

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ХИРУРГИИ



СБОРНИК  
материалов  
научно-практической конференции с  
международным участием, посвященный  
75-ти летию  
профессора Рузина Геннадия Петровича  
Харьков, 11 мая 2016 г.

г. Харьков

2016

Сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием, посвященный 75-ти летию профессора Рузина Геннадия Петровича. – Харьков, ХНМУ, 2016.- с.

В сборнике тезисов представлены результаты научных исследований и практических достижения по внедрению новых методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

*Редакционная коллегия:* проф. Григоров С.Н., доц. Демяник Д.С., доц. Рекова Л.П., доц. Вакуленко Е.Н.

Тезисы печатаются в авторской редакции.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов  
научно-практической конференции с международным участием,  
посвященный 75-ти летию профессора Рузина Геннадия Петровича  
Харьков, 11 мая 2016 г.

г. Харьков

2016

## Оглавление

ВЕРЕТІЛЬНИК А.В., РИБАЛОВ О. В. ....	1
ВОЛЧЕНКО Н.В., НАЗАРЯН Р.С. ....	2
ГОЛІК В.П., БРЕСЛАВЕЦЬ Н.М., ШЕПЕНКО А.Г. ....	3
ДМИТРЕНКО М.І. ....	5
ДМИТРИЕВА А.А. ....	6
ДУБОВЕЦКИЙ А. В., ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О. ....	9
ЕЛИСЕЕВА О.В., СОКОЛОВА И.И. ....	12
КОВАЛЕНКО Г. А., ГОЛІК В.П., ЯНІШЕН І. В. ....	14
КОВАЧ И.В., ХОТИМСКАЯ Ю.В. ....	16
КРИЧКА Н.В., БИЛОБРОВ Р.В. ....	19
КРИЧКА Н.В., БИЛОБРОВ Р.В. ....	22
ЛЮБАРЕЦЬ С.Ф., ТОМАШІВСЬКИЙ Т.О. ....	24
ЛЯЩУК Г.С. <sup>1</sup> , ЧЕЛИЙ А.И. <sup>2</sup> ....	27
МЕЛЬНИК В.Л., ШЕВЧЕНКО В.К. ....	29
МИКУЛИНСКАЯ-РУДИЧ Ю.Н., МЫСЬ В. А., ....	31
НІКОЛІШИН А.К., КОТЕЛЕВСЬКА Н.В. ....	34
НІКОНОВ А.Ю. ....	38
ОБЪЕДКОВ Р.Г. *, ШВЫРКОВ М.Б. *, ГРИГОРЬЯН А.С. **. ....	40
ПАТЛЯКЕВИЧ О.А. ....	48
ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О., КРАВЧЕНКО В. О. ....	49

содержанием аллергена. Исключение механического воздействия протезов на слизистую оболочку полости рта с проведением комплексной десенсибилизирующей (при показаниях - противовоспалительной) терапии приводят к полному выздоровлению пациентов.

**Кричка Н.В., Билобров Р.В.**

## **ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ.**

**Харьковский национальный медицинский университет, г.Харков**

По данным литературы при полном отсутствии зубов протезы рекомендуются менять через каждые 3-4 года, так как процессы резорбции костной ткани, начавшиеся после удаления зубов, продолжаются и под пластиночным протезом. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что атрофия проходит неравномерно. В клинике это проявляется в том, что протезы начинают плохо фиксироваться, балансировать. На различных участках под протезом могут отмечаться болевые точки.

При исследовании протезов видно, что бугры жевательных и режущие края передних зубов стираются, в результате чего пациенты могут жаловаться на затруднённое разжёвывание пищи. При этом, как правило, жевательная функция остаётся высокой. Однако значительно увеличивается продолжительность жевательного периода.

В связи со стёртостью пластмассовых зубов у пациентов чаще всего отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, причём в зависимости от продолжительности пользования протезами и степени стёртости пластмассовых зубов снижение может составлять от 2 до 10 мм и более. Кроме того такие протезы часто бывают покрыты тёмным налётом. Стёртые зубы ухудшают эстетические качества протезов. В связи с несоответствием

протеза протезному ложу, а также из-за старения пластмассы пациенты иногда жалуются на частые поломки протезов.

При повторном ортопедическом лечении больных последовательность клинических этапов ничем не отличается от общепринятых. В то же время имеются некоторые нюансы, знание которых позволяет предупредить возможные ошибки. Следует отметить, что при повторном протезировании, врач имеет дело с пациентом, который уже ранее пользовался съёмными протезами и психологически к этому подготовлен. Работа с подобными пациентами упрощается, так как исчезает предубеждённость против съёмного протеза свойственная многим пациентам, особенно женщинам. Такие пациенты, как правило, значительно быстрее адаптируются к новым протезам. Начиная их лечение необходимо тщательно исследовать имеющиеся у них протезы. После проведения определённой коррекции их с успехом можно использовать для получения оттисков. Поскольку пациент хорошо адаптирован к протезам, получая оттиски под действием силы жевательного давления в привычных для больного условиях, можно добиться хороших результатов.

По вопросу о лечении пациентов со сниженным межальвеолярным расстоянием существуют различные точки зрения. Одни авторы считают, что высоту восстанавливать не следует. По мнению других, это необходимо проводить постепенно. Н.В.Калинина предлагает проводить так называемое нейромышечное переобучение. В основе которого лежит подготовка центральной нервной системы, а также произвольной и рефлекторной двигательной активности мышц. Это достигают путём поднятия межальвеолярного расстояния с помощью капп выше уровня физиологического покоя мышц. При этом используют физиологическую особенность миотатического рефлекса – снижение сократительной способности мышц при их запредельном растяжении. С помощью каппы высоту межальвеолярного расстояния поднимают на 3-4 мм выше уровня физиологического покоя. Такой каппой пациенты должны пользоваться от 3

месяцев до 1 года. Клиническими признаками, свидетельствующими о завершении подготовки нейромышечного аппарата, являются ощущения удобства и желание пациента пользоваться каппой постоянно, в том числе и во время жевания. После этого пациенту изготавливают протезы с нормальной высотой нижнего отдела лица. Многие пациенты не соглашаются на такое длительное и мучительное лечение.

Основываясь на большом количестве клинических данных, мы считаем, что пациентам, у которых снижена высота нижнего отдела лица, можно восстанавливать высоту также одномоментно, не прибегая к перестройке миотатического рефлекса.

Исследуя имеющиеся у больного протезы, особое внимание обращают на форму и величину искусственных зубов, а также на конфигурацию зубной дуги, с тем, чтобы не повторить имеющиеся ошибки при конструировании искусственных зубных рядов во вновь изготовленных протезах.

Особое внимание необходимо обращать на то, чтобы в новых протезах не была заужена зубная дуга. Если в старых протезах была бипрогнатия, пациенты будут жаловаться на нехватку места для языка.

Особые трудности представляет протезирование больных, у которых на старых протезах возник привычный прикус (прогения, сдвиг в сторону). Хотя клиницисты рекомендуют в новых протезах делать такую же постановку искусственных зубных рядов наши клинические исследования говорят об обратном. Новые протезы необходимо делать с правильной постановкой. С высокими буграми, чтобы препятствовали смещению в привычный прикус и проводить разъяснительную работу с пациентами (обучать их правильно смыкать челюсти).

**Любарец С.Ф., Томашівський Т.О.**

**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ З  
РІЗНОЮ СОМАТИЧНОЮ ТА ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.**

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ**