

2. Handin R.I. Disorders of the platelet and vessel wall // Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., eds. *Harrisons Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005. P. 673–680.

3. Platelet disorders // Beers M.N., Berkow R., eds. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 17th ed. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories, 1999. P. 920–928.

4. Оценка морфологического состояния тромбоцитов у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой методом витальной компьютерной морфометрии / Е.Н. Колосова, И.А. Васи-

lenko, L.G. Kovaleva // *Bulleten' SO RAMN*. 2011. Т. 31, № 2. S. 58–63.

5. Lazarihina N.M. *Применение лазерного лазера для хирургического лечения пародонта: дис. ... канд. мед. наук*. М., 2008. 114 с.

6. Tolstyh A.V. *Применение лазерного лазера для хирургического лечения радикальных кист челюстей: автореф. дис. ... канд. мед. наук*. М., 2009. 22 с.

7. Risovannyj S. I., Risovannaja O. N., Masychev V. I. *Лазерная стоматология*. Краснодар: Кубань — Кнуга, 2005. 276 с.

УДК 616.724–009.7–06

Оригинальная статья

## ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

**В. П. Тлустенко** — ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии, профессор, доктор медицинских наук; **В. П. Потапов** — ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, профессор кафедры ортопедической стоматологии, доктор медицинских наук; **Л. А. Каменева** — ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, аспирант кафедры ортопедической стоматологии; **Е. А. Пятанова** — ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, аспирант кафедры ортопедической стоматологии; **А. С. Симонов** — ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, соискатель кафедры ортопедической стоматологии

## DIAGNOSTICS AND COMPLEX TREATMENT OF PAIN DYSFUNCTION SYNDROME OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

**V.P. Tlustenko** — Samara State Medical University, Head of Department of Orthopedic Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science; **V.P. Potapov** — Samara State Medical University, Department of Orthopedic Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science; **L.A. Kameneva** — Samara State Medical University, Department of Orthopedic Stomatology, Post-graduate; **E.A. Pyatanova** — Samara State Medical University, Department of Orthopedic Stomatology, Post-graduate; **A.S. Simonov** — Samara State Medical University, Department of Orthopedic Stomatology.

Дата поступления — 10.05.2013 г.

Дата принятия в печать — 01.07.2013 г.

**Тлустенко В. П., Потапов В. П., Каменева Л. А., Пятанова Е. А., Симонов А. С.** Диагностика и комплексное лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013. Т. 9, № 3. С. 480–484.

**Цель:** повысить качество диагностики и лечения больных с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава путем выбора объема диагностических и лечебных мероприятий. **Материал и методы.** Объектом исследования послужили 172 пациента с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Всех больных обследовали по схеме, включающей субъективные, объективные и специальные методы. **Результаты.** У 30% пациентов синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава обусловлен вывихом диска. По окончании лечения, проведенного по схеме, наблюдается нормализация взаимоотношения суставных элементов. **Заключение.** Таким образом, при подтверждении диагноза синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава необходимо назначать комплексное лечение.

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстной сустав, синдром болевой дисфункции, комплексное лечение.

**Tlustenko V.P., Potapov V.P., Kameneva L.A., Pyatanova E.A., Simonov A.S.** Diagnostics and complex treatment of pain dysfunction syndrome of temporomandibular joint // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2013. Vol. 9, № 3. P. 480–484.

**Research objective** is to increase quality of diagnostics and treatment of patients with a pain dysfunction syndrome of temporomandibular joint by the choice of diagnostic and medical actions. **Material and Methods:** 172 patients with a syndrome of pain dysfunction of temporomandibular joint have been under the survey. All patients have been examined according to the scheme including subjective, objective and express methods. **Results** of the research allowed to reveal that at 30% of patients the syndrome of pain dysfunction of temporomandibular joint has been caused by disk dislocation. Upon termination of the treatment which has been carried out by the scheme, the normalization of relationship of joint elements has been observed. **Conclusion:** When the diagnosis of syndrome of pain dysfunction of temporomandibular joint is proved, it is necessary to apply complex treatment.

**Key words:** temporomandibular joint, pain dysfunction syndrome, complex treatment.

**Введение.** Публикации в отечественной и зарубежной литературе свидетельствуют, что в основе синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС) лежат нарушения прикуса; патология зубочелюстной системы, психоген-

ная, соматическая, эндокринная и различные виды патологии [1–4].

Одним из заболеваний, провоцирующих возникновение СБД ВНЧС, является вывих внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава, которое представляет собой смещение диска с поверхности суставной головки и заклинивание его между элементами височно-нижнечелюстного сустава [5].

Спазм жевательных мышц, особенно латеральной крыловидной мышцы, эмоциональное и фи-

Ответственный автор — Каменева Людмила Алексеевна  
Адрес: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.  
Тел.: 8-927-720-99-42.  
E-mail: lu\_m@list.ru

зическое перенапряжение, стрессовые ситуации приводят к парафункциям жевательных мышц и в дальнейшем к вывиху диска [6].

Большое значение в этиологии вывиха диска имеет травма суставных тканей, что наблюдается при наличии преждевременных контактов на отдельных зубах, неравномерной стертости окклюзионной поверхности и других нарушениях зубочелюстной системы [2].

**Цель:** повышение качества диагностики и лечения больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава путем выбора объема лечебных мероприятий на основании оценки функциональных нарушений зубочелюстной системы и общего состояния больных.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов диагностики и лечения 172 больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, поступивших на базу кафедры ортопедической стоматологии Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Самарской области «Самарская стоматологическая поликлиника № 3» (главный врач — д-р мед. наук, проф. В.П. Тлустенко), из них 80% женщин и 20% мужчин в возрасте от 19 до 45 лет. Всех больных обследовали по схеме, включающей субъективные, объективные и специальные методы (изучение диагностических моделей, окклюзиография, регистрация движений нижней челюсти, компьютерная томография, электромиография).

Диагностические модели изучали антропометрическим методом. Оценивали зубы, зубные ряды, вид прикуса, окклюзионные контакты. Определяли сторону смещения нижней челюсти, характер окклюзионной кривой, суперконтакты, участки, вызывающие блокировку движений нижней челюсти.

Окклюзиографию проводили всем пациентам в центральной, передней и боковых окклюзиях для изучения характера смыкания зубов и зубных рядов. Для этого применяли шаблоны из базисного воска, которые получали при помощи нашего устройства.

У всех больных регистрировали движения в трех направлениях: вертикальном, сагиттальном и трансверзальном. Регистрация движений проводилась из положения центральной окклюзии — для выявления преждевременных контактов зубов-антагонистов и, с минимально разобращенными зубными рядами, — для выявления изменений в элементах ВНЧС и жевательных мышцах.

Спиральную компьютерную томографию (СКТ) проводили на спиральном многосрезовом томографе фирмы GE Light Speed (США). Анализ СКТ на сагиттальной реконструкции в положении «рот закрыт» проводили по схеме [7]. На сагиттальных реконструкциях в положении «рот открыт» изучали структурные изменения и расположение суставной головки по отношению к суставному бугорку, степень дислокации головки нижней челюсти.

Исследование биоэлектрической активности жевательных мышц проводилось на четырехканальном адаптивном электромиографе для стоматологических исследований «Синалсис» фирмы «Нейротех» (г. Таганрог, Россия). Для изучения функциональных изменений у больных с патологией ВНЧС проводилось глобальное исследование передних пучков височных и собственно жевательных мышц одновременно с двух сторон. Регистрировали биопотенциал покоя, применяли максимальное сжатие челюстей в

положении центральной окклюзии, после чего приступали к разжевыванию миндального ореха.

После проведения обследования у 30% больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава было выявлено вывих внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава. Этим больных разделили на две группы: контрольную (25 человек) и основную (37 человек). В контрольной группе пациентов лечили по общепринятой методике, которая включала санацию полости рта, массаж жевательных мышц, миогимнастику, выравнивание окклюзионной плоскости, рациональное протезирование. Пациентов основной группы лечили по нашей методике.

**Результаты.** На основании данных, полученных при обследовании 62 пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного вывихом диска, выявили наиболее характерные жалобы: щелканье, возникающее внезапно при открывании рта на 2–3 см, ограничение открывания рта; боль при опускании нижней челюсти. Давность начала заболевания у 74% больных от 1 до 5 лет, лишь 26% обратились за помощью на 2–7-й день после первого блокирования сустава. Из анамнеза выяснили, что у 100% пациентов неоднократно возникало ощущение препятствия в ВНЧС при движениях нижней челюсти. Выявили, что у 82% больных преобладало длительное одностороннее жевание и вредные привычки. Стрессовые ситуации испытывали 5% пациентов с гипертонусом жевательных мышц и бруксизмом. Психические расстройства, спровоцировавшие вывих диска, диагностировали у 3% пациентов. При объективном обследовании: открывание рта с девиацией у 10% пациентов; с дефлексией в большую сторону у 90%. Интактные зубные ряды наблюдали у 57% больных; частичное отсутствие зубов у 43%, при этом с вторичной деформацией окклюзии у 25%. Ортогнатический прикус имели 87% пациентов, глубокое резцовое перекрытие 13%. При пальпации ВНЧС и латеральной крыловидной мышцы на пораженной стороне боль выявили у всех обследованных.

На основании изучения диагностических моделей и окклюзиограмм выявили супраконтакты в боковых окклюзиях у 64% пациентов, в передней у 21% с вертикальным перемещением зубов и у 15% больных с интактными зубными рядами.

У 100% пациентов амплитуда движений нижней челюсти в контакте с зубами-антагонистами в здоровую сторону была меньше нормы в 4 раза, а в большую на 11,1%, вперед на 24,4%; с минимально разобращенными зубными рядами в здоровую сторону меньше нормы на 27,6%, а в большую всего на 12,6%, вперед на 24,2%. На основании этого можно сделать вывод о том, что внутри сустава имеется механическое препятствие — заблокированный диск, ограничивающий движения.

По данным компьютерной томографии, в косой и фронтальной проекциях у 86% больных с вывихом внутрисуставного диска в положении «рот закрыт» и «рот открыт» контуры суставных поверхностей четкие, ровные, деструктивных изменений костной ткани не выявлено, а у 14% обнаружили морфологические изменения костеобразующих элементов сустава.

При электромиографическом (ЭМГ) исследовании у 86% больных с вывихом диска изменений собственно жевательных и височных мышц не обнаружили. При максимальном сжатии челюстей суммарная биоэлектрическая активность (БЭА)

собственно жевательных мышц составляла: справа  $338 \pm 16,25$  мкВ; слева  $355 \pm 17,21$  мкВ; височных:  $296 \pm 15,20$  мкВ и  $299 \pm 16,22$  мкВ соответственно. БЭА мышц в состоянии относительного физиологического покоя не отличалась от нормы.

После подтверждения диагноза приступали к лечению. В группе сравнения (25 человек) пациентов лечили по общепринятой методике, которая включала санацию полости рта, массаж жевательных мышц, миогимнастику, выравнивание окклюзионной плоскости, рациональное протезирование. Пациентам основной группы (37 человек) проводили комплексное лечение.

Для устранения боли и спазма в латеральной крыловидной мышце всем пациентам вводили раствор анестетика [8]. После анестезии осуществляли мануальное вправление диска. Для этого необходимо было встать позади больного, большой палец правой руки установить на жевательные поверхности нижних боковых зубов, а остальные пальцы — на тело нижней челюсти на стороне поражения. Просили больного удерживать нижнюю челюсть в расслабленном состоянии. При этом вибрирующими движениями дополнительно расслабляли жевательные мышцы, отводили нижнюю челюсть вниз и в здоровую сторону. Эту манипуляцию повторяли до возвращения диска в физиологическое положение. Контролем являлись: свободное открывание рта без девиации (дефлексии); множественные контакты между зубами-антагонистами. Таким образом устранили вывих диска 26% больных, которые обратились в первые сутки (до 3 дней) после возникновения заболевания. Для предотвращения рецидива заболевания пациентам рекомендовали ограничить боковые движения нижней челюсти, соблюдать диету (прием мягкой пищи) и выполнять миогимнастику в течение 2–3 месяцев.

Остальным 74% назначали курс анестезий (по 10 на боковую сторону через 1 день). Вправление проводили по описанной ранее методике. После десятого сеанса анестезии и мануального вправления 70% больных восстановили физиологическое положение диска, но 4% пациентов не удалось этого сделать, и они были направлены на хирургическое лечение.

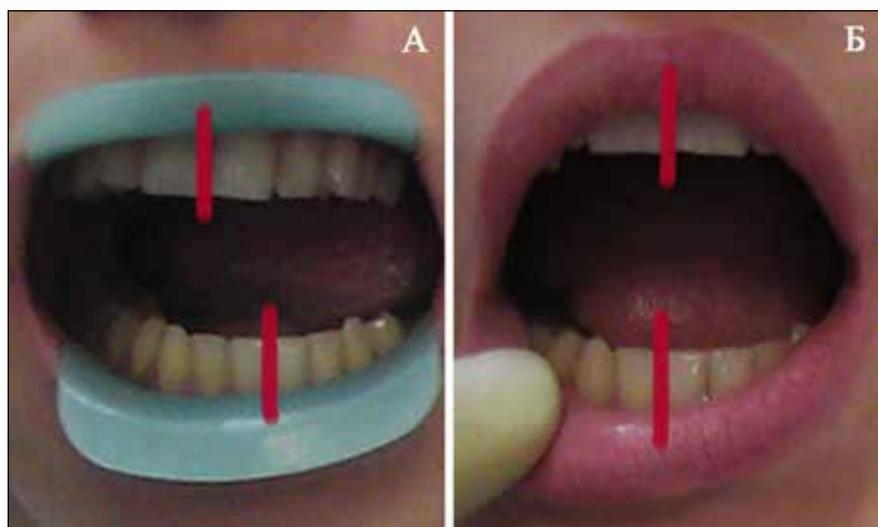
После вправления вывиха диска 57% пациентов с интактными зубными рядами выполнили избирательное шлифование зубов с преждевремен-

ными контактами. Движения нижней челюсти стали плавными, скользящими. Протезирование съемными и несъемными конструкциями провели 43% пациентов. 5% пациентов с длительными хроническими стрессами назначили прием седативных препаратов (настой мяты, Melissa, валерианы) в течение месяца. 3% больных с психическими расстройствами назначили антидепрессанты и нейролептики под контролем врача-психиатра (амитриптилин по 25 мг 2 р./день; феварин по 100 мг 1 р./день; аминазин по 100 мг 1р/день) от 2 недель.

Кроме того, всем пациентам рекомендовали физиотерапевтические процедуры (электрофорез лекарственных веществ, лазеротерапию, массаж околоушно-жевательной области по 10 сеансов). После лечения пациенты являлись на контрольный осмотр (через 1, 3 и 6 месяцев). У 96% получен положительный результат.

В качестве примера приводим выписку из И. Б. № 1112 больной К., 17 лет. Поступила на кафедру ортопедической стоматологии с жалобами на щелканье в ВНЧС при открывании рта на 25 мм, более выраженное слева, затрудненное пережевывание пищи. Ранее боли появлялись при жевании твердой пищи. Появление щелканья связывает с началом обучения в вузе, когда приходилось произносить некоторые звуки при изучении английского языка. Впервые щелканье появилось 3–4 недели назад, и было такое состояние, при котором нижняя челюсть «не могла опускаться до конца и зубы плотно не смыкались». Больная была вынуждена проводить движения нижней челюстью, удерживая область пораженного сустава пальцами, чтобы диск «встал на место» и зубы плотно сомкнулись. Жевание происходило в основном на левой стороне.

При внешнем осмотре патологии не выявили, щелканье определялось при опускании нижней челюсти на 25–32 мм с двух сторон, более выраженное слева. Пальпация собственно жевательных, височных мышц безболезненная, латеральной крыловидной мышцы слева резко болезненна. ВНЧС слева более болезненный, чем справа, движение мышечковых отростков асинхронное. Открывание рта на 32 мм, со смещением нижней челюсти влево на 4 мм (рисунок).



Пациентка К., 17 лет (И.Б. № 1112): А – до лечения (при открывании рта нижняя челюсть смещалась влево); Б – после лечения (при открывании рта нижняя челюсть смещалась плавно в вертикальном направлении)

Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием, нижняя межрезцовая линия совпадала с верхней, перекрытие нижних зубов верхними на 1/3. Контакт между боковыми зубами с двух сторон по первому классу Энгля, щечные бугры верхних перекрывали одноименные бугры нижних, отсутствовали третьи моляры. При окклюзиографии, проведенной во время отсутствия блокирования, выявили групповое ведение и суперконтакты 47-го зуба на балансирующей стороне.

Амплитуда движений нижней челюсти в контакте с зубами-антагонистами незначительно уменьшена по сравнению с нормой: вправо 9,2 мм; влево 9,3; вперед 7,9 мм, а с минимально разобщенными зубными рядами составила: вправо 9,3 мм; влево 9,1 мм; вперед 8,0 мм, что незначительно меньше нормы. Это указывало на отсутствие серьезных изменений функциональной окклюзии и морфологических нарушений в ВНЧС.

На СКТ-реформатах в косой проекции с закрытым ртом имелось сужение верхне-задних суставных щелей, более выраженное слева: D1=3,0 мм; D2=1,3 мм; D3=1,3 мм; D4=10,0 мм; D5=3,1 мм; справа: D1=1,7 мм; D2=1,4 мм; D3=1,8 мм; D4=10,8 мм; D5=3,4 мм. Морфологических изменений со стороны костных элементов ВНЧС не выявили.

Электромиографическое исследование показало незначительное снижение БЭА собственно жевательных и височных мышц с левой стороны при максимальном сжатии челюстей. БЭА мышц в состоянии относительного физиологического покоя соответствовала норме.

На основании вышеизложенного поставили диагноз: «Левосторонний вывих диска ВНЧС». Назначили лечение. Объяснили необходимость постоянного контроля за нижней челюстью при жевании твердой пищи и произношении некоторых звуков на занятиях в вузе. Назначили покой. Обучали больную использовать нижнюю челюсть в пределах, которые не вызывали щелканье и боль. Назначали миогимнастику, включающую комплекс упражнений, которые необходимо проводить по 15–20 раз каждое. Все упражнения просили проводить медленно, плавно, без дискомфорта в суставе. С целью снятия боли и спазма в наружных крыловидных мышцах провели двустороннюю блокаду двигательных ветвей — 5 сеансов. Сошлифовали скаты язычных бугорков 47-го зуба на балансирующей стороне. Пациентка находилась под наблюдением и являлась для контроля раз в две недели. Контроль качества лечения осуществили через 6 месяцев. Провели регистрацию движений нижней челюсти: при этом нижняя челюсть опускалась на 43 мм, смещение в контакте с зубами-антагонистами составило: вправо 9,3 мм; влево 9,6 мм; вперед 7,9 мм, а с минимально разобщенными зубными рядами: вправо 9,3 мм; влево 9,9 мм; вперед 8,7 мм.

Пациентка находилась под наблюдением в течение 1,5 года, открывание рта плавное, без боковых смещений, расстояние между центральными резцами верхней и нижней челюсти 43 мм. Получен стойкий терапевтический эффект.

**Обсуждение.** На основании проведенных исследований выявили наиболее характерные жалобы: щелканье и боль при опускании нижней челюсти. У 100% пациентов возникло ощущение препятствия в ВНЧС при движениях нижней челюсти с преобладанием одностороннего жевания. На основании изучения диагностических моделей и окклюзиограмм выявляли супраконтакты в передней и боковых окклюзиях. У 100% пациентов амплитуда движений нижней челюсти в контакте с зубами-антагонистами

в здоровую сторону была меньше нормы в 4 раза, т.е. внутри сустава имеется механическое препятствие — блокированный диск, ограничивающий движения. По данным компьютерной томографии, у 86% больных с вывихом внутрисуставного диска в положении «рот закрыт» и «рот открыт» изменений костной ткани не выявлено, а у 14% обнаружили морфологические изменения костнообразующих элементов сустава. При ЭМГ-исследовании у 86% больных с вывихом диска изменений собственно жевательных и височных мышц не обнаружили.

**Заключение.** Таким образом, основываясь на данных обследования 175 пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, 62 пациентам был выставлен диагноз: «Вывих внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава». 37 из них назначили комплексное лечение. Вначале проводили анестезию латеральной крыловидной мышцы. В первое посещение нормализацию взаимоотношений суставных элементов восстановили 26% пациентов. От трех до десяти сеансов потребовалось для вправления диска 70% больных. Одновременно всем назначили миогимнастику и физиотерапию, 56% пациентов провели избирательное шлифование. Седативные препараты назначили 5% пациентов, антидепрессанты и нейролептики под наблюдением психотерапевта 3% больных. Для предотвращения рецидива заболевания рекомендовали соблюдать диету, ограничивать открывание рта и регулярно проводить миогимнастику.

**Конфликт интересов.** Исследование выполнялось в рамках научного направления кафедры ортопедической стоматологии по разработке методов диагностики и комплексного лечения стоматологических заболеваний.

#### Библиографический список

1. Потапов В. П. Системный подход к обоснованию новых методов диагностики и комплексному лечению больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава при нарушении функциональной окклюзии: дис. ... д-ра мед. наук. Самара, 2010. 321 с.
2. Хватова В. А. Клиническая гнатология. М.: Медицина, 2007. 296 с.
3. Licini F., Nojelli A., Segù M., Collesano V. Role of psychosocial factors in the etiology of temporomandibular disorders: relevance of a biaxial diagnosis // *Minerva Stomatol.* 2009. Vol. 58 (11-12). P. 557–66.
4. Okeson, J.P. Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. 671 p.
5. Потапов В. П., Потапов И. В., Садыков М. И. Клиническая картина и методы лечения больных с вывихами внутрисуставного мениска // *Институт стоматологии.* СПб., 2008. № 4. С. 62–64.
6. Петросов Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар: Совет. Кубань, 2007. 304 с.
7. Семкин В. А., Рабухина Н. А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение). М.: Новое в стоматологии, 2000. 53 с.
8. Егоров П. М., Карапетян И. С. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М.: Медицина, 1986. 128 с.

#### Translit

1. Potapov V. P. Sistemyj podhod k obosnovaniju novyh metodov diagnostiki i kompleksnomu lecheniju bol'nyh s zabolevanijami visochno-nizhnecheljustnogo sustava pri narushenii funkcion'al'noj okkluzii: dis. ... d-ra med. nauk. Samara, 2010. 321 s.
2. Hvatova V. A. Klinicheskaja gnatologija. M.: Medicina, 2007. 296 s.
3. Licini F., Nojelli A., Segù M., Collesano V. Role of psychosocial factors in the etiology of temporomandibular disorders: relevance of a biaxial diagnosis // *Minerva Stomatol.* 2009. Vol. 58 (11-12). P. 557–66.

4. Okeson, J.P. Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. 671 p.
5. Potapov V.P., Potapov I.V., Sadykov M.I. Klinicheskaja kartina i metody lechenija bol'nyh s vyvihami vnutrisustavnogo meniska // Institut stomatologii. SPb., 2008. № 4. S. 62–64.
6. Petrosov Ju.A. Diagnostika i ortopedicheskoe lechenie zabolevanij visochno-nizhnecheljustnogo sustava. Krasnodar: Sovet. Kuban', 2007. 304 s.
7. Semkin V.A., Rabuhina N.A. Disfunkcija visochno-nizhnecheljustnyh sustavov (klinika, diagnostika i lechenie). M.: Novoe v stomatologii, 2000. 53 s.
8. Egorov P. M., Karapetjan I. S. Bolevaja disfunkcija visochno-nizhnecheljustnogo sustava. M.: Medicina, 1986. 128 s.

УДК 616.314–089.23 (470.44) (045)

Оригинальная статья

## ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ САРАТОВА И САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**И. В. Фирсова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, кандидат медицинских наук; **Д. Е. Суетенков** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, доцент, кандидат медицинских наук; **А. В. Егорова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, кандидат медицинских наук; **Т. Б. Магомедов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Т. Л. Харитоновна** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Н. В. Давыдова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **С. Н. Лебедева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Э. А. Бахметьева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, клинический ординатор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Е. А. Гриценко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии.

## INDICES OF DENTAL HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS FROM SARATOV AND THE SARATOV REGION

**I. V. Firsova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **D. Ye. Suetenkov** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. V. Egorova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant, Candidate of Medical Science; **T. B. Magomedov** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant; **T. L. Kharitonova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant; **N. V. Davidova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant; **S. N. Lebedeva** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Assistant; **E. A. Bakhmetjeva** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Post-graduate; **E. A. Gritsenko** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Paediatric Stomatology and Orthodontics, Post-graduate.

Дата поступления — 17.04.2013 г.

Дата принятия в печать — 01.07.2013 г.

**Фирсова И. В., Суетенков Д. Е., Егорова А. В., Магомедов Т. Б., Харитоновна Т. Л., Давыдова Н. В., Лебедева С. Н., Бахметьева Э. А., Гриценко Е. А.** Показатели стоматологического здоровья у детей и подростков Саратова и Саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 484–486.

**Цель:** активное определение уровня стоматологического здоровья у детей и подростков, проживающих в Саратовской области. **Материал и методы.** Для оценки интенсивности и распространенности основных стоматологических заболеваний проведено обследование 1510 пациентов по методике, рекомендованной Сотрудничающим центром ВОЗ в РФ. **Результаты.** Проведен сравнительный анализ заболеваемости кариесом и встречаемости различных видов зубочелюстных аномалий среди детей от 3 до 18 лет. **Заключение.** Эпидемиология основных стоматологических заболеваний в Саратовской области характеризуется значительным распространением кариеса от 70 до 94,6% в различных возрастных группах. Доля лиц с зубочелюстными аномалиями среди обследованных достигает 44,5%.

**Ключевые слова:** кариес, зубочелюстные аномалии, дети, подростки, Саратовская область.

**Firsova I. V., Suetenkov D. Ye., Egorova A. V., Magomedov T. B., Kharitonova T. L., Davidova N. V., Lebedeva S. N., Bakhmetjeva E. A., Gritsenko E. A.** Indices of dental health in children and adolescents from Saratov and the Saratov region // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 3. P. 484–486.

**Objective:** to determine the level of dental health in children and adolescents living in the Saratov region. **Material and methods.** To assess the intensity and prevalence of major dental diseases 1510 patients have been examined by the method recommended by the WHO Collaborating Centre in Russia. **Results.** A comparative analysis of caries and occurrence of different types of teeth-maxillary anomalies among children aged from 3 to 18 years. **Conclusion.** The epidemiology of major dental diseases in the Saratov region is characterized by the significant spread of caries from 70 to 94,6% in the different age groups. The proportion of people with malocclusion among the surveyed reaches 46,6%.

**Key words:** caries, malocclusion, the Saratov region.

**Введение.** Стоматологическое здоровье населения является объектом многочисленных исследо-

ваний. Проблема кариеса зубов и его осложнений, а также зубочелюстных аномалий (ЗЧА) вызывает большой интерес и постоянное внимание со стороны специалистов ввиду широкого распространения этих нозологий, а также серьезных экономических и вре-

**Ответственный автор** — Гриценко Елена Андреевна  
Адрес: 410008, г. Саратов, 2-й Детский проезд, 29/41 кв. 197.  
Тел.: 89173257373  
E-mail: shmosy@mail.ru