

В рамках выставки / Within the exhibition



STOMATOLOGY
ST.PETERSBURG

3–5 июня / June 2015

**Россия, Санкт-Петербург,
КВЦ «ЭКСПОФОРУМ»**

CEC EXPOFORUM, St. Petersburg, Russia



**XX Международная конференция
челюстно-лицевых хирургов и стоматологов**

**Новые технологии
в стоматологии**

XX International conference
of maxillofacial surgeons and stomatologists

Modern technology in dentistry

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ / CONFERENCE ABSTRACTS

Организаторы / Organisers:



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

North-Western State Medical University
named after I. I. Mechnikov



DENTALEXPO®

При поддержке / Supported by:

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская академия медицинских наук (СЗО)
Стоматологическая Ассоциация России (СТАР)
Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга**

Ministry of Public Health of the Russian Federation
Russian Academy of Medical Sciences (NWD)
Russian Dental Association (RDA)
Dental Association of St. Petersburg

stomatology-expo.ru

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ministry of Public Health of the Russian Federation

Российская академия медицинских наук (СЗО)
Russian Academy of Medical Sciences (NWD)

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова
North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov

Стоматологическая Ассоциация России (СТАР)
Russian Dental Association (RDA)

Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга
Dental Association of St. Petersburg

Выставочная компания «ПРИМЭКСПО» в составе Группы компаний ITE
Exhibition company PRIMEXPO, the part of the ITE Group

Выставочная компания «ДЕНТАЛЭКСПО»
Exhibition company DENTALEXPO

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

**XX INTERNATIONAL CONFERENCE OF MAXILLOFACIAL SURGEONS
AND STOMATOLOGISTS 'MODERN TECHNOLOGY IN DENTISTRY'**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2015**

<i>Р.В. Студеникин, О.И. Щербаченко</i> О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ (г. Воронеж)	131
<i>С.П. Сысолятин, К.А. Банникова</i> ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ, РАЗВИВШИХСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СИНУСИЛИФТИНГА И/ИЛИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ (Москва)	132
<i>О.Е. Ткачук, С.П. Сысолятин, М.А. Романовский, К.А. Банникова</i> ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ НАРУШЕНИЙ ВНЧС (Москва)	133
<i>Е.В. Уракова</i> ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РУБЦЕОБРАЗОВАНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА (г. Казань)	134
<i>Е.В. Уракова, О.В. Нестеров</i> ПОВРЕЖДЕНИЯ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА (г. Казань)	135
<i>Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян</i> ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ БАЗИСА ЧЕЛЮСТЕЙ И ПОЗИЦИИ ИХ ПЕРЕДНЕЙ ТОЧКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ (Москва)	136
<i>Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян</i> КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СООТНОШЕНИЯ ОСНОВНОГО НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА С РАЗМЕРАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (Москва)	136
<i>Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян</i> ФОРМА ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПРИ ПРАВИЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С УЧЕТОМ ПОЗИЦИИ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАННЫМ ТЕЛЕРЕНТГЕНОМЕТРИИ ГОЛОВЫ (Москва)	137
<i>Ю.А. Черепинская, Е.Н. Рябоконт, Д.А. Донцова, Б.Г. Бурцев, Е. Н. Гоенко</i> ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИНА НА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА (г. Харьков)	138
<i>М.Н. Шакиров, П.Ю. Столяренко, Х.О. Гафаров</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАЛЬГЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ПРОДЛЕННОЙ РЕГИОНАРНОЙ БЛОКАДЫ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ КУПИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (г. Душанбе, г. Самара)	139
<i>С.В. Шамрин, А.Ю. Дробышев, Н.С. Дробышева, А.Б. Слабковская, Э.А. Меликов, И.Р. Дзампаева</i> ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ В ХОДЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (Москва)	139
<i>Е.В. Шенгелия, Д.В. Балин, М.И. Музыкин, А.Г. Слугина, А.К. Иорданишвили</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОПТИМИЗАТОРЫ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (Москва, Санкт-Петербург)	140
<i>В.П. Шиян</i> ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ (г. Харьков)	142
<i>В.В. Шулаков, С.Ю. Лащук, А.А. Бирюлев, В.В. Лузина, Л.Г. Мазур</i> ОСОБЕННОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОГРАНИЧЕННЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ (Москва)	142

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

г. Харьков

Все вмешательства по оказанию стоматологической помощи должны проводиться совершенно безболезненно, т.к. это обеспечивает покой для больного и создает благоприятные условия для работы врача. Одним из распространенных методов анестезии при вмешательствах на нижней челюсти является мандибулярная анестезия. Однако, индивидуальные особенности строения нижней челюсти и окружающих мягких тканей не всегда обеспечивают достаточный эффект обезболивания. Проанализировав неудачные результаты анестезии, мы пришли к выводу, что главной причиной неудовлетворительных результатов является недооценка индивидуальных топографических особенностей крыло-челюстного пространства по отношению к ветви челюсти. Поэтому, **цель работы** — уточнение соотношения мягких тканей и анатомических образований нижней челюсти в области крыло-челюстного пространства.

Целевым пунктом иглы при проведении мандибулярной анестезии является нижнечелюстное отверстие, которое располагается на расстоянии около 15 мм от переднего края ветви нижней челюсти. Учитывая, что местом вкола иглы является крыло-челюстной желобок, мы решили замерять расстояние от переднего края ветви нижней челюсти до максимального углубления крыло-челюстного желобка. Зная это расстояние можно вычислить на какую глубину будем продвигать иглу в крыло-челюстное пространство.

При обследовании 150 пациентов, нами обнаружено, что у 57% пациентов — это расстояние равно 5–7 мм, значит, после вкола иглы в соответствующую точку крыло-челюстного желобка продвигать иглу в крыло-челюстное пространство необходимо на глубину 10–8 мм; у 30% это расстояние = 15 мм, что соответствует месту нахождения нижнечелюстного отверстия, в этом случае мы иглу не продвигаем в глубь крыло-челюстного пространства, а только погружаем иглу до упора в кость, расположив шприц с противоположной стороны челюсти (по типу торусальной анестезии); у 13% это расстояние = 3–5 мм, в этом случае мы продвигаем иглу на глубину 15 мм.

Таким образом, мы пришли к выводу, что для обеспечения адекватного обезболивания при проведении мандибулярной анестезии, важно учитывать соотношение крыло-челюстного желобка и внутренней поверхности ветви нижней челюсти в передне-заднем направлении.