

Большая группа прикусов, при которой отмечаются аномалии положения фронтальных зубов при нейтральном соотношении боковых зубов

2. Группа прогнатического прикуса: прогнатический нейтральный, прогнатический дистальный.

3. Группа прогенического прикуса: прогенический нейтральный, прогенический мезиальный.

4. Группа глубоких прикусов: глубокий нейтральный, глубокий дистальный, глубокий фронтальный, глубокий боковой.

5. Группа открытых прикусов: глубокий фронтальный, открытый боковой, открытый нейтральный, открытый дистальный, открытый мезиальный.

6. Группа перекрестных (косых) видов прикуса: перекрестный латерогенический, перекрестный латерогнатический, перекрестный нейтральный, перекрестный мезиальный, перекрестный дистальный.

Кроме того различают формы зубоальвеолярные и гнатические.

Всего можно рассчитывать до 100 видов прикуса пользуясь этой классификацией.

## **КОРЕКЦІЯ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ З РОЗЩІЛИНАМИ ПІДНЕБІННЯ**

*О.В.Гуржій*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Проведені нами попередні дослідження (О.В.Гуржій, 1996) виявили, що у дітей з вродженими вадами розвитку обличчя має місце дисрегуляція процесів вільнорадикального окислення як до оперативного втручання, так і протягом всього післяопераційного періоду. Виникає необхідність в корекції цих порушень.

Нами обстежені 24 дитини в віці 4-7 років з розщілинами м'якого і твердого піднебіння. В першу групу ввійшло 11 дітей, які в післяопераційному періоді отримували загальноприйняте лікування; друга група — 13 хворих отримували розроблений нами лікувальний комплекс, до складу якого входила комбінація антиоксидантних препаратів. Контрольну групу складала 21 практично здорова дитина.

Показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) в ротовій рідині визначали методом індукованої хемілюмінесценції на час госпіталізації, 1-2, 6-7, 13-14 добу після оперативного втручання.

Результати дослідження виявили, що на час госпіталізації у осіб обох груп показники інтенсивності свічення (IC) та світлосуми (CC) були достовірно підвищені в порівнянні з контрольними величинами.

На 1-2 добу після оперативного втручання мала місце виражена активація процесів ПОЛ в обох групах дослідження, що супроводжувалося значним підвищенням показників хемілюмінесценції.

На 6-7 добу в першій групі дітей з'явилася тенденція до зниження величин ІС та СС. В той час, як в другій групі мала місце нормалізація показників ПОЛ до величин, які спостерігалися на час госпіталізації.

На 13-14 добу показники інтенсивності свідчення та світлосуми у осіб першої групи не досягали контрольних величин. У хворих, які отримували запропонований лікувальний комплекс показники хемілюмінесценції досягли рівня дітей контрольної групи.

Таким чином, застосування комбінації препаратів з антиоксидантною дією в комплексному лікуванні дітей з вродженими вадами піднебіння дозволяє в більш короткі строки стабілізувати мембранодеструктивні процеси в тканинах порожнини рота, що виникають після тяжкої операції, поліпшуючи тим самим умови для репаративних процесів як в кістках, так і в м'яких тканинах.

## **КОРЕКЦІЯ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ПІДНЕБІННЯ**

*О.В.Гуржій*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Проведені нами дослідження встановили, що при вроджених вадах піднебіння з різними проявами анатомічних і функціональних порушень спостерігається зниження факторів локального захисту в ротовій рідині (О.В.Гуржій, 1996). Ці зміни і вплив їх на перебіг післяопераційного періоду в літературі висвітлено недостатньо, як і питання імункорекції. Останнім часом велика увага приділяється використанню органних поліпептидів, їх імунотропної дії (В.Н.Соколенко, Ю.И.Силенко, 1991; М.А.Степанов, 1991).

В зв'язку з цим нами обстежено 24 дитини з розщипинами м'якого і твердого піднебіння в віці від 4 до 7 років. Хворі були розділені на дві групи: I група — 11 дітей отримувала традиційне лікування, II група — 13 дітей отримувала розроблений нами лікувальний комплекс, до складу якого було включено препарат поліпептидної природи та 1% розчин лізоциму. Контрольна група представлена 21 дитиною з саною порожниною рота. Вміст в ротовій рідині секреторного імунoglobulinу A (SIg A) визначали методом радіальної імунодифузії в гелі (Vancini, 1965), бактерицидну активність лізоциму за розробленою нами методикою (П.І.Ткаченко і співавт., 1993). Дослідження проводилися на час госпіталізації, на 1-2, 6-7, 13-14 добу після операції.

Встановлено, що на період госпіталізації в обох групах хворих мало місце незначне зниження як SIgA, так і бактерицидної активності лізоциму.

В першій групі дітей на 1-2 добу після оперативного втручання рівні обох показників дещо знижувалися, а до 6-7 доби і 13-14 поступово підвищувалися, але не досягали контрольних величин.

В групі дітей, які отримували препарат поліпептидної природи і проводили зрошування порожнини рота 1% розчином лізоциму відносна нормалізація