

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.716.4-001.5-07

Чжан Ш., Петрук П.С., Медведев Ю.А.

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ТЕЛА И УГЛА: СТРУКТУРА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ. ЧАСТЬ I

ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва

В статье отражены аспекты актуальной проблемы эпидемиологии и принципы диагностики переломов нижней челюсти. В связи со сложностью механизмов травмы и их получения, многообразием клинических проявлений, ограниченными знаниями пациентов об их травме диагностика и лечение таких повреждений, порой, затруднены. Детальное обследование с применением современных методик визуализации и постановка точного диагноза служат залогом успешного лечения, а также способствуют профилактике осложнений у рассматриваемой категории пациентов.

Ключевые слова: нижняя челюсть; перелом; эпидемиология; диагностика; обзор.

Для цитирования: Чжан Ш., Петрук П.С., Медведев Ю.А. Переломы нижней челюсти в области тела и угла: структура, эпидемиология, принципы диагностики. Часть I. Российский стоматологический журнал. 2017; 21 (2): 100-103. DOI 10.18821/1728-2802.2017.21(2).100-103

Chzhan Sh., Petruk P.S., Medvedev Yu.A.

FRACTURES OF THE MANDIBLE AT THE BODY AND ANGLE REGION: PATTERNS, EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSTIC PRINCIPLES. PART I.

The article reflects the aspects of epidemiology and principles of diagnosis in mandibular fractures. The problem remains relevant today. Due to the complexity of the mechanisms of the injury and their acceptance, a variety of clinical manifestations, the limited knowledge of the patients about their injury, the diagnosis and treatment of these injuries sometimes are difficult. Detailed examination with modern imaging techniques and accurate diagnosis are the key points in successful treatment and prevention of complications in this category of patients.

Keywords: mandible; fracture; epidemiology; diagnosis; review.

For citation: Chzhan Sh., Petruk P.S., Medvedev Yu.A. Fractures of the mandible at the body and angle region: patterns, epidemiology, diagnostic principles. Part I. Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2017; 21 (2): 100-103. DOI 10.18821/1728-2802.2017.21(2).100-103.

For correspondence: Petruk Pavel Sergeevich, assistant Professor, Department of oral and maxillofacial surgery of the faculty of dentistry of First Moscow state University I.M. Sechenov, E-mail: petruk_pavel@yahoo.com

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 24.01.17

Accepted 28.02.17

Введение

В экономически развитых странах частота травм и несчастных случаев занимает 3-е место в структуре причин смертности (после сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований), 2-е – среди причин первичной инвалидности и заболеваний с временной нетрудоспособности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от травм умирают до 300 тыс. человек трудоспособного возраста и более 7 млн травмированных становятся инвалидами [1].

Цель статьи – анализ литературных данных в области челюстно-лицевой хирургии по вопросам структуры и эпидемиологии, а также рассмотрение принципов диагностики переломов нижней челюсти.

Для корреспонденции: Петрук Павел Сергеевич, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, E-mail: petruk_pavel@yahoo.com

Статистика травм челюстно-лицевой области

В последние годы в структуре общего травматизма увеличился удельный вес челюстно-лицевой травмы (ЧЛТ); пациенты из городов с переломами костей лицевого черепа составляют до 40% госпитализированных [2]. Это свидетельствует о медицинской и социальной значимости данной патологии. Согласно эпидемиологическим исследованиям, наиболее частыми причинами ЧЛТ становятся дорожно-транспортные происшествия (43,9%) и нападения (26,7%). Другие причины в порядке убывания: ЧЛТ от падения (16,5%), несчастные случаи на производстве (9,5%), спортивные травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) (3,18%). По другим данным, среди причин ЧЛТ на 1-м месте находится бытовая травма (82,7%), а дорожно-транспортная составляет 11,8%; при этом уменьшение количества пациентов, получивших ЧЛТ на производстве, связывают со спадом последнего в постсоветских странах и нынешними кризисными явлениями в экономике разных стран [3]. Как свидетельствуют данные специализированных челюстно-лицевых клиник, дорожно-транспортная травма и травма при падении с вы-

соты отличаются от других видов ЧЛТ множественностью и наибольшей тяжестью переломов костей ЛЧ [4]. Кроме того, большинство пациентов с ЧЛТ трудоспособного возраста, что определяет социальную значимость данной патологии. Согласно эпидемиологическим данным, преобладающее число пострадавших относятся к возрастной категории 21–30 и 31–40 лет (28,5 и 26,6% соответственно), тогда как в возрастных группах 15–20 и 41–50 лет частота ЧЛТ имеет сопоставимые уровни (16,7 и 15,7% соответственно), а в группе 51–60 лет составляет 9,1% и уменьшается в возрастном периоде после 60 лет (3,3%).

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что переломы нижней челюсти (НЧ) занимают ведущее место среди повреждений лицевого черепа [5–7]. Пациенты этой категории составляют от 67 до 87% госпитализированных по поводу травм тканей ЧЛО [8–10]. При этом у 60% отмечают односторонний перелом НЧ [11], из них у 20,2% переломы тела НЧ [3]. Двусторонние переломы НЧ составляют более 40%, что обусловлено формой кости (в виде «подковы») и двойной фиксацией ее у основания черепа [12]. У 32,5% пациентов с переломами НЧ имеют место переломы в области угла [11]. Высокая частота таких переломов обусловлена анатомо-физиологическими особенностями НЧ, а также многообразием местных и общих причин, что приводит к развитию большого числа (30% и более) [13, 14]. Довольно часто среди переломов НЧ встречаются ангулярные в сочетании с переломами тела челюсти (22,7%) и одновременные переломы тела челюсти и суставного отростка (10%) [11]. Переломы обеих челюстей регистрируют в 2,4% случаев повреждений ЛЧ [2], при этом переломы костей средней зоны ЛЧ в 13,9% общего числа переломов ЧЛО [6], они в последнее время имеют тенденцию к ежегодному приросту частоты в пределах 20% [15]. У женщин чаще встречаются переломы костей носа (23,7%), зубов (22,7), альвеолярного отростка ВЧ (20%), у мужчин – НЧ (травма у мужчин, как правило, более тяжелая и множественная) [12]. Среди предрасполагающих причин получения травм ЧЛО – как изолированных, так и сочетанных – злоупотребление алкоголем занимает ведущее место [16, 17]. Сочетание алкогольного опьянения с ЧЛТ регистрируют в 12,8–70%. У данного контингента, несмотря на развитие новых методов лечения и реабилитации, частота осложненного течения остается достаточно высокой [18].

Таким образом, вопрос травматизма ЧЛО не утратил своей актуальности, а рост количества ЧЛТ и их удельного веса в показателях общего травматизма, а также сохранение высокого уровня летальности и инвалидизации этой категории пациентов являются научно-медицинской и социально значимой проблемой, находящейся на стыке ряда медицинских специальностей. Это требует обоснования алгоритмов лечебной тактики стоматологов, челюстно-лицевых хирургов для учета общих и местных реакций на ЧЛТ в системе индивидуализации лечения. Группы факторов, рассматривающихся в качестве индикаторов осложненного течения повреждений ЛЧ – демографические, конституционально-биологические, метаболические, факторы биомеханической сочетанности повреждений ЛЧ, др.

Клиника, диагностика переломов тела нижней челюсти

Неогнестрельные переломы НЧ в основном считают открытыми при локализации в пределах зубного ряда, а также при нарушении целостности кожных покровов. Переломы в пределах зубного ряда обычно открыты в полость рта в результате разрыва десны, плотно прилегающей к альвеолярному отростку. Выделяют следующие виды переломов: полные и неполные (трещина), одинарные, двойные и множественные; одно- и двусторонние; линейные и оскольчатые; с наличием зубов на отломках и при отсутствии зубов. Неогнестрельные переломы практически никогда не сопровождаются образованием дефекта костного вещества.

По данным литературы, переломы НЧ чаще всего встречаются в области ее углов (57–65%), малых коренных зубов и клыков (16–18%), больших коренных зубов (14–15%) и реже – в области резцов.

Практически перелом НЧ может возникнуть на любом ее участке, поэтому схематическое представление о преимущественной локализации переломов НЧ в области угла и подбородочных отверстий, а также других местах «наименьшего сопротивления» необходимо признать условным [2].

Значительную частоту переломов в области углов НЧ можно объяснить превалированием в настоящее время бытовой травмы, при которой удар приходится наиболее часто в область подбородка и углов НЧ, т. е. в переднезаднем и боковом направлениях. Нижняя челюсть – плоская кость, однако говорить о наличии мест наименьшего сопротивления отдельных ее участков лишь на основании анатомической структуры, не учитывая направления и места приложения травмирующей силы, не стоит.

В зависимости от локализации переломов НЧ существуют особенности прохождения линии перелома, смещения отломков и рентгенологический картины. Среди факторов, влияющих на смещение отломков, помимо направления действующей травмирующей силы и веса самого отломка, большое значение имеет тяга мышц, прикрепляющихся к отломку. Плоскость перелома в области фронтальных зубов располагается преимущественно косовертикально. При повреждении бокового отдела линия проходит чаще вертикально, при этом меньший отломок смещается вверх, а большой – вниз под действием мышц, опускающих НЧ. Травмы боковых отделов НЧ с косой линией перелома характеризуется отсутствием смещения отломков. Переломы в области угла (как и перелом в области фронтальной группы зубов) чаще всего имеет косовертикальное направление и нередко проходит через лунку 3-го моляра или между 2-ми и 3-ми молярами. Двусторонние переломы нижней челюсти в боковых отделах сопровождаются смещением срединного отломка вниз и кзади, фронтальные зубы наклоняются вперед. Боковые отломки под действием височной и медиальной крыловидной мышц смещаются вверх, а за счет тяги латеральной крыловидной мышцы – кнутри [19].

Особенность производственной травмы в том, что травмирующий предмет движется с гораздо большей скоростью, чем при бытовой. Поэтому повреждение НЧ локализуется непосредственно в месте приложения действующей силы, а остальные ее участки в силу инерции не претерпевают значительных деформаций на излом, разрыв или сжатие. В силу этого производственные переломы обычно прямые с раздроблением участка челюсти. Если же травмирующее действие сравнительно медленное (сжатие челюсти), перелом происходит, как и при бытовой травме, т. е. не только в месте приложения силы, но и в отдаленных участках, даже на противоположной стороне [2].

Лучевое обследование пациентов с повреждениями НЧ следует начинать с ортопантомографии, а при ее недостаточной информативности для уточнения изменений пострадавших показана дентальная объемная томография или спиральная компьютерная томография [19–22].

Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) – это новая технология, предоставляющая отоларингологу, челюстно-лицевому хирургу и врачу-стоматологу возможность анализировать трехмерные рентгеновские изображения ЛОР-органов и зубочелюстной системы самостоятельно, так как при выполнении конусно-лучевой томографии «сырые» данные архивируют совместно со специализированной программой просмотра компьютерной томографии, в которой есть возможность самостоятельного анализа трехмерных реконструкций на обычном персональном компьютере [23–26].

КЛКТ – наиболее безопасный и информативный метод лучевой диагностики патологии челюстно-лицевой области. Как и любой метод, КЛКТ имеет показания и противопоказания к применению. Сопутствующее программное обеспечение позволяет лечащему врачу самостоятельно анализировать трехмерное качественное изображение интересующей его области. Особенности конусно-лучевой томографии позволяют при минимальной лучевой нагрузке получить наиболее качественное изображение твердых и относительно качественное изображение мягких тканей челюстно-лицевой области [25].

Заключение

Переломы нижней челюсти – распространенная проблема в urgentной челюстно-хирургии. Изменение контуров нижней трети лицевого черепа за счет смещения фрагментов, выраженный болевой компонент, развитие гнойной инфекции, а также несвоевременная специализированная помощь, которая приводит к формированию стойких посттравматических деформаций, как правило, вызывают значительные функциональные и эстетические нарушения. Для определения тактики хирургического лечения немаловажным этапом является выполнение правильной диагностики переломов нижней челюсти, которые имеют свои особенности в зависимости от локализации, кратности, а также наличия сопутствующих повреждений. Поэтому на современном этапе развития челюстно-лицевой хирургии в диагностическом алгоритме неотъемлемыми составляющими стали такие лучевые методы исследования, как спиральная компьютерная томография и конусно-лучевая компьютерная томография.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Масна-Чала О.З. Мікробіологія і антибактеріальна терапія флегмон щелепно-лицевої ділянки. *Науковий вісник Ужгородського державного університету: серія Медицина*. 2005; 24: 134–6.
- Бернадский Ю.И. *Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области*. М.: Медицина; 2006.
- Кенбаев В.О. *Травматология челюстно-лицевой области*. Шымкент: Медицина; 2006.
- Myer C. Trauma of the larynx and craniofacial structures: airway implications. *Pediatr. Anesthesia*. 2004; 14: 103–6.
- Тимофеев А.Н., Шалыга В.Г., Коваленко В.В. Анализ травматических повреждений нижней челюсти по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Главного военного госпиталя. *Вестник стоматологии*. 1997; 3: 472–3.
- Матрос-Таранец И.Н., Калиновский Д.К., Алексеев С.Б., Хахелева Т.Н. Планирование реконструктивно-восстановительных операций в челюстно-лицевой области с использованием современных методов лучевой диагностики, компьютерных технологий и телемедицины. *Травма*. 2006; 7 (1): 51–6.
- Martin C.G., Spein D.A., Richardson J.D. Do facial fractures protect the brain or are they a marker for severe head injury. *Amer. Surg.* 2002; 68: 477–81.
- Ивасенко П.И., Журко Е.П., Чекин А.В., Конвай В.Д., Анисимова Т.М. Комплексное лечение воспалительных осложнений переломов нижней челюсти с использованием иммуномодулятора и регионарной лимфотропной терапии. *Клиническая стоматология*. 2007; 4: 44–5.
- Калиновский Д.К., Матрос-Таранец И.Н., Алексеев С.Б., Хахелева Т.Н. Совершенствование оказания медицинской помощи на этапах лечения и реабилитации пострадавших с травмами челюстно-лицевой области. *Травма*. 2006; 7 (3): 383–9.
- Маланчук В.О., Усенко С.А., Копчак А.В., Гордйчук М.А., Долінська Н.О. Антимікробна дія поліфенолів винограду в комплексному лікуванні переломів нижньої щелепи. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2007; 7 (1–2): 291–3.
- Локес Е.П. Частота переломов нижней челюсти и методы их лечения. *Вісник УМСА*. 2004; 6 (4): 116.

- Саврасова Н.А., Тихомирова Т.Ф., Сергеева И.И., Рожковская В.В. Рентгенодиагностика травматических повреждений челюстно-лицевой области. *Белорусский медицинский журнал*. 2005; 2.
- Инкарбеков Ж.Б., Джунусова Г.И. Применение озона для профилактики воспалительных осложнений после остеосинтеза нижней челюсти. *Клиническая стоматология*. 2007; 4: 88.
- Gorgu M., Deren O., Sakman B., Ciliz D., Erdogan B. Prospective comparative study of the range of movement of temporomandibular joints after mandibular fractures: rigid or non-rigid fixation. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg.* 2002; 36: 356–61.
- Kucik C.J., Clennet T., Phelan J. Management of Acute Nasal Fractures. *American Family Physician*. 2004; 70 (7): 1315–20.
- Cunningham R.M., Maio R.F., Hill E.M., Zink B.J. The effects of alcohol on head injury in the motor vehicle crash victim. *Alcohol and Alcoholism*. 2002; 37 (3): 236–40.
- Kvaal S.I., Kvaal B. Tooth and jaw injuries following violence-diagnosis and treatment in emergency department. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 2000; 120 (7): 843–7.
- Adams C.D., Januszkiewicz J.S., Judson J. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years. *Aust. N. Z. J. Surg.* 2000; 70 (6): 401–4.
- Васильев А.Ю. *Лучевая диагностика в стоматологии: Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
- Атаев А.Г. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области: Сборник учебных пособий по актуальным вопросам лучевой диагностики и лучевой терапии / Под ред. Г.Е. Труфанова. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2004: 245–52.
- Герасимчук А.А. Минно-взрывные поражения челюстно-лицевой области. *Современная стоматология*. 1998; (3): 25–30.
- Манакова Я.Л., Дергилев А.П. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов в амбулаторной практике. *Российский Электронный Журнал Лучевой Диагностики*. 2012; 2 (4): 37–45.
- Бабкина Т.М., Демидова Е.А. Современные подходы к диагностике травм челюстно-лицевой области. *Российский Электронный Журнал Лучевой Диагностики*. 2014; 4 (2): 119–26.
- Анджелова Д.В., Полунин Г.С., Ширшиков Ю.К. Компьютерная обработка В-эхо сканограмм глазного яблока при гемофтальме. *Вестник офтальмологии*. 1998; 5: 44–5.
- Бородин Ю.Н. Особенности диагностики сочетанных повреждений средней зоны лица, черепа и головного мозга. *Стоматология*. 1975; 3: 43–7.
- Давыденко Ю.Б., Черемисин В.М. Возможности спиральной компьютерной томографии в выявлении переломов костей основания черепа. *Материалы Невского радиологического форума*. СПб.; 2003: 136–8.

REFERENCES

- Masna-Chala O.Z. Phlegmon microbiology and antibiotic therapy in maxillofacial surgery. *Naukoviy visnik Uzhgorodskogo derzhavnogo universitetu: seriya Meditsina*. 2005; 24: 134–6. (in Ukrainian)
- Bernadskiy Yu.I. *Traumatology and Reconstructive Surgery of the Cranio-maxillofacial Region*. Moscow: Meditsina; 2006. (in Russian)
- Kenbaev V.O. *Maxillofacial Trumatology*. Shymkent: Meditsina; 2006. (in Russian)
- Myer C. Trauma of the larynx and craniofacial structures: airway implications. *Pediatr. Anesthesia*. 2004; 14: 103–6.
- Timofeev A.N., Shalyga V.G., Kovalenko V.V. Analysis of traumatic injuries of the lower jaw based on the clinic of maxillofacial surgery of the Main Military Hospital. *Vestnik stomatologii*. 1997; 3: 472–3. (in Russian)
- Matros-Taranec I.N., Kalinovskiy D.K., Alekseev S.B., Khakheleva T.N. Planning of the reconstructive surgery in maxillofacial region using modern methods of beam diagnostics, computer aided technology and telemedicine. *Travma*. 2006; 7 (1): 51–6. (in Ukrainian)
- Martin C.G., Spein D.A., Richardson J.D. Do facial fractures protect the brain or are they a marker for severe head injury. *Amer. Surg.* 2002; 68: 477–81.
- Ivasenko P.I., Zhurko E.P., Chekin A.V., Konvay V.D., Anisimova T.M. Complex treatment of the inflammatory complications in mandibular fractures using immunomodulator and regional lymphotropic therapy. *Klinicheskaya stomatologiya*. 2007; 4: 44–5. (in Russian)
- Kalinovskiy D.K., Matros-Taranec I.N., Alekseev S.B., Haheleva T.N. Improvement of the medical care at the stages of treatment and

- rehabilitation in patients with injuries of the maxillofacial region. *Travma*. 2006; 7 (3): 383–9. (in Russian)
10. Malanchuk V.O., Usenko S.A., Kopchak A.V., Gordiychuk M.A., Dolin'ska N.O. The antimicrobial activity of the grape polyphenols in complex treatment of mandibular fractures. *Aktual'ni problemi suchasnoy meditsini*. 2007; 7 (1-2): 291–3. (in Ukrainian)
 11. Lokes E.P. The frequency of the lower jaw fractures, and methods of treatment. *Visnik UMSA*. 2004; 6 (4): 116. (in Ukrainian)
 12. Savrasova N.A., Tikhomirova T.F., Sergeeva I.I., Rozhkovskaya V.V. X-ray diagnosis of traumatic injuries in the maxillofacial region. *Belorusskiy meditsinskiy zhurnal*. 2005; 2. (in Russian)
 13. Inkarbekov Zh.B., Dzhunusova G.I. The use of ozone for the prevention of inflammatory complications after osteosynthesis of the mandible. *Klinicheskaya stomatologiya*. 2007; 4: 88. (in Russian)
 14. Gorgu M., Deren O., Sakman B., Ciliz D., Erdogan B. Prospective comparative study of the range of movement of temporomandibular joints after mandibular fractures: rigid or non-rigid fixation. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg.* 2002; 36: 356–61.
 15. Kucic C.J., Clenney T., Phelan J. Management of Acute Nasal Fractures. *American Family Physician*. 2004; 70 (7): 1315–20.
 16. Cunningham R.M., Maio R.F., Hill E.M., Zink B.J. The effects of alcohol on head injury in the motor vehicle crash victim. *Alcohol and Alcoholism*. 2002; 37 (3): 236–40.
 17. Kvaal S.I., Kvaal B. Tooth and jaw injuries following violence-diagnosis and treatment in emergency department. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 2000; 120 (7): 843–7.
 18. Adams C.D., Januszkiewcz J.S., Judson J. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years. *Aust. N. Z. J. Surg.* 2000; 70 (6): 401–4.
 19. Vasil'ev A.Yu. *Radiation Diagnostics in Dentistry: National Guidance*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
 20. Ataev A.G. Radiological diagnosis of diseases and injuries of the maxillofacial region: Collection of study guides on topical issues of radiation diagnosis and radiotherapy / Ed. G.E. Trufanov. St. Petersburg: ELBI-SPb; 2004: 245–2. (in Russian)
 21. Gerasimchuk A.A. Mine-explosive injuries of the maxillofacial region. *Sovremennaya stomatologiya*. 1998; (3): 25–30. (in Russian)
 22. Manakova Ya.L., Dergilev A.P. Magnetic resonance imaging of the temporomandibular joints in ambulatory practice. *Rossiyskiy Elektronnyy Zhurnal Luchevoy Diagnostiki*. 2012; 2 (4): 37–45. (in Russian)
 23. Babkina T.M., Demidova E.A. Modern approaches to the diagnosis of injuries maxillofacial region. *Rossiyskiy Elektronnyy Zhurnal Luchevoy Diagnostiki*. 2014; 4 (2): 119–26. (in Russian)
 24. Andzhelova D.V., Polunin G.S., Shirshikov Yu.K. Computer processing in B-echo scans eyeball when hemophthalmus. *Vestnik oftal'mologii*. 1998; 5: 44–5. (in Russian)
 25. Borodin Yu.N. The diagnosis of associated injuries of the midface, skull and brain. *Stomatologiya*. 1975; 3: 43–7. (in Russian)
 26. Davydenko Yu.B., Cheremisin V.M. Features of spiral computed tomography in detecting fractures of the cranium base. *Materialy Nevskogo radiologicheskogo foruma*. St. Petersburg; 2003: 136–8. (in Russian)

Поступила 24.01.17

Принята в печать 28.02.17

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.2:616.31-082-053.9

Бурцев А.К.¹, Островский И.В.², Уйба В.В.¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В АСПЕКТЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹ФГБУ ДПО ИПК ФМБА России, 125371, г. Москва;²ГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина», 392000, г. Тамбов

Состояние общественного здоровья в Российской Федерации и странах СНГ характеризуется отрицательным естественным приростом, высоким уровнем смертности и инвалидности. Отмечено снижение удельного веса острых и увеличение количества хронических неинфекционных заболеваний. С возрастом доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, возрастает. Одновременно в обществе становится значительным удельный вес больных пожилого и старческого возраста. В сложившихся условиях повышается значимость служб здравоохранения, имеющих не только лечебную, но и профилактическую, саногенную направленность и ориентированных на оказание помощи пациентам старших возрастных групп.

Ключевые слова: пожилое и старческое население; показатели деятельности; стоматологическая служба; экспертная оценка; качество.

Для цитирования: Бурцев А.К., Островский И.В., Уйба В.В. Сравнительный анализ показателей деятельности стоматологической службы в аспекте персонализированного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста. *Российский стоматологический журнал*. 2017; 21 (2): 103-106. DOI 10.18821/1728-2802.2017.21(2):103-106

Burtsev A.K.², Ostrovskiy I.B.³, Uyba V.V.¹

COMPARATIVE ANALYSIS OF ACTIVITIES OF THE DENTAL SERVICE IN THE ASPECT OF A PERSONALIZED APPROACH TO PROVIDING MEDICAL CARE TO PERSONS OF ELDERLY AND SENILE AGE

¹Institute IPK of FMBA of Russia, 125371, Moscow;²Tambov State University G.R. Derzhavin, 392000, Tambov

Для корреспонденции: Бурцев Александр Константинович, канд. мед. наук, проректор по общим вопросам ДПО ИПК ФМБА России, E-mail: burtsev@medprofedu.ru