

доби. Після зникнення або суттєвого зменшення ознак загострення запального процесу проводили подальше лікування верхівкового періодонтиту згідно обраної схеми.

Результати досліджень. Вищенаведений метод лікування було застосовано під час лікування 20 хворих на хронічний верхівковий періодонт у стадії загострення. У 15 хворих (75 %) через 1-2 доби відзначилось повне зникнення симптомів загострення, 5 пацієнтів (25 %) відзначили суттєве зменшення болю, набряку та відновлення функції зуба. Важливим є те, що вміст кореневого каналу після застосування мазі "Мірамістин-Дарниця" був вільним від гнійно-некротичних виділень, а подальше герметичне закриття порожнини зуба не супроводжувалось наступним загостренням.

Таким чином, використання мазі "Мірамістин-Дарниця" дозволяє успішно лікувати хворих на верхівковий періодонтит у стадії загострення. Запропонований метод дозволяє швидко усунути стан загострення, запобігаючи при цьому вторинному інфікуванню кореневого каналу, а також не вимагає застосування системної антибіотикотерапії. Метод є простий у застосуванні, не потребує особливого обладнання, а препарат "Мірамістин-Дарниця" є доступним у аптечній мережі.

Висновки. Для усунення стану загострення при лікуванні хворих на верхівковий періодонтит зазвичай застосовують способи пасивного дренажу вмісту кореневого каналу та періапикальних тканин, залишаючи при цьому сам канал відкритим. У даній роботі запропоновано застосувати мазь "Мірамістин-Дарниця" з метою активного дренажу вмісту кореневого каналу та одночасного антибактеріального впливу на мікрофлору кореневого каналу у хворих на верхівковий періодонтит. Запропонований метод дозволяє швидко та ефективно усунути стан загострення у таких хворих і продовжити подальше лікування.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ КОЛОВОГО М'ЯЗА РОТА ПРИ СТАТИЧНІЙ ПРОБІ В ДІТЕЙ ІЗ ДЕПРИВАЦІЄЮ СЛУХУ В ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ

Сокологорська-Никіна Ю.К., Куроєдова В.Д.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів,

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Української медичної стоматологічної академії.

Дослідження м'язів щелепно-лицевої ділянки як в нормі, так і при патології прикусу представляє великий інтерес, оскільки функція м'язів є індикатором складних функціональних відносин зубощелепно-лицевої системи. Доведено, що низький рівень функціонування м'язового апарату щелепно-лицевої ділянки, порушення її функцій є фактором ризику виникнення і прогресування патології ЗЩА.

Метою дослідження було вивчення функціонального стану м'язів, а саме, кругового м'язу рота пацієнтів із депривацією слуху.

Для дослідження біоелектричної активності колового м'язу рота використовували комплекс для електроміографії «Нейрософт». Ми вивчили

біоелектричну активність кругового м'яза рота на електроміограмах у 15 пацієнтів із змінним прикусом, середній вік – $10,5 \pm 0,59$ років. Всі пацієнти мали патологію прикусу 100% та відсутність слуху. Контролем послужили дані дослідження ЕМГ показників дітей із змінним ортогнатичним прикусом, встановлені Головка Н.В.

Аналіз результатів електроміографії при пробі на максимальне вольове стиснення губ показав, що параметри біоелектричних потенціалів (БП) кругового м'яза рота у пацієнтів з депривацією слуху та ортодонтичної патологією ($249 \pm 47,57$ мкВ) в 1,8 рази вище, ніж у контрольної групи ($138,3 \pm 3,13$), що підтверджено статистично ($p < 0,05$).

При порівнянні даних активності роботі кругового м'яза рота дітей із депривацією слуху з даними пацієнтів без патології слуху та фізіологічним прикусом активність БП кругового м'яза рота верхньої губи ДВС ($190,5 \pm 17,48$ мкВ) в 1,38 вища, ніж в групі контролю ($138,41 \pm 2,99$), що підтверджено статистично ($p < 0,01$). Активність БП кругового м'яза рота нижньої губи у ДВС ($307,5 \pm 77,66$) в 2,21 разів вища, ніж у пацієнтів з нормальним слухом ($139,19 \pm 3,27$), що також підтверджено статистично ($p < 0,01$).

Таким чином у дітей із порушенням слуху в період змінного прикусу знайдено суттєві відмінності в роботі колового м'яза рота, що перебуває в постійному напруженні. Амплітуда БП в стані статичної проби «максимальне стиснення губ» майже в два рази вища за норму.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у можливості подальшого вивчення активності м'язів щелепно-лицевої ділянки у дітей із депривацією слуху різного віку.

Скикевич М.Г., Волошина Л.И.

ОСОБЕННОСТИ КТ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія, кафедра хірургічної стоматології та челюстно-лицьової хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї.

Ключевые слова: КТ диагностика, одонтогенные гнойные заболевания челюстно-лицевой области, медиастенит

Актуальность

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии. Это обусловлено возрастанием числа больных с одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГЗ ЧЛО), количество которых в челюстно-лицевых стационарах достигает более 50 % [4].