

МАТЕРІАЛИ ІІІ (Х) З'ІЗДУ Асоціації стоматологів України

(16–18 жовтня 2008 р., м. Полтава)



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

**ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ -
В СТОМАТОЛОГІЧНУ ПРАКТИКУ**

**МАТЕРІАЛИ ІІІ (Х) З'ЇЗДУ
АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ**

Полтава • "Дивосвіт"* 2008

| | |
|--|-----|
| Клінічний досвід роботи з новим наноккомпозитом "Synergy D6" (Coltene Whaledent) <i>Білоклицька Г. Ф., Дзицюк Т. 1</i> | 126 |
| Можливість використання озонотерапії при лікуванні хворих на генералізований пародонтит <i>Білоклицька Г. Ф., Копчак О. В.</i> | 126 |
| Особливості клінічного перебіг ⁷ пародонтиту у хворих на цукровий діабет 1 та 2 типів <i>Бобирьова Л. Є., Суханова Л. О., Суханов О. Б.</i> | 127 |
| Свободнорадикальные механизмы в развитии экспериментального пародонтита <i>Бобырев В. Н., Ковалев Е. В., Островская Г. Ю., Розколуца Н. В.</i> | 128 |
| Экспериментальные и клинические основы применения антиоксидантов в комплексной терапии пародонтита <i>Бобырев В. Н., Розколуца Н. В., Островская Г. Ю., Петрова Т. А.</i> | 130 |
| Дифференциальная диагностика амелобластомы ветви челюсти и полной ретенции верхнего зуба мудрости <i>Богашова Л. Я., Ванякин Б. Е.</i> | 131 |
| Информативность иммунологических методов диагностики генерализованного пародонтита <i>Бордонос В. Г., Сергеева И. Е.</i> | 132 |
| Модифікація індексної оцінки стану хворих на рецидивний простий герпес слизової оболонки порожнини рота й губ <i>Борисенко А. В., Рєзурецька Р. А.</i> | 133 |
| Мікробіологічна оцінка стану реставрацій зубів та шляхи підвищення їх якості <i>Борисенко А. В., Петрусь В. В.</i> | 134 |
| Дігностичне значення визначення середньомолекулярних пептидів у ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит <i>Борисенко А. В., Білокур В. В., Зелінська Н. А.</i> | 134 |
| Спосіб стерилізації кореневих каналів за допомогою озону <i>Борисенко А. В., Хоцяновський А. М., Шкрєдь О. Г., Відерська Г. В., Противень М. Ф., Андрушко О. М.</i> ... | 135 |
| Цитологічне дослідження вмісту ясенних та пародонтальних кишень у вагітних із захворюваннями пародонта <i>Борисенко А. В., Шекера О. О.</i> | 136 |
| Предсказуемость успешного эндодонтического лечения <i>Волокитин А. Н., Шилина Н. В.</i> | 137 |
| Хімічна обробка системи корневих каналів при ендодонтичному лікуванні <i>Волокитін О. М., Шилина Н. В., Надтока В. М.</i> | 138 |
| Сучасний підхід до профілактики клінічних проявів герпесвірусної інфекції в порожнині рота у хворих на запальні захворювання тканин пародонта, асоційовані з персистою вірусною інфекцією <i>Волосовець Т. М.</i> | 138 |
| Клінічна оцінка ефективності "Вектор"-терапії в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит <i>Вороніна Т. Є.</i> | 140 |
| Изучение реологических свойств ротовой жидкости у больных хроническим генерализованным пародонтитом <i>Воропаева А. А.</i> | 141 |
| Противовоспалительная и антирезорбтивная активность антиагреганта дипиридамола в условиях эксперимента <i>Воскресенский О. Н., Ткаченко Е. К., Скиба О. И.</i> | 141 |
| Застосування композиції антибактеріального препарат ⁷ умкалор і ентеросорбенту поліфепан при лікуванні періодонтитів <i>Гаврилова Л. З.</i> | 142 |
| Анализ корреляции клинических и рентгенологических диагнозов при скрытых кариозных дефектах <i>Герман С. И., Потапова С. И., Панков А. А., БолыхЛ. В.</i> | 143 |

1. Приоритетное использование природных соединений.
2. Разработка препаратов антиоксидантной защиты коллагена.
3. Разработка ингибиторов "дыхательного взрыва" нейтрофилов.
4. Поиск ангиопротекторов, воздействующих: на сосудистые механизмы пародонтогенеза.
5. Разработка комбинированных препаратов АО, учитывая что процессы СРПО могут развиваться как в липидной, так и водной фазах клеточных и неклеточных структур пародонта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ВЕТВИ ЧЕЛЮСТИ И ПОЛНОЙ РЕТЕНЦИИ ВЕРХНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ

Богашова Л. Я., Ванякин Е. Е.

г. Полтава

Настоящее сообщение явилось результатом затруднений в диагностике амелобластомы ветви челюсти и полной ретенции верхнего третьего моляра.

Отличить проявление амелобластомы и обострение полной ретенции верхнего зуба мудрости довольно сложно, особенно если амелобластома небольших размеров. Однако следует учитывать, что амелобластома имеет излюбленную локализацию - угол или ветвь нижней челюсти, может в процессе роста и развития нагнаиваться, что в дальнейшем приводит к возникновению абсцессов и флегмон клетчаточных пространств, окружающих ветвь челюсти. Чаще всего воспаление проявляется абсцессами или флегмонами щеки, околоушно-жевательной или подвисочной областей.

Начало развития воспалительного процесса проходит, как правило, бессимптомно, с появлением отека окружающих мягких тканей, и только при распространении гнойного экссудата в окружающую клетчатку проявляются все признаки воспаления.

Рентгенологически на обзорной рентгенограмме нижней челюсти определяется дефект костных тканей ветви челюсти четких контуров однополостной или в виде двух-трех полостей.

Полная ретенция верхнего зуба мудрости может явиться рентгенологической находкой, если больной исследуется в зрелом возрасте.

Однако проявлений роста третьего моляра, когда он не прорезался в свое время, может и не быть. Но в том случае, если имелись какие-то причины, побудившие его к возобновлению роста (чаще всего травма), то движение его сопровождается самопроизвольной болью, развитием воспалительной реакции тканей над зубом, в дальнейшем может возникнуть гайморит, субпериостальный абсцесс нижней челюсти, при вскрытии гнойного очага может организоваться свищ с гнойным отделяемым. Процесс может стихнуть на некоторое время при применении противовоспалительных препаратов, а затем вновь обостриться после снижения защитных сил организма: переохлаждения, перегревания, после перенесенных вирусных заболеваний и др.

При объективном исследовании даже в начале развития процесса в области бугра верхней челюсти пальпаторно определяется боль.

Рентгенологически при появлении острого воспаления определяется только третий моляр, находящийся в области бугра верхней челюсти. При частых обострениях, т. е. переходе острого воспаления в хроническое, может определяться участок деструкции костной ткани над жевательной поверхностью зуба мудрости.

Таким образом, основным дифференциально-диагностическим критерием между амелобластомой ветви челюсти и перикоронаритом при полной ретенции верхнего третьего моляра являются клинические признаки роста опухоли и обострения перикоронарита. Дополнительные методы исследования, подтверждающие клинический диагноз, - рентгенологические данные. Полученные результаты будут способствовать правильному выбору метода лечения и профилактике осложнений.