

გადატვირთული გრაფიკი აქვთ. ამასთან, მორიგეობის მეორე დღეს უხდებოდა პაციენტების გეგმურად მიღება. მათ გადაბმულად დაახლოებით 30 საათის გატარება უხდებოდა კლინიკაში. თითოეული მორიგეობის დროს მიმღების ექიმს უნევს 30-40 პაციენტის მომსახურება. გარდა ამისა, შესაძლებელია გადაუდებელი ოპერაციებიც დაიგეგმოს, რის გამოც მთელი ღამის გატარება საოპერაციოში უხდებოდა. ექიმებს დასვენების კვებისა და ძილისთვის დრო არ რჩება.

ყურადსაღებია, რომ დასაქმებული პერსონალი ახალი სამუშაოს ძებნის მიზეზად ასახელებს ძირითად სამუშაო ადგილზე არადაამაკმაყოფილებელ სამუშაო გარემოს (39,8%-ოფთალმოლოგიის დეპარტამენტში და 20,6% - თერაპიის დეპარტამენტში, $P < 0,001$). ასეთი პასუხი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისითაც, რომ გამოკითხულები სამედიცინო განათლებით არიან და კარგად ესმით სამუშაო გარემოს მნიშვნელობა დასაქმებულებისთვის.

ამგვარად, ექიმ-ოფთალმოლოგთა შრომის პროცესი გამოირჩევა დიდი დატვირთვით (მძიმე და დაძაბული სამუშაოს შესრულებით), არანორმირებული სამუშაო დღით, მძიმე პაციენტებთან ურთიერთობის და რთული ოპერაციების ჩატარების გამო სტრესული დაძაბვით. ამასთან, საოპერაციოში მომუშავე პერსონალზე მოქმედებს ოპერაციის დროს გამოყენებული ხელსაწყოებით გენერირებადი ხმაური, ულტრაბგერა და ლაზერული გამოსხივება, საანესთეზიო საშუალებები და მედიკამენტები, რასთანაც მუდმივად აქვთ კონტაქტი.

ჩატარებული კვლევები საფუძვლად დაედება კომპლექსური გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავებას.

ლიტერატურა:

1. WHO. Health for all in the 21th century, 1998
2. WHO. Towards good practice in health, environment and safety management in industrial and other enterprises, 1999
3. Naghavi S.H., Shabestari O., Alcolado J. Post-traumatic stress disorder in trainee doctors with previous needle-stick injuries. *Occup Med (Lond)* 2013;63:260-265
4. Baseri B., Choi, J.J., Tung, Y., and Konofagou, E.E. Multi-modality safety assessment of blood-brain barrier opening using focused ultrasound and definity microbubbles: a short-term study. *Ultrasound Med Biol.* 2010; 36: 1445-1459
5. Carder M, Seed MJ, Money A, Agius RM, van Tongeren M. Occupational and work-related respiratory disease attributed to cleaning products *Occupational and Environmental Medicine*, 2015
6. Chatterjee A. Ryan W.G., Rosen E.S. Back pain in ophthalmologists. *Eye (Lond)* 1994;8 (Pt 4):473-474
7. Green A., Duthie H.L., Young H.L., Peters T.J. Stress in surgeons. *Br. J. Surg.* 1990;77:1154-1158
8. Vijayakrishnan G., Leong L., Chia S.E., Prevalence of cardiovascular risk factors among healthcare staff in a large healthcare institution in Singapore, Tamil Nadu, India; 2016
9. Coussios, C., Famy, C., Ter Haar, G., and Roy, R. Role of acoustic cavitation in the delivery and monitoring of cancer treatment by high-intensity focused ultrasound (HIFU), 2012

Tsimakuridze Maia, Jamaspishvili D.,
Kverenchkhiladze G., Khachapuridze N., Khunashvili N.

PECULIARITIES OF LABOUR PROCESS OF OPHTHALMOLOGIST

TSMU, DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH AND
OCCUPATIONAL MEDICINE

A complex study of ophthalmologists' working process revealed that it consists of a variety of diverse operations. It is also important to note that the working equipment used by the ophthalmologist generates a myriad of physical factors (such as different types of lasers, ultrasound, etc.). Labor, leisure and nutrition cycle of the researched class is substantially violated, which could have serious repercussions on their working capacity and health. It was established, that their working hours exceeded the norm in 85.3% of ophthalmologists researched, while 91% of medical personnel employed in therapy worked no longer than 8 hours a day ($P < 0,001$). At the end of the day personnel show signs of physical and mental exhaustion, most of the employed surveyed complaining about pain in spine, neck and shoulders. Most medical personnel leaving their employment stated unsatisfying working conditions as a primary reason.

საკითხის მოკლე მიმოხილვა

ცინცაძე თ.

კვილითა შინიჩივა ალკეზიურ-გოჭკოვანი
სისტემატი: მეთოდოლოგიური და
მეთოდური ასპექტები

თსსუ, პაროდონტოლოგიისა და პირის ღრუს
ლორწოვანი გარსის დაავადებათა დეპარტამენტი;
ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი „HBI-
dentImplant“

პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის ანთებითი გენეზის დაავადებები მნიშვნელოვან სამედიცინო-სოციალურ პრობლემას წარმოადგენს, რომელიც დღესაც არ კარგავს აქტუალობას. კბილების მორყევა პაროდონტის გენერალიზებული და ლოკალური ანთებითი დაავადებების ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი სიმპტომია, სხვა სიმპტომებთან ერთად [2]. როგორც ცნობილია, ძვალთან კბილი არ არის ისე ოსტეოინტეგრირებული, როგორც იმპლანტი; ამიტომაც იგი განიცდის ფიზიოლოგიურ მიკროექსკურსიას. ამ მორყევის ამპლიტუდით კი განისაზღვრება - მორყევა ფიზიოლოგიურია, თუ პათოლოგიური. კბილების მორყევა 0,2 მმ-ის დიაპაზონში მიეკუთვნება ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას. თუმცა, კბილების მობილურობას ისეთ კბილებში, რომლებსაც პაროდონტის ქსოვილებში არ აქვთ ანთებითი პროცესი, ორი ჰისტოლოგიური ფაქტორი განაპირობებს - პაროდონტის სიმაღლე და

პერიოდონტის იოგის სიგანე [3]. პათოლოგიური მორყევა კი III ხარისხისაა. მორყევის ხარისხი, თავის მხრივ, განისაზღვრება პინციტის, ან სპეციალური ინსტრუმენტის და თითის საშუალებით, მორყევის I ხარისხის დროს კბილი 1 მმ-ის დიაპაზონში ირყევა ვესტიბულურ-ორალური მიმართულებით, II ხარისხის მორყევის დროს - 1 მმ-მდე დიაპაზონში ვესტიბულურ-ორალური და მედიალურ-დისტალური მიმართულებით, III ხარისხის დროს - კბილი მოძრაობს კბილბუდეში ყველა მიმართულებით [1].

თანამედროვე სტანდარტებით, პაროდონტიტის ანთებითი გენეზის დაავადებების მკურნალობის შემდგომი გამოსავალი შეიძლება იყოს:

- სტაბილური პაროდონტიტი,
- პაროდონტიტი რემისიის ფაზაში.

სტაბილური პაროდონტიტი მდგომარეობაა, როდესაც პაროდონტიტის მკურნალობა იყო წარმატებული და აღარ აღინიშნება:

- ანთების კლინიკური ნიშნები, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ანთების შესაფასებელი პარამეტრების გაუარესების ტენდენცია,

- აღარ არის, ან უმნიშვნელოა BOP და PPD (BOP - სისხლდენა ზონდირებისას, PPD - ჯიბის სიღრმის განსაზღვრა),

- აღარ არის პროგრესირებადი დესტრუქცია,
- დიაბეტის შემთხვევები კომპენსირებულია და კონტროლდება,

- პაციენტი აღარ ეწევა თამბაქოს.

პაროდონტიტი რემისიის ფაზაში მდგომარეობაა, როდესაც პაციენტის სრული განკურნება ვერ მოხდა, თუმცა, პაროდონტის მდგომარეობა და პარამეტრები გაუმჯობესებულია:

- პერიოდულად აღინიშნება ანთების შესაფასებელი კლინიკური პარამეტრების გაუარესება,

- პაციენტი პერიოდულად საჭიროებს მკურნალობას [4].

ამ ორი მდგომარეობის მიღწევა კი III ხარისხის მორყევის დროს კბილების მოძრაობის სტაბილიზაციის გარეშე შეუძლებელია. მორყეული კბილების და მათი ფუნქციის შენარჩუნებისთვის გამოიყენება სხვადასხვა ტიპის შინირება. ავტორთა აზრით, შინირება:

- უზრუნველყოფს ლეჭვითი დატვირთვის თანაბარ გადანაწილებას პაროდონტსა და კბილებს შორის,

- ზღუდავს უკვე დაზიანებულ კბილებზე და ქსოვილებზე ზემოქმედების შესაძლებლობას,

- უზრუნველყოფს კომპლექსური თერაპიული მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდას,

- ხელს უწყობს პერიოდონტის ქსოვილებში რეპარაციული ცვლილებების სტიმულირებას [5].

კბილთა მკურნალობის განვითარების ისტორიაში კბილების იმობილიზაცია ერთ-ერთ უძველეს პროცედურას წარმოადგენს. არქეოლოგიური გამოკვლევებით, ჯერ კიდევ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე XII საუკუნეში ეტრუსკთა ტომები ახდენდნენ შინირებას, რისთვისაც მასალად იყენებდნენ ოქროს მავთულს და რგოლებს. 1723 წელს კი რ. ფაუხარდი თავის კბილთა მკურნალობის ტრაქტატში წერდა მაშინირებელ პროცედურებზე, სადაც იგი ახდენდა მორყეული კბილების ლიგატურულ იმობილიზაციას. XX საუკუნეში შინირებისათვის მრავალფეროვანი მასალა გამოიყენებოდა, ხოლო შემდგომ შინირების მეთოდის სრულყოფა დაკავშირებულია სტომატოლოგიური მასალების დახვეწასა და გაუმჯობესებასთან [1].

კომპოზიციური საბუნი მასალების, კბილის მაგარი ქსოვილების ადჰეზივების და, აგრეთვე, ბოჭკოვანი არმირებადი ადჰეზიური სისტემების შემუშავებამ რევოლუცია მოახდინა სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში.

ამ სისტემების წარმოებამ შესაძლებლობა მისცა სტომატოლოგებს პაციენტისათვის გაეწიათ სწრაფი, ეფექტური და ესთეტიკური სტომატოლოგიური დახმარება და, ამასთან, ეს დახმარება არ იყო დაკავშირებული სატექნიკო ლაბორატორიებთან [6,7,8].

დღეს მეცნიერებამ მიაღწია დიდ წარმატებას მსუბუქი და ძალიან მდგრადი შინირებისათვის განკუთვნილი მასალების წარმოებაში, რომელთაც საფუძვლად უდევს მინის, კერამიკული, პოლიმერული და ნახშირბადის ბოჭკოები.

მყარი სალიგატურე მასალების გამოყენებით შინირების პროცედურის ჩატარების ტექნოლოგიურ ეტაპებზე არ ხდება პირის ღრუს კლინიკური სურათის აბსოლუტური გათვალისწინება, კერძოდ, ფრონტალური კბილების გვირგვინების სიმაღლის და მათი გადახრის ხარისხის. ამიტომაც, აქტიურად რჩება საკითხი ბიომექანიკური მიდგომის შესახებ. ამ მიდგომას კი უზრუნველყოფენ სწორედ მაღალი ელასტიურობის მქონე კბილთაშორისი მაშინირებელი მასალები, და არა მყარი სალიგატურე საშუალებები. მაღალი ელასტიურობის მქონე მასალა კი უზრუნველყოფს კბილების მიკრო- და ბიოლოგიურ მოძრაობას კბილბუდეში, ლეჭვითი ძალის თანაბარ გადანაწილებას, ასევე ერთავს პერიოდონტულ-კუნთოვანი რეფლექსს ლეჭვითი დატვირთვის გადანაწილების დროს. ამას გარდა, მათ აქვთ კონსტრუქციის მთლიანობის შენარჩუნების უნარი ლეჭვითი დატვირთვის ზენოლის შედეგად და სამკურნალო მანიპულაციების ჩატარების შემდგომ, უზრუნველყოფენ შინის მაღალი ესთეტიკური და ფუნქციური თვისებების შენარჩუნებას ხანგრძლივად [5,9,10].

მუდმივი მოუხსნელი არტაშნის ჩვენებას წარმოადგენს:

- პაროდონტიტის მკურნალობის კომპლექსში პირველადი და მეორადი ტრავმული ოკლუზიის დროს მორყეული (II-III ხარისხის) კბილების შინირება,

- გადაუდებელი პროთეზირება - საჭრელი კბილის ექსტრაქციის დროს, მისი გვირგვინოვანი ნაწილის გამოყენებით,

- კბილების იმობილიზაცია ტრავმული ამოვარდნილობის დროს,

- ორთოდონტიული მკურნალობის ეფექტის დაფიქსირება (როგორც რეტინერი).

მუდმივი მოუხსნელი არტაშნის საბაზისო მოდელი შედგება კარკასისა და სხვიგამყარებადი კომპოზიტისაგან.

პაროდონტული არტაშნის კარკასი ქიმიური შემადგენლობის მიხედვით 3 სახისაა:

- არაორგანული მატრიცა - მინაბოჭკოვანი და კერამიკული: Fiber Splint (Polydentia), Glas Span (Glass span); Splint it (Jeneric, Pentron) და სხვ.

- ორგანული მატრიცა პოლიეთილენი: Ribbond (Ribbond), Connect (Kerr);

- მეტალის საფუძველზე დამზადებული მატრიცა: Splint-mat-Fine (Pulpdent) და Splint-lock (Coltene/Whaledent) [1].

თანამედროვე პაროდონტოლოგიურ პრაქტიკაში მორყეული კბილების იმობილიზაციისათვის დაინყეს მაღალი ხარისხის ადჰეზიის უნარის მქონე, ადჰეზიური ტექნოლოგიის საარმატურე მასალები გამოყენება, რომლებიც სხივგამყარებადი, დენადი კომპოზიტებით გალჟენტის შედეგად წარმოქმნიან მყარ, მტკიცე კარკასს.

მუდმივი მოუხსნელი არტაშნის საშუალებით, ძირითადად, ხდება ზედა, ქვედა ყბის მორყეული ფრონტალური კბილების იმობილიზაცია ეშვიდან ეშვამდე, თუმცა, შესაძლებელია პრემოლარების და მოლარების იმობილიზაციაც [1, 11, 12].

ფრონტალურ კბილებზე მუდმივი არტაშნის დაფიქსირების ორი მეთოდი არსებობს:

- ექსტრაგვირგვინოვანი (პრეპარირების გარეშე),
- ინტრაგვირგვინოვანი (კბილების პრეპარაციით).

მხოლოდ ქვედა ყბის ფრონტალური კბილების I ხარისხის მორყევის დროს შესაძლებელია ექსტრაგვირგვინოვანი შინიერების ჩატარება, რომელიც არ საჭიროებს კბილების პრეპარირებას ორალური მხრიდან და ხორციელდება მხოლოდ უპრიზმო მინანქრის ზედაპირული ფენის მოცილება სპეციალური აბრაზიული ინსტრუმენტების საშუალებით, შემდგომ კი - ქიმიური გრავირება. II-III ხარისხის მორყევის დროს კი აუცილებელია 1-1,5 მმ სიღრმის ღარის ფორმირება კბილების ორალურ ზედაპირზე. ზედა ყბის ფრონტალური კბილების იმობილიზაცია აუცილებლად საჭიროებს ღარის ფორმირებას სამივე ხარისხის მორყევის დროს (ინტრაგვირგვინოვანი მეთოდი).

პრემოლარების და მოლარების იმობილიზაციისათვის ღარის ფორმირება ხორციელდება სალექს ზედაპირზე. ამ შემთხვევაშიც არტაშნის საფიქსაციოდ გამოყენებული კიდურა კბილი სტაბილური უნდა იყოს.

შინიერების სხვადასხვა კლინიკურ სიტუაციაში გარკვეული თავისებურებები არსებობს. კერძოდ, III ხარისხის მორყევის დროს არტაშანი კეთდება პაროდონტულ ქირურგიამდე, I-II ხარისხის მორყევისას - ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ. ყველა შემთხვევაში, მორყეული კბილები ერთ ბლოკში ექცევა და არტაშანი ფიქსირდება სტაბილურ კბილებზე. ამასთან, პრეპარირდება ამ უკანასკნელის ორალური ზედაპირის მხოლოდ 2/3-ი.

პრემოლარებისა და მოლარების შინიერებით ხორციელდება მორყეული კბილების მოძრაობის შეზღუდვა მეზიოდისტალური და, ნაწილობრივ, ლოყა-ენის მიმართულებით. ფრონტალური კბილების იმობილიზაცია უზრუნველყოფს მათი მორყევის შემცირებას ორალურ-ვესტიბულური მიმართულებით [3, 8, 11].

მორყეული კბილების იმობილიზაციისათვის ჩვენს კლინიკაში გამოიყენება "Ribbond", ისევე, როგორც სხვა ადჰეზიური ტექნოლოგიები. ქვემოთ წარმოდგენილია ამ მასალის ფიზიკურ-ქიმიურ, ტექნოლოგიურ ასპექტები. „Ribbond“ არის ბიომეთავსებადი პოლიმერული ბოჭკოვანი მასალა, დამზადებული

ზემტკიცე, მაღალორიენტირებული პოლიეთილენისგან. მსგავსი ბოჭკოვანი მასალები გამოიყენება ბარძაყისა და მუხლის ხელოვნური სახსრის დამზადების ტექნოლოგიაში, ასევე, კოსმოსური ხომალდების, წყალქვეშა ნაგების და ტყვიაგაუმტარი ქურთუკების დასამზადებლად. როგორც აღინიშნა, რიბონდი მაღალი მოდულის მქონე მასალაა; ამ პოლიმერული მასალის სიმტკიცის მოდული 2,5-ჯერ აღემატება მინის სიმტკიცის მაჩვენებელს და სულ რაღაც 1/6-ით ნაკლებია უჟანგავი ფოლადის სიმტკიცის მოდულის მაჩვენებელზე; ხაზობრივი დაგრძელება - 2,8%, წყლის შთანთქმა - არანაკლებ 1%, დნობის ტემპერატურა - 147°C. რიბონდი ქიმიური თვისებებით ბიოინერტულია და აქვს სტრუქტურის შენარჩუნების უნარი ექსტრემალურ პირობებში. რიბონდის ბოჭკოები განსხვავდება სინათლის შთანთქმის მაღალი უნარით, რაც 20-ჯერ აღემატება მინის და გრაფიტის შთანთქმის უნარს. ის ძალიან პლასტიკურია, რაც უზრუნველყოფს მის კარგ ადაპტაციას როგორც კბილის ზედაპირზე, ისე აპროქსიმალურ სივრცეში.

პაროდონტოლოგიური დანიშნულების მიხედვით გამოდის 2, 3, 4 მმ სიგანის და 3.5 მმ-იანი სისქის ზონრების სახით. სპეციფიკური ტექნოლოგიური დამუშავების შედეგად, ბოჭკოვანი პოლიმერული მასალის - რიბონდის ზედაპირი არის ძალზე ფოროვანი (მასის 85%-მდე), რაც მაქსიმალურად ზრდის ადჰეზიურ სისტემასთან კონტაქტის ფართობს. ნაკლი კი არის ის, რომ, მისი გადაჭრის შემთხვევაში, ზონრის კიდე გადაჭრის ადგილას შეიძლება დაიშალოს, რაც ცუდად იმოქმედებს კონსტრუქციის ექსპლუატაციის ვადებზე, ამიტომ ზონრის გადასაჭრელად საჭიროა სპეციალური მაკრატელი; წინააღმდეგ შემთხვევაში გადაჭრის ადგილი წინასწარ უნდა იქნას ადჰეზიური სისტემით დამუშავებული და პოლიმერიზებული, რაც გამოორიცხავს სამუშაო ნაწილის განაპირა კიდის დაშლას [13, 14].

არტაშნის დამზადების ძირითადი სქემა ასეთია:

- პაციენტის მოტივაცია და ინდივიდუალური ჰიგიენის წესების ინსტრუქტაჟი (ინტრადენტური ზღარბუნების და ირიგატორის გამოყენების აუცილებლობა),

- პაროდონტიტის კონსერვატული მეთოდებით მკურნალობის შემდგომ რბილი და მაგარი ნადების მოცილება ულტრაბგერითი აპარატით, აპროქსიმალური ზედაპირების დაბალაბრაზიული, პოლირებადი შტრიფსებით დამუშავება; არაფტორირებული, აბრაზიული პასტით ან ქვიშა-ჭავლოვანი აპარატით კბილის ზედაპირის პოლირება,

- საჭიროების შემთხვევაში - ადგილობრივი გაუტიკვარება,

- საოპერაციო ველის იზოლაცია კოფერდამის სისტემით,

- ღარის პრეპარირება და ფორმირება (ინტრაგვირგვინოვანი მეთოდით) II-III ხარისხის მორყევის დროს ფრონტალურ კბილებზე ორალური მხრიდან, ეკვატორის დონეზე ღარის პრეპარირება ბორების საშუალებით (1-1,5 მმ-ს სისქის),

- სამუშაო სივრცის განსაზღვრა ფოლგის ლენტის დახმარებით უშუალოდ პირის ღრუში, ან სამუშაო მოდულზე,

- საჭირო ზომის მინა-ბოჭკოვანი ლენტის გადაჭრა

კბილთა შინირების ძირითადი კლინიკური ეტაპები:



სურ. №1. პროფესიული ჰიგიენა აირ-ჭავჭავოვანი აპარატით



სურ. №2. პრეპარირების შემდგომი კლინიკური სურათი



სურ. №3. სამუშაო სიგრძის განსაზღვრა ფოლგის საშუალებით



სურ. №4. არმირებადი ლენტის ადაპტაცია ეტაპობრივი პოლიმერიზაციით



სურ. №5. არმირებადი ლენტის საიმედო გადაფარვა და მოდელირება კომპ. საბჭ. მასალით



სურ. № 6, 7, 8. კომპოზიტის ზედაპირის ფინირება და პოლირება



სურ. № 9, 10. ადჰეზიურ-ბოჭკოვანი შინირების საბოლოო კლინიკური სურათი

ანანყოში არსებული სპეციალური მაკრატლის საშუალებით (ვინაიდან ეს მასალა დამზადებულია მაღალმოლეკულური პოლიეთილენის ძაფებისაგან, მისი გადაჭრა ჩვეულებრივი მაკრატლით არ არის შესაძლებელი),

- პრეპარირებული კბილების ქიმიური გრავირება ორთოფოსფორმუაგის გამოყენებით 1 წთ-ის განმავლობაში, ჩამორეცხვა (მეშვიდე თაობის ადჰეზიური სისტემების გამოყენების შემთხვევაში ქიმიური გრავირება საჭირო არ არის),

- პრეპარირებულ კბილებზე ადჰეზივის აპლიკაცია, პოლიმერიზაცია - 40 წმ,

- პრეპარირებულ ლარში დენადი კომპოზიციური მასალის თხელი ფენის მოთავსება,

- საჭირო სიგრძის არმირებადი ლენტის დამუშავება, გაჯირჯება "CERAMACE Modeling Liquid"-ით (უნიფიცირებული ფისით ან ადჰეზივით),

- დამუშავებული არმირებადი ლენტის პრეპარირებულ ლარში მოთავსება და მისი საიმედო ადაპტაცია როგორც ლარში, ასევე პროქსიმალურ ზედაპირებზე სპეციალური ინსტრუმენტის ან ზონდის საშუალებით, ეტაპობრივი 1-2 წმ-იანი პოლიმერიზაციით თითოეულ კბილზე, საბოლოო პოლიმერიზაცია 20 წმ-ის განმავლობაში,

- თითოეული კბილის მიდამოში არმირებადი ლენტის საიმედო გადაფარვა, კონდენსირება და კომპოზიტით მოდელირება, პოლიმერიზაცია,

- კომპოზიტის ზედაპირების ფინირება და პოლირება საყოველთაოდ მიღებული წესით,

- მინის მდგომარეობის და პირის ღრუს ჰიგიენის კონტროლი ყოველ 6 თვეში ერთხელ.

ლიტერატურა:

1. ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., ჯაში ლ., გოგიშვილი ხ. პაროდონტოლოგია, 2014, გვ. 91-92
2. Baelum V., Lopez R. Periodontal disease epidemiology – learned and unlearned? *Periodontol* 2000. 2013 June; 62(1) 37-58;
3. Fine PH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 2018, 45 (Suppl. 20); 595-S111.
4. Chapple LC, Mealey BI et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report of workgroup 1 of the 207 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J. Clin. Periodontol.* 2018; 45 (suppl. 20): 568-577.
5. Valyi P., Ciozzo I., Kocsis A., Kiss E., Toth A. Direct application of fiber-reinforced composites in splinting in a case of periodontitis. *II Fogorv Sz-2003- Feb.*; 96(1), -p. 29-32.
6. Дворникова Т.С. Волоконное армирование в повседневной клинической практике. Часть 1. Пародонтальное шинирование // *Институт стоматологии*, 2009 - №3, с. 1-3.
7. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили - М. МЕД пресс –информ, 2007, 248с.
8. Пархамович С.Н. Применение адгезивных шин для стабилизации подвижных зубов при

комплексном лечении заболеваний периодонта / *Современная стоматология*, 2007, №1, с. 90-95.

9. Splinting – A Healing Touch for an Ailing Periodontium / M.S. Puri, S. Luthra, H.S. Grover, A. Gupta, N. Puri / *Journal of oral health and Community Dentistry-2012 N 6(3) September* –pp. 145-148.

10. Strassler H.E. Tooth Stabilization Improves Periodontal prognosis: A Case Report// *A Peer-Reviewed GE Activity by Dentistry Today*: 2011 - Course Number: 117-13p.

11. Popovici A./ Rehabilitation using endodontic and adhesive techniques in periodontal disease. Case presentation / Popovici A., Seceleanu R., Roman A.// *OHDMBSC – Vol. VII – Supplement – June, 2008*, pp. 20-22.

12. Schulz A., Hilgers R.D., Niedermeier W. The effect of splinting of teeth in combination with reconstructive periodontal surgery in humans// *Clin. Oral Investing-2000N 4(2)*, -pp. 98-105.

13. Heinz B. Fabrication and strategic significance of a special resin composite splint in advanced periodontitis // *Quintessence International – 1996 – Vol. 27.* –pp. 234-238.

14. Strassler H.F., Brown C.// Periodontal splinting with a Thin-High-Modulus Polyethylene Ribbond // *Compendium/ August 2001, Vol. 22, No. 8,* -pp. 610-620.

BRIEF REVIEW OF THE TOPIC

Tsintsadze T.

OVERVIEW OF THE METHODOLOGY AND CLINICAL CASE OF TOOTH SPLINTING WITH ADHESIVE-FIBER SYSTEMS

TSMU, DEPARTMENT OF PERIODONTAL AND ORAL DISEASES; GEORGIAN-GERMAN IMPLANTATION CENTRE "HBI-dentImplant"

Diseases of the inflammatory genesis of the periodontal tissue complex represent an important medico-social problem, which is still relevant today. Tooth mobility is one of the most important symptoms of periodontal generalized and local inflammatory diseases, along with other symptoms. By modern standards, outcome after the treatment of inflammatory diseases of periodontitis is stable periodontitis or periodontitis in phase of remission. Achieving these two conditions is impossible without stabilizing the movement of the teeth during grade III tooth mobility. The issues of periodontal splinting, chemical composition, fixation methods on frontal and chewing teeth, clinical stages of whole process, as well as the physical-chemical and technological aspects of fiber, splinting material "Ribbond" are discussed in this article