



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLERİ



№ 19 - 2013

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibb jurnalı

Научно-практический медицинский журнал

№ 19 2013

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

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

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

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

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

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

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

E-mail: azerbstom@yahoo.com

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

MÜNDƏRİCAT

✓ Heydər Əliyev və Azərbaycanda vahid elm-təhsil siyasətinin təməlləri Redaksiya heyəti	5
✓ Ölkəmizin tibb elmi və tibb təhsili sisteminin Heydər Əliyev mərhələsi Redaksiya heyəti	9
✓ 20 Mart - "Beynəlxalq Ağız Boşluğunun Sağlamlığı Günü" kimi qeyd olunacaq Rəfiqə Hüseynova	13
✓ FDI 2013 Istanbul Annual World Dental Congress	16
✓ Is European Dentistry Becoming a Female Profession? Vesan Barac Furtinger, Rena Aliyeva , Ludmila N Maximovskaya	17
✓ Azərbaycan Respublikasında diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının yayılması və kompleks müalicə-profilaktika tədbirlərinin əsaslandırılması Pənahov N.A.	23
✓ Mesenchymal stem cells: From clinics to bench top and back. USA Dr. Songtao Shi	31
✓ ERO Plenary session april 2013, Potsdam, Germany Сабина Алиева	32
✓ Distal dişləm anomaliyalı fərdlərdə kraniofasial skeletin quruluşu Novruzov Z.H., Sanıç K.B., Quliyeva S.Q.	33
✓ Istanbul August 2013 Сабина Алиева	36

✓	Ecligner Aligner Sistemləri Həsənli Elnur, Həsənli Nigar37	
...5	✓	Взаимосвязь показателей качества жизни и заболеваний пародонта Самедова С.И.38
...9	✓	Профилактические и лечебные мероприятия по стоматологическим заболеваниям среди детей с умственной отсталостью Пашаев А.Ч., Гусейнова М.Х.45
..13	✓	Vita-95 və Noritaki-dən hazırlanmış metal-keramika diş protezlərinin kliniki ağırlaşmaları və çini örtüklərinin dözümlülük dərəcələrinin müqayisəsi Məhəmməd Reza Məssahi Xosrovşahi50
...16	✓	Изучение технологии и состава вагинальных суппозиториях на основе сухого экстракта солодки. Велиева М.Н., Мусаева С.Э.54
...17	✓	Клеточные технологии в стоматологии: опыт применения PRP-терапии Зохра Багирова58
....23	✓	Искусство восточного целительства (часть II) Тарана Алиева61
.....31	✓	Kamran Lətif oğlu Aslanov-7065



təm
Əli
iki
hər
tam
fəh
sah
Az
elm
bur
xid
M
bur
mü
önc
səvi
elm
baş
yen
təhs
ictir
inki
təhs
Baş
islal
mən
təhs
E
keçi

Heydər Əliyev və Azərbaycanda vahid elm-təhsil siyasətinin təməlləri

Azərbaycanın gələcək inkişafının elm və təhsillə bağlı olması strategiyasının təməlləri hələ o vaxt ümummilli lider Heydər Əliyev tərəfindən qoyulmuşdur. O nəinki bu iki sahənin əhəmiyyətini xüsusi vurğulayırdı, həm də onların daxili əlaqəsini, bir-birini tamamlama şərtlərini də özünəməxsus bir fəhmlə hiss edirdi: "Elm, təhsil, mədəniyyət sahəsində əldə etdiyimiz nailiyyətlər, Azərbaycan xalqının bugünkü yüksək təhsil, elm, mədəniyyət səviyyəsi, şüur səviyyəsi — bunların hamısı ilk növbədə müəllimlərin xidmətlərinin nəticəsidir".

Müəllimə olan xüsusi diqqət və sayğı da buradan irəli gəlirdi. Lakin yüksək səviyyəli müəllim kadrlarının yetişdirilməsi üçün də ilk öncə ali pedaqoji məktəblərdə tədrisin yüksək səviyyəsi və onu təmin etmək üçün yüksək elmi hazırlıq tələb olunur. Yəni təhsildən başlanan dövrə elm mərhələsinə keçərək yenidən təhsildə qapanır. Belə ki, bu günün təhsili cəmiyyətin sabahına xidmət etdiyindən ictimai tərəqqinin proqnozu verilmədən, inkişaf strategiyası müəyyənləşdirilmədən, təhsil sahəsində heç bir islahat aparıla bilməz. Başqa sözlə, təhsil sistemində hər hansı bir islahat aparılması ancaq təhsilin öz daxili məntiqinə əsaslanma bilməz və deməli, ancaq təhsil işçilərinin vəzifəsi ola bilməz.

Bütün ölkə, cəmiyyət miqyasında həyata keçirilən sosial-iqtisadi və ideya-siyasi

islahatların elmi-nəzəri əsasları işlənib hazırlandıqca, təhsilin qarşısında duran əsas vəzifələr və onların yerinə yetirilməsinin yolları da getdikcə daha çox aydınlaşmış olur.

Müstəqil Azərbaycanda dövlət quruculuğunu əzmlə həyata keçirməklə bərabər, onun ideya-nəzəri əsaslarını da, milli ideologiyamızın prinsiplərini də müəyyən edən Heydər Əliyev, heç şübhəsiz, təhsil sahəsinin qarşısında duran vəzifələrə də biganə qalmamışdır. Təhsil sisteminin təşkilati məsələlərini çox gözəl bilən, keçmiş SSRİ-də təhsil islahatına bilavasitə rəhbərlik etmiş olan Heydər Əliyev, digər tərəfdən, cəmiyyətə və dövlət quruculuğuna bir sistem halında yanaşarkən, burada təhsilin də yerini müəyyənləşdirməyi heç vaxt unutmurdu: "Həyat böyük bir prosesdir. Bu prosesdə uğurla iştirak etmək üçün insan müasir tələblərə uyğun olan təhsilə malik olmalıdır".

Göründüyü kimi, Heydər Əliyev təhsilə son məqsəd kimi, nəticə kimi deyil, vasitə kimi baxırdı. Həyatda uğur qazanmağın vasitəsi kimi. Həyatın sahələri çoxdur. Onların hər hansı birində uğur qazanmaq üçün müvafiq yönümlü ixtisas biliklərinə yiyələnmək tələb olunur. Müxtəlif ixtisas sahələrində kadr hazırlığının keyfiyyətinin yüksəldilməsi nəticə etibarı ilə iqtisadiyyatın inkişafına və dövlətçiliyin möhkəmləndirilməsinə xidmət

edir. Müasir dövrdə ölkələrin inkişafı təkcə iqtisadi göstəricilərlə, təbii sərvətlərlə, əhalinin həyat səviyyəsi ilə deyil, həm də insanla cəmiyyət arasındakı münasibətin forması, cəmiyyətdəki demokratiklik və insanların azadlıq dərəcəsi ilə müəyyən olunur. Əgər iqtisadi dirçəliş, elmi-texniki tərəqqi daha çox rəşional düşüncə, intellektual potensialla şərtlənirsə, insanın sosial və mənəvi yüksəlişi daha çox siyasi mədəniyyət və hüquqi tərəkklərlə şərtlənir. Bütün bunların inkişafı isə ilk növbədə təhsil sisteminin necə təşkil olunmasından asılıdır. İnformasiyanın sürətlə artması, biliklərin həcmnin insanın aktiv hafizəsi ilə müqayisədə hədsiz dərəcədə çox olması, cəmiyyətdə hadisələrin tempinin həddindən artıq böyüməsi, lakin insanın zaman koordinatının buna adaptasiya oluna bilməməsi qarşıya bir sıra problemlər qoyur. Bu problemlərin həlli insanın və cəmiyyətin inkişafı arasındakı fərqlə bağlıdır. Əsrlər boyu cəmiyyətin inkişafı ilə ayrıca götürülmüş bir insanın keçdiyi inkişaf arasında bir əlaqə və uyğunluq olmuşdur. Lakin müasir dövrdə cəmiyyət elə yüksək inkişaf tempi götürmüşdür ki, insan onu haqlamaqda çətinlik çəkir. Ona görə də, müasir dövrdə qarşıda duran ən böyük problem insanın inkişaf tempini cəmiyyətin inkişaf tempinə uyğunlaşdırmaqdır. Bu funksiyayı təhsil sistemi yerinə yetirməlidir. Təhsil elə qurulmalıdır ki, ilkin ümumi əsaslardan sonra dar ixtisaslaşma getsin. Çünki müasir informasiya bolluğu şəraitində insanın aktiv hafizəsi ancaq dar ixtisas sahəsini əhatə edə bilər.

Beləliklə, təhsil bir tərəfdən insanların ümumi rəşional dilə malik olmasını, o biri tərəfdən də insanların müxtəlifləşməsini, fərqli peşə və sahələr üzrə ixtisaslaşmasını təmin etməlidir. Həm də bu proses elə həyata keçirilməlidir ki, müxtəlif qruplara ayrılmış insanların əldə etdikləri nailiyyətləri əlaqələndirmək və toplamaq mümkün olsun.

Bəli, müasir dövrdə dünyanın bütün qabaqcıl ölkələri təhsilin bu optimal modelinin axtarışındadır. Keçid dövründə olan Azərbaycanda da əvvəlki təhsil sistemi, heç şübhəsiz, özünü doğrulda bilməzdi. Yeni tələblərə, dövrün ab-havasına uyğun olan yeni təhsil sisteminə böyük ehtiyac var idi və ulu öndər bu sahədə böyük quruculuq işlərinin vacibliyini hiss edirdi. Lakin, əlbəttə, iqtisadiyyatı qaydaya salmadan elm və təhsil sahəsində fundamental islahatlar aparmaq hələ tez idi. Sovet dövründə Azərbaycanda elmin və təhsilin inkişafında böyük xidmətləri olmuş Heydər Əliyev müstəqillik şəraitində açılan yeni imkanlardan istifadə etməklə əvvəl qazanılmış nailiyyətləri daha da möhkəmləndirmək və inkişaf etdirmək mövqeyindən çıxış edirdi: "İndi bizim təhsil sistemimiz müstəqil Azərbaycanın gələcək inkişafını təmin etməlidir. Bu yolda keçiriləcək islahatlar gərək müstəqil Azərbaycanın milli mənafeələrinin inkişafına yönəldilsin. Güman edirəm ki, bizim alimlər, müəllimlər təhsil sahəsində ixtisaslaşmış institutlar bu işlərin öhdəsindən gələcəklər". Biz elm və təhsil işçiləri ulu öndərin bu tövsiyələrin unutmamışıq və bu sahədə müsbət istiqamətdə bir dönüş yaradılması uğrunda mübarizəni indi də davam etdiririk.

Müstəqil dövlət quruculuğu şəraitində həmçinin müstəqil təhsil siyasəti yeridilməsinə, sovet təhsil sisteminin stereotiplərindən uzaqlaşaraq ölkəmizin yeni miqyası, daxil olduğu yeni ictimai-iqtisadi münasibətlər, habelə milli və regional xüsusiyyətlər əsasında vahid elm və təhsil konsepsiyası hazırlanması zərurəti qaçılmazdır. Əlbəttə, ötən dövr ərzində Azərbaycan təhsil sisteminin Avropa təhsil məkanına qatılması istiqamətində mühüm işlər görülmüş, təhsil haqqında yeni qanun qəbul edilmişdir. Yeni imkanlar şəraitində respublikamızın təhsil sistemində artıq müəyyən dəyişikliklər edilmiş, müasir tipli kolleclər, liseylər açılmış, ali məktəblərdə bir sıra yeni ixtisaslar üzrə kadr hazırlığına başlanmışdır. Ali təhsildə ikipilləli sistemə keçilmiş, qabaqcıl universitetlərdə magistraturalar açılmışdır. Bizcə, bu istiqamətdə tədbirlərin davam etdirilməsinə və bu işdə xarici ölkələrin təcrübəsindən geniş istifadə olunmasına böyük ehtiyac vardır.

Heydər Əliyev dünya praktikasını və yerli xüsusiyyətləri nəzərə almaq, bu sahədə hər hansı bir islahatı hərtərəfli və mütəşəkkil şəkildə həyata keçirmək zərurətini qeyd edərək deyirdi: "Biz təhsil sahəsində yeniliklərin tərəfdarıyıq, dünya təcrübəsindən səmərəli istifadə etməyinizi sizdən tələb edirik. Ancaq bu işlər gərək sistemli olsun. Bu işləri görərkən, qurarkən siz onların yaxın və uzaq zamanda nəticələrini mütləq nəzərə almalısınız. Müasir texnikanın, texnologiyanın, müasir bazar iqtisadiyyatının bütün yollarını mənimsəmək, respublikada tətbiq etmək üçün gələcək nəsli hazırlamaq və keçmiş dövrə nisbətən

bir çox yeni ixtisaslar üzrə kadr hazırlamaq lazımdır və bunların əsası orta təhsil illərində qoyulmalıdır".

Fərəhli haldır ki, Heydər Əliyevin ideyalarının həyata keçirilməsi sahəsində ən böyük işlər də məhz onun adını daşıyan fondun geniş və hərtərəfli fəaliyyəti ilə həyata keçirilir. Heydər Əliyev Fondunun rəhbəri Mehriban xanım Əliyevanın rəhbərliyi ilə ölkəmizdə yüzlərlə yeni məktəb binası tikilib istifadəyə verilmiş, təhsilin maddi-texniki bazasını yaxşılaşdırmaq üçün misilsiz işlər görülmüşdür. Müstəqilliyimiz möhkəmləndikcə təhsil sahəsində də daha inamlı addımlar üçün şans yaranır. Heydər Əliyev Azərbaycan müəllimlərinin qurultayında dövlətin təhsil sahəsinə münasibətini belə ifadə etmişdi: "Biz müstəqil dövlət olaraq özümüzün təhsil sistemimizi istədiyimiz kimi qururuq. Bütün dünya ölkələrinin mütərəqqi təcrübələrindən istifadə edirik. Hesab edirəm ki, indiyə qədər yaranmış təməlin, əsasın üzərində Azərbaycanın təhsili, məktəbi bundan sonra daha da təkmilləşəcək..."

Heydər Əliyev qazanılmış hər hansı bir nailiyyətlə kifayətlənmirdi. Xüsusən, elm və təhsil sahəsində görülməli işlərin çoxunun hələ qabaqda olduğunu da tez-tez vurğulayırdı: "Bu gün biz müstəqil Azərbaycanda bütün təhsilin — orta, texniki peşə, orta ixtisas məktəblərinin və ali məktəblərin işinin yaxşılaşdırılması sahəsində ciddi tədbirlər görməliyik. Mən hesab edirəm ki, bunlar həm qəbul olunacaq təhsil qanununda, həm də təhsil islahatı ilə əlaqədar qəbul ediləcək qanunda və qərarlarda öz əksini tapacaqdır."

Təhsilin məqsəd və vəzifələri təkcə sistemli biliklər öyrədilməsi ilə məhdudlaşmır. Uşaqların cəmiyyətin bir üzvü kimi hazırlanması ictimai biliklərin öyrədilməsi ilə yanaşı, fəal ictimai praktika da tələb edir. Məktəb təkcə uşağın başını biliklərlə doldurmaq üçün deyil, həm də onu həyata hazırlamaq üçündür. Orta məktəb uşağı ümumiyyətlə, həyata hazırlayır. Ali məktəb isə onu bir peşəkar kimi müəyyən sahənin mütəxəssisi olaraq yetişdirir. Bu axıncı mərhələdə həyata hazırlanmaq gənclərin ali məktəbi bitirdikdən sonra çalışacaqları istehsal və ya xidmət müəssisələrindəki real şəraitə və tələblərə uyğun surətdə əməli vərdişlərin mənimsənilməsini nəzərdə tutur. Digər tərəfdən, tələbələrin həm də bir vətəndaş kimi yetişməsi, onların siyasi və hüquqi mədəniyyətlərinin formalaşması üçün ali məktəb bu sahədə sadəcə biliklər verməklə kifayətlənməyərək, ictimai həyatın fəal iştirakçısı kimi fəaliyyət göstərməlidir.

İstər hər hansı bir ixtisas sahəsində, istərsə də ictimai həyatda fəallıq, müvafiq elmi biliklərə əsaslanmalıdır. Heydər Əliyev deyirdi: "Gənclərimizi elmə, mədəniyyətə daha da çox cəlb etmək lazımdır. Gənclərimizdə elmi-tədqiqat işlərinə həvə oyatmaq lazımdır. Azərbaycan elminin gələcəyi müasir gəncliyin elmi tədqiqat işinə necə cəlb olunmasından, onlar üçün müvafiq elmi mühit yaradılmasından asılıdır".

Bu gün təhsil müəssisələrimizdə məktəblilərin təlim-tərbiyəsi və onların şəxsiyyət kimi həyata hazırlanmasında fədakarlıqla çalışan, öz fənnini dərs dedi-

yi şagirdlərə, tələbələrə dərinləndirən müəllimlərimiz çoxdur. Bu müəllimlərin əsas məqsədləri ondan ibarətdir ki, onlar öz tələbələri ilə əməkdaşlıq edə bilər, onları yaradıcı düşünməyə, tədqiqatçılığa istiqamətləndirməyi bacarır, öz potensial imkanlarına inam yaradır. Bütün sahələrdə olduğu kimi, təhsilimizdə də, özünün yüksək peşəkarlıq nümunəsi ilə fərqlənən müəllimlərimiz ölkə başçısının qayğı və diqqətindən kənarda qalmayıb. Cənab Prezident İlham Əliyev müəllimlərə xüsusi diqqət və qayğı ilə yanaşır və bu özü də təhsilimizə olan qayğının bir hissəsidir.

Ölkəmizin iqtisadiyyatı günü-gündən güclənir və iqtisadiyyat gücləndikcə, bütün sahələrdə olduğu kimi, təhsil sahəsində yönəldilən dövlət vəsaiti də ildən-ildən artır. Ona görə də, bu gün Azərbaycanın təhsili öz inkişafının mühüm bir mərhələsinə yaşamaqda və uğurlar əldə etməkdədir.

Redaksiya heyəti

Ölkəmizin tibb elmi və tibb təhsili sisteminin Heydər Əliyev mərhələsi

Azərbaycan səhiyyəsinin, Azərbaycan tibb elmi və tibb təhsili sisteminin dərin köklərinin, möhkəm dayaqlarının olması XX əsrin ikinci yarısında özünü daha bariz şəkildə göstərməyə başlamışdır. Bu köklər əsrlərin, qərinələrin, illərin köksündə məskən salaraq görkəmli şəxsiyyətlərin, müdrik insanların, uzaqgörən düha sahiblərinin dayaqına çevrilmişdir. Belə dayaqqlar içərisində uzunmüddətli bir dövr üçün Azərbaycan səhiyyəsinin, tibb elmi və tibb təhsili sisteminin bütün ağırlıqlarını öz çiyinləri üzərinə götürərək, onu inkişaf etdirən və gələcək perspektivlərini müəyyənləşdirən dahi Heydər Əliyev dəsti-xətti, qüdrəti öz möhtəşəmliyi ilə kəskin surətdə seçilir və bənzərsizliyi ilə fərqlənir. Müasir Azərbaycan Respublikasının memarı, ulu öndər Heydər Əliyevin siyasəti əbədidir, həmişəyaşardır, qaranlıqlara nur çiləyən sönməz mayakdır. 1969-cu il iyul ayının 14-də ulu öndər Heydər Əliyevin Azərbaycan KP MK-nın birinci katibi seçildiyi gündən respublikamızda xoş əhval-ruhiyyəli canlanma, gələcəyə nikbinliklə baxmağa əsas verən sevincli anlar hökm sürməkdə idi. Çox keçmədi ki, ümummilli lider zirvəsinə yüksələrək dünya siyasətçiləri sırasında öncül mövqeyə çıxan dahi Heydər Əliyev fenomeni ona bəslənən ümidləri doğruldaq əsl xarüqələr yaratmağa başladı. Xalqın öz liderinə olan inamının geniş vüsət alması yerinə yetirilən əməli tədbirlərə, gərgin fəaliyyətin əyani nəticələrinə əsaslanırdı.

Ulu öndər xalq təsərrüfatının bütün sahələrinin inkişafını həmahəng surətdə ardıcılıqla həyata keçirir, yeniliyə, tərəqqiyə sədd yaradan, keçmişdən miras qalmış maneələri, lüzumsuz stereotipləri inamla aradan qaldırırdı. Onun

düşünən beyni sanki istirahət bilmədən daim fəaliyyət göstərirdi, Azərbaycanın gələcəyi naminə yeni-yeni ideyaların eskizlərini hazırlayırdı və dərhal da onların zəruriliyini hiss edib həyata keçirilmələrinə şərait yaradırdı. Heydər Əliyevin uzaqgörən siyasəti nəticəsində Azərbaycan ən mütərəqqi müasir islahatların tətbiqi və həyata keçirilməsi meydanına çevrilmişdi. O vaxtlar Azərbaycan Respublikasının SSRİ-nin tərkibində olmasına baxmayaraq ulu öndər çəkinmədən müstəqil addımlar atıb, böyük islahatlara başladı. Respublika rəhbəri bütün bunları diplomatik məharətlə yerinə yetirərkən Moskvanın ona nə isə irad tuta biləcəyinə də heç bir əl yeri qoymurdu. Əksinə, Moskva da onun yeniliklərini, Azərbaycanın rifahına yönəlmiş islahatlarını, inkişaf ritmini alqışlamaq məcburiyyətində qalırdı. O dövrdə Moskva qəzetlərində çap olunmuş «Qoy ədalət zəfər çalsın» məqaləsi nəinki keçmiş Sovetlər İttifaqı miqyasında, eləcə də bütün dünyada böyük rezonans doğurmuşdu. Ölkəmizin hədudlarından kənarda da Azərbaycan və Heydər Əliyev ifadələri birlikdə daha tez-tez səslənirdi. Moskvanın tibb təhsili müəssisələrində mühazirə oxuyan Metelitsa kimi professorlar öz çıxışlarında Heydər Əliyevdən sitatlar gətirir, onun təcrübəsinin geniş yayılmasını tövsiyə edirdilər.

Ulu öndər bütün sahələrdə olduğu kimi, Azərbaycanın səhiyyə sahəsini, tibb elmi və tibb təhsili sistemini də daim diqqət mərkəzində saxlayırdı. Böyük rəhbər ilk növbədə tibb üzrə xarici mütəxəssislərin diqqətini Azərbaycana cəlb etməyə, onlarla yerli mütəxəssislər arasında əlaqə yaratmağa çalışırdı. Bununla da respublikamızın səhiyyə sahəsində mövcud olan

2

durğunluğunun aradan götürülməsinə say göstərilirdi. Əvvəlcədən demək istərdim ki, ulu öndər buna böyük müvəffəqiyyətlə nail olmuşdu. Keçən əsrin 70-ci illərinin əvvəllərindən etibarən tibb üzrə beynəlxalq qurultay, simpozium, konqres və konfransların Bakıda keçirilməsini təşkil edən Heydər Əliyev ölkəmizin səhiyyə işçilərinin, tibb alimlərinin beynəlxalq miqyasda çıxmalarına əlverişli şərait yaradırdı.

XX əsrin 70-ci illərinin əvvəllərindən etibarən ulu öndərin təşəbbüsü ilə hər il yüzlərlə gənc keçmiş Sovetlər İttifaqının ən mötəbər ali məktəblərində müxtəlif peşələr və ixtisaslar üzrə təhsil almağa göndərilirdi. Bu, gələcəyin kadr hazırlığının təmininə istiqamətlənmiş uzaqgörən siyasətin həyata keçirilməsi demək idi. Heydər Əliyev gənclərin təhsilinə, işlə təminatına, hərtərəfli inkişafına, onların dünyagörüşünün, beynəlxalq əlaqələrinin artmasına, dünya gənclərinin intellekt yüksəkliyinə inteqrasiya olunmalarına, yeniliklərdən bəhrələnmələrinə, fiziki və əqli cəhətdən sağlam böyümələrinə xüsusi diqqət yetirirdi. Ulu öndər «Gənclər bizim gələcəyimizdir» - deməklə Azərbaycanın gələcəyinin ağıllı, savadlı, bacarıqlı gənclərin əlində olmasını arzulayırdı. Hər bir ölkədə cəmiyyətin səviyyəsini müəyyənləşdirən gənclərdir. Bu baxımdan Heydər Əliyev Azərbaycanda yüksək səviyyəli cəmiyyət qura bilən, onu müasir tələbatların bütün atributları ilə beynəlxalq miqyasda təmsil etməyə qadir olan, vətəni, milləti göz bəbəyi kimi qorumağa, ictimai-milləti mənafeyi öz şəxsi mənafeyindən üstün tutmağa hazır olan gənclər ordusunun təməlini qoydu. Bu təməl indi son dərəcə möhkəm və əzəmətli görünür. Ümummilləti lider gənclər haqqında düşüncələrini ardıcılıqla həyata keçirə bildi. Bu gün ölkədə yaranan bir çox gənclər təşkilatı öz miqyasını genişləndirmişdir. Ulu öndərin xalqımız tərəfindən bəyənilən və dəstəklənən iqtisadi-siyasi kursu hazırda ölkə Prezidenti İl-

ham Əliyev tərəfindən böyük müvəffəqiyyətlə davam etdirilir.

Heydər Əliyevin xarici ölkələrdə oxutduğu gənclər indi Azərbaycanda aparıcı mü-təxəssislərə çevriliblər. Onun qoyduğu təməllərin bəhrəsi Azərbaycan Tibb Universitetinin təmsalında özünü daha qabarıq şəkildə göstərir. Bu ali təhsil ocağı yarandığı gündən həmişə milli kadr qıtlığından əziyyət çəkib. Lakin indi tam əminliklə demək olar ki, Azərbaycanda tibb sahəsinin, səhiyyənin bütün sahələri üzrə çox sanballı, yüksək səviyyəli milli kadrlar yetişib və onlar da öz məktəblərini yarada biliblər. Tibb sahəsində beynəlxalq səviyyəli mütəxəssis məktəbləri yaratmaq o qədər də asan məsələ deyildir. Belə məktəblər bir ilin, beş ilin ərzində yarana bilməz. Əgər Azərbaycanda səhiyyə sahəsində, tibb elmi sahəsində bu cür fundamental məktəblər yaranıbsa, demək, Heydər Əliyev ideyalarının çiçəklənməsi barəsində danışmağa haqqımız var.

İndi Azərbaycanın milli tibb kadrları nəinki ölkəmizdə, hətta dünyanın bir sıra inkişaf etmiş xarici dövlətlərinin məşhur tibb müəssisələrində də uğurla fəaliyyət göstərirlər. Bu, ilk növbədə Dünya Azərbacanlılarının mənəvi dayaqının artmasına, diasporumuzun möhkəmlənməsinə zəmin yaradır. Azərbaycan səhiyyəsi, tibb elmi və tibb təhsili sistemi XX əsrin ikinci yarısı və XXI əsrin əvvəllərində 35 ilə yaxın bir dövrdə bilavasitə Heydər Əliyevin himayəsində olub inkişaf edib, indiki yüksək səviyyəyə çatıb.

XX əsrin 70-ci illərində tibbi fənlərin tədrisinin, tələbələrin və məzunların peşə hazırlığının eləcə də abituriyentlərin instituta qəbulunun keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması məqsədilə Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunda internat kursu, hazırlıq şöbəsi, istehsalat təcrübəsi dəkanlığı və digər köməkçi şöbələr yaradılmışdır. Ulu öndər hər sahədə olduğu kimi, Azərbaycanın səhiyyə sisteminin və Azərbaycan Tibb İn-

stitutunun da maddi-texniki bazalarının möhkəmləndirilməsini diqqət mərkəzində saxlayırdı. Bir-birinin ardınca yeni tədris binaları, xəstəxana və poliklinikalar tikilib istifadəyə verildi. 70-ci illərin sonu və 80-ci illərin əvvəllərində artıq respublikanın tibb ixtisaslı alimlərinin beynəlxalq əlaqələri xeyli genişlənməyə başlamışdır. 1980-ci ildə Azərbaycan Tibb İnstitutunun yaranmasının 50 illik yubileyi ulu öndərin iştirakı ilə keçirilmiş və rəhbər bu münasibətlə institutun əməkdaşlarının bir qrupunu fəxri adlara layiq görmüşdür. Akademik Mustafa bəy Topçubaşovun keçmiş SSRİ-nin ən yüksək təliflərindən olan «Sosialist Əməyi Qəhrəmanı» adına layiq görülməsi ulu öndərin səyi nəticəsində mümkün olmuşdur. Belə alimlərin əvvəl SSRİ miqyasında, sonra isə beynəlxalq miqyasda tanınması Azərbaycan səhiyyəsinin, tibb elminin tanınması demək idi.

Ümummilli lider Heydər Əliyevin 1983-cü ildə Moskvada SSRİ Nazirlər Soveti Sədri-nin birinci müavini təyin edilməsi onun Azərbaycan səhiyyəsinə, tibb elminə, tibb təhsili sistemində olan nəzarətini, diqqətini daha da artırmışdı. Ulu öndər Moskvada çalışdığı illərdə SSRİ-nin səhiyyə sahəsinə də nəzarət edirdi və Sovetlər İttifaqının yüksək rütbəli tibb alimləri, səhiyyə işçiləri ilə tez-tez görüşlər keçirir, bu sahədə olan problemlərin müzakirəsini aparır, problemlərdən irəli gələn məsələlərin həlli yollarını peşəkarcasına göstərirdi.

Heydər Əliyevin 1993-cü il iyun ayının 15-də yenidən Azərbaycana rəhbərliyə qayıdışından sonra ölkə səhiyyəsinin, tibb elmi və tibb təhsili sisteminin inkişafının yeni mərhələsi başlanmışdı. XX əsrin 80-ci illərinin sonu, 90-cı illərinin əvvəllərində ermənilərin Azərbaycan torpaqlarının 20 faizini işğal etdikdən sonra respublikada yaranmış kaos dövründə, bütün sahələrdə olduğu kimi, ölkəmizin səhiyyə sisteminə, tibb elmi və tibb təhsili sahələrində də

tənəzzül yaranmışdı. İllərlə və böyük çətinliklə yaradılanlar baxımsızlıq üzündən asanlıqla dağıdılırdı. Xoşbəxtlikdən bu, uzun sürmədi və ulu öndərin hakimiyyətə gəlişi pərakəndəliyin, dağıntıların qarşısını aldı. Azərbaycanın özü ilə birlikdə onun səhiyyə sistemi də xilas edildi. Bu sistemi yenidən canlandırmaq üçün Azərbaycan iqtisadiyyatının dirçəldilməsinə böyük ehtiyac yaranmışdı. Heydər Əliyevin o vaxtlar ölkədəki siyasi-iqtisadi vəziyyəti yaxşılaşdırmaq üçün reallaşdırdığı əvəzsiz xidmətlər tarixin səhifələrinə qızıl hərflərlə həkk olundu. 1994-cü il may ayının 14-də imzalanın atəşkəs rejimi və həmin il sentyabr ayının 20-də imzalanan neft müqaviləsi «Əsrin müqaviləsi» kimi tarixə düşdü. Bundan sonra müstəqil Azərbaycan Respublikasında həm siyasi, həm də iqtisadi durum yüksələn xətt üzrə irəliləməyə başladı. Bu, dərhal özünü səhiyyənin, tibb elmi və tibb təhsili sisteminin tərəqqisində də büruzə verdi. Tezliklə Azərbaycan Tibb Universitetinin beynəlxalq əlaqələri genişləndi və ölkəmizin bu ali tibb ocağı 1996-cı ildə Londonda çapdan çıxan dünya təhsil birliyinin beynəlxalq reyestrinə daxil edildi. O vaxtlar MDB ölkələrindən yalnız Rusiya Federasiyası və Ukraynanın bir neçə ali məktəbi bu siyahıda var idi. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, 90-cı illərin əvvəllərində Azərbaycan Tibb Universitetinin tədris bazalarının çatışmaması dərslərin gedişinə mənfi təsir göstərirdi. Bundan xəbər tutan ulu öndər bünövrəsi SSRİ dövründə onun tərəfindən qoyulmuş tədris binasının tikintisinin bərpa olunması üçün vəsait ayırdı və bu işi öz nəzarətində saxladı. 1998-ci il sentyabr ayının 28-də ATU-nun yeni tədris binasının açılışında şəxsən iştirak edən ulu öndər Heydər Əliyev Azərbaycanın tibb işçilərinə, tibb alimlərinə, tibb universiteti tələbələrinə sanki qol-qanad verdi. Əksər nəzəri kafedralar, ATU-nun kitabxanası, informatika mərkəzi, hərbi kafedra yeni tədris binasında yerləşdiril-

mişdir. Bu, müəllimlərə, həkimlərə, tələbələrə verilən ən böyük hədiyyə idi. Ulu öndər 2000-ci ildə yenidən Azərbaycan Tibb Universitetinə gəldi və burada 450 yerlik akt zalının açılışında, eləcə də ATU-nun yaradılmasının 70 illik yubileyinə həsr edilmiş təntənəli mərasimdə iştirak etdi. Yenidən istifadəyə verilmiş unikal akt zalının tribunasından birinci olaraq ulu öndər Heydər Əliyevin tarixi nitqi səsləndi. Ümummilli liderin nitqi bizim üçün proqram sənədinə çevrildi və biz gələcək planlarımızı dahi Heydər Əliyevin nitqinin müddəaları əsasında qurduq. Azərbaycan Tibb Universitetinin professor-müəllim heyətinin nümayəndələri elmi və pedaqoji fəaliyyətlərində əldə etdikləri nailiyyətlərinə görə bir sıra beynəlxalq qurumlara üzv seçildilər. ATU-nun nəzdində strateji əhəmiyyət kəsb edən hərbi-tibb fakültəsi yaradıldı. Azərbaycan Tibb Universiteti Qaradənizətrafı ölkələrin ali məktəbləri Birliyinin, Beynəlxalq Ali Məktəblər Assosiasiyasının, Avropa Universitetlər Assosiasiyasının tamhüquqlu üzvü seçildi.

Dahi Heydər Əliyevin qurduğu bünövrəyə söykənərək ATU öz müzəffər yürüşünü hazırda da müvəffəqiyyətlə davam etdirir. Çünki Azərbaycana rəhbərlik edən cənab İlham Əliyev ulu öndərin yolunun uğurlu davamına yeni çalarlar gətirərək onu gündən-günə genişləndirir, zənginləşdirir, bütün zamanların dayaqına, istinad nöqtəsinə çevirir.

2007-ci ilin sentyabr ayının 11-də ATU-nun Terapevtik Klinikasının yaradılması və tikintisinə başlanılması haqqında sərəncam imzalandı. Bu tikintiyə sərf olunacaq vəsaitin ilin əvvəlində büdcədə nəzərdə tutulmamasına baxmayaraq, cənab İlham Əliyev Prezidentin ehtiyat fondundan tikinti üçün vəsait ayrılmasını da həmin sərəncama daxil etdi və 2007-ci il sentyabr ayının 18-də tikintinin təməlqoyma mərasimi keçirildi.

Təməlqoyma mərasimində Prezident İlham Əliyevlə birlikdə Azərbaycanın birinci xanımı, Heydər Əliyev Fondunun prezidenti, YUNESKO və İSESKO-nun xoşməramlı səfiri, Milli Məclisin deputatı Mehriban xanım Əliyeva da iştirak edirdi. Mərasimdən sonra cənab İlham Əliyev və Mehriban xanım Əliyeva yaxınlıqdakı 11 mərtəbəli tədris binasının dəhlizinə yaxınlaşdılar. Bu, ulu öndər Heydər Əliyevin təşəbbüsü ilə tikilən və 10 il əvvəl onun iştirakı ilə istifadəyə verilən tədris binası idi. Cənab İlham Əliyev 2008-ci il aprel ayının 13-də daha bir sərəncam imzalamışdır. Bu sərəncamla ATU-nun Cərrahlıq Klinikasının yaradılması və tikintisinə başlanılmasına yaşıl işıq yandırılmışdır. Hal-hazırda ATU-nun Cərrahlıq Klinikasında bütün tikinti-təchizat işləri başa çatdırılıb və son tamamlama işləri gedir. Bu ilin sentyabr ayında artıq müasir Cərrahlıq Klinikası da öz qapılarını tələbələrin üzünə açacaqdır.

Ümummilli liderin başladığı işlər bu gün də Azərbaycan Respublikasının Prezidenti İlham Əliyev tərəfindən yüksək səviyyədə davam etdirilir. Bu gün Səhiyyə Nazirliyi ölkə başçısının sosial yönümlü siyasətini əzmlə və müvəffəqiyyətlə həyata keçirir. Səhiyyədə yeni islahatlar, qanunverici bazanın təkmilləşdirilməsi, təbabətin sosial əhəmiyyətli sahələrində milli fəaliyyət proqramlarının qəbul edilməsi, ölkənin elmi-tibbi potensialının gücləndirilməsi bu gün Azərbaycan səhiyyəsinin əsas inkişaf istiqamətlərindəndir. Hal-hazırda yeni tibb müəssisələrinin tikilməsi, bütün mövcud xəstəxana və poliklinikaların yenidən qurulması və modernləşdirilməsi, yeni avadanlıqlarla təchizatı bugünkü səhiyyəimizin yüksəlişinin təzahürləridir.

Redaksiya heyəti

20 Mart - "Beynəlxalq Ağız Boşluğunun Sağlamlığı Günü" kimi qeyd olunacaq

Müsaibimiz ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrasının müdiri,
əməkdar elm xadimi, professor Rəna Əliyevadır

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti, tibb elmləri doktoru, professor Rəna Əliyevadan aldığımız məlumatlara görə, bu ildən başlayaraq 20 mart günü Beynəlxalq Ağız Boşluğu Sağlamlığı Günü (WOHD) kimi qeyd olunacaq: "Bundan öncə həmin gün hər il sentyabrın 12-də qeyd olunub. Lakin Beynəlxalq Stomatoloji Federasiyasının (FDİ) yeni qərarına görə bu əlamətdar gün martın 20 ilə əvəzlənib. ASA da öz növbəsində bu qərarı dəstəkləyərək, əvvəlki illərdə olduğu kimi bu il də öz təbliğati işlərini aparacaq və insanlar arasında bu istiqamətdəki işlərini uğurla quracaq".

Rəna Əliyeva onu da bildirib ki, ASA bu il FDİ tərəfindən təşkil olunacaq növbəti beynəlxalq Konqresdə böyük bir heyət qrupu ilə iştirak edəcək. Konqres Türkiyənin İstanbul şəhərində 28-31 avqust ayında keçiriləcək. ASA prezidenti keçiriləcək konqresə bir sıra təkliflər paketi də təqdim edəcək: "ASA ölkə daxilində olduğu kimi beynəlxalq fəaliyyətini də uğurla davam etdirir. Assosiasiyamızın ali məqsədlərindən biri də beynəlxalq aləmdə Azərbaycanın nüfuzunu daha da möhkəmləndirməkdən ibarətdir. Ölkənin stomatoloji assosiasiyası kimi biz buna nail olmuşuq. Şübhəsiz ki, bütün bu kimi uğurların arxasında Azərbaycan dövlətinin, bilavasitə ölkə Prezidenti cənab İlham Əliyevin səhiyyəyə göstərdiyi qayğısı və dəstəyi dayanır. Biz də Onun səhiyyə işçilərinə göstərdiyi etimadını doğrultmaqdan ötrü yeni-yeni uğurlara, nailiyyətlərə imza atacağıq".

- Rəna xanım, bildiyimiz kimi, Azərbaycan müstəqillik əldə etdikdən sonra ölkəmizdə yaranmış bir çox təşkilatlar müxtəlif beynəlxalq qurumlarda təmsil olunur, ölkənin nüfuzunu daim yüksəklərə qaldırır. Söz yox ki, Azərbaycanda inkişaf edən sahələrdən biri də məhz səhiyyə sahəsidir ki, bu sahə üzrə müvafiq assosiasiyalar uğurla fəaliyyət göstərirlər. Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası (ASA) da onlardan biridir. Bildiyimiz kimi, Siz, elmi və ictimai fəaliyyətinizlə yanaşı artıq 15-ci ildönümünü qeyd edən ASA-nın prezidenti vəzifəsini icra edirsiniz. Mümkündürsə, assosiasiyanın yaradılması və iş funksiyanız haqqında söhbət açardınız...

- Assosiasiyamız 1997-ci ildə təsis olunub və yarandığı gündən başlayaraq, beynəlxalq aləmdə nüfuz dairəsini genişləndirib. Təşkilatımız artıq 1998-ci ildən etibarən Beynəlxalq Stomatoloji forumlarda aktiv iştirak edərək, respublikamızda da stomatologiyanın bir çox sahəsinə həsr olunmuş beynəlxalq konfrans və simpoziumlar təşkil edib. Bizim əsas məramlarımızdan biri də ondan ibarət olub ki, ASA hər zaman dünya stomatologiyasına inteqrasiya olunmaq üçün sürəkli addımlar atsın. Çünki dünyanın stomatoloji yeniliklərini, texnologiyalarını əldə etmək, bu sahədəki praktikanı genişləndirmək, Azərbaycan stomatologiyasına yeniliklər gətirməyə əsaslanır. Düşünürəm ki, biz

buna nail olmuşuq. Məhz dünyanın 133 daimi, 9 assosiativ, 25 korporativ üzvünü birləşdirən Beynəlxalq Stomatoloqlar Federasiyasına (FDİ) qəbul olunmağımız da apardığımız işlərin uğurlu nəticəsidir. Dünya stomatoloqlarını birləşdirən bir təşkilata üzv olmaq həm də SSRİ dağıldıqdan sonra bizim üçün ən əsas vəzifə borcu idi. Daha bir maraqlı fakta toxunaraq bildirmək istərdim ki, ASA-nın FDİ-ə qəbul olunmasından öncə, MDB ölkələrindən yalnız Rusiya həmin təşkilata üzv seçilmişdi. Azərbaycan isə bu sırada ikincidir.

- ASA dünya stomatoloqlarının federasiyasına necə üzv oldu, çünki bildiyimiz qədər FDİ-yə qəbul olunmaq elə də asan iş deyil?

- Bilirsiniz, ASA FDİ-yə üzv olunmamışdan bir il öncə federasiyaya paket sənədlər təqdim etdi. Həmin sənədləri Federasiyanın Baş Assambleyası nəzərdən keçirdi və gizlin səsvermə prosedurlarından sonra Azərbaycanın da beynəlxalq təşkilatın üzvlüyünə qəbul olunması yekdilliklə bəyənildi. Məhz həmin ildən etibarən - 1998-ci ildən başlayaraq İspaniyanın Barselona şəhərində ASA ukraynalı həmkarları ilə birlikdə daimi üzvlüyə seçildi və bu günə qədər federasiyanın keçirdiyi bütün beynəlxalq tədbirlərdə iştirak edir.

- Rəna xanım, ASA-nın ölkədəki fəaliyyət istiqaməti necə təşkil olunub?

- Azərbaycan dövlət müstəqilliyi əldə etdikdən sonra, xüsusilə, xalqımızın Ümummilli Lideri Heydər Əliyev ikinci dəfə hakimiyyətə gəldiyi dövrlərdən başlayaraq, ölkədə bütün sahələrlə yanaşı, səhiyyə sahəsində də bir çox uğurlu islahatlar aparılmağa başlandı. Məhz stomatologiya sahəsində görülən davamlı işlərin nəticəsidir ki, bu gün təşkilatımız mütəmadi şəkildə yeni-yeni layihələr həyata keçirir, uğurlar əldə edir.

Təbii ki, bu gün Ümummilli Lider Heydər Əliyevin siyasi kursunu layiqincə davam etdirən möhtərəm Prezidentimiz cənab İlham Əliyevin də səhiyyəyə göstərdiyi diqqət və qayğısı

bizim apardığımız məqsədyönlü işlərimizə kifayət qədər stimül, təkan verir. Mən burada Azərbaycanın birinci xanımı, Heydər Əliyev Fondunun prezidenti, YUNESKO və İSESKO-nun xoşməramlı səfiri, millət vəkili Mehriban xanım Əliyevanın fəaliyyətinə də toxunmaq istərdim. Çünki Onun rəhbərlik etdiyi fond nəinki Azərbaycanda, eləcə də, dünyanın ən ucqar nöqtələrində belə, bir çox nəhəng layihələr həyata keçirmişdir. Bir səhiyyə işçisi kimi Mehriban xanımın bu sahə üzrə də göstərdiyi fəaliyyətini yüksək dəyərləndirməklə yanaşı, həm də Onun bir Azərbaycan qadını, Azərbaycan xanımı kimi nə qədər alicənab şəxsiyyət olmasını da vurğulamaq istərdim.

ASA-nın fəaliyyətinə gəlincə, assosiasiyamızın iş istiqaməti bir neçə yerə bölünüb. İlk istiqamət yuxarıda vurğuladığım kimi, beynəlxalq fəaliyyətlə bağlıdır. Qeyd edim ki, FDİ-də fəaliyyətini uğurla davam etdirən ASA 2005-ci ildən etibarən nəticələrinə görə beynəlxalq təşkilatın inkişaf fondunun donorlarından biri kimi tarixə düşmüşdür. Həmçinin, ASA Azərbaycanda beynəlxalq stomatologiyanın aktual problemlərinə həsr olunmuş konfranslar keçiribdir. Bununla yanaşı, ASA-nın rəsmi nümayəndələri hər il FDİ tərəfindən təşkil edilən bütün konqreslərdə yaxından iştirak etmişdir. Artıq növbəti konqresin keçiriləcəyi şəhər də müəyyən olunub. Bu, qardaş ölkə Türkiyənin İstanbul şəhərində 28-31 avqustda baş tutacaq.

İkinci istiqamətimiz isə ölkədaxili fəaliyyətimizin təməlini təşkil edir. Belə ki, ASA Azərbaycanın paytaxtı ilə yanaşı, bölgələrdə çox uğurlu layihələr də reallaşdırıb. Gəncədə, Şəkiddə, cənub və şimal regionlarımızda müxtəlif adda simpoziumlar həyata keçirilib, həkimlər üçün maarifləndirici işlər təşkil olunub. Bu işlər artıq ənənə şəkli almışdır. Qeyd edək ki, bütün tədbirlər pulsuz olaraq assosiasiyamızın daxili hesabları sayəsində gerçəkləşdirilməkdədir.

rimizə faktor isə onu deməyə əsas verir ki, Azərbaycanda sağlamlıq sahəsinə göstərilən dövlət qayğısı olmasa idi, əlbəttə ki, bizlər bu kimi uğurla yekunlaşan layihələrimizi həyata keçirə bilməzdik.

ASA-nın fəaliyyətinin əhəmiyyətli mərhələlərindən biri də assosiasiyamızın dövrü mətbuat orqanının yaradılmasıdır. "Qafqazın Stomatoloji Yenilikləri" adlı dərgimiz apardığımız işlərin hesabatlarını, qarşıda dayanan məqsəd və məramlarımızı oxucuların diqqətinə çatdırır. Belə ki, dərginin redaksiya heyətinə MDB-nin, eləcə də, xarici ölkələrin görkəmli alimləri daxil olmuşlar.

- Rəna xanım, ASA-nın başqa hansı layihələri mövcuddur və qarşıdakı planlarınız nədən ibarətdir?

- ASA yalnız stomatoloji xəstəliklərlə deyil, eləcə də, digər sahələr üzrə də fəaliyyət proqramları təşkil etməkdədir. Belə ki, 1999-cu ildən başlayaraq, assosiasiyamız şəkərli diabet xəstəsi olan uşaqlar üçün ağız boşluğunun sağlamlaşdırmaq istiqamətində proqram həyata keçirir. ASA-nın üzvləri şəhər və respublika endokrinoloji dispanser nəzdində diabetli uşaqlarda ağız boşluğunun gigiyenasını mənimsətmək məqsədi ilə dərslər keçirib.

Uşaq yaşlarında stomatoloji xəstəliklərin azaldılmasının vahid və təsirli vasitəsi həm də profilaktik proqramlardır. Bununla əlaqədar rəhbərlik etdiyim assosiasiya müvafiq tanınmış şirkətlərlə Azərbaycanda məktəb-təhsil proqramını reallaşdırmışdır. Bu proqram ağız boşluğu gigiyenasının yaxşılaşdırılmasına xidmət edir. Qeyd edim ki, mövcud proqram çox uğurla həyata keçirilmiş və 10 il ərzində Bakı, Sumqayıt, Mingəçevir, Gəncə və Şirvanda 300 min uşaq həmin proqrama cəlb edilmişdir. Onu da bildirim ki, bizim dərslər vəsaitlərimiz Təhsil Nazirliyi tərəfindən də təsdiqlənmişdir. Qarşıda dayanan planlara gəlincə, bildirmək istərdim ki, ASA ölkədə növbəti elmi-

praktiki konfranslarını keçirmək niyyətindədir. Çünki bu konfransların keçirilməsi nəticəsində həkim stomatoloqların bilik, ixtisas səviyyələri artırılır, aparılan fikir mübadilələri işimizi uğurlu şəkildə qurmağa kömək edir.

Digər bir məsələyə də aydınlıq gətirmək istərdim. Belə ki, hər il sentyabr ayının 12-si FDI tərəfindən elan olunmuş "Beynəlxalq Ağız Boşluğunun Sağlamlığı Günü (WOHD)" kimi qeyd edilməkdə idi. Artıq bu tarix 2013-cü ildən başlayaraq martın 20-də qeyd olunacaq. ASA da, öz növbəsində, bu qərarı dəstəkləyərək, əvvəlki illərdə olduğu kimi, bu il də bu günlə bağlı müxtəlif istiqamətlərdə öz təbliğati işlərini aparıb və bundan sonra da insanlar arasında bu istiqamətdəki işlərini uğurla quracaq.

Rəfiqə Hüseynova

FDI 2013 ISTANBUL ANNUAL WORLD DENTAL CONGRESS



Orlando Monteiro
da Silva
FDI President



Taner Yücel
TDA President

Dear Colleague,

We look forward to welcoming you to Istanbul for the 101st FDI Annual World Dental Congress and Exhibition. This year's scientific programme promises to be outstanding with internationally renowned speakers and we have also scheduled another series of the highly successful «early morning» and «meet the expert» sessions, first introduced in 2012. Industry symposia are also on the programme. The Congress will cater equally to the needs of local, regional and international participants. Early signs are that the Congress exhibition will also be a record breaker, with well over half the 5,000 m² space already reserved.

Istanbul needs little introduction: straddling the Bosphorous—one of the world's busiest waterways—it is Turkey's cultural capital, former seat of four empires and, today, an attractive destination for international meetings, boasting a brand new state of the art convention centre and wide choice of world-class hotels and other accommodation. Easily accessible by road rail, sea and air, Istanbul offers the visitor an unfor-

gettable experience with its colourful neighbourhoods, warm, sunny climate, especially in late August, hospitable local population and superb cuisine and entertainment.

FDI 2013 Istanbul is jointly organized by our two organizations: FDI World Dental Federation and the Turkish Dental Association. FDI with some 200 member national dental associations and specialist groups from more than 130 countries, serves as the principal representative body for over one million dentists worldwide. The Turkish Dental Association (TDA) is the collective «voice» of nearly 24,000 dentists and the country's regulatory body for dentistry. We trust an outstanding congress, a wonderful venue, and expert organizers will make this the must event in dentistry in 2013.

Join us in Istanbul 28 to 31 August

Is European Dentistry Becoming a Female Profession?

Vesna Barac Furtinger, DDM Croatian Dental Society CMA Zagreb, Šubićeva 9

Rena Aliyeva - Professor Doctor of Medicine D.D.S. Ph.D Head of department of Pediatric Dentistry at Azerbaijan Medical University (AMU)

Ludmila N Maximovskaya Doctor of Medical Science, Professor, Chief of the Department of General Dentistry of the Moscow State Medico_Dental University

Correspondance:

vesna.furtinger@zg.t-com.hr



**Vesna Barac
Furtinger**



**Rena
Aliyeva**



**Ludmila
Maximovskaya**

Abstract

The proportion of women among dentists in Europe is constantly on the rise. Thus, today we may already speak of dentistry as a female profession. Changes in the demographic structure of the work force will inevitably bring about changes in the profession, as has been noted by the umbrella organisation of European dentists, the ERO/FDI. As a result, the working group Women in Dentistry was established with the aim of collecting data and forecasting possible changes. The data were collected by means of only a questionnaire. After a four-year follow-up, an absolute increase in women dentists among dentists was identified. Similar trends were detected when the obtained data were compared with the data on other free-lance professions.

Our questions concerned the following: Demographic data, Career development and career bre-

ak, Positions at decision-making levels, Earnings, Retirement.

Key words:

Women in dentistry, european dentistry

Introduction

From the very start of organised dental education (Ohio, Baltimore), dental students included both women and men. In 1866, Lucy Hobbs Taylor earned her dentistry degree (1). Although for almost the following one hundred years men constituted the majority in the profession, women were present continually, albeit in small numbers.

As the proportion of women in all professions increased after World War II, the same occurred in dentistry. While in the former socialist countries the increase in the number of working women was a consequence of the proclaimed policy of equa-

lity, in Western countries the rise was due to the successful campaigning of women's rights organisations. A significant increase in the number of female students in the 1970s was linked with the use of birth control methods which enabled women to plan their careers, i.e. the starting of their families.

By the early 1970s women already accounted for one third of dentists in Denmark, Sweden, Norway and France, while in Greece their number exceeded 50%. At the same time, dental schools in the United States were still intended exclusively for men (2). Over the next two decades the number of women in dentistry increased considerably. This trend was also recognised in 1996 by the European Regional Organisation of dentists (ERO/FDI) which established a working group "Women in Dentistry" that was to monitor changes in the gender structure of dentists. As the percentage of women in dentistry rose worldwide, in 2001 the umbrella dental organisation, the FDI, established the Women Dentists Worldwide section which was started and run by the future first female president of the FDI, Michele Aerden (3). At the FDI's annual congress in Kuala Lumpur in 2001, the General Assembly of the FDI adopted a document known as the Kuala Lumpur Declaration that was the basic document on the section's activities.

FDI Women Dentists World Wide exist to coordinate the activities of national groups,

promote the collection of information about women dentists and their patterns of working; address inequalities where they exist, facilitate contacts between women worldwide and enhance their full participation in all branches of the profession.

The aim of the collected data is to point to the high and steadily rising percentage of women in European dentistry described by some as the feminisation of the profession (4), to exert an influence on the organisation and the development of the profession and to point out possible barriers in professional development.

Materials and Methods

When choosing a data collection method we consulted similar research conducted by the European statistical office EUROSTAT (5) and drew up a questionnaire. In doing so, we took into account the Frascati Manual guidelines on demographic

research (6). Since the questionnaire is intended for national associations and associations of women dentists, we were aware of the need for the questionnaire to be as simple as possible so that the data obtained be as accurate as possible. Therefore, the questions asked concerned only the macro level.

Questionnaire sample

The first questionnaire was sent to 38 national associations. In 2006, we received responses from 25 associations (66%). In 2010, we also sent 38 questionnaires, we received responses from all countries, but only 17 associations responded to all questions.

We were primarily interested in the actual percentage of women in the profession, their earnings, positions at decision-making levels, changes in working hours, career breaks and right to retirement.

The first questionnaire was sent out in 2006 and was resent annually until 2010. Table 1 depicts the proportion of women in the profession expressed as a percentage as well as the changes that took place four years on.

The share of women in European dentistry is disproportionate to the share of women in the general population (65% : 54%).

Although in several countries with an especially high number of women dentists a slight decrease in the percentage of women dentists is apparent (Latvia, Estonia, Lithuania), a constant upward trend is visible in the majority of European countries, in particular in those EU member states in which dentistry has until recently been a dominantly male profession. A significant increase is evident in Spain, Norway, Austria, Great Britain and Turkey.

Earnings

As no European country allows different pay for the same job, one may conclude that men and women receive equal pay for doing the same job. However, according to EUROSTAT, women in the EU are paid 17.4% less than their male counterparts, while similar research conducted in European countries outside the EU reveals a smaller gap (5).

As dentistry in Europe is linked more to entrepreneurship (liberal profession) than to work for pay (7), there is no recorded difference in earnings. The possible differences that we encountered are related to postgraduate education.

Career Break

Literature identifies several reasons for taking a career break: pregnancy and motherhood, other family reasons, limits to professional advancement and bad contracts (8). The answers obtained from national associations and female dentistry associations reveal that career breaks due to pregnancy and motherhood as well as to family reasons are small in number.

In the upcoming years it will be possible to keep track of career breaks due to bad contracts as the trend in the opening of public surgeries and surgeries owned by insurance companies is ongoing and there are not enough indicators to perform such an analysis.

Retirement

Changes in retirement rights are conditional on changes in the economic situation in Europe. Although a trend towards the equalisation of the mandatory working period has emerged, some countries still prescribe less years of service for women than for men. Thus, women in Austria, Italy, Latvia, Lithuania, Poland, Romania, Slovakia and Great Britain work fewer years than their male counterparts. If we consider the possibility of early retirement a privilege, then women dentists in these countries are privileged.

Women in Management Bodies

The analysis of the gender structure of management bodies included the management boards of professional bodies and chambers. In Europe, the regulations on professional associations vary by country. In countries with both professional bodies and chambers, the analysis included both. We were interested in only the composition of the management team as an indicator for the advancement of women in management structures.

Despite the fact that the majority of dentists in Europe are women, the top leadership positions in professional associations are still mostly held by men, i.e., the "glass ceiling" phenomenon – a well known and well described phenomenon designating obstacles in the advancement towards top-level positions – is very much present (9). Even in countries where women constitute the vast majority, their positioning at top leadership positions is markedly disproportionate. According to the available data, women most frequently perform the duties of the secretary, while their holding the post of president is still a rarity (e.g. Sweden, Armenia). This phenomenon is equally present in EU member states as in other European countries. The exception are the Scandinavian countries.

Mandatory quotas have not been included in the election process of any European country.

Conclusion

The growing number of women in dentistry will inevitably bring about changes in the practice of dental profession, which is something that must be taken into account when planning future development. If the trend reflecting the increasing number of women as basic staff continues, we may expect changes with respect to the following:

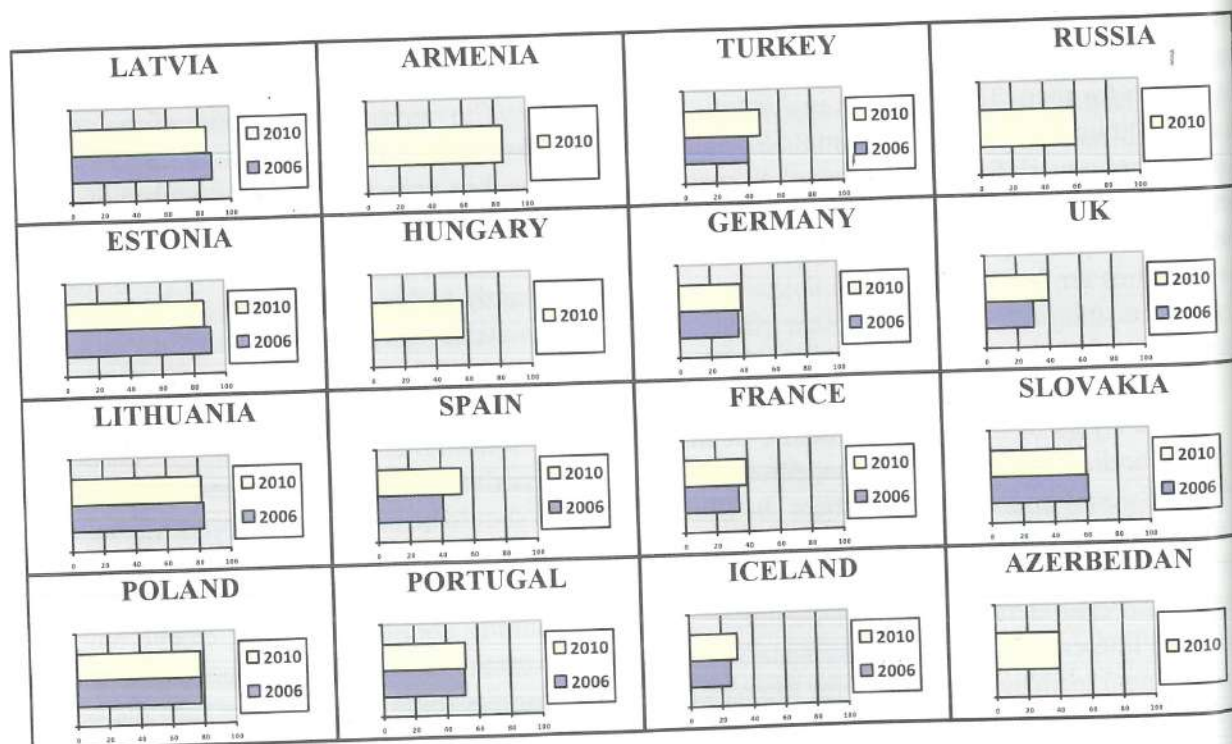
- The psychological profile of women is inclined towards a more intimate and understanding relationship with the patient than that of men so we expect that dentistry favouring communication and understanding will prevail over the present dominantly technical approach.
- Activities promoting health as well as preventive treatments and dental aesthetics and cosmetics will develop increasingly.
- Family commitments will result in an increase in the proportion of part-time employees, which should be taken into account when planning dental protection.
- The great number of working women with family commitments will enable employers and insurance companies which, despite warnings from professional organisations, are increasingly appearing as employers to reduce earnings (10). Such a gender structure is especially dangerous at a time of economic crisis. For this purpose, it

is absolutely necessary to educate the female population about the value of one's work and about dental team management. Furthermore, it is essential that women be incited to increase their engagement in professional associations because only if they hold top-level positions, will they be able to manage their professional activities.

Literature:

1. Hyson JM Jr. Women dentists: the origin. J. Calif Dent Assoc. 2002 Jun;30(6):444-53
2. Health Professions – Dentistry. Washington University School of Medicine. 2004:1
3. Aerden M, LSD From Haute Couture to FDI Presidency. Journal of Dental Education, Volume 70, Number 11 Supplement
4. S. Letica Četvrta Jugoslavija, CIP, Zagreb; 1989
5. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=708&furtherNews=yes>
6. http://www.uis.unesco.org/Library/.../OECD_Frascati_Manual02-en.pdf
7. Council of European Dentists. Manual of Dental Practice, Version 4.1, Council of European Dentists 2009
8. Women in medicine- a future assured. The Lancet, Volume 373, Issue 9680, Page 1997, 15 June 2009
9. Glass Ceiling – Definition of Glass Ceiling. <http://www.womenshistory.about.com>
10. <http://www.erodental.org>
External Interference in Dental Practice ERO/ FDI Resolution 2008

Table 1 Women Dentists in European Countries in 2006 and 2010



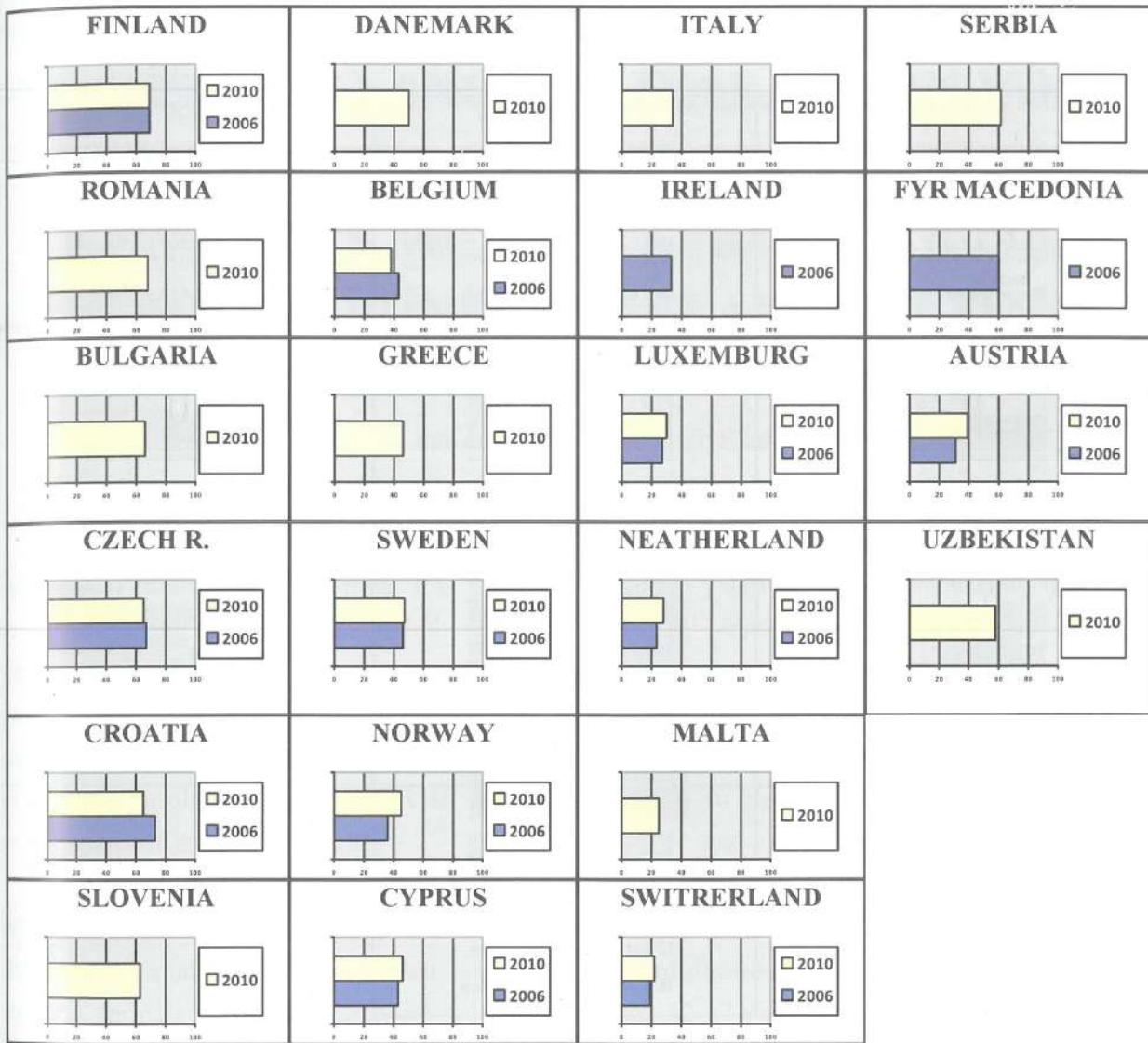


Table 2 Proportion of active women dentists in the profession and management bodies

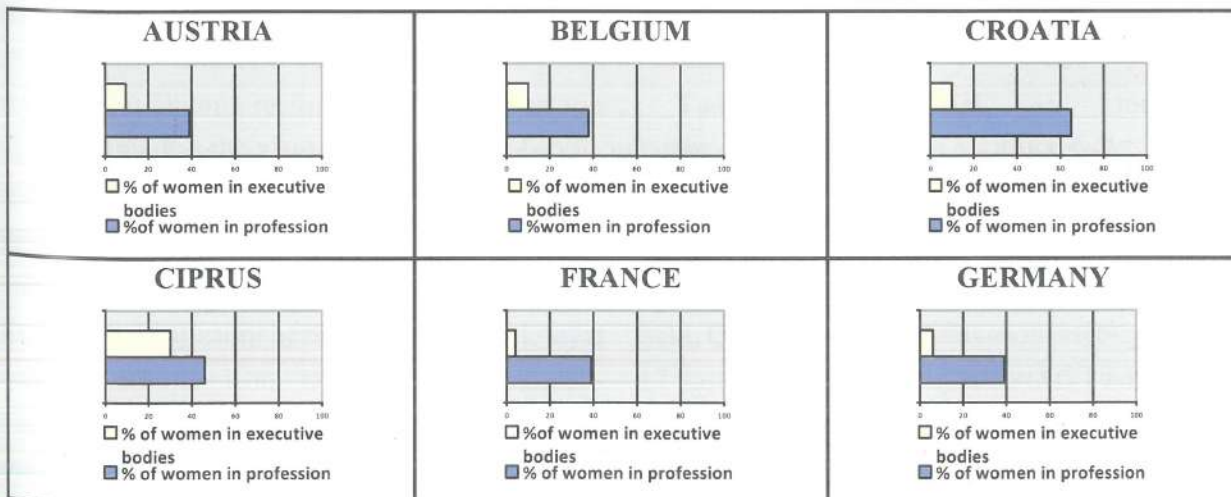
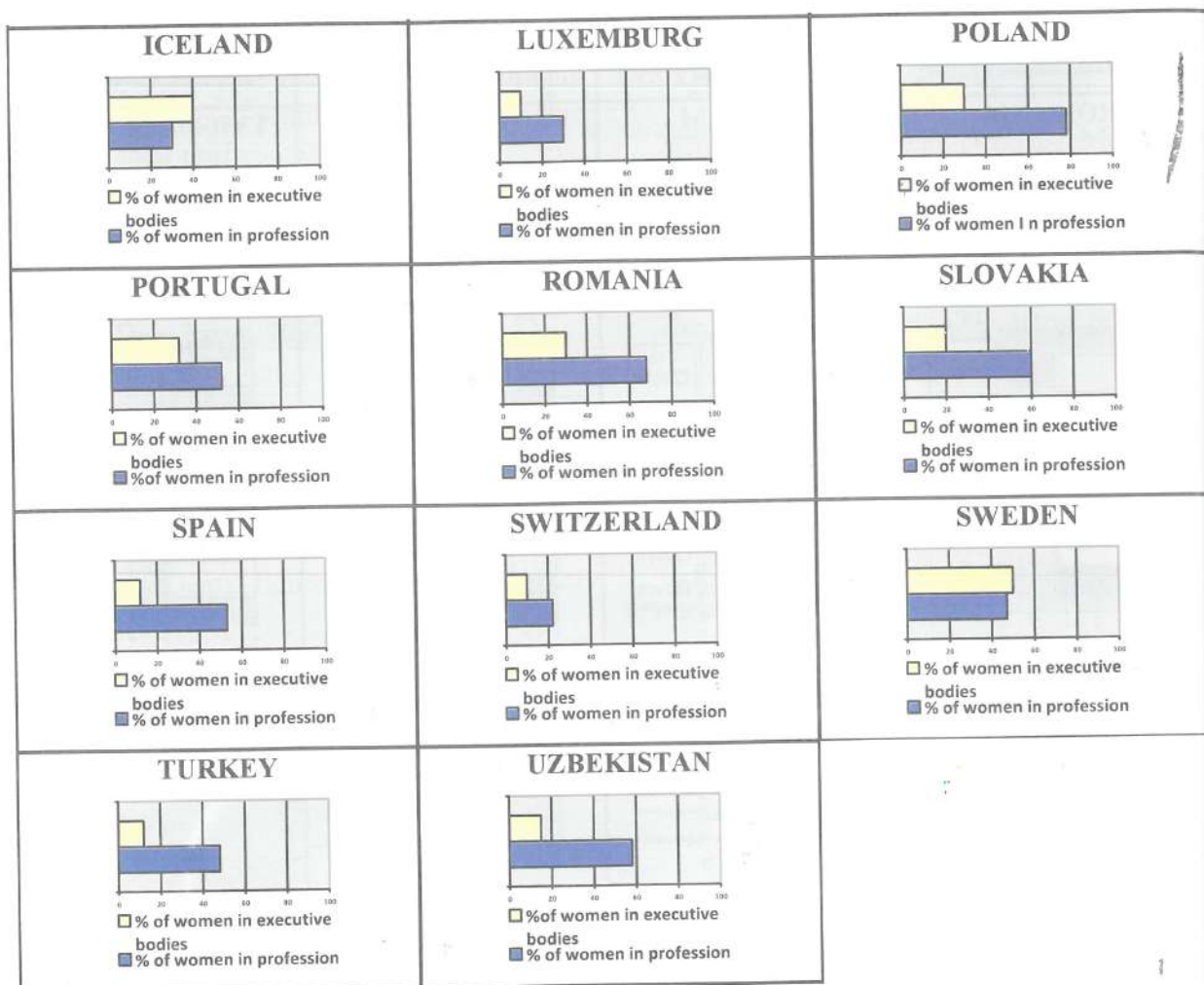


Table 2 Proportion of active women dentists in the profession and management bodies



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

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA DİŞ-ÇƏNƏ ANOMALİYALARININ VƏ DEFORMASIYALARININ YAYILMASI VƏ KOMPLEKS MÜALİCƏ-PROFİLAKTİK TƏDBİRLƏRİNİN ƏSASLANDIRILMASI

Pənahov N.A.

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası

Mövzunun aktuallığı. Əhalinin stomatoloji xəstəlikləri sırasında diş-çənə sisteminin anomaliyaları mühüm yer tutur. Əhalinin həyat səviyyəsinin yüksəlməsi, ortodontik yardım üçün müraciətlərin sayının artmasının vacibliyi ilə əlaqədar olaraq, bu problemə olan maraq xüsusilə artmışdır [10-12].



Azərbaycan Respublikasında müxtəlif dövrlərdə ayrı-ayrı şəhərlərdə və bölgələrdə diş-çənə anomaliyalarının yayılması və onların bəzi formalarının müalicəsinə aid tədqiqatlar aparılıb [1-3]. Mütəxəssislərin tədqiqatlarını ümumiləşdirərək təsdiq etmək olar ki, mövcud problemin bir çox məsələləri hələ də öz həllini tapmayıb. Diş-çənə anomaliyaları və deformasiyaları olan xəstələrin ortodontik və ortopedik müalicə metodlarının seçilməsində mütəxəssislərin fikri eyni deyildir. Respublikamızda diş-çənə sisteminin anomaliyaları və deformasiyaları olan xəstələrin kompleks ortodontik və ortopedik müalicəsinə olan ehtiyacı hələ təyin olunmayıb. Kompleks müalicənin bəzi məsələləri hələ kifayət qədər öyrənilməmişdir. Diş cərgəsinin anomaliyası və deformasiyası olan xəstələrin kompleks ortodontik və ortopedik müalicəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi barədə dəqiq göstərişlər

yoxdur. Hal-hazırda diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının inkişafının qarşısını almaq üçün kompleks müalicə-profilaktika tədbirləri tam işlənib hazırlanılmamışdır. Bu işə diaqnostikanın keyfiyyətini aşağı salır, effektiv müalicə və profilaktika tədbirləri keçirməyə imkan vermir. Sadaladığımız problemlərin

həlli üçün bizim tərəfimizdən bu tədqiqat işi aparılmışdır.

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycan Respublikasında 12-17 yaşlı yeniyetmələr arasında diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının yayılması, ortodontik və ortopedik müalicəyə ehtiyacın öyrənilməsi və kompleks şəkildə müasir müalicə-profilaktika tədbirlərinin işlənib hazırlanması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Azərbaycan Respublikasının bir sıra şəhər və rayonlarında: Bakı, Sumqayıt, Şabran, Quba, Qusar, Xaçmaz, Ağsu, İsmayilli, Ağdaş, Ucar, Göyçay, Salyan, Neftçala, Cəlilabad, Masallı, Lənkəran, Şəki, Qax, Zaqatala və Balakən məktəblərində, 12-17 yaşlı, 6785 nəfər yeniyetmə (3121 nəfər oğlan, 3664 nəfər qız) arasında ÜST-nin tövsiyələrinə uyğun şəkildə epidemioloji tədqiqat aparılmışdır.

Azərbaycan Tibb Universitetinin stomatoloji

klitikasına müraciət edən, Bakı şəhərində, eləcə də respublikamızın müxtəlif bölgələrində yaşayan 156 nəfər xəstədə diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının kompleks müalicəsi aparılmışdır.

Tədqiqat nəticəsində alınan nəticələrin orta qiyməti və onların statistik baxışdan dürüstlüyü variasion statistika metodu ilə, parametrik və qeyri-parametrik metodların köməyi ilə: t (Stüdent), U (Vilkinson-Manna-Uitni), χ^2 (müvafıqlıq əmsalı) kriterisindən istifadə etməklə müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Tədqiqatlarımız nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, diş-çənə anomaliyalarının yayılma tezlikləri Azərbaycanın müxtəlif iqlim-coğrafi bölgələrində həmcins deyildir [4]. Bütövlükdə, əldə edilmiş material yüksək reprezentativliyi ilə fərqlənir, belə ki, bütün yaş qruplarında ümumilikdə 6785 nəfər müayinə edilmişdir. Tədqiqatlarımız nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, onların 4281-də diş-çənə anomaliyasının bu və ya digər forması vardır [9]. Beləliklə, respublikamızın yeniyetmə əhalisi arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılması kifayət qədər böyük rəqəmlərlə ifadə olunur və onların tezliyi $63,09 \pm 0,7\%$ təşkil edir (cədvəl 1).

Azərbaycan Respublikasında diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının yayılmasına dair bizim məlumatlar (orta hesabla $63,09 \pm 0,7\%$), Y.L.Obratsovun (1991) SSRİ əhalisi üçün verdiyi məlumatları ($42,7\%$) üstələyir. Eyni zamanda F.Y.Xoroşilkina və Y.M.Malıqın (1982) SSRİ-nin müxtəlif regionlarında məktəblilər arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılma göstəricilərinin $11,4\%$ ilə $71,4\%$ arasında olmasını göstərir ki, bu da bizim məlumatlar ilə üst-üstə düşür. Bununla yanaşı, bizim məlumatlar L.N.Smerdinanın (1983) göstəricilərindən ($82,3\%$) geri qalır.

Aparığımız tədqiqatlar nəticəsində, diş-çənə sisteminin ikincili deformasiyalarının yeniyetmələr arasında geniş yayılması aşkar edilmişdir. Dişlərin qismən itirilməsinin belə

yüksək yayılması və onun ortopedik müalicəsinin keyfiyyəti, bu problemi stomatologiyada aktual olaraq saxlayır. Ümumilikdə, müayinə olunan 6785 nəfər yeniyetmənin 684 nəfərində ($10,08\%$) dişlərin qismən itirilməsindən sonra yaranan, diş sırasının ikincili deformasiyası aşkar edilmişdir.

Diş-çənə sisteminin patologiyası çox vaxt kompleks xarakter daşıyır və ayrı-ayrı nozoloji formalar bu və ya digər şəkildə bir-biri ilə bağlıdır. Bununla əlaqədar olaraq, hazırkı tədqiqatda, Azərbaycan Respublikasının yeniyetmə əhalisi arasında diş-çənə anomaliyalarının yaranmasında kariyesin rolunun aydınlaşdırılması xüsusi maraq doğurmuşdur. Aparığımız tədqiqatlar nəticəsində, diş-çənə anomaliyaları olan 4281 nəfər yeniyetmənin 3793 nəfərində dişlərin kariyesi aşkar edildiyi halda (kariyesin yayılma göstəricisi $88,60 \pm 1,3\%$), diş-çənə anomaliyası olmayan 2504 nəfərin 1475-də dişlərin kariyesi aşkar edilmişdir (kariyesin yayılma göstəricisi $58,90 \pm 1,7\%$). Bu zaman müvafıqlıq əmsalı $\chi^2 = 802,538$ olmuş, müqayisə edilən göstəricilər arasındakı fərq statistik düstür ($P < 0,01$) olmuşdur [7].

Diş-çənə anomaliyasının növünü və bu zaman yaranmış morfo-funksional və estetik qüsurların dərəcəsini, həmçinin diş-çənə sisteminin öz-özünü tənzimləmə ehtimalının olmasını nəzərə alaraq, diş-çənə anomaliyası aşkar edilən yeniyetmələr üçün tədbirlər kompleksini 3 qrupa ayırmışıq. Birinci qrupa aktiv ortodontik müalicəyə ehtiyac olan yeniyetmələr ($71,4 \pm 0,09\%$), ikinci qrupa profilaktik tədbirlərə ehtiyacı olanlar ($17,9 \pm 1,98\%$), üçüncü qrupa isə həkim-ortodont müşahidəsinə (nəzarətinə) ehtiyacı olan yeniyetmələr ($10,7 \pm 2,24\%$) daxil edilmişdir.

Aparığımız epidemioloji müayinələrin nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, yeniyetmə yaşlarında diş-çənə sisteminin müxtəlif formalaşma mərhələlərində, ortodontik müalicəyə və profilaktik protezlənməyə böyük ehtiyac vardır.

Cədvəl 1.

Azərbaycanda yeniyetmələr arasında diş-çənə anomaliyalarının yayılması

DİŞ ANOMALIYALARI				
Növləri	Respublikada yayılma göstəriciləri		Əsas qrup içərisində payı, ‰	
	n	%		
Dişin say anomaliyası	99	1,46	23,1	
Dişin forma anomaliyası	152	2,24	35,5	
Dişin ölçü anomaliyası	109	1,61	25,5	
Dişin struktur anomaliyası	419	6,18	97,9	
DİŞ CƏRGƏSİNİN ANOMALIYALARI				
Növləri	Respublikada yayılma göstəriciləri		Əsas qrup içərisində payı, ‰	
	n	%		
Ayrı-ayrı dişlərin yerləşmə anomaliyası	664	9,79	155,1	
Diş cərgəsində trema və diastema	566	8,34	132,2	
Diş cərgəsində dişlərin sıxlığı anomaliyası	371	5,47	86,7	
Diş cərgəsinin forma anomaliyası	173	2,55	40,4	
DİŞLƏM ANOMALIYALARI				
Növləri	Respublikada yayılma göstəriciləri		Əsas qrup içərisində payı, ‰	Dişlənə anomaliya-larında payı, ‰
	N	%		
Distal dişləm	729	10,74	170,3	334,3
Mezial dişləm	212	3,13	49,5	97,2
Dərin dişləm	733	10,80	171,2	336,1
Açıq dişləm	224	3,30	52,3	102,7
Çarpaz dişləm	283	4,17	66,1	129,7
Cəmi dişləm anomaliyaları	2181	32,14	509,5	1000

Ümumilikdə, müayinə edilmiş 6785 yeniyetmənin 1087 nəfərində (16,02%) ortopedik müalicəyə göstəriş aşkar edilmişdir [8]. Əsas qrupa daxil olan 4281 nəfər yeniyetmənin 802 nəfərində (18,73%) ortopedik müalicəyə ehtiyac olduğu halda, bu göstərici kontrol qrupa daxil olan 2504 nəfərin 285-də (11,38%) müsbət olmuş, bu zaman müvafiqlik əmsali – $\chi^2=88,141$, bu göstəricilər arasında ki fərq statistik düstür olmuşdur ($P<0,01$).

Müasir şəraitdə stomatoloji yardımın təşkili və onun düzgün planlaşdırılması üçün əhalinin bu barədə rəyinin öyrənilməsi mühüm əhəmiyyətə malikdir. Həmçinin, diş-çənə anomaliyalarının azaldılması məqsədi ilə, diş-çənə sisteminə patologiyaların baş verməsinə şərait yaradan müxtəlif risk amillərinin erkən aşkarlanması və aradan qaldırılması çox vacibdir. Xüsusi olaraq tərtib etdiyimiz anketlərlə, diş-çənə anomaliyası olan şəxslərin və onların valideynlərinin anketləşdirilməsinin gedişində qoyulmuş suallara cavablar alınmışdır. Anketin hər bir sualını hazırlarkən mövcud problemin bu və ya digər aspektini açıb göstərməyə çalışmışıq. Ortodontik müalicə üçün müraciətlərin motivasiyasında valideynlərin fikirləri birinci dərəcəli əhəmiyyətə malik olub, əsas yönəldici amildir. Bu baxımdan, valideynlərin anketləşdirilməsində məqsəd onların sagitar-gigiyenik biliklərinin səviyyəsinin, stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası barədə təsəvvürünün dərəcəsinin və valideynlərin öz övladlarını həkim-ortodonta gətirmələrinin səbəblərinin təyin edilməsi olmuşdur.

Diş-çənə anomaliyalarının müalicəsini apararkən, hər bir konkret anomaliya növü olan xəstəyə fərdi yanaşaraq, ortodontik müalicəyə, lazım gəldikdə ortopedik, terapevtik və cərrahi müdaxilələr əlavə etmiş və beləliklə, kompleks müalicənin müasir prinsiplərini hazırlamışıq [5, 6]. Dişin say anomaliyasının kompleks müalicəsində aşağıdakı prinsiplər gözlənilməlidir. Hiperodontiya zamanı, komplektdən artıq diş, yerləşdiyi diş

cərgəsinin normal formasını dəyişdikdə, həmin diş çəkilməlidir. Həmin dişə qonşu olan dişlərin tacı və kök hissəsi ətraflı müayinə edilərək, ehtiyac olduqda qonşu diş çəkilməli və yerinə komplektdən artıq diş yerləşdirilməlidir. Hipodontiya zamanı diş sırasında diastema və tremalar olduqda estetik tələbatlar gözlənilməklə diş cərgəsinin anomaliyası müalicə edilməlidir. Sonra adentiya dişin yeri hissəvi çıxan lövhəli və ya bəgəl, yaxud çıxmayan körpüyəbənzər protezlə bərpa edilir. Həmin nəhiyyəyə implant yerləşdirilməklə də diş sırasının tamlığı bərpa edilə bilər. Diş sırasında adentiya ilə yanaşı ikincili deformasiyalar da olduqda xəstənin yaşını, qalmış dişlərin parodontunun vəziyyətini nəzərə almaqla ortopedik konstruksiyalar hazırlanmalıdır; bu zaman lazım gələrsə, cərrahi müdaxilə də istisna edilməməlidir. Tam adentiya zamanı implantlardan istifadə etməklə çıxmayan və ya hissəvi çıxan, həmçinin tam çıxan lövhəli protezlər hazırlamaqla diş-çənə anomaliyası müalicə olunmalıdır. Uşaq yaşlarından düzəldilmiş hissəvi, eləcə də tam çıxan lövhəli protezlər, bir qayda olaraq, 1,5-2 ildən bir dəyişdirilməlidir. Bu zaman «diş» yaşına, «sümük» yaşına, xronoloji yaşa fikir verilməli, diş-çənə sisteminin morfoloji və funksional xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır. Dişin forma anomaliyasının müalicəsi zamanı diş sırası və okklüziyada da dəyişiklik olduqda əvvəlcə ortodontik korreksiya aparılmalı, sonra isə anomaliyalı dişin forması ortopedik konstruksiyalarla bərpa edilməlidir. Dişin çıxma anomaliyasına gəldikdə, süd dişlərin erkən çıxması, bir qayda olaraq, bizim müdaxiləmizi tələb etmir. Bir çox vaxt ağızda süd diş qala-qala onun yanından daimi dişin çıxmasına rast gəldikdə süd diş çəkilməli və daimi dişin çıxma istiqaməti korreksiya edilməlidir. Süd dişlərinin çox gec çıxması hallarında diş ətlərinə dövrü olaraq masaj təyin edilməlidir. Daimi dişlərin çıxmasının ləngiməsi zamanı taktikamızı etioloji amillərdən və klinik şəraitdən asılı olmalıdır. Belə ki, süd dişlər erkən itirildikdə diş sıraları

rının və dişləmin deformasiyaları yarana, qüsurun qonşuluğunda dayanan dişlər və antoqonistlərinin qüsurları olan tərəfə yerdəyişməsi ola bilər. Bu, daimi dişin retensiyasına səbəb olur. Dişlərin retensiyası, diş cərgəsindən kənarda çıxması, yerini dəyişmiş qonşu dişlərin nəticəsində diş sırasındakı yer olmadıqda əvvəlcə yer yaradılmalı, bundan sonra anomal dayanmış dişin diş cərgəsinə yerdəyişdirilməsinə imkan yaradılmalıdır. Sonra retensiyalı dişin proyeksiyasında selikli qışa-sümük təbəqəsi kənarlaşdırılaraq, retensiyalı dişin üzəri çırpılmalıdır, üzərinə ortodontik düymə və ya breket yapışdırmaqla diş sırasına dərəcələndirilməlidir.

Diş cərgəsinin anomaliyalarından biri də onun fasiləsizliyinin, başqa sözlə, tamlığının pozulmasıdır. Ümumiyyətlə, diş sıralarının normal düzlüyünün pozulması əlamətləri – trema və sıxlıq – dişlərin sayı, ölçüsü, diş sıralarının ölçüsündən asılıdır. Bunlardan asılı olaraq, trema və sıxlığın müalicəsi müxtəlif yanaşma, o cümlədən ortodontik müdaxilə ilə birlikdə, bəzən hətta cərrahi və ortopedik müdaxilə də tələb edir. Çənənin alveol çıxıntısı ilə cisminin böyüməsi ilə müşayiət olunan formalarda genişlənmə həm frontal, həm də yan dişlər nəhiyəsində olduğundan, ortodontik müalicədən sonra arxa dişlər aralarındakı məsafələr plomblamaqla və ya qapaq düzəltməklə aradan qaldırılmalıdır. Xəstənin yaşını və diastema (tremanın) məsafəsini nəzərə almaqla, bəzi hallarda yan tərəfə keçirilən məsafəni implantlardan istifadə etməklə bağlamaq olar. Diş cərgələrinin sıxlığı zamanı cərgədə yer olmadığından dişlər boylama oxu boyunca fırlanmış olur və ya diş cərgəsindən kənarda yerləşir. Diş sıralarının genişləndirilməsi barədə qərar çıxarmaq üçün Haus-Snaqina üsulu ilə apikal bazisin eni və uzunluğunu nəzərə alınmalıdır.

Diş sıralarının distal okklüziyasının müalicəsi və onun proqnozu xəstənin yaşından, anomaliyanın səbəbindən asılı olmalıdır. Dişlər, diş sıraları,

alveol çıxıntıları anomaliyaları nəticəsində yaranan distal dişləmi müalicə etmək çətin sümükləri anomaliyaları nəticəsində yaranan distal okklüziyanı müalicə etməkdən daha asandır. Sür dişləm dövründə çətin sümüklərinin normal böyüməsi və inkişafına mane olan səbəblər aradan qaldırılmalı, çeynəmə və mimiki əzələlər üçün müalicəvi gimnastika təyin edilməlidir. Müalicəvi gimnastika ilə dodaqları gərginlik olmadan birləşdirməyə nail olmağa çalışılır və aşağı çənəni önə çəkən əzələlər məşq etdirilir. Müalicəvi gimnastika sərbəst müalicə kimi, həmçinin ortodontik müalicədən əvvəl və ya yanaşı aparılmalıdır. Ağız boşluğu və burun-udlağın sanasiyası aparılmalı, zərərli vərdişlər tərgidilməlidir.

Mezial dişləm zamanı, əks kəsici diş qapanmasında, aşağı çənənin adəti önə verilməsi və kəsici dişlər arasında sagittal yarıq olmadıqda Bryukl aparatı, yəni aşağı çənəyə dayaq klammerləri, ön hissəsində vestibulyar qövs və mail müstəvisi olan lövhə istifadə edilməlidir. Dişlərin dəyişilmə dövründə müalicə yuxarı çənənin böyüməsinə optimal şəraitin yaradılmasına və aşağı çənənin inkişafını saxlamağa yönəldilməlidir. Bunun üçün mexaniki təsirli aparatların içərisinə vestibulyar pelotlar daxil edilməlidir. II dərəcəli mezial okklüziyalı xəstələrdə aşağı çənənin ölçülərini kiçiltmək üçün üçün Hots üsulu ilə ardıcıl olaraq əvvəlcə sür dişləri, sonra daimi dişlər çəkilməlidir. Daimi dişləm dövründə çənələrin aktiv inkişafı getmədiyindən, yuxarı çənənin uzadılması üçün mexaniki təsirli aparatlardan istifadə etməklə yuxarı diş sırasını uzatmaq olar, eyni zamanda aşağı diş cərgəsini qısaltmaq üçün ayrı-ayrı dişləri (çox vaxt birinci premolyarları) çəkmək lazımdır. Bu dövrdə ağızdanxaric rezin dartılarla birlikdə çıxmayan ortodontik aparatlardan istifadə edilməlidir. Belə halda retensiya dövrü daha artıq olmalı (10-14 ay), belə xəstələrin bütün dişləri, eyni zamanda ağıl dişləri çıxanadək dispanser müayinədə saxlanılmalıdır.

Daimi dişləm dövründə hətta ayrı-ayrı dişləri çəkməklə birlikdə belə ortodontik müalicə yaxşı nəticə əldə etməyə imkan vermir və belə xəstələrdə cərrahi korreksiyalar aparılmalıdır. Ədəbiyyat məlumatların və apardığımız tədqiqatların nəticələrinə əsasən, ortodontik müalicəyə məhdudiyyətlər və əks-göstərişlər klinik və tele-rentgenoloji kriterilərə əsasən təyin edilmişdir.

Açıq dişləmin müalicəsində dizokklüziyanı yaranan səbəblərdən asılı olmayaraq, onun qalması dilin güclü rol oynadığını və dilin, dişlərin kəsici kənarlarının arasında yerləşərək, onları şaquli istiqamətdə qapamağa qoymamasını nəzərə alaraq, dəyişən dişləmli xəstədə şaquli dizokklüziyanın ilk klinik-morfoloji əlamətləri aşkar edildikdə aşağı çənəyə lövhə hazırlanmalı, burada dil üçün plastmas məhdudlaşdırıcı qoyulmalıdır. Bu, udqunma və nitq zamanı dilin vəziyyətini tez korreksiya edir.

Dərin dişləmdə, bu anomaliyanın müalicəsi birinci daimi molyarların, köpək dişlərin, ikinci daimi molyarların çıxması dövründə daha səmərəli olduğundan, müalicə planı müxtəlif dişlərin vəziyyəti, diş sıralarının forma və ölçülərinin pozulmaları, yan dişlər nahiyyəsində dişlərin münasibətindən asılı olmalıdır.

Çarpaz dişləmin müalicə və profilaktikası onun növündən, baş vermə səbəbindən və xəstənin yaşından asılı olmalıdır. Müalicə diş sıralarının normallaşması, azı dişlərin vəziyyətinin normallaşması, aşağı çənənin düzgün vəziyyətə salınmasından ibarət olmalıdır. Süd və qarışıq dişləm dövründə zərərli vərdişlərlə, ağız tənəffüsü ilə mübarizə, müalicəvi gimnastika, aşağı çənənin yan hərəkətlərinin bloklayan süd köpək dişlərin qabarlarının çəkmə hamarlanması aparılmalıdır. Dişləm meydançası olan lövhə ilə, genişləndirici lövhələrlə çənələrin bloklayıcı vəziyyətinin aradan qaldırılması, çənənin yerdəyişmiş tərəfinin əksi nahiyyəsinə çənələrarası rezin dartının qoyulması, yanaq və ağızdaxili pelotları olan, dil üçün

məhdudlaşdırıcı və mail müstəvisi olan lövhələr, Frenkelin funksiya tənzimləyicisi, pozisionerlər hazırlanmalıdır.

Hesab edirik ki, uşaq və yeniyetmə yaşlarında daimi dişlərdən, xüsusilə molyar dişlərdən hər hansı birinin çəkilməsi protezləmə üçün mütləq göstəriş sayılmalıdır. Klinik müşahidələrimiz göstərmişdir ki, molyar dişlərdən hansısa birinin çəkilməsindən sonra, bir qayda olaraq, qonşu dişlərin yerdəyişmələri yaranır və çox sürətlə inkişaf edir. Bu baxımdan, fikrimizcə, dispanserizasiya prinsipi üzrə müalicə daha mükəmməl sayıla bilər.

Alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damağın anadangəlmə yarıqlarında, üst mərkəzi kəsicilərin çıxmasından sonra vaxtında başlanmış ortodontik müalicə, üst diş cərgəsinin erkən enləndirilməsi və uzadılması, həmçinin üst çənənin böyüməsini normallaşdırmaq və hər iki diş cərgəsinin ölçülərindəki disproporsiyayı aradan qaldırmaq məqsədi ilə üst çənənin mezial dartılması ikinci deformasiyaların inkişafının profilaktikası üçün şərait yaradaraq, anomal vəziyyətdə olan üst çənənin frontal və yan seqmentlərinin adekvat inkişafının potensialını artırır.

Apardığımız epidemioloji tədqiqatların nəticələrinə əsasən, respublikamızda uşaq və yeniyetmələr arasında diş-çənə anomaliyalarının, dişlərin kariyesinin, parodont xəstəliklərinin geniş yayılmasını, diş-çənə sistemində anomaliyaların baş verməsinə şərit yaranan risk faktorlarının olmasını, ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin əksər hallarda qeyri-kafi durumunu, valideynlərin sanitar-gigiyenik biliklərinin aşağı səviyyədə olmasını müəyyənləşdirməyə imkan yarandı. Əldə edilmiş məlumatlar, müxtəlif risk faktorlarını nəzərə almaqla, diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının kompleks profilaktikası üzrə tədbirlərin işlənməsini və həyata keçirilməsini zəruri edir.

Diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının kompleks profilaktikası – bu halların baş verməsinə şərait yaranan etioloji və patogenetik faktorların

qarşısının alınmasına və aradan qaldırılmasına yönəldilmiş tədbirlərin məcmuyudur. Apardığımız tədqiqatların nəticələrinə əsaslanaraq, diş-çənə anomaliyalarının inkişafının risk faktorlarının qiymətləndirilməsi və nisbi atributiv risk göstəricilərindən istifadə etməklə, profilaktik tədbirlərin effektivliyinin proqnozlaşdırılması əsasında, diş-çənə anomaliyalarının kompleks profilaktikasının müasir prinsiplərini özündə əks etdirən proqram təklif edirik. Təklif etdiyimiz proqram, əlverişsiz stomatoloji-patogenetik faktorların aradan qaldırılmasına yönəldilmişdir. Diş-çənə anomaliyalarının kompleks profilaktikasının müasir prinsiplərinin özündə cəmləşdirən bu proqram, diş-çənə sistemində patologiyaların formalaşmasına şərait yaradan risk faktorlarının nəzərə alınması ilə tərtib edilmişdir. Onun təcrübədə

tətbiq edilməsi müalicə-profilaktik tədbirlərin effektivni yüksəltməyə imkan verəcəkdir.

Profilaktika proqramının əsas məqsədi diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının yayılmasının kifayət qədər azaldılması yolu ilə əhalinin sağlamlıq səviyyəsinin yüksəldilməsidir. Azərbaycan Respublikasının uşaq və yeniyetmə əhalisinə, diş-çənə anomaliyaları və deformasiyaları üzrə kompleks profilaktik yardım sisteminin yaradılması nəticəsində diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının tezliyinin azaldılması mümkün ola bilər.

Beləliklə, qətiyyətlə demək olar ki, diş-çənə anomaliyaları və deformasiyalarının yayılmasının azaldılmasının ən effektiv metodu onların profilaktikasıdır. Diş-çənə anomaliyalarının yaranmasına təsir edən ən əhəmiyyətli faktorları aradan qaldırmaqla, onların yayılmasını aşağı salmaq olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.К., Алимский А.В. Влияние содержания фтора в питьевой воде на некариозные поражения. *Детская стоматология*, 2000, №1-2, с. 9-10.
2. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М, 2000, с. 39.
3. Мамедов А.А., Чапала В.М., Сергейчук В.Н. Организация профилактической работы по предупреждению и ранней диагностике зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста в системе детских муниципальных учреждений. *Стоматология детского возраста и профилактика*, 2004, №1-2, с. 23-25.
4. Панахов Н.А., Гараев З.И. Зубочелюстные аномалии у населения Азербайджанской республики. *Dentist Kazakistan*. Алматы, 2005, №2, с. 179-181.
5. Панахов Н.А. Комплексное лечение мезиального прикуса. *Medicina Stomatologica*. Молдова. Кишинев, 2011, №2(19), с. 65-69.
6. Панахов Н.А. Лечение аномалий зубных рядов после ураностафилопластики. *Вісник проблем біології і медицини*. Україна. Київ, 2011, вып. 2, т. 3(86), с. 243-245.
7. Панахов Н.А. Распространение и интенсивность кариеса зубов у подростков с зубочелюстными аномалиями. *World of medicine and biology*. Украина, Полтава, 2011, №3, с. 114-116.
8. Панахов Н.А. Показатели нуждаемости в ортодонтическом и ортопедическом лечении у подростков Азербайджанской Республики. *Вісник проблем біології і медицини*. Україна, Київ, 2012, вып. 3, т.1 (94), с. 207-209.
9. Панахов Н.А. Распространение и интенсивность зубочелюстных аномалий у подросткового населения Азербайджана. *Вісник стоматології*. Україна, Одесса, 2012, вып. 3, №3(80), с. 112-113.
10. Хорошилкина Ф.Я. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение, М, 2006, 544 с.
11. Gabris K., Marton S., Madlena M. Orthodontic anomalies in adolescents. *Fogorv. Sz.*, 2000, Vol. 93, №12, p. 365-373.
12. Vaden J.L., Kokich V.G. American Board of Orthodontics: Past, present, and future. *Amer. J. of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.*, 2000, Vol. 117, №5, p. 530-532.

РЕЗЮМЕ**Распространение зубочелюстных аномалий и деформаций в Азербайджанской Республике и обоснование комплексных лечебно-профилактических мероприятий****Панахов Н.А.****Кафедра ортопедической стоматологии АМУ**

Целью исследования явилось изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у подростков 12-17 лет Азербайджанской Республики, определение нуждаемости в ортопедической и ортодонтической помощи и разработка современных лечебно-профилактических мероприятий.

Для решения этой проблемы были проведены эпидемиологические обследования 6785 подростков, проживающих в 20-ти городах и районных центрах Азербайджанской Республики. Было выявлено, что частота распространения зубочелюстных аномалий составляет $63,09 \pm 0,7\%$, в то время у $10,08\%$ обследованных были выявлены вторичные деформации зубных рядов. Среди аномалий отдельных зубов наиболее часто встречались аномалии структуры зубов ($6,18\%$), среди аномалий зубных рядов наиболее часто встречались аномалии расположения зубов в зубном ряду ($9,79\%$). У $32,14\%$ обследованных подростков были выявлены аномалии прикуса.

В результате сравнения частоты распространений кариеса среди подростков с зубочелюстными аномалиями и без них, была получена статистически достоверная разница в показателях.

У $16,02\%$ обследованных подростков была выявлена нуждаемость в ортопедическом лечении. У $71,4\%$ обследованных подростков с зубочелюстными аномалиями было определена нуждаемость в активном ортопедическом лечении.

Для лечения и профилактики отдельных видов зубочелюстных аномалий и деформаций была разработана схема комплексных мероприятий ортодонтических, ортопедических, хирургических мероприятий.

SUMMARY**Epidemiology of dentofacial anomalies and deformities in Azerbaijan Republic and the study of complex therapeutic measures****Panahov N.A.****Prosthodontic dentistry department of AMU**

The aim of the study was to investigate the prevalence of dentofacial abnormalities and deformities in adolescents 12-17 years of Azerbaijan Republic, the means-testing in orthopedic and orthodontic care and the development of modern therapeutic measures.

To solve this problem have been carried out epidemiological surveys 6785 adolescents living in 20 cities and towns of the Republic of Azerbaijan. It was found that the frequency distribution of dentofacial anomalies of individual teeth most frequent anomalies of tooth structures ($6,18\%$), abnormalities of dentition most frequent anomalies tooth position in the tooth row ($9,79\%$). In $32,14\%$ of surveyed adolescents were identified anomalies bites.

The comparison of the frequency of occurrence of caries among adolescents with dentofacial anomalies and without them was obtained statistically significant difference in performance.

In $16,02\%$ of surveyed adolescents was identified needs in orthopedic treatment. In $71,4\%$ of the surveyed adolescents with dentofacial anomalies were identified needs in active orthopedic treatment.

For the treatment and prevention of certain types of dentofacial anomalies and deformities a scheme of complex actions orthodontic, orthopedic, surgical interventions.

Mesenchymal stem cells: From clinics to bench top and back. USA.

Mesenchymal stem cells (MSCs) are a population of hierarchical postnatal stem cells with the potential to differentiate into mesodermal lineage-derived cells, including osteoblasts, chondrocytes, adipocytes, cardiomyocytes, myoblasts and non-mesodermal lineage-derived cells, such as neural cells. They are a promising source for regenerative medicine in terms of forming mineralized tissue to replace damaged and diseased tissue.

The orofacial region contains multiple lineage, including bone marrow-derived MSCs (BMMSCs), dental pulp stem cells, periodontal ligament stem cells (PDLSCs), stem cells from human exfoliated deciduous teeth, stem cells from root apical papilla, and gingival stem / progenitor cells. Our team of researchers at the University of Southern California has identified that PDLSCs can be used successfully to treat periodontitis with regeneration of cementum and Sharpey's fibers in swine and humans.

More interestingly, we used orofacial MSCs to regenerate root / periodontal complexes that capable of supporting artificial porcelain crowns, resulting in restoration of normal tooth function in swine. We were also able to generate jaw osteonecrosis in mice and employed BMMSC implantation to treat the necrosis, suggesting a novel therapeutic approach to treating jaw necrosis using new BMMSC-generated bone and bone marrow.

Although stem cell-based regenerative medicine is a promising approach for functional tissue reconstruction, the role of immune response in cell-based tissue regeneration remains unclear. We demonstrated that pro-inflammatory T cells in the recipients inhibited BMMSC-mediated bone formation via T helper 1 cytokine interferon (IFN)- γ -induced down-regulation of runt-related transcription factor 2 pathway and tumour necrosis factor (TNF)- α -regulated BMMSC apoptosis.



Dr. Songtao Shi

We found that TNF- α -converted IFN-activated non-apoptotic Fas to a caspase 3/8-associated apoptotic signaling in BMMSCs through inhibition of nuclear factor kappa B, resulting in BMMSC apoptosis.

Conversely, reduction of IFN- and TNF- α levels at the implantation sites by systemic infusion of Foxp3+regulatory T cells markedly improved BMMSC-based bone regeneration and calvarial defect repair in C57BL/6 mice. For potential pharmacological intervention, we demonstrated that local administration of aspirin reduced levels of IFN- and TNF- α at the implantation site and significantly improved BMMSC-based calvarial defect repair.

These results collectively uncover a previously unrecognized role of recipient T cells in BMMSC-based tissue engineering and suggest a practical approach to enhancing bone regeneration by pharmacological control of local cytokines.

MSC-based immunotherapy has demonstrated successful outcomes in several human diseases and preclinical disease models, including acute graft-versus-host disease, systemic lupus erythematosus and SS, etc. The promising results of such therapeutic effects have led to exploration of the underlying mechanisms. It has been shown that MSCs, including orofacial tissue-derived MSCs, target lymphocytes through several soluble factors, such as nitric oxide, indoleamine 2,3-dioxygenase, and the Fas/FasL pathway. The immunomodulatory properties of MSCs also play an important role in treating immune-related oral diseases, such as bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw characterized by suppression of regulatory T cells and activation of T helper 17 cells.

Our and others' studies indicate the great potential for using MSCs to treat a variety of disorders and to regenerate functional mineralized tissue.

ERO

European Regional Organisation of
the Fédération dentaire internationale

fdi

ERO PLENARY SESSION

April 2013, Potsdam, Germany

Весенняя ежегодная Пленарная Сессия Европейской Региональной Организации Всемирной Федерации Стоматологов состоялась в апреле 2013 года в Потсдаме, Германия.

Потсдам это несуетливый и нешумный город, который в то же время живет очень динамичной деловой жизнью. Потсдам—красивейший город прусской Германии, известен своими необыкновенными дворцами, парками, богатой культурной жизнью, красивыми соборами. В Потсдаме расположен Дворец Цецилиенхоф—последний из многочисленных резиденций Гогенцоллернов. Он известен в основном потому, что летом 1945 года находился в центре внимания мировой общественности как место проведения Потсдамской конференции.

Программа проведения Пленарной Сессии носила традиционный характер и включала в себя приветствие делегатов Президентом ERO FDI Dr. Seeberger и Президентом Bundeszahnärztekammer BZAK Dr. Engel. Среди почетных гостей Пленарной Сессии были Президент FDI Dr. Orlando Monteiro da Silva, Jean-Lue Eisele— FDI Executive Director, Dr. Kathryn Kell—FDI Treasure and Chair of CCTT, President-elect Tin Cun Vong.

Затем состоялась презентация деятельности



BZAK— Стоматологической Ассоциации Германии. С очень обстоятельным докладом и прекрасным анализом выступил Dr. Engle.

В приветствии и дальнейшем своём выступлении President FDI Dr. Orlando Monteiro da Silva рассказал о проведенном в этом году впервые Дне



здоровья рта— World Oral Health Day— 20 марта. О его значении для привлечения внимания мировой общественности к здоровью человека в целом и для решения задач программы Vision-2020.

Подробный анализ национальных рапортов был проведен Генеральным Секретарем Dr. Anna Lella. Далее состоялись отчеты рабочих групп: Liberal Dental Practice in Europe, Relation between dental practitioners and universities, Integration, Prevention, Quality in dentistry, Basic+continuing education, Women in Dentistry, Dental Team.

Далее был заслушан финансовый отчет и утвержден бюджет ERO. Делегаты Пленарной Сессии избрали местом проведения очередного весеннего заседания Париж.

В заключительном слове, обращенном к участникам Пленарной Сессии Dr. G. Seeberger сказал: “Я хочу закончить адресованное вам письмом словами благодарности за всю вашу деятельность за данный период, за вашу дружбу и сплоченность. Вы являетесь будущим этой организации и без вашего постоянного вклада не было бы возможным решение наших задач”.

Сабина Алиева

Distal dişləm anomaliyalı fərdlərdə kranio-fasial skeletin quruluşu

Novruzov Z.H., Saniç K.B., Quliyeva S.Q.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq Stomatologiyası kafedrası



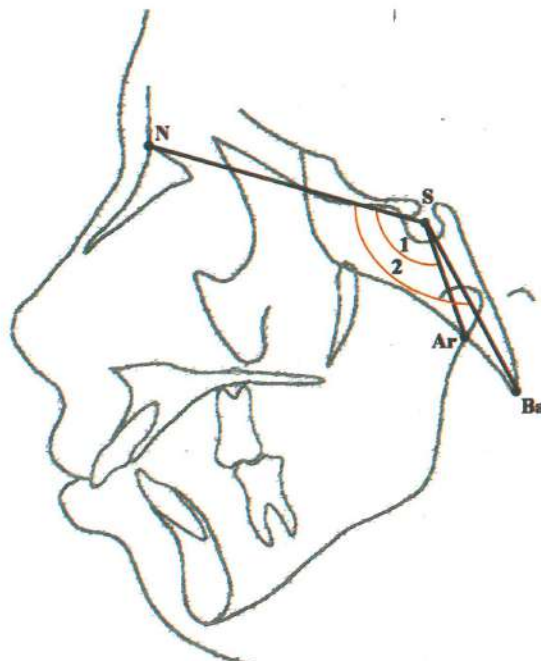
Kraniofasial skeletin quruluşu funksiyaya uyğun olaraq formalaşdığı üçün, distal dişləm anomaliyası funksional tarazlığın pozulması ilə müşahidə olunur. Muzinin "lienplastik" nəzəriyyəsinə görə, bir-biri ilə əlaqədə olan iki sümükdən birində olan dəyişiklik, anatomotopografik olaraq digərinə də təsir edir (1). Yəni çənənin oynaq başında əmələ gələcək dəyişiklik gicgah sümüyündə də dəyişikliyə səbəb olur. Eyni ilə kəllə əsasında olan dəyişiklik əng və çənə sümüklərinin vəziyyətinə təsir edir. Buradan yola çıxaraq əng və çənə sümüklərində dəyişikliklər olan distal dişləm anomaliyalı fərdlərin kraniofasial skeletində müəyyən fərqli xüsusiyyətlər olacağını düşünmək olar.

Distal dişləm anomaliyasının əmələ gəlməsində skelet faktorlarının (əngin öndə, çənənin arxada yerləşməsi və s.) rolu böyükdür. Ədəbiyyata əsasən çənənin arxada yerləşməsi daha çox müşahidə edilir (2). Gicgah-çənə oynaqının kəllə əsasına görə normadan arxada yerləşməsi, çənə şəxəsinin qısa olması və çənə bucağının böyük olması çənənin arxada yerləşməsinə səbəb olur. Gicgah-çənə oynaqı çuxuru arxa kəllə əsası ilə əlaqəli olduğu üçün kəllə əsası çənənin vəziyyətinə təsir edir. Çənənin önə yerdəyişdirməsi orta kəllə əsası əlaqəli olan çənə şəxəsi tərəfindən təmin

edilir. Amma önə yerdəyişmədə oynaq çuxurunun, dolayısıyla kəllə əsası bucağının da rolu vardır.

Elmi tədqiqatlarda kəllə əsası bucağından geniş istifadə edilir (Şəkil 1). Bu bucaq öndən nasion (N), ortada sella (S), arxada basion (Ba) nöqtələrinin birləşməsindən yaranır. Enlow və b. tədqiqatlarına əsasən arxada basion deyil articulare (Ar) nöqtəsini istifadə etmək lazımdır. Çünki burun-əng kompleksi və articulare nöqtəsi arasındakı hissə böyümə və inkişafın birbaşa ortaya çıxdığı yerdir (3).

Şəkil 1. 1-NSAr bucağı, 2-NSBa bucağı



İngerslev və Solow öz tədqiqatlarında, kəllə əsasının xarakteristik bir meyillilik sərgilədiyini və bu meyilliyin əmələ gəldiyi mərkəz əsas sümüyünün cismi nahiyyəsi olduğunu bildirmişlər. Əsas sümüyün forma və pozisiya dəyişikliyi üz skeletinə təsir edir (4).

Björk, Renfroe, Moss, Ricketts və s. tədqiqatçılar dişləm anomaliyaları ilə kəllə əsası arasındakı əlaqəni araşdırmış kəllə əsası bucağının dəyişməsinin genetik faktorlarla əlaqəli olduğunu bildirmişlər. Solow baş vəziyyəti ilə kəllə əsası bucağının əlaqəsini araşdırmış və burun-udlaq hissəsindəki nəfəs yolu tıxanılıqlığının kəllə əsası bucağına təsir edən faktorlardan biri olduğunu təyin etmişdir (5).

Kəllə əsası bucağı prenatal dövrdə 2-ci trimester sonuna qədər təqribən 126° - 132° arasında nisbətən sabit qalır. Ancaq 3-cü trimesterdən başlayaraq 10° - 19° arasında artır və yeni doğulmuşda 142° olur. Doğuşdan sonrakı dövrdə azalmağa başlayaraq 5 yaşında 130° -yə çatır. 5 yaşla 15 yaş arasında kəllə əsası bucağı nisbətən sabit qalır (5). Prenatal dövrdəki kəllə əsası bucağının dəyişməsi çənələr arası əlaqəyə də təsir edir. Kəllə əsası bucağının dəyişməsi oynaq çuxurunun və dolayısıyla çənənin yerdəyişdirməsinə səbəb olur. 3-cü trimesterdən başlayaraq bucaqdakı artışı çənənin arxaya yerdəyişməsinə səbəb olur ki, nəticədə distal dişləm yaranır. Prenatal dövrün 10-18 həftələrindən sonra alt çənə önə doğru inkişaf edir. Önə doğru inkişafda müəyyən problemlərin olması cəmiyyətdə distal dişləm anomaliyasının rast gəlmə tezliyinin yüksək olmasına səbəb olur.

Anderson və Popovichin apardıqları elmi tədqiqatda distal dişləm anomaliyalı fərdlərdə kəllə əsası bucağının normal fərdlərlə müqayisədə daha böyük olduğu məlum olmuşdur (6).

Beyin böyüməsi kranial çuxurlardan fərqli olaraq kəllə əsasının orta hissəsinə təsir etmir. Ona görə də mikrosefaliyalı fərdlərdə kəllə əsasının

orta hissəsinin uzunluğu normal fərdlərdəki kimi olur. Kəllə əsasında dəyişikliklər burun-əng tikişi ilə əngə və oynaq çuxuru vasitəsilə çənəyə təsir edir. Kəllə əsası ilə hərəkətsiz əlaqədə olduğu üçün əng daha çox təsirə məruz qalır. Xüsusilə damaq sümüyü əsas sümük ilə əng arasında inkişaf rolu oynayır ki, bunun nəticəsində əng aşağı doğru yerini dəyişir. Kəllə əsası yenidən doğulmuşda ümumi inkişafının 65%-ni, 2 yaşında 87%-ni, 5 yaşında 90%-ni, 15 yaşında 98%-ni başa çatdırmış olur. 15 yaşdan sonra kəllə əsası böyüməsi alın sümüyünün qalınlaşması və alın cibinin pnevmatizasiyası hesabına olur (5). Kəllə əsası ilə üz proqnatizmi arasındakı əlaqə etnik fərqlərdən dolayı antropoloqların da maraq dairəsində olmuşdur.

Anderson və Popovichin, Hopkin və b. tədqiqatlarında normal və mezial dişləm anomaliyalı fərdlərlə müqayisədə distal dişləm anomaliyasında kəllə əsası bucağının böyük olduğu tapılmışdır (6).

Dibbetsin elmi tədqiqat nəticələrinə görə normal və mezial dişləm anomaliyalı fərdlərlə müqayisədə distal dişləm anomaliyalı fərdlərdə həm N-S-Ba bucağı, həm də N-S və N-Ba parçaları daha böyük olur (7).

Kerr və Hirst 85 uşaq üzərində apardıqları elmi tədqiqatda normal və distal dişləm anomaliyalı fərdlər arasında ən yaxşı ayırıcı faktorun kəllə əsası bucağı olduğunu tapmışlar. Tədqiqatda 5 yaşındakı uşağın kəllə əsası bucağının 15 yaşında sahib olacağı okklüziya ilə əlaqəli verdiyi təxminin 73% halda düzgün olduğu məlum olmuşdur (7).

Baccetinin elmi tədqiqatında distal dişləm anomaliyalı fərdlərdə normal fərdlərlə müqayisədə gicgah-çənə oynaqının nisbətən arxada yerləşdiyi məlum olmuşdur (8). Distal dişləm anomaliyalı fərdlərdə əng, mezial dişləmli fərdlərdə çənə daha uzun olur.

Kəllə quruluşu ilə üz profili və okklüziya arasında əlaqənin mövcud olduğu məlumdur. Dö-

likosefalik fərdlərdə kəllə əsası sagital istiqamətdə uzun olduğu üçün, burun-əng kompleksi nisbətən öndə yerləşmişdir. Çənə aşağı-arxa istiqamətdə rotasiya etdiyi üçün II sinif anomaliya və konveks profil mövcuddur. Braxisefalik fərdlərdə kəllə əsası qısa və geniş olduğu üçün, burun-əng kompleksi nisbətən arxada yerləşmişdir. Çənə ön-yuxarı istiqamətdə rotasiya etdiyi üçün III sinif anomaliya və konkav profil mövcuddur.

Özdilərin tədqiqatın görə arxa kəllə əsası bucağı ilə üzün vertikal böyüməsi arasındakı həddi-bülüğdan əvvəl mövcud olan əlaqə oğlanlarda həddi-bülüğdan sonrakı dövrdə də davam edir. Amma qızlarda bu əlaqə həddi-bülüğ dövründən sonra yaranır (9).

Nəticə

Ədəbiyyatdan kəllə əsası bucağının və uzunluğunun dəyişməsinin əng-çənə əlaqəsinə təsir etdiyi məlum olur. Yəni distal dişləm yaranmasında kəllə əsası əhəmiyyətli rol oynayır. Alimlər kəllə əsası bucağının böyüməsinin gigah sümüyündəki çənə oynaqının nisbətən arxada yerləşməsi, bu yolla da çənənin arxada yerləşərək distal dişləm anomaliyasına səbəb olduğunu bildirmişlər. Ancaq kəllə əsası bucağındakı dəyişikliyin gigah-çənə oynaqının yerinə təsiri mübahisəlidir. Unutmamaq lazımdır ki, kəllə əsası bucağı orta xətdə, oynaq isə nisbətən kəllənin yan tərəflərində yerləşirlər.

ƏDƏBİYYAT

1. Ülgen M. Ortodonti anomaliler, sefalometri, etioloji, büyüme ve gelişim, tanı. Ankara üniversitesi diş hekimliği fakültesi yayınları, Ankara (2001).
2. Mcnamara, J. A. On the fränkel appliance, part 1. Biological basis and appliance design. J. Clin. Orthod. 16: (1982). 320-37.
3. Yoshihiro T., Taguchi Y., Tadashi N. Relationship between cranial base structure and maxillofacial components in children aged 3-5 years. Eur.J.Orthod.2002;24:175-181
4. İngerslev C.H., Solow B. Sex differences in craniofacial morphology. Acta odont. 1975;33:85-94
5. Dhopathkar A., Bhatia, S., Rock P. An investigation into the relationship between the cranial base angle and malocclusion. Angle orthod. (2002). 72: 456-63.
6. Anderson D. L., Popovich F. Lower cranial height vs craniofacial dimension in angle class 3 malocclusion. Angle orthod.1983;53:253-260
7. Dibbets J. M. H. Morphological association between the angle classes. Eur. J. Orthod. (1996). 18: 111-118
8. Bacetti I., Antonini A. Glenoid fossa position in different facial types: a cephalometric study. Br. J. Orthod. (1997) 24: 55-59
9. Özdiler E., Akçam O. The effects of functional treatment on the sagittal position of the mandibular condyle. J. Oral science. (2000). 42: 195-203

РЕЗЮМЕ

Структура черепно-лицевого скелета у лиц с дистальным прикусом

Новрузов З.Г., Саньич К.Б., Гулиева С.Г.

Кафедра стоматологии детского возраста АМУ

Более заднее расположение височно-нижнечелюстного сустава, которое является одной из причин дистального прикуса, связано именно со структурой основания черепа. Так как у лиц с дистальным прикусом и угол основания черепа, и длина основания черепа больше чем у лиц с нормальным прикусом. Изменение скелета основания черепа влияет на состояние верхней и нижней челюсти. Следовательно, у детей по структуре черепа можно предугадать вероятность возникновения дистального прикуса.

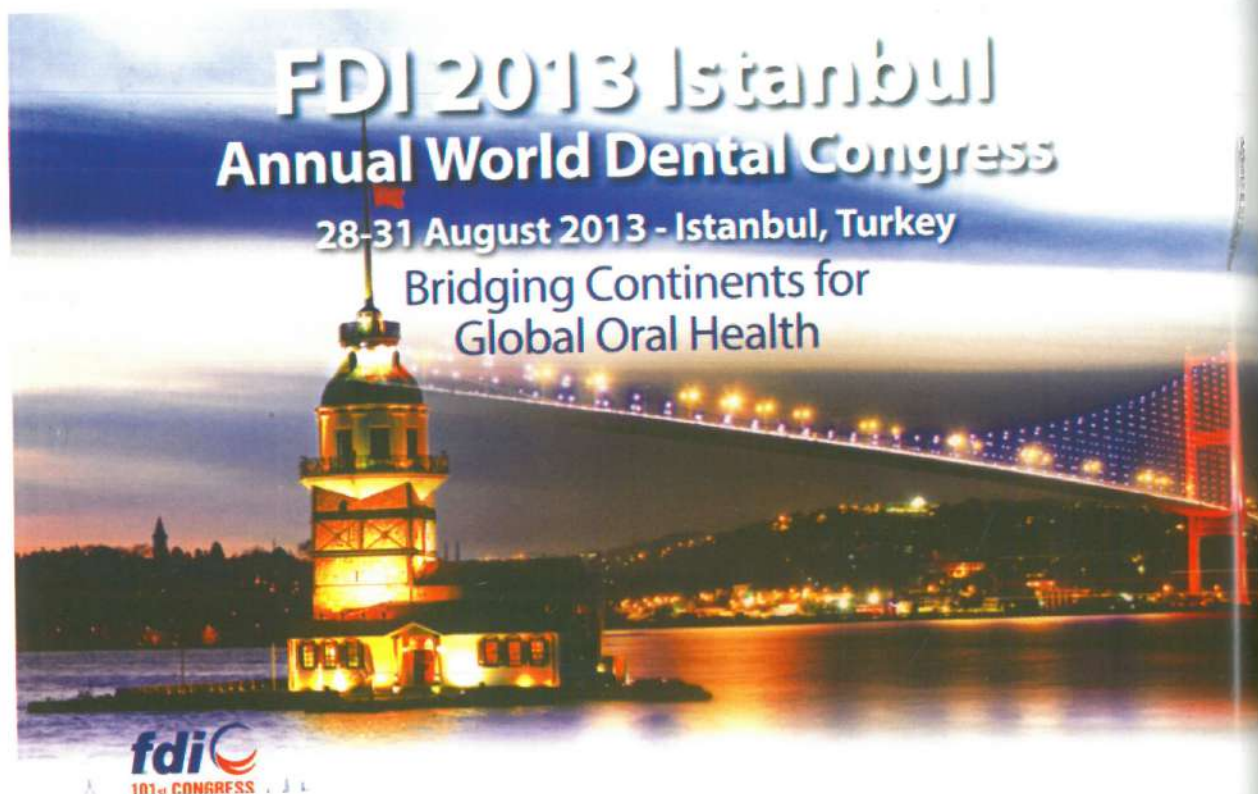
SUMMARY

Structure of craniofacial skeleton for persons with distal bite

Novruzov Z.H., Sanich K.B., Guliyeva S.G.

Pediatric dentistry department of AMU

More posterior position of TMJ, which is the reason of distal bite, has exactly relation with the structure of base of the cranium. Therefore persons with distal bite have degree of angle of base of cranium and length of base of cranium bigger than persons with normal bite. Changes of the skeleton of base of the cranium influence to the condition of upper and lower jaws. So owing to structure of cranium of child it is possible to give prognosis about happenness of distal bite.



Всемирный Стоматологический Конгресс и Выставка FDI-2013 состоится в Стамбуле - городе двух континентов 28-31 августа 2013 года. Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация формирует официальную делегацию для участия на Конгрессе и Выставке FDI-2013.

Конгресс и Выставка FDI-2013 проходит под девизом Преодоление Континентов для Всеобщего Здоровья Рта - Bridging Continents for Global Oral Health.

Участники Конгресса будут иметь возможность слушать лекции ведущих специалистов мировой стоматологии по разделам: кариеология, консервативное зубопротезирование, диагностика и менеджмент заболеваний, эндодонтия, эстетическое зубопротезирование, имплантология, хирургия рта, ортодонтия, пародонтия, реставрационное зубопротезирование, периодонтология, педодонтия, профилактика,

реставрационные материалы, зубопротезирование в пожилом возрасте, лазерное и цифровое зубопротезирование, рак рта и другие. Помимо этого участники имеют возможность принять участие в краткосрочных обучающих курсах.

Тезис, кто хорошо работает, тот хорошо отдыхает, в совершенстве можно претворить в жизнь в Стамбуле, городе являющемся древним и современным одновременно, городе, где собраны воедино различные стили архитектуры, проявления различных культур, городе, где присутствует блистательная роскошь Востока и рационализм Запада, городе, снискавшем славу одного из красивейших в мире.

Всего наилучшего: Конгресс и Выставка FDI-2013!

Сабина Алиева

Ecligner Aligner Sistemləri

29 yanvar 2013-cü il tarixində Bakıda Qafqaz city hoteldə diş sırası ayrılıqlarının düzəldilməsi üçün istifadə olunan Ecligner Aligner sistemlərinin sertifikasiya kursu keçirildi. Konfrans həm elmi həm də sosial baxımdan yüksək səviyyədə təşkil edilmişdi. Konfrans proqramına həm sözlü həm də poster məruzələri daxil edilmişdir. Elmi proqrama Aligner sistemlərinin yaranma tarixi, tətbiqi, Ecligner Aligner-l işləmək qaydaları və s. daxil idi. Konfransda Ecligner Aligner sistemlərinin banisi olan prof. Tae Weon Kim, prof.Nills Stucki, prof.Yıldız Öztürk öz məruzələri ilə çıxış etdilər. Konfransda qonşu ölkələrdə həkimlər iştirak etmişdilər. Sonda iştirakçı həkimlər sertifikatlarla təmin olunmuş və Ecligner Aligner sistemləri ilə işləmək hüququ əldə etmişdilər.



prof. Tae Weon Kim

etmişdir. Eyni ildə bir pasientin bütün müalicəsini şəffaf lövhələr vasitəsi ilə tamamlamışdır. Stomatologiyaya aid dərc olunmuş ədəbiyyatlara nəzər salsaq buna bənzər şəffaf kappaların iş mexanizmi və istehsal prinsipləri haqda bir çox məqalələrə rast gəlmək mümkündür (McNamara,

Ponits, Qraber və s.).

Ecligner Aligner şəffaf kappalar ilə müalicə planı (set up) xüsusi kompyuter proqramı və eyni zamanda Tae Weon Kimin şəxsi nəzarəti ilə tərtib olunur. CAPRO (IV-Tech,Kore) adlı proqram vasitəsi ilə kompyuter ekranında üst-üstə gətirilən iki rəqəmsal şəkil ilə hər bir dişin hərəkətini hesablamaq mümkündür. Xəstə fərqli qalınlığa (0.5; 0.62; 0.74; 0) malik 3 ədəd kappaların hər birini bir



Clear Aligner sistemləri haqqında qısa məlumat: İlk şəffaf plastik lövhələr 20-ci əsrin ortalarında istifadə edilmişdir. İlk dəfə 1998-ci ilin sonlarında koreyalı prof.Tae Weon Kim ortodontik müalicə almış xəstələrdə residiv hallarının müalicəsində istifadə

həftə taxmalıdır. Müalicənin müddəti qüsurun böyüklüyündən asılı olaraq müxtəlif olur.

Həsənli Elnur, Həsənli Nigar

Взаимосвязь показателей качества жизни и заболеваний пародонта

Самедова С.И.

Кафедра ортопедической стоматологии
Азербайджанский Медицинский Университет

Заболевания пародонта относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека, профилактика и лечение которых является общемедицинской проблемой [1,4]. По данным литературных источников заболеваниями пародонта в мире страдают более 80% населения, а лица в возрастной группе 35-44 лет, страдающие этими заболеваниями, составляют 94,3%, причем заболевания пародонта существенно молодеют. К 15 годам интенсивность поражения пародонта у человека нарастает, а распространенность достигает 75,8% [5]. Заболевания пародонта, зачастую приводящие к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению иммунитета, развитию аллергических состояний, относятся к числу таких заболеваний человека, профилактика и лечение которых является как медицинской, так и социальной проблемой.

Наблюдаемое в настоящее время увеличение распространенности заболеваний пародонта приводит к снижению качества жизни (КЖ) человека. Следует отметить, что КЖ – это уникальный подход, который затрагивает широкий круг вопросов, играющих важную роль при решении целого ряда клинических проблем, например, определение реального объема и спектра проблем пациента и его семьи, выбор оптимальной тактики лечения с учетом мнения пациента, стандартизация критериев эффективности лечения и т.д. Ис-



следование КЖ позволяет оценить комплексное влияние болезни на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных вмешательств, прогнозировать течение заболевания. Использование критериев КЖ позволяет оценить в комплексе степень снижения стоматологического

здоровья [3,6,7]. У нас в республике исследований в данной области, а именно влияния стоматологических заболеваний на КЖ людей, нами не было встречено.

Целью исследования явилось определение параметров качества жизни у лиц с заболеваниями пародонта.

Материал и методы исследования. Исследования проведены среди 200 жителей г. Баку с заболеваниями пародонта. Обследованные были разделены на 3 группы: в I группу были включены 95 человек, с катаральным гингивитом и пародонтитом легкой степени тяжести, во II группу вошли 68 человек с пародонтитом средней степени тяжести и в III группу – 37 человек с пародонтитом тяжелой степени тяжести. Показатели качества жизни у обследованных изучены по Ноттингемской системе (Nottingham Health Profile). Ноттингемский профиль здоровья в большей степени, по сравнению с другими методиками, позволяет оценивать влияние симптомов заболевания на КЖ и включает основные параметры жизнедеятельности – физическая активность, энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции.

сон и социальная изоляция. Преимущества данной методики заключаются в ее лаконичности и возможности самостоятельного заполнения опросника пациентом без участия специально обученного персонала [8,9,10].

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средних величин и их ошибок. Достоверность различий определяли параметрическими и непараметрическими методами: t-критерий (Стьюдента), χ^2 , U-критерий (Вилкоксона-Манна-Уитни) с использованием специальной программы – Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование качества жизни (КЖ) по шкале «энергичность» выявило, что лица, у которых этот показатель был выше отметки «0», в I группе составили 12,6%, во II группе – 41,2%, в III группе – 91,9%, что было в 7,3 раз ($p<0,001$) выше, чем в I группе и в 2,2 раз ($p<0,05$) выше числа лиц во II группе (табл. 1). Средний балл по данной шкале у лиц с тяжелой степенью заболевания превышал таковой у лиц с легкой степенью тяжести в среднем в 7,1 раз ($p<0,001$) и в 2,1 раз ($p<0,05$) у лиц со средней степенью тяжести.

Часто заболевания пародонта сопровождаются болевыми ощущениями. В ходе обследования число лиц с болью, оцененной в 8 баллов, встречались лишь во II и III группах. При этом в III группе в сравнении со II группой их число было в 19,6 раз ($p<0,001$) больше. Болевые ощущения с отметкой 1 балл связывали с КЖ 8,4% лиц с легкой степенью тяжести заболевания. По мере выраженности заболевания количество лиц по этому критерию увеличивалось и, уже во II группе число их составило 10,3%, что в сравнении с легкой степенью тяжестью увеличилось на 1,9%, а в III группе их число достигло 21,6%, что до-

стоверно превышало процентное количество таких лиц в I и во II группе соответственно в 2,6 и 2,1 раз ($p<0,05$). Средний балл этого показателя во II группе был достоверно выше, чем в I группе в среднем в 4,2 раз ($p<0,01$), а в III группе – в 35 и 8,5 раз ($p<0,001$) выше, чем в первых двух группах соответственно.

Следующей шкалой оценки была «эмоциональные реакции». В результате проведенных исследований мы получили, что эмоциональные реакции в 2 балла и более отметили 5,3% лиц I группы, во II группе число таких лиц увеличилось в 3,9 раз ($p<0,01$) и в III группе эмоциональные реакции с заболеванием связывали большинство (94,6%) обследованных, что было достоверно больше, чем в I и II группе, соответственно в 17,8 и 4,6 раз ($p<0,001$). По шкале эмоциональные реакции 1 балл в I группе встречалось 16,8%, во II группе количество таких лиц уменьшилось на 3,6% и в III группе в сравнении с I группой процентное число лиц, с оценкой эмоциональных реакций в 1 балл уменьшилось в 3,1 раз, а в сравнении со II группой уменьшилось в 2,4 раз. Величина среднего балла увеличивалась пропорционально степени тяжести заболевания. Так, средний балл по этой шкале у лиц с тяжелой степенью тяжести достоверно превышал аналогичный показатель у обследованных с легкой степенью заболевания в 9,2 раз ($p<0,001$) и у лиц со средней степенью тяжести – в 4,6 раз ($p<0,001$).

У лиц с заболеваниями пародонта, наряду с нарушением стоматологического здоровья отмечаются и нарушения сна. Тестирование по шкале «сон» выявило, что негативное влияние нарушения сна на КЖ в I группе встречалось у 4,2%, во II группе этот показатель составив 13,2%, достоверно увеличил-

Таблица 1

Показатели качества жизни у лиц с заболеваниями пародонта

Критерии оценки		Группы		
		I группа	II группа	III группа
Энергичность	Выше 0	12 (12,6%)	28 (41,2%)*	34 (91,9%)*, **
	Ср. балл	0,35±0,096	1,16±0,174 *	2,5±0,158 *, **
Болевые ощущения	8 баллов	0	2 (2,9%)	21 (56,8%)*, **
	1 балл	8 (8,4%)	7 (10,3%)	8 (21,6%)
	Ср. балл	0,15±0,045	0,63±0,184*	5,35±0,55*, **
Эмоциональные реакции	2 балла и более	5 (5,3%)	14 (20,6%)*	35 (94,6%)*, **
	1 балл	16 (16,8%)	9 (3,2%)	2 (5,4%)
	Ср. балл	0,27±0,057	0,54±0,099*	2,49±0,234*, **
Сон	Более 2-х баллов	4 (4,2%)	9 (13,2%)*	22 (59,5%)*, **
	Ср. балл	0,63±0,103	0,90±0,148	3,38±0,316*, **
Социальная изоляция	3 балла и выше	10 (10,5%)	12 (17,6%)	19 (51,4%)*, **
	1-2 балла	4 (4,2%)	6 (8,8%)	7 (18,9%)*
	Ср. балл	0,44±0,123	0,75±0,173	2,41±0,301*, **
Физическая активность	8 баллов	6 (6,3%)	8 (11,8%)	10 (27,03%)*, **
	1 балл	2 (2,1%)	2 (2,9%)	11 (29,7%)*, **
	Ср. балл	1,48±0,267	1,79±0,333	3,57±0,525*, **
Состояние здоровья	3 балла и выше	15 (5,8%)	17 (25,0%)	23 (62,2%)*, **
	1-2 балла	11 (11,6%)	12 (17,6%)	12 (32,4%)*
	Ср. балл	1,12±0,216	1,66±0,289	3,57±0,341*, **
Общая оценка	Выше 30 баллов	0	5 (7,35%)*	18 (48,7%)*, **
	20-30 баллов	0	9 (13,2%)*	7 (18,9%)*
	Ср. балл	4,4±0,69	7,4±1,25*	23,2±1,791*, **

Примечание: Статистическая достоверность различия значений $p < 0,05 - 0,001$;

* - относительно I; ** - относительно II группы

ся в 3,1 раза ($p < 0,01$) в III группе 59,5% лиц указали нарушение сна, что было в 14,2 раза ($p < 0,001$) больше, чем в I группе и в 4,5 раза ($p < 0,01$) выше, чем во II группе. Средний балл у лиц с тяжелой степенью был выше аналогичной величины у больных с легкой и средней степенью тяжести соответственно в 5,4 и в 3,7 раз ($p < 0,01$).

Заболевания пародонта – это не только медицинская, но и социальная проблема. Чувство дискомфорта, состояние здоровья, стресс, которые ощущают и переносят неко-

торые больные с заболеваниями пародонта, зачастую способствует снижению их общения, и в конечном итоге приводит к социальной изоляции. Результаты исследования по шкале «социальная изоляция» свидетельствуют о том, что среди лиц с легкой степенью тяжести этот показатель, оцененный в 3 и выше баллов, встречался в 10,5% случаев, при средней степени заболевания – в 17,6% случаев и при тяжелой степени – в 51,4% случаев, что было достоверно выше в 4,9 и 2,9 раз ($p < 0,01$) соответственно с показателями

I и II групп. На 1-2 балла по этому критерию указали 4,2% лиц I группы, 8,8% лиц II группы и 18,9% лиц III группы. Увеличение числа обследованных во II и III группах также свидетельствовало о связи КЖ с выраженностью заболевания и влияло на величину среднего балла в группах обследования. Так, в III группе средний балл был выше такового в первых двух группах соответственно в 5,5 и 3,2 раз ($p < 0,01$).

Низкая физическая активность, оцениваемая в 8 баллов по Ноттингемскому профилю, чаще отмечалась у лиц III группы – в 27,03% случаев, что в 4,3 раза ($p < 0,01$) было выше, чем в I группе и в 2,3 раза ($p < 0,05$) – чем во II группе. Результаты исследования показали, что лица с легкой степенью заболевания были физически более активны, чем лица со средней и тяжелой степенью пораженности. Так, лица с 1 баллом физической активности в I группе составили 2,1%, во II группе – 2,9% и в III группе – 29,7%. Как видим, число обследованных с данным показателем в III группе было достоверно выше, чем в I и II группе в 14,1 и 10,2 раз ($p < 0,001$) соответственно. Средний балл по шкале физическая активность, также как и в предыдущих критериях, был высоким при тяжелой степени заболевания и достоверно превышал величины среднего балла у лиц с легкой степенью в 2,4 раз ($p < 0,05$) и средней степенью тяжести – в 2,0 раз ($p < 0,05$).

Оцениваемое по шкале состояние здоровья в 3 балла и выше, т.е. низкое, отмечалось в 15,8% случаев в I группе, в 25,0% случаев во II группе и в 62,2% случаев в III группе. Как видно, в группе с тяжелой степенью заболевания число случаев было больше чем в I группе в 3,9 раз ($p < 0,01$) и больше чем во II группе в 2,5 раз ($p < 0,05$). Состояние здо-

ровья, оцениваемое в 1-2 балла, также чаще встречалось среди лиц III группы и превышало аналогичные результаты в I группе в 2,8 раз ($p < 0,01$) и в 1,8 раз – во II группе. Полученный средний балл по данной шкале у лиц III группы был выше, чем в I группе в 3,2 раз ($p < 0,01$) и в 2,1 раза ($p < 0,05$) выше, чем во II группе.

Согласно полученным результатам, общая оценка более 30 баллов по определяемым критериям, указывающая на низкое КЖ, у лиц I группы не выявлена, у лиц II группы отмечалась в 7,35% случаев и в III группе – в 48,7%. Общая оценка 20-30 баллов у лиц с легкой степенью тяжести также не выявлена, а у обследованных со средней степенью заболевания она встречалась в 13,2% случаев, и с тяжелой степенью – в 18,9% случаев. Обращает на себя внимание средний балл, полученный при общей оценке. У лиц I группы он составил $4,4 \pm 0,69$ баллов, II группы – $7,4 \pm 1,25$ баллов и в III группе – $23,2 \pm 1,791$ баллов, что было выше в 5,3 раза ($p < 0,01$) чем в I группе и в 3,1 раз ($p < 0,01$), чем во II группе.

В целом, полученные нами результаты еще раз подтвердили ухудшение КЖ у лиц с заболеваниями пародонта, особенно с пародонтитом тяжелой степени, что согласуется с результатами других исследований [2,3,10].

Таким образом, изучение КЖ по 7 критериям позволило установить, что с утяжелением степени заболеваний пародонта КЖ ухудшается. Особенно это отражалось на таких показателях КЖ как болевые ощущения, физическая активность, состояние здоровья и сон.

LİTERATURA

1. Гараев З.И., Панахов Н.А. Состояние пародонта у подростков с зубочелюстными аномалиями // Азерб. Мед. журнал, 1997, №1, с.140-144.
2. Симановская О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни // Стоматология, 2008, №5, с.75-77.
3. Тарасова Ю.Г. Оценка качества жизни больных с воспалительными заболеваниями пародонта в Удмуртской Республике // Институт Стоматологии, 2011, №4, с. 20-52.
4. American Academy of Periodontology. Parameters of care // Journal of Periodontology, 2000, 71 p. (Supplement).
5. Califano J.V. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal disease in children and adolescents // J Periodontol., 2003, v.74, p.1696-1704.
6. Cunha-Cruz J., Hujoel P., Kressin N.R. Oral health-related quality of life of periodontal patients // J Periodontal Res, 2007, v.42, No2, p.169-176.
7. Jones J.A., Kressin N.R., Kazis L.E. et al. Oral conditions and quality of life // The Journal of ambulatory care management, 2006, v.29, No2, p.167-181.
8. Froberg D.G., Kane R.I. Methodology for Measuring Health –State Preferences – IY: Progress and a Research Agenda // J. Clinic Epidemiol., 1989, v.42, No7, p.675-685.
9. O'Brien B.J., Banner N.R., Gibson S. et al. The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life following combined heart and lung transplantation // J. of Epidemiol. and Community Health, 1988, v.42, No3, p.232-234.
10. Teeuw W.J., Abhilakh Missier A.V., Hartman M. et al. Periodontal disease and quality of life // Ned Tijdschr Tandheelkd., 2011, v.118, No4, p.199-201.

XÜLASƏ

Həyat keyfiyyəti və parodont xəstəlikləri göstəricilərinin əlaqəsi

Səmədova S.İ.

ATU-nun ortopedik stomatologiya kafedrası

Tədqiqatın məqsədi - parodont xəstəlikləri olan insanların həyat keyfiyyətini öyrənilməsi idi. Tədqiqatda xəstəliyin ağırlığına görə 200 xəstə 3 qrupa bölünmüşdür.

Nottingham sisteminə əsasən 7 meyarla həyat keyfiyyəti öyrənilmişdir. Parodont xəstəliyinin dərəcəsi artdıqca həyat keyfiyyətinin göstəriciləri pisləşir. Bu xüsusilə də həyat keyfiyyətinin aşağıdakı göstəricilərdə öz əksini tapmışdır - fiziki fəaliyyət, sağlamlıq vəziyyəti və yuxu.

SUMMARY

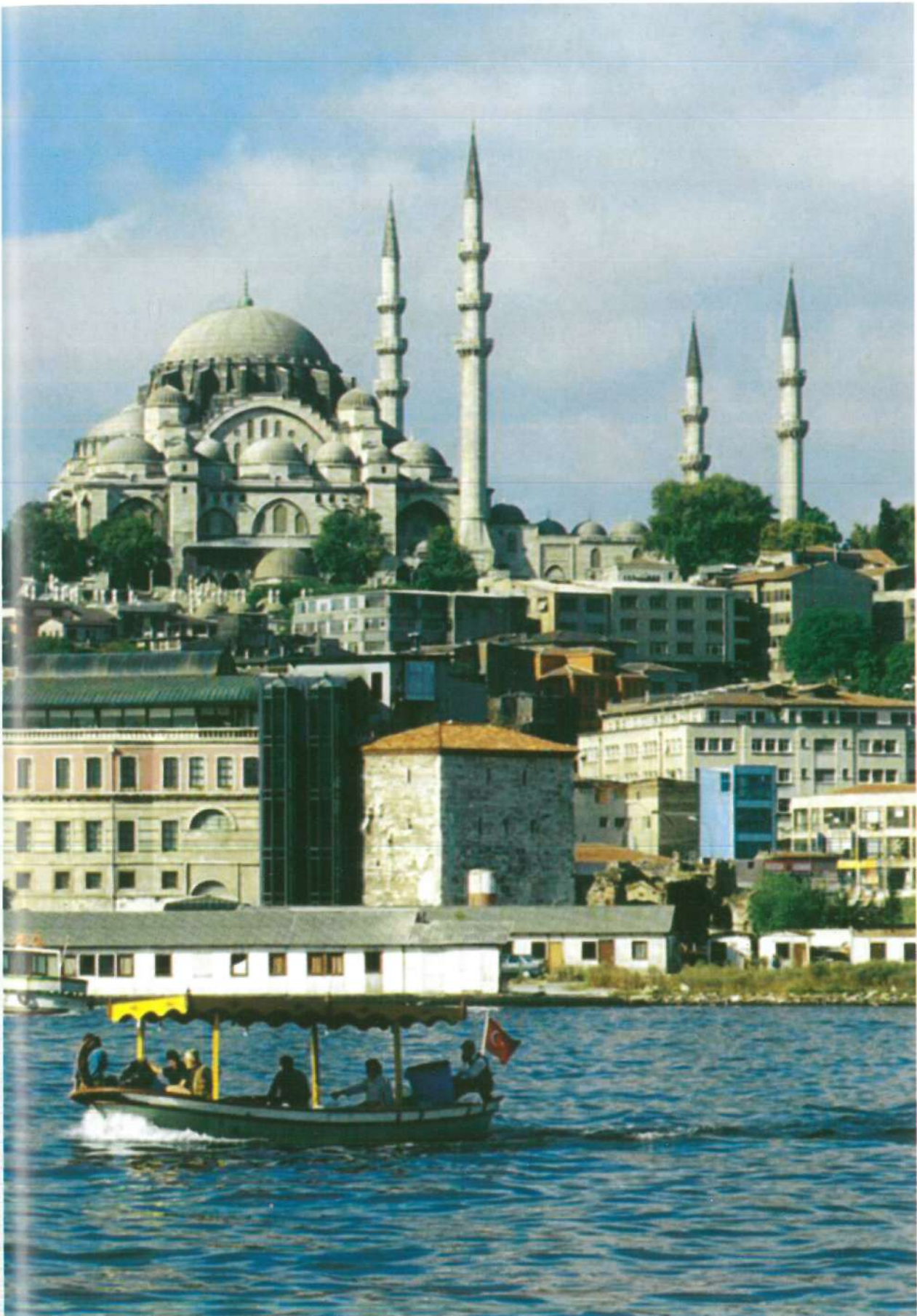
Quality of life and supporting tissue diseases findings relation

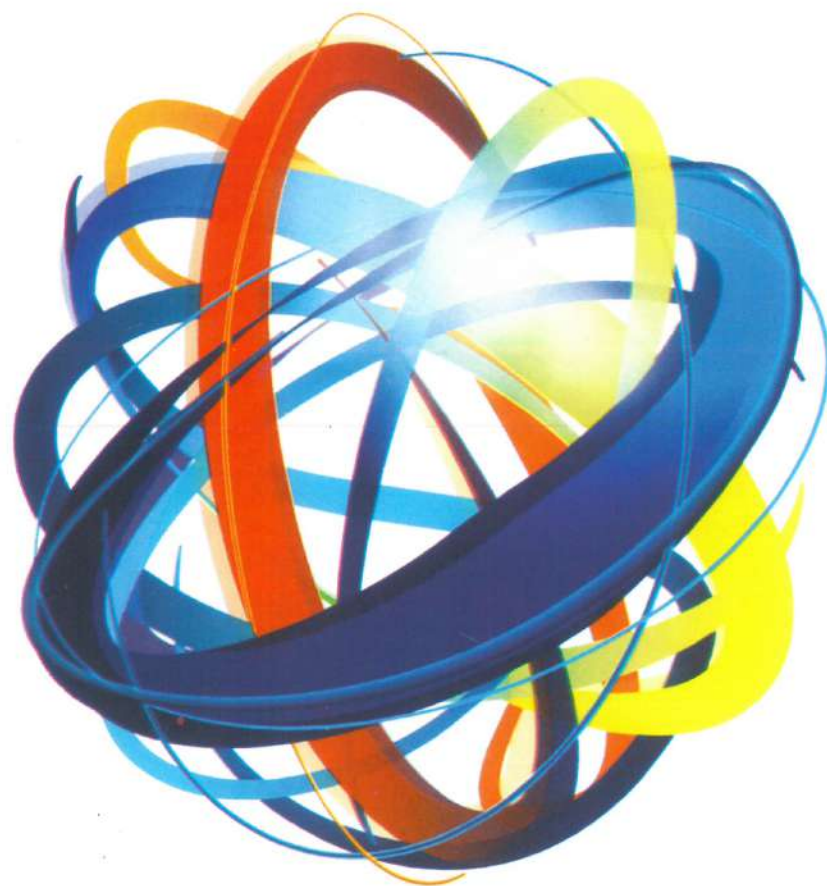
Samadova S.I.

Prosthodontic dentistry department of AMU

The purpose of the research - study of quality of life (QOL) of people with periodontal disease.

The study involved 200 people with periodontal disease who were divided into 3 group according to the severity of the disease. The study of QOL by 7 criteria of the Nottingham revealed that the examined individuals with periodontal disease as weighting the degree of periodontal disease getting worse QOL. This is especially reflected in indicators of QOL such as pain, physical activity, health status and sleep.





DENTSPLY IMPLANTS WORLD SUMMIT

VIENNA, MARCH 20-22, 2014

Профилактические и лечебные мероприятия по стоматологическим заболеваниям среди детей с умственной отсталостью

Пашаев А.Ч., Гусейнова М.Х.

Кафедра терапевтической стоматологии
Азербайджанский Медицинский Университет

В связи с высокой распространенностью и увеличивающейся интенсивностью поражения детей кариесом и болезнями пародонта, а также низким уровнем гигиены полости рта проблема профилактики стоматологических заболеваний среди детей выдвигается в число наиболее актуальных. Одной из основных задач по обеспечению стоматологического здоровья детей является формирование у них знаний и практических навыков по уходу за полостью рта [1,7,11,13]. Для умственно отсталых детей (УОТ) важное значение имеет индивидуальный метод, т.е. учет индивидуальных особенностей каждого ребенка. У данного контингента детей особое внимание уделяется первичной профилактике, направленной на улучшение гигиенического состояния, уменьшения количества микроорганизмов в полости рта. Для многих индивидуумов, имеющих физические и умственные нарушения, основные методы оральной гигиены не эффективны. Это обуславливается трудностями, которые дети испытывают при выполнении гигиенических мероприятий. В силу своих особенностей (неуверенность и некоординированность движения рук, сниженная работоспособность, механическая память) чистка зубов не стала для них привычкой, необходимой процедурой. Поэтому в группах детей с интеллектуальной недостаточностью для повышения уровня гигиены полости рта рекомендуют использовать бактерицидные и бактериостатические препараты как дополнение к механическим процедурам или замены их. [12].

В программу профилактики входит также вторичная профилактика, целью которой является лечение ранних признаков патологических изменений в тканях пародонта с целью предупреждения их прогрессирования. Составными компонентами вторичной профилактики являются: полноценный гигиенический уход за полостью рта и профессиональная гигиена полости рта; лечение аномалий прикуса и мягких тканей; санация полости рта; также использование реминерализующих средств для предупреждения кариеса [3].

Результаты различных исследований свидетельствуют о том, что высокая интенсивность кариеса зубов и поражений пародонта у детей с УОТ диктуют необходимость применения эффективных профилактических мер, которые должны включать использование современных профилактических препаратов, и их своевременное применение, а также регулярную мотивацию умственно отсталых детей к уходу за полостью рта [2,4,5]. Дифференцированный подход к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта у детей в зависимости от состояния общего и стоматологического статуса, основанный на объективной оценке результатов воздействия, является актуальным и перспективным.

В доступной отечественной литературе не имеется информации по затронутой проблеме, т.е. отсутствуют исследования по оказанию стоматологической помощи детям с УОТ в Азербайджане.

Целью исследования явилось изучение возможностей и особенностей проведения профилактических и лечебных мероприятий по заболеваниям пародонта и кариесу зубов у детей с умственной отсталостью.

Материал и методы исследования. В процесс гигиенического обучения было привлечено 250 детей с УОТ различной степени тяжести (легкая и умеренная), обучающихся в 4 специализированных школах г.Баку. Дети были разного возраста - от 6 до 16 лет, средний возраст составил $12,13 \pm 4,25$ лет. Для выявления жалоб и сбора стоматологического анамнеза опрос детей проводился по схеме вопрос-ответ. Построение вопросов соответствовало умственным способностям каждого ребенка. Для лучшего понимания и концентрации внимания вопрос повторяли неоднократно.

Из общего числа детей с легкой и умеренной степенью УОТ были отобраны 25 детей для оценки результатов проведенных мероприятий. Из числа отобранных детей у 15 встречались воспалительные явления десны в форме катарально-го гингивита.

Оценка эффективности средств и методов гигиены проведена на основе анализа показателей ОНІ-S (Green-Vermillion, 1964), РМА (Parma, 1960), индекса кровоточивости по Мюллеман (Muhlemann, 1971).

Гигиеническое обучение проведено при поддержке фирмы «Colgate-Palmolive» Азербайджан. Предоставленный фирмой гигиенический комплект включал зубную пасту Colgate для детей, зубную щетку, памятку и диплом.

В проведенном исследовании для лечения и профилактики гингивита после удаления зубных отложений применяли обработку десны хлоргексидином 0,05% и разведенным в воде ромазуланом – 1 чайная ложка на 1 стакан воды, затем смазывания нафталиновым маслом. Во избежание заглатывания детьми растворов, обработку и смазывания этими средствами осуществляли с помощью ватных палочек (согласно существ-

ующим рекомендациям). Оценка результатов проводилась путем сравнения в сроки до начала мероприятий, через 1, 2 и 3 месяца.

Статистическая обработка полученных значений индексов в динамике проведена с помощью пакета статистических программ Statistica. Достоверность различий определена с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. При гигиеническом обучении применялся дифференцированный подход к детям и поэтапная работа. На первом этапе детей учили дифференцировать зубную пасту и зубную щетку, взаимодействовать с ними и постепенно переходили ко второму этапу - демонстрировали ребенку методику чистки зубов. После неоднократного показа ребенку предлагали самому чистить зубы. Следующим этапом обучения было учить ребенка чистить зубы 2 раза в день (утром до завтрака и вечером перед сном).

Для гигиенического обучения были использованы также игровые упражнения - детям показывали рисунки, на которых были изображены зубная щетка, зубная паста и просили показать эти предметы [10]. Т.е. в процессе гигиенического обучения формировали умение распознавать предметы стоматологической гигиены. Наряду с этим гигиеническое обучение помогало детям преодолеть боязнь стоматологического обследования, врача-стоматолога.

После гигиенического обучения, а также мероприятий, в ходе которых были использованы хлоргексидин, ромазулан и нафталиновое масло был оценен уровень гигиены полости рта по показателю ОНІ-S (рис.1). При этом сравнивали динамику изменений показателей через 1, 2 и 3 месяца. Как видно из рис.1, индексный показатель через 1 месяц после чистки зубов в сравнении с показателем до начала снизился в 3,8 раз ($p < 0,001$), через 2 месяца - в 2,8 раз ($p < 0,001$) и через 3 месяца разница составила - 1,9 раз ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучший показатель отмечался че-

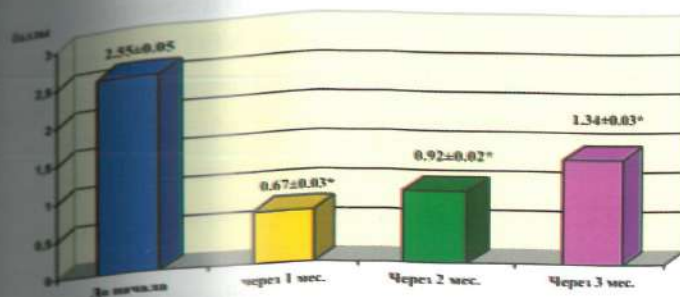


Рис. 1. Влияние профилактических мероприятий на состояние гигиены полости рта у умственно отсталых детей (индекс ОНГ-С по Грину-Вермиллиону; * - различия между показателями до начала и спустя месяцы статистически достоверны ($p < 0,001-0,05$))

рез 1 месяц. В последующие месяцы наблюдения отмечался рост индекса гигиены, т.е. качество гигиены ухудшалось. По-видимому, это связано с тем, что уже через месяц дети в определенной степени теряли мотивацию и навыки, возможно, имело место ослабление контроля со стороны воспитателей.

Как видно, после проведенного гигиенического обучения отмечалась положительная динамика индекса гигиены (ОНГ-С), особенно выраженная через 1 месяц.

Оценивая значения индекса РМА, который является, как известно, одним из базовых индексов воспаления десны, у детей с УОТ выявлено, что через 1 месяц после мероприятий величина РМА снизилась в среднем в 3,8 раз ($p < 0,001$), через 2 месяца - в 3,2 раз ($p < 0,001$) и через 3 месяца - в 2,1 раз ($p < 0,01$) (рис.2). Как

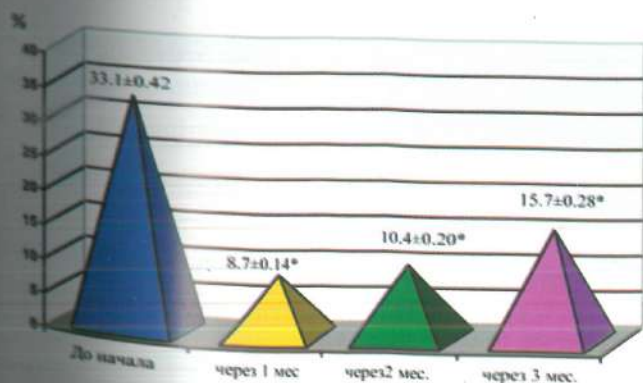


Рис. 2. Динамика изменения индекса РМА у умственно отсталых детей (*-различия между показателями до начала и спустя месяцы статистически достоверны ($p < 0,001-0,01$))

видно, динамика индекса воспаления (РМА) была положительной, однако через 2 и особенно через 3 месяца разница с индексом до начала уменьшалась.

О степени кровоточивости десен судили по величине индекса Мюллемана до начала и через 1, 2 и 3 месяца. В целом у детей с УОТ до начала лечения средний индекс составил 1.22 балла (рис.3).

Из представленных на рис.3 данных видно, что характер изменения индекса кровоточивости был схож с другими индексами. У детей с УОТ через 1 месяц после лечения величина индекса Мюллемана снизилась в среднем в 4,2 раз ($p < 0,001$), но через 2 и 3 месяца разница составила 3,0 ($p < 0,001$) и 1,8 раз ($p < 0,05$) соответственно.

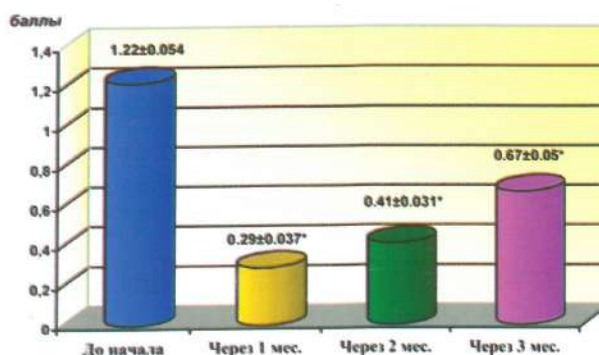


Рис. 3. Динамика изменения индекса кровоточивости по Мюллеману у умственно отсталых детей (*-различия между показателями до начала и спустя месяцы статистически достоверны ($p < 0,001-0,05$))

Умственно отсталым детям при лечении кариеса, в исследование было включено 10 детей, при необходимости выполнялась премедикация, для чего использовались седативные средства - настойка валерианы и пустырника. Эти препараты схожего действия, снижают возбудимость центральной нервной системы, обладают спазмолитическими свойствами, усиливают действие снотворных препаратов и не вызывают лекарственной зависимости. При необходимости использовали анестетик скандонест, который проявляет сосудосуживающее действие, т.е. имеет качества вазоконстриктора

и не содержит сульфитов. Пломбирование кариозных полостей проводили стеклоиономерным цементом «Цемион» ВладМива.

Для профилактики кариеса применяли «Фторлак», для чего ставили ватные или марлевые шарики, высушивали поверхность зубов и накладывали фторсодержащий раствор, после подсыхания шарики удаляли. Процедуру выполняли 1-2 раза с перерывом 7 дней.

Таким образом, объективная оценка эффективности проведенных мероприятий показала, что, в целом проведенные мероприятия положительно влияли на стоматологическое здоровье детей с УОТ, что выражалось в положительной динамике величин гигиенических индексов. Одновременно с этим по истечении времени наблюдалось снижение позитивного влияния профилактических и лечебных действий, что, по-видимому, связано, как было отмечено выше, со снижением мотивации и потерей навыков со стороны детей, а также в результате ослабления контроля со стороны воспитателей.

Нужно отметить, имелись особенности обучения данного контингента детей, выраженные в том, что дети испытывали трудности в овладе-

нии навыков гигиены ротовой полости, особенно дети с умеренной степенью УОТ. Мы связываем это с тем, что при нарушении развития интеллекта отстает развитие навыков и моторики, полноценность их выполнения, в частности при чистке зубов. Известно, что для детей с недоразвитым интеллектом характерны пониженная познавательная активность, отсутствие навыков общения, конфликты во взаимоотношениях со сверстниками. Воспитанники с УОТ характеризуются привычкой жить по указке других, нарушениями в сфере самосознания, усугублением трудностей в овладении учебным материалом [6,8,9]. У детей с УОТ, вследствие недоразвития познавательной и эмоционально-волевой сферы, дефекты физического развития и соматические заболевания способствуют развитию заболеваний полости рта, возникающих в результате несоблюдения необходимых гигиенических правил. Поэтому необходимо постоянное наблюдение этой группы детей со стороны стоматолога, включающее периодическую санацию полости, гигиеническое обучение, лечение и профилактику стоматологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зейналова Г.К. Организация и эффективность проведения программы профилактики стоматологических заболеваний у детей школьного возраста: Автореф. дис. ... докт. философ. по мед. наукам. Баку, 2012, 20 с.
2. Исмаилов А.И. Профилактика стоматологических заболеваний у лиц с умственной отсталостью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008, 24 с.
3. Кузьмина Э.М., Молчанов А.С., Исмаилов А.И. Формирование навыков профилактики основных стоматологических заболеваний у лиц с нарушением интеллектуального развития / программа подготовки педагогов-дефектологов. Москва, 2008, 15 с.
4. Кузьмина Э.М., Молчанов А.С., Исмаилов А.И. Руководство для педагогов-воспитателей и стоматологического персонала специализированных учреждений по поддержанию гигиены полости рта у лиц со сниженным интеллектом. Москва, 2008, 43 с.
5. Кузьмина Э.М., Молчанов А.С., Исмаилов А.И. Особенности профилактики основных стоматологических заболеваний у умственно отсталых людей // Ж. Dental Forum, 2008, №3, с. 28-32.
6. Османов С.Э. Некоторые показатели стоматологической заболеваемости у детей с умственной отста-

- лостью // Вестник Тамбовского Университета, 2010, Том 15, Вып.2, с.694-697.
7. Основы профессиональной гигиены полости рта: Методические указания. СПб., 2004, 56 с.
 8. Скрипник Ю.В., Якубова И.И., Скрипник В.И. Изучение распространенности кариеса постоянных зубов у детей с легкой степенью снижения интеллекта // Вісник стоматології, 2010, №2, с.37-38.
 9. Специальная психология. Под ред. В.И. Лубовского. Москва: Академия, 2006, 464 с.
 10. Тарасова Н.В. Особенности оказания стоматологической помощи детям с умственной отсталостью вследствие резидуально-органического поражения нервной системы: Дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2006, 139 с.
 11. Iglesias H.C., Prados Atienza M.B., Bravo M. et al. Impact of public preventive programmes on oral quality of life of 11 to 12-yr-old school students // Med Oral Patol Oral Cir Bucal., 2007, v.12, No5, p.E408-411.
 12. Lewis C.W. Dental care and children with special health care needs: a population-based perspective // Acad Pediatr., 2009, v. 9, No6, p.420-426.
 13. Milner W.E. Special care dentistry delivers a formula for change: a model has been developed but must be implemented statewide // N C Med J, 2005, v.66, p. 460-464.

XÜLASƏ

Əqli inkişafdan qalan uşaqlar arasında stomatoloji profilaktika və müalicə tədbirləri

Paşayev A.Ç., Hüseynova M.X.

ATU-nun Terapevtik stomatologiya kafedrası

Tədqiqatın məqsədi əqli inkişafdan qalan uşaqlar arasında stomatoloji xəstəliklərin profilaktika və müalicə xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Aparılmış tədbirlər əqli inkişafdan qalan uşaqların stomatoloji sağlamlığına müsbət təsir göstərmişdir. Zaman keçdikcə müsbət təsirlər azalmışdır ki, bu uşaqların motivasiyasının və tərbiyəçilərin nəzarətinin zəifləməsilə əlaqədardır.

SUMMARY

Preventive maintenance and treatment of dental diseases among children with mental retardation

Pashayev A.Ch., Guseinova M. H.

Department of Therapeutic dentistry Azerbaijan Medical University

The objective was studying of possibilities and features of carrying out of preventive maintenance and treatment of dental diseases among children with mental retardation.

The carried out actions positively influenced on dental health of children with mental retardation that was expressed in positive dynamics of hygienic indexes. The positive influence decreased after time. There was decrease the motivation of children and control from tutors.

Vita-95 və Noritaki-dən hazırlanmış metal-keramika diş protezlərinin kliniki ağırlaşmaları və çini örtüklərinin dözümlülük dərəcələrinin müqayisəsi

Məhəmməd Reza Məssahi Xosrovşahi

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası

Hal-hazırda keramika stomatologiyada istifadə olunan əsas materiallardan biridir [1,2,3,5,12]. Metal-keramik diş protezlərinə olan tələbat hər dörd ildən bir təxminən 50% artır, ona görə də metal-keramikadan hazırlanmış diş protezləri ən çox tələb olunan protezlər kimi qalmaqdadır [3].

Son zamanlar istifadə olunan keramik çeşidlər xeyli təkmilləşir və onların həm kliniki istifadəsinə göstərişlər, həm də texnoloji cəhətdən istifadə qaydalarına yüksək dərəcədə ehtiyac duyulur.

Mc Lean (10) qeyd edir ki, keramikadan istifadə etməklə hazırlanan qapaqlar və körpüvari protezlər yüksək effektivliyi ilə fərqlənir. Bu da çininin şüa ötürmək, bioneytral və möhkəmliyi xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Keramikanın metal substratla əlaqəsinin təminatı diş protezlərinin möhkəmliyini xeyli artırmağa imkan yaradır.

Sübut olunub ki, metal-keramik qapaqlar tam-keramik qapaqlara nisbətən üç dəfə möhkəmdir. Bununla bərabər metalın üzərində olan keramikanın sınıması, çatlaması və qopması da istisna olunmur [4].

Hesab olunur ki, keramik materialların fiziki-mexaniki xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi ədəbiyyatda mühüm məsələlərdən biri sayılır [6].



Aparıcı xarici müəlliflərin məlumatlarına görə keramikanın metal üzərində dağılmasına 10-15% hallarda rast gəlinir [8,9,10]. Bunun əsas səbəblərindən biri mikroçatların əmələ gəlməsi sayılır [8,11].

Keramikanı istehsal edən müəssisələrin təlimatlarına tam riayət edilməsinə baxmayaraq, bişirilmiş çini kütləsində eni 0,2 mikrona bərabər olan mikroçatlara rast gəlinir [11]. Təzyiq altında onlar birləşərək, yarıqlar əmələ gətirir və çini örtüyünün metal kütləsinin üzərindən qopmasına səbəb olur. Belə hal bütün metal-keramika protezlərin hazırlanmasında 8%-ə qədər çata bilir və 13 səviyyəsində müşahidə olunması da istisna olunmur.

Hal-hazırda bir çox təklif olunan materiallar arasında Vita-95 (Almaniya) və Noritaki (Yaponiya) daha çox istifadə olunur.

Nəzərə alsaq ki, ideal materialların olmaması, istifadə olunan materialların müqayisəli seçilməsi, onların fiziki xüsusiyyətlərinin daha yüksək olması vacib amildir.

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, apardığımız elmi-tədqiqat işinin məqsədi geniş istifadə olunan Vita-95 və Noritaki çini materiallarından istifadə etməklə hazırlanan metal-keramika protezlərində kliniki və

texnoloji çatışmamazlığının müqayisəli qiymətləndirilməsinə həsr olunmuşdur.

Tədqiqat apararaq, hər iki çini materiallarından istifadə edildikdən sonra əmələ gələn kliniki göstəricilərin araşdırılması, çini kütləsində mikroçatların əmələ gəlməsinin tezliyinin öyrənilməsi, metal üzərində çini örtüyünün mexaniki dözümlülüyünün qiymətləndirilməsi məsələləri nəzərdə tutulmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları.

58 metal-keramik körpüvari protez və 42 metal-keramikdən hazırlanmış qapaqlardan istifadə edən şəxslərdə keramik örtüyünün dağılması, çatların və bir hissəsinin qopması ilə əlaqədar kliniki, topoqrafik məlumatlar öyrənilmişdir.

Hər iki kütlədən hazırlanmış 30 ədəd müxtəlif metal-keramik protezlərin hazırlanma mərhələsində, bir neçə dəfə keramik örtük bişirildikdən və tam modelləşdirildikdən sonra, örtüyün rənglənməsindən və minanın çəkilməsindən öncə, çini örtüyündə əmələ gələn mikroçatların tezliyi və topoqrafiyası təklif etdiyimiz ekspres üsulla təyin edilmişdir.

Ekspres üsulun aparılma qaydası: tam modelləşdirilən çini kütləsinin üzərinə metilen abısı məhlulu çəkilir. Bir neçə dəqiqədən sonra örtüyün üzəri su ilə yuyulur və qurudulur. Mikroçatlar olan yerlərdə tünd göy rəngli zolaqlar aşkar olunur. Belə hallarda örtüyün üzəri yenidən yonulur, yeni çini kütləsi çəkilir və təkrarən kütlənin bişirilməsi həyata keçirilir.

Hər iki çini kütləsindən hazırlanmış standart ölçülü örtük kütləsi HOUNSFELD (Model: HSK-S-Surray, CK) sınaq aparatı vasitəsilə, hazırlanmış örtük materialı mikroçatlara davamiyyət sınağından keçmişdir. Sınaq materiallarının davamlığı Nüton vahidi ilə (n) qiymətləndirilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi.

Müxtəlif klinikalarda hazırlanmış, metal-keramika körpüyəbənzər protezin üzlük hissəsi qopmuş 58 xəstə, eləcə də metal-keramika qapağın üzlük hissəsi qopmuş 42 xəstə üzərində klinik müşahidələrin nəticələri tərəfimizdən araşdırılmışdır.

Keramika üzlüyün qopmaları, əsasən, kəsici dişlərin kəsici kənarı və frontal nahiyyəsində, çeynəmə dişlərinin yanaq və dil səthlərinə keçməklə qabarıqları nahiyyəsində lokallaşması müşahidə edilmişdir və keramik kütlənin materialından asılı olmamışdır.

Bizim müşahidələrin 75%-də metal-keramika protezlərinin üzlük materialı kimi Almaniya istehsalı olan Vita-95 və Yaponiya istehsalı olan Noritaki keramika kütlələri istifadə edilmişdir. Ümumilikdə, Noritaki keramik kütləsi ilə üzlüklərdə qopma halları, Vita-95 materialına nisbətə 1,5 dəfə artıq rast gəlinmişdir. Bu, qeyd olunan iki keramik kütlə arasında texnoloji tədqiqatları aparmaq üçün bizə əsas vermişdir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, keramika üzlüyünün qopma səbəbləri arasında daha çox rast gəlinəni keramika kütləsinin dəfələrlə bişirilməsi səbəbindən üzlükdə yaranan mikroçatlardır, bu da bizə diş protezləri üçün daha çox istifadə edilən keramika kütlələrinin tədqiqatını aparmağa əsas verdi.

Qeyd etmək lazımdır ki, keramika kütlələrinin istifadə təlimatına ciddi riayət olunmasına baxmayaraq, çatlar və yarıqlar 0,2 mikron enində mikroskopik çatlardan yaranırlar.

Həmçinin, farfor ilə bərpa proseslərində çatlar 8%-ə qədər müşahidə olunur və bu rəqəm hazırlanan protezlərin 13 qədərində də əmələ gəlməsi istisna olunmur.

Qeyd olunmalıdır ki, diş texniki laboratoriyalarında adi gözlə belə kiçik ölçüdə olan çatları aşkar etmək mümkün olmur. Onların təyin

edilməsinin elmi üsullarından sayılan üzlük keramikasının dəfələrlə böyüdülərək işıq-optik qiymətləndirilməsi, rentgen-struktur və rentgen-faza analizinin aparılması mürəkkəb və çətin iş olub, diş və diş sırası qüsurlarının kütləvi metal-keramika ilə üzlənməsi cəhətdən rentabelli sayılır.

Vita-95-dən hazırlanmış standart keramika nümunəsinin sınma qüvvəsi 1131,6 n, Noritaki kütləsində isə sınma qüvvəsi 769,1 n olmuşdur ($P < 0,002$). Aparılan tədqiqatlar belə nəticəyə gəlməyə əsas verir ki, Noritaki kütləsi ilə müqayisədə Vita-95 kütləsi statistik dürrüst olaraq, müxtəlif təsirlərə qarşı dözümlüdür ki, bu da, görünür, mikroçatların varlığı ilə əlaqədardır.

Apardığımız tədqiqatlar iqtisadi baxımdan ön sərfəli və uzunömürlü metal-keramika protezlərinin seçimində əsas rolunu oynaya bilər.

Vita-95 kütləsindən hazırlanmış 40 me-

tal-keramika körpüyəbənzər protez və tək qapaqlarda, keramika kütləsinin son modelləşdirilməsindən sonra 8,6% hallarda üzlüyün müxtəlif nəhiyələrində mikroçatlar aşkar edilmişdir. Noritaki kütləsindən hazırlanmış anoloji 40 metal-keramika körpüyəbənzər protez və tək qapaqlarda mikroçatlar 13,3% hallarda aşkar edilmişdir ($P < 0,05$).

Vita-95 və Noritaki kütlələrinin çatlamaya dözümlülüyünün öyrənilməsinə dair bizim tədqiqatlar, eləcə də tədqiq edilən ünsürlərdə çatların tezliyi barədə məlumatlar, metal-keramika protezlərinin hazırlanmasında keramik materialların seçiminə elmi cəhətdən yanaşmağa əsas verir.

ƏDƏBİYYAT

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

РЕЗЮМЕ

Сравнительная клинико-технологическая частота осложнений металлокерамических зубных протезов, изготовленных с использованием керамических масс Vita-95 и Noritaki

Мохаммед Реза Массай Хосровшахи

Кафедра ортопедической стоматологии АМУ

Проведен анализ механических отколов и трещин облицовочного покрытия у 58 пациентов, пользующихся металлокерамическими мостовидными протезами и у 42 пациентов с металло-керамическими коронками.

В 75 % случаев протезы были изготовлены с использованием керамических масс из Vita-95 (Германия) и Noritaki (Япония). В 1,5 раза сколы и трещины керамической облицовки из Noritaki встречались чаще, чем из Vita-95. Частота появления микротрещин во вновь изготовленных протезах из Vita-95 достигала 8,6%, а из керамической массы Noritake -13,3%. Микротрещины выявлялись с помощью предложенного нами экспресс метода с применением метиленовой сини. Трещиностойкость облицовки из Vita-95 достигала 1131,6 н, а из Noritaki 769,1 н ($P < 0,002$).

SUMMARY

Differentiation of stability level and clinical complications between metal-ceramic prosthesis prepared with Vita-95 and Noritaki

Mohammad Reza Massai Chosroshahi

Azerbaijan Medical University –Orthopedic Dentistry Department

Had analysed cracks and tearing of 58 metal-ceramic bridge prosthesis and 42 complete metal-ceramic crowns. 75% of metal-ceramic bridge prosthesis and crowns had prepared with Vita-95 (Germany) and Noritaki (Japan). Had determined that, fail rate of metal-ceramic prosthesis is 1,5 time moire prepared with Noritaki than the Vita-95. By the express method we offered, had determined that rate of micro cracks in Vita-95 created ceramics are 8,6%, and in Noritake are 13,3%.

Micro cracks detected by staining prosthesis with Methylen –Blue.

The microstability of Vita-95 ceramics had been 1131,6 n, but the micro-stability of Noritaki had been 769,1n.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ И СОСТАВА ВАГИНАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ НА ОСНОВЕ СУХОГО ЭКСТРАКТА СОЛОДКИ.

Велиева М.Н., Мусаева С.Э.

Кафедра фармацевтической технологии, экономики и организации фармации АМУ



В последнее время проблема использования высокоэффективных и в то же время практически безопасных лекарственных средств для акушеро-гинекологической практики приобрела наибольшую актуальность.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости и являются основной причиной нарушения трудоспособности и репродуктивной функции женщин. ВЗОМТ характеризуются длительным, затяжным течением, приводят к развитию стойкого болевого синдрома, расстройствам менструального цикла, нарушениям репродуктивной и сексуальной функций [7]. Одним из наиболее сложных на сегодняшний день остается вопрос эффективности терапии урогенитальных инфекций. Многочисленные исследования посвящены разработке схем и методик применения тех или иных антимикробных препаратов. Предпринимаются попытки оптимизировать терапию с помощью иммуномодуляторов, ферментных и других лекарственных средств. Терапия ВЗОМТ должна быть комплексной, а применяемые препараты – обладать широким спектром действия. Лечение без коррекции иммунных нарушений является малоэффективным или недостаточно эф-

фективным, особенно при хронической или рецидивирующей инфекции [6-7].

Недостаточная эффективность и высокая стоимость большинства препаратов, выпускаемых фармацевтической

промышленностью требует нового подхода в создании новых лекарственных вагинальных средств.

В связи с вышеуказанным, целью настоящего исследования явилась разработка некоторых вагинальных лекарственных форм на растительной основе, в частности, на основе сухого экстракта солодки, обладающего разносторонними фармакологическими действиями.

В последние десятилетия научные исследования по солодке ведутся в нескольких направлениях: расширение сырьевой базы; выделение и разделение из заготовленного сырья биологически активных веществ и создание на их основе оригинальных лекарственных и парафармацевтических средств [1-2].

Богатый химический состав солодки обуславливает и широкий спектр фармакотерапевтической активности данного растения. Солодка обладает лимфотропным, антикоагулянтным, антигистаминным, слабительным, обволакивающим, мочегонным, антибактериальным, гипотензивным, капилляроукрепляющим, спазмолитическим, иммунокорригиру-



ющим, противоопухолевым действиями [5]. С учетом указанных действий создавалась необходимость разработки комбинированной композиции, из которой в последующем, возможно будет приготовить вагинальные лекарственные формы: гель, суппозитории, спринцевания, линимент для использования в виде тампонов.

На первом этапе исследований нами проведены работы по выделению сухого экстракта из корней и корневищ солодки с последующим его качественными и количественными определениями.

В корнях и корневищах солодки содержится богатый комплекс фармакологически активных веществ, в том числе тритерпеновый сапонин- глицирризин, флавоноиды, полисахариды и другие, которые привлекают внимание как источник сырья для получения ценных лекарственных, парафармацевтических, пищевых и технических продуктов [1-3].

Ранее нами был разработан рациональный метод получения моноаммонийной соли глицирризиновой кислоты из солодки голой [9], а также подробно были изучены оптимальные условия для экстракции биологически активных веществ из биологических объектов [3].

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Пример 1. Получение сырой глицирризиновой кислоты. В трехгорлую колбу емкостью 2 л помещали 100 г измельченных до 3-6 мм корней солодки, заливали 900 мл 0,1% водным раствором аммиака. Смесь перемешивали в течение 4 часов при комнатной температуре, затем в течение 1 часа перемешивали при температуре 45-50°C. По охлаждении продукт экстракции фильтровали через плотную хлопчатобумажную ткань, а затем повторно фильтровали из воронки Бухнера.

Экстракт подкисляли 20%-ным водным раствором H_2SO_4 до pH=3 и оставляли для осаждения на 2 часа. Осажденный продукт

фильтровали через хлопчатобумажную ткань, промывали чистой водой до нейтральной реакции. Полученный продукт сушили в вакуум сушилке при $p=15$ мм рт.ст. 45-50°C. После сушки получили 18,9 г сырой глицирризиновой кислоты.

Пример 2. Получение сырой глицирризиновой кислоты. Из 100 г солодного корня и раствора 2,9 г (0,03 моль) $(NH_4)_2CO_3$ в 900 мл воде по вышеуказанной методике 1, после соответствующей обработки и сушки получили 17,2 г сырой глицирризиновой кислоты.

Пример 3. Получение сырой глицирризиновой кислоты. Из 100 г солодного корня и 900 мл чистой воды по вышеуказанной методике получили 16,5 г сырой глицирризиновой кислоты.

Количественное определение глицирризиновой кислоты. 0,2 г глицирризиновой кислоты аккуратно переносили в центробежный сепаратор, добавляли 25 мл 40%-ого раствора этанола и время от времени взбалтывали, затем центрифугировали при температуре 50°C в течение 30 мин. Жидкость охлаждали до температуры 20°C, фильтровали, отделяли от примесей, фильтрат принимали за эталонный раствор. В полученный осадок добавляли разбавленный раствор этанола и доводили объем до 100 мл, полученную жидкость принимали за испытуемый раствор. Затем отдельно взвешивали 20 мг чистого порошка глицирризиновой кислоты, который выделяли из таблеток Глицирама.

От контрольного и испытуемого растворов отмеряли по 20 мг, тестировали методом жидкостной хроматографии, измеряли A_t и A_s площади пиков и рассчитывали количество глицирризиновой кислоты на основании нижеприведенной формулы:

$$X_{\text{мг}} \left(\text{Г.К.} - C_{42}H_{62}O_{16} \cdot 822.93 \right) = X_{1\text{мг}} \left(\text{Станд.Г.К.} \right) X \cdot A_t / A_s$$

Где : $X_{\text{мг}}$ – количество глицирризиновой кислоты,

X_{1mg} - количество стандарта глицирризиновой кислоты.

На втором этапе работы проведены анализы вспомогательных веществ, дополняющих эффективному фармакотерапевтическому эффекту действующих и формообразующих лекарственных средств. В связи с особыми физико-технологическими особенностями субстанций разработанных вагинальных форм технология их приготовления была несколько оптимизирована и дополнена. В начале была создана унифицированная композиция на основе сухого экстракта солодки, облепихового масла, чайного дерева, масло зародышей пшеницы и масло какао. Для приготовления суппозиторий выполнен подбор оптимальной основы: масло какао, масло зародышей пшеницы. Затем на этой основе были разработаны вагинальные суппозитории и гель. Суппозиторная масса составляла 3г, масса действующего вещества – сухой экстракт солодкового корня (*Extractum Glycyrrhizae siccum*) 200 мг. Технология приготовления суппозиторий проводилась согласно требованиям ГФ XI, вначале на водяной бане растопили масло какао, затем вводили масло зародышей пшеницы, облепиховое масло, масло чайного дерева, а затем сухой экстракт солодки. Технологические свойства оценивали по требованиям ГФ XI: проверялись такие показатели, как температура плавления, однородность, средняя масса и время полной деформации. Показателем качества суппозиторий является также кислотное, йодное и перекисное число, которые отражают интен-

сивность окислительно-восстановительных процессов в жирах при хранении. Полученные данные свидетельствуют о соответствии суппозиторий требованиям ГФ XI. Однородность суппозиторий определяли визуально по отсутствию вкраплений и кусочков основы на продольном срезе. Среднюю массу определяли по методике ГФ XI взвешиванием 20 суппозиторий с точностью до 0,001г [4]. Отклонения от средней массы не превышали $\pm 5\%$. Биофармацевтическую доступность определяли по методу Кривчинского. Этот метод подразумевает определение динамики высвобождения лекарственного вещества с помощью диализа через полупроницаемую мембрану в определенной диализной среде. Диализной средой служил ацетатный буфер с pH 4,3 (pH влажлища 4,0-5,0). Диализ проводился в термостате при температуре 37°C.

Таким образом, поставленная нами цель и задачи поэтапно изучаются и внедряются в научно-практическую медицину и фармацию.

Выводы:

1. Изучены оптимальные условия для приготовления вагинальных лекарственных форм на основе солодки голой и природных растительных основ.
2. Изучены технологические свойства разработанных вагинальных суппозиторий на основе сухого экстракта солодки, показаны их качественные и количественные характеристики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балтина Л.А., Кондратенко Р.М. и др. Перспективы создания новых противовирусных препаратов на основе глицирризиновой кислоты и ее производных (обзор). //Хим.-фармацев. журн. 2009, т.43, №10, с.3
2. Велиева М.Н., Велиев П.М. Разработка фармацевтических и парафармацевтических средств на основе солодки голой // Доклады Академии Наук Азерб.Респ., Баку, 2012 с 97-102.
3. Велиева М.Н., Мусаева С.Е., Мадатли Ф.И. Изучение и разработка оптимальных условий технологии приготовления вагинальных гелей и суппозиторий на основе солодки. // «Современные достижения азербайджанской медицины», Баку, 2012, №6, с.138.
4. Государственная фармакопея XI .Вып1-2.-Москва.,1996, с.398.
5. Литвиненко В.И.,Аммосов А.С.,Попова Т.П., и др. Фармако-биологические и терапевтические свойства препаратов солодки (обзор). //Фармаком.- 2004.-№ 4.- с. 53-61.
6. Мусаева С.Е. К вопросу изучения генитальной папилломавирусной инфекции и роли растительных иммунокорректоров в ее лечении.// «Здоровье», Баку 2012 №5,стр.100-103.
7. Серов В.Н. и др. Иммунная и репаративная терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний гениталий у женщин. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2010, т.9,№ 2,с. 57-63.
8. Толстиков Г.А., Гранкина В.П., Кондратенко Р.М. Солодка: биоразнообразие, химия, применение в медицине. Новосибирск: Академ. Изд-во «Гео», 2007, 311с.
9. Велиева М.Н.,Гаджили Р.А.,Велиев П.М.,Мусаева С.Э, Мадатли Ф.И, Мехтиева Т.С. Влияние природы экстрагента на выход и селективность глицирризиновой кислоты. // Азербайджанский Химический Журнал№4, с.15-18.

XÜLASƏ

Bıyanın quru əsasında vaqinal dərman formalarının tərkib və texnologiyasının öyrənilməsi

Vəliyeva M.N., Musayeva S.E.

ATU-nun əczaçılığın texnologiyası, iqtisadiyyatı və təşkili kafedrası

Məqalədə bıyanın quru ekstraktı əsasında vaqinal dərman formalarının işlənilib hazırlanma texnologiyası təqdim olunur. Qöstərilir ki, vaqinal şamların hazırlanmasında əsas şərt - əsasların düzqün seçilməsidir. Bizim tətqiqatlarımızda kakao yağı, buğda toxumlarının yağı - əsas götürülmüşdür, köməkçi maddələr kimi çaytikanı və çay ağacı yağlarından istifadə edilmişdir. Təsiredici dərman maddəsi kimi – geniş farmakoterapevtik spektrə, o cümlədənə virusəleyhinə aktivliyə malik olan – bıyanın quru ekstraktı götürülmüşdür.

SUMMARY

Study of technology and composition of vaginal drugs forms based on dry Licorice extract

Veliyeva M.N., Musayeva S.E.

Department of pharmacy technology, economics and organization of pharmacy of AMU

This article mostly presents technology of development of some vaginal drug forms based on dry licorice extract. The main condition of preparing of the vaginal suppositories is selection of suppositories bases. Cocoa butter and wheat germ oil have been taken as the suppositories bases, but tea tree oil and sea buckthorn oil have been used as auxiliary substances. Dry extract of licorice possessing of wide pharmacotherapy function has been selected as an active ingredient.

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ PRP-ТЕРАПИИ



Эликсира, дарящего вечную молодость просто так, не существует. Это красивая метафора. Но человечество всегда стремилось и стремится к этому. Современные научные исследования, а также повседневная практика специалистов приводят ко все более очевидному выводу – ответы на все вопросы стоит искать в нашем собственном организме. Главное – поддерживать здоровье и качественно улучшать благосостояние. Благодарность не заставит себя ждать. Наша кровь обладает большим потенциалом. И учитывая это, швейцарские ученые нашли метод регенерации и омоложения ткани за счет использования плазмы, богатой тромбоцитами (PRP-platelet rich plasma)

Настоящим прорывом в хирургии стало использование богатой тромбоцитами массы в имплантологии. Это относительно новая биотехнология – одно из направлений тканевой инженерии и клеточной терапии. В стоматологических клиниках Америки и Европы эта технология активно используется для снижения риска осложнений и ускорения регенерации тканей в послеоперационном периоде.

Суть методики заключается в выделении из

крови фракций, наиболее богатых тромбоцитами. При травме тканей организм реагирует концентрацией тромбоцитов и фибрина как основы любого регенерата, в месте повреждения. В таких условиях тромбоциты освобождают из себя в раневые ткани факторы роста, которые стимулируют деление и рост поврежденных клеток. Факторы роста представляют собой полипептидные молекулы различного строения и назначения, состоящие из:

- PDGF (тромбоцитарный фактор роста) - распространение, ремонт, рост сосудов крови, коллагена
- FGF (фактора роста фибробластов) - восстановление тканей, синтез коллагена, гиалуроновой кислоты
- EGF (эпителиальный фактор роста) - содействие росту эпителиальных клеток, ангиогенез, способствует заживлению ран
- VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста) - рост нового эндотелия сосудов
- TGF- β (трансформирующий фактор роста) - новые пролиферации эпителия эндотелиальных клеток, способствуют заживлению ран

Вышеперечисленные факторы обеспечивают быстрое прорастание сосудов (5-7 дней) в поврежденных тканях, а фибрин является матрицей для образования грануляционной ткани и обеспечивает ее созревание. Технология PRP создает уникальную возможность заполнить пустоту полноценной костью.

Богатая тромбоцитами плазма, повышает местный иммунитет кожи, нормализует клеточный метаболизм, кровообращение, и кислородное питание, способствует обновлению клеток и стимулирует процессы регенерации, снимает воспалительные процессы и подавляет рост болезнетворных бактерий.

Безвредность процедуры ReGen Lab делают эту multifunctional медицинскую методику уникальным методом для лечения пародонтита и пародонтоза, алопеций различ-

ного генеза (выпадения волос и облысения), в дентальной имплантации, пластической хирургии и косметологии

Исходным материалом для получения PRP служит кровь, взятая у самого пациента в очень небольшом количестве (8 мл). Кровь заполняется в пробирку от швейцарской компании Regen Lab, с уникальным разделительным гелем и антикоагулянт-цитратом натрия. Затем пробирка помещается в центрифугу. После центрифугирования, плазма, богатая тромбоцитами (1 000 000/ml) остается над гелем, а эритроциты, эозинофилы, лейкоциты и т.д. остаются под сепарирующим гелем. Это обязательное условие процедуры PRP, тромбоциты не должны смешиваться с эритроцитами!!

Использование PRP:

-при пародонтите :врач забирает в шприц 4 мл. PRP, и обкалывает десна больного. Процедуру повторяют в месяц 1 раз, 5-6 сеансов.

-при имплантологических, пародонтологических операциях, остеопластике, операциях синуслифта и других хирургических вмешательствах в полости рта.

1 шаг –получение PRP из 8 мл. крови путем центрифугирования

2 шаг –получение PRF (platelet Rich fibrin) путем добавления 10 % кальция глюконата к PRP, и вторичного центрифугирования.

Причем, фибриновый сгусток препятствует образованию грубоволокнистой соединительной ткани (рубца) по типу конкурентных взаимоотношений, что при использовании плазмы, богатой тромбоцитами во время операций позволяет улучшить эстетические результаты пластической хирургии.

Оригинальные пробирки швейцарской компании REGEN позволяют получить максимально обогащенную плазму и позволяют добиваться более выраженных клинических эффектов.

Мы имеем достоверные сведения о том, что:

- неверно подобранные пробирки для проце-

дуры PRP, могут усиливать болезненность процедуры;

- неправильно выбранная центрифуга для процедуры (плазмотерапии, плазмопластики) не позволит добиться оптимальной консистенции богатой тромбоцитами плазмы, а значит, будет невозможно качественно провести процедуру.
- оборудование для процедуры PRP (плазмотерапии, плазмопластики) используемое ReGen Lab, а также расходные материалы позволяют получать одинаково высокое качество оказываемых услуг.
- Продукция компании Regen Lab, в отличие от имеющихся на сегодняшнем рынке Азербайджана PRP других производителей, имеет все затребованные сертификаты для проведения этой процедуры. То есть эта продукция имеет сертификат GMP (Good Manufacturing Practice for Medicinal Product). Сертификат GMP означает, что продукция произведена в строгом соответствии с требуемым химическим составом в условиях, не допускающих попадания сторонних веществ. Ведь в данном случае мы работаем с кровью!! А также Regen Lab имеет сертификации CE (европейское соответствие), FDA (управление по контролю за качеством пищевых и лекарственных препаратов, под управлением Мин. Здрава США) и т.д.

Преимущества использования REGEN LAB при имплантации зубов и костной пластике

- Улучшается интеграция импланта, минимизируется вероятность отторжения;
- Формирование кости происходит в сжатые сроки (вдвое сокращен период ожидания перед протезированием);
- Отсутствует болезненность и отечность в послеоперационный период;
- Отсутствие иммуногенных реакций — используется наилучший и подходящий

именно Вам компонент — Ваша собственная кровь в минимальном количестве;

Безопасность — отсутствие риска инфекционных заболеваний. Поскольку при процедуре используется кровь самого пациента, то она абсолютно безопасна с точки зрения переноса инфекционных заболеваний, например, ВИЧ или вирусного гепатита.

Эффективность Пластика кости с использованием плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, увеличивает рост кости на 40—50 %. Доказана эффективность PRP для ускорения заживления мягких тканей после удаления зубов и при наращивании мягких тканей при косметических вмешательствах в полости рта.

Технология, основанная на плазме, обогащенной тромбоцитами, уже более 10 лет успешно используется в реконструктивной хирургии, ортопедии и стоматологии. Она особенно полезна в лечении ран, в реконструкции костной ткани и пародонтии. В эстетической медицине плазма, обогащенная тромбоцитами используется с 2003 года (во Франции, Италии и Великобритании).

Безвредность процедуры PRP от ReGen Lab делают эту многофункциональную медицинскую методику уникальным методом для лечения пародонтита и пародонтоза, алопеций различного генеза (выпадения волос и облысения), в дентальной имплантации, пластической хирургии и косметологии

Мы хотим, чтобы методика PRP была доступна каждому человеку. Мы уверены, что PRP метод станет обыденной плановой процедурой для стоматологических и косметологических клиник Азербайджана, пластических и челюстно-лицевых хирургов и косметологов нашей страны.

*Научно-Техническая Компания "VITTA"
Зохра Багирова*

ИСКУССТВО ВОСТОЧНОГО ЦЕЛИТЕЛЬСТВА (часть II)

Медицина древнего тибета, вознесенного к облакам недоступной земли снегов, считалась обителью всевозможных чудес и колыбелью мистики. И в наше время до нас доходят сказания об искусных восточных врачевателях, избавляющих от болезней с помощью волшебных трав, молитв, иглоукалывания и массажа.

Чем же отличается эта таинственная медицина от современной? В тибетской медицине не существует понятия болезни, так как больным считается все тело, которое рассматривается как неделимое целое. Если тело обратившегося за помощью человека находится в патологическом состоянии, то тибетский целитель стремится, в первую очередь, привести его в равновесие, нормализовать внутренний гомеостаз, восстановить потенциал нервной системы.

Тибетские целители считают, что для нормального функционирования организма необходимо присутствие в нем жизненной энергии "ци". Эта энергия вырабатывается из составляющих космической и земной жизни, в результате естественных процессов дыхания и еды.

Именно по причине лечения заболеваний в комплексе, восточная медицина не имеет конкретных лекарств от заболеваний. Каждая методика в ней действует сразу на несколько органов, множество активных точек, отвечающих за работу целых систем организма и каналов, разносящих по организму полезное питание. Врачи, практикующие восточную медицину, стараются помочь каждому пациенту в той степени, насколько это возможно и исцелить как можно больше заболеваний, подрывающих нормальную работу организма, тем более, если имеются хронические заболевания. Любой организм представляет собой гармоничное сочетание трех систем - Слизи, Желчи и Ветра. Слизь - это лимфатическая система. Желчь представляет собой пищеварительную систему, ну а Ветер - нервную

систему. Только традиционная восточная медицина, веками изучавшая эти три начала, способна эффективно восстанавливать и поддерживать впоследствии баланс между ними.

Лечение китайской и тибетской медициной используется и в традиционной европейской медицине, ведь методики восточной медицины легко сочетаемы и с применением различных препаратов. Знание функциональных особенностей более тысячи биологически-активных точек расположенных на теле человека, позволяют восточной медицине не только являться самостоятельной наукой, но и зачастую превосходить по результатам работу инновационных разработок в области традиционной медицины.

Диагностика

Специалисты нашей клиники тибетской медицины - это профессионалы в области традиционной восточной медицины. Каждый специалист имеет медицинское образование и большой опыт работы.

Врач определяет диагноз пациента по пульсу, состоянию языка и глаз, определенным точкам на позвоночнике и назначает специальное, индивидуальное, подходящее именно этому пациенту лечение.

Методы лечения

Вакуум терапия могла зародиться только на востоке. Тибетская медицина этот метод использует для решения самых различных проблем. Суть этой методики заключается в том, что банки не просто ставятся на места, требующие внимания и лечения. Тибетская медицина строго определяет точки постановки банок, с последующим изменением местоположения (скользящий вакуумный массаж).

Вакуумный баночный массаж является вполне самостоятельной полноценной методикой.

Рассмотрим оба варианта лечения вакуумом подробнее.



Стационарную расстановку банок по активным точкам тибетская медицина применяет для повышения давления и восстановления питания кровью данных точек. Обычно вакуум терапия является дополнением таких методов лечения, как иглоукалывание или точечный массаж.

Цвет и размер синяка в месте постановки банки говорит о том, насколько сильно активным точкам требуется лечение, а также, насколько организму требуется очистка и какие необходимы лекарства тибетской медицины.

Второй метод постановки банок с вакуумным массажем тибетская традиционная медицина применяет как самостоятельный метод лечения.

С изучения биологически активных точек и начала зарождаться восточная медицина и ее направления. На Востоке с древних времен хорошо знали и использовали точечный массаж. Долгие столетия изучения активных точек организма сделали китайский и тибетский точечный массаж более совершенной дисциплиной, весьма эффективной во всех своих проявлениях. Ведь давление на точки может производиться с применением специальных приспособлений, объединяя лечение точечным массажем с другими процедурами. Например, с прогреванием, если точечный массаж осуществляется с прогреванием.

Точечный массаж

Важно помнить еще и то, что лечение точечным массажем эффективно помогает не только при болезнях органов, но также и при таких общераспространенных проблемах, как бессонница, стресс, хроническая усталость. После восстановления нормального питания

позвоночника и всех органов восстанавливается и кровоснабжение головного мозга, а это значит, что проходят головокружения и головные боли, нормализуется давление, и безвозвратно уходят мигрени.

Не менее активно применяется точечный массаж при остеохондрозе, ведь правильная работа мышц нормализует нагрузку на позвоночник и способствует избавлению от болезни, которая не щадит ни старых ни молодых.

Мануальная терапия

Мануальная терапия (массаж) является одним из самых действенных методик в восточной медицине. Врач мануальной терапии может творить руками чудеса, излечивать различные заболевания и возвращать сместившиеся органы на место. При помощи мануальной терапии можно эффективно бороться с проблемами позвоночника, мышечных тканей, органов и суставов.

При помощи мануальной терапии можно лечить такие заболевания, как сколиоз, остеохондроз, протрузия межпозвонковых дисков, радикулит и другие болезни позвоночника. Болезни внутренних органов и их смещение также лечатся мануальной терапией.

Врач мануальной терапии назначает количество сеансов мануальной терапии на основании диагностики пациента. В среднем же, количество процедур мануальной терапии может варьироваться в промежутке от 10 до 15-20 сеансов (в зависимости от серьезности заболевания и его остроты).

Иглоукалывание

Тысячелетние наблюдения и практические эксперименты стали основанием для развития целой науки об активных точках и соединяющих их энергетических каналах (меридианах), на основе которых был разработан метод лечения иглоукалывание, с успехом используемый специалистами в области китайской медицины.

Метод иглоукалывания относится к методам регуляции энергетической системы и применим, он тогда, когда изменения носят функциональный характер, а органической патологии еще нет. На этом этапе применять лекарства еще не нужно, а требуется лишь изменение энергетики органов и систем.

В конце 1970-х, Всемирная Организация Здравоохранения признала способность аку-



пунктуры и Восточной медицины к лечению почти четырех дюжин общих болезней, включая болезни типа артрита, невралгии, бессонницы, головокружения, боли в области шеи и плеча; эмоциональные и психологические расстройства (типа маний и депрессией); циркуляторные расстройства (типа гипертензии, стенокардии, артериосклероза и анемии); дыхательные расстройства (типа эмфиземы, синусита, аллергии и бронхита); и желудочно-кишечные расстройства.

Чжэньцзю терапия является одной из важнейших методов традиционной китайской медицины. Чжэньцзю терапия состоит из двух методик лечения. Чжэнь значит игла. При помощи иглы оказывается возбуждающее воздействие на определенные точки. В этом суть данной методики, которая и называется иглоукалыванием.

Цзю значит прижигание, которое заключается в том, что при помощи тлеющих полынных сигар прямо или косвенно возбуждаются определенные точки. Принцип действия одинаковый с иглоукалыванием. Данная методика лечения с древнейших времен существует в Китае и ряде других стран Азии, например в Японии, Корее. Чжэньцзю терапия зародилась в Китае, прошла огромный путь своего развития, проверена временем и является бесценным достоянием китайской медицины. В настоящее время более чем в ста странах используется и исследуется Чжэньцзю терапия.

Чжэньцзю терапия может снимать боль и снижать вес. Согласно данным ВОЗ, признано, что Чжэньцзю терапия дает выдающийся лечебный эффект при более чем 43 видов за-

болеваний. В частности, можно отметить: паралич, синдром смещения межпозвоночных дисков, сахарный диабет, гипертензия, невралгия, инсульт, растяжение шейных жил, боли в пояснице и т.д.

Кроме того, Чжэньцзю терапия корректирует кровяное давление, потоотделение, температуру тела и другие физиологические процессы. Вне зависимости от того, оказывается ли воздействие на симпатический или на парасимпатический нерв, в любом случае восстанавливается баланс Инь-Ян и наступает излечение.

Массаж ГУАША

ГУАША – это древнейший вид китайского массажа. Он является естественным неинвазивным способом оздоровления, не дающим осложнений. Перевод названия «гуаша»: «гуа» – движение в одну сторону (скрести), «ша» – плохое. То есть – «скрести всё плохое». Для воздействия используется небольшая пластинка (скребок), которой обрабатывают определённые области, включающие в себя раз-



личные точки и рефлексогенные зоны тела, лица и головы. Во время массажа используются скребки различной конфигурации из нефрита или рога китайских животных. Массаж проводится по специальному маслу.

Благодаря массажу улучшается кровообращение в пораженных областях, усиливается лимфоотток, уходят отеки и исчезают связанные с этим боли, снимаются мышечные спазмы, увеличивается подвижность суставов. Гуаша массаж снимает воспалительные процессы и нормализует функциональную активность органов, приводит к рассасыванию спаек. Отмечается благотворное влияние на нервную систему: улучшается сон, снимается

тревожность, улучшается аппетит, повышается общий тонус.

Следует заметить, что массаж гуаша воздействует не только на конкретные патологические процессы, но и на весь организм в целом. Он нормализует работу внутренних органов, улучшает обменные процессы повышает иммунитет и замедляет процессы старения.

Массаж стоп

Одной из самых эффективных методов лечения является массаж стоп. Восточная медицина считает, что стопы ног являются основой жизненной энергии человека. Ступни очень тесно связаны с внутренними органами, в результате чего функциональные изменения любого из них сразу же отразятся и на ступнях. Массаж стоп можно использовать для поддержания здоровья всего организма, а также для диагностики некоторых заболеваний.

Китайский массаж стоп помогает снять стрессовое состояние, эмоциональное возбуждение, усталость организма, привести в порядок нервную систему и успокоиться. Он также предотвращает появление судорог в икрах, снимает чувство тяжести в ногах и мышечную усталость (после физических нагрузок). Массаж стоп улучшает лимфо- и кровообращение, препятствует образованию отеков и варикозных узлов. Он способствует релаксации, очень полезен при бессоннице, тревоге, раздражении и других незначительных нервных расстройствах.



Массаж стоп положительно влияет на тазобедренные суставы человека, расслабляет их, улучшая ощущения при ходьбе. Благодаря китайскому массажу снижается уровень сахара в крови, улучшается также кровообращение

пальцев ног. Он укрепляет мышцы и связки ног, рекомендован при поперечном и продольном плоскостопии.

Рефлекторные точки

Китайский массаж ног (в том числе и стоп) предполагает использование активных точек, расположенных на так называемых линиях - меридианах и подразделяющихся на 4 вида:

- Возбуждающая. Такая точка только одна на определенном меридиане, её китайский массаж активизирует реакцию и работоспособность тех органов, которые относятся к этой линии.

- Успокаивающая. Тоже только одна на каждом из меридианов, однако массаж стопы в этой точке, напротив, успокаивает и снимает нервное состояние.

- Гармонизирующие. Эти точки находятся в начале и конце каждого меридиана. Их массаж влияет на все органы, относящиеся к определенной линии.

- Сигнальные. Данные точки есть у каждого из органов человека. Их массаж способствует уменьшению боли, приносит облегчение.

Различаются 3 степени воздействия на рефлекторные точки.

Во время первичного лечения, а также при острой боли применяют легкий круговой массаж. Точечный массаж средней силы используют, в основном, при хронических осложнениях и заболеваниях. Рекомендуются в течение суток проводить многократный массаж, продолжительность которого должна составлять не больше 30-40 секунд (в зависимости от общего состояния пациента). Массаж ног с применением сильных нажатий осуществляется, как правило, указательным или большим пальцем.

Китайская и западная медицина сосуществуют одновременно – это особенность современного мира. Западная медицина перенимает опыт китайской, а китайская – западной. Сочетание китайской и западной медицины позволяет, используя самые современные технологии и методы, выявлять, систематизировать китайские лекарственные средства, методы лечения и повышать качество лечения.

Тарана Алиева

Aslanov Kamran Lətif oğlu

70

Bu il tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru, Respublika Stomatoloji Mərkəzinin direktoru, Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyinin baş stomatoloqu, Azərbaycan Özəl Stomatoloji Assosiasiyasının prezidenti Kamran Lətif oğlu Aslanovun anadan olmasının 70 ili tamam olur.

K.L.Aslanov 15 sentyabr 1943-cü ildə Bakı şəhərində həkim ailəsində anadan olmuşdur. 1950-ci ildə 7 saylı orta məktəbə daxil olmuş və 1960-cı ildə həmin məktəbi bitirmişdir. 1960-cı ildə Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun stomatologiya fakültəsinə daxil olub, 1965-cı ildə həmin institutu həkim-stomatoloq ixtisası üzrə bitirmişdir.

O, 1966-cı ildə Bakı şəhəri 2 saylı stomatoloji poliklinikada həkim-stomatoloq vəzifəsində işə başlayıb. Qısa müddətdən sonra həmin poliklinikanın terapiya şöbəsinin müdiri vəzifəsində işləmişdir.

1976-cı ilin sentyabr ayında Bakı şəhəri 1 saylı stomatoloji poliklinikasında baş həkimin müavini vəzifəsinə təyin edilmişdir. Sonralar baş həkimin əvəzi vəzifəsinə, 1979-cu ilin mart ayından həmin poliklinikaya baş həkim təyin olunmuşdur.

1982-ci ilin yanvarında Bakı şəhər Səhiyyə İdarəsinin əmri ilə 4 saylı stomatoloji poliklinikaya baş həkim vəzifəsinə təyin edilmişdir.

1986-cı ildən Respublika Stomatoloji Mərkəzində baş həkim vəzifəsində çalışır və həmin ildən Səhiyyə Nazirliyinin baş stomatoloqu təyin olunmuşdur.

1985-ci ildə Moskva şəhərində namizədlik dissertasiyası müdafiə edib, tibb elmləri



namizədi adına layiq görülmüşdür. Çap olunmuş 34 elmi əsərin müəllifidir.

01.09.1992-ci ildən 14.03.2000-ci ilədək əvəzçilik yolu ilə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun stomatologiya kafedrasında assistent işləmişdir.

Kamran Aslanov ölkədə və onun hüduqlarından kənarda keçirilən elmi konfrans və simpoziumlarda iştirak edir.

Onun rəhbərlik etdiyi mərkəzdə Rusiya Federasiyasının stomatoloqları dafələrlə innovasiya kursları keçirmişlər. Bu kurslar "Terapevtik və ortopedik stomatologiyanın aktual məsələləri", "Ağrısızlaşdırma metodları və vasitələri", "Stomatoloji praktikada təxirəsalınmaz tibbi yardım" mövzularına həsr olunmuşdur.

O, 1991-ci ildə "Səhiyyə əlaçısı", 1997-ci ildə ali dərəcəli həkim, sonra "Əmək fədakarlığı" medalı və Respublikanın "Əməkdar həkimi" fəxri adına layiq görülmüşdür.

Bakı şəhər sovetinin və Nəsimi rayonunun deputatı seçilmişdir.

Kamran Aslanov çox ciddi insandır, işini

incəliklərinə qədər bilən mütəxəssis və bacarıqlı təşkilatçıdır. O, xeyirxah və sədaqətli insandır. Dostlarına, əzizlərinə, dərəcəyə həmişə imkanı daxilində maddi və mənəvi kömək göstərməyi, insanlara əl tutmağı, dayaq olmağı sevir. Kamran müəllim qayğıkeş ailə başçısıdır. Üç övladı var.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti K.L.Aslanovu 70 illik yubiley münasibətilə səmimi qəlbdən təbrik edir, ona möhkəm can sağlığı, xoşbəxtlik və yeni nailiyyətlər arzulayır.





ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 19- 2013