

больових відчуттів у пацієнтів 1-ї групи склав згідно шкали – 2,3-2,6 балів, у пацієнтів 2-ї групи – 2,7-2,8 балів. Больові відчуття при проведенні процедури контурної пластики на губах у 15-и пацієнтів 1-ї групи склали 2,7-2,8 балів, у пацієнтів 2-ї групи – 2,9-3 бали. Трьом пацієнтам 1-ї групи для знечулення губ проведено інфільтраційну анестезію розчином убістезину DS у кількості 0,5-0,7 мл. Використання інфільтраційної анестезії забезпечило повний анестезуючий ефект та відсутність больових відчуттів у пацієнтів під час проведення 62 ін'єкцій контурної пластики губ та їх після-ін'єкційного моделювання шляхом пальпації губ (0 балів).

На підставі отриманих даних, можна зробити висновок, що використання Neuramis Deep lidocaine при проведенні ін'єкцій для контурної пластики лица є доцільним та забезпечує комфортне та безболісне проведення процедури. Для усунення больових відчуттів при проведенні ін'єкцій на губах доцільно використовувати інфільтраційну анестезію.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА КОНЦЕНТРАЦІЇ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ У РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

ОНИЩЕНКО А. В., ШЕШУКОВА О. В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

За даними ВООЗ, однією з найбільших загроз для дітей є надмірна вага тіла, і ця проблема зростає стрімкими темпами.

Наявні літературні огляди свідчать про високу поширеність захворювань пародонту у групах з надлишковою вагою та ожирінням. Значна кількість літературних даних присвячена стану тканин пародонту при метаболічному синдромі, який викликає схильність до діабету 2 типу, що пов'язує ожиріння з хворобою пародонту [1-6]. Але що відбувається зі станом здоров'я порожнини рота при надмірній масі тіла саме у дітей молодшого шкільного віку остаточно не з'ясовано. Наведені неоднозначні дані вітчизняної та зарубіжної літератури стосовно взаємозв'язку ступеня інтенсивності карієсу та маси тіла пацієнтів стоматологічного прийому [7,8].

Останнім часом зріс інтерес до вивчення природніх метаболітів людини, зокрема, і до церулоплазміну. Церулоплазмін був вперше отриманий у чистому вигляді та описаний у 1948 році Хольмбергом [9].

Тому **метою нашої роботи** стало дослідити і порівняти концентрацію церулоплазміну у ротовій рідині дітей з надмірною та нормальною масою тіла.

Матеріали і методи. Обстежено 81 учень молодшого шкільного віку (6-11 років) середніх шкіл міста Полтава. Всі пацієнти за даними амбулаторних карт не мали супутньої патології та пройшли попередній огляд у педіатра. Проводилася оцінка стоматологічного статусу дітей згідно рекомендацій ВООЗ. Біохімічний аналіз ротової рідини включав визначення показників вмісту церулоплазміну у ротовій рідині. Ротову рідину збирали в стерильні одноразові ємності в першій половині дня в стані спокою протягом 7–10 хвилин в обсязі 5–10 мл, поміщали в термоконтейнер з охолоджуючими елементами й перевозили в лабораторію протягом 3 годин.

Результати. Вміст церулоплазміну з ротовій рідині у дітей першої групи з нормальною масою тіла становив 247,6 мг/л, а у другій групі дітей з надмірною масою тіла цей показник був нижчий і становив – 233,8 мг/л. Інтенсивність 1,89 та поширеність 60, 78%, а у другій групі, відповідно, 1, 83 і 58, 63%.

Висновки. Отже, можна припустити, що рівень церулоплазміну у ротовій рідині учнів молодшого шкільного віку з надмірною та нормальною масою тіла різнився, але та знаходився у межах норми. Коливання вмісту церулоплазміну у ротовій рідині у дітей молодшого шкільного віку незначно впливає на інтенсивність та поширеність карієсу цих двох груп.

Список використаних джерел

1. Dahiya P, Kamal R, Gupta R. Obesity, periodontal and general health: Relationship and management. *Indian J Endocrinol Metab* 2012; 16: 88–93.
2. Chaffee B W, Weston S J. Association between chronic periodontal disease and obesity: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol* 2010; 81: 1708–1724.
3. Kim E J, Jin B H, Bae K H. Periodontitis and obesity: a study of the Fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol* 2011; 82: 533–542.
4. Khader Y S, Bawadi H A, Haroun T F, Alomari M, Tayyem R F. The association between periodontal disease and obesity among adults in Jordan. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 18–24.
5. Saxlin T, Ylöstalo P, Suominen-Taipale L, Männistö S, Knuutila M. Association between periodontal infection and obesity: results of the Health 2000 Survey. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 236–242.
6. Saxlin T, Ylöstalo P, Suominen-Taipale L, Aromaa A, Knuutila M. Overweight and obesity weakly predict the development of periodontal infection. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 1059–1067.
7. Особливості цитокінового статусу в ротовій рідині у дітей з хронічним катаральним гінгівітом та надмірною масою тіла / В. Л. Костура, Е. В. Безвушко, Л. Є. Лаповець // Вісник стоматології. - 2016. - № 1. - С. 48-51.
8. Романова Ю. Г., Цушко И. А. Дисбиотические аспекты у лиц молодого возраста с алиментарно-конституционным ожирением / Романова Ю. Г., Цушко И. А. //Вісник стоматології. Спеціальний випуск. - 2014. - № 8 - С. 42-43.
9. Ващенко В., Ващенко Т. Биология и фармакология церулоплазмина: от эксперимента до лекарственной терапии // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. — 2008. — Т. 6, № 1. — С. 31–44.

ВПЛИВ ДИСТОПІЇ ТА ПОРУШЕНЬ ПРОРІЗУВАННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ ДРУГИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ

ОСТАПКО О.І., СОРОЧЕНКО Г. В., КУЗІН О.Є.

*Національний медичний Університет ім.ак.О.О.Богомольця,
м. Київ, Україна*

Формування зачатків третіх молярів в середньому припадає на вік 5-6 років [4]. За рахунок диспропорції між розміром щелеп та розмірами зубів останнім інколи не достає місця для прорізування в зубном ряду. Окрім цього будь-які екзогенні та ендогенні патологічні чинники можуть стати причиною різного ступеня атипового розташування в щелепі від невеликого відхилення поздовжньої осі відносно норми до положення зубу у верхній половині гілки нижньої щелепи та затримки прорізування третіх молярів у варіанті ретенції та напівретенції. Найчастіше зустрічається ретенція третіх молярів на верхній щелепі та напівретенція на нижній. Медіальний чи дистальний нахил, вертикальне та горизонтальне положення найбільш поширені [1]. З ретенованими третіми молярами пов'язана низка стоматологічних проблем [1,2,3]. За даними [2] ризик патологічних змін у сусідньому другому молярі зростає в декілька разів. Це може бути ураження карієсом