

# **П Р О Г Р А М М А**

**I ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ  
И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ»**

**6–7 июня 2022 года  
г. Самара**

**Самара  
2022**

**Организационный комитет:**

Кулаков А. А., Янушевич О. О., Котельников Г. П., Лосев Ф. Ф.,  
Колсанов А. В., Дробышев А. Ю., Яременко А. И., Брайловская Т. В.,  
Байриков И. М., Бельченко В. А., Дурново Е. А., Иванов С. Ю.,  
Лепилин А. В., Лопатин А. В., Медведев Ю. А., Минкин А. У.,  
Сысолятин П. Г., Топольницкий О. З., Трунин Д. А., Столяренко П. Ю.

**Ректоры и руководители организаций:**

Янушевич О. О., Яременко А. И., Лосев Ф. Ф., Колсанов А. В.

**ЦЕРЕМОНИЯ ОТКРЫТИЯ I ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ»**

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Самарский государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
*ул. Гагарина, 18, 2-й этаж, зал заседаний ученого совета*)

 <b>10.00 – 10.05</b>	Приветственное слово <b>Мурашко Михаил Альбертович</b> – министр здравоохранения Российской Федерации
 <b>10.05 – 10.10</b>	Приветственное слово <b>Азаров Дмитрий Игоревич</b> – Губернатор Самарской области
 <b>10.10 – 10.15</b>	Приветственное слово <b>Котельников Геннадий Петрович</b> – Председатель Самарской Губернской Думы
 <b>10.15 – 10.20</b>	Приветственное слово <b>Бенян Армен Сисакович</b> – министр здравоохранения Самарской области
 <b>10.20 – 10.25</b>	Приветственное слово <b>Колсанов Александр Владимирович</b> – ректор ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

	<p>Приветственное слово  <b>Лосев Федор Федорович</b> – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России</p>
	<p>Приветственное слово  <b>Кулаков Анатолий Алексеевич</b> – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по профилю челюстно-лицевая хирургия, президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии</p>
	<p>Приветственное слово  <b>Янушевич Олег Олегович</b> – ректор ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, академик РАН, Заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист-стоматолог Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор</p>
	<p>Приветственное слово  <b>Яременко Андрей Ильич</b> – Президент Стоматологической Ассоциации России, доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной работе ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии</p>
	<p>Приветственное слово  <b>Трунин Дмитрий Александрович</b> – директор института стоматологии СамГМУ, Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Почетный президент Стоматологической Ассоциации России, вице-президент Общества врачей России, главный внештатный специалист стоматолог ПФО, доктор медицинских наук, профессор</p>
	<p>Приветственное слово  <b>Председатель оргкомитета:</b>  <b>Байриков Иван Михайлович</b> – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный работник высшей школы РФ, главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии Самарской области, член правления Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России</p>

# ПРОГРАММА СЪЕЗДА

## Место проведения съезда

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.  
**Адрес: ул. Гагарина, 18, 2-й этаж, зал заседаний ученого совета**

## Начало работы съезда

**6 июня 2022 г. – 10:00**

## Регистрация участников и приглашенных гостей

**с 08:00 до 10:00**

## ЗАСЕДАНИЕ I.

### **Тема: ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ**

**Председатель:** Кулаков А. А., академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по профилю челюстно-лицевая хирургия

**Президиум:** Дробышев А. Ю., Байриков И. М.

**11:00 – 11:20**

### **1. ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ – ОПЕРАЦИЯ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ?!**

**Докладчик:** Яременко Андрей Ильич, Президент Стоматологической Ассоциации России, вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, главный внештатный специалист челюстно-лицевой хирург Северо-Западного Федерального Округа, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, д. м. н., профессор.

**Соавторы:** Петров Н. Л., Калакуцкий И. Н.

*Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург*

Доклад посвящен актуальной проблеме челюстно-лицевой хирургии: хирургической тактике при переломах нижней челюсти. Решение вопроса о сроках оказания хирургической помощи пострадавшим с переломами

нижней челюсти рассматривается в зависимости от характера повреждения челюсти, наличия сочетанной или комбинированной травмы, а также организации службы экстренной хирургической помощи. Принимается во внимание также и правовой аспект, а именно действующие нормативные документы, регламентирующие оказание помощи пациентам с травмой.

**11:20 – 11:45**

## **2. КОНЦЕПЦИИ, ЭВОЛЮЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ**

**Докладчик: Жоэль Ферри (Joel Ferri)**, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии.

*Больница Роже Саленгро, Университетская клиника Лилля (г. Лилль, Франция)*

На протяжении веков концепции реконструкции челюстно-лицевой области развивались на основе знаний и опыта хирургов. Первым зарегистрированным случаем костного трансплантата был ксено-трансплантат от собаки к человеку (но в тот период его удалили из-за религиозных убеждений). Вскоре аутотрансплантат стал эталоном и до сих пор широко используется. Однако он имеет определенные проблемы. Более того, он имеет ограничения, когда окружающие мягкие ткани не обладают должным качеством. В таких ситуациях васкуляризованный костный трансплантат имеет большие преимущества, и сегодня свободный лоскут малоберцовой кости является золотым стандартом для реконструкции больших дефектов нижней челюсти. При определенных обстоятельствах может быть использована остеодистракция. Однако болезненность этих методов и прогресс промышленности заставляют нас задуматься об использовании биоматериалов. Развитие 3D планирования дает нам точности в представлении о черепе, которое мы раньше не имели. Сочетание этих двух технологий, связанных с биопринтингом и стволовыми клетками, заставляет нас думать, что реконструкция при челюстно-лицевой травме скоро выйдет на новый уровень.

**11:45 – 12:05**

## **3. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Докладчик: Дробышев А. Ю.**, директор Клинического центра челюстно-лицевой, реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии, вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, заведующий

кафедрой челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор

**Соавторы: Свиридов Е. Г., Изотов О. И.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва*

**12:05 – 12:20**

#### **4. ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ЮЖНОЙ ИТАЛИИ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗА 22 ГОДА**

**Докладчик: Francesco Saverio De Ponte**, профессор, челюстно-лицевой и оральный хирург из университета г. Мессина (Сицилия, Италия).

Целью данного исследования было оценить изменения при травмах скулоорбитального комплекса за последние 22 года, с учетом эпидемиологических аспектов по полу и возрасту, причинам травмы, лечению и исходу. Материалы и методы. Было проведено ретроспективное сравнительное исследование с использованием данных, полученных из архива больницы при поиске диагноза переломов скулоорбитального комплекса. Отчеты были собраны с 1 января 2000 года по 31 декабря 2021 года. Были собраны данные, включая пол, возраст, историю болезни, этиологию травмы и характер перелома, травму глаза, лечение, исход и осложнения. Результаты. Было собрано 1496 историй болезни пациентов, 719 из которых были изолированными скулоорбитальными переломами. Общее соотношение мужчин и женщин составило 3,9:1. Всем пациентам была проведена предварительная и последующая ортоптическая оценка. Что касается возраста, то в группе 0-18 лет наблюдался самый низкий уровень заболеваемости (12%), в то время как в группах 19-30, 31-45, 46-60 и старше 60 лет общий показатель был одинаковым (20-25%). 86,8% пациентов проживали на Сицилии, в то время как 10,4% пациентов проживали в Калабрии. Ведущей причиной травмы была автомобильная авария (32,1%). У 84,4% пациентов были четкие показания к хирургическому лечению, в основном лечение проводилось с использованием субцилиарного доступа. Заключение. Ортоптическая оценка имеет первостепенное значение в диагностике скулоорбитальных сложных травм. Хотя в литературе имеются противоречивые данные относительно эпидемиологических данных пациентов, долгосрочный ретроспективный анализ тенденций может решить эту проблему, что приведет к более эффективному плану лечения.

12:20 – 12:40

## 5. ГУСТАВ ЖИНЕСТЭ (1897-1966) – ЕГО ВКЛАД В ТРАВМАТОЛОГИЮ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Докладчик: Алекс Клемент (Alex Clement), врач челюстно-лицевой хирург.

*Госпиталь Лонжюмо, (г. Лонжюмо, Франция)*

Современник Александра А. Лимберга (1894-1974), Густав Жинестэ участвовал в Первой мировой войне и был ранен (01 марта 1918 года). В 1922 году – выпускник медицинского факультета. В 1923 году – выпускник зубоврачебного факультета. В 1933 году Ginestet назначается заведующим отделением челюстно-лицевой хирургии (тогда отделение «стоматологии») как наследник доктора Alberic Pont (1870-1960) и в 1936 году переезжает в Париж для того, чтобы стать заведующим отделением челюстно-лицевой хирургии в военном госпитале Val-de-Grâce после доктора Jean-Henri Bercher (1883-1963). Ginestet занимался реконструктивными операциями, хирургией височно-нижнечелюстного сустава, ортогнатической, зубо-альвеолярной хирургией и травматологией челюстно-лицевой области. В травматологии челюстно-лицевой области он предложил одноименной крючок для вправления перелома скуловой дуги, свои дуги для шинирования переломов челюстей и, в 1934 году – аппарат для внеочагового остеосинтеза перелом нижней челюсти. Из его печатных работ можно цитировать:

– «Цилиндрические лоскуты в реконструктивной хирургии» (1948 г.);

– «Хирургическое лечение переломов челюстей» (1955 г.), вместе с доктором L. Merville.

4 апреля 1966 года вследствие кровоизлияния в мозг Gustave Ginestet умер в возрасте 68 лет.

12:40 – 13:00

## 6. ОСОБЕННОСТИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

Докладчик: Епифанов Сергей Александрович, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, Пироговский Центр, г. Москва)

Соавторы: Крайнюков П. Е., Щипанова Ю. Ю.

*Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова; Российский университет дружбы народов, г. Москва*

В докладе приведены особенности минно-взрывных ранений челюстно-лицевой области (ЧЛО) и их ключевые отличия от дробовых и пулевых огнестрельных ранений. Данные особенности обуславливают сложность хирургического лечения этой категории пациентов и требуют комплексного междисциплинарного подхода.



**13:00 – 14:00 Перерыв**

**14:00 – 14:15**

## **7. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Докладчик:** <sup>1</sup>Матчин Александр Артемьевич, заведующий кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, д. м. н., профессор, Заслуженный врач РФ.

**Соавторы:** <sup>1</sup>Носов Е. В., <sup>1</sup>Стадников А. А., <sup>1</sup>Мац Е. Г., <sup>2</sup>Клевцов Г. В., <sup>3</sup>Валиев Р. З.

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

<sup>2</sup> Тольяттинский государственный университет, г. Тольятти

<sup>3</sup> Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

По поводу травм челюстно-лицевой области за период с 2001 по 2019 гг. специализированное получили 9342 пациента, что составило 29,9 % от общего числа пролеченных больных. Проведены экспериментально-гистологические исследования репаративных гистогенезов мягких тканей и костей и их регуляция. Доказано позитивное влияние экзогенно-вводимого окситоцина на течение репаративных процессов в мягких тканях и костях челюстно-лицевой области, в том числе при закреплении отломков нижней челюсти наноструктурированными титановыми мини-пластинами и мини-шурупам. Разработаны и апробированы в экспериментальных условиях мини-пластины из наноструктурированного титана для закрепления отломков челюсти при переломах, устройство для накостного остеосинтеза в челюстно-лицевой хирургии.

**14:15 – 14:30**

## **8. ЛЕЧЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

**Докладчик:** Прамод Субаш (Pramod Subash), профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии, челюстно-лицевой хирург.

*Школа стоматологии Кампуса медицинских наук Amrita Institute of Medical Sciences, (г. Кочи, Индия)*

Несмотря на то, что, как известно, первичное раннее лечение лицевой травмы позволяет получить наилучшие результаты, вторичные остаточные деформации средней зоны лица зачастую формируются после лечения. В формировании вторичных посттравматических деформаций средней зоны лица играют роль такие факторы, как неправильная или неполная диагностика, недостаточная компетентность или тяжелое общее состояние пациента. Такие деформации могут приводить к функциональным и

эстетическим нарушениям, затрагивающим зрение, дыхание, речь или жевание. Эти последствия трудно поддаются лечению и требуют проведения множественных вмешательств для достижения приемлемого результата. С целью улучшения результатов лечения необходимо применять не только базовые принципы краниофациальной реконструкции, но и продвинутые технологии, такие как интраоперационная навигация и интраоперационная рентгенография.

**14:30 – 14:50**

## **9. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ**

**Докладчик: Терещук Сергей Васильевич**, к. м. н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии им. Н. Н. Бажанова Института стоматологии им. Е. В. Боровского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); начальник Центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко» Министерства обороны РФ.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва*

**Соавтор: Сухарев В.А.**

*Российский университет дружбы народов Минобрнауки России, Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко» Министерства обороны РФ, г. Москва*

Огнестрельные раны характеризуются обширностью зоны поражения нескольких областей тела, сложностью строения раневого канала и множественностью. Особенности патогенеза огнестрельной раны требуют удаления нежизнеспособных тканей и создания условий для ее дренирования. Заживление открытой раны сопряжено с различной степени дегенерацией окружающих тканей, выходящих далеко из зоны первичного поражения. Всё это приводит к увеличению сроков заживления ран и потере функции. В докладе анализируется опыт применения реваascularизированных аутотрансплантатов для восстановления формы и функции поврежденных в результате огнестрельных ранений частей тела на разных этапах их хирургического лечения.

**14:50 – 15:05**

## **10. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА: ОТ ПРОШЛОГО В БУДУЩЕЕ**

**Докладчик: Хомутинникова Нина Евгеньевна**, к. м. н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, главный внештатный специалист по профилю «челюстно-лицевая хирургия» Минздрава Нижегородской области.

**Соавторы: Дурново Е. А., Высельцева Ю. В., Мишина Н. В., Борисов С. А.**  
*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород*

В докладе представлены методы диагностики и лечения переломов скулоглазничного комплекса (СОК) и посттравматических деформаций СОК за 10-летний период. Выделена роль междисциплинарного взаимодействия при планировании лечения. Отражены преимущества и недостатки существующих методов, разобраны осложнения. Представлен персонафицированный подход при применении 3D имплантатов при лечении посттравматических деформаций СОК.

**15:05 – 15:25**

## **11. ВЫБОР ИМПЛАНТАТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПЕРЕЛОМА ОРБИТЫ**

**Докладчик: Соловьев Михаил Михайлович (младший)**, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии СПбГУЗ, Городская многопрофильная больница № 2, к. м. н., доцент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии.

**Соавторы: Николаенко В. П., Трофимов И. Г., Онохова Т. Л.**

*ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург*

В докладе обобщен опыт лечения более 1000 больных с переломами стенок орбиты, скуло- и назоорбитального комплекса, получивших помощь на базе отделения челюстно-лицевой хирургии СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» г. Санкт-Петербурга с 1994 по 2020 годы. Предложена систематизация имплантатов, используемых для коррекции переломов, основанная на их физических свойствах и объемных характеристиках, которая позволяет индивидуализировать программу лечения для рассматриваемой группы больных. Составлен алгоритм выбора имплантата с учетом особенностей перелома и стоящих перед хирургом задач. Определены особенности перелома, влияющие на техническую сложность операции. Вывод: грамотный подбор имплантата, основанный на учете его физических характеристик, позволяет минимизировать риск неудачи при лечении больных с переломом орбиты и периорбитальной зоны лицевого черепа.

15:25 – 15:40

## **12. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СТРУКТУРЕ АВИАЦИОННОЙ ПОЛИТРАВМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВИАКАТАСТРОФЫ ПАССАЖИРСКОГО ЛЕГКОМОТОРНОГО САМОЛЕТА ТИПА АН-2 В НАО**

**Докладчик:** Минкин Александр Узбекивич, член правления Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, д. м. н., профессор, Заслуженный врач РФ.

**Соавторы:** Авдышов И. О., Гусев А. И., Чижов А. Ю.

*ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск*

*ФГБОУ ВО СГМУ ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница», г. Архангельск*

Проведен анализ характера травматических повреждений, возможности оказания своевременной специализированной помощи пострадавшим в авиакатастрофах и обсуждение тактики и методов лечения больных с травмами челюстно-лицевой области на примере авиакатастрофы в г. Нарьян-Маре. Изучены характер полученных травм и частота черепно-челюстно-лицевых повреждений, эффективность хирургического лечения и реабилитации пострадавших на базе ФГБОУ ВО ГБУЗ АО АОКБ.

15:40 – 15:55

## **13. АДДИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ**

**Докладчик:** Багненко Андрей Сергеевич, заместитель начальника кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, к. м. н., доцент.

**Соавторы:** Гребнев Г. А., Маградзе Г. Н.

*ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург*

В докладе будет представлено применение аддитивных технологий в ортогнатической хирургии при посттравматических деформациях.

15:55 – 16:10

## **14. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЁННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ (КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

**Докладчик:** Дениев Абдаллах Магомедович, к. м. н., врач челюстно-лицевой хирург отделения реконструктивной челюстно-лицевой и пластической хирургии.

**Соавторы:** Брайловская Т. В., Вербо Е. В., Большаков М. Н.

*ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России*

В докладе будет отражена актуальность проблемы реабилитации пациентов с приобретёнными дефектами челюстей, обоснован выбор донорской области. На примере клинических случаев представлены основные этапы комплексного лечения, включающие в себя реконструктивно-восстановительные операции, направленные на устранение приобретённых дефектов челюстей с применением аваскулярных и реваскуляризированных аутотрансплантатов и последующей зубо-челюстной реабилитацией.

**16:10 – 16:25**

## **15. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ МАГНИЕВЫХ СПЛАВОВ В ТРАВМАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Докладчик:** <sup>1</sup>Самуткина Марина Геннадьевна.

**Соавторы:** <sup>1</sup>Байриков И. М., <sup>1</sup>Волова Л. Т., <sup>1</sup>Болтовская В. В., <sup>1</sup>Нефедова И. Ф. <sup>2</sup>Мерсон Д. Л.

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет» (г. Тольятти)

Доклад предназначен для челюстно-лицевых хирургов, врачей стоматологов-хирургов. Для выбора остеофиксаторов и костно-замещающих материалов приходится анализировать процессы биодеградации имплантата. Внедрение цифровых технологий в экспериментальную и клиническую практику челюстно-лицевых хирургов позволяет проводить топическую диагностику дефекта, определять материал для замещения дефектов и фиксации костных фрагментов. В докладе представлены результаты экспериментальных исследований применения магниевых сплавов. Ожидаемые образовательные результаты: по итогам участия специалисты смогут ознакомиться с возможностями использования нового материала.

**16:25 – 16:40**

## **16. ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕГИОНАРНАЯ БЛОКАДА ЧЕРЕЗ КАТЕТЕР У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Докладчик:** <sup>1</sup>Столяренко Павел Юрьевич, к. м. н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

**Соавторы:** <sup>1</sup>Федяев И. М., <sup>1</sup>Байриков И. М., <sup>2</sup>Гафаров Х. О.

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (Самара)

<sup>2</sup> Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (Республика Таджикистан, г. Душанбе)

Проанализирован опыт применения длительной регионарной анестезии нижнечелюстного нерва (ДРАНН) с помощью катетера при остеосинтезе нижней челюсти, обоснованы перспективные возможности метода. За период с 1987 по 2021 гг. ДРАНН проведена у 886 пациентов с переломами нижней челюсти в возрасте  $38,5 \pm 14,2$  лет (от 14 до 86 лет). Заключение. ДРАНН при переломах нижней челюсти является компонентом мультимодального обезболивания и самостоятельной анестезии при остеосинтезе, а также в пред- и послеоперационном периоде. Многолетний опыт применения метода показал его эффективность, безопасность и доступность. Метод может применяться в условиях челюстно-лицевого стационара и отделения реанимации.

**7 июня 2022 года**

## **ЗАСЕДАНИЕ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ**

**9:00 – 11:00**

### **1. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРОФИЛЮ ТРАВМАТОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Докладчик: Панкратов Александр Сергеевич**, д. м. н. профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии им. Н. Н. Бажанова Института стоматологии им. Е. В. Боровского ФГАОУ ВО, Первый МГМУ им И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет, г. Москва).

**Соавтор: Иванов С.Ю.**, д. м. н., профессор, член-корр. РАН заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии им. Н. Н. Бажанова Института стоматологии им. Е. В. Боровского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФГАОУ ВО РУДН Минобрнауки России, вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии.

Клинические рекомендации — важный нормативный документ, на основании которого будет делаться вывод о качестве оказания пациенту медицинской помощи. Они должны приниматься, и, в последующем, пересматриваться, только после обсуждения широкой врачебной аудиторией, т. к. отдельная экспертная комиссия не в состоянии охватить все аспекты, встречающиеся в клинической практике. Доклад акцентирует внимание на дискуссионных аспектах этих рекомендаций, требующих решения врачебной аудиторией.

## **2. МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНЦЕПЦИЯ КОМАНДНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА И ЕЁ РЕАЛИЗАЦИЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ АО «АОДКБ им. П. Г. ВЫЖЛЕЦОВА»**

**Докладчик:** Минкин Александр Узбекович, профессор, доктор медицинских наук, зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СГМУ, главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии Архангельской области.

**Соавторы:** Ускова Г. Е., Казачук А. И., Симакова А. А., Дедкова А. И.  
*ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск*

Частота обнаружения различных форм расщелин в Архангельской области за истекшее десятилетие в среднем составляет 1:830 (1,2%). Ежегодно в Архангельской области рождается порядка 15-25 детей с различными видами расщелин лица. На диспансерном учете состоит 280 человек в возрасте от 0 до 18 лет с данной патологией. Совместная работа с Университетской клиникой г. Берген (Норвегия), где была выработана и реализована единая программа лечения и реабилитации этой категории больных с отличными отдаленными результатами, позволила кардинально изменить хирургический подход в лечении детей с врожденными расщелинами в нашем регионе.

**11:00 – 11:20**

## **3. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ**

**Докладчик:** Чкадуа Тамара Зурабовна, д. м. н., профессор, руководитель Центра челюстно-лицевой хирургии.

*ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва*

Разработана новая тактика в диагностике, хирургических вмешательствах и реабилитации у больных с посттравматической деформацией ушной раковины.

**11:20 – 11:40**

## **4. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ПОЛУЧЕННЫМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ, ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ, ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР – УТОПИЯ ИЛИ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ**

**Докладчик:** Лопатин Андрей Вячеславович, руководитель Центра хирургии головы и шеи РДКБ РНИМУ МЗ РФ, д. м. н., профессор.

**Соавторы:** Ясонов С. А., Батюнин В. А., Скапенков И. Н., Петрайкина Е. Е., Прометной Д. В., Брюсов Г. П., Негода П. М.

*Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

Оценка результатов лечения детей с травмами черепно-лицевой области в стационаре 4-го уровня в зависимости от сроков, прошедших после травмы. Анализ работы Федерального дистанционного реанимационного консультативного центра в организации своевременной высокотехнологичной помощи этой группе больных.

**11:40 – 12:00**

## **5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТОЙ И ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Докладчик:** Слетов Александр Анатольевич, д. м. н., профессор, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

**Соавторы:** Локтионова М. В., Слетова В. А., Габбасова И. В.

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь*

Травма черепно-лицевой области в детском возрасте с повреждением ростковых зон и участков приводит к ряду отягощающихся со временем проблем. Изолированные повреждения челюстно-лицевой области встречаются только в 20% случаев, остальные приходится на сочетанную с неврологической симптоматикой, диагностика которой весьма сложна. С 2015 по 2021 гг. в ГБУЗ СК СККБ с сочетанной патологией черепно-лицевой области прооперировано 83 ребенка в возрасте от 3 до 9 лет, с различной локализацией повреждений и сопутствующей неврологической симптоматикой. Малоинвазивное хирургическое вмешательство способствует адекватному ответу организма на агрессию, с минимальным риском послеоперационных осложнений и нормальному продолжению роста черепно-лицевых костей в условиях сохранённой физиологической биомеханики. Высокая реабилитационная скорость способствует быстрому возвращению ребёнка к привычному образу жизни.

**12:00 – 12:15**

## **6. ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ)**

**Докладчик:** Эмирбеков Эмирбек Абдулкеримович, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А. А. Лимберга, зав. отделением челюстно-лицевой хирургии ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса.

**Соавторы:** Семенов М. Г., Подъякова Ю. А., Киштилиев М. З.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова (г. Санкт-Петербург)*



Особенностью переломов костей средней зоны лица является высокая частота черепно-мозговых повреждений различной степени тяжести, вовлечение в патологический процесс околоносовых пазух, орбит, что может привести к развитию стойких неврологических, зрительных нарушений, функций придаточных пазух носа. В то же время нарушения зубочелюстных взаимоотношений, ограничение функций жевания, а также развитие посттравматических эстетических нарушений в растущем организме требуют особой тактики в диагностике, проведении лечения и диспансерного наблюдения этой категории пострадавших. В докладе будет обсужден опыт лечения переломов костей средней зоны лица у детей в условиях многопрофильного детского стационара.

**12:15 – 12:30**

## **7. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Докладчик:** **Валиева Лейли Умидовна**, аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии им. Н. Н. Бажанова Института стоматологии им. Е. В. Боровского.

**Соавтор:** **Панкратов А. С.**

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва*

Длительная межчелюстная иммобилизация при переломах нижней челюсти вызывает серьезные функциональные нарушения в работе зубочелюстного аппарата. Наиболее важным из них является дисфункция жевательной мускулатуры, что, в свою очередь, может являться пусковым моментом для развития нарушений височно-нижнечелюстного сустава. Поэтому, принципиальное значение, в данном случае, приобретает восстановление мышечного баланса в максимально короткие сроки. Работа посвящена проблеме установления референсных значений, позволяющих в динамике судить о нормальном восстановлении комплексной функции жевательных мышц и коррекции возникающих нарушений путем активного воздействия на область нейромышечного соединения.

**12:30 – 12:45**

## **8. МЕДИКАМЕНТ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ЧЕЛЮСТИ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ**

**Докладчик:** **Поляков Кирилл Артурович**, к. м. н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии им. Н. Н. Бажанова Института стоматологии им. Е. В. Боровского.

**Соавторы: Иванов С. Ю., Попова С. В.**

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва*

Современные исследования и наш собственный клинический опыт показывают, что медикамент-ассоциированные остеонекрозы челюстей встречаются достаточно часто на фоне проводимой химиотерапии по поводу костных метастазов. Количество случаев неуклонно растет. Одним из вопросов является изменение качества жизни пациентов после радикальных хирургических вмешательств, поскольку это одна из причин, по которой пациенты и врачи иногда откладывают операцию до перехода болезни на следующие стадии. Наше исследование показывает, что радикальное хирургическое лечение, как правило, значительно повышает уровень качества жизни пациента в отличие от паллиативных вмешательств и консервативного лечения. Таким образом, несмотря на большой объем резекции, в целом пациент испытывает значительное облегчение и улучшение всех параметров. Расширение объема операции и её более раннее проведение приводят к улучшению результатов лечения и прогноза в отношении остеонекроза.

**12:45 – 13:05**

## **9. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ НИЖНЯЯ МИКРОГНАТИЯ У ПОДРОСТКОВ**

**Докладчик: Семенов Михаил Георгиевич**, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А. А. Лимберга, д. м. н., профессор СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

**Соавторы: Эмирбеков Э. М., Муратов И. В., Захарова Е. С., Подъякова Ю. А., Киштилиев М. З.**

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова (г. Санкт-Петербург)*

Травматические повреждения нижней челюсти, особенно мышечного отростка, у детей, при отсутствии лечения или неправильно выбранной его тактики могут привести к недоразвитию челюсти по типу нижней «кондиллярной» микрогнатии и развитию вторичной деформации костей лицевого отдела черепа. В докладе представлен многолетний опыт наблюдения детей с последствиями переломов нижней челюсти, оценен опыт лечения как в острый период травмы, так и посттравматических деформаций челюстных костей.

13:05 – 13:20

## **10. НАШ ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Докладчик:** Михайлюков Владимир Михайлович, челюстно-лицевой и пластический хирург, к. м. н., доцент кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии.

**Соавтор:** Дробышев А. Ю.

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России (г. Москва)*

Посттравматические дефекты и деформации глазницы являются частым последствием тяжёлой травмы средней зоны лица (СЗЛ). В настоящее время количество пациентов с данной патологией увеличивается, что связано с ростом частоты дорожно-транспортных происшествий (ДТП), бытовых конфликтов. Тяжелые травматические повреждения глазницы могут приводить к возникновению ее деформаций, функциональным нарушениям в виде изменения положения глазного яблока, его повреждению и косметическим недостаткам, в результате чего у пострадавших могут возникать тяжелые психические нарушения, приводящие их к социальной дезадаптации. Социальная значимость и актуальность данной проблемы связаны с тем, что преимущественно травматическим повреждениям глазницы чаще подвержены люди молодого и трудоспособного возраста. Неправильное и несвоевременное оказание хирургической помощи пациентам с травматическими повреждениями глазницы приводит к возникновению ее стойких посттравматических дефектов и деформаций.

## **СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ**

### **1. НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ**

**Докладчик:** Саид Омар Абдулрахман Саид, аспирант кафедры хирургической стоматологии.

**Соавторы:** Походенько-Чудакова И. О., Максимович Е. В.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск*

Частота развития травматического остеомиелита челюстных костей, несмотря на появление новых информативных методов ранней диагностики, а также разработку новых видов фиксации отломков и иммобилизации челюстей, высокоэффективных способов консервативного фармакологического и нефармакологического лечения, не имеет тенденции к снижению. В настоящее время установлено, что полость рта может

являться резервуаром *H. pylori* в организме человека, определено персистенция данного микроорганизма в зубодесневых карманах, ротовой жидкости, зубном налете, ассоциированное с наличием *H. pylori* в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки при ряде гастродуоденальных заболеваний. Пациентов с переломами челюстных костей, имеющих в анамнезе заболевания, ассоциированные с *H. pylori*, авторы относят к группе риска развития травматического остеомиелита.

## **2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D-ПЕЧАТИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ В УНИВЕРСИТЕТСКОМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЛИЛЛЯ – ФРАНЦИЯ**

**Докладчик: Друэль Шарль (Druelle Charle)**, челюстно-лицевой хирург MD, врач-консультант (г. Лилль, Франция).

3D-печать в челюстно-лицевой хирургии имеет множество применений. Ее использование в реконструктивной хирургии, будь то после онкологических операций или баллистической травмы, хорошо известно из научной литературы, особенно с использованием режущих направляющих для повышения хирургической точности и сокращения операционного времени. В травматологии большинство случаев, с которыми сталкиваются хирурги, требуют стандартизированной операции. В этих случаях 3D-печать не приносит никакой пользы для пациента и может даже задержать операцию (из-за времени, необходимого для снятия слепка). С другой стороны, пациенты, страдающие от сложных челюстно-лицевых травм, которым медицинская помощь может быть отложена на несколько часов, могут извлечь большую пользу из таких методов. В нашей клинике мы использовали 3D-модели такого рода в основном для создания челюстно-лицевых дуг для восстановления окклюзии перед иммобилизацией перелома и 3D-визуализации перелома в масштабе 1:1, что позволяет более точно сохранить кость на этапах репозиции и остеосинтеза. Хотя это может и не быть абсолютной необходимостью для лечения в таких случаях, созданные 3D-модели действительно облегчили хирургическую процедуру.

В этой презентации мы расскажем о случаях, когда 3D-печать использовалась для улучшения хирургической процедуры при челюстно-лицевой травме (в нашей службе Больничного центра Лилльского университета), о стоимости этого подхода и времени, необходимом для создания и печати моделей, а также для любого другого планирования, связанного с операцией. Мы также обсудим несколько моделей, созданных для того, чтобы помочь хирургу визуализировать посттравматическую анатомию некоторых пациентов перед хирургической коррекцией.

### **3. ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПСАФ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ (ВКБ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КРАНИОФАЦИАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

**Докладчик:** Соловьев Михаил Михайлович, Заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор.

**Соавторы:** Соловьев М. М. (IV), Хацкевич Г. А., Трофимов И. Г., Аветикян В. Г., Фиников А. В., Иванов А. Р., Туманов Э. В., Онохова Т. Л., Попов Б. А.

*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

Современная идеология медицины, отражённая в документах ВОЗ, требует системного биопсихосоциального подхода к обследованию, диагностике, разработке индивидуально-ориентированных планов комплексного лечения и реабилитации больных с поражениями и повреждениями ЧЛЮ. В докладе представлена методика диагностики ПСАФ (психосоциально-анатомо-функциональной) аутодезадаптации в практике врачачелюстно-лицевого хирурга в контексте патологии травматического характера, посттравматической реабилитации, методики общения врача с пациентом в контексте непатерналистской модели.

### **4. ТРАВМА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

**Докладчик:** <sup>1</sup>Васильев Алексей Викторович, доктор мед. наук, профессор.

**Соавтор:** <sup>2</sup>Эмирбеков Э. А.

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

Повреждения структур височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) весьма многообразны и требуют дифференцированного подхода в выборе метода лечения. В докладе представлена рабочая клиническая классификация повреждений ВНЧС: вывихи, гематомы, вне- и внутрисуставные переломы мышечкового отростка, повреждения капсулы и хрящевого диска, повреждение костных структур суставной впадины и основания черепа. Рекомендуются методы дифференциальной диагностики и алгоритмы консервативного или оперативного лечения будут проиллюстрированы на многочисленных клинических примерах.

## **5. ТАКТИКА И ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМОВ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Докладчик: **Чхаидзе Георгий Гурамович**, к. м. н.

*ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва*

В докладе показаны тактика и особенности хирургического лечения с использованием эндоскопического-ассистированного остеосинтеза «высоких» переломов нижней челюсти, а именно ветви и мышцелкового отростка нижней челюсти.

## **6. ТАКТИКА ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА**

Докладчик: **Селезнёв Василий Андреевич**, челюстно-лицевой хирург.

Научный руководитель: **Буцан С. Б.**, д. м. н.

Соавторы: **Йигиталиев Ш. Н., Лафишев А. И., Ходячий А.Е., Черненький М. М.**

*ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва*

На примере клинического случая будет представлена тактика двухэтапного подхода в реконструкции посттравматической деформации скуло-носоглазничного комплекса, проведен разбор тактики хирургического лечения с обоснованием принятия решений на каждом из этапов.

## **7. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ УСТРАНЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОСТНО-ХРЯЩЕВОГО ОТДЕЛА НОСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ И МОДИФИКАЦИЙ ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ**

Докладчик: **Гаджиев Магомед Расулович**, врач-ординатор.

Соавторы: **Либин П. В., Суфиомаров Н. Ш.**

*ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, г. Москва*

Разработан оптимальный способ устранения субтотальных дефектов при посттравматических деформациях костно-хрящевого отдела носа за счёт применения различных видов и модификаций обработки хрящевых аутотрансплантатов.

## **8. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

**Докладчик:** Серегин Александр Сергеевич, к. м. н., заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии педиатрического корпуса ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Самарской области по детской челюстно-лицевой хирургии, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии.

**Соавторы:** Пушкин С. Ю., Сидорова Л. Н., Божкова А. С.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

*ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина» (г. Самара)*

Рассмотрены клинические случаи с различными вариантами расположения инородных тел в мягких тканях и костях лицевого черепа, тактика оперативного вмешательства с применением современных методов лечения.

## **9. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ**

**Докладчик:** Кудряшов Дмитрий Николаевич, ассистент кафедры терапевтической стоматологии.

**Соавторы:** Постников М. А., Трунин Д. А., Чигарина С. В., Афанасьев В. В.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

В докладе рассматриваются проблемы, связанные с сохранением зубов при переломах альвеолярных отростков челюстей. Будет предложен протокол диагностики и тактики лечения таких зубов в зависимости от клинической ситуации и возможных осложнений, будут рассмотрены сроки и порядок динамического наблюдения, возможные исходы при сохранении зубов. Доклад направлен на улучшение коммуникации между разными специалистами и предназначен для стоматологов-хирургов, стоматологов-терапевтов и челюстно-лицевых хирургов.

## **10. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Докладчик:** Степанов Григорий Викторович, д. м. н., зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии.

**Соавтор:** Ульянова Л. Г.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

В докладе будут рассмотрены и обсуждены результаты лечения пациентов с деформациями в зубочелюстно-лицевой области, в том числе и посттравматического происхождения. Уделено большое внимание этапам диагностики не только с помощью известных основных методов, но также впервые использованных для составления плана комплексного лечения пациентов с изучаемой патологией. Представленные клинические случаи будут интересны челюстно-лицевым хирургам, врачам-ортодонтам, стоматологам-ортопедам, стоматологам-хирургам, стоматологам-терапевтам, стоматологам общей практики, детским стоматологам. Доклад даст представление о новых способах диагностики и современном подходе в лечении пациентов с деформациями в зубочелюстно-лицевой области.

## **11. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОСТНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Докладчик:** **Лысов Александр Дмитриевич**, к. м. н., старший преподаватель кафедры стоматологии, врач-стоматолог -хирург, -ортопед стоматологической клиники «Дентал-Антистресс».

*Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», г. Самара*

В докладе представлен клинический случай имплантологической реабилитации пациента в сочетании с аугментацией костной ткани в области дефектов верхней челюсти с использованием ауто- и ксено-трансплантатов, стабилизируемых титановой сеткой. По итогам мероприятия слушатели получают представление о симультанном подходе к увеличению костной ткани в области дефектов верхней челюсти до объема, необходимого для установки дентальных имплантатов, позволяющем оптимизировать процессы регенерации, уменьшать вероятность возникновения осложнений и сокращать сроки лечения.

## **12. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ**

**Докладчик:** **Самыкин Александр Сергеевич**, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Клиник СамГМУ.

**Соавторы:** **Кузнецов М. В., Столяренко П. Ю., Монаков Д. В., Рудак К. Д., Монаков В. А.**

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

Рассмотрены особенности диагностики, клинической картины и хирургического лечения пострадавших с ранениями челюстно-лицевой



области и шеи, нанесенными осколками дисков угловой шлифовальной машины и огнестрельным оружием ограниченного поражения (пули из пневматического и травматического оружия). Особенностью данного вида травм является масштаб повреждения мягких тканей лица и шеи, лицевых костей, органов дыхания, зрения, сопровождающихся последующим некрозом с образованием дефектов. Лечение таких пациентов является сложным, комплексным и требует совместного участия челюстно-лицевых хирургов, лор-врачей, офтальмологов, нейрохирургов, анестезиологов-реаниматологов.

### **13. ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

**Докладчик:** Слесарев Олег Валентинович, д. м. н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

**Соавтор:** Радзевич А. С.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

Переломы нижней челюсти в области мышцелкового отростка в большинстве случаев сопровождаются стойким нарушением функции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Корректная репозиция и фиксация фрагментов кости не гарантирует восстановление движений нижней челюсти. Это обусловлено посттравматическим нарушением анатомической целостности мягкотканых элементов сустава: капсулы; связок и диска. Осложнения обусловлены дислокацией диска из-за разрыва капсулы сустава и ретро-дискальных связок, обеспечивающих фиксацию диска к капсуле и головке ВНЧС. Следовательно, игнорирование данных о состоянии мягкотканых элементов ВНЧС при переломах нижней челюсти в области мышцелкового отростка может быть причиной дегенеративно-дистрофических поражений ВНЧС посттравматического генеза.

### **14. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Докладчик:** Фишер Ирина Игоревна, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

Исследование качества жизни — принципиально новый метод в психологии и медицине, позволяющий изучать многоплановую картину субъективного переживания пациента, вызванного болезнью. Однако в современных исследованиях недостаточно отражена взаимосвязь психологических особенностей пациентов, получивших травму челюстно-лицевой области, с параметрами качества жизни.

## **15. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ ЧЕЛОВЕКА**

**Докладчик:** Москалев Еудженну, аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

**Соавтор:** Губарева И. В.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (г. Самара)*

Рассмотрены результаты лечения больных с переломами нижней челюсти и коморбидной соматической патологией с использованием набора для определения миелопероксидазы человека иммуноферментным методом на примере клинических случаев. Предложенный комплекс лечебных мероприятий позволил улучшить функциональный, косметический результаты и дал возможность повысить качества жизни больных.

**7 июня 2022 г. по окончании работы съезда гости посетят:**

**Институт инновационного развития**  
*(ул. Льва Толстого, 115),*  
**научно-производственный IT-технопарк СамГМУ**  
*(Арцыбушевская, 171),*  
**Точку кипения СамГМУ**  
*(ул. Чапаевская, 227).*

***Мероприятие аккредитовано в системе НМО***

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

## **ПРОГРАММА**

**I ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ  
И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ»**

Компьютерная верстка *Бородина С. В.*

Подписано в печать 30.05.2022. Формат 60x84/16.  
Печать оперативная. Бумага мелованная глянцевая  
Усл. печ. л. 1,63. Печ. л. 1,75.  
Тираж 100 экз.

Отпечатано с оригинал-макета  
в типографии ООО «Прайм»  
443069, Самара, ул. Байкальский пер., 12  
тел.: 8 927 201 82 95