

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

Ministry of Public Health of Russian Federation

Российская Академия медицинских наук (СЗО)

The Russian Academy of Medical Sciences (NWD)

**Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова**

Mechnikov North-West state medical university

Стоматологическая Ассоциация России (СТАР)

Russian Dental Association (STAR)

Ассоциация стоматологов Санкт-Петербурга

Saint-Petersburg Stomatologist's Association

Выставочная компания ООО «ПРИМЭКСПО», ITE Group plc

Exhibition companies ITE Group plc, Primexpo ltd

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ CONFERENCE PROCEEDINGS

XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ И СТОМАТОЛОГОВ «НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ»

**THE 18TH INTERNATIONAL CONFERENCE
FOR THE MAXILLOFACIAL SURGEONS AND STOMATOLOGISTS
'MODERN TECHNOLOGIES IN DENTISTRY'**

Россия, Санкт-Петербург, 14–16 мая 2013 г.

St.Petersburg, Russia, 14–16 May 2013

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Ministry of Public Health of Russian Federation
Российская Академия медицинских наук (СЗО)
Russian Academy of medical science (NWD)
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Mechnikov North-West state medical university
Стоматологическая Ассоциация России (СТАР)
Russian Dental Association (STAR)
Ассоциация стоматологов Санкт-Петербурга
Saint-Petersburg Stomatologist's Association
Выставочная компания ITE GROUP PLC, ООО «ПримЭкспо»
Exhibition companies ITE GROUP PLC, PrimExpo

**XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ И СТОМАТОЛОГОВ
«НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ»
XVIII INTERNATIONAL CONFERENCE
OF MAXILLOFACIAL SURGEONS AND STOMATOLOGISTS
«MODERN TECHNOLOGY IN DENTISTRY»**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2013 г.**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Главный редактор: член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **В.А. Козлов**.

Н.К. Артюшенко	—	доцент канд. мед. наук
А.В. Васильев	—	профессор, д-р мед. наук
П.П. Жданов	—	доцент, канд. мед. наук
В.В. Михайлов	—	канд. мед. наук
Б.Т. Мороз	—	профессор, д-р мед. наук
С.С. Мушковская	—	доцент, канд. мед. наук
М.Г. Семенов	—	профессор, д-р мед. наук
А.В. Силин	—	доктор мед. наук
С.А. Попов	—	доцент, канд. мед. наук
А.В. Цимбалистов	—	профессор, д-р мед. наук
О.В. Шалак	—	канд. мед. наук
Ф.И. Шульман	—	канд. мед. наук

<i>А.А. Симоненко</i> ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ И ВИСОЧНЫХ МЫШЦ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (Санкт-Петербург)	150
<i>И.И. Соколова, Е.Г. Ярошенко</i> РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ — СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА (г. Харьков, Украина)	151
<i>Г.Е. Соловьёва-Савоярова, А.В. Силин, В.А. Дрозджина</i> НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ У ЖЕНЩИН КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТЕОПЕНИИ И ОСТЕОПОРОЗА (Санкт-Петербург)	152
<i>Н.А. Стариков Е.Л., Стрекалова, Л.Н. Халкечева, В.А. Шибeko</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОТЕРЕЙ ПРИКУСА (Москва)	153
<i>М.В. Сторожева</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ПЕРИОСТИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ (г. Харьков, Украина)	154
<i>Е.Ю. Стоян, Г. П. Рузин, И.И. Соколова</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УГЛУБЛЕНИЯ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА И УСТРАНЕНИЯ ДИАСТЕМ И ТРЕМ (г. Харьков, Украина)	155
<i>В.А. Стучиков, А.С. Гришин, А.А. Никитин, М.Ю. Герасименко, К.С. Ларионов</i> КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СТРУКТУР ОПОРНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗНИЦЫ ПРИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ (Москва)	156
<i>С.Т. Сохов, Е.И. Воробьева, А.А. Цветкова, Л.А. Аксамит</i> ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НПВС ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ (Москва)	157
<i>Н.Н. Султанова</i> МИКРОЛИПОГРАФТИНГ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НОСА (Баку, Азербайджан)	158
<i>Э.Д. Сурдина, М.Я. Малахова</i> УРОВЕНЬ ОБЩИХ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА (Санкт-Петербург)	158
<i>Мишель Тазартес, Алекс Клемент</i> ПОКАЗАНИЯ К ЛИПОФИЛЛНИГУ В ОБЛАСТИ ГЛАЗА И ГЛАЗНИЦЫ (Париж, Франция)	159
<i>И.В. Тарасенко, Е.А. Морозова, С.В. Тарасенко</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ (Москва)	160
<i>С.В. Тарасенко, Т.Н. Позднякова, М.А. Степанов</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ (Москва)	161
<i>А.А. Тимофеев, С.В. Максимча</i> СРАВНИТЕЛЬНОЕ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АРТРИТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ (Киев, Украина)	161
<i>А.А. Тимофеев, Натия Васадзе</i> ГАЛЬВАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (Киев, Украина)	162
<i>А.А. Тимофеев, А.А. Тимофеев</i> АТРОФИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПРИ ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЛОСТИ РТА (Киев, Украина)	162
<i>А.В. Тихонов, Д.К. И, О.В. Баша</i> ВЛИЯНИЕ ВЫСОТЫ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАССИВНЫХ САМОЛИГИРУЮЩИХ БРЕКЕТОВ DAMON НА РЕАЛИЗАЦИЮ ТОРКА (Санкт-Петербург)	163

Е.Ю. Стоян, Г. П. Рузин, И.И. Соколова

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УГЛУБЛЕНИЯ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА
И УСТРАНЕНИЯ ДИАСТЕМ И ТРЕМ

(г. Харьков, Украина)

Пороки развития уздечек губ, мелкое преддверие полости рта на сегодняшний день остаются достаточно актуальными в виду своей распространённости.

Полноценная подвижность верхней губы — такое же важное условие для нормального питания, формирования правильной речи, как и подвижность языка. Низкое прикрепление уздечки верхней губы наблюдается значительно чаще, чем нижней, при этом основание уздечки может располагаться близко к вершине альвеолярного отростка и даже переходить в резцовый сосочек, что препятствует ортодонтическому лечению и приводит к локальному пародонтиту. В период формирования постоянного прикуса укороченная уздечка верхней губы способствует выдвиганию передних зубов вперед, особенно, если места в зубном ряду недостаточно. Для взрослых в развитии воспалительно-деструктивных процессов тканей пародонта значительную роль играют анатомо-топографические ориентиры. Отсутствие или недостаточная глубина преддверия полости рта, атипично расположенные уздечки губ являются источником снижения трофики тканей пародонта, механической травмы, причиной рецессии десны и создают условия для активного накопления зубной бляшки, тем самым ускоряя процесс инвазии микроорганизмов в зубодесневую борозду. Для этих пациентов необходимым является проведение хирургических мероприятий, как этапа комплексного лечения заболеваний тканей пародонта, так и этапа предортодонтической подготовки. Операции в области преддверия рта являются важным этапом предортопедической и предортодонтической подготовки.

Существующие многочисленные методики хирургической подготовки часто сопровождаются возникновением раневой поверхности в преддверии полости рта. Это приводит и к возможному инфицированию раны, и к формированию грубых рубцов, сводящих на «нет» ожидаемый результат операции. Одним из условий профилактики возможных осложнений является тщательная и надежная изоляция раневой поверхности от окружающей среды. К сожалению, общеизвестная йодоформная турунда, не всегда обеспечивает выполнение указанного требования, смена, которой рекомендуемая на 7–8-е сутки после операции и, при необходимости, повторяется. Как правило, такие манипуляции сопровождаются дополнительной травмой раны, болью и как следствие — дополнительным стрессом для пациента любого возраста, особенно маленького.

Цель работы: апробирование губки «Альвостаз» с йодоформом для френуло- и вестибулопластики.

Материалы и методы. Апробирована методика использования губки «Альвостаз» с йодоформом (научно-коммерческая фирма «Омега Дент», Россия).

На протяжении 2005–2012 года нами проведены операции пациентам в возрасте от 8 до 24 лет, которым был показан этап хирургического вмешательства с целью подготовки к ортопедическому, ортодонтическому или логопедическому лечению.

Нами разработана и апробирована методика использования губки «Альвостаз» с йодоформом для усовершенствования вестибулопластики. После тщательного обследования с обязательным учетом аллергологического анамнеза больному под местной анестезией проводили операцию по классической методике Диффенбаха с тщательным соблюдением всех этапов. Слизистую оболочку на верхней губе ушивали хромированным кетгутом. На обнаженную кость и у основания лоскута укладывали губку «Альвостаз» с йодоформом. В первый час после операции на область верхней губы дозировано назначали холод. Контрольный осмотр проводили через 3 суток и на 7-е сутки. Вестибулопластика выполнялась по туннельной методике. Оставшиеся раневые участки общей площадью заполняли губкой «Альвостаз» с йодоформом.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде при использовании нашей методики у всех пациентов была выявлена положительная динамика. На третьи сутки после операции пациенты не отмечали болевых ощущений в области вмешательства, отсутствовали явления воспаления. Предложенная повязка полностью изолировала рану от содержимого полости рта. На 7-е сутки рана была эпителизирована. Наблюдения в динамике отдельных результатов не выявило рецидивов укорочения уздечки или формирования деформирующих рубцов.

В целом тактика ведения больных была следующей. В послеоперационном периоде рекомендовалась щадящая диета, полоскание рта слабыми антисептиками. Чистка зубов верхней челюсти с вестибулярной стороны не проводится до полного заживления раны на альвеолярном отростке. Использование губки «Альвостаз» с йодоформом позволило нам получить положительную динамику послеоперационного периода в достаточно короткие сроки.

Вестибулопластика тоннельным методом предусматривала наложение защитной повязки на оставшиеся раневые участки. Срок заживления при использовании этой методики — 9–11 суток. Учитывая наличие в полости рта раневого дефекта, заживающего вторичным натяжением, назначают пациентам щадящую диету. Чистку полости рта первые 3 суток необходимо проводить зубной щёткой без пасты, ополаскивая рот мягкими антисептиками, а с 4-го дня, при формировании на раневом дефекте фибриновой плёнки, гигиену проводить в полном объеме.

При использовании губки «Альвостаз» с йодоформом послеоперационный период для детей и взрослых проходил безболезненно. Чистка зубов мягкой щёткой проводилась уже на 3-и сутки. Щадящая диета рекомендовалась в первые трое суток. При оценке результатов вестибулопластики с применением губки «Альвостаз» с йодоформом мы отмечали, так называемый, феномен «наползающего прикрепления», свидетельствующий об устранении травматического воздействия на маргинальный пародонт. Использование нашей методики позволило сократить сроки его формирования до 4–5 суток, тогда как в классическом варианте феномен выражен спустя 5–7 дней после операции.

Вывод. Подготовительной хирургической составляющей комплексного лечения неправильно положения зубов, а также заболеваний пародонта у детей и взрослых, на наш взгляд предпочтительной является френулопластика по Диффенбаху и проведение вестибулопластики тоннельным методом. Использование нашей методики не имеет возрастных ограничений. Применение губки «Альвостаз» с йодоформом дает возможность выполнять оперативное вмешательство при наличии съёмных ортодонтических конструкций, фиксированных брекет-систем в полости рта, сократить сроки заживления ран, обеспечивает безболезненный послеоперационный период, помогает избежать неприятные моменты в кресле хирурга-стоматолога и делает посещение хирургического кабинета, как для ребенка, так и для взрослого пациента психологически менее травматичным.

