



QAFQAZIN

STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



№8 - 2004

BRAUN

Oral-B®

3D Excel



Чистит профессионально



Одобрено Азербайджанской
Стоматологической Ассоциацией

MÜNDƏRİCAT

✓ Ortodontik müalicə zamanı ağız boşluğuna qulluq	<i>Əliyeva R.Q.</i>	3
✓ Роль основания черепа в черепно-лицевом скелете	<i>З. Новрузов, Б. Озел, Е. Оздилер</i>	6
✓ Особенности течения травмы нижней челюсти у лиц с дисплазией соединительной ткани	<i>Сулимов А.Ф. Ивасенко П.И.</i>	12
✓ Azərbaycan Respublikasında yeniyetmələr arasında diş kariyesinin yayılması və intensivliyi	<i>Qarayev Z.İ. Pənahov N.A.</i>	20
✓ Совершенствование методики протезирования пациентов с беззубой нижней челюстью при сложных клинических условиях	<i>Баркан И.Ю. Семенюк В.М.</i>	24
✓ Эндоскопическая семиотика и диагностика патологических процессов носоглотки	<i>Рзаев Р.М.</i>	26
✓ Структура серопозитивности хеликобактериозом населения разных регионов	<i>Алиев М.Г.</i>	34
✓ Məktəblilərin ağız boşluğunun gigiyenasında saqqız çeynəmənin rolunun qiymətləndirilməsi	<i>Abbasova R.A.</i>	39
✓ Üz-cənə nahiyyəsində ön-arxa istiqamətdə skletsel anomalialar zamanı müalicə üsulunun planlaşdırılması	<i>Əsədov H.Ə.</i>	45
✓ Mandibulyar və torusal anesteziya zamanı qanaxmalara yardım	<i>Həsənov F.İ.</i>	50
✓ Beynəlxalq elmi konqres “Qazaxıstan Stomatologiyası - 2004”		53
✓ FDI -in Avropa Regional təşkilatının plenar sessiyası		55
✓ FDI - Hindistan - 2004		56

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 8 2004

**AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI**



**AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION**

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

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

Redaksiya heyəti

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

Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Ukrayna
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya

Litvinov A.N.
Məmmədov A.A.
Niqmatov R.N.
Ruzuddinov S.R.
Sadovski V.V.
Şenqün Onur.
Vaqner V.D.
Vadaçkoriya Z.O.
Vəliyeva M.N.

Rusiya
Rusiya
Özbəkistan
Qazaxıstan
Rusiya
Türkiyə
Rusiya
Gürcüstan
Azərbaycan

Ortodontik müalicə zamanı ağız boşluğuna qulluq



t.e.d. Əliyeva R.Q.

Stomatoloji xəstəliklər arasında karies və parodont xəstəliklərindən sonra ən çox yayılan diş-çənə anomaliyalarıdır. Diş-çənə anomaliyalarının əksəriyyətinin ortodontik müalicəyə ehtiyacı var. Ortodontik müalicə çıxan və çıxmayan ortodontik aparatların köməyi ilə həyata keçirilir.

Diş-çənə anomaliyalarının müalicəsində istifadə olunan çıxan və çıxmayan ortodontik aparatların ağız boşluğu toxumalarına zərərli təsirləri və fəsadları haqda müəyyən tədqiqatlar aparılmışdır (D.A. Kalvelis və b., 1982; V.Q.Suntsov, V.A.Distel,

S.K.Benkovskaya 1987; A.V.Apostolova və b., 1989; M.P.Vodolatski, Y.D.Xristoforand 1989; Q.B.Ospanova, O.Y.Abramova 1998, İ.M. Repujinski və b. 2000; və s.).

Bu fəsadlardan ən çox təsadüf olunanı çıxan ortodontik aparatdan istifadə edənlərin protez yatağında selikli qişanın iltihabıdır (40-70%). Bunun əmələ gəlməsinin əsas səbəbi yerli faktorlardır ki, onlar da bilavasitə çıxan protezin bazisinin materiallarının ağız boşluğu selikli qişasına mexaniki, termiki, allergik və toksiki təsirindən ibarətdir.

Ortodontik müalicə zamanı əmələ gələn fəsadlardan biri də marginal periodontda yaranan patoloji dəyişikliklərdir. Çıxmayan ortodontik konstruksiyalardan (breket-sistem və s.) istifadə edənlərin diş minasının müəyyən nahiyyələrinin demineralaşması və kariesin intensivliyinin artması bu qəbildən olan fəsadlardır.

Qeyd etmək lazımdır ki, protez stomatitlərinin əmələ gəlmə səbəblərindən ən başlıcası protez yatağında inkişaf edən mikrofloradır. Bir çox alimlərin məlumatlarında qızılı stafilokokların, streptokokların, kandida köbələklərinin, laktobakteriyalarının və s. selikli qişə ilə daimi təması autoimmun prosesin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır ki, bu da selikli qişada alternativ dəyişikliyə səbəb olur. Çıxan ortodontik konstruksiya ağız boşluğunda müxtəlif

BAŞ REDAKTORDAN – OT ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

mikroorqanizmlərin artması üçün əlverişli şərait yaradır. Ortodontik lövhənin təsirindən ağız boşluğunda mikrobioloji göstəricilər dəyişir. Patogen və şərti patogen mikroflora saprofitlərdən artıq olur.

Ortodontik konstruksiyaların təsiri nəticəsində əmələ gəlmiş gingivitlərin xarakterik əlamətləri diş eti məməciklərinin ağrılı, kövşək və tez qanayan olmasıdır. Əksər hallarda gingivitlər xroniki və hipertrofik forma alır. Ortodontik aparatın parodont toxumalarına mənfi təsirindən təhlükəli, ağız boşluğu gigiyenasının pisləşməsidir.

Əmələ gəlmiş fəsadlar və neqativ təsirlər nəticəsində bəzən ortodontik müalicəni axıra çatdırmaq mümkün olmur. Bütün göstərilənlərdən məlum olur ki, ortodontik müalicə zamanı xüsusi profilaktik tədbirlər aparılmalıdır. Ortodontik aparatdan istifadə edilən müddətdə fəsadlaşmanın qarşısını almaq üçün ən əhəmiyyətli profilaktik tədbir ağız boşluğunun rəasional gigiyenasıdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, ağız boşluğunun rəasional gigiyenası və xüsusi gigiyenik maddələrin dişlərə və digər ağız boşluğu orqanlarına profilaktik təsirinin öyrənilməsinə dair geniş tədqiqat işləri müvəffəqiyyətlə aparılır.

Belə ki, minanın davamlılığını artırmaq üçün və beləliklə kariesin qarşısının alınması məqsədilə ftortərkibli diş məcunlarından və ftorla aplikasiyanın ortodontik müalicə dövründə effektivliyi tamamilə sübut olunmuşdur.

Çıxan ortodontik konstruksiyalardan istifadə edərkən ağız boşluğunu antiseptik maddələrlə qarqara etməyin effektivliyi artıq təsdiq edilmişdir. Antiseptiklərlə (xlorqek-

sidin, sanqvinarin və s.) dezinfeksiyaedici irriqasiya protez yatağına və damaqlara müsbət təsir göstərir. Ortodontik müalicə alan pasiyentlərin ağız boşluğuna qulluğun çox vacib şərtlərindən biri də xüsusi diş fırçalarından istifadə etməkdir.

Çıxan ortodontik konstruksiyalardan istifadə etməklə aparılan ortodontik müalicə zamanı ağız boşluğu gigiyenasının öz xüsusiyyətləri var. Belə ki, ağız boşluğunun təmizlənməsi və konstruksiyanın gigiyenası ayrı-ayrılıqda həyata keçirilir. Konstruksiyada olan çox saylı detalları (bəndlər, yaylar, klammerlər və s.) təmizləmək üçün xüsusi diş fırçalarından istifadə olunur. Ağız boşluğunun gigiyenası isə müalicə-profilaktik təsirli diş məcunlarından istifadə etməklə həyata keçirilir.

Ortodontik aparatı (lövhəli) fiksə etdikdən sonra həmin vaxtdan etibarən ağız boşluğunda mikroorqanizmlərin inkişaf etməsinin qarşısını almaq üçün diş məcunundan, bakteriosid və iltihabəleyhinə güclü təsirə malik məhlullarla qarqara etmək təklif olunmalıdır. Adaptasiya dövrü başa çatdıqdan sonra (fəsadlaşma üçün təhlükə yoxdursa) bu dərmanların nisbətən zəif təsirə malik olanlarından istifadə etmək olar.

Çıxan konstruksiyaları təmizləmək üçün müxtəlif üsullar var. Bunların əksəriyyəti konstruksiyanı dezinfeksiyaedici məhlulda saxlamaqdan ibarətdir. Ancaq çıxan ortodontik konstruksiyanı təmizləmək üçün diqqətli olmaq lazımdır, çünki konstruksiyanın metaldan olan elementləri bəzi dezinfeksiyaedici məhlullarda karroziyaya uğraya bilər.

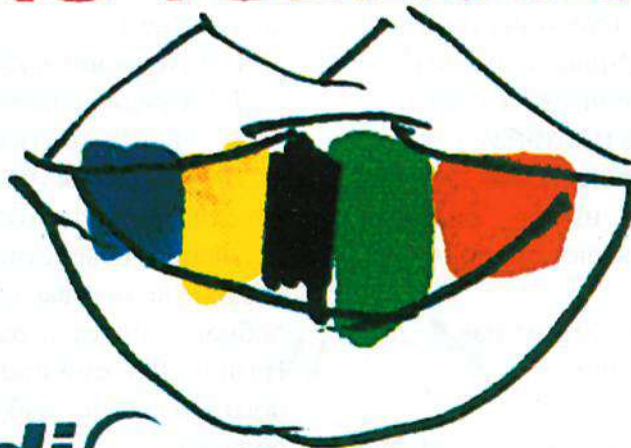
Çıxmayan ortodontik konstruksiyalarla (breket sistem və s.) müalicə olunan pasiyentlərdə dişlərin fizioloji təmizlənməsi çətinləşir. Bunun səbəbi breketlərin elementlərinin çoxluğudur. Dişlərin qeyri-requlyar və keyfiyyətsiz təmizlənməsi nəticəsində breketlərin ətrafında diş ərplərinin yığılması nəticə etibarilə minanın demineralizasiyasına səbəb olur.

Buna görə də ağız boşluğuna qulluq üçün, xüsusi diş məcunları və xüsusi diş fırçalarından istifadə etmək lazımdır. Əsas məqsəd isə breketlər fiksə olunan sahədə emalın demineralaşmasının və gingivitin inkişafının qarşısını almaqdır.

Xüsusi diş məcunları reminerallaşdırıcı və iltihabəleyhinə təsirə malik olmalıdır. Xüsusi diş fırçaları isə digərlərindən fərqli olaraq xırda fırça səthi vasitəsilə çıxmayan ortodontik konstruksiyanın çoxsaylı elementlərini təmizləməyə imkan verir.

Diş-çənə anomaliyalarının çıxan və çıxmayan ortodontik konstruksiyalarla müalicəsinin effektivliyi ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətindən çox asılıdır. Ona görə də bütün müalicə müddəti fəsadlaşmanın qarşısını almaq və ortodontik müalicəni müvəffəqiyyətlə başa çatdırmaq üçün profilaktik tədbirləri ardıcıl və düzgün yerinə yetirmək lazımdır.

NO TOBACCO !



fdi

World Dental Federation

www.fdiworldental.org

Роль основания черепа в черепно-лицевом скелете

Г. Заур Новрузов, М. Бирол Озел, Ф. Ерхан Оздилер

Кафедра ортодонтии Анкарского Университета

Интерес к Основанию черепа черепно лицевого скелета, был повышен после антропологических исследований с помощью радиологических методов, проведенных Велкером в 1896 году.

Краниальная часть черепно-мозгового скелета, представляла интерес для ортодонтов, как наиболее стабильный и неизменный комплекс, в процессе роста и развития, по сравнению с другими частями черепно-лицевого скелета.

В действительности же, провести идеальное исследование черепно-лицевого скелета представляется невозможным. Однако, сравнивая черепно-лицевую структуру исследуемых с патологическим прикусом, с исследуемыми с нормальным прикусом, выводятся средние данные, которыми врач-ортодонт не вправе пренебречь при планировании лечения.

Ключевые слова : Основания черепа, угол основания черепа.

АНАТОМИЯ

Скелет головы делится на 2 части:

1. Мозговой череп (Neurocranium),
2. Лицевой череп (Splanocranium).

Мозговой череп делится на 2 части:

1. Крыша черепа (Calvaria),
2. Основание черепа (Basis cranii).

Это разделение имеет филогенетические и эмбриологические причины.

Основание черепа состоит из :

1. Срединной линии,
2. Черепных отверстий.

Основание черепа, охватывает расстояние от слепого отверстия (for. caecum) до большого затылочного отверстия (for. magnum).

Это область состоит из: идущих в передне-заднем направлении : горизонтальной линии идущей от верхней части орбит лобной кости, продырявленной

пластинки решетчатой кости, корпуса клиновидной кости, включающее в себя турецкое седло, ската, каменистой части височной кости и большого затылочного отверстия затылочной кости.

Основание черепа делится на три части (Рис 1) :

1. Передняя часть (anterior),
2. Средняя часть (medial),
3. Задняя часть (posterior).

1. Передняя часть (N-for.caecum) : находится между точкой Назион (Nasion) и слепым отверстием (for.caecum). Это часть увеличивается при расширении лобного синуса и развитии (remodelling) Назион. По этой причине, после переходного возраста, наблюдается рост этой области.

2. Средняя часть (For.caecum-Sella turcica) ограничивается: в передней части слепым отверстием (for. caecum), в задней части турецким седлом (Sella turcica). Развитие этой части зависит в основном от развития сфено-етмоидального синхондроза.

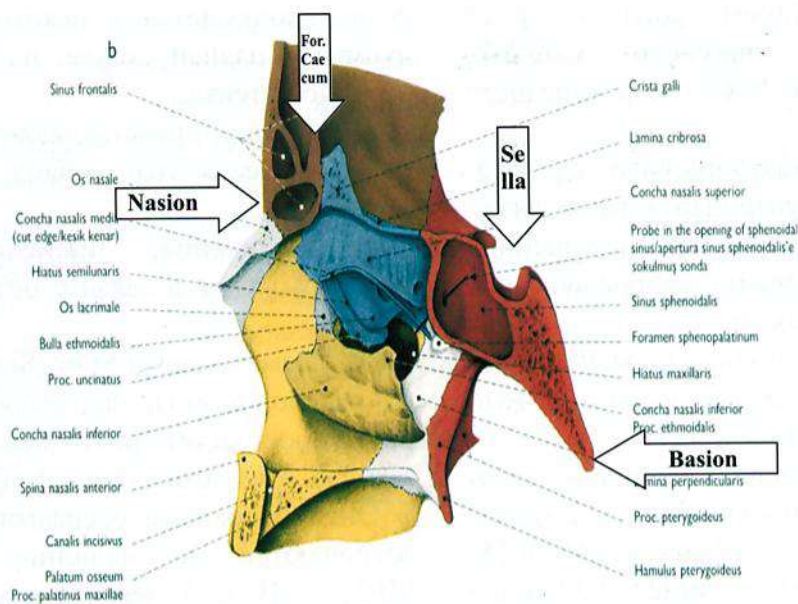


рис.1

3. Задняя часть (Sella turcica-for. magnum) ограничивается: в передней части турецким седлом (Sella turcica), в задней части большим затылочным отверстием (For. Magnum). Развитие этой части также тесно связано с развитием сфено-этмоидального синхондроза.

По причине окончания развития синхондроза в 20 летнем возрасте развитие этой части так же завершается приблизительно в этом возрасте (Sancak 2002).

Положение верхней и нижней челюстей (Рис 2), тесно связано с положением основания черепа. Изменения происходящие в основании черепа, более влияют на

верхнюю челюсть, из за того что она находится в неподвижной связи с основанием черепа. В частности, развитие небной кости (os palatina), находящейся между сфеноидальной костью и верхней челюстью, способствует снижению уровня верхней челюсти. Нижняя челюсть, в свою очередь, из-за связи артикуляционной суставной ямки с основанием черепа и ветви нижней челюсти с коунтерпартальной связью с основанием черепа, так же тесно связана с основанием черепа.

Енлоу, рост одного отдела черепно-лицевого скелета, связывал с ростом другого - это и есть коунтерпартальное

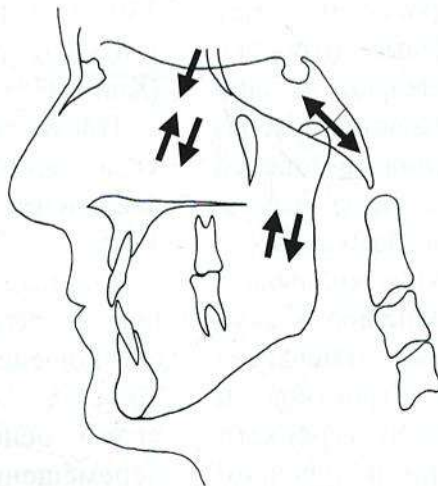


рис.2

соотношение. Таким образом, рост задней части лицевого скелета, компенсируется за счет роста переднего отдела.

Отделы черепно-лицевого скелета, находящиеся в коунтерпартальной связи :

1. Задний отдел - средне-черепное отверстие, артилажно суставная ямка, ветвь нижней челюсти.

2. Передний отдел - передне-черепное отверстие, верхняя челюсть, тело нижней челюсти (Enlow 1990).

Развитие основания черепа у новорожденных составляет 65% , в 2 года - 87%, в 5 лет - 90%, к 6-7 годам - 94%, в 15-летнем возрасте достигает 98%-ного уровня от общего развития.

Изменения, в основании черепа с 15-летнего возраста до полного завершения формирования скелета, зависят от пневматизации лобного синуса и утолщения переднего отдела лобной кости.

Исследования, развития черепно-лицевого скелета, с помощью точки S (*Sella turcica*), как наиболее стабильной и неизменной точки, время от времени подвергается серьезным сомнениям. Эти сомнения подкреплялись изучениями черепно-лицевого скелета у животных, и при непосредственном изучении черепной коробки человека.

В 2 года начинается резорбция верхней части задней стенки турецкого седла. В это время хрящевые отростки всё еще сохраняются, но хрящевые отростки турецкого седла уже отделены от синхондральных хрящевых отростков. Через 6 месяцев после рождения, в нижней части хрящей турецкого седла наблюдается эндохондральная оссификация.

В 3 года хрящевые отростки, ненамного изменяются по сравнению с 2-ух летним возрастом, однако отмечается утоньшение хрящевых отростков и оссификация нижней части турецкого седла. Процесс резорбции в турецком

седле наблюдается у некоторых исследуемых в задней стенке, на её дне и в передней стенке.

Изменения, представляющие наибольший интерес в этот период, для врача-ортодонта :

1. Изменения, происходящие в турецком седле в связи с резорбцией ее стенок,

2. Изменения в SOS (*Spheno-occipital synchondrozyis*), под влиянием которых, происходит рост между SOS и задними стенками турецкого седла.

Эндохондральные оссификации в SOS встречаются в начальном периоде МРЗсар-МРЗи. У девочек формирование SOS завершается на несколько лет раньше.

Мелсен, в 1972 году, в своих исследованиях отметил что, формирование SOS у мальчиков завершается в период от 13,6 лет до 18,7 лет, у девочек от 12,3 до 16,1 лет (Melsen 1974).

Угол основания черепа

К концу 2-го триместра пренатального периода, угол основания черепа составляет приблизительно 126°-132°. Однако, к началу 3-го триместра угол увеличивается на 10°-19°. У новорожденных угол составляет приблизительно 142°. После рождения, до 5 летнего возраста, угол заново уменьшается до 130°. С 5 летнего возраста, до 15-ти лет угол остается сравнительно неизменным (Kerr 1978).

Предполагается что, эти изменения угла основания черепа, зависят от увеличения массы и объема мозга (Diwert 1985).

Разумеется, что изменения происходящие в пренатальный период, влияют на соотношение между самими челюстями. То есть, изменения происходящие с углом основания черепа, влияют на перемещение артилажной суставной

ямки, а следовательно одновременно на перемещение нижней челюсти. Перемещение, таким образом нижней челюсти, а также развитие назомаксиллярного комплекса в переднем направлении, приводит соотношение челюстей от КЛ 3 к КЛ 2 по Енгло. Однако, приблизительно после 10-18 недель пренатального периода, наблюдается развитие нижней челюсти в переднем

Бжорк (Bjork 1955), предложил принимать угол основания черепа, как угол N-S-Ar, так как точку Ar, в латеральных сефалометрических снимках, найти легче, и следовательно ее можно точнее указать на снимках. Варжане и Коски (Varjane and Koski 1982), в отличие от Бжорка, предлагают точку Ba, а не Ar, так как точка Ar от основания черепа находится сравнительно дальше.

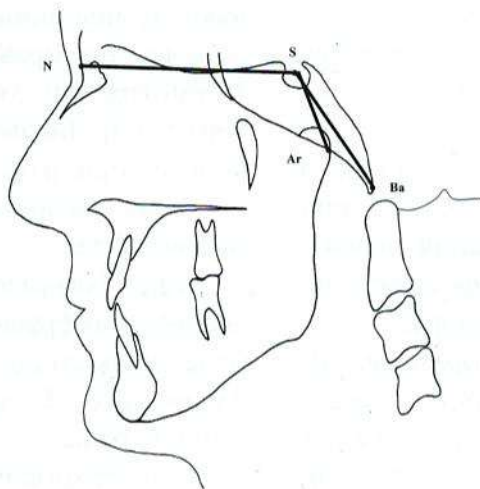


рис.3

направлении (Trenouth 1985).

Угол основания черепа (Рис 3-4), в латеральных сефалометрических снимках, составляет угол между линиями S-N и S-Ba, то есть угол N-S-Ba. В различных работах этот угол характеризуют как угол N-S-Bo, N-S-Ar или же N-S-Co.

Батиа и Леиджтон (Bhatia and Leighton 1993), в своих работах сравнили изменения в период роста и развития углов N-S-Ar и N-S-Ba, а так же линий S-Ar и S-Ba. По итогам результатов, изменения происходящие в углах и линиях были одиноковы.

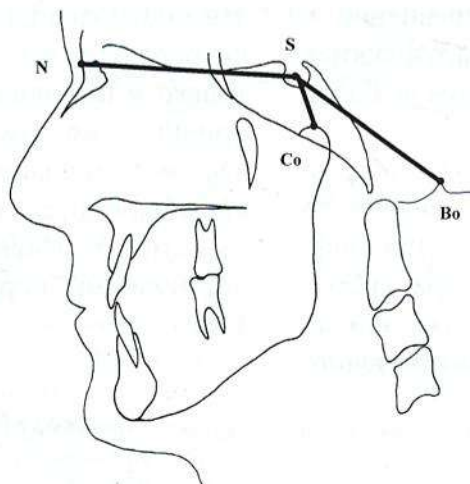


рис.4

По исследованию Енлоу и товарищей (Enlow et al 1971), за заднюю границу основания черепа надо принимать не Ва, а точку Аг. По их мнению, любые изменения за точкой Аг происходящие в основании черепа, влияют на черепно-лицевой комплекс, располагающийся спереди от височно-нижнечелюстного сустава.

Сегмент, находящийся между назо-максиллой и Аг-ом, по отношению к ветви нижней челюсти проявляется (или же обнаруживается) благодаря влиянию развития постериальной части основания черепа.

Из за изменений, происходящих в верхней и нижней челюстях под влиянием изменений основания черепа, возникает мнение о причастности основания черепа к костным аномалиям.

Гопкин и товарищи (Hopkin et al 1968), предложившие измерять основание черепа углом N-S-Ag, в своих работах, указали на уменьшение угла при очередности от КЛ2 к КЛ1 и далее КЛ3

Диббетс (Dibbets 1996), на основании сефалометрических данных 170 детей отметил уменьшение угла основания черепа (N-S-Ba), и уменьшение линий S-N и N-Ba в последующей очередности, от КЛ2 к КЛ1 и далее от КЛ1 к КЛ3.

Бажети и товарищи (Bacceti and Antonini 1997), на основании изученных данных, указали что, при сравнении с КЛ3, у больных с КЛ2 артикуляционная суставная ямка, располагается в более задней части.

Керр и Герст (Kerr and Hirst 1987), на основании сефалометрических данных 85 детей, наиболее подходящим для дифференциальной диагностики при аномалиях по Энглоу КЛ1 и КЛ2, указали на угол основания черепа. Одновременно,

ученные отмечают, что исследовав угол основания черепа у 5 летнего ребенка, можно приблизительно с 73%-ой достоверностью прогнозировать, каким будет прикус в 15 летнем возрасте.

В некоторых работах было отмечено, что при увеличении угла основания черепа на 10°, линия S-N увеличивается приблизительно на 1мм.

Различия развития угла основания черепа у мальчиков и у девочек отсутствуют. Длина линий N-S и S-Ba у женщин короче, по сравнению с мужчинами. Несмотря на то, что длина линий в верхней и нижней челюстях у женщин короче, при измерении градусов углов, больших различий нет (Ingerslev and Solow 1975).

Левис указывает, что у более высоких девочек, по сравнению со сверстницами более низкого роста, за годичный период наблюдается большее увеличение основания черепа.

В пубертальный период годичное увеличение основания черепа у мальчиков составляет 0.75мм, у девочек 0.5мм.

По данным Оздилера, соотношения между углом основания черепа и вертикальными показателями роста лицевого скелета в предпиковый период, у мальчиков не изменяются в пиковый и постпиковый период развития. У девочек, эти соотношения в предпиковый период не наблюдаются, и их можно отметить только в постпиковом периоде. По этой причине, по Бжорку угол основания черепа у мальчиков учитывается как в предпиковый, так и в постпиковый период развития. У девочек же, исключительно в постпиковый период развития (Ozdiler 1987).

Литература

1. Baccetti I, Antonini A.: Glenoid fossa position in different facial types: a cephalometric study. Br.J.Orthod. 1997;24:55-59
2. Bhatia S.N, Leighton BC.: A manual of facial growth. Oxford;Oxford University Press:1993
3. Bjork A.: Cranial base development. Am. J. Orthod. 1955;41:198-225
4. Dibbets JMH. Morphological association between the Angle classes Eur.J.Orthod. 1996;18:111-118
5. Diwert.H. Development of human craniofacial morphology during the early fetal periods. Am. J. Orthod. 1985;88:64-76
6. Enlow D.H. Facial growth. 3rd ed. Philadelphia: W.B.Saunders;1990
7. Enlow D.H, Kurada T, Lewis A.B.: The morphological and morphogenetic basis for craniofacial form and pattern. Angle Orthod. 1971;41:161-188
8. Hopkin G.B, Houston W.J.B, James GA.: The cranial base as an etiological factor in malocclusion. Angle Orthod. 1968;38:250-255
9. Ingerslev C.H, Solow B.: Sex differences in craniofacial morphology. Acta Odont. 1975;33:85-94
10. Kerr W.J.S.: A method of superimposing serial lateral cephalometric films for the purpose of comparison : a preliminary report. Br.J.Orthod. 1978;5:51-53
11. Kerr W.J.S, Hirst D.: Craniofacial characteristics of subjects with normal and post normal occlusions. A longitudinal study. Am.J.Orthod Dentofac.Orthop. 1987;92:207-212
12. Melsen B. The cranial base. The postnatal development of the cranial base studied histologically on human autopsy material. Acta Odont.Scand. 1974;32 (Suppl 62)
13. Ozdiler E. Док.Дисс.: Sfeno-okspital sinkondrozis faaliyetine bagli? kranial degisiklikler ve yuz iskeletinin buyume modeli arasindak? iliskiler. 1987. Ankara
14. Sancak B. Cumhur M. Fonksiyonel anatomi. Ankara 2002:24-27
15. Trenouth. Changes in the jaw relationships during human foetal craniofacial growth. British J. Orthod. 1985;12:33-39
16. Varjane I, Koski K. Cranial base, sagittal jaw relationship and occlusion. A radiological craniometric appraisal. Proc.Finn.Dent.Soc. 1982;78:179-183

Резюме

В результате исследований, выяснено что, в соотношении верхней и нижней челюстей, как угол основания черепа, так и его размеры имеют большое значение. То есть основание черепа является одним из определяющих факторов формирования типа лица.

В большинстве случаев, авторы указывают что, при уменьшении угла основания черепа, картillaжная ямка перемещается вперед и вниз, что ведет к протрузии нижней челюсти. И наоборот, при увеличении угла основания черепа, картillaжная ямка перемещается назад, что ведет к ретрузии нижней челюсти.

Однако, влияние изменения угла основания черепа на изменение положения картillaжной суставной ямки является спорным. Эти сомнения, обуславливаются расположением угла основания черепа в сагиттальной плоскости, а картillaжных суставных ямок в латеральных плоскостях.

Summary

The influence of the cranial base angle or the dimensional changes in the cranial base on maxillomandibular relationship is clearly visible based on the researches made on this subject. Thus the cranial base is an important factor in the development of facial types.

Generally the authors have shown that reduction of the cranial base angle results in mandibular protrusion; on the contrary, the high cranial base angle causes mandibular retrusion.

On the other hand; it must be considered whether the changes in the cranial base angle are reflected on the glenoid fossa. It must also be considered that the cranial base angle lies on the midsagittal plane and the glenoid fossae in the lateral aspects of the skull.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Омской государственной медицинской академии*



доц. Сулимов А.Ф.



проф. Ивасенко П.И.

ВВЕДЕНИЕ. В структуре травм челюстно-лицевой области переломы нижней челюсти занимают ведущее место, частота же посттравматических осложнений стабильно высока и имеет тенденцию к росту (3, 6). Это часто обусловлено отсутствием индивидуального подхода к пациенту, стандартностью ведения большинства больных без учета общесоматического статуса и особенностей реакции на травму части пациентов. Исследования последних лет показали, что в основе многих осложнений и неудач лечения переломов нижней челюсти лежит патология соединительной ткани, создавая условия для различных функциональных нарушений. Широко распространенной наследственной патологией является дисплазия соединительной ткани (ДСТ), изменяющая формообразование кости и других производных соединительной

ткани (1, 2, 4, 7). При ДСТ изменены регенераторные потенции как собственно кости, так и других тканей в зоне повреждения, а исход травмы во многом определяется особенностями анатомического строения нижней челюсти, ее морфотипов (5, 6).

Цель настоящего исследования - изучить результаты лечения больных переломами нижней челюсти при различных способах иммобилизации отломков у лиц с ДСТ

Материал и методы исследования.

Нами проведено комплексное обследование на базе клиники челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 11 г. Омска 300 больных мужского пола, в возрасте от 15 до 45 лет (средний возраст 30 лет), поступившие в первые 48 часов с момента травмы с открытыми двусторонними переломами нижней челюсти, которое включало выявление признаков ДСТ по методике Яковлева

В.М., Нечаевой Г.И. (5) и углубленное исследование ЧЛО.

С целью получения достоверных результатов выборка больных проводилась только с локализацией перелома в области угла с одной стороны и тела или подбородочного отдела нижней челюсти с другой стороны.

Из 300 обследуемых с фенотипическими признаками ДСТ было 150 человек, практически здоровых без соматических заболеваний 150 человек (контроль).

С целью сравнения различных методов лечения больных с переломами нижней челюсти имеющих признаки ДСТ (n-150), и группа контроля (n-150) разделены на подгруппы по 30 человек.

Контролем для каждой подгруппы по 30 человек были практически здоровые без соматических заболеваний общее количество - 150 человек.

Результаты лечения

Консервативные методы лечения

Фиксация отломков назубными проводочными шинами с зацепными петлями проведена у 30 пострадавших с ДСТ

В день поступления всем больным оказывали специализированную медицинскую помощь. Осуществляли репозицию отломков, проводили иммобилизацию челюстей шинами с зацепными петлями, находящиеся в щели перелома зубы по показаниям либо удаляли, либо их депульпировали, с последующим пломбированием каналов. В последующие дни при благоприятном течении заживления перелома нижней челюсти боль стихала и к 4-5-м суткам полностью исчезала. Нормализацию общего состояния отмечали через 3-4 суток.

Нагноение костной раны на 3 сутки зарегистрирована у 5 (16,67%) пациентов, на 5-е сутки у 4 (13,33%) пострадавших и через 10 суток у 3 (10,0%) больных. Всего

зарегистрировано 12 (40,0%) случаев нагноения костной раны. Следует отметить, что у большинства больных воспалительный процесс удалось купировать традиционной терапией. Однако у 5 (16,67%) пострадавших воспалительный процесс устранить не удалось, и он трансформировался в хронический травматический остеомиелит. У 3-х (10,0%) больных хронизация процесса в кости проявилась формированием флегмон в прилежащих к линии перелома клетчаточных пространствах, у 2-х (6,67%) пациентов наблюдались абсцессы в поднижнечелюстных областях. Эти осложнения послужили причиной для их повторной госпитализации в стационар. У 3-х больных процесс удалось купировать лишь после секвестрэктомии, причем у одного пострадавшего операцию проводили дважды с интервалом в 40 дней. У 2-х больных консолидации не наступило, что потребовало проведения внеочагового остеосинтеза.

Причинами развития осложнений при данном методе иммобилизации являются, по нашему мнению то, что при использовании метода шинирования для иммобилизации отломков, при лечении двухсторонних переломов нижней челюсти, с локализацией линии перелома в области угла, возникает нестабильная фиксация, за счет подвижности дистального отломка и нередко интерпозиция собственно жевательной мышцы. Подвижность отломков, а в месте с ней дополнительная травма, способствовали росту гематомы и альтерации мягких тканей. В зоне повреждения развивалось асептическое воспаление. Кроме того, наличие одонтогенной инфекции, повреждение слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти, хронические одонтогенные очаги в периапикальных тканях создавали благоприятные условия для инфицирования зоны повреждения и развития гнойного воспаления. При благополучном течении заживления

Распределение больных с признаками ДСТ по группам в зависимости от способов иммобилизации отломков

№п/п	Метод иммобилизации	ДСТ	Контроль	Всего
Консервативный				
1	Шинирование челюстей	30	30	60
2	Остеосинтез по Донскому в модификации ОГМА	30	30	60
Всего		60	60	120
Оперативный				
1	Шов кости проволокой	30	30	60
2	Устройства из сплавов с эффектом памяти формы	30	30	60
3	Титановые минипластины	30	30	60
Всего		90	90	180
Итого		150	150	300

Назначали комплекс консервативной терапии, включающий в себя: антибактериальную, гипосенсибилизирующую, симптоматическую терапию. Со всеми проводили беседу о необходимости проведения гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта.

Остеосинтез нижней челюсти по методике В.В. Донского в модификации кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ОГМА

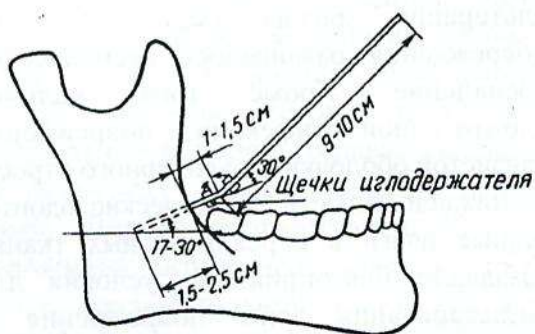


Рис. 1. Изгибание спицы под углом 30°

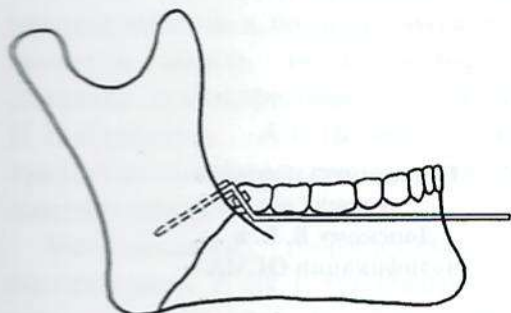


Рис. 2. Изгибание из спицы ступеньки.

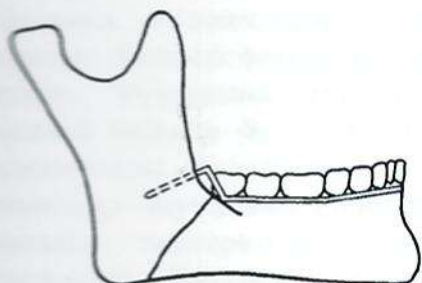


Рис. 3. Изгибание спицы по зубной дуге.

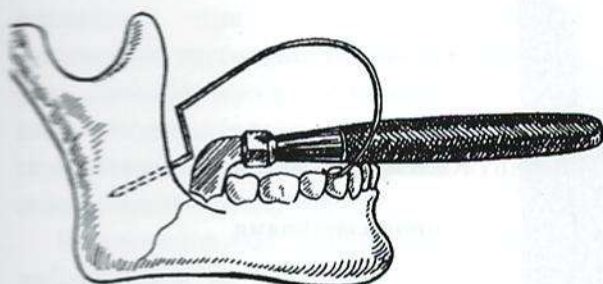


Рис. 4. Вид после отведения изогнутой спицы кверху.

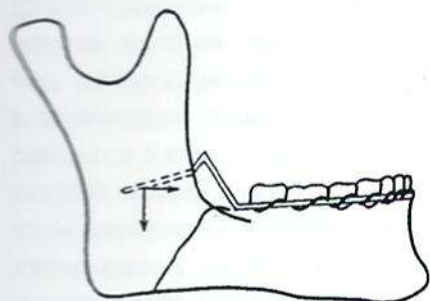


Рис. 5. Внешний вид спицы, изогнутой и фиксированной к зубной дуге.

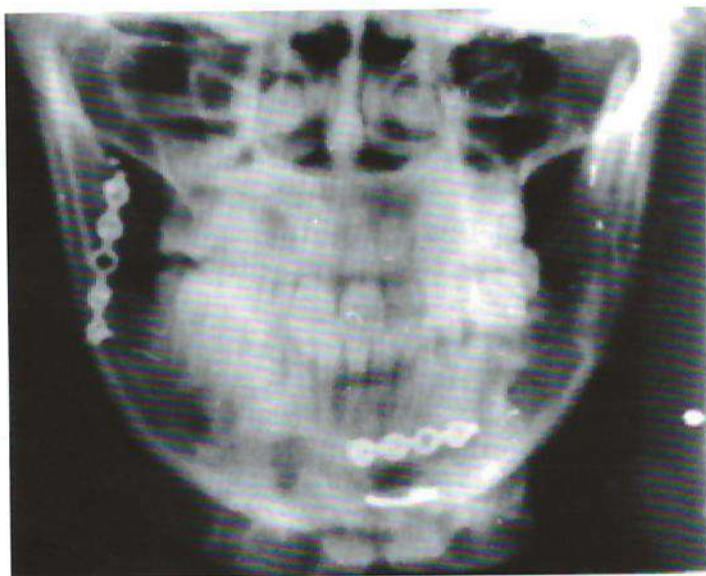
перелома больных выписывали на амбулаторное лечение, которое осуществляли в кабинете реабилитации. Признаки сращения отломков определялись на 28-30-е сутки. У двух больных наблюдалась замедленная консолидация отломков,

шины им были сняты через 45 суток после оказания специализированной помощи. В контроле частота осложнений составила 16,70 %.

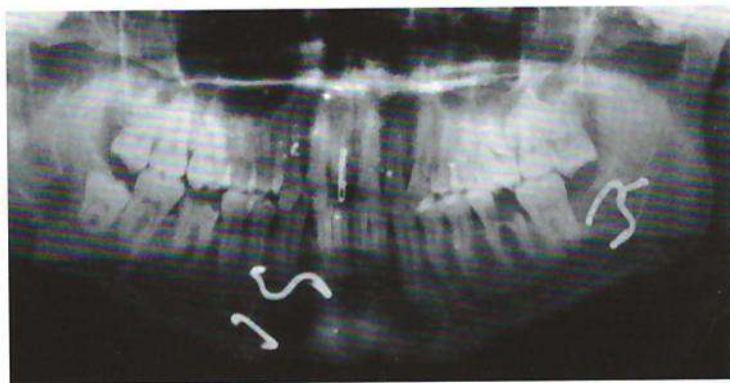
Одним из методов лечения позволяющих сохранить функцию нижней



Остеосинтез нижней
челюсти по
Донскому В. В. в
модификации ОГМА



Остеосинтез нижней
челюсти
минипластинами



Остеосинтез нижней
челюсти скобками с
термомеханической
памятью формы

челюсти и избежать нанесения дополнительной травмы при фиксации отломков нижней челюсти в пределах зубного ряда, является метод, предложенный В.В. Донским в модификации С.Д. Аюшиева, П.И.Ивасенко, А.К.Попова (кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ОГМА)(5).

Исследования, проведенные у 30 пострадавших с ДСТ, показывают, что у этих больных уже на 2-е сутки наблюдалась положительная клиническая картина. Болевой фактор исчезал на 2-3-и сутки. Функциональная подвижность нижней челюсти была достаточная. При клиническом обследовании на 3-и сутки выявлено улучшение аппетита, нормализация температуры тела, общего состояния. Фиксирующая конструкция обеспечивала стабильную фиксацию отломков при сохранении физиологической подвижности нижней челюсти. Это способствовало оптимальному течению регенераторных процессов в зоне повреждения и более быстрому купированию болевого синдрома.

Воспалительные явления в костной ране наблюдались на 3-и сутки у 3-х (10,0%) больных, через 5 суток - у 1 (3,33%). Всего диагностировано 4 (13,33%) случаев нагноения костной раны. Следует отметить, что распространенность и выраженность клинических признаков воспалительного процесса в сравнении с первой подгруппой носило менее яркий характер. Воспалительный процесс в линии перелома удалось купировать у значительной части больных, и лишь у одного он перешел в хроническую стадию. Причиной осложнения явился не удаленный зуб во время проведения иммобилизации 48-зуб находящийся в щели перелома был прикрыт слизистой оболочкой альвеолярного отростка и находился в медиальном косом положении по отношению к 47-зубу

В контроле при иммобилизации отломков по Донскому Аюшиеву частота осложнений составила 3,33%

Оперативные методы лечения

При проведении остеосинтеза швом кости проволокой применяли внеротовой доступ. Типичным разрезом из поднижнечелюстной или под подбородочной области общепринятыми методами. Анализ результатов остеосинтеза указанным способом у 30 больных с ДСТ показал, что наиболее частым осложнением было развитие гнойно-воспалительного процесса в ране, которое было зафиксировано у 6 пациентов (20,0%). Следует отметить, что у трех больных процесс удалось купировать местной и общей противовоспалительной терапией. У трех пострадавших (10,0%) наступила хронизация процесса, проявилось формированием свища. Консолидация перелома отмечалась у одного больного, у двух пациентов (6,70%) в дальнейшем сформировался ложный сустав и дефект нижней челюсти. В одном случае (3,33%) причиной развития травматического остеомиелита явилось вторичное смещение отломков, обусловленное разрывом проволочного шва.

Таким образом, общий процент отрицательных результатов в данной подгруппе составил (20,0%).

Сравнительный анализ осложнений с контрольной подгруппой показал, что у практически здоровых пациентов частота возникновения осложнений была несколько ниже. Так осложнения гнойно-воспалительного характера отмечены у трех пациентов (10%), причем лишь у одного больного процесс консолидации осложнился травматическим остеомиелитом.

При остеосинтезе скобками из NiTi применяли как внеротовой, так и внутриротовой доступ. Предпочтение отдавали последнему способу ввиду его меньшей травматичности. Использовали амегаобразные и кольцевые фиксаторы, а также разработанные В.Э. Гюнтером и П.Г. Сысолятиным плоские скобки различных размеров. Остеосинтез проводили по методике

В.К. Поленичкина (1987). Фиксацию осуществляли двумя скобками, либо одной скобой с большим количеством точек фиксации.

Клинический анализ результатов остеосинтеза скобками с эффектом "памяти формы" выявил положительные результаты лечения у 28 (93,33%) пострадавшего из 30 с переломами нижней челюсти. Все осложнения носили воспалительный характер. В одном случае зарегистрирован ограниченный остеомиелит альвеолярного отростка нижней челюсти с консолидацией отломков по базальному краю, в другом неконсолидированный перелом, осложненный травматическим остеомиелитом. В последнем случае нестабильная фиксация и отсутствие компрессии привели к вторичному смещению отломков, что явилось причиной развития указанного осложнения.

В контрольной группе осложнения носили так же воспалительный характер и были выявлены у двух пациентов, что составило 6,67%. В обоих случаях имел место ограниченный остеомиелит, связанный в первом случае с выходом ножки фиксатора, и как следствие появившейся подвижности отломков, во втором неверным выбором места расположения фиксатора. Это потребовало удаление фиксирующих устройств, после чего наступило выздоровление.

В подавляющем большинстве наблюдений больные, спустя 2 суток после оперативного вмешательства принимали жидкую пищу, открывание рта было свободным через 5 сут., в значительной степени восстанавливалась жевательная функция. У всех пострадавших не возникло необходимости осуществления дополнительной межчелюстной фиксации, было достигнуто стабильное соединение отломков и сращение их в правильном положении с ранним восстановлением (через 7-10 дней) жевательной функции. Общее количество осложнений в обеих подгруппах при остеосинтезе скобками из

NiTi составило 6,67%, что достоверно ниже соответствующего показателя в группе с использованием шва кости проволокой (16,70%). ($p < 0,05$).

При использовании титановых мини-пластинок следует подчеркнуть, что ни в одном из наблюдений мы не отметили в послеоперационном периоде вторичного смещения отломков. Наблюдения показали, что данный метод остеосинтеза может быть методом выбора при переломах в области угла и тела нижней челюсти, включая не только линейные, но и оскольчатые переломы. Остеосинтез титановыми мини-пластинками относится к одному из универсальных методов остеосинтеза при переломах тела и угла нижней челюсти.

Однако применение данных фиксаторов у пострадавших с ДСТ при указанной локализации перелома сопряжено с рядом особенностей, обусловленных анатомическим строением нижнечелюстной кости. При использовании мини-пластин жесткость конструкции обеспечивается за счет минивинтов, которые вкручиваются на глубину не более 5-7 мм. Следовательно, жесткость монтажа напрямую зависит от выраженности кортикальной пластинки, как наиболее прочной структуры. У пострадавших с ДСТ строение нижней челюсти во многом отличается от практически здоровых людей без признаков ДСТ. В частности меньшая толщина кортикальной пластинки, более пористое строение губчатого вещества в сравнении со здоровыми людьми. Это приводит к снижению прочностных характеристик фиксирующей конструкции ввиду менее жесткой фиксации мини-шурупов в костной ткани, и как следствие возникающей микроподвижности отломков. Кроме того, применение мини-пластин не обеспечивает компрессионного эффекта, в чем нуждается диспластически измененная кость. Все выше перечисленное ведет к развитию осложнений воспалительной природы, что было выявлено в нашей работе.

При остеосинтезе титановыми мини-пластинками характерным осложнением было развитие гнойно-некротического процесса в зоне перелома которое было зарегистрировано в 4 случаях (13,33%). Сравнительный анализ контрольной груп-

пы показал отсутствие осложнений у практически здоровых пациентов, что объясняется наличием хорошо выраженного компактного слоя кости необходимого для обеспечения стабильной фиксации костных отломков.

Литература

1. Волков М.В., Меерсон Е.М., Нечволодова О.Л. и др. Наследственные системные заболевания скелета.- М.: Медицина.-1982.- 320с.
2. Дашковский Б.М., Гакман В.В., Лужанский А.А. Синдром Элерса-Данло // Клин. мед.- 1990.-N 1.-С. 112-116.
3. Ивасенко П.И., Сулимов А.Ф. Регенерация костной ткани в условиях одонтогенной инфекции // Стоматология, спец. выпуск. Материалы 3 съезда стоматологической ассоциации (общероссийской).- М., 1996.- С.79.
4. Меламуд М.Я., Иванив Ю.А., Гаврилюк Е.М. и др. Синдром Марфана // Клин, мед.- 1988.- N 6.- С. 20-26. 9.
5. Нимаев Б.Ц. Пути оптимизации лечения больных с переломами нижней челюсти на фоне дисплазии соединительной ткани: Дисс. ... канд. мед. наук.- Омск, 2000.- 116с.
6. Сулимов А.Ф., Ивасенко П.И., Нимаев Б.Ц., Конев В.П. Нарушение формообразования у больных с переломами нижней челюсти и способы их коррекции // Сб. науч. трудов кафедры госпитальной хирургии ММСИ.- М., 1997.-С.17.
7. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани (патогенез, клиника, диагностика и лечение).- Омск, 1994.- 217 с.

Резюме

Таким образом, проведенное исследование результатов лечения больных с переломами нижней челюсти на фоне ДСТ показал неоспоримое преимущество использования функциональных методов лечения у данной категории пациентов. Из консервативных способов к ним следует отнести фиксацию оперативно-ортопедическим методом по Донскому - в модификации С.Д. Аюшиева, П.И.Ивасенко, А.К.Попова. Данный метод малотравматичен и позволяет сохранить функцию нижней челюсти при достаточно стабильной фиксации с умеренным компрессионным эффектом.

Сравнительный анализ посттравматических осложнений подтверждает эффективность использования данного способа фиксации. Так, в группе с фиксацией проволоочными шинами воспалительные осложнения в виде нагноения костной раны зарегистрированы у 12 человек (40,0%), хронический травматический остеомиелит у 5 больных (16,67%). В группе с иммобилизацией оперативно-ортопедическим методом нагноение костной раны составило - 13,33%.

Среди хирургических методов предпочтение следует отдавать устройствам из сплавов с эффектом памяти формы, так как они обеспечивают более высокую прочность остеосоединения.

При использовании в качестве фиксатора минипластин винты проходят только через наружную кортикальную пластинку объем и структура, которой во многом определяет прочностные качества иммобилизации. Кроме того, отсутствие компрессии не позволяет создать адекватный контакт между отломками в плоскости перелома, что в условиях ДСТ является наиболее актуальным.

На основании полученных результатов лечения больных с переломами нижней челюсти у лиц ДСТ с применением шва кости проволокой был зафиксирован наибольший процент осложнений (40%), что позволяет сделать вывод, о нецелесообразности использования его у данной категории пострадавших.

Azərbaycan Respublikasında yeni yetmələr arasında dış kariyesinin yayılması və intensivliyi

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası



t.e.d. Z.İ. Qarayev



t.e.n. N.A. Pənahov

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının tövsiyələrinə əsasən, bu və ya digər regionun biogeokimyəvi şəraitindən asılı olaraq stomatoloji yardımın və profilaktik proqramların həyata keçirilməsinin optimal rejiminin planlaşdırılması üçün həmin ərazidə stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyasının dəqiq müəyyənəşdirilməsi və bu məlumatların dinamik olaraq yeniləşdirilməsi vacib şərtlərdəndir.

Bu və ya digər regionun təbiəti, iqlimi, sosial və digər şəraiti yerli populyasiyanın inkişafına və formalaşmasına ciddi təsir göstərərək, stomatoloji xəstəliklərin əsas patogenetik faktorlarının gücü və xarakterini dəyişə bilər. Vətən və xarici ölkə alimlərinin tədqiqatları ilə sübut edilmişdir ki, stomatoloji xəstəliklər arasında öncül sıralarda qərarlaşan kariyesin yayılması və intensivliyi

müəyyən mənada müayinələr aparılan ərazinin coğrafi xüsusiyyətlərindən, içməli suda, qida məhsullarında, torpaqda və atmosfer havasındakı mikroelementlərin miqdarından asılıdır. Xəstəliyin ilkin profilaktikasını apararkən məhz bu fakt nəzərdən qaçırılmamalıdır. Bu baxımdan, stomatoloji xəstəliklərin kütləvi profilaktika tədbirlərini hazırlarkən uşaq və yeni yetmə yaşlı əhəlinin kariyes xəstəliyinə məruz qalması faktı əsas götürülməlidir.

Azərbaycan Respublikasında əsas stomatoloji xəstəliklərin tibbi-coğrafi və klinik-epidemioloji aspektdən öyrənilməsinə keçən əsrin 60-cı illərindən başlanılmışdır. Respublikanın ayrı-ayrı rayonlarında aparılan müxtəlif miqyaslı tədqiqatlar zamanı bu və ya digər dərəcədə əhali arasında kariyesin yayılması və intensivliyi öyrənilmişdir (Ə.A. Əhmədov

(1968), Ç.A.Paşayev (1982), E.E.Kərimov (1989), R.Q.Əliyeva (2001) və b.).

Tədqiqatın məqsədi yeniyetmələr arasında daimi dişlər və ümumilikdə daimi dişləm tam formalaşdığı dövrdə kariyesin yayılmasını və intensivliyini öyrənməkdir.

Tədqiqatın materialı və müayinə metodları.

Azərbaycan Respublikasının müxtəlif regionlarının 19 yaşayış məntəqəsində doğulmuş və daimi yaşayan, 12 -17 yaşlı 4875 nəfər yeniyetmə (2197 oğlan, 2678 qız) müayinə edilmişdir. Yaş qruplarının seçimində Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının gerontologiya problemləri üzrə seminarında (1981) təklif və təsdiq edilmiş təsnifatə əsaslanılmışdır.

Müayinələr məktəblərin həkim kabinetlərində, qarışıq işıqlandırma şəraitində aparılmışdır. Bu zaman birdəfəlik tətbiq olunan güzgü, küncü zond və pinsetlərdən istifadə edilmişdir. Kariyesin differensial diaqnostikası məqsədilə şübhəli hallarda

Voco (Almaniya) firmasının istehsalı olan kariyes markerlərdən istifadə olunmuşdur. Tədqiqat zamanı hər bir nəfər üçün ÜST-nin tövsiyələrinə əsasən hazırlanmış müayinə kartları doldurulmuşdur. Hər bir müayinə olunan üçün kariyesin intensivliyini müəyyən etmək məqsədilə KPÇ indeksi hesablanmışdır. ÜST-in tövsiyələrinə (1981) əsasən, KPÇ indeksi 0,0 - 1,1 civarında olduqda xəstəliyin yayılması çox aşağı, 1,2 - 2,6 civarında aşağı, 2,7 - 4,4 civarında orta, 4,5 - 6,5 civarında yüksək, 6,6 və daha artıq olduqda kariyesin intensivliyi çox yüksək hesab edilmişdir. Müayinələrin nəticələri müasir parametrik və qeyri-parametrik üsullardan istifadə olunaraq statistik analiz olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri.

Müxtəlif bölgələrdə yaşayan yeniyetmələr arasında kariyesin yayılması və intensivlik göstəriciləri 1 saylı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1.

Müxtəlif regionlarda yaşayan yeniyetmələr arasında kariyesin yayılması və intensivliyi

Bölgələr	Müayinə edilənlər	Kariyesin yayılması	KPÇ indeksi	O cümlədən		
				K	P	Ç
Şəki-Zaqatala	912	96,38±1,25%	5,19	4,61	0,05	0,53
Quba-Xaçmaz	823	90,52±1,18%	4,19	3,75	0,03	0,41
Lənkəran-Astara	1026	77,39±1,67%	3,92	3,56	0,01	0,35
Şirvan	1011	79,03±1,43%	4,31	3,84	0,05	0,42
Sumqayıt	1103	62,38±1,78%	3,98	3,75	0,02	0,21
CƏMİ	4875	80,10±1,66%	4,29	3,89	0,03	0,37

Cədvəldəki məlumatlardan göründüyü kimi, kariyesin ən çox yayıldığı ərazi Şəki-Zaqatala bölgəsi olmuşdur. Burada kariyesin yayılma tezliyi $96,38 \pm 1,25\%$ -ə bərabər olmuşdur. Müvafiq olaraq bu

xəbər verir.

Ayrı-ayrı yaşlar arasında kariyesin yayılması və intensivlik göstəriciləri 2 sayılı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəldəki məlumatlardan göründüyü

Cədvəl 2.

Müxtəlif yaşlarda kariyesin yayılması və intensivliyi

Yaşlar	Müayinə edilənlər	Kariyesin yayılması	KPC indeksi	O cümlədən		
				K	P	Ç
12	675	$49,48 \pm 1,68\%$	2,60	2,46	0,01	0,13
13	793	$69,86 \pm 1,75\%$	2,98	2,74	0,02	0,22
14	966	$85,09 \pm 1,98\%$	3,85	3,49	0,03	0,33
15	1004	$89,74 \pm 1,32\%$	4,03	3,53	0,04	0,46
16	936	$90,92 \pm 1,37\%$	4,18	3,60	0,04	0,54
17	501	$88,42 \pm 1,53\%$	4,29	3,69	0,04	0,56

bölgədə KPC indeksi də yüksəkdir (5,19). Müayinə olunanlar arasında kariyesin ən az yayıldığı ərazi isə Sumqayıt şəhəri ($62,38 \pm 1,28\%$) olmuşdur. Fikrimizcə, burada coğrafi faktorla yanaşı, sosial faktor da önəmli rol oynamışdır. Ümumilikdə, müayinə olunanlar arasında kariyesin yayılma göstəricisinin $80,10 \pm 1,66\%$ olması faktı da narahatlıq doğurmaya bilməz. Kariyesin intensivlik göstəricisinin 4,29-a bərabər olması ÜST-nin tövsiyələrinə əsasən bizim regionu kariyesin orta dərəcədə yayıldığı zona hesab etməyə əsas verir. Diqqəti cəlb edən məsələlərdən biri də KPC indeksinin strukturunda P indeksinin payının çox aşağı (0,03), Ç indeksinin nisbətən yuxarı (0,37) olmasıdır. Bu, müayinə aparılan rayonlarda terapevtik stomatoloji xidmətin səviyyəsinin aşağı olmasından

kimi, 12-17 yaşlı məktəblilər arasında diş kariyesinin yayılması 12 yaşlılarda ən az ($49,48 \pm 1,68\%$), KPC indeksi - 2,60, 16 yaşlılarda isə ən çox ($90,92 \pm 1,37\%$), KPC indeksi - 4,18 müşahidə olunmuşdur. Müayinə olunanlar arasında KPC indeksinin yaşıdan asılı olaraq artması və 17 yaşlı məktəblilərdə ən yüksək göstəriciyə (4,29) çatması yeniyetmələr arasında müalicə-profilaktik tədbirlərin təşkilinin qənaətbəxş olmadığını düşünməyə əsas verir.

Beləliklə, aparılan tədqiqatların nəticələrinə əsasən belə qənaətə gəlmək olar ki, coğrafi, sosial-iqtisadi və biogeokimyəvi göstəricilərinə əsasən fərqlənən hər bir yaşayış məntəqəsində yaşayan yeniyetmələr arasında daimi dişlər çıxdığı və daimi dişləm formalaşdığı dövrlərdə aparılan müalicə-profilaktik

tədbirlər məqsədli xarakter daşmalıdır. Əhali arasında sanitar-maarif işi ciddi təşil edilməli, fərdi gigiyena qaydaları düzgün asılmalıdır. Bu yaş dövründə ağız boşluğunun tam sanasiyasının aparılması gələcəkdə əhali arasında stomatoloji

xəstəliklərin azalmasına, diş-çənə sistemində yarana biləcək patoloji halların və deformasiyaların qarşısının alınmasına səbəb ola bilər.

Ədəbiyyat

1. Алиева Р.Г. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской республики. Автореф. дис. ...д.м.н., М, 2001.
2. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайджанской ССР. Автореф. дис. ...д.м.н., М, 1968.
3. Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах зубной эндемии Азерб.ССР. Автореф. дис. ...д.м.н., К, 1989.
4. Пашаев Ч.А. Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов, пародонтоза и их сочетаний. Автореф. дис. ...д.м.н., М, 1982.

Резюме

Распространение и интенсивность кариеса зубов среди подростков Азербайджанской республики

З.И.Гараяев, Н.А.Панахов

Целью исследования явилось изучение распространения кариеса зубов и их интенсивности при постоянных зубах и полностью сформировавшем прикусе. Были обследованы 4875 подростков в возрасте 12-17 лет, родившихся и проживающих в различных регионах Азербайджана. Средняя частота распространения кариеса зубов для региона составила $80,10 \pm 1,66\%$, индекс КПУ - 4,29. Считаем, что своевременное выявление и проведение санаций полости рта может способствовать снижению частоты стоматологических заболеваний и предотвратить появления патологических процессов и деформаций в зубочелюстной системе.

Summary

The prevalence of dental caries among the teenagers of Azerbaijan Republic

Z.I.Garayev, N.A.Panahov

The intention of examination was the study of spreading of dental caries in the case of constant teeth and constant bite. 4875 teenagers aged 12-17 years born and resident in different regions of Azerbaijan were under observation. The caries was revealed among $80,10 \pm 1,66\%$ of them, index CFE - 4,29.

We consider, that the well-timed detection and realization of sanitations of oral cavity can promote to decrease of frequency stomatology diseases and prevent of occurrences of pathological processes and deformations in the dental-maxillary system.

С

овершенствование методики протезирования пациентов с беззубой нижней челюстью при сложных клинических условиях

И.Ю.Баркан, В.М.Семенюк

Кафедра ортопедической стоматологии Омской государственной медицинской академии

По данным ВОЗ, каждый 4 пациент с полным отсутствием зубов не пользуется съемными протезами по различным причинам, основными из которых являются неудовлетворительная фиксация и стабилизация.

Цель настоящего исследования - повышение эффективности ортопедического лечения пациентов со значительной атрофией альвеолярной части нижней челюсти.

Нами предложен способ изготовления полного съемного протеза с пелотами, стелющимися по дну полости рта. Методика протезирования заключается в следующем: получение предварительного оттиска гипсом с использованием подобранной и изготовленной ранее нами "стандартной" ложки с пелотами; получение гипсовой модели и очерчивание (химическим карандашом) на ней границ будущей индивидуальной ложки с пелотами - в дистальных отделах границы проходят по самой глубокой части язычных карманов и за слизистыми

бугорками, с оральной стороны по дну полости рта, а с вестибулярной стороны - по дну щечной щели.

Ложку в переднем отделе снабжали ручкой из алюминиевой проволоки диаметром 2,0-2,5 мм. в виде кольца, отгибающегося и пригибающегося при необходимости.

Припасовку индивидуальной ложки проводили вначале в переднем отделе, ориентируясь на топографию уздечки нижней губы и языка. Затем уточняли ее границы в ретромолярной области (справа и слева), с вестибулярной стороны и, наконец, с оральной стороны (в области первого моляра и второго премоляра - справа и слева).

Затем на уточненную припасованную индивидуальную ложку с пелотами, стелющимися по дну полости рта, наносили размягченный состав, предложенный В.М. Семенюком и А.А. Волковым (1985), включающий в себя 2 части воска, применяемого для фиксации искусственных зубов в гарнитурах и 1

* Баркан И.Ю., Струев И.В., Пономарев С.А., Артюхов А.В. Способ изготовления полного съемного пластмассового пластиночного протеза с пелотами, стелющимися по дну полости рта. Удостоверение на ращпредложение ОГМА, 2002, №2485.

часть базисного воска. Компоненты сплавляют в зубоврачебном лотке, полученную массу переливают в другой чистый лоток для отделения выпавших в осадок примесей. После охлаждения массу нарезают шпателем в виде полосок необходимой ширины. Полоску восковой смеси оплавливают над пламенем спиртовки и фиксируют по краю оттисковой ложки, дополнительно оплавливают разогретым шпателем для надежного соединения с пластмассой.

В полости рта состав сохраняет пластичность, достаточную для оформления края ложки с использованием функциональных проб, в течение одной минуты после разогревания в воде с температурой 50°C. Удерживая индивидуальную ложку за ручку в течение 30-45 секунд, пациента просят выполнить движения: проглотить слюну, втянуть щеки, максимально открыть и закрыть рот, достать кончиком языка левую и правую щеку и резцовый сосочек. Там где края индивидуальной ложки обнажались, пластмассу сошлифовывали, вновь насливали размягченный состав и процедуру повторяли.

Для окончательного оттиска использовали силиконовую оттискную массу "Speedex" либо "Репин" (с учетом состояния слизистой оболочки протезного ложа).

Хорошо оформленный функциональный оттиск с использованием индиви-

дуальной ложки с пелотами, стелющими по дну полости рта, обеспечивал четкое отображение тканей протезного ложа и хорошо фиксировался. В дальнейшем использовалась методика объемного моделирования базиса нижнего полного съемного протеза.

Результаты ортопедического лечения 54 пациентов (36 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 45 лет и старше были хорошими. Коррекция базиса протеза в области пелотов, стелющихся по дну полости рта не проводилась.

Адаптация к протезам с пелотами, стелющимися по дну полости рта завершалась в сроки 10-12 дней.

Жевательная эффективность возросла на 34% (в день наложения - 22,18%, через 30 дней - 56,91%), секреция смешанной слюны ($0,511 \pm 0,014$ мл/мин) и ее вязкость ($0,172 \pm 0,019$ сантипуаз) и практически достигли физиологических значений ($0,45 \pm 0,02$ мл/мин и $0,18 \pm 0,02$ сантипуаз).

Предложенный способ изготовления протеза с пелотами, стелющимися по дну полости рта позволяет повысить эффективность ортопедического лечения пациентов со значительной атрофией альвеолярной части нижней челюсти.

Данная методика может быть рекомендована в практическую стоматологию, как метод выбора лечения пациентов со сложными условиями на нижней челюсти.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НОСОГЛОТКИ

*Отделение оториноларингологии - хирургии головы и шеи
Азербайджанской центральной дорожной больницы*



Р.М.Рзаев
канд. мед. наук

Успешное лечение больных с различными заболеваниями носоглотки во многом зависит от установления правильного диагноза, которое включает в себя визуализацию, а также локализацию очага поражения.

Трудности визуализации носоглотки с помощью зеркал ещё в начале XX века способствовали разработке способов эндоскопии носоглотки [8, 9]. Разработка оптического стекло-волоконного фиброскопа [10] привела к созданию нового поколения эндоскопической аппаратуры. В последующие годы в связи с совершенствованием оптической системы и

разработкой методики фотографирования результатов эндоскопии, она стала шире применяться при опухолях носоглотки [1 - 7, 11 - 14].

Цель исследования: определение эндоскопической семиотики патологических процессов носоглотки и оценка возможности эндоскопии в их диагностике.

Материалы и методы исследования: Нами для обследования носоглотки были использованы три вида жестких телескопических эндоскопов с боковой оптикой фирмы "K.Storz", каждый с полем зрения равным 70, 90 и 120° при диаметре наружной телескопической трубки 4 мм. На проксимальной части телескопической трубки эндоскопа имеется окуляр, на дистальном конце её находится оптическая и световая линза. Для освещения используется сильный пучок холодного света, подаваемый на дистальный конец эндоскопа по специальному световоду, соединенному с аппаратом. Источником света служит комбинированный генератор холодного света и блок вспышки, которые расположены в компактном, легко переносном корпусе. Именно эти источники света позволяют получить панорамный обзор носоглотки, цветные фотосъемки для изучения патологического процесса и объективной регистрации заболевания, а также произвести прицельную биопсию при наличии опухоли. Благодаря небольшому

диаметру эндоскопической трубки удастся провести осмотр носоглотки, как через полость рта, так и через полость носа. Обследование носоглотки через полость носа осуществлялась при помощи эндоскопа с полем зрения равного 70°.

При эндоскопии фотографирование носоглотки осуществлялось при помощи легкого, специально приспособленного фотоаппарата, весом 320 граммов, фирмы "K. Saez" с фокусным расстоянием объектива 90 мм.

Для получения панорамного обзора носоглотки при эндоскопии через полость рта требуется произвести оттягивание мягкого нёба при помощи "вожжей". С этой целью мы использовали мягкий резиновый катетер, концы которого вначале проводили в носоглотку (через обе носовые полости), затем вынимали их через рот и фиксировали на специальной металлической пластинке, установленной на верхней губе.

Положение больного при проведении эндоскопии носоглотки представлено на рисунке 1.

Анестезию осуществляли путем орошения из пульверизатора 2% раствора дикаина. Обычно дозировка его не превышала 2 мл на одного больного. Значительно реже нами использовался 3% раствор кокаина, 2% раствор пиромекаина, 2% раствор лидокаина. Последний препарат является наименее токсичным анестетиком, почти не уступающим дикаину в отношении снижения чувствительности слизистой оболочки.

После наступления анестезии при помощи "вожжей" оттягивали мягкое нёбо кпереди и производили эндоскопию носоглотки через полость рта - дистальный конец нагретого в тёплой воде аппарата доводили до задней стенки глотки. При этом как обычно в поле зрения появляется передняя, задняя и боковые стенки носоглотки.

Эндоскопия носоглотки у больных детского возраста также легко выполняема и мало чем отличается от подобного исследования, проводимого у взрослых (использовались те же приёмы, которые применялись для осмотра носоглотки у



Перед исследованием почти всем больным проводили анестезию полости носа, рото - и носоглотки.

взрослых). При беспокойном состоянии ребёнка эндоскопию проводили, усадив пациента на коленях медицинской

сестры, которая фиксировала руки, ноги и голову пациента. Манипуляция производилась после вставления шпателя (обернутой марлей) между коренными зубами. Учитывая малые размеры носовых проходов у детей, эндоскопию носоглотки обычно проводили через полость рта, так как выполнение её через носовые полости у ряда больных становилось невозможным из-за возникновения резкой болезненности при введении дистальной части трубки в средние отделы носовой полости.

При затруднении проведения эндоскопии под местной анестезией, в случаях беспокойного состояния ребёнка, она производилась под общим обезболиванием.

Эндоскопия носоглотки не ограничивается только визуализацией очага поражения и диагностикой заболевания. Она позволяет произвести прицельную биопсию опухоли или получить материалы из подозрительных участков носоглотки с целью патогистологической верификации диагноза, что в значительной степени повышает диагностические возможности эндоскопии.

В зависимости от локализации и формы роста опухоли мы проводили прицельную биопсию по 3 условно обозначенным способам: 1) "эндоскоп в нос - щипцы в нос"; 2) "эндоскоп в рот - щипцы в нос" и 3) "эндоскоп в рот - щипцы в рот".

Прицельная биопсия, осуществляемая первым способом, производилась в том случае, если обе носовые полости, в частности задние отделы, были свободны от опухоли или в них не имелись факторы (например, искривление перегородки носа), препятствующие свободному прохождению инструментов. Так, в начале манипуляции подбирали соответствующий эндоскоп, после чего вводили его в носоглотку через одну из

носовых полостей (в данном случае использовали эндоскоп с полем зрения 70°) и под контролем оптики производили биопсию. Последняя осуществлялась при помощи прямых щипцов из бронхоскопического набора Фриделя (укороченной модификации), которые через другую носовую полость вводились в носоглотку. Показанием для проведения биопсии по второму способу являлось наличие той или иной патологии локализуемой в одном из носовых полостей. При этом биопсию производили аналогичным путем через свободно проходимую полость носа, но уже под контролем эндоскопа, которую вводили со стороны полости рта. В случаях, когда были поражены обе носовые полости, производили третий способ биопсии. При этом обе манипуляции осуществлялись через полость рта. Для проведения биопсии по последнему способу иногда использовали изогнутые биопсийные щипцы (гортанный вкусователь) применяемые при биопсии гортани.

Результаты исследования.

Эндоскопия носоглотки проведена у 115 больных, в числе которых у 76 человек имелись различные новообразования в носоглотке, а у 39 - заболевания, обусловленные пороками развития. Всего было проведено 208 эндоскопических исследований.

На рисунках 2 - 4 представлены эндоскопические фотографии, указывающие на высокую информативность эндоскопии носоглотки, позволяющие объективно регистрировать различные патологические процессы в ней.

Так, на рисунке 2 а представлена эндоскопическая фотография носоглотки, произведенная при помощи эндоскопа с полем зрения 70° (эндоскоп введен через левую носовую полость), на которой зарегистрировано нормальное состояние



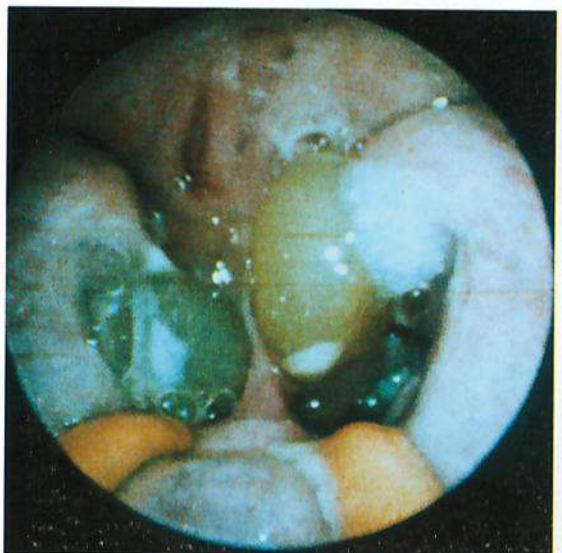
а



б



в



г

рис. 2. Эндоскопические фотографии носоглотки (объяснение в тексте)

глоточного отверстия слуховой трубы. На рисунке 2 б показана эндоскопическая фотография нормальной картины носоглотки, произведенной аналогичным путем. Здесь на верхней части задней стенки носоглотки видны частично атрофированные аденоидные разрастания. На этих рисунках также обращает на себя внимание прекрасный обзор раскрывающих глоточные отверстия слуховых труб.

Следует отметить, что во время эндо-

скопии опознавательные элементы носоглотки в окуляре эндоскопа обозреваются в обратном изображении. Следовательно, если повернуть эндоскопическую фотографию на 180° , то анатомический обзор носоглотки представится в зеркальном изображении. При этом правая половина носоглотки на фотоснимке будет обозреваться слева, а левая половина - справа.

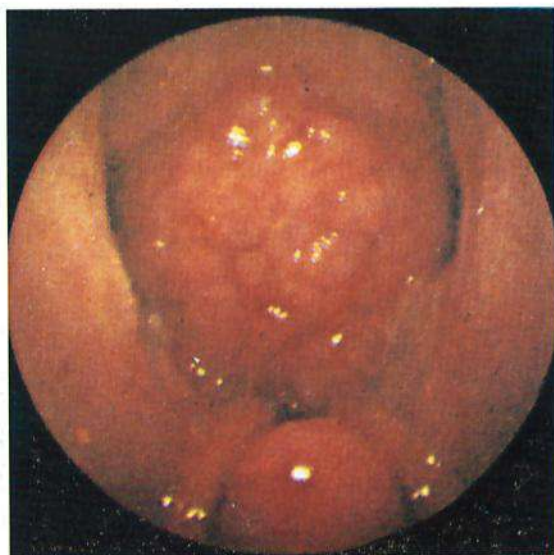
Эндоскопические фотографии, представленные на рисунках 2 в, г и 3 а,



а



б



в



г

рис. 3. Эндоскопические фотографии носоглотки (объяснение в тексте)

демонстрируют наличие различных патологических процессов, проникших в носоглотку через хоаны. В этих случаях эндоскопию носоглотки лучше осуществлять через полость рта.

Так, на рисунке 2 в благодаря широкому состоянию хоан обозреваются часть инвертированной папилломы, расположенной с обеих сторон от сошника.

При полипозах носа полипы нередко obturiруют хоаны и частично проникают в носоглотку. Эндоскопическая фото-

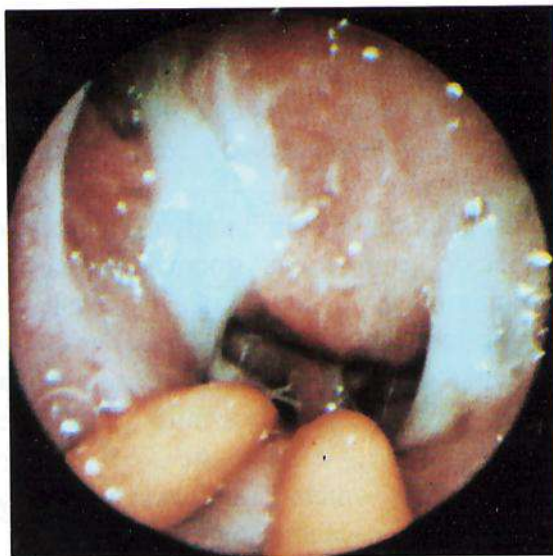
графия момента проникновения полипов в носоглотку представлена на рисунке 2 г.

Одиночно обособленный хоанальный полип как обычно исходит из верхнечелюстной пазухи на тонкой ножке и в исключительных случаях он может свисать в ротоглотку. Эндоскопическая фотография момента продвижения хоанального полипа в носоглотке представлена на рисунке 3 а.

На рисунке 3 б представлена картина атрезии правой хоаны, показывающая



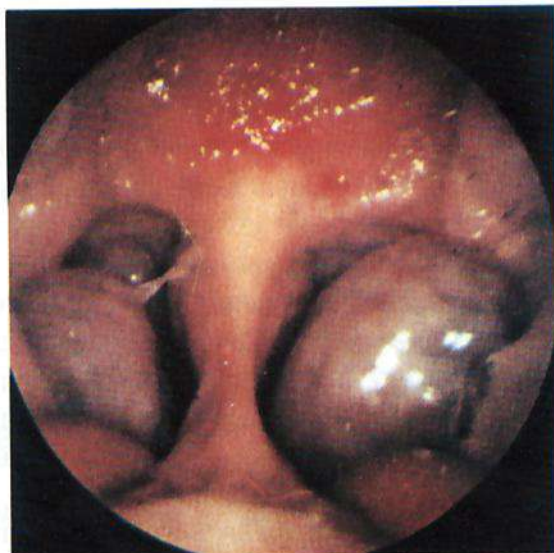
а



б



в



г

рис. 4. Эндоскопические фотографии носоглотки (объяснение в тексте)

степень протяженности участка костной атрезии правой хоаны. Следует отметить, что при помощи эндоскопа предоставляется возможность осуществить панорамное наблюдение как односторонней, так и двусторонней хоанальной атрезии даже у маленьких детей.

В настоящее время актуальным остается вопрос об эффективности эндоскопического метода как при диагностике опухолей носоглотки, так и заболеваний, обусловленных пороками

развития. Она является неоценимой при определении локализации опухоли и распознавании ранних её рецидивов, возникших после проведения соответствующего лечения.

Эндоскопические фотографии опухолей носоглотки представлены на рисунках 3 в, г и 4 а. Так, на рисунке 3 в представлена картина экзофитной лимфоэпителиомы задней стенки носоглотки, на рисунке 3 г - картина рецидива плоскоклеточного орогове-

вающего рака свода носоглотки (возникшей спустя 18 мес после лучевой терапии), а на рисунке 4 а - раннее проявление ювенильной ангиофибромы носоглотки.

Эндоскопическая картина патологических процессов носоглотки, обусловленными пороками развития представлена на рисунке 4 б, в, г. Так, на рисунке 4 б показана картина аденоидных разрастаний у мужчины 29 лет (отмечается скопление большого количества слизи по периферии от аденоидных разрастаний), а на рисунке 4 в - фотография кисты, локализуемой на своде носоглотки (киста Торнвальда). Отмечается равномерный отек слизистой оболочки задней стенке носоглотки.

Болезнь Ослера как обычно характеризуется частыми кровотечениями из мелких инъецированных кровеносных сосудов, локализующихся на слизистой оболочке полости носа. На рисунке 4 г представлена эндоскопическая фотография телеангиэктазии сосудов свода носоглотки у больного с периодическим носовым кровотечением (задние концы нижних носовых раковин увеличены, имеют синюшный оттенок). Наряду с поражением носоглотки у этого больного

была обнаружена телеангиэктазия сосудов, локализуемая на губах, языке и на лице.

Прицельная биопсия произведена у 95 человек. Из них у 54 пациентов обнаружена гистологически доброкачественная опухоль, а у 31 больного - злокачественные опухоли. У 10 человек с различными патологическими процессами в носоглотке, симулирующими наличия новообразования при патогистологическом исследовании биопсийного материала, данных за опухоль не обнаружено.

Таким образом, эндоскопия носоглотки оказывает неоценимую услугу как в визуализации очага поражения в носоглотке, так и в диагностике заболевания. Она имеет следующие преимущества: 1) подтверждает или исключает диагноз при подозрении на опухоль носоглотки; 2) позволяет оценить локализацию опухоли, её макроскопическую особенность и распространенность, а также получить материал для морфологической верификации диагноза; 3) позволяет осуществить дифференциальную диагностику опухоли, а также оценить эффективность проведенного лечения при последующем динамическом наблюдении больного.

Литература

1. Банарь И.М. Значение фиброоптического исследования при щадящих операциях на носоглотке у детей. В кн. Материалы к совещанию проблем. комиссии по оторинолар. учен. мед. совета МЗ РСФСР и респ. Научно-практ. конф. оториноларов, Тезисы, М, 1980, с.127-128.
2. Белоусова Н.В., Шабаров В.Л. Эндоскопические картины опухолей носоглотки. В кн.: Опухоли головы и шеи. Сборник научн. трудов, под редакцией А.И. Пачеса, Такшент, 1979, т. 3, с.35-38.
3. Борисова А.А., Крук М.Б. Оптическая эпифорингоскопия в ранней диагностике патологии носоглотки и слуховой трубы. Журн. ушн., нос. и горл. болезней, 1976, N 5, с.89-90.
4. Морвдинов В.Н., Шалычков И.П. Метод оптической задней риноскопии. В кн.: Новые технические решения в онкологии (новое в медицине), Куйбышев, 1981, с.106-107.
5. Попа В.А., Банарь И.М. Значение фиброоптического исследования в диагностике носоглотки у людей старше 60 лет. В кн. Четвертая научно-практ. конф. врачей IV Управления Министр. Здравоохран. Латвийской ССР, Тезисы, Рига, 1981, с.100-101.
6. Шабаров В.Л. Эндоскопическая семиотика и диагностика злокачественных опухолей носоглотки. Диссер. канд. мед. наук, М, 1981, 188 с.
7. Buiter C.T. Endoscopy of the upper airways. Excerpta Medica (Thesis), Amsterdam, 1976.

8. Fridenberg P. Pharyngoscopic Studies. Laryngoscope, 1909, v.19, N11, p.535-545.
9. Garel J. Une revolution dans la rhinoscopie posterieure for le pharyndoscope de Harold Hays. Annal oreille, 1969, v.35, N 2, p.529-534.
10. Hirschowitz B.I., Curtiss L.E. Reters C.W. et al. Demonstration of a new gastroscope, the fiberscope. J. Gastroenterology, 1958, v.35, N 1, p.50-53.
11. Jouman M.P., Steiner W. Endoscopy of the nose and nasopharynx. J. Endoscopy, 1978, v.10, 4, p.240-245.
12. Kamel R.H. Transnasal endoscopic surgery in juvenile nasopharyngeal angiofibroma. J. Laryngol., Otol., 1996, v.110, N 10, p.962-968.
13. Kuske J., Karduck A., Bartholome W. Diagnostic value of nasopharyngeal endoscopy for the early recognition of tumor. J. Endoscope, 1977, v.9, N 3, p.199-203.
14. Illum P. Endoscopic examination of the nasopharynx. Acta Otolaryngol., 1979, v.88, N 3 (4), p.273-278.

Xülasə

Burun-udlağın patoloji hallarının endoskopik görüntüləri və diaqnozu

R.M.Rzayev

Burun-udlağın ocaqlı zədələnmələri və xəstəlikləri zamanı endoskopik müainə üsulu imkanlarını dəyərləndirmək məqsədi ilə 115 xəstədə burun-udlağın endoskopiya əməliyyatı edilmişdir. Onlardan 76 xəstədə burun-udlağın müxtəlif növ yenitörəməsi, 39 xəstədə isə anamaliya ilə əlaqədar olan xəstəliklər aşkar edilmişdir.

Burun-udlağın müainəsi zamanı "K.Storz" şirkətinin istehsal etdiyi üç növ sərt teleskopik endoskoplardan (hər birinin görmə sahəsi 70, 90 və 120°) istifadə edilmişdir.

Aparılan müainələrin nəticələrinə əsaslanaraq qeyd edilir ki, endoskopiya nəinki burun-udlağın ocaqlı zədələnməsi zamanı onun görüntüsünün obyektiv qeydiyyatına və ya diaqnozun dürüst qoyulmasına imkan yaradır, o həmçinin biopsiyanın icrasını təmin edir.

Summary

Endoscopic semiotics and diagnostics of pathological processes of the nasopharynx

R.M. Rzayev

With the purpose of an estimation of opportunities endoscopy in recognition of the center of defeat, and also diagnostics of disease it is made endoscopic examination of the nasopharynx at 115 patients among whom at 76 person were available various tumors in a nasopharynx, and at 39 - the diseases, the caused developmental anomalies.

For inspection of a nasopharynx three kinds rigid telescopic endoscopy have been used (diame-ter of an external telescopic tube of 4 mm) firms " K.Storz " having lateral optics, each of which had a field sight 70, 90 and 120°.

The conclusion that endoscopy allows not only to visualize the center of defeat in a nasopharynx is made or to carry out authentic diagnostics disease, given method at the same time allows to make target biopsy, that considerably raises its diagnostic opportunities.

СТРУКТУРА СЕРОПОЗИТИВНОСТИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ

*Кафедра микробиологии и иммунологии
Азербайджанского медицинского университета*



доц. М.Г.Алиев

Хеликобактериоз является наиболее частой инфекцией человека. По данным ВОЗ, до 60% населения земного шара инфицированы *Helicobacter pylori*. Гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - наиболее частые хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, ассоциированные с *H.pylori*. Последние уточненные результаты широкомасштабных исследований в разных странах мира показали, что на долю язвенной болезни, ассоциированной с инфекцией *H.pylori*, приходится до 80% дуоденальных язв и более 60% язв желудка. В 1994 г. Международное агентство по изучению рака ВОЗ классифицировало *H.pylori* как канцероген, при этом развитие *H.pylori* - гастрита является необходимым, но

недостаточным условием развития аденокарциномы желудка (В.И. Исаков, 2002; R.Alm et al., 1999; D.Israel et al., 2001).

В России и странах СНГ, по данным только официальной статистики, ежегодно регистрируется около миллиона случаев заболеваний хроническими гастритами и язвенной болезнью. Ежегодно 77-88% больных язвенной болезнью теряют трудоспособность, летальность при этой болезни составляет 1-7%, перфорации - 5-7,5% (А.Б. Жебрун с соавт., 2002; Г.Я.Ценева с соавт., 2003).

В настоящее время нет сомнения в том, что *H.pylori* играет значительную роль в возникновении желудочно-кишечной патологии. Поэтому определению уровня и структуры инфицированности *H.pylori*, региональных особенностей его распространения придается важное значение. Высокая специфичность и чувствительность иммуноферментного анализа (ИФА, ELISA) и довольно широкий ассортимент коммерческих тест-наборов для его постановки сделали возможными осуществление широких исследований по изучению инфицированности населения *H.pylori* (В.М. Говорун с соавт., 2000; J.Tomb et al., 2003). Отсутствие сведений об уровне инфицированности и региональной распространенности *H.pylori* среди населения республики актуализировало проведение настоящего исследования.

Материал и методика. Для постановки ИФА использовали тест-

системы Bio-Rad GAP IgG (США) и Immuncomb H.pylori IgG (Израиль). В разных регионах республики методом случайной выборки взяты образцы крови у 1786 человек, из них 587 человек в г.Баку, 274 человека в Кедабекском, 332 человека в Кубинском, 325 человек в Ленкоранском и 268 человек в Сальянском районах. Из числа обследованных 554 человека были детского возраста, в том числе 276 мальчиков и 278 девочек, 1232 человека взрослыми, в том числе 659 мужчин и 573 женщин. Взятие проб крови и поставку ИФА проводили по общепринятым стандартным методам. При статистической обработке полученных результатов использовали критерий Стьюдента и критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение. Серопозитивными на хеликобактериоз оказались 933 из 1786 обследованных ($52,2 \pm 1,2\%$). Столь высокий уровень инфицированности находится в пределах, характерных для развивающихся и постсоциалистических стран (Г.Я. Ценева с соавт., 2003; М.А. Осадчук с соавт., 2002). Однако в серопозитивности населения разных регионов имеются выраженные отличия (табл. 1).

Наиболее высока серопозитивность населения г.Баку - $62,2 \pm 2,0\%$, несколько меньше серопозитивность населения Сальянского - $54,9 \pm 3,0\%$ ($t=2,02$; $p<0,05$) и Ленкоранского районов - $51,4 \pm 2,8\%$ ($t=0,85$; $p>0,05$). Серопозитивность населения Кубинского района снижается до $44,6 \pm 2,7\%$ ($t=1,74$; $p>0,05$), а наименьшего уровня она достигает среди населения Кедабекского района - $38,7 \pm 2,9\%$ ($t=1,49$; $p>0,05$). Очевидно, что чем густо населены регионы, тем выше серопозитивность населения. Очевидно и то, что по мере повышения высотного месторасположения регионов, серопозитивность населения снижается. Поэтому серопозитивность населения в г.Баку, Ленкоранском и Сальянском районах, расположенных в низменной зоне выше, чем в предгорном Кубинском и особенно горном Кедабекском районах.

Серопозитивность детей намного меньше, чем взрослых - соответственно $38,3 \pm 2,1$ и $58,4 \pm 4,4\%$ ($t=8,01$; $p<0,001$). Однако столь достоверная разница в показателях серопозитивности характерна для г.Баку, Ленкоранского и Сальянского районов. Тогда как в Кедабекском и Кубинском районах серопозитивность детей и взрослых

Таблица 1

Уровень серопозитивности хеликобактериозом населения разных регионов республики

Регионы, районы	Серопозитивность, %			Достоверность разницы	
	Всего	Дети	Взрослые	t	p
г. Баку	$62,2 \pm 2,0$	$34,5 \pm 3,6$	$73,9 \pm 2,2$	9,34	$<0,001$
Кедабекский	$38,7 \pm 2,9$	$36,8 \pm 5,2$	$39,6 \pm 3,6$	0,44	$>0,05$
Кубинский	$44,6 \pm 2,7$	$39,2 \pm 4,9$	$47,0 \pm 3,3$	1,32	$>0,05$
Ленкоранский	$51,4 \pm 2,8$	$41,5 \pm 5,1$	$55,4 \pm 3,3$	2,29	$<0,05$
Сальянский	$54,9 \pm 3,0$	$42,3 \pm 5,0$	$62,0 \pm 3,7$	3,16	$<0,01$
Всего:	$52,2 \pm 1,2$	$38,3 \pm 2,1$	$58,5 \pm 1,4$	8,01	$<0,001$

примерно одинаковая. Степень изученности проблемы хеликобактериоза на сегодняшний день не позволяет распознать причины данного факта, что предопределяет необходимость проведения специализированных региональных эпидемиологических исследований. Тем более их актуальность обуславливается и тем, что и в структуре серопозитивности хеликобактериозом выявлены существенные отличия в зависимости от возраста и пола обследованных (табл. 2).

серопозитивность составляет $17,5 \pm 3,2\%$, то в возрастной группе взрослых 51-60 лет она достигает $66,0 \pm 3,0\%$ ($\chi^2=68,24$; $p<0,001$). Столь последовательное возрастание показателей в зависимости от возраста обследованных характерно как для лиц мужского пола - с $19,1 \pm 5,8$ до $70,8 \pm 3,9\%$ ($\chi^2=38,23$; $p<0,01$), так и для лиц женского пола - с $16,1 \pm 5,0$ до $59,8 \pm 4,8\%$ ($\chi^2=28,44$; $p<0,01$). Если учесть, что желудочно-кишечная патология наиболее часта в старших возрастных

Таблица 2

Структура серопозитивности хеликобактериозом в зависимости от возраста и пола обследованных

Возрастные группы, лет	Серопозитивность, %			Достоверность разницы	
	Всего	Мужчины	Женщины	χ^2	p
Дети:					
<4	$17,5 \pm 3,8$	$19,1 \pm 5,8$	$16,1 \pm 5,0$	0,47	>0,05
4-7	$39,2 \pm 4,4$	$32,8 \pm 6,1$	$45,3 \pm 6,3$	2,06	>0,05
8-11	$44,4 \pm 3,8$	$43,7 \pm 5,3$	$39,0 \pm 5,4$	0,53	<0,05
12-15	$44,6 \pm 4,0$	$42,0 \pm 5,5$	$53,9 \pm 5,8$	2,26	>0,05
Всего:	$38,3 \pm 2,1$	$38,6 \pm 2,9$	$39,9 \pm 2,9$	0,65	<0,05
Взрослые:					
16-20	$46,2 \pm 4,0$	$49,4 \pm 5,6$	$42,9 \pm 5,7$	0,68	>0,05
21-30	$48,6 \pm 3,8$	$53,9 \pm 5,3$	$42,9 \pm 5,4$	2,12	>0,05
31-40	$56,9 \pm 3,5$	$64,2 \pm 5,8$	$48,4 \pm 5,2$	5,17	<0,02
41-50	$65,3 \pm 3,0$	$73,5 \pm 3,9$	$56,3 \pm 4,6$	12,06	<0,01
51-60	$66,0 \pm 3,0$	$70,8 \pm 3,9$	$59,8 \pm 4,8$	3,23	>0,05
61-70	$64,7 \pm 4,4$	$71,4 \pm 5,7$	$57,1 \pm 6,7$	2,65	>0,05
>70	$55,4 \pm 5,5$	$60,4 \pm 7,1$	$48,6 \pm 8,6$	1,15	>0,05
Всего:	$58,5 \pm 1,4$	$64,6 \pm 1,9$	$51,5 \pm 2,1$	21,87	<0,01

Выявленные показатели серопозитивности хеликобактериозом имеют выраженную возрастную приуроченность, последовательно возрастающая по мере повышения возраста обследованных. Так, если среди детей в возрасте менее 4 лет

группах, то этиологическая значимость *H.pylori* в ее развитии становится очевидной.

Однако с этих позиций трудно объяснить причины снижения серопозитивности в возрастной группе 61-70 лет и

особенно более 70 лет - соответственно $64,7 \pm 4,4$ и $55,4 \pm 5,5\%$ ($\chi^2=1,77$; $p>0,05$). Вполне вероятно, что в основе этого факта, характерного для обоих полов обследованных, лежат иммуно-физиологические сдвиги в их организме. Данная сторона проблемы хеликобактериоза еще не достаточно изучена и поэтому конкретизировать данное предположение не представляется возможным.

На уровень серопозитивности хеликобактериозом оказывает влияние и пол обследованных. Если среди детей показатели серопозитивности среди мальчиков и девочек почти одинаковые - соответственно $36,6 \pm 2,9$ и $39,9 \pm 2,9\%$ ($\chi^2=0,65$; $p>0,05$), то среди взрослых они намного выше у мужчин, нежели женщин - $64,6 \pm 1,9$ и $51,5 \pm 2,1\%$ ($\chi^2=21,87$; $p<0,01$). Скорее всего, данный факт объясняет причину более высокой заболеваемости мужчин желудочно-кишечной патологией. Но он справедлив для возрастных групп 31-40 лет и 41-50 лет, где разницы в показателях серопозитивности среди мужчин и женщин оказались статистически достоверными. Небольшие разницы в показателях серопозитивности мужчин и женщин

имеются и в остальных возрастных группах, но они статистически недостоверные.

Таким образом, уровень серопозитивности населения нашей республики хеликобактериозом, свидетельствующий о его инфицированности инфекцией, довольно высок и имеет ряд особенностей. Во-первых, уровень серопозитивности выше в городах и особенно в таком крупном мегаполисе, как г.Баку, чем в сельских населенных пунктах, ее показатели выше в низменной, нежели в предгорной и особенно горной зонах. Во-вторых, уровень серопозитивности имеет возрастную приуроченность, последовательно возрастающая по мере повышения возраста с $17,5 \pm 3,8$ до $66,0 \pm 3,0\%$.

При этом серопозитивность взрослых выше, чем детей, а мужчин, чем женщин. Полученные данные показывают широкую распространенность хеликобактериоза среди населения, охватывающего все его возрастные группы, что предопределяет необходимость всесторонних исследований по диагностике, лечению и эпидемиологии инфекции для выработки рациональных превентивных мер.

Литература:

1. Грациенская А.Н., Татаринов П.А. Инфекция *H.pylori*: история изучения и современные подходы к диагностике и комплексной терапии. // Тр. рос.мед.ун-та. - М.-2003. - с.18-25.
2. Говорун В.М., Момыналиев К.Т., Смирнова О.В. и др. // Современные подходы к молекулярной диагностике и типированию клинических изолятов *H.pylori* в России. // РЖГГК.-2002.-N 3.-с.57-65.
3. Жебрун А.Б., Александрова В.А., Гончарова Л.А., Ткаченко Е.И. Диагностика, профилактика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*-инфекцией. Санкт-Петербург, 2002, 44 с.
4. Исаков В.А. Молекулярно-генетические основы патогенности *H.pylori* // Рос.журн. гастроэнтерол. - 2002.-N 6.-с. 82-86.
5. Осадчук М.А., Усик С.Ф., Кулиджанов А.Ю. Заболевания, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией. - Самара, 2002, 246 с.
6. Ценева Г.Я., Рухляда Н.В., Назаров В.Е, и др. Патогенез, диагностика и лечение инфекции, обусловленной *Helicobacter pylori*. - Санкт-Петербург, 2003, 96 с.

7. Alm R., Ling L., Moir D. et al. Genomic-sequence comparison of two unrelated isolates of the human gastric pathogen *Helicobacter pylori*. // Nature. - 199.-v.397.-p.176-180.
8. Israel D., Salama N., Arnold C. et al. *Helicobacter pylori* strain-specific differences in genetic content, identified by microarray influence host inflammatory responses. // J.Clin Invest. - 2001.-v.107.-N5.-p. 611-620.
9. Tomb J., White O., Kerlavaya A. et al. The complete genome sequence of the gastric pathogen *Helicobacter pylori* // Nature.- 2003.-v.388.-p.539-547.
10. Van Doora L., Henskens Y., Nouhar N., Verschuuren A. The efficacy of laboratory diagnosis of *Helicobacter pylori* infections in gastric biopsy, specimens is related to bacterial density and vac A, cag A and ice A genotypes. // J.Clin. Microbiol. - 2000.-v.38.-N1.-p.13-17.

XÜLASƏ

Müxtəlif regionların əhalisində helikobakteriozun seropozitivliyinin strukturu

M.H. Əliyev

Müxtəlif regionların əhalisi arasında helikobakteriozun yayılması və onun seropozitivlik strukturu öyrənilmişdir. Seropozitivliyin yüksək səviyyədə - orta hesabla $52,2 \pm 1,2\%$ olması aşkar edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, seropozitivliyin səviyyəsi şəhər əhalisi arasında, xüsusilə Bakı şəhərində, kənd əhalisinə nisbətən yüksək və onun göstəricisi dağlıq və dağətəyi ərazilərə nisbətən düzən ərazilərdə daha yuxarıdır. Seropozitivliyin göstəriciləri əhalinin yaşı ilə də əlaqədardır. Yaş artdıqca bu göstərici $17,5 \pm 3,8$ -dən $66 \pm 3,0\%$ -ə qədər artır. Belə ki, seropozitivlik yaşlılarda uşaqlara nisbətən və kişilərdə qadınlara nisbətən yüksək olur. Əldə edilmiş nəticələr göstərir ki, helikobakterioz əhali arasında geniş yayılıb və o, bütün yaş və cins qruplarını əhatə edir. Ona görə də əhalinin helikobakterioza görə ətraflı müayinəsi aparılmalı və bu xəstəliyin diaqnostikası terapiya və epidemiologiyası ətraflı öyrənilməklə xəstəliyə qarşı səmərəli əks tədbirlər aparılması mümkün olsun.

SUMMARY

The structure of seropositivity by Helicobacterioz of the different region population

M.G. Aliyev

The structure of seropositivity by helicobacterioz and its prevalence among the different region population have been studied. The high level of seropositivity (in average $52,2 \pm 1,2\%$) have been revealed. It was been established that the level of seropositivity is higher in urban regions, especially in such vast megapole as Baku, than in rural one. Its induces are higher in plain, than in highlands. Seropositivity also varies in different age groups of the population, the induces increase from $17,5 \pm 3,8$ to $66 \pm 3,0\%$ with age seropositivity is higher in adults than in children, it is higher in male than in female. The obtained data show the wide spread of helicobacterioz among the population, including all age groups, due to that it is necessary to investigate all sides of diagnostics, treatment and epidemiology for working out rational and preventive measures.

MƏKTƏBLİLƏRİN AĞIZ BOŞLUĞUNUN GİGİYENASINDA SAQQIZ ÇEYNƏMƏNİN ROLUNUN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Azərbaycan Tibb Universitetinin uşaq stomatologiyası kafedrası



ass. R.A. Abbasova

Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası baxımından ağız boşluğunun gigiyenasının kafi vəziyyətdə saxlanması hal-hazırda ən effektiv və demək olar ki, yeganə üsuldur. Gigiyena vasitələrini istehsal edən böyük sənaye müəssisələri yaradılmışdır. Onlardan ən çox yayılanı diş fırçası və pastalardır. Lakin onların istifadəsi adi gündəlik xarakter daşıyır. Çox böyük qüvvə sərf edilməsinə baxmayaraq, uşaqlar arasında bütün vacib normativ qaydaların yerinə yetirilməsi indiyə qədər mümkün olmur. Uşaqların hər gün nəzarətsiz və müvafiq təlimsiz gündə 2 dəfə dişlərin 1-1,5 dəq. təmizləməsi və hər qida qəbulundan sonra qarqara etməsini təsəvvür etmək çətindir. Ona görə dişlərin kariesi və parodont xəstəlikləri uşaqlar arasında kütləvi xarakter daşıyır (1; 2; 8; 11; 12).

Bununla əlaqədar olaraq, gündəlik kütləvi yayılmış olan saqqızlara böyük ümidlər bəslənir. Bu, xüsusilə məktəb yaşlı uşaqlara aiddir. Çünki onlar saqqızları dadlı, aromatl, tərəvətli, ağız boşluğundakı iyi götürən və hətta diş fırçası və məcununu əvəz edən sayırlar. Saqqızların nisbətən baha olmaması, onu

əldə etmək üçün məktəblinin "büdcəsi" imkan verir (5; 9; 13). Saqqızların hansından istifadə edilməsinin isə məktəblilər müxtəlif kommersiya reklamlarından seçirlər (8). Bir çox stomatoloqlar saqqızların uşaqların ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin məqbul saxlanması əsas rol oynamasını qeyd edirlər. Lakin keyfiyyət, istifadə etmənin xarakteri və eləcə də çeynəmənin intensivliyi və müddətinin reqlamenti vacib şərtidir (7; 6; 10; 14; 15; 3).

Deyilənlərlə əlaqədar olaraq, bu məqalədə əsas məqsəd məktəblilər arasında saqqızçeynəmənin yayılma xarakteri və xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi və ağız boşluğunun gigiyenasının kafi vəziyyətdə saxlanması üçün onların istifadəsinin daha optimal rejiminin seçilməsi olmuşdur.

Materiallar və üsullar

İş 452 məktəbli arasında aparılmışdır. 269 nəfər saqqızdan istifadə etmiş, 183 nəfər saqqızdan istifadə etməmişdir. Mexaniki üsulla diş təmizləmənin xarakterindən asılı olaraq (diş fırçası və məcun) məktəbliləri qruplara ayırmışıq:

1. Hər gün 2 dəfə dişlərini təmizləyən, çox vaxt qida qəbulundan sonra ağız boşluğunu qarqara etmədən - 101 məktəbli;
2. Hər gün bir dəfə (səhər) dişlərini təmizləyən, nadir hallarda ağız boşluğunu qida qəbulundan sonra qarqara edən - 196 məktəbli;
3. Qeyri reqlulyar hətta nadir hallarda dişlərini təmizləyən - 155 məktəbli.

Fyodorov-Volodkina sınağının köməyi ilə məktəblilərin ağız boşluğunun gigiyenik əmsalı təyin edilmişdir. Məktəblilər arasında saqqızların çeynəmə tezliyi və müddəti haqqında sorğu aparılmışdır. Şəhər saqqız bazarının marketinginə əsasən, onların assortimenti, təyin edilmişdir. Məktəblilər arasında sorğu və orta arifmetik dəyər 1 həb. (və ya lövhə) münasibətində hesablanmışdır. Alınmış nəticələr statistik işlənmişdir (4).

Nəticə və müzakirələr.

Ağız boşluğunun gigiyenik əmsalı saqqızdan istifadə edən 269 məktəblinin 119 - da ($44,2 \pm 3,0\%$), və saqqızdan istifadə etməyən 183 məktəblidən 144-də ($78,7 \pm 3,0\%$; $\chi^2 = 53,12$; $P < 0,01$) qeyri-kafi vəziyyətdə olmuşdur. Gigiyena əmsalının səviyyəsinə hər iki qrupdakı məktəblilərin yaş tərkibi və mexaniki diş təmizləmə rejimi təsir etmişdir (cədv. 1).

Praktiki olaraq, yaşdan asılı olmayaraq, III qrupda -dişlərini qeyri-requlyar təmizləyən və saqqızlardan istifadə etməyən bütün məktəblilərdə - gigiyenik əmsal qeyri kafi-orta hesabla $90,0 \pm 5,6\%$ olmuşdur. Analoji qrupda saqqız çeynəyən uşaqların gigiyenik əmsal göstəriciləri də yüksək olmuş, lakin nisbət bir qədər aşağı - orta hesabla $64,0 \pm 4,3\%$ ($\chi^2 = 7,65$; $P < 0,01$).

I qrup məktəblilər optimal rejimdə dişlərin təmizləyən (hər gün 2 dəfə), lakin saqqızdan istifadə etməyənlərin ağız boşluğunun qeyri kafi gigiyenik indeksi $35,3 \pm 6,8$ ($\chi^2 = 7,65$; $P < 0,01$) azalır. Lakin saqqız çeynəyənlər arasında bu göstərici daha da aşağı düşür $10,0 \pm 4,3$ ($\chi^2 = 9,18$; $P < 0,01$). Məlum olur ki, mexaniki diş təmizləmənin optimal rejiminə riayət edən hətta az saylı məktəblilərdə belə ağız boşluğunun kafi gigiyenik vəziyyətini təmin etmək olmur. Əlavə olaraq, saqqızdan istifadə edən

Cədvəl 1.

Müxtəlif yaş qruplarında məktəblilərin ağız boşluğunun gigiyenik əmsalı (%-lə).

Məktəblilərin yaş qrupları	Dişlərin mexaniki təmizlənməsinə görə		
	I-ci qrup	II-ci qrup	III-cü qrup
Saqqızdan istifadə edənlər:			
– 8-11 yaş	$13,3 \pm 9,1$	$45,8 \pm 9,4$	$69,0 \pm 6,1$
– 12-15 yaş	$8,5 \pm 4,8$	$32,9 \pm 5,6$	$59,7 \pm 6,0$
– cəmi	$10,0 \pm 4,3$	$36,2 \pm 5,0$	$64,0 \pm 4,3$
Saqqızdan istifadə etməyənlər:			
– 8-11 yaş	$38,5 \pm 9,7$	$66,1 \pm 6,1$	$91,7 \pm 5,8$
– 12-15 yaş	$32,0 \pm 9,5$	$62,5 \pm 7,8$	$83,3 \pm 16,7$
– cəmi:	$35,3 \pm 6,8$	$64,7 \pm 4,8$	$90,0 \pm 5,6$

məktəblilərin ağız boşluğunun gigiyenik effekti daha da artır. Məktəblilərin saqqızdan istifadə etməsi müxtəlifdir - gün ərzində 4 həbdən (lövə) ayda bir neçə dənəyə qədər. Ona görə saqqızların gigiyenik effekti rəqulyarlıq və çeynəmə intensivliyindən asılıdır. (cədvəl 2)

Gün ərzində 1 və ya 2 həb saqqızın istifadəsi zamanı gigiyenik əmsalın qeyri-kafi qiymətinin xüsusi çəkisi yüksək olur

Gigiyenik əmsalın nəticələri bir saqqızın (həbin) çeynəmə müddətindən də asılıdır. Məsələn, 10 dəqiqədən az və ya 10-19 dəqiqə çeynəmə gigiyenik mə'nədə effektiv deyildir, çünki məktəblilər arasında gigiyenik əmsalın qeyri-kafi göstəricisinin xüsusi çəkisi xeyli yüksəkdir - müvafiq olaraq, $58,9 \pm 8,0 \%$ və $60,0 \pm 7,8 \%$ ($\chi^2 = 0,28$; $P > 0,05$). Gigiyenik əmsalın göstəricisi çeynəmə

Cədvəl 2.

Məktəblilər arasında mexaniki diş təmizləmə ilə birgə istifadə olunan saqqızların çeynəmə rəqulyarlığı və intensivliyindən asılı olaraq ağız boşluğunda gigiyenik əmsalı

Gigiyenik əmsalın qeyri-kafi göstəricisi			
Saqqızın (həb) gündəlik istifadə miqdarı		Bir həbin çeynəmə müddəti	
Həbin sayı	Xüsusi çəki %	Dəqiqə	Xüsusi çəki, %
1	$64,1 \pm 7,8$	< 10	$58,9 \pm 8,0$
2	$59,2 \pm 7,1$	10-19	$60,0 \pm 7,8$
3	$36,2 \pm 6,4$	20-29	$37,5 \pm 6,5$
4	$38,3 \pm 7,2$	30-39	$38,3 \pm 7,8$
5	$35,7 \pm 7,5$	40-49	$39,5 \pm 8,0$
≥ 6	$32,4 \pm 8,1$	≥ 50	$36,1 \pm 8,1$

-müvafiq olaraq $64,1 \pm 7,8$ və $59,2 \pm 7,1 \%$ ($\chi^2 = 0,86$; $P < 0,05$). Saqqızdan gündə 3 dəfə istifadə etdikdə gigiyenik əmsalın qeyri - kafi qiymətinin xüsusi çəkisi aşağı enir və gün ərzində saqqızın sayının artırılmasından asılı olmayaraq stabil-ləşir, $32,4 \pm 8,1 \%$ ($\chi^2 = 5,71$; $P < 0,02$)-dən, $38,3 \pm 7,2 \%$ ($\chi^2 = 0,76$; $P > 0,05$).

Əgər məktəblilərin qidalanması gündə 3 dəfə sayılırsa, saqqız hər qida qəbulundan sonra tövsiyyə edilir və deməli, ağız boşluğunun gigiyenasını lazımi dərəcədə saxlamaq üçün gündə 3 həb saqqız istifadəsi qane edicidir. Əlavə çox sayda həbin istifadəsi məktəblinin çeynəmə aparatında ağırlıq yarada bilər.

müddəti 20-29 olduqda aşağı düşür - $37,5 \pm 6,5 \%$ ($\chi^2 = 4,48$; $P < 0,05$). Çeynəmə müddətinin artması, (məs. 50 dəqiqə) gigiyenik effekti artırır $36,1 \pm 8,1 \%$ ($\chi^2 = 0,42$; $P > 0,05$). Bundan əlavə uzunmüddətli çeynəmədən sonra saqqız öz dadını itirmir, az elastiki olur və böyük çeynəmə təzyiqinin artmasına səbəb olur.

Saqqızın gigiyenik xüsusiyyət dərəcəsi onun keyfiyyətindən asılıdır. Şimali Amerika, Qərbi Avropanın məşhur şirkətləri öz məhsulları ilə fərqlənirlər. İş aparılan dövrdə şəhər bazarının marketinqi 61 adda saqqız müəyyən etmişdir: 27 ölkənin 40 şirkəti bir-birindən müxtəlif atributlarla fərqlənən, yığının içərisindəki

həblərin sayı, qiyməti, saxlanma müddətinin markirovkası və s.. Lakin onların hamısı eyni dərəcədə reklam olunur və məktəbliləri keyfiyyətli saqqız seçməkdən yayındırır və bu da ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətində öz əksini tapır (cəđ.3).

Məktəblilərin ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinə saqqızın keyfiyyətinin tə'siri böyükdür. Uşaqların yüksək keyfiyyətli saqqızlara üstünlük verməsinə baxmayaraq, onların seçimi pul vəsaitinin olmasından asılıdır. Ona görə məktəblilərin dünyanın müxtəlif regionlarından olan saqqızların əldə edilməsi sayı da təərəddüd edir $13,1 \pm 1,9$ - dan $19,4 \pm 2,2$ % ($\chi^2 = 1,36$; $P > 0,05$)-ə qədər.

İş burasındadır ki, Şimali Amerika və

bir qədər ucuzdur, ən ucuzu Asiya ölkələrindən $184,5 \pm 2,7$ manat ($t=43,17$; $P < 0,01$).

Əgər ümum mə'lum ticarət misalı "mal nə qədər baha olsa, keyfiyyəti o qədər yaxşıdır"- saqqızlara aid etsək, məhşur şirkətlərin saqqızının istifadəsi məqsədəuyğundur, yüksək qiymət malın keyfiyyətinin göstəricisidir.

Bunu məktəblilər arasında ağız boşluğunun gigiyenik əmsalını təyin edərkən alınan nəticələr də təsdiq edir. Gigiyenik əmsalın qeyri-kafi qiyməti çox vaxt Asiyadan $71,4 \pm 7,1$ % və MDB - dən $68,8 \pm 5,8$ ($\chi^2 = 0,09$; $P > 0,05$) gələn saqqızları çeynəyən məktəblilərdə aşkar edilir.

Gigiyenik əmsal göstəriciləri Şərqi

Cədvəl 3

Müxtəlif ölkələrdə istehsal olunan saqqızların istifadəsi zamanı ağız boşluğunun gigiyenik xüsusiyyətinin qiymətləndirilməsi

Bazara saqqız göndərən regionlar	Məktəblilərin üstünlük verməsi %	I saqqızın orta qiyməti, manatla	Gigiyenik əmsalın qeyri-kafi qiyməti %
Şimali Amerika	$15,0 \pm 2,0$	$584,5 \pm 9,3$	$17,8 \pm 5,8$
Qərbi Avropa	$16,3 \pm 2,1$	$628,9 \pm 10,3$	$13,2 \pm 4,7$
Şərqi Avropa	$19,4 \pm 2,2$	$437,5 \pm 5,2$	$46,2 \pm 6,2$
MDB	$13,1 \pm 1,9$	$451,5 \pm 6,7$	$68,8 \pm 5,8$
Asiya	$10,4 \pm 2,2$	$184,5 \pm 2,7$	$71,4 \pm 7,1$

Qərbi Avropanın yüksək keyfiyyətli saqqızları ən bahalıdır $584,5 \pm 9,3$ və $628,9 \pm 10,3$ manat bir həbin qiyməti ($t=3,20$; $P < 0,01$). Aydındır ki, hər bir məktəblinin maddi imkanı hər gün bir neçə saqqız həbi almağa çatmır. MDB saqqızları $451 \pm 6,7$ ($t=11,61$; $P < 0,01$) və Şərqi Avropa $437,5 \pm 5,2$ ($t=1,65$; $P > 0,05$),

Avropa saqqızlarını çeynəyən məktəblilər arasında yaxşılaşır $46,2 \pm 6,2$ ($\chi^2 = 6,73$; $P < 0,01$).

Gigiyenik əmsalın qeyri-kafi qiyməti sayı Şimali Amerika saqqızlarının istifadə edən məktəblilər arasında $17,8 \pm 5,8$ ($\chi^2 = 9,47$; $P < 0,01$) və Qərbi Avropadan $13,2 \pm 4,7$ ($\chi^2 = 0,39$; $P > 0,05$).

Saqqızlara aid olan bu misalda malın qiyməti ilə keyfiyyəti arasındakı uyğunluq qəti təsdiqini tapmışdır.

Alınan nəticələr göstərir ki, saqqızlar məktəblilər arasında geniş yayılmışdır ($59,5 \pm 2,3\%$). Saqqızlar qiymətli xüsusiyyətə malikdirlər, onlar ağız boşluğunun gigiyenasının normallaşmasına təsir edir, bununla da stomatoloji xəstəliklərin effektiv profilaktikasını təmin edir. Lakin onların bu xüsusiyyəti ənənəvi mexaniki diş təmizləmə (gündə 2 dəfə) ilə birgə istifadə edilərkən, tam təzahür edir. Optimal nəticə gündə 3 həb

(lövə), keyfiyyətli saqqızlardan 20-29 dəqiqə, qida qəbulundan sonra istifadə edərkən, alınır. Saqqız bazarını və kommersiya reklamlarını qaydaya salmaq lazımdır. Reklamda saqqızın keyfiyyət parametrləri ilə birgə məktəblilərin (kütləvi alıcı kimi) istifadə rejimi də göstərməlidir - son anda reklam elə anlayış yaratmamalıdır ki, saqqız diş fırçasının əvəz edə bilər. Çünki elə bu anlayış məktəblilər arasında yayılmışdır və bunun nəticəsində də onlar bəzən diş təmizləmədən imtina edirlər.

ƏDƏBİYYAT

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. М., 1998, с. 736.
2. Иванова А.А. Гигиена полости рта методические рекомендации Пермь, 2003, 19 с.
3. Кузьмин А.А. Орлов С.Х., Штейн М.М. Жевательные резинки и гигиена полости рта детей. Охрана здоровья детей. Ижевск, 2004, с. 75-78.
4. Лакин Т.М. Биометрия. М., 1973, с. 343.
5. Латышева С.В., Делендик А.И., Влияние жевательных резинок на гигиеническое состояние полости рта. Здравоохранение, Минск, 2003, 1 6 с. 31-33.
6. Логинова Н.К., Зайцева И.В., Гусева И.Е. Комплексное изучение механического воздействия длительного и регулярного использования жевательной резинки. Стоматология, 1999, № 3, с. 12-14.
7. Улитовский С.Б. Жевательная резинка - вопрос остается открытым. Новое в стоматологии., 1999, № 5, с. 19-24.
8. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. Киев, 2001, с. 207.
9. Buhmann A., Brosch C., Rlethe P. Tooth protecting chewing gum tablets for lessening caries risk. Oral prophylaxe, 2002, v. 24. 1 4, p. 142-147.
10. Castagnova L., Garrberoglio L. La gamma da masticare: un contributo alligiene oral. Odotoiatr. Prat. 2002 v. 29, № 2, p. 111-116.
11. Darby E. Comprehensive review of dental hygiene. Mosby, 1994, p. 864.
12. Goffin S. Efficacy of new denture Cleansig system. Int. Dent. Rew. 1998 v. 2, p. 7-12.
13. Toors F. Chewing gum and dental health: Literature review. Rev. Belge Med. Dent., 2003, v. 58, № 3, p. 67-92.
14. Tsakis M. M., Kiliaridis S., Carlsson G. Effect of chewing gum training on masticatory efficiency. Acta Odontol. Scand. 2003, v. 62, p. 355-360.
15. Vogel G., Zhang Z., Carey C. et al. Composition of plaque and saliva following use of an alpha-tricaecium-phosphate containing chewing gum and a subsequent sucrose challenge. J. Dent. Res. 2003-2004, v. 79, № 1, p. 58-62.

Резюме**Оценка роли жевательных резинок в поддержании гигиены полости рта школьников****Аббасова Р.А.****Кафедра детской стоматологии АМУ**

Результаты исследований школьников, среди которых $59,5 \pm 2,3\%$ пользуются жевательными резинками дали оценку роли ЖР в поддержании гигиены полости рта. Маркетинг городского рынка показывает, что он получил 6% наименование ЖР, изготавливаемых 40 фирмами из 27 стран, отличающихся друг от друга многими атрибутами в большом диапазоне, их маркет ценный - в пересчете на одно драже или пластину в манатах от $184,5 \pm 2,7$ до $628,9 \pm 10,3$.

У большинства школьников проводящих механическую чистку зубов и использующих ЖР и очень не регулярно индекс гигиены оказался неудовлетворительным - в среднем $64,0 \pm 4,3\%$ случаях. Лучшие гигиенические особенности ЖР проявляется у школьников, осуществляющих оптимальный режим чистки зубов (ежедневно двукратно) и в сочетании ЖР.

Оптимальный режим использования ЖР достигается при ежедневном использовании 3 драже с жеванием каждого из них в течение 20-29 минут, желательно после приема пищи. В результате гигиена полости рта у школьников нормализуется, и удельный вес неудовлетворительных значений индекса гигиены в среднем составляет $10,0 \pm 4,3\%$, значительной степени уменьшается.

SUMMARY**Valuation of a role chewing rubber in maintenance hygiene of a cavity of a mouth of the schoolboys****Abbasova R.A.****Department stomatology shildren's AMU**

As a result of conducted researches the role chewing rubber in maintenance of hygiene of a cavity of a mouth among the schoolboys is appreciated, $59,5 \pm 2,3\%$ are the consumer of this production. The marketing of the urban market rubber shows, that it is represented by 61 names made by 40 firms from 27 countries. The quality rubber varies in a wide range, which marker is their cost - from $184,5 \pm 2,7$ up to $628,9 \pm 10,3$ manat in recalculation on one draje.

For want of rare, not regular application of mechanical cleaning of teeth and use rubber parameters of an index of hygiene unsatisfactory at many schoolboys - on the average $64,0 \pm 4,3\%$. The most hygienic properties rubber appear in a combination to traditional mechanical cleaning of teeth (daily is double). An optimum mode of use rubber - daily 3 draje qualitative rubber with duration to chew of each of them within 20-29 minutes. In result the hygiene of a cavity of a mouth of the schoolboys is normalized, and the densities of unsatisfactory significances of an index of hygiene is essentially reduced, making on the average $10,0 \pm 4,3\%$.

Üz-çənə nahiyyəsində ön-arxa istiqamətdə skletsel anomaliyalar zamanı müalicə üsulunun planlaşdırılması

Ə. Əliyev adına Az.DHTİ-nin stomatologiya kafedrası



*dosent
H.Ə. Əsədov*

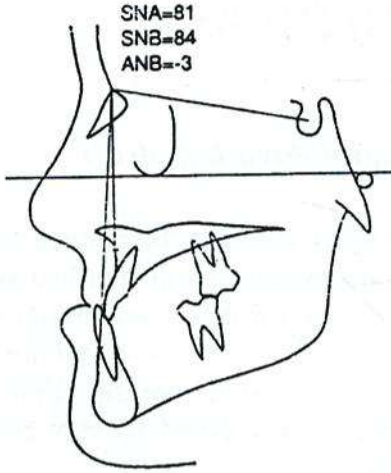
Ümumiyyətlə üz-çənə nahiyyəsindəki anomaliyaların sefalometrik rentgen şəkillər üzərində hesablanıb və müalicə planının sefalometrik analizlərə görə hazırlanması, üz-çənə cərrahlığı praktikasında yeni bir dövrün başlanmasına səbəb oldu. Sefalometrik rentgen şəkillər üzərində hesablamalar aparmadan, yəni üz-çənə nahiyyəsi anomaliyalarının rekonstruktiv əməliyyatları xəstədən alınmış şəkillər, modellər üzərində hesablama aparmaqla cərrahi əməliyyat aparılırsa, onda bu əməliyyatlar təqribi olur və gözəl sifət quruluşu alınmır. Çünki xəstədən alınmış şəkillərdə, modellərdə hesablama apararkən, sümük toxuma ilə yumşaq toxuma arasındakı əlaqə görünmür və bu hesablama təqribi olur. Ancaq üz-çənə anomaliyası olan bir xəstədən lateral və

frontal rentgen şəkil alıb, bu rentgen şəkillər üzərində hesablama aparmaqla, heç xəstəni görmədən rekonstruktiv cərrahi əməliyyat planı hazırlayıb, xəstədə sefalometrik ölçülərə arxalanaraq cərrahi əməliyyat apararkən çox gözəl estetik bir sifət quruluşu almaq olar.

Belə ki, sefalometrik rentgen şəkillər (lateral və frontal rentgen şəkillər) üzərində aparılan hesablamalara görə üz-çənə nahiyyəsindəki anomaliyaların dişlə və yaxud çənə sümükləri ilə əlaqədar olması öyrənilib, müalicə planının ortodontik və ya ortoqnatik cərrahi metodla aparılması dəqiqləşdirilir. Deməli dişləri daşıyan alt və üst çənə sümüklərinin bir-biri ilə və kəllə skletlə (cranium) əlaqələri normaldırsa, yalnız dişlərin və diş qövslərinin bir-birilə nisbətləri pozulmuşdursa onda dişsel anomaliyadan danışılır. Yox əgər alt və üst çənə sümüklərinin bir-birilə və kəllə əsası sümüklərilə qarşılıqlı nisbətləri pozulmuşdursa onda skletsel anomaliyadan danışılır. Bu cür anomaliyaları görmək üçün mütləq sefalometrik rentgen şəkillər çəkib, Tweed C.H., Downs W.B., Ricketts R.M və Steiner C.C. (1, 2, 3, 4) sefalometrik analizlərini və hesablamalarını aparıb müalicə planına qərar verilir.

Üz-çənə nahiyyəsindəki ön-arxa istiqamətdəki anomaliyaları, alt və üst çənələrin bir-birilə və kəllə əsası ilə qarşılıqlı nisbətlərini göstərən SNA, SNB və ANB bucaqlarıdır. Ümumiyyətlə, Steinerə (3) görə $ANB=2^{\circ}$, $SNA=82^{\circ}\pm 2^{\circ}$ və

$SNB=80^{\circ}\pm 2^{\circ}$ olduqda üz-çənə nahiyyəsində ön-arxa istiqamətdə heç bir anomaliya yoxdur və bu hallarda normal gözəl bir sifət quruluşu olur.



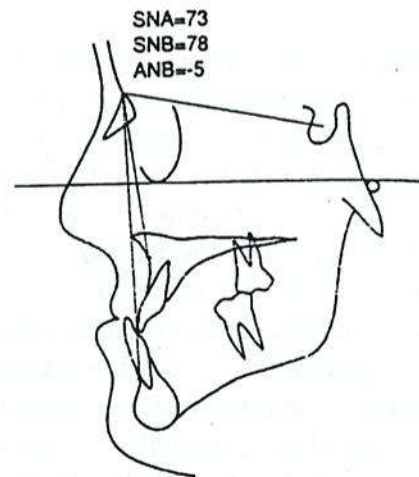
A

şəkil 1

Ümumiyyətlə, ANB bucağı 1 dərəcədən kiçik və mənfi olduğu hallarda üz-çənə nahiyyəsinin anomaliyası III sinif skelsel olduğu məlum olur. Bu cür hallarda hansı xəstədə, hansı müalicə-ortodontik müalicə, yoxsa ortoqnatik cərrahiyyə üsulundan istifadə ediləcəyini necə bilmək olar. Bunu üçün bir neçə xəstədə aşağıdakı hallarda nə zaman ortodontik müalicə planı və nə zaman ortoqnatik cərrahiyyə lazım olduğunu göstərərək fikrimizə aydınlıq gətirək. Aşağıda şəkil 1-də gördüyümüz kimi xəstədə III sinif skelsel anomaliya vardır. Bu xəstədə $SNA=81^{\circ}$, $SNB=84^{\circ}$, $ANB=-3^{\circ}$ dərəcədir. Bu halda üst çənə kəllə əsasına görə ön-arxa istiqamətdə nisbəti normaldır, alt çənə isə kəllə əsasına nisbətən irəli çıxmışdır. Deməli, bu xəstədə anomaliyaya alt çənənin önə çıxması (proqnati inferior) səbəb olmuşdur. Bu cür hallarda düzgün müalicə, alt çənəni geriye doğru çəkmək üçün müalicə planı hazırlanmalıdır. Əgər bu xəstə uşaqdırsa, yəni böyümə və inkişaf davam edirsə, alt çənəyə geriye doğru çəkən ağız xarici güc istifadə edərək (çənəlik, chin-cup) alt çənənin önə doğru böyümə və

inkişafının qarşısını almağa (lengitməyə) çalışmaq lazımdır. Bu zaman üst çənənin də normal önə doğru böyüməsinə davam etməsi, alt və üst çənələr arasındakı ön-arxa istiqamətdəki anomaliyanın azalmasına səbəb olur. Yox əgər bu cür progeniyası olan, yəni III sinif skelsel anomaliyalı xəstə 16-18 yaşındadırsa (həddi buluq yaşına çatıbsa) onda ortoqnatik cərrahiyyə ilə alt çənə set-bask əməliyyatı ilə geriye verilir.

Şəkil 2-də gördüyümüz skelsel III sinif anomaliya $SNA=73^{\circ}$, $SNB=78^{\circ}$, $ANB=-5^{\circ}$ dərəcədir. Bu halda kəllə əsasına görə ön-arxa istiqamətdə alt çənənin vəziyyəti normal olub, üst çənə geridə qalmışdır. Yəni anomaliya üst çənənin kəllə əsasına görə geridə qalmasından (retroqnati superior) yaranmışdır. Buna görə də burada düzgün müalicə üst çənənin önə doğru gətirməyə çalışmaqdan ibarətdir. Belə hallarda xəstə uşaqdırsa, yəni böyümə və inkişaf davam edirsə, üst çənəyə önə doğru ağız xarici qüvvə ilə təsir edərək üst çənənin önə doğru böyümə və inkişafını stimule etməyə çalışmaq lazımdır. Yox əgər şəkil 2-də



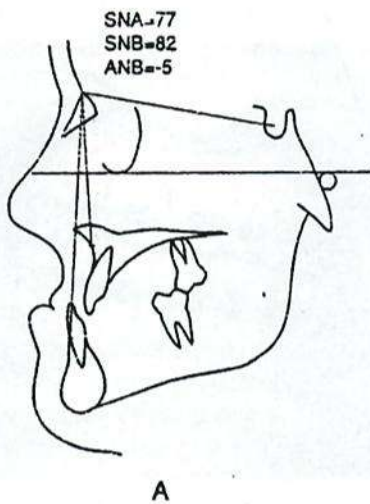
B

şəkil 2

göstərilən anomaliyalı xəstə 16-18 yaşına (həddi buluğa) çatıbsa, onda ortoqnatik cərrahiyyə ilə üst çənə önə gətirilir.

Üz-çənə nahiyyəsi skelsel III sinif

anomaliyalar müxtəlif nisbətlərdə olduğu üçün şəkil 3-də göstərilən anomaliyada $SNA=77^\circ$, $SNB=82^\circ$, $ANB=-5^\circ$ dərəcədir. Bu xəstədə kəllə əsasına görə üst çənə geridə, alt çənə isə irəli getmişdir. Yəni anomaliya həm üst çənənin geridə, həm də alt çənənin irəliyə getməsindən əmələ gəlmişdir. Buna görə də burada aparılacaq doğru müalicə, üst çənənin irəliyə, alt çənəni isə geriye doğru çəkməyə çalışmaqdan ibarətdir.



şəkil 3

Əgər xəstə uşaqdırsa, yəni böyümə və inkişaf davam edirsə, üst çənəyə önə, alt çənədə arxaya doğru ağız xarici və ağız daxili qüvvə (KL III elastik) ilə təsir etməklə, üst çənənin önə doğru böyüməsini stimula etməyə, alt çənənin önə doğru böyüməsini isə ləngitməyə çalışmaq lazımdır. Yox əgər şəkil 3-də göstərilən retroqnati superior və proqnati inferior kombinasiyalı skelsel III sinif anomaliyalı xəstə 16-18 yaşa (həddi buluğa) çatıbsa, onda ortoqnatik cərrahiyyə ilə üst çənə irəliyə, alt çənə isə geriye alınır.

Ümumiyyətlə bildiyimiz kimi 16-18 yaşına çatmış üz-çənə nahiyyəsinin skeletsel qüsuru olan bir xəstədə ortoqnatik cərrahi

üsulla sifətin quruluşunun dəyişdirilməsi böyük əhəmiyyət daşıyır. Belə ki, ortodontik müalicə ilə uzun müddətə sifətdə çox əhəmiyyətli dəyişikliklər əldə oluna bilər. Ancaq bu dəyişikliklər uzun bir müddətdə olduğu üçün xəstə və onun yaxın adamları bunu hiss etmirlər. Bu baxımdan xəstənin yeni sifət quruluşuna alışmaq kimi bir problemi olmur.

Ancaq ortoqnatik cərrahi müalicə çox vacibdir. Xəstə əməliyyat masasına illərdən bəri öyrəşdiyi bir üz quruluşu ilə uzanar, bambaşqa bir üz quruluşu ilə qalxar. Xəstə əvvəlcədən bu hal üçün psixoloji olaraq hazırlanmalıdır.

Üz-çənə nahiyyəsi anomaliyalarında sefalometrik cərrahiyyənin qarşıya qoyduğu məqsəd aşağıdakılardır:

1. Aparılacaq ostiotamiyaların planlaşdırılması (həm üst, həm də alt çənədə necə aparılmalıdır);

2. planlaşdırılan ostiotamiyalarda qarşıya çıxacaq fəsadların əvvəlcədən öyrənilməsi (məs.: sagital ostiotamiya üçün əməliyyat sahəsinin çox kiçik olması, ostiotamiya xəttinin mandibulyar kanalla əlaqəli olması, ostiotamiya xəttinin 3-cü molyarlarla kəsişməsi);

3. Dəqiq və möhkəm fiksasiyanın planlaşdırılması;

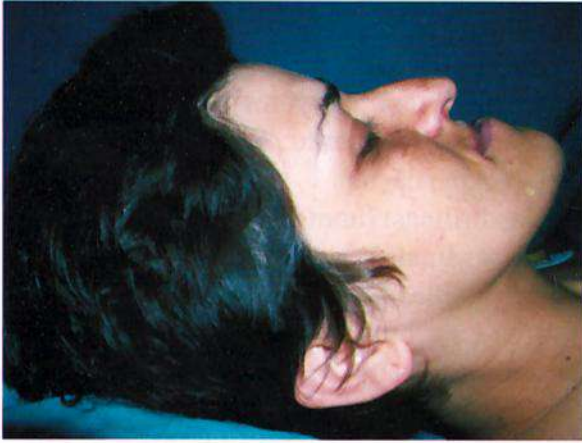
4. Planlaşdırılan ostiotamiyalardan sonra qarşıya çıxan profil dəyişikliklərinin hesablanması;

5. Həkim-ortodont, üz-çənə cərrahı və xəstə arasındakı əlaqənin saxlanması.

Yuxarıda söylədiklərimi nəzərə alaraq, yəni üz-çənə nahiyyəsinin müxtəlif anomaliyaları olan istənilən xəstədə ortodontik müalicə aparıldıqdan sonra sefalometrik rentgen şəkillərdə hesablama aparıb, çox dəqiqliklə üz-çənə nahiyyəsində plastik və rekonstruktiv əməliyyat aparmaqla gözəl bir sifət quruluşu almaq olar.

Belə ki, klinikaya müraciət etmiş 5 nəfər III sinif üz-çənə nahiyyəsinin anomaliyası

olan açıq dişləmli xəstədən alınmış lateral və frontal sefalometrik renten şəkillər üzərində hesablama apardıqdan sonra ortoqnatik cərrahi üsulla xəstədə üst çənə önə, alt çənə isə arxaya (5, 6, 7) alınmışdır. Əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra heç bir fəsad olmamış, çox gözəl bir profil sifət quruluşu alınmışdır. Bütün bunları nəzərə alaraq məsləhət görürük ki, üz-çənə nahiyyəsinin müxtəlif anomaliyalarında sefalometrik analiz və hesablama aparıldıqdan sonra əməliyyat aparılsın.



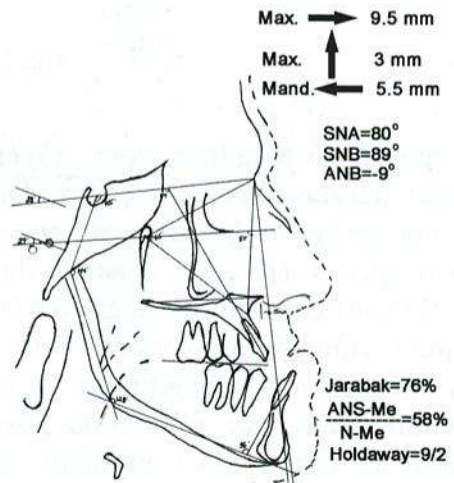
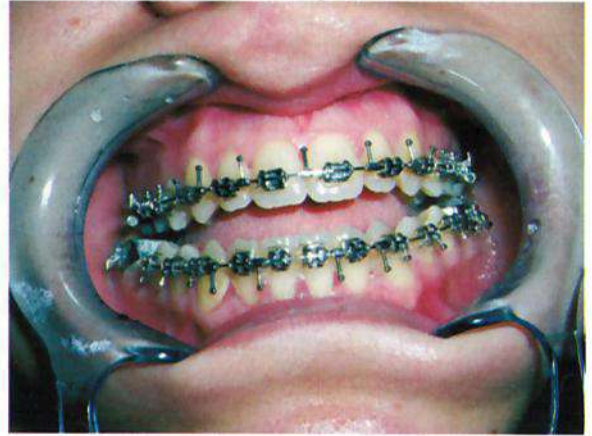
Əməliyyatdan öncə



Əməliyyatdan 5 dəqiqə sonra

Şəkil 4-də verilmiş xəstə A.N. klinikaya alt-çənənin progeniyası, üst çənənin retroqnatiyası (inkişafdan qalması) diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Xəstədə ön və yan

sefalometrik rentgen şəkil çəkilib sefalometrik analiz aparılmışdır. Xəstədə üst-çənənin inkişafdan qalması və aşağıya doğru normaya nisbətən inkişaf etməsi (High-angle), alt çənənin isə kəllə əsasına nisbətən çox önə çıxması hesablanmış, model cərrahiyyəsi aparılıb, üst və alt çənələri əməliyyatdan sonra mərkəzi okkuluziya vəziyyətində 3 həftə saxlamaq üçün xüsusi splint (kappa) hazırlanıb, xəstədə üst çənənin @9.5mm önə, — 3mm isə yuxarı verilməsi, alt çənə isə 5.5mm geri



Şəkil 4 Sefalometrik hesablama

verilib mərkəzi okkuluziya vəziyyətinə gətirilməsi planlaşdırılmışdır. Əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra heç bir fəsad olmamış, xəstə 7-ci gün evə yazılmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Tweed, C.H.: Clinical orthodontics. Vol I and II Mosby, St. Louis. 1966.
2. Downs, W.B.: The role of cephalometrics in orthodontic case-analysis and diagnosis. Amer. J. orthod. 38: 162 - 182. 1952.
3. Steiner, C.C.: Cephalometrics in clinical practice. Angle orthod. 29: 8 - 29. 1959.
4. Ricketts, R.M.: Cephalometric Synthesis: An exercise in stating objective and planning treatment with tracing of the head roentgenograms. Amer. J.Orthod. 46: 647 - 643, 1972.
5. Mustafa Ulgen: "Ortodonti" Anomaliler, Sefalometri, Etioloji, Buyume ve Gelism, Tan? 405 s. Istanbul - 2000.
6. Ellis, E. III, Carlson, D.S.: Neuromuscular adaptation after orthognathic surgery. Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am. 2: 811, 1990.
7. Posinck, I.C., Dagys, A.P.: Skeletal stability and relapse patterns after Le Fort I maxillary osteotomy fixed with miniplates: The unilateral cleft lip and palate deformity. Plast. Reconstr. Surg. 94: 924, 1994.
8. Posinck, I.C., Tompson B.: Binder Syndrome: Staging of reconstruction and skeletal stability and relapse patterns after Le Fort I osteotomy using miniplate fixation. Plast. Reconstr. Surg. 99: 961, 1197.

Резюме

Планирование лечения при передне-задних скелетных аномалиях челюстно-лицевой области

Асадов Г.А.

Среди аномалий челюстно-лицевой области аномалии III класса поддаются лечению сложнее всего. Так, например, ортодонтическое и хирургическое ортогнатическое лечение аномалий данного класса, будь то аномалии связанные с зубным рядом или зубной дугой (зубные аномалии), или же аномалии связанные со скелетом верхней или нижней челюсти, является наиболее сложным и более трудным. Поэтому при планировании лечения аномалий данной группы нужно использовать латеральные и фронтальные цефалометрические рентгеновские снимки для проведения соответствующих измерений. Согласно СТЕЙНЕРУ при $SNA = 82^\circ \pm 2^\circ$, $SNB = 80^\circ \pm 2^\circ$, $ANB = 2^\circ$, считается, что в передне-заднем направлении в скелете челюстно-лицевой области аномалий нет и такое строение лица является соответствующим эталонам красоты. После проведения соответствующих измерений на фронтальных и латеральных рентгеновских снимках обратившихся в клинику 5 больных с аномалией III класса челюстно-лицевой области и открытым прикусом в результате проведенной ортогнатической хирургической операции скелет верхней челюсти был выдвинут вперед, а нижней челюсти назад. Во время и после операции осложнений не было и было получена красивый скелет лица.

SUMMARY

Management of frontal and postal III class skeletal anomalies of maxillo-facial region

Asadov H.A.

Among maxillo-facial anomalies the III class anomalies are the most difficult to treat. Thus, for example, the orthodontic and surgical orthognathic treatment of this type of anomalies, whether related to tooth arc or skeleton of maxilla or mandible, is the most difficult and complicated. That is why lateral and frontal cephalometric X-rays should be used to make respective measurements during management of this kind of anomalies. According to STEINER, if $SNA = 82^\circ \pm 2^\circ$, $SNB = 80^\circ \pm 2^\circ$, $ANB = 2^\circ$ the case is considered to be free of anomalies and this kind of facial structure considered to be of perfect anatomic shape. Upon respective measurements on frontal and lateral cephalometric X-rays of 5 patients visited hospital with III class anomaly and open occlusion the orthognathic surgery for stretching of maxilla out and holding mandible back was made. During the surgery and post surgery period no complications were observed and good results in terms of facial shape were obtained.

Mandibulyar və torusal anesteziya zamanı qanaxmalara yardım

Azərbaycan Tibb Universitetinin ağız və üz-çənə cərrahiyəsi kafedrası



F. İ. Həsənov
tibb elmləri namizədi

Müasir səviyyədə stomatoloji xidmət göstərmək üçün, xidmətin növündən asılı olmayaraq əksər hallarda

yerli ağrısızlaşmadan istifadə edilir.

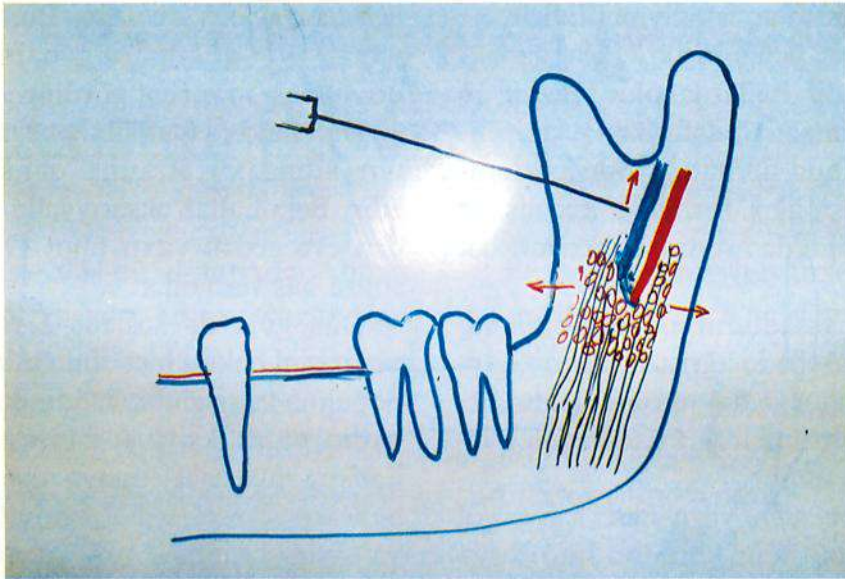
Yerli ağrısızlaşma aparılan zaman müxtəlif fəsadlar baş verə bilər. Bu fəsadlar əksər hallarda texniki səhvlərdən və aseptika qaydalarına düzgün əməl etmədikdə baş verir.

Ancaq bu fəsadların bəziləri hətta həkim bütün qaydalara ideal əməl etsə belə ondan asılı deyil, çünki təcrübədən və bilikdən asılı olmayaraq onu əvvəlcədən görmək bəzən mümkün olmur. Belə fəsadların xəstənin həyatı üçün ağır nəticələne biləcəyini nəzərə alaraq hər bir həkim onları bilməli və qarşısını almağı bacarmalıdır. Bu cür nadir fəsadlardan biri də mandibulyar yaxud torusal anesteziya zamanı arteriya və yaxud venanın zədələnməsi nəticəsində baş verən qanaxmadır. (şəkil 1)

Bu zaman qanadabənzər çənə əzələsi və çənə sümüyü arasında olan qanaxmanın,



Şəkil 1.



Şəkil 2

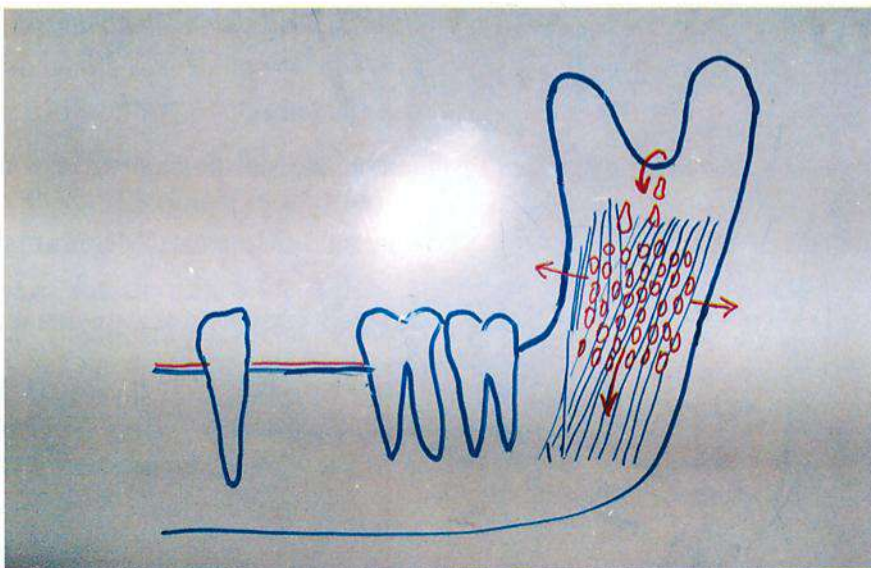
hematomanın artmasını və yayılmasını sxematik olaraq belə izah etmək olar. (şəkil 2)

Torusal və ya mandibulyar anesteziya zamanı iynənin ucu hər hansı kapilyarı zədələyərsə zəif qanaxma baş verir ki, bunun xəstə üçün çox böyük zərəri olmur. Bəzən isə aşağı alveol vnası yaud arteriyası zədələnir və qanaxma baş verir ki, bunu ağır formalı qanaxmalara aid etmək olar.

Qanaxma qanadabənzər çənə əzələsi altında artdıqca udlağı bir tərəfli stenoqlaşdırdığı üçün xəstədə boğulma, boğulma nəticəsində öskürmə, narahatlıq baş verir. Əvvəlcə sifətdə şişginlik hiss olunmur. Yardım göstərilmirsə, get-gedə

xəstənin sifətinin bir tərəfində də şişginlik artmağa başlayır. Bu şişginlik qanadabənzər çənə əzələsi altından şəkildə göstərdiyi kimi, çənənin oynaq başı və tac çıxıntısının arasında aypara yarıqdan çeynəmə əzələsi altına və ətrafına yayılması nəticəsində baş verir. (şəkil 3)

Bu vəziyyətdə xəstənin çeynəmə əzələlərinin altına qan yığıldığına görə ağzın açılması çətinləşir və məhdudlaşır. Nəbz tezləşir, boğulma halları xəstənin ümumi vəziyyətini bir az da ağırlaşdırır. Xəstədə vahimə, ölüm qorxusu artıq psixikasına təsir göstərir. Arterial təzyiq artır, öskürmə, boğulma, hıçqırma halları başlayır. Yerində dura bilmir, gəzməyə başlayır,



Şəkil 3

darıxır, əl ilə qusmaq istədiyini bildirir.

Qeyd etmək lazımdır ki, belə qanaxmalar çox nadir hallarda olur. Bizim 16 illik praktikamızda 2 dəfə baş vermişdir. Onlardan birində dərhal yardım göstərilmişdir. İkincisi ağır formada keçmiş və yardım göstərildikdən sonra, nəticə müsbət olmuşdur.

Göstərilən fəsadların qarşısını almaq üçün birinci növbədə ağrısızlaşdırma qaydalarına düzgün əməl etmək lazımdır. Bilirik ki, nadir hallarda fəsadlardan qaçmaq mümkün olmur.

Əksər həkimlər bu vəziyyətdə səhvə yol verirlər. Onun üçün biz bu mövzuya müraciət etmişik.

Belə qanaxmaların gedişini iki stadiyaya bölə bilərik.

1. Qanadabənzər çənə nahiyyəsində hematomanın məhdudlaşdığı və qanaxmanın dayandığı vəziyyət.

2. Qanadabənzər çənə nahiyyəsindən əlavə çeynəmə əzələsi altı və ətrafı nahiyyəyə qanaxmanın yayılması və davam etməsi vəziyyəti.

I-ci halda - Xəstələrə əzələ və ya vena daxilinə qanın laxtalanmasını artırmaq üçün disinon 2 ml. və ya aminkoron turşusu damcı üsulu ilə köçürülməlidir. Retromolyar sahədə sıxıcı tampon qoyub ağzı bağlamaq lazımdır ki, retromolyar

üçbucaq yaxşı sıxılsın. Bununla yanaşı, yanaq və qulaqətrafı nahiyyəyə soyuq qoyulması məsləhət görülür.

II-ci halda - Qanadabənzər çənə əzələsinin altına və ətrafına qanaxma davam edir. Belə hallar əksəriyyətlə xəstə həkimdən evə gedən vaxtı olur. O 2-3 saatdan sonra baş verə bilər.

Ona görə də xəstədə I vəziyyətin baş verməsini həkim hiss etməlidir. II halda isə boğulma və şişginlik həddindən artıq narahatlıq və asfiksiya törətdiyinə görə xəstə həkimə müraciət etməyə məcbur olur. Bu hal ən ağır haldır ki, yuxarıda belə xəstənin klinik vəziyyətini biz ifadə etmişdik.

Belə vəziyyətdə xəstəyə qanın laxtalanmasını artıran diasinon 2 ml, aminkapron turşusu 100 ml damcı üsulu ilə, platifillin, dimedrol, arterial təzyiq normaya salınır. Antibiotik təyin olunur. Xəstədə öyümənin qarşısını almaq məqsədilə əzələ daxilinə serukal və ya spinik vurulur.

Anesteziyalardan sonra 3 - 4-cü gün qanadabənzər çənə nahiyyəsinin fleqmonasının yaranması ehtimalı stomatoloqları düşündürməlidir. Xəstənin vəziyyətində müsbət dəyişiklik hiss edilmirsə və boğulma halları olarsa, xəstəyə traxeostom qoyulmalı və stasionar şəraitində kompleks müalicə davam etdirilməlidir.

Ə D Ə B İ Y Y A T

1. М.В.Мухина - "Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия". "Медицина", 1974, с.24
2. Т.Г.Робустова - "Хирургическая стоматология". Москва, "Медицина", 2001, с.77, 80
3. Ю.И.Бернадский - "Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии". "Белмедкнига", Витебск, 1998, с.14
4. Larry J. Peterson - "Contemporary oral and Maxillofacial surgery". Mosby, 1998

Beynəlxalq elmi konqres "Qazaxıstan Stomatologiyası - 2004"

19-22 may 2004-cü il tarixdə Almatı şəhərində M.Auezov adına Qazaxıstan Akademik Dram Teatrında "Qazaxıstan stomatologiyası - 2004" beynəlxalq elmi konqress keçirildi. Konqresdə "Stomatolo-



Bekmetov M.V., Sadovski V.V., Qarayev Z.İ.

giyanın müasir problemləri" elmi-praktik konfrans, MDB ölkələri stomatoloqları liderlərinin II Sammiti və beynəlxalq Qazaxıstan stomatoloji sərgisi "KDE-2004" öz işinə başladı.

Tədbirin təşkilatçıları - Qazaxıstan Stomatoloji Assosiyası - KSA, RNKS "Stomatologiya" və "Dental-Eksio" kompaniyasıdır. Tədbir Qazaxıstan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin S.D. Asfendiyarov adına Qazaxıstan Dövlət Tibb Universitetinin, Almatı dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutunun, Ümumdünya Stomatoloqları Federasiyasının - FDI, Rusiya Stomatoloji Assosiyasının - STAR dəstəyi ilə keçirildi.

Forumun çoxsaylı iştirakçıları arasında 12 xarici ölkədən 63 nəfər qonaq iştirak edirdi.

MDB stomatoloqları liderlərinin Sammiti çərçivəsində 9 ölkədən 54 professor iştirak edirdi.

Beynəlxalq elmi konqres çərçivəsində "Bazar iqtisadiyyatı şəraitində stomatoloji xidmətin təşkili" elmi-praktik konferensiya "Stomatologiyanın aktual problemləri" və MDB stomatoloqları liderlərinin Sammiti keçirildi. Konfrans çərçivəsində Qazaxıstan Stomatoloji Assosiyasının Prezidiumunun iclası, ayrıca seksiyalarda "MDB ölkələrində diplomdansonra təhsilin vəziyyəti və inkişaf perspektivləri". Cərrahi stomatologiya, Terapevtik stomatologiya, Stomatologiyada yeni texnologiya və QazDTU-nun ortopedik stomatologiya kafedrasının

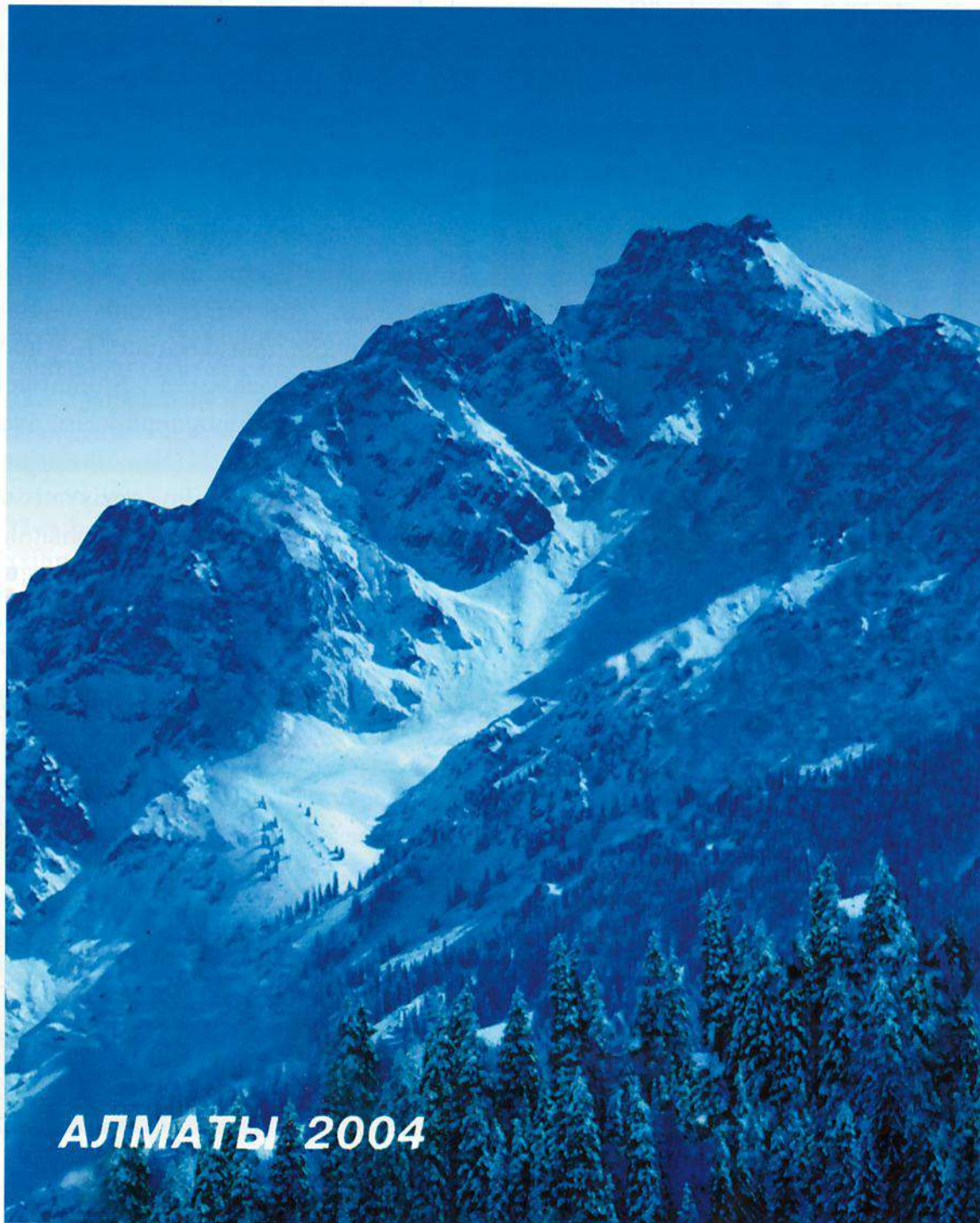


Krutixin V.A., Qarayev Z.İ., Trunin D.A.

yubiley konfransında və s. çoxsaylı məruzələr dinlənildi. Konfrans və Sammitdə Amerikadan, Almaniyadan, Azərbaycandan, Belorusiyadan, Qazaxıstandan, Qırğızıstandan, İngiltərədən, İsraildən, Gürcüstandan, Özbəkistandan və Ukraynadan gəlmiş alimlər maraqlı

elmi məruzələrlə çıxış etdilər. Beynəlxalq elmi konqresdə Azərbaycan Respublikasından ASA-nın məsul katibi t.e.d. Qarayev Z.İ. iştirak edirdi.

"KİDE - 2004" beynəlxalq sərgidə 42 şirkət öz məhsullarını təqdim edirdi.



АЛМАТЫ 2004

FDI - ın Avropa Regional təşkilatının plenar sessiyası Buxarest - 2004

Azərbaycan Stomatoloji assosiasiyasının nümayəndəsi R.Əliyev FDI -ın Avropa Regional Təşkilatının (ERO) 20-23 may 2004-cü ildə Buxarest şəhərində keçirilən Plenar Sessiyasının iclasında iştirak etmişdir.

ERO-Avropa xüsusi komissiya kimi



1955-ci ildə təşkil olunmuşdur və FDI-ın Avropa ölkələri üzvlərini özündə cəmləşdirmişdir.

1958-ci ildə bu komissiya Avropa



Regional Komissiyası adlandırılmışdı. 1965-ci ildə FDI-ın Baş Assambleyasında xüsusi qətnamə ilə FDI-ın tərkibində Avropa Regional Təşkilatı adlandırıldı.

Bu ilk regional təşkilat kimi yaradıl-

dıqdan sonra dünyada digər regional təşkilatların yaranmasında model kimi qəbul olundu: məsələn Latın Amerikası, Asiya-Sakitokean, Afrika və Şimalı Amerika regionları.

1965-ci ildə ERO-nun üzvü 12 ölkə idi. Hal-hazırda bu təşkilatın sıralarında 37 Avropa ölkəsi təmsil olunur. Müstəqil Azərbaycan Respublikası Ümumdünya Təşkilatlarında integrasiyaya yüksək önəm verməsini nəzərə alaraq Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası bu prinsipə uyğun olaraq, öz fəaliyyətini dünyadakı professional təşkilatlara üzv olmaqla onların fəaliyyəti ilə əlaqələndirir.

Buna misal olaraq ACA - 1998-ci ildə FDI-ya və 2003-cü ildə isə ERO-ya üzv seçilmişdir.

ERO-FDI-ın Buxarest şəhərində Plenar Sessiyasının keçirilməsi Rumıniya Respublikası Prezidentinin yüksək dəstəyi ilə baş tutmuşdur.

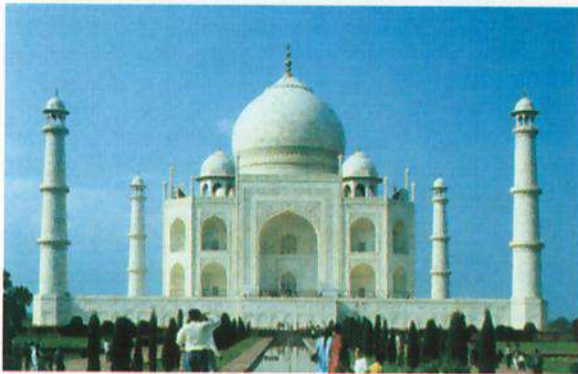
Plenar Sessiyada ERO-nun fəaliyyəti haqda Prezident cənab E. Schmoelker (Danimarka) hesabatla çıxış etdi. Təşkilat məsələlərinə baxıldı. Cənab Dr. P.Hesot (Fransa) Prezident-elekt, cənab Dr.P.Rusca (İsveçrə) baş katib seçilmişdir.

P l e n a r
Sessiyada
həmçinin
2005-ci ildə
A f i n a d a
keçiriləcək
P l e n a r
sessiyanın
proqramı
t ə s d i q
olundu.



HİNDİSTAN - 2004

Hindistan, 10-13 sentyabr 2004-cü ildə bütün dünya stomatoloqlarının paytaxtına çevrilmişdir. Nağıllarda olduğu kimi rəngarəng və gözəl Nyu-Dehli şəhərində Ümumdünya stomatoloqlarının (FDİ) illik konqresi öz işinə başladı. Konqreslə



yanaşı ilin ən böyük stomatoloji sərgisi stomatoloqların diqqət mərkəzində oldu. 3000 m² sahədə yerləşən bu sərgidə stomatoloji avadanlıq və materialların istehsalına görə dünyanın ən qabaqcıl 27 ölkəsindən 167 şirkət iştirak edirdi.

Konqresin elmi proqramı stomatologiyanın bütün bölmələrini əhatə edirdi. Bu konqresdə stomatologiyanın ənənəvi bölmələri ilə yanaşı stomatoloqların böyük marağına səbəb olan, bütün bəşəriyyəti narahat edən problemlər: QİÇS, kriminal identifikasiya, tütünün ağız boşluğu orqanlarına təsiri,

ağız boşluğu orqanlarının xərcəngi oldu. Bütün elmi proqram 40-dan artıq bölmədə keçirilən müəhazirələrdən və 162 açıq müzakirədən ibarət olmuşdur.

Konqresin təntənəli açılışı mərasimi sentyabrın 10-da İndira Qandi adına stadionda ənənəvi bayraq paradı ilə keçirildi.

Konqresdə Azərbaycan Stomatoloji Assosiyasını onun Prezidenti t.e.d. Əliyeva R.Q. təmsil edirdi.



Ünvan: Bakı şəhəri, 370033, Təbriz küçəsi, 102. tel:- 99412 441-20-81; faks 99412 441-20-81

Адрес: г. Баку, 370033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 441-20-81; факс 99412 441-20-81

Address: 102, Tebriz str: 370033 Baku Azerbaijan. tel: 99412 441-20-81; Fax: 99412 441-20-81

E-mail: asa@aznetmail.com

Məcmuə nəşrə "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya kompüterində yığılıb və səhifələnib. Bakı şəhəri Təbriz küç. 102. Tel: 441- 20- 81

Sifariş № 415. Tiraj 500. "OSKAR" nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

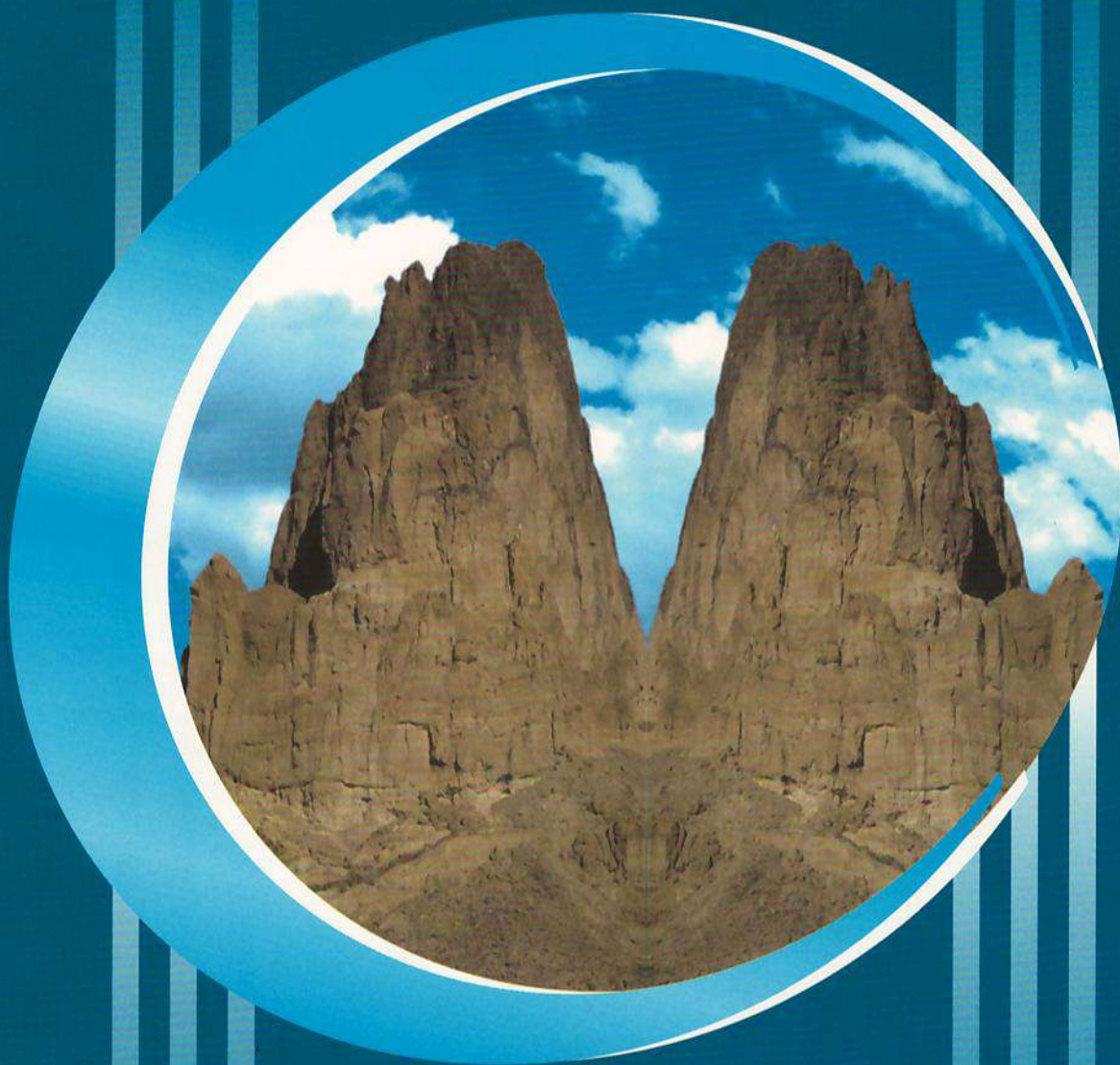
Tel: 430-23-10, 430-23-20

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

FDI Annual World Dental Congress
24 - 27 August 2005
Montréal Programme



MONTREAL 2005



ВЕСТНИК СТОМАТОЛОГИИ КАВКАЗА

№ 8-2004