердых тканей полости рта, а также результаты лабораторных исследований.

На основании клинических исследований у больных бронхиальной астмой определяли наличие первичных и вторичных элементов, характерных для различных патологий слизистой полости рта. Кроме вышеперечисленного, отмечали наличие налета на различных участках слизистой оболочки и поверхности языка, его характер, цвет и распространенность.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0).

Результаты и обсуждение

Данные по распространенности поражений зубов кариесом свидетельствуют о достаточно высоких показателях индекса КПУ среди больных с бронхиальной астмой (в среднем $88,1 \pm 1,48\%$) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы ($P < 0,05$). Указанная динамика наблюдалась при обследовании больных с бронхиальной астмой различных степеней тяжести. Необходимо отметить, что различная частота кариеса постоянных зубов свидетельствовала, о наличии прямой ее взаимосвязи с формой бронхиальной аст-

мы. Показатели распространенности и интенсивности кариозного поражения зубов среди больных с бронхиальной астмой представлены в табл. 1.

Обращает на себя особое внимание и интенсивность поражения зубов кариесом. При этом колебания индекса КПУ при различных степенях тяжести основного заболевания, как и показателя распространенности, были значительными. Тенденция более высоких показателей интенсивности поражения зубов кариесом подтверждалось при клинических исследованиях полости рта пациентов с тяжелой и среднетяжелой формой бронхиальной астмы, где показатель индекса КПУ составили соответственно $4,94 \pm 0,284$ на каждого обследуемого ($P < 0,05$). Необходимо констатировать тот факт, что достижения индекса КПУ значений $5,69 \pm 0,182$ свидетельствует об очень высоком уровне развития кариозного процесса. Незначительные различия в показателях интенсивности были выявлены на фоне бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени тяжести, соответственно $4,58 \pm 0,238$ и $4,94 \pm 0,284$.

При исследовании состояния слизистой оболочки рта у больных с бронхиальной астмой при первичном осмотре было выявлено наличие основных симптомов: гипертрофия сосочкового аппарата, гиперемия, обложенность языка, отек, хронические трещины губ и углов рта, сухость. Степень тяжести и выраженность воспалительных процессов слизистой оболоч-

Таблица 1

Интенсивность кариеса зубов у обследованных детей с БА

Группы	Число обс.	Распростра- ненность ка- риеса	Интенсивность кариеса (в среднем на 1-го обследов.) КПУ	В том числе составные элементы показателя КПУ		
				К	П	У
Дети с БА легкой ст.	208	$85,1 \pm 2,47$	$4,58 \pm 0,23$	3,52	0,58	0,48
Дети с БА ср. тяже- лой ст.	170	$91,8 \pm 2,11$	$4,94 \pm 0,28$	3,70	0,62	0,62
Дети с БА тяжелой ст.	102	$98,0 \pm 1,06$	$5,69 \pm 0,18$	4,41	0,61	0,67
Итого:	480	$88,1 \pm 1,48$	$4,94 \pm 0,15$	3,77	0,60	0,57
Здоровые	36	$75,0 \pm 7,22$	$3,75 \pm 0,44$	2,70	0,94	0,11

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

ки полости рта обследуемых больных за весь период проводимых работ практически нарастала в зависимости от степени тяжести аллергической патологии.

При осмотре красной каймы губ выявлена её сухость, наличие чешуек у $60,0 \pm 2,24\%$ обследованных пациентов. Трещины на красной кайме и заеды в углах рта отмечались в $17,9 \pm 1,75\%$ случаев. У обследуемых контрольной группы, которую составили практически здоровые дети, подобные симптомы не отмечены (табл.2).

На момент осмотра клиническая картина была представлена следующим образом. Чаще других сухость губ выявлялась у пациентов с тяжелой степенью бронхиальной астмы, реже – у пациентов со средней формой течения. Намного реже данная проблема выявлялась у детей с диагностированной легкой степенью изучаемой аллергической патологии.

тов со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести основного заболевания.

Обильный налет на языке наблюдался у $45,4 \pm 2,27\%$ обследуемых с соматической патологией. Необходимо особо отметить, что поверхность языка является местом накопления налета и обитания патогенной микрофлоры и как результат патологические изменения, которые возникают в полости рта при аллергических заболеваниях, существенно отражаются на функциональном состоянии данного органа. Так, проведенными лабораторными исследованиями, выполненными с применением современных методов, подтверждена усиленная десквамация поверхностного эпителия языка с гипертрофией сосочкового аппарата, которая выявлялась у значительного числа больных бронхиальной астмой - $35,2 \pm 2,26\%$.

При сравнительном анализе полученных результатов по отечности слизистой оболочки

Таблица 2

Состояние полости рта у детей с бронхиальной астмой

Патологические изменения	Встречаемость (n=480)	
	абс.	%
Гипертрофия сосочкового аппарата	169	$35,2 \pm 2,18$
Обложенность языка	218	$45,4 \pm 2,27$
Отечность языка	65	$13,5 \pm 1,56$
Сухость губ	288	$60,0 \pm 2,24$
Хронические трещины губ и углов рта	86	$17,9 \pm 1,75$
Стоматит	214	$44,6 \pm 2,27$

Среди пациентов с бронхиальной астмой стоматит наиболее часто встречался у пациентов с тяжелой формой данной патологии ($44,6 \pm 2,27\%$), тогда как в группе пациентов без фоновой патологии показатели были значительно ниже.

Среди стоматологических жалоб, которые чаще всех остальных наблюдались при бронхиальной астме различных форм течения и заслуживали особого внимания, следует отметить следующие: обильный налет на языке, сухость губ, стоматиты, гипертрофия сосочкового аппарата, чувство горечи или привкус кислого. Причем, обильный налет на языке, сухость губ наиболее характерны для пациен-

различных отделов полости рта и языка отмечены некоторые различия. Отечность слизистой оболочки языка наблюдалась реже – в $13,5 \pm 1,56\%$ случаев, нежели отечность щек, и чаще сопутствовала тяжелой форме течения бронхиальной астмы

При клинических исследованиях патологических изменений слизистой оболочки полости рта у детей с бронхиальной астмой и сравнении полученных результатов с данными контрольной группы (без соматической патологии) наблюдались высокий уровень распространенности и генерализованный характер воспалительных процессов при среднетяжелой и тяжелой форме фонового заболевания.

Заклучение

Клиническая картина патологических изменений слизистой оболочки рта и состояния твердых тканей временных и постоянных зубов у больных бронхиальной астмой в отличии от контрольной группы практически здоровых детей в динамике прогрессировала, распространялась и приобретала генерализованный характер. Из основных общих симптомов наиболее часто встречались сухость, ограниченная или диффузная гиперемия слизистой оболочки, умеренное и выраженное воспаление слизистой оболочки полости рта, отек, а в не-

которых случаях в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы клинические признаки кандидоза. Самые высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов отмечались в группе наиболее тяжелых больных - с аллергической патологией тяжелой степени ($98,0 \pm 1,06\%$ и $5,69 \pm 0,18$ соответственно). В контрольной группе интенсивность кариеса зубов была почти в 2 раза ниже.

Выявлена определенная взаимосвязь возникновения и развития стоматологических заболеваний с характером и тяжестью течения основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаджиди М.А., Лукушкина Е.Ф., Маянская И.В. и соавт. Уровень цитокинов в секрете ротовой полости у детей с бронхиальной астмой // Цитокины и воспаление. 2002. - № 3. - С. 10-13.
2. П.Вольхина В.Н. Клинико-лабораторная оценка состояния полости рта и профилактика стоматологических заболеваний у детей с бронхиальной астмой: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Екатеринбург, 2000. - 24 с.
3. Eloit A.K., Vanobbergen J.N., De Baets F. et al. Oral health and habits in children with asthma related to severity and duration of condition // Eur. J. Paediatr. Dent. 2004. - Vol. 5, № 4. - P. 210-215.
4. Cetinkaya F. Sensitivity to local anaesthetics among asthmatic children // Int. J. Paediatr. Dent. 2001. - Vol. 11, № 6. - P. 405-408
5. Jutel M., Blaser K., Akdis C.A. Histamine in allergic inflammation and immune modulation. Int. Arch. Allergy Immunol., 2005. Vol. 137. - P. 82-92.

XÜLASƏ

Bronxial astma olan xəstələrdə ağız boşlugunun vəziyyətinin kliniki qiymətləndirilməsi

Səfərov A. M., Ələsgərova S. M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Terapevtik stomatologiya kafedrası

Bütün əsas və praktiki sağlam şəxslərdən təşkil olunmuş kontrol qruplarda ağız boşluğu selikli qişasının və kariesin yayılmasına dair vəziyyəti qiymətləndirilərkən, ilk və sonrakı muayinələr zamanı nəticələr bronxial astmanın müxtəlif formaları fonunda stomatoloji xəstəliklərin müqayisəvi təhlili imkanı yaranır. Aparılan tədqiqatların göstəricilərinə əsasən ağız boşluğu selikli qişasının ağır dərəcəli iltihabi xəstəliklərinə və kariyesin geniş yayılmasına əsas qruplarda və ən çox hallarda və ən yüksək faizlə isə üçüncü əsas qrupda, yəni ağır formalı bronxial astma fonunda rast qəlinir.

SUMMARY

Clinical evolution of oral cavity condition at the patient with bronchial asthma

Safarov A. M., Aleskerova S. M.

Azerbaijan Medical University The department of therapeutic dentistry

In assessing the condition of the oral mucosa and caries in patients of all major groups, and in healthy children, in the first and subsequent examinations there was some common symptoms. The obtained results allow to comparative analysis of dental disease in various forms of bronchial asthma. Our research showed that most of the examined subjects and the highest percentage of patients with symptomatic inflammatory diseases of oral mucosa and caries were detected in the third main group, during severe bronchial asthma.

UŞAQLARDA PARODONTUN İLTİHABI XƏSTƏLƏKLƏRİNİN MÜALİCƏSİ

İmanov E.Ə.

ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrası

Məlumdur ki, uşaqlarda parodontun iltihabi xəstəliklərindən olan gingivit və parodontitlərin müalicəsi çox vaxt effektiv olmur. Bəzən müalicə zamanı xəstəliklərin etiopatogenezinin, diş ərpi mikroflorasının, spesifik və qeyri-spesifik immunitetin nəzərə alınmaması buna səbəb olur. Həmçinin dişləm anomaliyaları zamanı travmatik okklyuziyanın əmələ gəlməsi, anormal nitq, tənəffüs, çeynəmə və udqunma kimi proseslərin vaxtında korreksiya olunmaması dişlərin təbii təmizlənmə mexanizmini pozaraq, dişəti üstü və dişəti altı çöküntülərin yığılmasına səbəb olur (2,4,7).

Çox hallarda müalicənin kompleks şəklində aparılmasına, antibakterial terapiyaya diqqət verilmir.

Parodont xəstəlikəri müalicəsinin effektivliyinin artırılması klinik parodontologiyanın vacib məsələlərindən biridir. Burada kompleks müalicənin, antibakterial və iltihabəleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi məqsədə uyğundur. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində mikrob yığıntısının (diş ərpiciyi, diş ərpi, diş daşı), yerli və sistem risk amillərinin aradan götürülməsi vacib məsələlərdən biridir. Gingivit və erkən parodontitin müalicəsinə diqqət verərək, orta və ağır formada olan parodontitin residivləşməməsinə nail olmaq lazımdır. Müalicə tədbirləri yerli və ümumi olaraq, etiotrop, patogenetik, sanogenetik və bərpaedici xarakter daşımalıdır (1,3,5).

Bununla bağlı bu xəstəliklərin yeni, patogenəzə əsaslanan müalicə üsullarının işlənilib hazırlanması aktual məsələdir.

Son illərin ədəbiyyat icmalı göstərir ki, bu istiqamətdə antiseptiklərin tətbiqi çox önəmlidir (6). Belə ki, xlorheksidin preparatı parodontoloji təcrübədə uzun müddətdir ki istifadə olunur. Geniş spektrli antiseptiklər sinfinə aid olan xlorheksidin glyukonat birləşməsinin təsiri daha ətraflı öyrənilmişdir. Tədqiqatlar göstərir ki, fenol və bitki mənşəli alkaloidlər tərkibli məhlullarla



müqaisədə, ağız boşluğunun qar-qarası üçün istifadə olunan xlorheksidin tərkibli məhlullar daha effektivdir. Belə ki, onlar substantivlik xüsusiyyətinə malik olaraq, ağız boşluğunun selikli qişası ilə möhkəm temas yaradır və uzunmüddətli antibakterial təsir göstərir. Xlorheksidinlə ağız boşluğunun qar-qarası zamanı patoloji dişəti cibinin mikroflorasının

əhəmiyyətli dərəcədə azalması baş verərək, rezistent mikroorqanizmlərin əmələ gəlməsi müşahidə olunmur. Bunu nəzərə alaraq, preparatın davamlı istifadəsinə məsləhət görmək olar.

Digər tərəfdən xlorheksidinlə iltihabəleyhinə preparatların birgə istifadəsi məsələsi də geniş öyrənilməkdədir. Buna misal benzidamin hidroxlorid göstərilə bilər. Məlumdur ki, onun ağız boşluğunun selikli qişasında tətbiqi zamanı iltihabəleyhinə və yüksək analgetik effekt aşkar olunur. O həmçinin ağız boşluğunun selikli qişasında epitelizasiya prosesini də sürətləndirir.

Xlorheksidin və benzidamin hidroxlorid «Loroben» preparatının tərkibinə daxil edilmişdir (0,12% xlorheksidin glyukonat, 0,15% benzidamin hidroxlorid). Beləliklə, «Loroben» preparatı antimikrob, iltihabəleyhinə və analgetik təsirlərə malikdir.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq, **tədqiqatımızın məqsədi** uşaqlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində «Loroben» preparatının effektivliyini öyrənmək olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Nəzarətimiz altında 10 yaşıdan 16 yaşa qədər olan 65 xəstə olmuşdur. Xəstələrə klinik (PMA, CPITN əmsalları və gigiyenik əmsal- Green, Vernilion sınağı) və laborator (rentgen) müayinə üsulu tətbiq edilmişdir. Belə ki, 33 nəfərdə- kataral gingivit, 32 nəfərdə isə- yüngül formada parodontit aşkar edilmişdir. Xəstələr iki qrupa bölünmüşdür- əsas və nəzarət qrupu. Hər iki qrupda xəstələr üçün peşəkar gigiyena tədbirləri həyata keçirilmiş, və ümumi müalicə sxemi tətbiq edilmişdir: vitaminlər (C, P, B qrupu, askorutin),

kalsium və fosfor preparatları (kalsium laktat, kalsium qlukonat- lay), hiposensibilizəedici və antiqistamin preparatları (7-10 gün), rasionel və balanslaşdırılmış qidalanma. Əsas qrupa daxil olan xəstələrə ümumi müalicə fonunda «Loroben» preparatı tətbiq edilmişdir. Hər iki qrup xəstələrə klinik, mikrobioloji və immunoloji tədqiqatlar aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Əldə olunmuş nəticələr göstərir ki, əsas qrupa aid olan xəstələrin göstəriciləri nəzarət qrupu ilə müqaisədə daha müsbət olmuşdur. Belə ki, müalicədən əvvəl hər iki qrupda xəstələrin ağız suyunda lizosimin aktivliyi aşağı enmişdir (əsas qrup- 47,6%, nəzarət qrupu- 47,7%). Müalicədən sonra əsas qrupda göstərici- 56,9% qədər yüksəlmiş, nəzarət qrupunda isə-

53,2% olmuşdur ($p < 0,001$). Müalicədən əvvəl əsas qrupun xəstələrində slgA miqdarı- 0,520q/l, nəzarət qrupunda- 0,499q/l olmuşdur. Müalicədən sonra əsas qrupda göstərici normaya daha yaxın olmuş (0,336q/l), nəzarət qrupunda isə- 0,433q/l olmuşdur ($p < 0,001$). Mikrobioloji tədqiqat zamanı aşkar edilmişdir ki, dişəti mayesinin və diş ərpinin mikrob populyasiyaları (*A. viscosus* və *Rothiadent*) nəzarət qrupunda əsas qrupa nisbətən dəfələrlə yüksək olmuşdur.

Beləliklə alınmış nəticələrin analizi göstərir ki, «Loroben» preparatının tətbiqi zamanı yüksək iltihabəleyhinə, antibakterial və analgetik effektlər əldə olunur və onu uşaqlarda parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində istifadə etmək effektivdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Классификация агрессивных форм воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология, 2002, № 5, с. 45-47.
2. Вишняк Г.Н. Генерализованные заболевания пародонта. К., 1999, 216 с.
3. Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. М., МИА, 2004, 70с.
4. Коротяев А.И., Бабичев С.А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. СПб., 2002, 580с.
5. Модина Т.Н. Современное представление быстро прогрессирующих пародонтитов // Клиническая стоматология. 1998, № 4, с. 70-73.
6. Ральер Мазур. Местная антимикробная терапия активных пародонтальных карманов // Новое в стоматологии. 2000, № 4, с. 78-81.
7. Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология, 2006, № 6, с. 37-48.

РЕЗЮМЕ

Лечение воспалительных заболеваний пародонта у детей Иманов Э.А.

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Нами был применен препарат «Лоробен» при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Под нашим наблюдением находились 65 больных в возрасте от 10 до 16 лет с диагнозом- катаральный гингивит (33 человека) и пародонтит лёгкой степени тяжести (32 человека). Больные были разделены на 2 группы- основная и контрольная. Больным основной группы на фоне общепринятой схемы лечения применяли препарат «Лоробен». Всем больным были проведены клинические, микробиологические и иммунологические исследования. Результаты, полученные в обеих группах сравнивали.

Результаты нашего исследования выявили, что показатели, полученные у больных основной группы по сравнению с контрольной имели более положительную динамику.

SUMMARY

Treatment of inflammation diseases of supporting tissue of children Imanov E.A.

Pediatric dentistry department of AMU

We carried out the research and treatment with «Loroben» remedy of children suffered from inflammation diseases of supporting tissue. We examined 65 patients (from 10 to 16 years of age) with diagnosis- gingivitis (33 persons) and mild form periodontitis (32 persons). Patients were divided on two groups- control and main. For patients of main group we prescribed «Loroben» remedy with basic treatment manipulations. For all patients we used clinical, microbiological and immunological investigations. The results from both groups are compared.

Results of our investigation show that findings from main group are better than from control.

АКТИВАЦИЯ ПИПОПЕРОКСИДАЦИИ И ВНУТРИСОСУДИСТОЕ СВЕРТЫВАНИЕ КРОВИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Алиев О.С.

Кафедра ортопедической стоматологии Азербайджанского
Медицинского Университета. г.Баку

CAUCASIAN DENTAL NEWS № 17 2011

Несмотря на большой интерес к изучению болезней пародонта, их патогенез до сих пор остается недостаточно изученным. Среди них особое место занимают заболевания воспалительного характера, прежде всего, хронический генерализованный пародонтит (ХГП) [1, 2]. Столь серьезные медико-социальные последствия воспалительных заболеваний пародонта и отсутствие заметных позитивных сдвигов в их массовой профилактике определяют необходимость углубления и конкретизации представлений об этиологии и патогенезе этого заболевания, в том числе путем уточнения [3]. В настоящее время установлено, что важным патогенетическим звеном в развитии болезней пародонта, прежде всего пародонтита, является нарушение микроциркуляции в пародонтальных тканях, и, как следствие, развитие нарушений в гемореологии и возникновение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) вследствие сдвигов, происходящих в коагуляционном звене системы гемостаза [4, 1, 5]. Нарушения микроциркуляторного русла являются ведущими, как в начале патологического процесса, так и в процессе развития всего заболевания. Эти изменения вследствие ишемии тканей приводят к глобальным морфологическим изменениям в пародонте. В то же время в последние годы получены убедительные данные о взаимосвязи развития пародонтита с нарушением окислительно – восстановительных процессов и связанное с этим накопление в тканях токсичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) [1].



Усиление свободно-радикального окисления клеточных мембран и накопление продуктов окисления, многообразие факторов, вызывающих перекисного окисления липидов, широкий спектр повреждающего действия его продуктов определяют место и значение этого процесса в механизмах возникновения и развития генерализованного пародонтита. В литературе имеются данные о четкой взаимосвязи между активациями свободнорадикального окисления и внутрисосудистого свертывания крови [5, 1, 10]. Однако это обстоятельство при генерализованном пародонтите до настоящего времени не изучено. Исходя из вышеизложенного целью настоящего исследования явилось выяснение роли активации процессов ПОЛ в расстройствах свертываемости крови в патогенезе генерализованного пародонтита.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели под нашим наблюдением находились 37 больных ХГП. Больные находились на амбулаторном лечении в стоматологической клинике Азербайджанского Медицинского Университета. В группе больных с ХГП возраст мужского и женского пола колебался от 35 до 60 лет. Средний возраст составил $47,5 \pm 3,6$ года. Из 37 обследованных больных женщин были 21 (56,8%), мужчин – 16 (43,2%). В группе контроля (15 человек) были включены практически здоровые люди сопоставимого возраста.

Состояние системы свертывания, антисвертывания и фибринолиза (САФ) крови оценивали по комплексу исследования общепринятых пробирочных тестов таких, как каолиновое

время (КВ), кефалиновое время (КфВ), активизированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), тромбиновое время (ТВ), концентрация фибриногена (КцФ), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), продукты деградации фибриногена (ПДФ), антитромбина-III (АТ- III) и фибринолитической активности (ФА). Изученные показатели свертываемости крови определяли на полуавтоматическом коагулометре «Хумаплат-Дуо» (Германия) с помощью готовых наборов реактивов фирмы «Хуман» (Германия) и «Коагулотест» (Россия).

О состоянии перекисного окисления липидов судили исследованием в крови следующих показателей ПОЛ – содержания малонового диальдегида (МДА) - по методу Л.И. Андреева с соавт. (1988), диеновых конъюгатов (ДК) - по методу В.Б. Гаврилова с соавт. (1988) и восстановленного глутатиона - по методу G.H. Ellman (1959), активности каталазы (АК) - по методу М.А. Корлюк с соавт. (1988) и глутатион пероксидазы – по методу В.М. Моин (1986). При статистической обработке результатов эксперимента применяли непараметрические и параметрические методы анализа; данные обрабатывались при помощи пакетов программ EXCEL и Statistika по Стьюденту-Фишеру и методом Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из рисунка 1 при генерализованном пародонтите заметно активизируются процессы ПОЛ. Об этом свидетельствует весьма выраженное повышение содержания таких продуктов ПОЛ, как ДК и МДА, на фоне весьма выраженного угнетения АОС. Последнее вы-

ражалось в уменьшении АК и активности ГП, а также содержание восстановленного глутатиона. Проведенные традиционные методы лечения не устраняло нарушенную ПОЛ. Так, через 1 сутки после начала традиционного лечения содержание МДА продолжало накапливаться в крови и достигало своего максимального значения, превышая при этом контрольный показатель более, чем в 3,6 раза ($p > 0,001$). Однако содержание первичного продукта ПОЛ – ДК указанный период исследования, наоборот заметно уменьшалось, превышая контрольный уровень на 70,9%, тогда, как перед проведением традиционного лечения этот показатель превышал контрольную величину более, чем в 2,22 раза ($p > 0,001$). В дальнейшем содержание МДА в крови постепенно уменьшалось, а содержание ДК сначала (через 3 суток иссле-

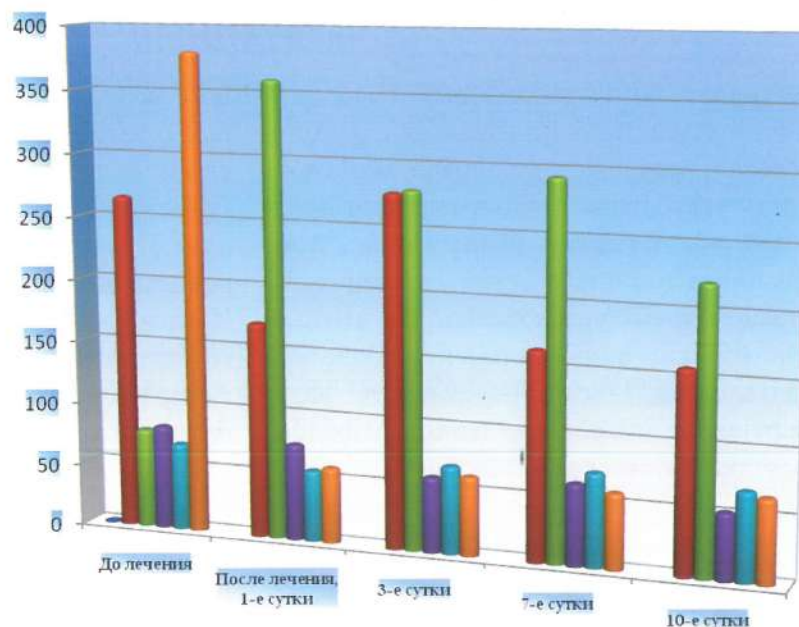


Рис. 1. Динамика изменений показателей перекисного окисления липидов при хроническом генерализованном пародонтите.

По оси абсцисс – периоды исследования, по оси ординат – изменение показателей липопероксидации (в %).

дование) заметно увеличивалось, превышая контрольный показатель более, чем в 2,77 раза, а затем, как и содержание МДА постепенно уменьшалось. Несмотря на такую динамику содержание обоих продуктов ПОЛ до конца исследования не возвращалось к соответствующим контрольным показателям. Все

это сопровождалось на фоне весьма значительного угнетения антиоксидантного потенциала крови, в течение всего наблюдения активности каталазы и ГП, а также содержание восстановленного глутатиона были ниже соответствующего контрольного показателя. Следует отметить, что динамика угнетения отдельных показателей АОС крови были разными.

Так, максимальное снижение АК фиксировали через 10 суток исследования (составляла 52,4% от контрольного), содержание GSH – через 1 суток исследования (составляло 56,5% от контрольного), активность ГП – через 7 суток исследования (составляла 59,6% от контрольного показателя).

Результаты исследования показали, что у больных с хроническим генерализованным пародонтитом весьма выражено активизировалось внутрисосудистое свертывание крови (рисунок 2). Это выражалось в укорочении таких показателей свертывания крови, как КВ, КфВ, АЧТВ, ПВ и ТВ по сравнению с соответствующими контрольными показателями на 24,9%, на 28,2%, на 29,0%, 37,1% и на 14,9% ($p > 0,01-0,001$). Кроме того в крови у таких больных были обнаружены маркеры внутрисосудистого свертывания – РКФМ и ПДФ. Проведенное традиционное лече-

ние долгое время не устраняло нарушенный гемостаз. В течение первой сутки после начала лечения выявленное нарушение гемостаза усугублялись. Еще больше укорачивалось КВ (составляло 69,4% исходного), КфВ (составляло 65,4% исходного) и ТВ (составляло 75,1% исходного), а АЧТВ не менялась. Исключение

составляло ПВ, которое заметно возрастало до 71,5% исходного ($p > 0,001$). Об усугублении выявленных сдвигов гемостаза свидетельствует также заметное снижение концентрации фибриногена и интенсивное накопление РКФМ и ПДФ. При этом противосвертывающая активность крови незначительно возрастала (активность АТ-III превышала контрольный уровень на 32,0%), ФА крови менялось незначительно. Через 3 сутки исследования обнаружили обратной волны сдвигов-заметно возрастали КВ, КфВ, АЧТВ и ПМ, а ТВ и КцФ – до контрольной величины. Нормализовалась также активности АТ-III. В указанный период исследования, наоборот ФА крови возрастала,

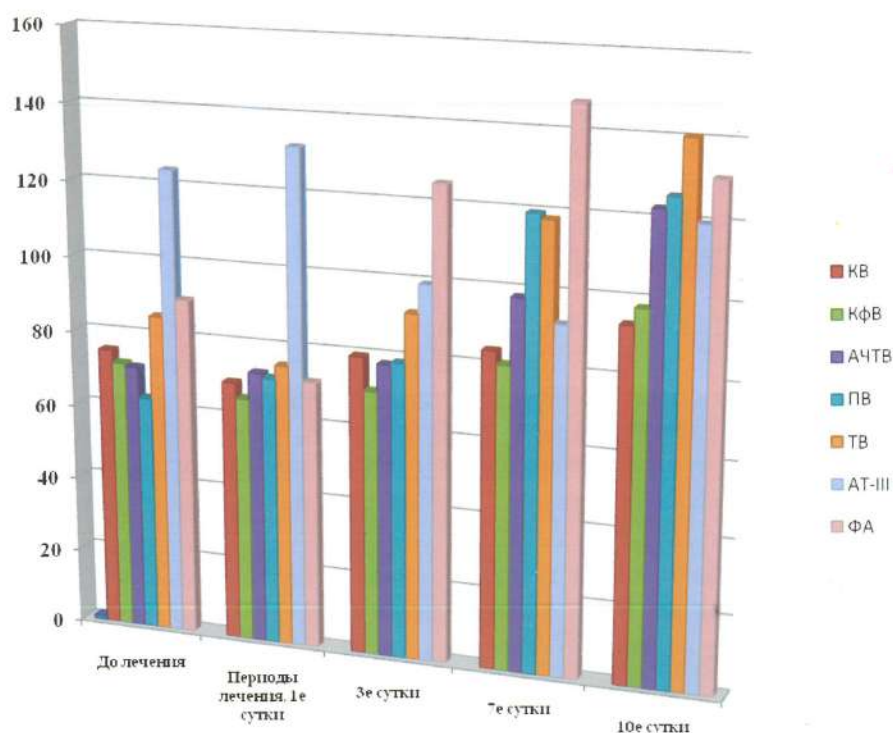


Рис. 2. Динамика изменений показателей свертываемости крови при хроническом генерализованном пародонтите.

По оси абсцисс – периоды исследования, по оси ординат – изменение показателей свертываемости крови (в %).

превышала контрольную величину на 25,2% ($p > 0,01$). Такая динамика изменений изученных показателей свертываемости крови в последующих периодах исследования в основном сохранялась. При этом некоторые показатели свертываемости крови до конца исследования достигали своих контрольных величин (КВ и

КфВ), некоторые из них (АЧТВ, ПВ, ТВ и АТ-III) превышали соответствующие показатели на 22,7%, на 25,9%, на 40,3% и на 19,7%, соответственно ($p > 0,01-0,001$). Следует заметить, что несмотря на проведение традиционных методов лечения в течение всего наблюдения сохранялась готовность крови к тромбообразованию. О чем свидетельствует обнаружение в крови маркеров внутрисосудистого свертывания –РФМК и ПДФ как до, так и после использования традиционного метода лечения больных ХГП.

При сравнении полученных данных выяснилось, что во всех периодах исследования прослеживается четкая взаимосвязь между активациями ПОЛ и внутрисосудистым свертыванием крови. В периодах, где обнаружено весьма выраженные накопление продуктов ПОЛ и снижение потенциала АОС наблюдается наиболее глубокое нарушение гемостаза или наоборот. Сопоставляя эти данные с литературными [4, 5] можно прийти к мнению, что активация ПОЛ при ХГП снижает тромбо-

резистентность стенки сосудов и способствует освобождению из форменных элементов крови и эндотелиоцитов прокоагулянтов, включая внешний механизм внутрисосудистого свертывания. Такого рода изменения способствуя в конечном итоге тромбообразованию и закупорке в первую очередь капилляров, расстраивает микроциркуляцию, усугубляет эндотоксикоз и гипоксии в тканях пародонта. Все это создает благоприятное условие для активации ПОЛ, усугубляя нарушение гемостаза. Таким образом, в патогенезе ХГП формируется порочный круг, который усугубляет деструктивные процессы в тканях пародонта и создает благоприятное условие для расшатывания и потери зубов. Указанные свидетельства о целесообразности применения в комплексном лечении больных с ХГП антиоксидантов, желателен лимфотропного действия, не только для предупреждения чрезмерной активации ПОЛ, но и ВСС, путем предупреждения ЛПО в клетках крови и лимфы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта// Пародонтология, 1998, №3, с.8-13
2. Цепов Л.М., Морозов В.Г., Николаев А.И. и др. Комплексный подход к диагностике и лечению хронического генерализованного пародонтита. // Стоматология, 2001, №1, с.35-37
3. Воскресенский О.Н., Ткаченко Е.К. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита// Стоматология, 1991, №4, с.5-10
4. Алборов Р.Г. Зависимость между постоянным внутрисосудистым свертыванием крови и процессами липопероксидации. В кн.: Антиоксиданты в коррекции гемокоагуляционных сдвигов. Москва: Медицинская книга. – 2004, с.31-36
5. Киричук В.Ф., Булкина Н.В., Китаева В.Н. Нарушения внутрисосудистого компонента микроциркуляции у больных агрессивными формами пародонтита/ Новые технологии в стоматологии и имплантологии: Материалы 8-й Всероссийской конференции. Саратов, 2006, с. 156-158
6. Гаврилов В.Б., Гаврилова А.Р., Хмара Н.Ф. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропановых экстрактов// Лабораторное дело, 1988, №2, с.60-64
7. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой// Лабораторное дело, 1988, №11, с.41-43
8. Ellman G.H. Tissue sulphhydryl groups//Arch. Biochem. Biophys., 1959, v.82, №11, p.70-77
9. Корольюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы// Лабораторное дело, 1988, №1, с.16-19
10. Моин В.М. Простой и неспецифический метод определения активности глутатион пероксидазы в эритроцитах// Лабораторное дело, 1986, №12, с.724-727

XÜLASƏ

Xronik yayılmış parodontitin patogenezinə lipidlərin peroksidləşməsinin və qanın damardaxili laxtalaşmasının fəallaşması

ƏLİYEV O.S.

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı şəhəri.

Açar sözlər: yayılmış parodontit, qan, laxtalanma, lipidlərin peroksidləşməsi

Tədqiqat işinin əsas məqsədi xroniki parodontiti olan xəstələrin qanının damardaxili laxtalanmasının güclənməsində lipidlərin peroksidləşməsinin fəallaşmasının rolunu müəyyən etməkdən ibarət olmuşdur. Azərbaycan Tibb Universitetinin stomatoloji klinikasında xronik yayılmış parodontit diaqnozu ilə ambulator müalicə alan 37 xəstə tədqiqata cəlb edilmişdir. Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, qanın damardaxili laxtalanmasının güclənməsi lipidlərin peroksidləşməsinin şiddətlənməsi ilə müşahidə edilir. Əldə edilən nəticələrin ədəbiyyat məlumatları ilə tutuşdurulması belə düşünməyə əsas verir ki, parodontit zamanı lipidlərin peroksidləşməsinin fəallaşması formalı elementlərin və damar divarı epitelinin biomembranlarını zədələməklə damardaxili laxtalanmanın şiddətlənməsində mühüm rol oynayır. Qeyd olunanlar belə nəticəyə gəlməyə imkan verir ki, bu cür xəstələrin müalicə kompleksinə damardaxili laxtalanmanın və mikrosirkulyasiya pozulmalarının qarşısını almaq üçün qanın formalı elementlərinin və damardivarı epitellərinin zədələnməsinin qarşısını ala bilən antioksidantlardan (yaxşı olar ki, limfotrop xassəli) istifadə etmək daha məqsəddə uyğundur.

SUMMARY

Activation of lipide peroxidation and intravascular coagulation of blood in the pathogenesis chronic generalized parodontitis

ALIYEV O.S.

Department of orthopedic stomatology of the Azerbaijan Medical University, of Baku.

Keywords: generalised parodontitis, blood, coagulability, peroxidation of lipids

The purpose of the present research was finding-out of a role of activation of processes lipide peroxidation (LPO) in disorders of coagulability of blood in a pathogenesis generalised parodontitis. Under our observation there were 37 patients chronic generalised parodontitis (ChGP). Patients were on an out-patient treatment in stomatologic clinic of the Azerbaijan Medical University. Results of research have shown, that at generalised parodontitis rather expressed activation of processes lipide peroxidation against disturbance of coagulation of blood is observed. Comparing these data with the literary have come to conclusions, that activation LPO at ChGP reduces thrombogenic resistance walls of vessels and promotes remission from formulated elements of blood and endotheliocytes of procoagulums, including the external mechanism of intravascular coagulation. The specified testifies to expediency of application in complex treatment of patients with ChGP antioxidants, it is desirable lymphotropic action, not only for the prevention of excessive activation the LPO, but also Intravascular coagulation, by updating LPO in blood cells and lymphs.

17-ci AZƏRBAYCAN BEYNƏLXALQ SƏHIYYƏ VƏ 6-cı BEYNƏLXALQ STOMATOLOGIYA SƏRGİSİ 2011

13-15 sentyabr 2011-ci ildə Bakı şəhərində BAKI EKSPONAT MƏRKƏZİNDƏ 17-ci Azərbaycan Beynəlxalq Səhiyyə və 6-cı Beynəlxalq Stomatologiya Sərgisi keçirildi. Sərginin təşkilatçısı «Iteca Caspian LLC» şirkətidir.

Sərgi Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi, Ticarət və Sənaye Palatası, Azərbaycanda İxracın və İnvestisiyaların Təşviqi Fondu və Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının rəsmi dəstəyi ilə olmuşdur.

Sərgidə dünyanın 19 ölkəsindən 125 şirkət və 4000-dən artıq ziyarətçi iştirak etmişdir. Hər il tibb sahəsinin peşəkarlarını bir yerə toplayan bu tədbirlərdə yeni məhsul, texnologiya və xidmətlər təqdim olundu.

Sərginin ekspozisiyalarında farmakologiya, tibbi avadanlıq, tibbi elektronika, aptek və tibb müəssisələri



sərginin açılış mərasimi



mətbuat konfransı

üçün avadanlıq və mebel, diaqnostika, gigiyena vasitələri, kosmetologiya, pəhriz, qida əlavələri və digər sahələr əhatə edilmişdir.

Nümayiş etdirilmiş müasir avadanlıq və xidmətlər, işgüzar əlaqələr yaratmaq üçün yeni imkanlar sərgi iştirakçılarında böyük maraq doğurmuşdur. Keçirilən sorğu nəticəsində bu sərgilərin yüksək səviyyədə təşkil olunaraq, müvəffəqiyyətlə keçməsindən həm iştirakçılar, həm də ziyarətçilərin artıq dərəcədə məmnun qalmaları bəlli olmuşdur.

Səbinə Əliyeva

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СУБТРОПИЧЕСКОГО МАСАЛЛИНСКОГО РАЙОНА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ

Э.Э.Керимов, А.А.Багиров

Кафедра ортопедической стоматологии
Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку



Одной из основных проблем стоматологии являются болезни пародонта, распространенность которых, по данным ВОЗ, отмечается почти у 80% детского и у всего взрослого населения [2,3,8,10].

Многие исследователи уделяют большое внимание особенностям развития и клиническое течения заболеваний пародонта в различных климато-географических зонах [1,4,6,7,11,14].

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности заболеваний пародонта среди населения пожилого и старческого возраста, что важно ещё и с климатическими условиями их проживания [4,7,1,12,13].

В Азербайджанской Республики сведения о частоте заболеваний пародонта среди населения субтропической зоны единичны [1]. Сведения о частоте вторичной частичной адентии в этой зоне, нуждаемость и потребность в ортопедической стоматологической помощи, связанное с заболеваниями пародонта, вовсе отсутствуют, что и было предметом наших исследований.

Материал и методы исследования

Клинические и эпидемиологические исследования проведены у 865 граждан Масаллинского района, расположенного в субтропичес-

кой зоне Азербайджанской Республики.

Возраст обследованных от 20 до 65 лет и старше. Из них 475 мужчин и 390 женщин. Все обследованные были распределены в 4 возрастные группы: 20-29 лет, - 190 обследованных; 30-39

лет - 280 человек, 40-59 лет - 260 и 60-65 и старше - 135 человек. Контрольную группу составили 85 человек в возрасте 40-49 лет (средняя возрастная группа).

Стоматологические обследования во всех группах проводились по единой схеме: изучалось частота гингивита, пародонтита, пародонтоза, их клиническое течение в различных возрастных группах с учетом индексных данных CPITN, PI, РМА, проба Шиллера-Писарева; определение гигиенического индекса (ГИ). Классификация дефектов зубных рядов проводилась по Кеннеди.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди обследованных выявлена высокая распространенность заболеваний пародонта - 100%.

В целом частота гингивитов у обследованных составила - $34,49 \pm 1,62\%$ (279 человек); пародонтита - $61,20 \pm 1,66\%$ (572 человек); пародонтоза - $4,29 \pm 0,69\%$ (37 человек).

По форме течения гингивитов преоблада-



ют катаральная формы, по тяжести заболевания легкая степень гингивита обнаружена у $22,89 \pm 2,43\%$; средняя степень у $15,15 \pm 2,08\%$ обследованных и преимущественно у лиц молодого возраста. Что касается заболеваний пародонта, то их легкая степень обнаружена у $16,88 \pm 1,63\%$, средняя – у $56,92 \pm 2,15\%$ обследованных и тяжелая степень у $26,18 \pm 1,91\%$. Таким образом, пародонтиты встречались в 1,7 раз – чаще, чем гингивиты ($t=4$, $p<0,001$).

В связи с отсутствием плановой лечебно-профилактической помощи стоматологических заболеваний, воспалительные процессы в пародонте осложняются и развиваются воспалительные – дистрофические формы поражения пародонта.

В возрастном аспекте наблюдается статистически достоверное снижение частоты гингивитов в возрастной группе – 60-65 лет и старше и статистически достоверное возрастание воспалительно-дистрофических процессов ($t=5$, $p<0,001$).

Установленные клинические показатели течения заболеваний пародонта находят свое подтверждение при проведении пробы Шиллера-Писарева. Вышеуказанная возрастная закономерность течения заболеваний пародонта свидетельствует о том, что легкие формы заболеваний пародонта соответствуют слабому проявлению воспалительного процесса $-21,60 \pm 1,40\%$ и характерны для возрастных групп до 40 лет. Средние степени пародонтита наблюдаются у $44,13 \pm 1,69\%$ и характерны для населения в возрасте до 60 лет. Тяжелая степень заболеваний пародонта, согласно пробе Шиллера-Писарева (темно-бурое окрашивание десны), наблюдается у $33,45 \pm 2,78\%$, что характерно для обследованных в возрасте 60-65 лет и старше.

Данные индекса РМА также подтвердили возрастные особенности течения заболеваний пародонта среди обследованных Масаллинского района. Так, в возрастной группе до 40 лет показатель РМА был на уровне $27,99 \pm 1,53\%$; в возрастной группе до 60 лет $32,3 \pm 1,63\%$; возрастной группе 60-65 лет и старше – $36,12 \pm 1,63\%$.

Исключительно важную значимость имеет изучение структуры воспалительно-дистро-

фических заболеваний пародонта по индексу CPITN. Эти исследования дают возможность полноценного осуществлять лечебно-профилактическую помощь среди контингента лиц с заболеваниями пародонта.

Так, в возрастных группах до 40 лет уже не отмечаются случаи, когда определяется здоровый пародонт. В контроле этот показатель – $8,6 \pm 4,6\%$ ($p<0,001$).

В этих возрастных группах отмечается статистически достоверное снижение показателя кровоточивости десен и их сегментов ($p<0,001$) и статистически достоверное возрастные числа лиц, с показателем «зубной камень», что характерно и для лиц контрольной группы ($p<0,001$).

Также среди обследованных последующих групп наблюдается статистически достоверное возрастание показателя «патологические зубо-десневые карманы глубиной 4-5 мм и более». Что касается показателя «патологические зубо-десневые карманы глубиной 6 мм и более» то эта объясняется удалением зубов с обострившимся пародонтитом или с патологической подвижностью зубов III степени в возрастной группе 60-65 лет и старше. Эти факторы в совокупности свидетельствуют об отсутствии какой либо лечено-профилактической помощи среди населения.

Показатели индекса CPITN свидетельствуют о том, что население в среднем, в $48,89 \pm 1,70\%$ случаев нуждаются в гигиеническом обучении по уходу за состоянием полости рта; в $75,95 \pm 1,45\%$ случаев – в удалении над- и поддесневых зубных камней; и в $31,85 \pm 1,58\%$ случаев – в оказании комплексной стоматологической помощи. Среди населения в возрасте 60-65 лет и старше на фоне снижения числа лиц, нуждающихся в гигиеническом обучении, достоверно возрастает число лиц нуждающихся в удалении зубных отложений – до $78,96 \pm 1,38\%$.

В связи с отсутствием лечебно-профилактической помощи среди населения, неуклонно возрастает число населения с утраченными зубами, что в свою очередь ведет к другим осложнениям в жевательном аппарате. В результате возрастает количество лиц нуждающихся в оказании комплексной, и в частности, орто-

педической стоматологической помощи. В связи с этим приобретает важное социальное значение изучения частоты вторичной адентии и их топографии среди населения обследуемого района.

Так, частота утраты до 3-х зубов наблюдается $11,07 \pm 1,07\%$ в возрастных группах 20-29 лет; от 4-х до 6-ти зубов у $18,93 \pm 1,33\%$ обследованных в возрастной группе 30-39 лет – утрата от 6 до 10 зубов – у $22,99 \pm 1,43\%$. Утрата от 10 до 20 у $20,97 \pm 1,38\%$ для обследованных

в возрасте до 60 лет, утрата от 20-29 зубов у $16,92 \pm 1,27\%$ обследованных. Утрата всех зубов наблюдается у $9,3\% \pm 0,98$ – обследованных, что характерно для лиц в возрасте 70 лет и старше.

Что касается топографии вторичной частичной адентии, то дефекты I класса наблюдаются у $23,22 \pm 1,43\%$ обследованных; дефекты II класса наблюдаются у $24,97 \pm 1,47\%$; III класса – $34,37 \pm 1,61\%$ и IV класса – у $17,42 \pm 1,29\%$ обследованных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əliyev B.F. Parodont xəstəliklərinin subtropik şəraitdə yayılması və müalicə-profilaktika tədbirlərinin səmərəsi, Namizəd.diss.avtoreferatı, Bakı, 1995, 20 s.
2. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики. Автореф. дис... д-ра мед. наук, М., 2001, 41 С.
3. Алимский А.В. Заболеваемость, нормативы потребности и пути повышения эффективности стоматологической помощи населению. Автореф. дис... д-ра м.н. М., 1983. – 38 с.
4. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджане //Автореф. дис... д-р м.н., М., 1968, 43 с.
5. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта, Киев, 2002. – 345 с.
6. Кафаров К.К. Эпидемиологические особенности и этиологическая структура воспалительных заболеваний пародонта, рационализация их консервативного лечения и профилактика в г.Баку //Афтореф. дис... к.м.н., Баку, 2001, 19 с.
7. Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах зубной эндемии Азербайджанской Республики //Автореф. дис... д-р м.н., Киев, 1989, 46 с.
8. Леонтьев В.К. Социальная стоматология на современном этапе //Стоматология 1997, 31, с.5-10
9. Леонтьев В.К. и соав., Состояние полости рта у лиц пожилого и старческого возраста Самарской области. Сб. тез.докл. по вопросам пожилых «Самарские лекции», Самара, 1998 с.137-138
10. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей ВОЗ и в сравнении с другими странами Европы // Современная стоматология, 1997, №2, с.3-12.
11. Мамедов Ф.Ю. Распространенность заболеваний пародонта в очагах эндемии зоба в Азербайджанской Республики и особенности лечебно-профилактической мероприятий, Автореф. дис... к.м.н., Баку, 2008, 19 с.
12. Ниязов А.Н. Стоматологическая заболеваемость населения пенсионного возраста и потребность их в ортопедической стоматологической помощи // Автореф. дис. д-ра философии, Баку, 2009, 20 с.
13. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. –М., 1982, 238 с.
14. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов пародонтоза и их сочетаний // Автореф. дис... д-ра мед.наук., М., 1982, 41 с.

XÜLASƏ

Azərbaycan Respublikasının Masallı subtropik rayonunda yaşayan yaşlı əhalisi arasında parodont xəstəliklərinin yayılması və onun ikincili hissəvi adentiyanın formalaşmasında rolu

E.E.Kərimov, Ə.Ə.Bağirov

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası

Azərbaycan Respublikasının Masallı rayonunda yaşayan 865 yaşlı əhalisi arasında kliniki və epidemioloji müayinələr nəticəsində parodont xəstəliklərinin faiz etibarlı ilə yayılması və onun ikincili adentiyanın əmələ gəlməsində rolu öyrənilmişdir.

Müayinələr göstərmişdir ki, parodont xəstəliklərinin yayılması 100% əhali arasında müşahidə olunur. Bunlardan $31,42\% \pm 2,5\%$ gingivitlər, $62,31\% \pm 1,6\%$ parodontitlər və $6,35\% \pm 0,6\%$ parodontoz təşkil edir.

Təyin olunmuşdur ki, parodont xəstəliklərinin tezliyi və subtropik rayonlarda yaş xüsusiyyətləri, iqlim şəraiti və müalicə-profilaktika tədbirlərinin əhali arasında aparılması ilə bilavasitə əlaqədardır.

Parodontitlərin ağır formaları 60-65 və daha yaşlı əhali arasında müşahidə olunur. Elə bu yaşlılarda da dişlərin itirilməsi daha çox baş verir və beləliklə ikincili adentiya yaranaraq, yaşlı əhalinin 100%-nin diş sıralarının protezlənməsinə ehtiyac yaranır.

SUMMARY

The spread of parodontal diseases among the aged people of Masalli subtropical region of the Republic of Azerbaijan and its role in the formation of secondary partial adentia

E.E.Kerimov, A.A.Bagirov

Prosthodontic dentistry departament of AMU

The spread of parodontal diseases and its role in the formation secondary adentia has been found out in the result of epidemic examination among 865 aged people who live in Masalli, Azerbaijan.

Examination show that the spread of parodont al diseases is being watched in 100% people. $31,42\% \pm 2,5\%$ of these is gingivitis, $62,31 \pm 1,6$ parodontitis and $6,35 \pm 0,6\%$ parodontosis.

It has been arranged thar increasement of parodontal diseases and age characters in subtropical regions is directly related to the climate and treatment prophylaxis campaigns among people.

The hard foms of parodontitis is being among the people aged 60-65 or more. Such people often lose their teeth and these causes secondary adentia which makes its necessary to put denture to 100% of people.

НАРУШЕНИЕ ГЕМОСТАЗА И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

АЛИЕВ Э.М.

Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой области Азербайджанского
Медицинского Университета, г.Баку

Среди травм челюстно-лицевой области (ЧЛО) выделяются переломы нижней челюсти составляют от 75 до 87% [1,2]. Исследователями также отмечают и увеличение количества больных с осложнениями после них [3]. Наиболее частым осложнением у этой категории больных является развитие инфекционно-воспалительного процесса в области перелома, частота которого составляет 9 - 41% [1]. В настоящее время в патогенезе инфекционно-воспалительного осложнения важное место отводят нарушению гемостаза, которое способствует расстройству микрогемоциркуляцию приводящей в свою очередь к местной гипоксии [2, 10], нарушению обменных процессов, угнетению деления клеток, возникновению метаболического ацидоза, замедлению процессов репаративной регенерации [2, 4]. Поэтому основа патогенетического подхода в лечении травматологических больных, заключается в профилактике воспалительных наслоений и стимуляции репаративной регенерации, в том числе костной ткани. В то же время литературные данные свидетельствуют о важной роли активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) в процессе репаративной регенерации [2], которое может привести к нарушению гемостаза [10]. Однако, многие стороны патогенеза нарушений гемостаза и ПОЛ, а также их взаимосвязь при травматических повреждениях челюстно-лицевой области, в частности при переломах нижней челюсти до настоящего времени изучено недостаточно.



Исходя из вышеизложенного целью данного исследования явилось изучение роли чрезмерной активации ПОЛ в расстройствах гемостаза и в возникновении гнойно-воспалительных осложнений у больных с переломами нижней челюсти.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 23 больных с травматическими переломами нижней челюсти. Из них 18 больные с односторонними и 5 больных с двухсторонними переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии, больницы №1 г. Баку в период с 2008 по 2010гг. Возраст обследованных пациентов колебался от 22 до 49 лет (средний возраст составил $23,7 \pm 5,13$ года). Распределение исследованных больных по полу выглядело следующим образом: доля женщин составила 34,7% (8 пациенток), мужчин – 65,2% (15 пациентов). В контрольную группу вошли 10 практически здоровых людей, средний возраст которых составил $25,8 \pm 3,4$ лет, среди них было 4 женщины (40,0%) и 6 мужчин (60,0%). Основному количеству поступивших больных (54%), специализированная помощь оказывалась в первые сутки после получения травмы, а 31% пациентов в срок 2-3 дня и 17% более 4-6 суток. Общая схема лечения состояла из иммобилизации нижней челюсти путем шинирования и назначения больным комплексной антибактериальной, противовоспалительной, общеукрепляющей и симптоматической терапии.

Оценку состояния больных при поступлении и в ходе лечения проводили по общепринятым клинико-лабораторным показателям. При этом учитывались их общее состояние, характер термометрических колебаний, формула крови, отображались субъективные ощущения пациента. Состояние системы свертывания, антисвертывания и фибринолиза (САФ) крови оценивали по комплексу исследования общепринятых пробирочных тестов таких, как каолиновое время (КВ), кефалиновое время (КфВ), активизированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), тромбиновое время (ТВ), концентрация фибриногена (КцФ), растворимые комплексы фибрин-мономеров (РКФМ), продукты деградации фибриногена (ПДФ), антитромбина-III (АТ-III) и фибринолитической активности (ФА). Изученные показатели САФ крови определяли на полуавтоматическом коагулометре «Хумаклот-Дуо» (Германия) с помощью готовых наборов реактивов фирмы «Хуман» (Германия) и «Коагулотест» (Россия). О состоянии перекисного окисления липидов судили с помощью исследование в крови следующих показателей ПОЛ – содержания малонового диальдегида (МДА) – по методу Л.И. Андреева с соавт. (1988), диеновых конъюгатов (ДК) – по методу В.Б. Гаврилова с соавт. (1988) и восстановленного глутатиона

– по методу G.H. Ellman (1959), активности каталазы (АК) – по методу М.А. Корольюк с соавт. (1988) и глутатион пероксидазы – по методу В.М. Моин (1986). При статистической обработке результатов эксперимента применяли непараметрические и параметрические методы анализа; данные обрабаты-

вались при помощи пакетов программ EXCEL и Statistika по Стьюденту-Фишеру и методом Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования свертываемости крови представлены в рисунке 1. Как видно из нее травматический перелом нижней челюсти приводит к значительным изменениям изученных показателей свертываемости крови. При поступлении в стационар у больных заметно повышалась свертывающая способность крови. Это выражалось в уменьшении таких показателей как, КВ, КфВ, ПВ, ТВ и ФА, соответственно на 17,1%, 19,9%, 23,7%, 25,8% и 22,5% по сравнению с контрольными показателями ($p > 0,05-0,01$). В крови выявлялись маркеры внутрисосудистой активации свертывания – РКФМ и ПДФ. Оказания квалифицированной медицинской помощи не устраняла активации внутрисосудистого свертывания крови. Довольно продолжительное время сохранялась готовность крови к тромбообразованию. Наиболее выраженные гиперкоагуляционные сдвиги свертываемости крови отмечены через 3 часа после оказания медицинской помощи. Так, КВ и КфВ сократились до 75,9% и до 67,9% ($p < 0,001$). Заметно угнеталась и ФА крови – до 75,3% по сравнению с соответствующим контрольным показателем.

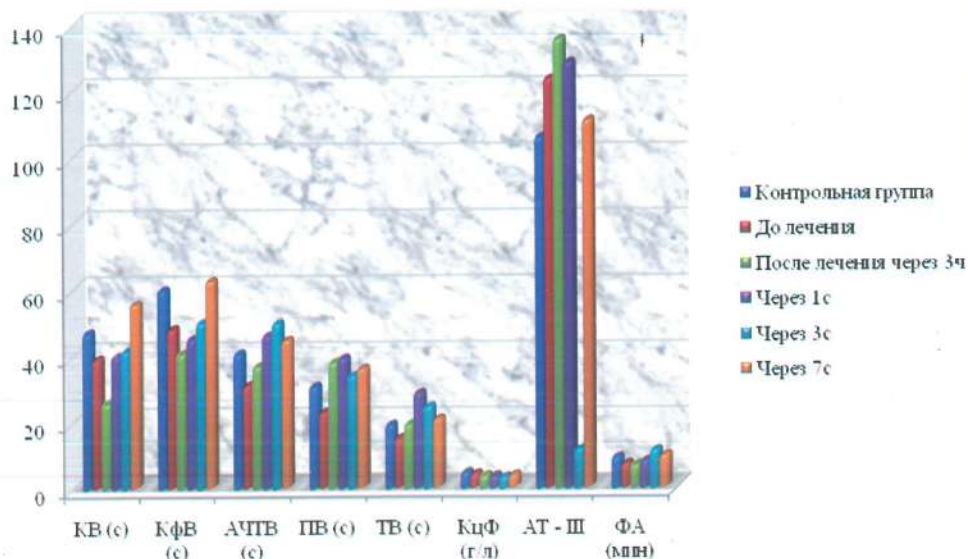


Рис. 1. Динамика изменений показателей свертываемости крови у больных с переломами нижней челюсти. По оси абсцисс – периоды исследования; по оси ординат – изменение показателей свертываемости крови (в %).

Следует отметить, что некоторые показатели свертываемости крови, на данном этапе исследования, нормализовались (ТВ и АЧТВ), а ПВ, даже возрастала, превышая контрольный показатель на 23,8% ($p < 0,01$) на фоне заметного увеличения активности АТ-III. В крови обнаружили РКФМ и ПДФ. В дальнейшем в крови увеличивались признаки гипокоагуляционных сдвигов. Заметно удлинялись АЧТВ, ПВ, ТВ на фоне активации АТ-III и ФА крови. Уменьшалась концентрация фибриногена. Однако и на данном этапе исследования в крови выявляли маркеры внутрисосудистого свертывания – РКФМ и ПДФ. Нормализация изученных показателей свертываемости крови наблюдались только к концу первой недели.

Исследования состояние ПОЛ показали весьма выраженную активацию процессов свободнорадикального окисления (рисунок 2). О чем свидетельствуют весьма выраженное увеличение в крови содержания ДК (более, чем в 2,5 раза) и МДА (более чем в 2,3 раза) на фоне уменьшения активности каталазы и ГП до 75,5% от соответствующего контрольного показателя ($p < 0,05-0,01$). Проведенные лечебные мероприятия не устранило активации ПОЛ. В течение 3 часа исследования содержание ДК и МДА неуклонно возрастали – ДК достигало

своего максимального значения, превышая контрольный уровень более, чем в 2,7 раза, а содержание МДА продолжало увеличиваться и своего максимального значения достигало только через 1 сутки исследования, превышая контрольный уровень более, чем в 3,39 раза ($p < 0,001$). В дальнейшем наблюдались постепенное уменьшение содержание как ДК, так и МДА. Все это происходило на фоне весьма выраженного уменьшения антиоксидантного потенциала крови. Заметно уменьшалось активность каталазы и ГП, а также содержание восстановленного глутатиона. Максимальное снижение активности каталазы (до 56,2% от контрольного уровня) фиксировали через неделю после осуществления традиционного лечения, а активности ГП (до 61,95 от контрольного уровня) и содержание восстановленного глутатиона (до 73,8% от контрольного уровня) – через 1 суток исследования ($p < 0,001$). В дальнейшем наблюдались постепенное восстановление антиоксидантного потенциала крови.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что травматические переломы нижней челюсти сопровождаются с весьма выраженной активацией внутрисосудистого свертывания крови и ПОЛ на

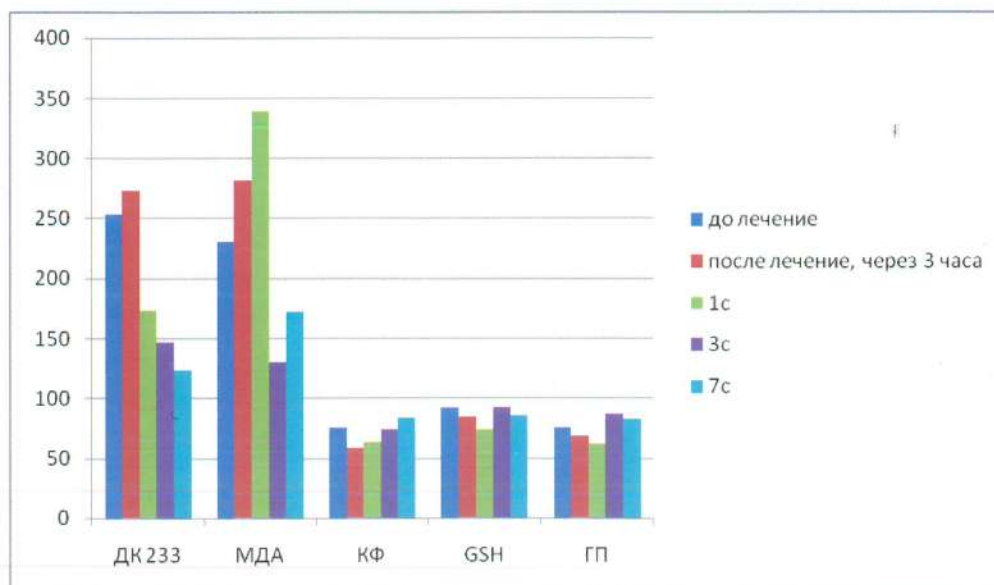


Рис. 2. Динамика изменений показателей перекисного окисления липидов в крови у больных с переломами нижней челюсти. По оси абсцисс – периоды исследования; по оси ординат – изменение показателей липопероксидации крови (в %).

фоне угнетении АОС. Гиперактивность ПОЛ и готовность крови к тромбообразованию прослеживались в течение всего периода исследования. При сопоставлении динамики изменений изученных показателей в крови у больных с травматическими переломами нижней челюсти выяснилось, что между изменениями свертывания крови и ПОЛ существует четкая взаимосвязь. В периодах, когда обнаруживается чрезмерная активация ПОЛ с угнетением АОС, весьма выражено активизируется внутрисосудистое свертывание крови с интенсификацией образования дериватов фибриногена, таких как РКФМ и ПДФ или наоборот. Из литературных сведений следует, что процессы ПОЛ тесно сопряженные с состоянием гемостаза [1], реализуют свое влияние на тромбогенез через воздействие на клетки крови и эндотелиоциты [10].

Сопоставляя результаты настоящего

исследования с нашими ранними экспериментальными и литературными [10] данными можно высказать мнение о том, что между активацией ПОЛ и свертыванием крови и лимфы существует четкая взаимосвязь. Так, чрезмерная активация ПОЛ при переломах нижней челюсти повреждая биомембраны клеток, в том числе форменных элементов крови и лимфы, а также эндотелиальных клеток сосудов включает цепной реакции ВСС, усугубляет гипоксию и эндотоксикоз, которые являются важными патогенетическими звеньями, задерживающие саногенетические процессы. Все это свидетельствует о целесообразности применения в комплексном лечении больных с травматическими повреждениями ЧЛЮ антиоксидантов, желательно лимфотропного действия, не только для предупреждения чрезмерной активации ПОЛ, но и ВСС, путем модификации ЛПО в клетках крови и лимфы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М., 1999, 444с.
2. Магомедгаджиев Б.Г., Расулов К.М., Магомедов М.А. Сравнительная морфологическая характеристика репаративных процессов при осложнённых переломах нижней челюсти. / Сборник научных трудов, посвящённый со дня образования ЦНИЛ. Махачкала, 2005, с.230-234
3. Казакова Ю.М., Походенько-Чудакова И.О. Частота гнойно-воспалительных осложнений одонтогенной этиологии в околочелюстных мягких тканях нижней челюсти// Российский стоматологический журнал, 2005, №4, с.20-22
4. Рагимов Ч.Р., Аджиев К.Г., Тер –Асатуров Г.П., Захаров В.В. Диагностика гнойно-вопалительных осложнений у больных после травмы и реконструктивных операций на опорных тканях челюстно-лицевой области. В кн.: Вопросы травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Лечение, реабилитация, профилактика, осложнений. Москва, 1990, с.89-91
5. Гаврилов В.Б., Гаврилова А.Р., Хмара Н.Ф. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропановых экстрактов// Лабораторное дело, 1988, №2, с.60-64
6. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой// Лабораторное дело, 1988, №11, с.41-43
7. Ellman G.H. Tissua sulphydryl groups//Arch. Biochem. Biophys., 1959, v.82, №11, p.70-77
8. Королук М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы// Лабораторное дело, 1988, №1, с.16-19
9. Моин В.М. Простой и неспецифический метод определения активности глутатион пероксидазы в эритроцитах// Лабораторное дело, 1986, №12, с.724-727
10. Алборов Р.Г. Роль клеток крови в связи между толерантностью к тромбину, содержанием в кровотоке продуктов взаимодействия тромбин-фибриноген липидпероксидацией. Автореф. Дисс....к.м.н., Тюмень, 2006, 21с.

XÜLASƏ

Alt çənə sınığı olan xəstələrdə hemostazın pozulması və oksidativ stress

Əliyev E.M.

**Azərbaycan Tibb Universitetinin ağız boşluğu və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası,
Bakı şəhəri**

İşin əsas məqsədi alt çənə sınığı olan xəstələrin qanının damardaxili laxtalanmasının və lipidlərin peroksidləşməsinin vəziyyətini və baş verən dəyişikliklərin iltihabi ağırlaşmaların patogenezinə rolunu öyrənməkdən ibarət olmuşdur. Tədqiqatlar alt çənə sınığı diaqnozu ilə müalicə alan 23 xəstə üzərində aparılmışdır. Analiz üçün götürülmüş qanın laxtalanma qabiliyyəti və lipidlərin peroksidləşməsi vəziyyəti ümumi qəbul edilmiş və bu proseslər haqda geniş məlumatlar verə bilən biokimyəvi testlərin köməyi ilə qiymətləndirilmişdir. Aparılan tədqiqatların nəticəsi göstərmişdir ki, alt çənə sınığı olan xəstələrin qanının laxtalanma qabiliyyəti lipidlərin peroksidləşməsinin şiddətlə fəallaşması fonunda xeyli artır. Belə dinamika tədqiqat müddəti ərzində bütün dövrlərdə müşahidə edilmişdir. Əldə edilən nəticələrin müqayisəli analizi göstərmişdir ki, alt çənə sınığı olan xəstələrin qanının damardaxili laxtalanması ilə lipidlərin fəallaşması arasında sıx əlaqə vardır. Belə ki, alt-çənə sınığı olan xəstələrdə lipidlərin peroksidləşməsinin kəskin fəallaşması ilk növbədə qan və limfanın formalı elementlərinin, həmçinin damar divarı epitelinin biomembranlarını zədələməklə laxtalanmanın damar xarici mexanizmini işə salır. Bu cür dəyişikliklər son nəticədə mikrosirkulasiyanı pozaraq kapilyar-trofik destruksiya və endotoksikoza səbəb olur, sanogenez prosesini ləngidirlər. Bütün bunlar onu göstərir ki, üz-çənə travmaları, o cümlədən alt çənə sınıqları zamanı infeksiya-iltihabi ağırlaşmaların qarşısını almaq və ya rəşional terapiya aparmaq üçün müalicə kompleksinə təkcə lipidlərin peroksidləşməsinə və ya damardaxili laxtalanmanı aradan qaldırmaq üçün yox, həm də biomembranların modulyasiyası üçün antioksidantlardan, o cümlədən limfotrop xassəli antioksidantlardan istifadə edilməsi məqsədəuyğundur.

SUMMARY

Disturbance of the hemostasis and the oxidising stress at patients with mandible fractures

Aliyev E.M.

Department of surgery of an oral cavity and maxillofacial area of the Azerbaijan Medical University, of Baku.

LPO at patients with mandible fractures. Results of research have shown, that traumatic fractures of a mandible are accompanied with rather expressed activation of intravascular coagulation of blood and the LPO against oppression AOS. Hyperactivity the LPO and readiness of blood for a thrombogenesis were traced during all period of research. By comparison of dynamics of changes of the studied objective of this research was studying of a role of excessive activation the LPO in disorders of a hemostasis at patients with mandible fractures. Researches spent on 23 patients with mandible fractures. By means of the standard biochemical tests investigated conditions of a hemostasis and the indicators in blood at patients with traumatic fractures of a mandible it was found out, that between changes of coagulation of blood and the LPO exists accurate interrelation. So, excessive activation the LPO at mandible fractures damaging biomembranes of cells, including formulated elements of blood and a lymph, and also endothelial cells of vessels includes the external mechanism of chain reaction IVC, aggravates hypoxia and an endointoxication which are the important pathogenetic links, detaining sanogenesis processes. All it testifies to expediency of application in complex treatment of patients with traumatic damages MFA of antioxidants, it is desirable lymphotropic action, not only for the prevention of excessive activation the LPO, but also IVC, by updating LPO in blood cells and lymphs.

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС FDI

14-17 сентября 2011 год

MEXICO CITY

Высший форум стоматологов мира - 99-ый Ежегодный Конгресс FDI состоялся в Мехико 14-17 сентября 2011 года. Конгресс проходил в величественном здании Banamex Convention and Exhibition Centre.

В своём обращении к участникам Конгресса Президент FDI господин Dr.Roberto Vianna отметил: «Мне доставляет большое удовольствие приветствовать вас на Ежегодном Конгрессе FDI в Мехико. После Конгрессов 1972 и 1999 годов нам вновь представилась возможность приехать в эту прекрасную страну и ещё раз почувствовать гостеприимство жителей Мехико.

Под эгидой – Новые горизонты в деле достижения Здоровья Полости Рта Конгресс предложит новую платформу, которая будет базироваться на дискуссиях, выступлениях докладчиков, включенных в Научную Программу Конгресса, разработанную FDI и Стоматологической Ассоциацией Мексики (AMD). Выбор Мехико для 99-го Конгресса FDI даст

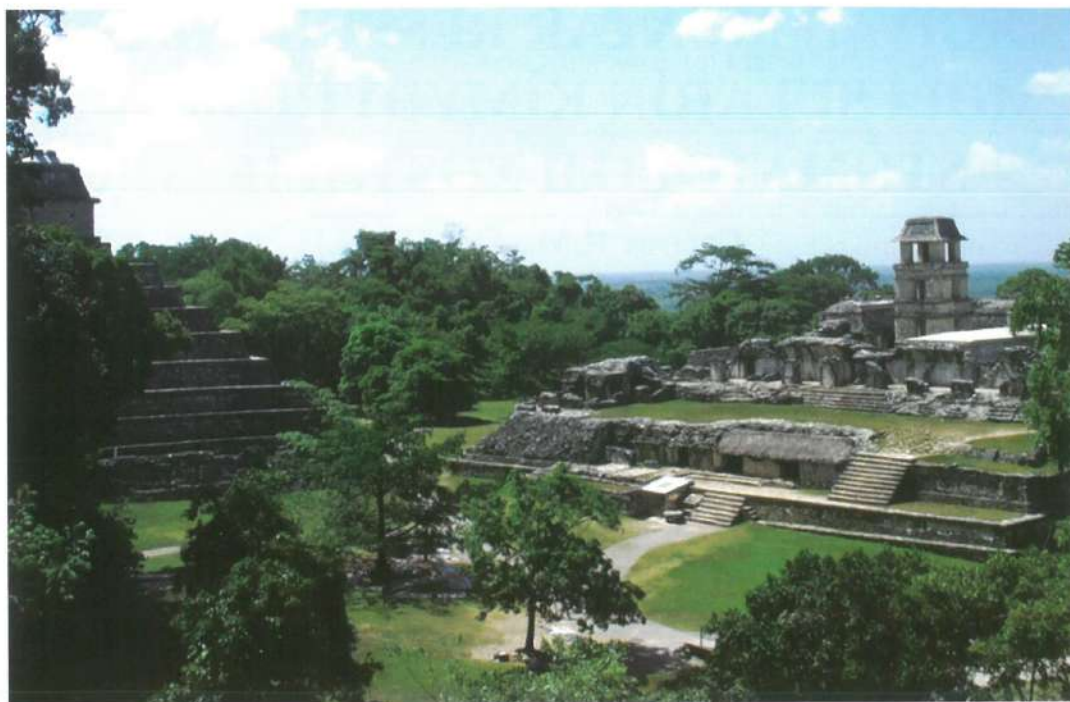
возможность делегатам Форума развить свои профессиональные знания и опыт. Я также хочу отметить большую роль того события, что представителям стоматологической общности разных стран будут представлены новейшие данные о материалах, оборудовании и технологиях в стоматологии. Эту миссию возьмут на себя более 200 известных Компаний, представленных на Выставке. Прибытие в Мехико даст возможность участникам Конгресса прикоснуться к богатой культуре, фольклору и кулинарным традициям этой страны.

Желаю всем участникам столь высокого Форума большой плодотворной работы на Конгрессе».

Конгрессы FDI известны как международные события, на которых фокусируются самые новейшие данные науки и практики в области стоматологии. Делегатам бывает представлен широкий выбор тех или иных научных тематик, а также докладчиков из разных стран мира.

Научная Программа 99-го Конгресса FDI





была насыщенной. Доклады были заслушаны на трёх ежедневных сессиях. Вот некоторые из них:

«Эстетические требования для реставраций передних зубов» (Antonio Bello Roch, Mexico).

«Рентгенология челюстно-лицевой области и полости рта» (Juan Yepes, USA).

«Новое видение риск-факторов кариеса зубов и борьба с ними» (John Featherstone, USA).

«Глобальные тенденции в вопросе контроля над инфекцией и защиты пациента» (A. Enrique Acosta Gio, Mexico).

«Новый обзор в пародонтологии. Профилактика и лечение» (Agustin Zeron, Mexico).



«Диагностика и лечение хронической боли в области лица и полости рта» (Kenichi Fukuda, Japan).

«Пародонтология. Модель эффективной профилактики» (Pierre Baehni, Switzerland).

«Координирование стандартов в области контроля над инфекцией в Латинской Америке» (Carmen Carrington, Panama) и ряд других интересных и актуальных докладов.

В целом Конгресс собрал вместе профессионалов из многих областей стоматологии, включая реставрационную стоматологию, имплантологию, эндодонтию, пародонтологию, ортопедическую стоматологию, материаловедение в стоматологии и многих других.

Мексика – страна с богатейшей архитектурой, известная миру своей культурой и традициями. Здесь существует древнейший Университет Северной Америки – Национальный Университет Мехико, основанный в 1551 году Чарльзом V. Зерно, шоколад и многое другое известны всему миру. Всё это оставило неизгладимые впечатления у участников Конгресса.

100-ый Конгресс FDI пройдет в 2012 году в Гонг-Конге (29 августа – 1 сентября).

До скорой встречи на 100-ом Юбилейном Конгрессе!

Сабина Алиева

NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASINDA İÇMƏLİ SULARIN KİMYƏVİ TƏRKİBİ VƏ STOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏR

Cəfərov R.M., Abbasov Ə.D.

Naxçıvan Muxtar Respublikası

Dünyada, o cümlədə Azərbaycan Respublikasında əhali arasında stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyası öyrənilmişdir və müasir dövrdə də öyrənilməkdə davam edir. Bu tədqiqatların nəticələrinin analizi göstərir ki, əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılmasında coğrafi iqlim şəraitinin, içməli suyun, qidalanmanın və ağız boşluğuna qulluğun çox böyük əhəmiyyəti vardır.

Bizim tədqiqatın məqsədi Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və onların profilaktikası üçün tədbirlərin işlənilib hazırlanması olduğuna görə Muxtar Respublikanın coğrafi iqlim şəraiti, içməli sularının kimyəvi tərkibi öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Ərazisi 5,5 min km² olan Naxçıvan MR Azərbaycan Respublikasının cənubi-qərb hissəsində yerləşərək mürəkkəb relyef, torpaq və iqlim şəraitinə malikdir. Şərqdən, şimal-şərqdən və şimaldan Kiçik Qafqaz dağları, cənubdan isə İran dağları ilə əhatə olunan Muxtar Respublika ərazisinin relyefi Araz çayı vadisində dəniz səviyyəsindən 600 metr yüksəklikdə (Ordubad rayon Kotam kəndi ərazisi) yerləşən maili düzənlik, cənubdan şimala doğru tədricən ucalaraq Zəngəzur və Dərələyəz dağ silsiləsində Qapıcıq (3906 m) və Kükü dağları (3120 m) zirvəsinə qədər qalxır (2,3).

Dəniz səviyyəsindən orta yüksəkliyi 1400 metrə bərabər olan ərazinin iqlimi sərt kontinental olub, özünəməxsus orografik xüsusiyyətlərə malikdir. Qış zamanı şaxtalı günlərin sayı az olsa da, bəzən şaxta 32° C-ə çatır. Yay aylarında isə temperaturun 45° C-dək yüksəlməsi müşahidə edilir. Yəni, illik temperatur gradienti 70-80° C-ə çatır. Bununla yanaşı qışda havaların istiləşməsi və ya yazın əvvəllərində kəskin soyuması da bu region üçün xarakterik xüsusiyyətlərdəndir (4). Burada ümumi günəş radiasiyası 144-156 kkal/sm² arasında dəyişilir.

İqlimin qeyri əlverişli olmasına baxmayaraq bu diyarın zəngin bitki örtüyü ilə yanaşı, həm də kimyəvi tərkibinə görə fərqlənən müxtəlif içməli su mənbələri də vardır.

İçdiyimiz suların minerallaşma dərəcəsinin, anion (hidrokarbonat, sulfat və xlorid ionları) və kation tərkibinin (codluq, kalsium, maqnezium, natrium və kalium ionlarının cəmi) dişlərin sağlam inkişafında çox böyük əhəmiyyəti vardır.

Suyun keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün əsas kriteriya onun kimyəvi analizi ilə bağlıdır. Belə ki, içməli su şəffaf, rəngsiz və iysiz olmalı, həll olmuş maddələrin miqdarı müəyyən edilən normadan artıq olmamalı, tərkibində insan sağlamlığı üçün zərərli maddələrin (məsələn, mis, qurğuşun, arsen və s. birləşmələri) miqdarı müəyyən edilmiş normadan artıq olmamalı və suda xəstəlik törədən mikroorqanizmlər olmamalıdır (10).

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, Avropa, ABŞ və MDB üçün içməli su müxtəlif standartlarla xarakterizə olunurlar. İçməli suyun yararlığını müəyyən etmək üçün vacib göstərici mineralaşma dərəcəsidir. Azərbaycanda qəbul edilmiş standartda görə bu kəmiyyət mq/l-dən yüksək olmamalıdır. Mərkəzləşdirilmiş su şəbəkələri üçün (Bakı, Sumqayıt, Gəncə və s.) buna əməl etmək mümkün olsa da, çox hallarda əhalini belə su ilə təmin etmək mümkün olmur (1).

Suyun keyfiyyətini xarakterizə etmək üçün onun tərkibində 15-18 mikroelementin qatılığının son həddi göstərilərsə də, bunlardan ikisi-xlorid və sulfat-ionlarının miqdarının müəyyən edilməsi xüsusilə önəmlidir. Xlorid ionları üçün suda onun qatılığının yol verilən həddi MDB ərazisində və Avropa ölkələrində 350, ABŞ-da 250, Beynəlxalq standartlara görə 600 mq/l, sulfat-ionlarının miqdarı isə uyğun olaraq 500, 250 və 400 mq/l-ə bərabərdir (8).

Həmçinin içməli sularda codluğun, yəni onun tərkibində olan kalsium və maqnezium ionlarının

ümumi miqdarının müəyyən edilməsinin də mühüm əhəmiyyəti vardır. Ədəbiyyat məlumatlarına (7) əsasən demək olar ki, mərkəzləşdirilmiş su təchizatı şəbəkələrində codluğu 7,0 mq-ekv/l-dən (19,6°) yuxarı olan suyun buraxılması qadağan edilmişdir.

Muxtar Respublika ərazisində aparılan tədqiqatlar zamanı 215 mineral bulağın olduğu müəyyənəşdirilmişdir ki, bunlardan da 212-nin hidrokarbonatlı, 3-nün isə kükürlü olduğu göstərilir (5). «Naxçıvan Muxtar Respublikasında yerli su mənbələri və onlardan səmərəli istifadə» proqramına uyğun olaraq aparılmış tədqiqat işləri zamanı Muxtar Respublikanın bütün ərazisindən götürülmüş su nümunələri analiz edilmişdir.

Kimyəvi analizlər qəbul edilmiş standartlara görə aparılmış, suların minerallaşma dərəcəsi, anion (hidrokarbonat, sulfat və xlorid ionları), kation tərkibləri (codluq, kalsium, maqnezium, natrium və kalium ionlarının cəmi) və suların pH-i müəyyən edilmişdir (9).

Aparılan analizlərlə Ordubad rayonu ərazisindən götürülən suların içmək üçün son dərəcə yararlı olduğu müəyyən edilmişdir (1).

Culfa rayonu ərazisində kəhrizlərdən götürülmüş su nümunələri analiz edilmişdir. Aparılan təhlillər nəticəsində bu ərazidə olan suları minerallaşma dərəcəsinə görə 3 qrupa bölmək olar. Birinci qrupa aid götürülən sular 0,4-0,5q/l, ikinci qrup suları 0,8-0,9q/l, üçüncü qrup suları isə 1,15-1,35q/l minerallaşma dərəcələri ilə xarakterizə olunurlar. Təhlil edilən suların codluğu da müəyyən dərəcədə tələb olunan normaya uyğundur.

Şahbuz rayonundan götürülmüş nümunələr içərisində Şada kəndində olan Pırbulağının və Badamlı kənd kəhrizlərinin suyu qeyri-adi yumşaqlığı ilə fərqlənərək codluqları 2,2 mq-ekv/l və 4,0 mq-ekv/l-dir. Lakin bəzi kənd suları yüksək codluqları 9,2-11,4 mq-ekv/l və eyni zamanda yüksək minerallaşma dərəcələri (1,0-1,1 q/l) ilə fərqlənirlər.

Babək rayonunda su mənbəyindən götürülmüş nümunələrin analizi zamanı müəyyən olunmuşdur ki, onlar yerləşdikləri ərazinin xarakterinə uyğun olaraq həm minerallaşma dərəcəsinə, həm də kation və anionların miqdarına görə bir-birlərindən kəskin fərqlənirlər. Cəhri kəndindəki Kalba Abbas və Çəsməbasar kənd kəhrizlərinin suyu isə minerallaşma dərəcələrinə və codluqlarına görə digər sulardan demək olar ki, tamamilə fərqlənirlər. Bu kəhrizlər üçün qeyd edilən kəmiyyətlər uyğun olaraq 2,4 q/l, 23,4 mq-ekv/l və 2,25 q/l, 24,6 mq-ekv/l kimi kəmiyyətlərlə xarakterizə olunduqlarından, ancaq suvarma üçün istifadə edilə bilər.

Kəngərli rayonu ərazisində olan su mənbəyi nümunələrinin analizi də suda kation və anionların paylanması ərazi üzrə müxtəlif təbiətli olduğu nu təsdiq edir.

Qıvraq qəsəbəsində kəhriz sularının analizi bunlarda minerallaşma dərəcəsinin 0,85-1,35q/l, codluğun (9,0-14,0 mq-ekv/l), 1-2 mq-ekv/l tərkibində sulfat-ionlarının mövcudluğunu göstərmişdir.

Şərur rayonu ərazisində olan kəhrizlərdən götürülmüş nümunələr analiz edilmiş və müəyyənəşdirilmişdir ki, bu sular orta minerallaşma dərəcəsinə malik olsalar da (0,45-0,85 q/l), codluq həddi (4-9,4 mq-ekv/l) və tərkiblərindəki sulfat-ionu normadan artıqdır.

Xlorid ionlarının miqdarı suyun şorluq təmini müəyyənəşdirdiyindən bu ionun yüksək qatılığı müşahidə edilən sular şor tamları ilə digərlərindən fərqlənirlər. Su təchizatı üçün ideal mənbə su keçirməyən laylarla örtülmüş və bununla çirklənmədən müdafiə olunan artezian sularıdır. Bu sular adətən yüksək şəffaflıqları və ümumiyyətlə bakterioloji çirklənmə ehtimalı olmayan sulardır. Son vaxtlar qazılan artezian quyularının sularının analizi bu fikri təsdiq edir.

Aparılan analizlər zamanı müəyyən olunmuşdur ki, Muxtar Respublikasında bir neçə su obyektini istisna olmaqla, öyrənilən su mənbələri içmək məqsədilə istifadəyə tamamilə yararlıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Abbasov Ə.D. Kimyəvi tərkibinə görə Muxtar Respublika ərazisindəki bəzi su mənbələrinin keyfiyyət göstəriciləri / Naxçıvan Muxtar Respublikasının yaranması: Tarix və müasirlik (Elmi konfransın materialları). Bakı, Nurlan, 2007, s.329-336.
2. Babayev S.Y. Naxçıvan Muxtar Respublikasının coğrafiyası. Bakı: Elm, 1999, s.226
3. Budaqov B.Ə., Babayev S.Y. Naxçıvan MSSR-in landşaftı və onun kənd təsərrüfatı əhəmiyyəti. Naxçıvan MSSR 50. Bakı: Elm, 1975, s.257-277

4. Mirzəyev P.S. Naxçıvan MSSR-in iqlim xüsusiyyətləri. Naxçıvan MSSR-50. Bakı: Elm, 1975, 148 s.
5. Musayev Ə. Naxçıvan Muxtar Respublikasının mineral suları və onların müalicəvi əhəmiyyəti / Naxçıvan Muxtar Respublikasının təbii ehtiyatları və onlardan daha səmərəli istifadə yolları (Beynəlxalq simpoziumun materialları) / Naxçıvan Dövlət Universitetinin Qeyrət nəşriyyatı, 2001, s. 26-30.
6. Орлов Д.С. Химия почв. М.: Изд-во МГУ, 1985, 376 с.
7. Перельман А.И. Геохимия природных вод. М.: Наука, 1982, 154 с.
8. Посохов Е.В. Общая гидрогеохимия. Л.: Недра, 1975, 208 с.
9. Практикум по аналитической химии. Под ред. В.Д.Пономарева, Л.И.Ивановой. М.: Высшая школа, 1983, 271 с.
10. Строганов Н.С., Бузинова Н.С. Практическое руководство по гидрохимии. М.: Изд-во МГУ, 1980, 196 с.

РЕЗЮМЕ

Химический состав питьевой воды в Нахичеванской Автономной Республике и стоматологическая заболеваемость

Джафаров Р.М., Аббасов А.Д.
Нахичеванская Автономная Республика

Был изучен химический состав источников питьевой воды в Нахичеванской Автономной Республике. Химический анализ питьевой воды был проведен по общепринятым стандартам. Были изучены такие показатели как, уровень минерализации, анионный (ионы гидрокарбоната, сульфата, хлорида) и катионный (жесткость, суммарно ионы кальция, магния, натрия, калия) состав, а также pH воды.

Так проводя анализ проб воды в Ордубадском р-не, было установлено, что она имеет высокие показатели пригодности для питья. Изучение проб воды, взятых в Шахбузском р-не выявило, что вода обладает необычной мягкостью (жесткость 2,2- 4,0мг-экв/л). Анализ проб питьевой воды, взятых в районах Бабек, Джульфа и Кенгерли показал, что соответственно особенностям этих территорий уровень минерализации, а также катионно-анионный состав вод существенно отличаются. Показатели питьевой воды территории Гывраг были следующими: уровень минерализации 0,85-1,35г/л, жесткость 9,0-14,0мг-экв/л, в 1-2 мг-экв/л присутствие сульфат ионов. Результаты анализа проб питьевой воды, взятых в Шарурском р-не выявили, что несмотря на средний уровень минерализации (0,45-0,85г/л), степень жесткости (4-9,4мг-экв/л) и содержание ионов сульфата превышают норму.

Таким образом проведенные нами исследования показали, что источники питьевой воды в Нахичеванской Автономной Республике за исключением некоторых являются пригодными для питья.

SUMMARY

Chemical composition of drinking water in Nakchivan Autonomous Republic and dental diseases

Jafarov R.M., Abasov A.D.
Nakchivan Autonomous Republic

We found the chemical composition of drinking water in Nakchivan Autonomous Republic. We used specific standards for it. We found such criterions as level of mineralization, anion (hidrocarbonate, sulphate, chloral ions) and kation (hardness, total ions calcium, magnesium, sodium, potassium) composition, and pH.

Analysis of drinking water from Ordubad territory shows that this drinking water has high quality. Findings about the drinking water from Shakhbuz territory show that drinking water has low hardness (2,2- 4,0mg-ekv/ l). Analysis of drinking water from Babek, Djulfa and Kengerly territories shows that there is big difference for level of mineralization and kation-anion composition of samples of drinking water. There are such findings for drinking water from Kivrag territory: level of mineralization 0,85-1,35g/l, hardness 9,0-14,0mg-ekv/l, and presence of sulphate ions in 1-2mg-ekv/l. Analysis of drinking water from Sharur territory shows that drinking water has medium level of mineralization (0,45-0,85g/l), but level of hardness (4-9,4 mg-ekv/l) and quantity of sulphate ions are bigger than normal.

Results of our investigation show that drinking water in Nakchivan Autonomous Republic is normal, except some of them.

HİPOTİREOZLA AĞIRLAŞMIŞ PARODONT XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRİN QARIŞIQ AĞIZ SUYUNDA SİTOKİNLƏRİN (İL-1 β VƏ İL-4) MİQDARI

R.S.Binnətov

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı ş.

Parodontun iltihabi xəstəliklərinin patogenezi və etiologiyası olduqca mürəkkəbdir və bu günə qədər tamamilə aşkar edilməmişdir [3, 4]. Somatik xəstəliklərlə ağız boşluğu orqanlarının vəziyyəti arasındakı əlaqə hemodinamika və metabolizmdəki pozulmalar və immunoloji və neyrotənziqləmə pozulmaları ilə bağlıdır [13].



orta ağırlıq dərəcəli hipotireozu olan 43 (39,9%) xəstə daxil olmuşdur; üçüncü qrupu orta ağır dərəcəli hipotireozu olan 23 (21,3%) xəstə təşkil etmişdir.

Qarışıq ağız suyunda sitokinlərin (İL-1 β və İL-4) miqdarı immunferment metodu ilə təyin edilmişdir. Sitokinlərin kəmiyyət miqları mkq/ml ilə ifadə olunmuşdur.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi

Müxtəlif ağırlıq dərəcəli hipotireozlu xəstələrin ağız suyunda İL-1 β -nin qatılığının ilkin tədqiqatı onun normadan uyğun olaraq 2,07; 2,77 və 3,77 dəfə yüksək olmasını aşkar etmişdir (cədvəl 1).

Ağız suyunda İL-1 β -nin miqdarı 3-cü qrup xəstələrdə 1-ci qrup xəstələrdəki göstəricilərdən əhəmiyyətli dərəcədə (1,82 dəfə) yüksək olmuşdur ($p < 0,001$). Nəzərə alsaq ki, verilən interleykin iltihabi sitokindir, o zaman onun yüksək olması parodont toxumalarında iltihabi prosesin aktivliyini əks etdirir. Parodontda proseslərin kəskinləşməsi zamanı ağız suyunda İL-1 β -nin səviyyəsinin dəyişməsinə orqanizmin sistem immun cavabı kimi qiymətləndirmək olar.

Ağız suyunda İL-4-ün miqdarı aşağıdakı kimi olmuşdur: Yüngül dərəcəli hipotireozlu xəstələrin ağız suyunda İL-4-ün qatılığı həkimə ilkin müraciət zamanı normativ göstəricilərə nəzərən 1,39 dəfə ($p < 0,01$), orta ağırlıq dərəcəli hipotireozlu xəstələrdə - 1,60 dəfə ($p < 0,01$) və orta ağır dərəcəli hipotireozlu xəstələrdə isə 1,97 dəfə ($p < 0,01$) statistik dürüst yüksək olmuşdur.

Parodontun vəziyyətinə birbaşa təsir göstərən xəstəliklər hormonal pozulmaları, o cümlədən qalxanvari vəzin funksiyasının azalması olan xəstəliklərdir [1, 2, 6, 7, 10].

Tireoid hormonların defisiti təkcə mühüm immunoloji və metabolik dəyişikliklərə gətirmir, həm də remodullaşdırma proseslərini də tezləşdirir ki, bu da sümük toxumasının rezorbsiyası ilə əmələ gəlməsi arasında disbalansın yaranmasına və parodont xəstəlikləri və osteoporozun inkişaf etməsinə səbəb olur [5, 8, 9, 11, 12].

Tədqiqatın məqsədi: hipotireozlu xəstələrin qarışıq ağız suyunda iltihabi sitokinlərin (İL-1 β və İL-4) miqdarının öyrənilməsi və parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsinin korreksiya edilməsidir.

Tədqiqatın materialı və metodları

Kliniki stomatoloji tədqiqatlar 45-65 yaşlı 108 hipotireozlu xəstədə və 21-40 yaşlı 30 praktik sağlam şəxsdə (nəzarət qrupu) aparılmışdır. Bütün müayinə edilmişlər 3 qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupu yüngül dərəcəli hipotireozu olan 42 (38,8%) xəstə təşkil etmişdir; ikinci qrupa

Cədvəl 1

İlkin müraciət zamanı ağız suyunda İL-1 β və İL-4 göstəriciləri (M $\pm$ m)

Qruplar	n	İL-1 β göstəriciləri	İL-4 göstəriciləri
Normativ kəmiyyətlər	20	3,35 $\pm$ 0,12 (2,83 - 3,87)	2,50 $\pm$ 0,12 (2,04 - 2,96)
I qrup	23	6,94 $\pm$ 0,27** (5,60 - 7,28)	3,48 $\pm$ 0,11** (2,95 - 4,01)
II qrup	20	9,30 $\pm$ 0,33** (8,85 - 9,75)	4,02 $\pm$ 0,16** (3,84 - 5,20)
III qrup	18	12,63 $\pm$ 0,59** (9,30-16,0)	4,94 $\pm$ 0,23** (3,52 - 6,36)

Qeyd: nəzarət qrupu göstəricilərinə nəzərən statistik dürüst fərq: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Göstərilən fakta, birincisi xroniki iltihabi prosesin kəskinləşməsinə orqanizmin kompensator reaksiyası kimi, ikincisi isə xroniki iltihabi prosesin ifadə olunması və ona autoimmun komponentin mümkün birləşməsi kimi baxıla bilər.

Ağız boşluğunun standart sanasiyası və parodont xəstəliklərinin ənənəvi müalicəsindən sonra ağız suyunda İL-1 β -nin miqdarı aşağıdakı kimi olmuşdur: birinci qrupda İL-1 β -nin miqdarı bir qədər 0,69 vah. yaxşılaşmışdırsa da, yenə də normativ göstəricidən çox yüksəkdir ($p < 0,05$); ikinci qrupda yaxşılaşma - 0,53 vah. ($p < 0,05$), üçüncü qrupda - 0,40 vah. ($p < 0,05$) olmuşdur (cədvəl 2).

Müayinə edilmiş qrup xəstələrdə ağız boşluğunun standart sanasiyası və parodont xəstəliklərinin ənənəvi müalicəsindən sonra ağız suyunda İL-4-ün miqdarının təyin edilməsi,

həmçinin dəyişikliklərin əhəmiyyətsiz olduğunu aşkar etmişdir: birinci və ikinci qruplarda uyğun olaraq 0,40 və 0,35 vah. ($p < 0,01$), üçüncü qrupda isə 0,32 vah. olmuşdur (cədvəl 2).

Cədvəl 3-də ağız boşluğunun standart sanasiyası və insani T4-dən fərqlənməyən sintetik L-tiroksinlə (L-T4) əvəzedici terapiya (ƏT) daxil edilmiş parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsindən 6 və 12 ay sonra ağız suyunda İL-1 β -nin miqdarının dəyişməsi əks edilmişdir.

Əvəzedici terapiyanın əsas məqsədi - hipotireoz nəticəsində bütün orqan və sistemlərin pozulmuş fizioloji funksiyalarının bərpa edilməsi və TTH-nin səviyyəsinin 0,5 - 1,5 mMV/l həddində saxlanılmasıdır.

L-T4 qalxanvari vəzin hormon defisitini doldurur, orqanizmin artım və inkişafını, energetik mübadiləsinə (toxumaların oksigenə tələbatını

Cədvəl 2

Ağız boşluğunun standart sanasiyası və parodont xəstəliklərinin ənənəvi müalicəsindən sonra ağız suyunda İL-1 β və İL-4 göstəriciləri (M $\pm$ m)

Qruplar	n	İL-1 β göstəriciləri	İL-4 göstəriciləri
Normativ kəmiyyətlər	20	3,35 $\pm$ 0,12 (2,83 - 3,87)	2,50 $\pm$ 0,12 (2,04 - 2,96)
I qrup	23	6,25 $\pm$ 0,28** (4,83 - 8,87)	3,08 $\pm$ 0,11** (2,30 - 3,76)
II qrup	20	8,77 $\pm$ 0,31** (7,63 - 9,91)	3,67 $\pm$ 0,16** (2,85 - 4,49)
III qrup	18	12,25 $\pm$ 0,46** (10,55 - 13,95)	4,62 $\pm$ 0,23** (3,35 - 5,89)

Qeyd: nəzarət qrupu göstəricilərinə nəzərən statistik dürüst fərq: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$

Cədvəl 3

Ağız boşluğunun standart sanasiyası və parodont xəstəliklərinin ƏT ilə müştərək kompleks müalicəsindən 6 və 12 ay sonra xəstələrin ağız suyunda İL-1 (3-nin göstəriciləri ($M \pm m$))

Qruplar	n	İL-ip göstəricibri	
		6 aydan sonra	12 aydan sonra
Normativ kəmiyyətlər	20	3,35 $\pm$ 0,12 (2,83 - 3,87)	
I qrup	23	5,21 $\pm$ 0,31 ** ^{AA} (4,26-6,16)	4,38 $\pm$ 0,3** ^{-AA} (3,80-4,96)
II qrup	20	6,85 $\pm$ 0,34** ^{AA} (5,25-6,45)	6,03 $\pm$ 0,37** ^{AA} (5,40 - 6,66)
III qrup	18	8,43 $\pm$ 0,65** ^{-AA} (7,36 - 9,76)	8,05 $\pm$ 0,59** ^{AA} (7,15-8,95)

Qeyd: göstəricilərə nəzərən statistik dürüst fərq: 1. nəzarət qrupu ilə: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$; 2. müalicədən əvvəl ilə: A - $p < 0,05$; AA - $p < 0,01$.

artırır) orta dərəcədə tənzimləyir, zülalların, yağların və karbohidratların metabolizmini stimullaşdırır və parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsində xüsusilə vacib olan, ürək-damar sistemi və MSS-nin funksional aktivliyini artırır.

Parodont xəstəliklərinin ənənəvi müalicəsi ilə münasibətdə xəstələrin ümumi müalicəsinə ƏT-nin daxil edilməsi parodontda patoloji prosesin gedişini mühüm dərəcədə yaxşılaşdırır. Belə ki, I qrupda İL-1β-nin 6,94 $\pm$ 0,27 səviyyəsindən, ƏT daxil edilməsindən 6 ay sonra 5,21 $\pm$ 0,31

($p < 0,01$), 12 ay sonra isə 4,38 $\pm$ 0,3 ($p < 0,01$; $p_1 < 0,01$) səviyyəsinə qədər enməsi baş vermişdir. Hər iki halda azalma statistik dürüst olmuşdur. Bu verilənlər sübut edir ki, ƏT aparılması yüngül dərəcəli hipotireozlu xəstələrdə daha müsbət təsir göstərir.

Hipotireozlu xəstələrin II qrupunda iltihablaşma İL-1β-nin həm nəzarət, həm də parodont xəstəliklərinə ƏT-siz standart müalicə almış xəstələrin qrupuna nəzərən xarakterik enməsi müşahidə olunmuşdur. İL-ip səviyyəsinin 6 aydan sonra 6,85 $\pm$ 0,34 ($p < 0,01$) səviyyəsinə qədər

Cədvəl 4

Ağız boşluğunun standart sanasiyası və parodont xəstəliklərinin ƏT ilə müştərək kompleks müalicəsindən 6 və 12 ay sonra xəstələrin ağız suyunda İL-4-ün göstəriciləri ($M \pm m$))

Qruplar	n	İL-ip göstəricibri	
		6 aydan sonra	12 aydan sonra
Normativ kəmiyyətlər	20	3,35 $\pm$ 0,12 (2,83 - 3,87)	
I qrup	23	5,21 $\pm$ 0,31 ** ^{AA} (4,26-6,16)	4,38 $\pm$ 0,3** ^{-AA} (3,80-4,96)
II qrup	20	6,85 $\pm$ 0,34** ^{AA} (5,25-6,45)	6,03 $\pm$ 0,37** ^{AA} (5,40 - 6,66)
III qrup	18	8,43 $\pm$ 0,65** ^{-AA} (7,36 - 9,76)	8,05 $\pm$ 0,59** ^{AA} (7,15-8,95)

Qeyd: göstəricilərə nəzərən statistik dürüst fərq: 1. nəzarət qrupu ilə: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; 2. müalicədən əvvəl ilə: A - $p < 0,05$; AA - $p < 0,01$.

və 12 aydan sonra $6,03 \pm 0,37$ ($p < 0,01$; $p < 0,05$) səviyyəsinə qədər enməsi baş verir. Lakin, III qrup - orta ağır dərəcəli hipotireozlu xəstələrdə İL-1 β göstəricisinin azalmasına baxmayaraq, o hələ də ilkin səviyyəyə nəzərə təqribən 1,5 dəfə yüksək olaraq qalır. Bu da onu göstərir ki, bu xəstələrdə ağız boşluğuna qulluq edilməsi və parodont xəstəliklərinin gedişinə nəzarət olunması digər qruplara nisbətən daha tez-tez və əsaslı yerinə yetirilməlidir.

ƏT-nin xarakterik müsbət təsiri həmçinin İL-4 sitokinin göstəricilərində də özünü göstərir (cədvəl 4). Bu halda I və II qrup xəstələrdə 6 və 12 aydan sonra bu göstəricilər normativ göstəriciyə

yaxınlaşmışdır uyğun olaraq, $3,06 \pm 0,21$, $2,95 \pm 0,20$ və $2,92 \pm 0,24$, $2,70 \pm 0,23$ (cədvəl 4). III qrup xəstələrdə bu göstəricilər bir qədər yüksək olaraq qalmışdır - uyğun olaraq, $3,60 \pm 0,31$ ($p < 0,01$) və $3,05 \pm 0,29$ ($p < 0,01$) (nəzarətdə - $2,56 \pm 0,12$).

Yekun

Hipotireozlu xəstələrdə parodont xəstəliklərinin 6-12 ay müddətində kompleks müalicəsində ƏT-nin tətbiq olunması ağız boşluğunun yerli immunitetinin qeyri-spesifik faktorlarını mühüm dərəcədə yaxşılaşdırır, İL-1 β və İL-4 göstəricilərinin səviyyəsini azaldaraq parodont toxumalarında iltihabi prosesin ifadə olunmasına müsbət təsir göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. М., Медицина, 1983.
2. Браверманн Л.И. Болезни щитовидной железы. М., Медицина. 2000.
3. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. Киев, 2000. 461 с.
4. Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы. Автореф. дис. д.м.н. Киев, 1989, 36 с.
5. Кирсанов А.И., Горбачева И.А. Подходы к лечению генерализованного пародонтита как симптоматического проявления патологии внутренних органов. Ученые Записки С.-Петербурга. Гос.мед. ун-та. 2000. №2. с. 18-26.
6. Максимовский Ю.М. Поражения твердых тканей зубов при гипер- и гипотиреозе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. 1980. 46 с.
7. Москвина Т.С. Эффективность лечения пародонтита у больных с нарушениями функции щитовидной железы // Стоматология, 2001. №1. с. 47-50.
8. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. д.м.н. С.-Петербург. 1997, 34 с.
9. Петунина Н.А. Синдром гипотиреоза // РМЖ. 2005, т. 13. №6.
10. Удовицкая Е.В. Эндокринологические аспекты стоматологии. М., 1975. 192 с.
11. Фадеев В.В. Диагностика и лечение гипотиреоза // РМЖ, 2004, т.12. №9.
12. Цепов Л.М., Орехова Л.Ю. и др. Факторы местной резистентности и иммунологической реактивности полости рта. Способы их клинико-лабораторной оценки (обзор литературы). Часть II. // Пародонтология, 3(36), 2005. с. 3-9.

РЕЗЮМЕ

Содержание цитокинов (IL-1 β и IL-4) в смешанной слюне у больных с заболеваниями пародонта, отягощенных гипотиреозом

Р.С.Биннатов

Кафедра ортопедической стоматологии АМУ

У 108 больных с заболеваниями пародонта отягощенных гипотиреозом различной степени тяжести в возрасте 45-65 лет изучено содержание провоспалительных цитокинов (ИЛ-1В и ИЛ-4) в смешанной слюне. При первичном исследовании содержание ИЛ-1В в 2,07-3,77 раза и содержание ИЛ-4 в 1,39 и 1,97 раза превышали нормативные показатели. После проведения традиционного лечения заболеваний пародонта снижение уровней ИЛ-1В и ИЛ-4 было статистически не достоверно ($P > 0.05$). Включение заместительной терапии в комплексное лечение заболеваний пародонта у больных гипотиреозом в течение 6-12 месяцев статистически достоверно стабилизировало неспецифические факторы местного иммунитета полости рта снижая уровни ИЛ-1В и ИЛ-4 что положительно отразилось на выраженности воспалительного процесса в пародонте.

SUMMARY

The contents of cytokines (IL-1 β and IL-4) in the mixed saliva in patients with inflammatory diseases of parodont and hipothreosis

R. S. Binnatov

Prosthodontic dentistry departament of AMU

For 108 patients with hipothireosis in during conservative treatment of inflammatory diseases by various methods, are investigated proinflammatory cytokines (IL-1 β and IL- 4). Was established that in relation to persons of control group for patients with hipothireosis in the saliva parameters (IL-1 β and IL- 4). In relation to the traditional method of treatment, in time carrying out of sanitation of the oral cavity parameters specified cytokines in hipothireosis are normalized ($P < 0.05$). That testifies to improvement of the local immune status of the oral cavity.



«VITTA» Elmi-texniki Şirkəti



«VITTA» Elmi-texniki Şirkəti

1991-ci ildə elm və texnika sahəsində işləyən aparıcı mütəxəssislər tərəfindən Azərbaycan Respublikasında ilk olaraq yaradılmış şirkətlərdəndir. Şirkət tibbi və stomatoloji avadanlıqların istehsalı, satışı, tibbi obyektlərin layihələndirilməsi, tibb işçilərin təlimatlandırılması sahəsində fəaliyyət göstərir.

Bu dövr ərzində «VITTA» şirkəti dünyanın 90-dan artıq ən aparıcı istehsalçı firmaları ilə yaxından əməkdaşlıq etməkdədir və həmin firmaların rəsmi distribyutorudur.

Bu firmalara misal olaraq tibb sahəsində General Electric (ABŞ), AGFA (Belçika), Diasys, Karl Storz, Carl Zeiss, Sopro-Comeg, Berchtold, Atmos, Heine, Schmitz, Soring, Miele, Reda, Tomey, Memmert, Ulrich Medical, Meiko, Sigma, Elma (Almaniya), Olympus, ShinNippon, Atom (Yaponiya), 3M, Johnson & Johnson, Lumenis, Welch Allun, Teco, DMS, Bio-Rad (ABŞ), Storz Medical (İsveçrə), Sedecal (İspaniya), BTL, BMT (Çexiya), Termo Fisher, Tiolat (Finlandiya), MİR, Tecnomedica, Steelco, Sogeva (İtaliya), Tuttner (İsrail), Royal Medical, Mega Medical, Listem, Ajex, Sometech, Huvitz, Union Medical, StraTek, Daiwha, Sein (Cənubi Koreya), Aitecs, Elmi (Litva), SonoScape, Neusoft, Mindray, Heal Force,

Aeonmed, Edan, Motic, David, Yuyue, Meigaoyi, Suntem (ÇXR) və s. göstərmək olar.

Şirkətimiz öz fəaliyyət zonasını genişləndirərək Azərbaycan Respublikasının Gəncə, Sumqayıt, Mingəçevir, Şirvan, Lənkəran, Şəki, Quba, Xaçmaz, Göyçay, Tovuz, Qusar şəhərlərində öz nümayəndəliyini açmışdır.

«VITTA» şirkəti malik olduğu texniki bazadan, yüksək peşəkar mütəxəssislərdən istifadə edərək, tibbi layihələri hazırlayır və tam həyata keçirir, klinikaları və hospitalları yüksək texnologiyə və müasir avadanlıqla təchiz edir, zəmanətli və zəmanətdən sonrakı servis xidməti göstərir.



Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası «VITTA» Elmi-Texniki Şirkətinin Baş Direktoru Kamil Quliyevə əməkdaşlarını şirkətin 20-illiyi münasibəti ilə ürəkdən təbrik edir və gələcək fəaliyyətində daha da böyük uğurlar arzulayır.

Медицинская мебель

VITTA Medical
Systems
Scientific Technical Co.

CAUCASIAN DENTAL NEWS № 17 2011



KS-838 Пятифункциональная медицинская электрическая кровать: 2120x900x450-750мм (LxWxH)



KS-858 Пятифункциональная медицинская электрическая кровать: 2120x900x450-750мм (LxWxH)



KS-632 ABC 3-функциональная медицинская кровать, ручное управление: 2120x970x450-720мм (LxWxH)



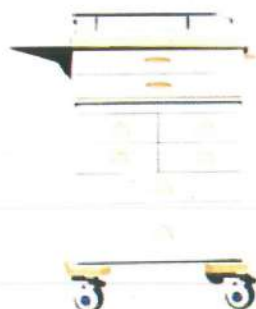
KS-632b ABC 3-функциональная медицинская электрическая кровать: 2120x970x450-720мм (LxWxH)



KS-232 ABC - Однофункциональная передвижная медицинская кровать, ручное управление: 2120x970x485мм



KS-2132 ABC универсальная двойная, передвижная внутригоспитальная каталка: 3650x640x640/970мм (LxWxH)



KS-B45
(700-776)x(445x545)x1476/1630



KS-B46
(690-695)x445x935мм(LxWxH)



KS-B02A

KS-B02a Delux ABC Гидравлическая HI-LO носилка-каталка: 1930x700x630/930мм



KS-C25 ABC:
480x480x760/800мм (LxWxH)

Distal dişləmin müalicəsində istifadə olunan əkizblok və monoblok aparatlarının uzun vertikal hündürlüyü üzərindəki təsirlərinin sefalometrik qiymətləndirilməsi

Novruzov Z.H., Qədimli Ç.C.

Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq stomatologiyası kafedrası



Giriş. Əhali arasında çox rast gəlinən distal dişləm (II sinif anomaliya) fərqli üz formalarının yaranmasına səbəb olur. II sinif anomaliyalar kəllə əsasına görə maksillanın öndə, mandibulanın arxada yerləşməsi və ya hər ikisinin birlikdə təzahür etməsiylə ya-

rana bilər (1).

Ədəbiyyatda II sinif I yarım sinif anomaliyalarının yaranmasına daha çox mandibulanın normaldan arxada yerləşməsinin səbəb olduğu bildirilmişdir (2, 3).

Mandibulası zəif inkişaf etmiş sümük mənşəli II sinif anomaliyalarının müalicəsində funksiyonal aparatlardan geniş istifadə edilir. Bunlara misal olaraq, Bionator, Frankel, Monoblok, Əkiz blok, Herbst və başqa aparatları göstərmək olar.

İnkişaf mərhələsində olan II sinif anomaliyalı xəstələrin müalicəsində bəzən aktivatorla birlikdə ağız xarici aparat olan Headgear-dən (Hg) də istifadə edilir. Burada aktivator mandibulanın inkişafını stimullaşdırma, headgear isə maksillanın inkişafını zəiflətmə funksiyasını görür (4, 5, 6).

Məqsəd. Məqsədimiz II sinif, I yarım sinif anomaliyalarının müalicəsində istifadə edilən fərqli üsulların uzun vertikal hündürlük ölçüləri üzərindəki təsirlərinin müqayisə edilməsi və üstünlüklərə malik müalicə alternativinin təyin edilməsidir.

Material və metod. Tədqiqat skelet mənşəli II sinif I yarım sinif anomaliyalı xəstələr üzərində

aparılmışdır. I qrup əkiz blok Hg kombinasiyasıyla müalicə edilmiş və yaş ortalamaları 13 olan 21 xəstədən (11 qız, 10 oğlan) (Şəkil 1), II qrup monoblok aparatıyla müalicə edilmiş və yaş ortalamaları 12 olan 17 xəstədən (10 qız, 7 oğlan) (Şəkil 2), III qrup isə, monoblok-Headgear kombinasiyasıyla müalicə edilmiş və yaş ortalamaları 12 olan 16 xəstədən (9 qız, 7 oğlan) təşkil edilmişdir.



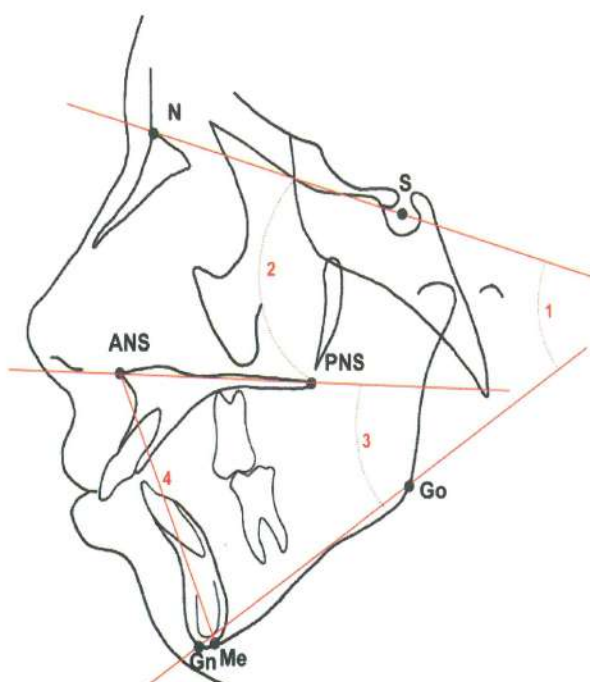
Şəkil 1. Əkiz blok aparatı



Şəkil 2. II sinif anomaliya və monoblok aparatıyla qapanış forması.

Tədqiqata:

- Skelet II sinif anomaliyası olan (ANB bucağı 4°-dən böyük olanlar),



Şəkil. 3. 1) SN-GoGn bucağı: Kəllə əsası müstəvisi ilə, Go və Gn nöqtələrini birləşdirən xətt arasındakı bucaq. 2) SN-PL bucağı: Kəllə əsası müstəvisi ilə, maksilla müstəvisi arasında qalan bucaq. 3) PL-ML bucağı: Maksilla və Mandibula müstəviləri arasında qalan bucaq. 4) sonundakı sefalometrik ölçülərin orta qiymətləri, Alt üz hündürlüyü: ANS və Menton nöqtələri arasındakı məsafənin uzunluğu.

- həm sağ, həm sol tərəfdə molyar dişləri Angle II sinif əlaqədə olan,
- 4 mm-dən çox overjeti olan,
- böyümə və inkişaf dövründə olan,
- konjenital diş əksikliyi və kraniofasial deformasiyası olmayan xəstələr daxil edilmişdir.

Əldə edilən sefalometrik rentgenlərin analizi Quick Ceph® və PORDIOS proqramları vasitəsi ilə həyata keçirilmişdir.

Sefalometrik qiymətləndirmə.

Tədqiqatımızda monoblok, monoblok Hg və əkiz blok Hg aparatlarının istifadəsi nəticəsində baş verən dəyişikliklər müalicənin başında və sonunda xəstələrdən əldə edilən sefalometrik rentgen şəkilləri üzərində aparılan ölçülərlə təyin olunmuşdur. Tədqiqatda Şəkil 3-də göstərilən ölçülərdən istifadə olunmuşdur.

Nəticə və Müzakirə

Cədvəl 1. Monoblok qrupunda, müalicə başı və standart xətalari və t testi nəticələri. X: Orta qiymət

$S_{\bar{x}}$: Standart xəta *: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Ölçülər	Müalicə başı		Müalicə sonu		t
	$\bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	$\bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	
SN/GoGn	32,34	1,04	32,41	1,19	
SN/PL	9,52	0,71	9,27	0,80	
PL/ML	22,81	0,90	23,14	0,76	
ANS-Me	61,70	0,72	65,20	0,65	***

Cədvəl 2. Monoblok Hg qrupunda, müalicə başı və sonundakı sefalometrik ölçülərin orta qiymətləri, standart xətalari və t testi nəticələri. X: Orta qiymət $S_{\bar{x}}$: Standart xəta *: $p < 0,05$

: $p < 0,01$ *: $p < 0,001$

Ölçülər	Müalicə başı		Müalicə sonu		t
	$\bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	$\bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	
SN/GoGn	34,79	0,98	34,68	0,94	
SN/PL	9,46	1,01	9,86	1,01	
PL/ML	25,33	1,20	24,82	1,19	
ANS-Me	65,77	1,57	68,73	1,80	***

Cədvəl 3. Əkiz blok Hg qrupunda, müalicə başı və sonundakı sefalometrik ölçülərin orta qiymətləri, standart xətalrı və t testi nəticələri. X: Orta qiymət $S_{\bar{x}}$: Standart xəta *: $p < 0,05$

: $p < 0,01$ *: $p < 0,001$

Ölçülər	Müalicə başı		Müalicə sonu		t
	$\bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	$\bar{X}$	$S_{\bar{x}}$	
SN/GoGn	34,34	5,2	36,43	6,41	*
SN/PL	8,6	3,7	8,7	3,7	
PL/ML	25,57	3,2	27,33	3,3	**
ANS-Me	66,58	4,65	69,41	5,79	***

Tədqiqatdakı hər üç qrupda SN/PL bucağında statistik əhəmiyyətli bir fərq görülməmişdir. Bu monoblok, monoblok Hg və əkiz blok Hg istifadəsinin maksilla müstəvisində saat və ya saatin əksi istiqamətdə hər hansı bir rotasiya yaratmadığını göstərir. SN/GoGn və PL/ML bucaqları monoblok və monoblok Hg qruplarında dəyişməz, əkiz blok Hg qrupunda böyümüşdür. Bu mandibulanın vertikal inkişafının monoblok aktivatoruyla daha yaxşı kontrol edildiyinə dəlalət edir. SN/PL bucağının statistik olaraq dəyişmədiyini göz önündə tutaraq PL/ML bucağındakı artmanın, əkiz blok aparatının mandibula vertikal inkişafını zəif kontrol etməsiylə əlaqələndirmək olar. ANS/Me məsafəsində isə hər üç qrupda artma olduğu görülmüşdür. Monoblok və monoblok Hg qruplarında SN/GoGn bucağı böyüməsə, ANS/Me uzunluğunun artması şübhəli görünə bilər. Me nöqtəsində aşağı istiqamətdə bir yerdəyişmə olsaydı bu SN/GoGn bucağının böyüməsinə səbəb olmalı idi. Bucağın böyüməməsinə həm Me həm də Go nahiyyələrində olan sümük appozisiyası və mandibulanın paralel alçalmasıyla əlaqələndirmək olar.

Bəzi tədqiqatçılar, Herbst aparatıyla aparılan müalicələrdə SN/GoGn bucağındakı böyümənin maksilla müstəvisində yaranan rotasiya ilə əlaqəli olduğunu bildiriblər. Bunun qarşısının alınma bilməsi üçün isə Herbst aparatıyla birlikdə Hg istifadə etməyi məsləhət görülür (7).

Tədqiqatda, SN/GoGn, PL/ML bucaqlarında və ANS/Me məsafəsində müalicə başıyla müqayisədə müalicə sonunda statistik səviyyədə fərq görülürkən, SN/PL bucağında görülməmişdir. Böyümə-inkişaf və aktivatorların təsiriylə maksilla müstəvisində əhəmiyyətli bir rotasiya meydana gəlmədiyini görürük.

NƏTİCƏ

Aparat dizaynı maksillanın rotasiyasına deyil mandibula rotasiyasına təsir edir.

Əkiz blok aparatıyla müqayisədə monoblok aparatında vertikal inkişafı daha yaxşı kontrol etmək olur.

Ağızıxarici aparat istifadəsi mandibula rotasiyasını kontrol etmək baxımından əhəmiyyətli deyil.

ƏDƏBİYYAT

1. Novruzov Z.H. II Sınıf anomaliyalarının klinikası və müalicə üsulları. 2011, Tədris metodik vəsait
2. McNamara JA, Hugu SA. The functional regulator (FR3) of Frankel, American Journal of Orthodontics, 1985, 409-442
3. Tümer N and Gültan AS. Comparison of the effects of monoblock and Twin-Block appliances on the skeletal and dentoalveolar structures, Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1999, 460-8
4. Levin RI. Activator headgear therapy, American Journal of Orthodontics. 1985, 91-109
5. Lehman R, Romuli A, Bakker V. Five-year treatment results with a headgear-activator combination, European Journal of Orthodontics. 1988, 309-318
6. Sing GD, Hodge MR. Bimaxillary Morphometry of Patients with Class II Division 1 Malocclusion Treated with Twin Block Appliance, Angle Orthodontist. 2002, 402-409
7. Hagg U, Du X, Rabie BM, Bendeus M. What does headgear add to Herbst treatment and to retention? Seminars in Orthodontics. 2003, 57-66

РЕЗЮМЕ

Цефалометрическая оценка влияний на вертикальную высоту лица аппаратов twinblok и monoblok, применяемых при лечении аномалий II класса

Новрузов З.Г., Гадимли Ч.Дж.

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Чаще встречаемые среди населения аномалии II класса являются причиной различных форм лица. В литературе указывается, что расположение мандибулы позади нормы является частой причиной возникновения II класс I подкласса скелетного генеза. При лечении аномалий II класса со слабо развитой мандибулой широкое распространение нашло применение функциональных аппаратов. К примеру можно указать Bionator, Frankel, Monoblok, Twinblok, Herbst и другие аппараты.

Целью исследования является сравнение влияний на вертикальную высоту разных методов, применяемых при лечении II класс I подкласса. Исследование было проведено на больных с аномалией II класс I подкласса скелетного генеза. I группу составили 21 больной (11 девочек, 10 мальчиков) со средним возрастом 13 лет, леченных комбинированно twinblok и Hg. 2 группу составили 17 больных (10 девочек, 7 мальчиков) со средним возрастом 12 лет, леченных аппаратом monoblok. А 3 группу составили 16 больных (9 девочек, 7 мальчиков) со средним возрастом 12 лет, леченных комбинированно monoblok и Hg.

В результате было выяснено, что дизайн аппарата влияет на ротацию мандибулы. Вертикальное развитие лучше можно контролировать аппаратом monoblok. Бесполезно применять внеротовые аппараты для контролирования ротации мандибулы.

SUMMARY

The cephalometric analysis of the effects of twinblock and monoblock appliances used in class II malocclusions on vertical height

Novruzov Z.H., Gadimli Ch.C

Azerbaijan Medical University, Department of Pediatric dentistry

Class II malocclusions which are frequently encountered in the population are the cause of different face types. In the literature it has been stated that Class II Division 1 malocclusion occurs most frequently with the retruded mandibula. Various appliances have been used in the treatment of skeletal Class II cases originating from mandibular retrusion. Bionator, Frankel, Activator, Monoblock, Twinblock and Herbst appliances are some examples.

The aim of our study is to compare the effects of different methods used in the treatment of Class II Division 1 malocclusions on vertical height measurements.

The study comprises patients with skeletal Class II Division 1 malocclusion. The first group consisting of 21 patients (11 girls, 10 boys) has been treated with twinblock appliance and has an average age of 13, the second group consisting of 17 patients (10 girls, 7 boys) has been treated with monoblock appliance and has an average age of 12, the third group consisting of 16 patients (9 girls, 7 boys) has been treated with monoblock-Headgear combination and has an average age of 12.

The results show that the appliance design inserts an effect on mandibular rotation and vertical development can be controlled better with the monoblock appliance. Extraoral apparatus application isn't statistically effective in controlling mandibular rotation.

STATE REGULATION OF MEDICAL AND PHARMACEUTICAL ACTIVITY IN IRAN

Mikaeili Khyavi Rahman

Dissertant of the Department of Pharmaceutical technology, economy and organization of Azerbaijan Medical University

The main purpose of the realizing of the pharmaceutical service is caring the health of the people. Because of that reason great attention is given to the state regulation of Pharmacy. Government is regulating these relations by using law, economical, administrative methods directed the health care [1].

Our purpose to study mechanism of the state regulation in pharmaceutical and medical in Iran Islamic Republic. For reaching that purpose we've got acquainted with the activating structures of the services and provisions existing in the health system and provided the information in article. Provide the cause of all persons providing health care expansion and development of the country through Health Services and Education [2].

Health:

1. Important health promotion services;
2. Develop measures of preventing physical and mental disabilities;
3. Services increase the country's health system network;
4. Development and intensification of public places and health control and distribution centers, sales preparation and storage of food;
5. Development of environmental health in rural operations;
6. Development activities related to providing safe drinking water in villages;
7. Development of dental services in rural and urban areas;
8. Improved nutrition of pregnant mothers and lactating women and children development control;
9. Nutritional quality of the country.

Treatment:

1. Led to increased community access to health facilities;
2. Create general fitness levels of treatment



services, and specialized subspecialty country;

3. Prevent the uncontrolled consumption of drugs;
4. Providing scientific expertise and promote continuing education of physicians and medical society;
5. Primary treatment centers to increase efficiencies and optimal use of capacity and human resources;

6. Causes and activities providing non-public sector participation in investments.

Medical Education and Research:

1. Strengthening and deepening the students cultural aspects of religious knowledge and Islamic values in their;
2. Increase public participation in developing education and research;
3. Adapt curriculum content of different fields of educational and community needs resulting from the development needs of Science and Technology;
4. Qualitative and quantitative indicators to improve education, especially higher education and MS;
5. Providing equal opportunities for talented candidates to access training;
6. Development duties and powers of the Board of Trustees and university educational institutions and governmental research;
7. Building coupled with research training in all educational levels;
8. Improve the qualitative and quantitative indicators research.

Analysis of the carried out works:

- develop and deliver policies, determine policy and planning activities relating to medical manpower training, research, health services - therapy, medication, social welfare and social security;
- providing public health and its promotion

through health programs, especially in the field of environmental health, combating diseases, nutrition and family planning, oral health, general health education, health, work, schools and health workers with emphasis on priority primary health care, especially maternal and child health cooperation and coordination with relevant units;

- Create coordinated system of health and medical education and expand the integrated network of health;

- determine the degree and educational levels required for approval of the country's Supreme Cultural Revolution Council and manpower training programs in medical groups to achieve self-sufficiency;

- fundamental and applied research in the medical field masses and areas of health and development to create institutions and medical research units and supervise and coordinate research programs, medical research institutes;

- Planning for appropriate and equitable distribution of manpower and other facilities (medical education and health facilities) countries with emphasis on priority health needs of deprived areas and require;

- providing all necessary facilities for the enjoyment of health services in some facilities by creating and expanding government health centers and improve their standards and the use of charities and private sector cooperation and various health insurance;

- finance people using credit, insurance, income assistance and special and popular participation;

- providing essential services to the physically disabled, mental, social, and supportive measures for children before school age and elderly people and orphans and families in need and encourage good people and private institutions to provide these services;

- providing essential services to the physically disabled, mental, social, and supportive measures for children before school age and elderly people and orphans and families in need and encourage good people and private institutions to provide these services;

- standards to determine and declare: A - Health Services, Welfare, Drug; B - pharmaceuticals, food, drinking, health, cosmetics, labora-

tory equipment, consumables and supplies, and medical and rehabilitation; C - All institutions and health service units - manufacturing and materials related to the services mentioned.

- calculate the cost basis to determine diagnostic and therapeutic services, pharmaceutical, social welfare and determined rents in the public sector and NGOs to determine fees and free informal training in different fields of medical sciences;

- determine criteria to evaluate, monitor and control programs and services and research units and educational institutions, health and welfare and conduct the affairs according to the relevant standards;

- rules relating to entry, manufacturing, storage, issuance, use and disposal of raw materials biological drugs, food, drinking, health, cosmetics and pharmaceutical products and laboratory equipment and supplies and medical consumables and rehabilitation, and evaluation and surveillance. These criteria;

- conducted research on traditional medicine and the study and research in the field of medicinal properties of plants and facilities provided and the use of herbal medicines and adequate training in these areas and creating suitable centers for traditional medicine.

Pharmaceutical care.

The pharmaceutical industry in Iran began in its modern form in 1920 when the Pasteur Institute was founded. Iran has a well-developed pharmaceutical production capability, however, the country still relies on imports for raw materials and many specialized drugs. The standards regarding pharmaceutical products in Iran are determined and modified by the Pharmacopeia Council [3].

Iran's Ministry of Health and Medical Education (MOHME) has a mission to provide access to sufficient quantities of safe, effective and high quality medicines that are affordable for the entire population. Since the 1979 revolution, Iran has adopted a full generic-based National Drug Policy (NDP), with local production of essential drugs and vaccines as one of the main goals. Iran has since produced a wide range of pharmaceuticals drugs for the treatment of diabetes, infection and depression. The Islamic Republic of Iran is the first country in the East Mediterranean region

which has the technical and scientific capability to export vaccines to various world countries.

Pharmaceutical market

In 2006, 55 pharmaceutical companies in Iran produce more than 96 percent (quantitatively) of medicines on the market, worth \$1.2 billion annually. Iran's pharmaceutical market is estimated to be worth \$1.87 billion (2008), \$2.31 billion (2009) and \$3.65bn by 2013 (projected). The drug market in Iran is heavily in favour of generic medicines, which contributed US\$1.23bn to the total in 2009, with patented drugs at US \$817mn and OTC medicines at US\$262mn.

The market share of local production (value-wise) has declined from 85.2% to 63.4% over the past 8 (Iranian) years (2009). In this period the value of importation has jumped from 14.8% to 36.6%. Iran plans to become self-sufficient in biotech medicines production within 4 years.[54] The government imposes 90% tariff on the import of drugs. In 2009, 1.8 million units of "pharmaceutical products" worth \$1.2 billion were imported into Iran [4].

Pharmaceutical companies

There are 92 companies in Iran that are active in the pharmaceutical industry. Although over 85 percent of the population use an insurance system to reimburse their drug expenses, the government heavily subsidizes pharmaceutical production/importation in order to increase affordability of medicines, which tends also to increase overconsumption, overprescription and misuse of drugs, such as antibiotics. The regulatory environment of the country is rather strict on the import of drugs and pharmaceuticals towards companies that intend to enter into the market for the first time. The Ministry of Health and Medical Education is the main stakeholder of pharmaceutical affairs in the country. The Social Security Investment Co. (SSIC), Iran's largest holding company, which is affiliated to the Ministry of Welfare, presently owns and controls 22 pharmaceutical manufacturing companies and possesses a 40% share of total pharmaceutical production in Iran [5].

The leading pharmaceuticals company is Darou Pakhsh, which is majority-owned by the Social Security Organization. The company manufactures, distributes, imports and exports finished products and pharmaceutical raw materials. Darou

Pakhsh has an annual turnover of US\$400m and claims to have the largest research and development operation of any Iranian drug firm. The company formed a plasmapheresis joint venture with a German medical firm, Biotest AG, in early 2004. As of 2010, 50% of raw materials and chemicals used in the drug manufacturing sector are imported.

Innovation and generic production.

The new drugs launched in Iran for the treatment of MS include an inter-feron beta-1b by Cinnagen. Gamma Immunex (recombinant interferon beta 1), Pegaferon (recombinant pegylated interferon (PEG-IFN)) and regenerative human factor VIII are among other recombinant-based medication made in Iran. Iranian researchers are going to produce eight new recombinant drugs by March 2011. Iran mass produces MS drug Ziferon. A generic version of fingolimod by Novartis has been launched as well as a biosimilar version of EMD Serono's Rebif. Iranian researchers have developed 41 types of anti-cancer medications over the next six months, overcoming the need for importing pricey cancer drugs from abroad by 2011.

In recent years several drugmakers are gradually developing the ability to innovate, away from generic drugs production itself. Iranian pharmaceutical manufacturers are disadvantaged by the government's poor intellectual property protection regime and because of lack of foreign direct investment.

Depending on sources between 2,000 and 7,500 plant species are grown in Iran; only 100-300 of which are being used in pharmaceutical industries. Iran has 80 percent of the world medicinal herbs. Due to lack of required technology, they are exported raw and in limited quantities to foreign markets [6].

Top 10 local manufacturers

- Darou Pakhsh Pharmaceutical Manufacturing Co.
- Farabi Pharmaceutical Co.
- Jaber Ebne Hayyan Pharmaceutical Co.
- Exir Pharmaceutical Co.
- Cosar Pharmaceutical Co.
- Tehran Chemie Pharmaceutical Co.
- Loghman Pharmaceuticals
- Daana Pharmaceutical Co.
- Alborz Darou Pharmaceutical Co.

- Chemi Darou Industrial Co.
- Top 5 import agencies
- Cobel Darou
- Akbarieh
- Behestan Darou

- Shafayb Gostar
- Jahan Behbood

So, in the introduced article in the medicine and pharmacy state regulation system is activating according to the introduced information.

REFERENCES

1. Azarnoosh M. Another Look at the Generic Scheme (part 1). Razi Magazine. 2001; 10: 34-48
2. Basmenji K. Iranian Pharmaceutical Sector During the First Five-Year Development Plan (part 1). Payam-e-Emrooz Magazine. 2005; 6: 63-9
3. Dinarvand R. Iran: An Evolving National Drug Policy. Essential Drug Monitor. 2006; 22: 2-10
4. National Pharmaceutical Statistics. Statistics for the Fiscal Year: The Iranian Year Ending, March 1998. Ministry of Health and Medical Education; 1991: 9
5. Siamak-Nejad F. Subsidizing the Pharmaceuticals in Iran. Razi Magazine. 1998; 9: 3-7
6. Zomorrodian A. Bottlenecks of the Production of Pharmaceutical Ingredients in Iran. Razi Magazine. 1989; 8: 33-40

РЕЗЮМЕ

РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИРАНЕ

Микаэли К.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра фармацевтической технологии, организации и экономики фармации

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых аспектов государственного регулирования медицинской и фармацевтической деятельности в Иране. В условиях рыночных отношений во многих странах сформировалась новая система здравоохранения, состоящая из учреждений государственной и частной собственности, то есть получило развитие многосубъектность и многообъектность в управленческих отношениях как в системе здравоохранения, так и в фармации. Все это привело к возрастанию роли государственного регулирования и необходимости дифференциации механизмов управления и регулирования, как способ воздействия государства на систему здравоохранения и фармации. В статье обобщены и приведены сведения по механизмам государственного управления и регулирования медицинской и фармацевтической деятельности в Иранской Исламской Республике.

Выявлены наличие сходных тенденций и механизмов их реализации на различных этапах развития медицинской и фармацевтической деятельности.

XÜLASƏ

İRANDA TİBB VƏ ƏCZAÇILIQ FƏALİYYƏTİNİN TƏNZİMLƏNMƏSİ

Mikaeili K.R.

Azərbaycan Tibb Universitetinin əczaçılıq texnologiyası, itisadiyyatı və təşkili kafedrası.

İşin məqsədi İranda tibb və əczaçılıq fəaliyyətinin bəzi aspektlərinin tənzimlənməsinin öyrənilməsidir. Bazar münasibətləri şəraitində bir çox ölkələrdə səhiyyədə yeni sistem formalaşmışdır, buda dövlət və özəl mülkiyyətinin çoxsübjektli və çoxobyektli olması ilə əlaqədar olub idarəolunma münasibətlərinə tibb və əczaçılıqda öz əksini tapır.

İdarəetmə mexanizmlərində və tənzimlənməsində differensasiya ehtiyacı duyulur və bütövlükdə bir vasitə kimi tibb və əczaçılıq sistemində dövlətin nəzarətini artırır.

Məqalədə İran İslam Respublikasında tibb və əczaçılığın fəaliyyətinin dövlət idarəetmə və tənzimlənmə mexanizmlərinin ümumi məlumatları təhlil olunub və təqdim olunur. Tibb və əczaçılıq fəaliyyətinin inkişaf mərhələləri müxtəlif etaplarda eyni tendensiya və həll olma mexanizmləri aşkarlanıb.

DIŞ ƏTİNİN RETRAKSIYASI

A.İ. Tağıyev, R.R. Şahmuradov, Ə.A. Əliyev

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası



Ortopedik stomatologiyada müxtəlif konstruksiyalı qapaqlardan istifadə etməklə müalicə zamanı diş ətinin retraksiyası vacib şərtlərdən biridir. Belə ki, dayaq dişinin sərt toxuması yonulan zaman estetik minimumu təmin etmək üçün dişin boynunda yaradılan pillənin diş əti cibi nahiyəsində yerləşməsi daha məqsədəuyğundur. Bu səbəbdən diş ətinin retraksiyasına ehtiyac duyulur. Qapağın kənarı diş əti altında yerləşəndə estetik tələblərə cavab verir, diş tacı hündürlüyünün və sahəsinin artması nəticəsində retensiya yaxşılaşır ki, bu da öz növbəsində fiksasiyanı gücləndirir.

Müxtəlif retraksiya üsullarının olmasına baxmayaraq, öz-özlüyündə retraksiya keyfiyyətli ölçünün alınmasında da böyük rol oynayır. Bu prosedurun çətinliyi ölçü materialı üçün kifayət qədər yerin təmin olunmasıdır. Tədqiqatlarda göstərilir ki, 0,2-0,4 mm retraksiya sapları çıxarılan kimi yaranan məsafə ölçü materialı üçün kifayət edir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, retraksiya üsulundan asılı olmayaraq, retraksiya parodont toxumalarının zədələnməsinə səbəb olur. Normada sağlam parodont toxuması yüngül zədələnmə zamanı epitelial birləşmə sərhədində reparasiya qabiliyyətinə malikdir (şəkl. 1).

Bunu nəzərə alaraq, parodontun yüngül zədələnməsi zamanı ortopedik müalicənin sonrakı mərhələsində

əmələ gələn fəsadların vaxtında qarşısını almaq zəruriyyəti yaranır. Normal sağlam parodontun epitelial toxumasının yüngül zədələnməsi zamanı bitki mənşəli dərman preparatlarından istifadə etməklə parodont toxumasının reparasiya qabiliyyətini sürətləndirmək olur.

Diş əti retraksiyası mexaniki, kimyəvi və cərrahi üsullarla mümkündür. Mexaniki üsul digər üsullardan istifadə olunan materialların müxtəlifliyi ilə seçilir. Bu materiallara ipək, pambıq sapları, silikon kütlələr və mis halqalar aiddir. Bu üsullardan bir çoxu diş ətinin kifayət qədər retraksiyasını təmin etmir və diş ətinin zədələnməsinə səbəb olur. Mexaniki-kimyəvi üsul- hemostatik məhlullarla hopdurulmuş retraksiya saplarından istifadə etməklə yerinə yetirilir. Hemostatik məhlullara adrenalin, $AlCl_3$, Al_2SO_4 və bunların kombinasiyasını göstərmək olar. Retraksiyanın cərrahi üsuluna diş əti yarığının bor və ya elektroskalpel cərrahiyyə ilə işlənməsi aiddir.

Retraksiyanın aparılması üçün dişin yonulması zamanı parodontun zədələnməməsi və sağlam olması vacib şərtidir. Yumşaq toxumaların preparasiyası üsulu əsasən həkimin səriştesindən və diş ətinin selikli qişasının növündən asılıdır. Optimal nəticə almaq üçün minimal invaziv üsul istifadə olunmalıdır. Beləliklə, mexaniki və mexaniki-kimyəvi üsulların tətbiqi məsləhətdir, bor və elektroskalpelin istifadəsindən isə çəkinmək lazımdır, bu klinik mürəkkəblik və gözlənilməz nəticələri ilə əlaqədardır.

Diş ətinin retraksiyasını şaquli (apikal) və üfüqi növlərinə bölmək olar (şəkl.2). Apikal retraksiya zamanı stomatoloq son pozisionlaşdırmanı və preparasiya olunma sərhəddini işləyə bilər. Üfüqi re-



Şəkil 1. Diş ətinin retraksiyasından sonrakı vəziyyət

traksiya keyfiyyətli ölçünün alınmasına şərait yaradır.

Hər iki retraksiya növünü almaq üçün ənənəvi olaraq, ikiqat retraksiya sapından istifadə edirlər. Kiçik diametrli saplar diş ətinin apikal yerdəyişməsinə, böyük diametrli saplar isə üfüqi yerdəyişməyə gətirib çıxarır. Sonuncular ölçü materialını daxil etməzdən bilavasitə əvvəl çıxarılmalı, birinci isə çıxarılmadan ölçü götürülməlidir. Stomatoloqlar müxtəlif retraksiyon sapların xüsusiyyətlərini və onların müxtəlif ölçü materialları ilə qarşılıqlı təsirini bilməlidirlər.



Şəkil 2. Üfüqi retraksiya

Retraksiyon sapları yundan, ipəkdən və sintetik liflərdən hazırlayırlar. Onlar burulmuş, hörülmüş və ya toxunmuş; yumşaq və ya kip olurlar. Yumşaq saplar nisbətən asan quraşdırılır, diş əti yarığının mayesini və kimyəvi məhlulları yaxşı hopdurur, həmçinin, daxil edilən və çıxarılan zaman asanlıqla liflərə parçalanır və dişin yonulması zamanı bora dolaşırlar. Kip saplar üfüqi yerdəyişmə üçün daha rahatdır, maye hopduran zaman liflərə ayrılmağa qarşı dözümlüdür, daha möhkəmdir. Amma bu sapların yerləşdirilməsi yumşaq saplara nisbətən çətinidir, həmçinin, absorbsiya qabiliyyəti aşağıdır.

Retraksiya etməkdən öncə praktiki stomatoloqlar retraksiyon sapların seçiminə gələndə, selikli qışanın növünü və dişətinin vəziyyətini nəzərə alıb ölçü götürmək üsulunu təyin etməlidir.

Alveolyar sümüklə diş ətinin münasibəti normal olduqda parodont zədələnmələrə qarşı az hissiyyətli olur, ölçü götürüləndə baş verən zədələnmə tez bir zamanda bərpa olurlar. Bu vəziyyətdə 2 sap texnikası daha yaxşıdır.

Alveol darağının dərin yerləşməsində və nazik selikli qışa ilə işlədikdə çox ehtiyatlı olmaq lazımdır. Ən nazik sap və təzyiq olmadan ölçü götürmək lazımdır. Əks halda selikli qışa vəziyyətini dəyişəcəkdir.

Alveol darağının hündür yerləşməsində toxumalar mülayim hissiyyətə malikdirlər, bu vəziyyətdə 1 sapdan istifadə etmək məsləhətdir. Bu halda təzyiq bioloji enin dəyişməsinə səbəb olur.

Nazik selikli qışada resessiya riski daha böyük olduğundan, apikal retraksiya üçün hopdurucu maddələrdən istifadə etmədən, kip və ya toxunulmuş nazik retraksiyon saplardan ultrapak N000 istifadə etmək məsləhətdir. Qalın selikli

qışalarda iki sap üsuluna üstünlük verilir. Ancaq poliefir ölçü materiallarından istifadə etdikdə alüminium-xloridin bu ölçü materialına mənfi təsirini nəzərə alıb nahiyyəni güclü su ilə yumaq lazımdır.

Ölcü almazdan əvvəl ikinci retraksiyon sapın yeridilməsi diş ətinin horizontal yerdəyişməsinə kömək edir.

Əgər diş ətrafında bir necə nahiyyədə vizualizasiya pozulubsa, yumşaq toxumaları genişləndirici effektə malik kaolin və alüminium xloridin kombinasiyasından ibarət Ekspasil tam üfüqi yerdəyişməyə şərait yaradır. Bu preparat rahat kapsullarda istehsal olunur və xüsusi nazik kanyulalı şprislə diş əti yarığına yeridilir. Maye ilə təmasda olanda diş əti yarığını genişləndirir. Alüminium xloridin istifadəsi zamanı ölçü, xüsusən, poliefirlə ölçü götürüləndə, yaxşı yuyulmalıdır. Ekspasil tək sap metodikasında çox effektivdir, lakin özü-özlüyündə (sapsız) keyfiyyətli ölçü almaq üçün kifayət qədər retraksiya vermir. Həmçinin, bu halda stomatoloq diş əti altında preparasiya sərhəddini, onu zədələmədən təyin edə bilmir.

Üç fərqli retraksiyon pastalar mövcuddur: Ginqi Trac (Centrix), Magis Foam Cord (Coltene/Whaledent) və Expasil (Pierre Rolland). Nazik selikli qışa və hündür olmayan alveol darağı olan dişlərdən ölçü götürəndə ancaq pastadan istifadə etmək məsləhətdir.

Normal və hündür alveol darağı olan qalın selikli qışada tək hopdurulmuş sapdan (000 Ultrapak) və retraksiyon pastadan istifadə edib ölçü almaq olar.

Pastalardan istifadə etdikdə, onların ağız boşluğunda saxlama müddətinə riayət etmək vacibdir.

PERİODONTİTLƏRİN DESTRUKTİV FORMALARININ MÜALİCƏSİNDƏ KÖK PLOMBLARININ EFEKTİVLİYİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Qasimov R.K., Bayramov Q.R.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Terapevtik stomatologiya kafedrası, Bakı ş.



Son illər periodontitlərin müalicəsində müxtəlif kök plomblarından geniş istifadə olunur. Müalicənin tam effektivliyinə nail olmaq üçün hər bir kliniki formaya uyğun kök plombunu seçmək daha məqsədə uyğundur [1,2].

Zirvə periodontiti zamanı alveol sümüyün destruksiyasının etiopatogenetik mexanizmlərinə, mikroorqanizmlərin və kök kanallarından nekrozlaşmış toxumaların daima daxil olması aiddir. Bu səbəbdən periodontitin müalicəsinin effektivliyi kök kanallarının keyfiyyətli obturasiyası ilə müəyyən edilir.

Müasir stomatologiyada kök kanallarının plomblanması üçün yeni materiallar – quttaperça şiftləri, Termafil obturatorları müvəffəqiyyətlə istifadə olunur [3,4,5].

Hazırkı tədqiqatın məqsədi periodontitin müalicə effektivliyinin öyrənilməsi, kök kanallarının ənənəvi üsulla (endometazon pastası ilə) və müasir standartlara cavab verən üsullarla (quttaperça şiftlərinin lateral kondensasiyası, Termafil sistemi ilə) plomblanması zamanı dağılmış periapikal strukturların vəziyyətinin dinamikasını müqayisəli səciyyələndirməkdir.

Material və metodlar

Kliniki və rentgenoloji diaqnoz zamanı xroniki apikal periodontitlə 36 pasientdə 45 dişin (33 – birköklü, 12 – çoxköklü) müalicəsi aparılmışdır. 36 halda qranulyasiyalaşan, 9 halda isə – qranulematoz proses qeyd edilmişdir.

Apikal periodontun vəziyyəti rentgenoloji qiymətləndirilmiş və PAI aşağıdakı periapikal indeksə əsasən ballarla göstərilmişdir [6]:

1 bal – normal zirvə periodontu;

2 bal – apikal periodontiti bildirən sümüyün struktur dəyişiklikləri;

3 bal – minimal hissənin itirilməsi ilə sümüyün struktur dəyişiklikləri;

4 bal – sümüyün nəzərə qarpan şəffaflığı;

5 bal – sümüyün struktur dəyişikliyi bildirən histoloji xüsusiyyətlərin olması;

30 halda apikal periodontun vəziyyəti 3 balla, 5 halda – 4 balla qiymətləndirilmişdir. PAI-nin orta göstəricisi 3,33 bal təşkil etmişdir.

Dişlərin müalicəsi bir seansda kök kanallarının mexaniki təmizlənməsi, onların Step back və ya Step back üsulunun Crown down üsulu ilə birgə Canal+, Parcan (Septodont) preparatlarından istifadə etməklə genişlənməsi və formalaşdırılması ilə aparılmış [7]. Mexaniki işlənmə apeks-lokator vasitəsilə və rentgenoloji üsullarla nəzarət edilib. Kök kanallarının antiseptik işlənməsi üçün Crezofen (Septodont) istifadə edilmişdir.

Kök plombları kimi tərəfimizdən endometazon pasta (18 dişdə), quttaperça şiftləri və AH-26 silantla, Termafil obturatorları (27 dişdə) seçilmişdir. Plomblanmadan dərhal sonra kök kanallarının doldurulması keyfiyyətinin rentgenoloji nəzarəti aparılmışdır.

Müalicənin nəticələri kök kanallarının plomblanması zamanı və sonra ağrı hissiyyətinin olub və ya olmamasına, həmçinin rentgenoloji – kök kanallarının plomb materialı ilə doldurulmasının keyfiyyətinə əsasən qiymətləndirilmişdir.

Dağılmış periapikal strukturların regene-



rasiyası uzun müddət ərzində baş verdiyinə görə, aparılmış müalicənin effektivliyi tərəfimizdən dinamikada (müalicədən 9-12 ay sonra) qiymətləndirilmişdir. Periapikal strukturların vəziyyəti rentqenoqrammaya əsasən və periapikal indeksin hesablanması köməyi ilə qiymətləndirilmişdir.

Nəticələr:

Müşahidələrimizə əsasən, dişlərin quttaperça ştiftləri ilə müalicə olunan zamanı və dərhal sonra 36 pasientdən 21-sində də ağrı hissiyatı olmamışdır. Kök kanallarının plomblanması zamanı ağrı 15 xəstədə qeyd edilmişdir: Termafil obturatorların istifadəsi zamanı (9 halda) və kök kanallarının endometazon pastası ilə artıq dərəcədə plomblanması zamanı (6 halda).

Kök kanallarının obturasiyası məqsədilə quttaperça şiftlərinin və Termafil sisteminin istifadəsi periapikal toxumaların daha çox regenerasiyasına səbəb olur ($P < 0,05$).

Eyni zamanda, kök kanallarının plomblanması üçün seçilən materialın destruksiya ocağının rentgenoloji dəyişikliklərinin müxtəlif xarakteri qeyd edilmişdir. Termafil obturatorların və quttaperça şiftlərin istifadəsi zamanı sümük toxumasının möhkəmliyinin artması bütün destruksiya ocağı üzrə aşkarlanır, kök kanallarının endometazon pastası ilə plomblanması zamanı isə – seyrəlmə yalnız ocağın periferiyası üzrə müşahidə olunur. Bundan başqa, kökün zirvəsindən çıxan endometazon pastanın qalığı sorulmur, bu

Cədvəl 1.

Dişlərin periapikal indeksinin göstəricilərinin dinamikası ($M \pm m$)

Kök plomblama materialları	PAI göstəricisi (ballarla)		Dürüslük, P
	Əsas göstəricilər (müalicədən əvvəl)	9-12 ay sonra (müalicədən sonra)	
Endometazon pastası	$3,33 \pm 0,26$	$2,33 \pm 0,28$	$< 0,05$
Quttaperça şiftləri	$3,3 \pm 0,25$	$1,44 \pm 0,28$	$< 0,01$

Qeyd: P dürüslük dərəcəsi PAI-nın göstəricilərinə əsasən hesablanmışdır.

Ağrı hissiyatı olan bütün hallarda rentgenoloji müşahidə zamanı zirvədən pastanın çıxması müşahidə edilmişdir. Lakin kök kanallarının zirvə dəliyinə qədər plomblanması zamanı ağrı hissiyatı olmamışdır. Kök kanallarının Termafil obturatorları və quttaperça şiftləri ilə plomblanması zamanı 6 halda müalicədən bir gün sonra dişdə sızıldayan ağrı qeyd edilmişdir, lakin zirvədən kənar plomblanma rentgenoloji müayinədə qeyd edilməmişdir.

Təkrar müayinələr zamanı pasientlərin şikayətləri olmamışdır və müalicə olunan dişlərin kliniki vəziyyəti effektiv endodontik müalicənin meyarına uyğun gəlmişdir [5].

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, müalicədən 9-12 ay sonra PAI-nın göstəriciləri dürüst olaraq iki halda da azalır (lakin eyni dərəcədə deyil) və kök plomblarının növündən asılıdır.

hallarda isə sümüyün regenerasiyasına təzahür edilmir.

Beləliklə, destruktiv periodontitin müalicəsi zamanı kliniki sağalma bütün pasientlərdə müşahidə olunur. Lakin, periodontitin effektiv müalicəsinin obyektiv meyarı olan destruksiya ocaqlarının rentgenoloji dəyişikliklərinin dinamikası, kök kanallarının quttaperça şiftlərinin lateral kondensasiyası üsulu və Termafil obturatorları ilə plomblanması zamanı apikal strukturların regenerasiyası daha çox müşahidə edilir.

Nəticə olaraq, periodontitin destruktiv formalarının müalicəsi üçün qeyd olunmuş materialların istifadəsi daha effektivdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Дубова М.А., Шпак Т.А., Корпетова И.В. Современные технологии в эндодонтии. Учебно-методическое пособие. Санкт-Петербургский государственный университет, 2005, 90 с.
2. Жохова Н.С., Макеева И.М. Клинический опыт распломбирования корневых каналов, obturированных с использованием гуттаперчи // Клини. стоматология, 1998, №1, с. 22-23.
3. Рабинович И.М. Адекватность пломбирования корневых каналов и ее значение в клинике // Клини. стоматология, 1998, №2, с. 28-30.
4. Хоменко А.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы. Москва, «Книга плюс», 2002.
5. Максимовский Ю.М. Эндодонтия и сохранение функции зуба // Новое в стоматологии. 2001, № 6, с. 3-6
6. Gambarini G., Laskiewicz J. Efficacy of GT. Rotary Files (instrumentation): a scanning electron microscopies study // International Endodontic Journal, 2002.
7. Ахмедбейли Р.М. Эндодонтия: современная техника и аспекты повышения эффективности эндодонтического лечения. Учебно-методическое пособие, Баку-2000, 45 с.

РЕЗЮМЕ

Оценка эффективности корневых пломб при лечении деструктивных форм периодонтита

Гасымов Р.К., Байрамов Г.Р.

Кафедра терапевтической стоматологии АМУ

В результате проведенного лечения деструктивного периодонтита клиническое выздоровление наблюдается у всех пациентов.

Однако динамика рентгенологических изменений очагов деструкции, являющаяся объективным критерием эффективности лечения периодонтита, свидетельствует о большей выраженности регенерации периапикальных структур при пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов и obtураторами Термафил, на наш взгляд является эффективным.

SUMMARY

The estimate of effectiveness of the root stopping in the treatment of destructive periapical disease

Gasimov R.K., Bairamov G.R.

Therapeutic dentistry department of AMU

As a result of the treatment of destructive periapical disease, clinical recovery observed in all patients.

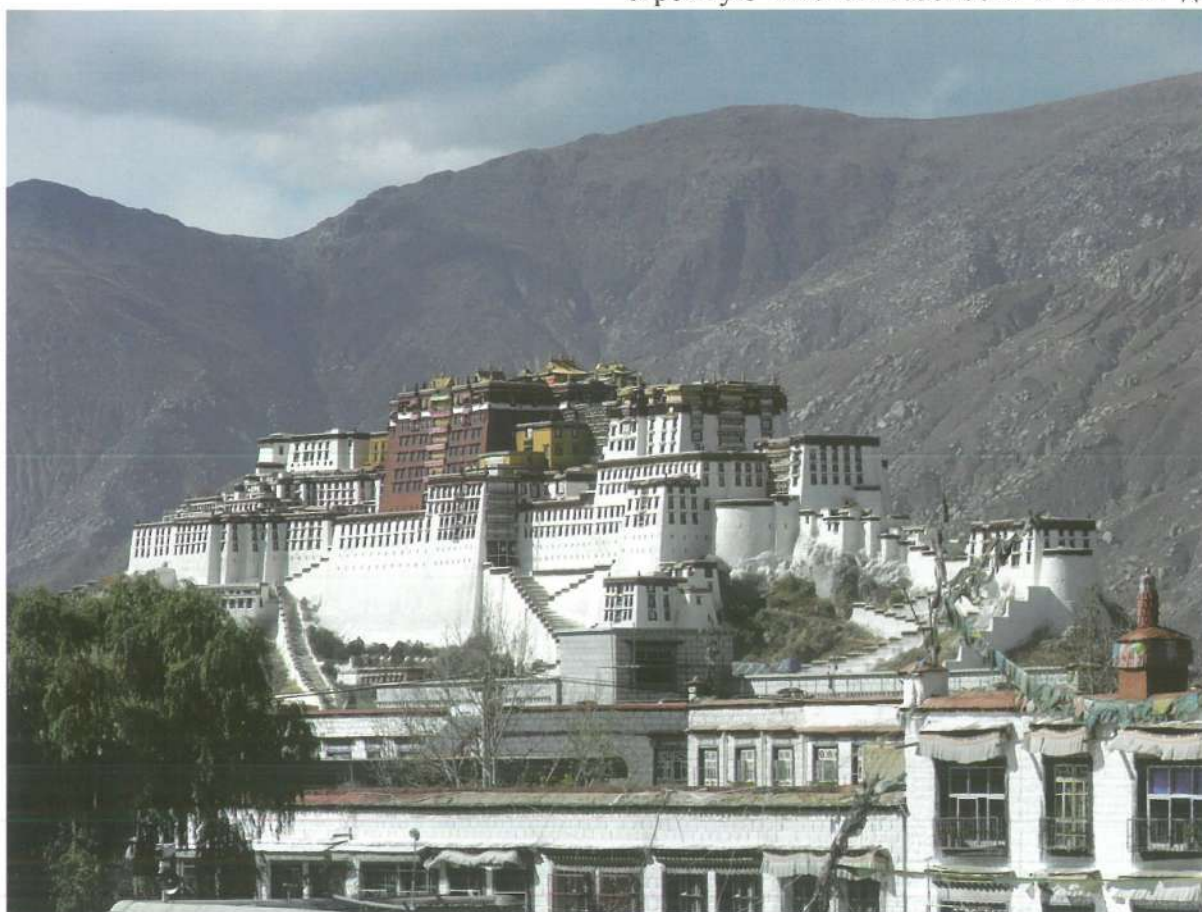
However, the dynamics of X-ray changes of destruction focus, is an objective criterion for the effectiveness of treatment of periodontitis, indicates greater severity of regeneration periapical structures with fillings for root canal by lateral condensation gutta-percha pins and Thermafil obturators, in our opinion is the most effective.

ИСКУССТВО ВОСТОЧНОГО ЦЕЛИТЕЛЬСТВА

Наблюдаемое невиданное развитие медицинской науки и практики ныне к XXI веку решило огромные задачи по спасению человечества от множества инфекционных заболеваний, по профилактике эпидемий, по восстановлению функций поврежденных органов и систем человека. Тем не менее решить проблему уменьшения заболеваемости во всём мире пока не удалось и как писал Сократ на склоне лет: «Я знаю одно, что я ничего не знаю», учёные-медики пристальнее обращаются к прошлому - к истокам восточной медицины.

Восточная медицина и фармакология являются важной составной частью блестящей культуры Востока.

Китайская традиционная медицина, отличающаяся заметным лечебным эффектом, национальной самобытностью, своеобразными методами диагностики и лечения, систематическими теоретическими положениями и богатейшей исторической документацией, имеет своё особое место в медицине мира и стала общим богатством сокровищницы мировой медицинской науки. Китайская медицина имеет многовековую историю, она проявляет свою огромную жизнеспособность и в наши дни.



Традиционная восточная медицина - это комплекс знаний, основанных на трудах китайской, персидской, бактрийской, тюркской, тибетской, индийской школ.

Она и современная медицина взаимно дополняют друг друга, что является спецификой и преимуществом традиционной медицины Китая.



Основные теоретические взгляды китайской медицины состоят в оригинальном познании плотных и полых висцеральных органов, меридианов и коллатералей, «Ци» и крови, жидкости тела, причины болезни и патогенеза.

Методы лечения китайской медицины- «четыре метода осмотра пациента» и изучение заболевания: визуальное (изучение цвета лица), слуховой (прослушивание голоса больного), устный (выяснение путём опроса состояния больного) и щупальный (ощупывание пульса).

Изучение заболевания означает процесс познания причины болезни путём анализа, индукции. Исследования и суждения на основе симптомов болезни и физических симптомов, замеченных через «четыре метода осмотра пациента» помимо основного метода лечения, опирающегося на применение лекарства, китайская медицина использует также иглоукалывание, массаж, дыхательную гимнастику «цигун» и некоторые другие самобытные приёмы лечения.

Тибетская медицина- это стройная система практических знаний, основанная на понимании взаимосвязи между разумом, телом, душой и внешним миром. Она рассматривает равновесие трёх основных жизненных систем (Слизь, Жёлчь, Ветер), отвечающих за здоровье ума, внутренних органов и внешнего покрова человека- кожи. На состояние этих жизненных систем, или конституций воздействуют внешние и внутренние факторы, в том

числе питание и образ жизни. Простые и одновременно уникальные в своей универсальности методики, такие как пульсовая диагностика, осмотр языка и глаз, применяемые тибетскими врачами для исследования состояния организма, позволяют, наряду с обычными методами диагностики поставить точный диагноз и назначить соответствующее лечение конкретному человеку.

Для восстановления динамического равновесия в организме человека тибетская медицина использует глубокий точечный массаж, иглоукалывание, прогревание полынным сигарами, фитопрепараты и другие методы. Традиционно при приготовлении лекарств, которые применяются тибетскими врачами в течение тысячелетий, учитывается воздействие того или иного препарата как на биохимическом, так и на энергетическом уровнях. Тибетские лекарства представляют собой препараты, состоящие порой



из десятков элементов. Очень важным свойством всех тибетских лекарств является то, что, приводя в состояние баланса все жизненные системы: Ветер, Слизь, Желчь (в последующих публикациях мы подробнее остановимся на сущности этих понятий), они не дают никаких побочных эффектов, не вызывают аллергических реакций и могут применяться в лечении даже маленьких детей. Все тибетские лекарства изготавливаются с особой тщательностью, уважением к природе, глубокое знание которой



является основой всей тибетской фитотерапии. Травы, используемые в лечебной практике, собираются в экологически чистых горных районах- средняя высота Тибетского плато 4,5-5,5 тысячи метров над уровнем моря. Тибет является самой высокогорной страной мира. С его вершин берут начало тысячи рек с чистой и прозрачной водой. Согласно традиции, у каждой лечебной травы существует свой «срок»: листья, лепестки, стебли и корни любого растения собирают в строго определенных местах, в определенный день, который всякий раз высчитывается по лунному календарю, и даже в определенное время суток.

Тибетская медицина- это не только медицинская система, в которой органически соединяется наука, искусство и философия. Тибетская медицина- это неотъемлемая часть философии буддизма, в которой огромное значение придаётся любви, состраданию, умению радоваться любым проявлениям жизни и контролировать свои эмоции во время сильных переживаний. Всё это в равной степени важно для здоровья и счастья человека.

Международный медицинский китайский центр «Тибет» был основан в Баку в 2006 году. Целью работы клиники было развитие китайской и тибетской медицинской традиции в Азербайджане.

Международный медицинский китайский центр «Тибет» работает в тесном сотрудничестве с Международным тибетским медико-фармацевтическим исследовательским институтом имени Деге в городе Пекине. По решению Китайского государства создана Международная Ассоциация Здравоохранения Тибетской Медицины, являющаяся окном Тибета в Пекине и выполняющая роль важной платформы для знакомства с тибетской медициной. Институт имени Деге обладает передовой техникой и богатым опытом, имеет свыше 60 врачей тибетской и китайской медицины. В состав института входит огромное подразделение фармацевтической индустрии, занимающееся возрождением, сохранением и развитием лекарственных средств тибетской медицины. Пекинский международный институт тибетской медицины посещают для лечения видные общественные и государственные деятели из США, Японии, Великобритании, Германии, России, Турции, Казахстана, Китая и других стран.



Международный медицинский китайский центр «Тибет», функционирующий в Баку по адресу улица Я.Бакуви 12, тел.(99412)4655243 и тесно сотрудничающий с Пекинским меж-

дународным институтом тибетской медицины, использует в своём арсенале все методы диагностики и лечения, принятые в тибетской и китайской медицине: акупунктура, акупунктура уха, точечный массаж, китайский массаж по точкам стопы, массаж Гуа-ша, моксотерапия (прогревание и прижигание), ар-доу (ушные свечи), фитотерапия и т.д.

Мы можем помочь, если вас беспокоят заболевания:

- центральной нервной системы: ДЦП, энцефалопатии, постинсультные парезы, головные боли (мигрени), нарушения сна, энурезы;
- периферической нервной системы: невриты, невралгии (тройничного и лицевого нерва);
- желудочно-кишечные: гастриты, колиты, холециститы, панкреатиты;
- опорно-двигательного аппарата: артрозы, артриты, искривления позвоночника, протрузии межпозвоночных дисков, остеохондроз, посттравматические заболевания;
- эндокринные: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, избыточный вес;
- нефрологические: пиелонефриты, циститы;

- бронхо-лёгочные: бронхиты, бронхиальная астма, фаринголарингиты, частые ОРВИ (снижение иммунитета);

- сердечно-сосудистые: ишемическая болезнь сердца, вегето-сосудистая дистония, гипертония;

- гинекологические;

- кожные: дерматиты, псориаз, крапивница;

- синдром хронической усталости.

Тибетская медицина тысячелетиями создавалась для служения человеку, для сохранения его здоровья и продления его жизни. Врач тибетской медицины всегда помнит, что должен лечить не болезнь, а больного, чтобы сделать его здоровым. «Больного можно сравнить с пленником разбойников», - сказано в медицинском трактате «Чжуд-Ши» (Дополнительная Тантра) и врач должен вырвать своего пациента из рук этих разбойников-болезней. Ведь он тот «кто обрушивает на болезни лечение и, как отец, отвечает за жизнь» (Тантра объяснений).

Gao Xue Song
Алиева Тарана

Yusubov Yunis Əmiraslan oğlu 70

Bu il Azərbaycan Tibb Universitetinin ağız və üz-çənə cərrahiyyə kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru Yunis Əmiraslan oğlu Yusubovun anadan olmasının 70 ili tamam olur.

Y.Ə.Yusubov 1942-ci il fevral ayının 10-da Gədəbəy rayonunun Zəhmət kəndində anadan olmuş, həmin kənddə orta məktəbi bitirdikdən sonra 1959-cu ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunun Stomatologiya fakültəsinə qəbul olmuş və 1964-cü ildə oranı bitirdikdən sonra təyinatla Tacikistan respublikasına işləməyə göndərilmişdir.

Y.Ə.Yusubov 1970-ci ildə Daşkənd həkimləri təkmilləşdirmə institutunun stomatologiya kafedrasına kliniki ordinatora qəbul olmuş və 1972-ci ildə oranı qurtardıqdan sonra Kiyev həkimləri təkmilləşdirmə institutunun cərrahi stomatologiya kafedrasına aspirantura qəbul olmuşdur. 1975-ci ildə tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi dissertasiyasını müdafiə etmişdir. 1975-1977-ci illərdə Kiyev 23 saylı xəstəxananın üz-çənə cərrahiyyə şöbəsində ordinator işləmişdir. 1977-ci ildə A.A.Boqomoles adına Kiyev Tibb İnstitutunun üz-çənə cərrahiyyə kafedrasına müsabiqə yolu ilə assistent vəzifəsinə seçilmişdir.

Y.Ə.Yusubov qədim Kiyev Tibb İnstitutunda uzun illər işləyərək onun tarixində yeganə azərbaycanlı olub, böyük yaradıcılığı, yüksək səviyyəli cərrah- sənətkarlığı ilə azərbaycan xalqını ukrayna xalqına tanıtdırır. Bu iki xalqlar arasında yaranmış gözəl tarixi münasibətləri yaradan səbəbləri araşdırsaq onun içində Y.Ə.Yusubovun da yeri var. O, indi də Kiyev Tibb Akademiyası, Kiyev Həkimləri təkmilləşdirmə institutu və Ukraynanın başqa tibb institutları ilə yaxından elmi, praktiki əməkdaşlıq edir. Azərbaycan Tibb Universiteti ilə Ukraynanın bir sıra tibb universitetləri ilə elmi, tədris- metodik əlaqələri genişləndirir.



Y.Ə.Yusubov 1989-cu ildə tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsinə aldıqdan sonra Ukrayna səhiyyə nazirliyi tərəfindən ona Ukraynanın bir çox tibb institutlarında cərrahi stomatologiya kafedrasına müdir vəzifəsi təklif edilmişdir. Ancaq, buna baxmayaraq O, Azərbaycanda o illərdə baş verən hadisələrə biganə qalmayaraq, vətənpərvər olaraq öz vətəninə qayıdır, xalqının bu ağır günlərində onların arasında olur. Y.Ə.Yusubov 1989-cu ildən Azərbaycan Tibb Universitetində professor vəzifəsində çalışaraq hər vaxt, o qanlı, faciəli günlərdə xalqın arasında olub. 20 yanvar 1990-cı ildə baş verən qanlı hadisəyə mətbuatda öz sözünü deyib. Bu qanlı yanvar hadisələrində, Qarabağ müharibəsində yaralanmış yüzlərlə vətəndaşlara, əsgərlərə cərrahi yardım göstərüb.

Sovet dövrü zamanı Kiyev Tibb İnstitutunda doktorluq dissertasiyası müdafiəsi ərafəsində rektorluq tərəfindən hədə-qorxu gəldiklərinə baxmayaraq Komunist partiyasına üzv olmayan

Y.Ə.Yusubov 1992-ci ildə könüllü olaraq Yeni Azərbaycan Partiyasının üzvü olmuşdur və indi də üzvü olaraq qalır.

Y.Ə.Yusubov bir çox beynəlxalq konqreslərdə, konfraslarda iştirak etmiş, məruzələrlə çıxış etmişdir. O, 1999-cu ildən Amerikada yerləşən "İnternasional Assosiation of oral Maxillofasial Surgeons" cəmiyyətinin həqiqi üzvüdür.

Y.Ə.Yusubov 240-dan çox elmi işin o cümlədən 3 dərsliyin, 1 monoqrafiyanın (həmmüəllifi), 20 ixtiranın, 12 tədris-metodik tövsiyyənin, 7 səmərələşdirici təklifin müəllifidir. O, 1996-cı ildə ilk dəfə azərbaycan dilində cərrahi stomatologiya üzrə dərslik çap etdirmişdir. Onun rəhbərliyi altında 5 namizədlik dissertasiyası yerinə yetirilib müdafiə olunmuşdur, 4 dissertasiya yerinə yetirilir.

Y.Ə.Yusubovun üz-çənə nahiyyəsinin anadangəlmə qüsurlarının bərpasında, onkologi-

yada, travmatologiyada yeni işlənmiş müaliyyətlər, üsulları ölkə və Avro-Asiya patentləri ilə təsdiqlənib və gündəlik təcrübədə geniş istifadə olunurlar. O, uzun illərdi ki, Heydər Əliyev fondunun xətti ilə göndərilən anadangəlmə dodad və dəniz qanqları ilə yüzlərlə uşaqlarda müntəzəm olaraq cərrahi əməliyyatlar aparır, onları ailələrində normal tərzdə olması üçün illər tələf edən reabilitasion tədbirlər görür.

Tanınmış alim, məşhur cərrah, gözəl peşəkar, təvəzökar insan, tibb elminin tərəqqisinə müstəsna xidməti olan Y.Ə.Yusubovun 70 illik yubileyi münasibətilə onu səmimi qəlbədən təbrik edirik, ona cansağlığı, elmi və pedaqoji fəaliyyətinin yeni-yeni müvəffəqiyyətlər arzulayırıq.

Azərbaycan Tibb Universitetinin ağız-üz-çənə cərrahiyyə kafedrasının əməkdaşları





ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 17- 2011