

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**ЛИСЕЙКО Назар Володимирович**

УДК: 616.314.26-089.23-089.818.1-039.71:616.313.17-008.1-031.81

**ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ  
СТАБІЛІЗАЦІЇ ОКЛЮЗІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ТА ОЦІНКА  
ЇХ ЕФЕКТИВНОСТІ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Київ – 2014

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор **Неспрядько Валерій Петрович**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ, кафедра ортопедичної стоматології, завідувач

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Петрушанко Тетяна Олексіївна**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, кафедра терапевтичної стоматології, завідувач;

доктор медичних наук, професор **Беліков Олександр Борисович**, Буковинський державний медичний університет МОЗ України, м. Чернівці, кафедра ортопедичної стоматології, завідувач.

Захист відбудеться “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2014 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.05 при Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03680, м. Київ, вул. Зоологічна 1, стоматологічний корпус

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університету імені О. О. Богомольця за адресою: 03680, м. Київ, вул. Зоологічна 1, стоматологічний корпус

Автореферат розісланий “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2014 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради

О. І. Остапко

---

Підписано до друку 31.07.2014 р. Формат 60x90/16.  
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.  
Тираж 100. Зам. 51.

---

«Видавництво “Науковий світ”»<sup>®</sup>  
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.  
м. Київ, вул. Боженка, 23, оф. 414.  
200-87-15, 050-525-88-77  
E-mail: [nsvit@mail.ru](mailto:nsvit@mail.ru)  
Сайт: [nsvit.cc.ua](http://nsvit.cc.ua)

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Захворювання тканин пародонта посідають провідне місце серед стоматологічних захворювань, що зумовлено високою їх розповсюдженістю, несвоєчасністю діагностики, тривалим прогресуючим перебігом та нерідко – відсутністю довгострокових позитивних результатів лікування (Г.Ф. Білоклицька, 1995; Г.Ф. Білоклицька та співавт., 2013; В.С. Іванов, 1998; Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова, 2003). Однією із найпоширеніших причин загострення генералізованого пародонтиту, яка здатна спричинити розвиток ускладнень після проведеної комплексної терапії, є порушення оклюзійних співвідношень. Це зумовлено складністю діагностики та відсутністю єдиного об'єктивного алгоритму їх виявлення (В.П. Неспрядько, 2011; Б.О. Беліков, 2013; Л.О. Хоменко, 2012; Т.П. Скрипнікова, 2000).

На сучасному етапі розвитку стоматології комплексне лікування генералізованого пародонтиту є загальноприйнятим та поєднує застосування сучасних лікарських препаратів з ортопедичними, хірургічними, фізіотерапевтичними методами, що дозволяє отримати позитивний результат (Т.О. Петрушанко, 2012; Г.Ф. Білоклицька та співавт., 2012; К.М. Косенко, 1996; Т.Д. Заболотний, 2007; Л.О. Хоменко, 2013; М.Ф. Данилевський, 2008; А.В. Борисенко, 2011).

При генералізованому пародонтиті із поглибленням ступеня тяжкості у тканинах пародонта виникають порушення оклюзійних взаємовідносин, які ускладнюються появою травматичних вузлів та травматичної артикуляції. Тому лікувальна тактика повинна бути спрямована на відновлення акомодативної спроможності жувального апарату, зміну артикуляційних та силових взаємовідносин між зубними рядами. Важливо обрати оптимальний метод оклюзійної корекції в залежності від ступеня тяжкості захворювання та проведеного протетичного лікування, що є запорукою успіху комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит. Дотепер не визначено показань до вибіркового пришліфовування зубів в залежності від стану тканин пародонта, зубів, що підлягають шинуванню та їхніх антагоністів з урахуванням ступеня їх рухомості, топографії та величини дефекту зубного ряду, естетичних факторів (Л.С. Величко, 2003; А.К. Іорданішвілі, 2005; А.М. Ковалевський, 1999; Н.І. Белікова, 2014; В. Jankelson, 1955).

Розробка нових і удосконалення існуючих методик корекції оклюзійних взаємовідносин у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту є важливою складовою підвищення ефективності лікування і являє собою важливе завдання теоретичного й практичного характеру, що вимагає наукового обґрунтування і подальшої розробки.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами.** Дисертаційна робота є фрагментом комплексної планової науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Етіологія, ортопедичне лікування і профілактика порушень зубощелепного апарату» (державний реєстраційний номер № 0106U002347). Дисертант є

безпосереднім співвиконавцем фрагмента даної роботи.

**Мета дослідження** – підвищити ефективність комплексного лікування пацієнтів з генералізованим пародонтитом шляхом застосування сучасних методів діагностики і корекції порушень оклюзії на ранніх стадіях патологічного процесу.

Для досягнення мети нами були поставлені наступні завдання:

1. Провести комплексну оцінку стану тканин пародонта у пацієнтів з генералізованим пародонтитом та з'ясувати вплив оклюзійних факторів на перебіг патологічного процесу.

2. Дослідити вплив оклюзійних порушень на прогресування патологічного процесу в пародонті на ранніх стадіях захворювання.

3. Провести порівняльний аналіз існуючих методів діагностики та корекції оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом.

4. Розробити алгоритм діагностики оклюзійних порушень та удосконалити методи оклюзійної корекції у пацієнтів з генералізованим пародонтитом.

5. Розробити критерії та методичку оцінки ефективності корекції порушень оклюзії для покращення результатів комплексного лікування генералізованого пародонтиту.

*Об'єкт дослідження* – вдосконалення процесу стабілізації оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом.

*Предмет дослідження* – стан тканин пародонта, оклюзійні взаємовідносини при генералізованому пародонтиті, способи діагностики і корекції оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом та їх ефективність.

**Методи дослідження.** Під час виконання роботи використано *клінічні* (обстеження порожнини рота, пальпація скронево-нижньощелепних суглобів та жувальних м'язів, оклюзіографія в порожнині рота), *додаткові* (аналіз діагностичних моделей в артикуляторі, комп'ютеризований прецизійний аналіз оклюзії, функціографічний внутрішньоротовий запис рухів нижньої щелепи, електроміографія жувальних м'язів, комп'ютерна ортопантомографія, томографія скронево-нижньощелепних суглобів) та *статистичні* методи досліджень.

### **Наукова новизна одержаних результатів.**

Вперше використання комплексу новітніх комп'ютерних методів діагностики дозволило виявити високу розповсюдженість порушень оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом вже на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта у всіх обстежених пацієнтів. Доповнено наукові дані щодо оцінки порушень оклюзії, що діагностуються на ранніх стадіях розвитку генералізованого пародонтиту, на перебіг і прогресування захворювання.

Досягнуто якісно новий діагностичний рівень гнатологічних методик в оцінці стану оклюзії при генералізованому пародонтиті за допомогою комп'ютерних програм, що дозволяє виявити порушення оклюзійних співвідношень на доклінічній стадії.

Уточнено наукові дані щодо впливу оклюзійних порушень на патогенез генералізованого пародонтиту вже на ранніх стадіях захворювання.

Обґрунтовано необхідність проведення послідовної планової корекції та стабілізації оклюзії в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, що

дозволяє подовжити терміни ремісії та зменшити кількість ускладнень.

Вперше розроблено і клінічно обґрунтовано алгоритм корекції оклюзійних співвідношень при проведенні шинування зубів у хворих на генералізований пародонтит.

**Практичне значення отриманих результатів.** Проведені клінічні, рентгенологічні, функціональні методи дослідження мають теоретичне і практичне значення в стоматології.

Розроблено і науково обґрунтовано комплекс діагностично-лікувальних заходів для пацієнтів з генералізованим пародонтитом початкового – I ступеня тяжкості, хронічного перебігу, що супроводжується порушенням оклюзійних співвідношень. Обґрунтована доцільність застосування комп'ютерних методик діагностики порушень оклюзії.

Розроблений алгоритм діагностики оклюзійних порушень у пацієнтів з генералізованим пародонтитом дозволив подовжити термін ремісії та підвищити якість комплексного лікування.

Доведено ефективність застосування комп'ютерного діагностичного комплексу «T-Scan III» для виявлення оклюзійних порушень на доклінічній стадії та їх ранньої корекції.

Результати дослідження впроваджено в навчальний та лікувальний процес на кафедрі ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), в лікувальний процес Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця, Центральної поліклініки МВС України (м. Київ), центральної районної поліклініки Печерського району м. Києва.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є особистим завершеним дослідженням автора. Самостійно проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз джерел науково-медичної інформації за обраною темою, клінічні і лабораторні дослідження, статистичну обробку отриманих даних, узагальнення та аналіз результатів. Під керівництвом наукового керівника сформульовано мету та завдання дисертаційного дослідження, а також основні положення дисертації та висновки. Здобувачем особисто написані всі розділи дисертації та автореферат. Участь автора у наукових публікаціях за темою дисертації є вирішальною.

**Апробація результатів дисертації.** Результати досліджень, викладені у дисертаційній роботі, доповідались та обговорювались на міжнародній науково-практичній конференції «Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія» (Київ, 2011 р.); науково-практичній конференції, присвяченій 20-річчю Ковельської стоматологічної поліклініки та 90-річчю стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Стоматологічна допомога на Волині. Співробітництво заради майбутнього» (Ковель, 2012).

**Публікації.** За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 10 наукових праць, з них 7 статей у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 1 стаття – у зарубіжному виданні.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертація викладена на 137 сторінках комп'ютерного тексту, складається із вступу, огляду літератури, розділу «Об'єкти і методи дослідження», чотирьох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення

результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел літератури. Список літератури містить 237 джерел, із яких 168 кирилицею та 69 латиницею. Робота ілюстрована 16 таблицями, 29 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Об'єкти та методи досліджень.** Для вирішення поставлених завдань проведено клініко-функціональне обстеження 117 пацієнтів віком 23–47 років із хронічним генералізованим пародонтитом I ступеню тяжкості та наявними ознаками оклюзійного дисбалансу. У дослідження не включали пацієнтів із вираженою деформацією зубних рядів, аномаліями прикусу, захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (СОПР), з ознаками гіперфункції жувальних м'язів, а також пацієнтів із патологією скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС).

Ступінь ураження тканин пародонта оцінювали за допомогою загальноприйнятого клінічного обстеження, враховуючи скарги пацієнтів, анамнез захворювання, анамнез життя, наявність професійних шкідливостей. Проводили індексну оцінку порожнини рота і рентгенологічні дослідження. Для визначення пародонтального статусу використовували пародонтальні індекси РМА (в модифікації Parma, 1960) та індекс СРІ (ВООЗ, 1997), а також гігієнічний індекс Green-Vermillion (1964). Для встановлення діагнозу захворювання тканин пародонта використовували класифікацію М.Ф. Данилевського (1994). Стан СНЩС досліджували за допомогою комп'ютерної томографії з використанням рентгенівського ортопантомографа «Orthphos DS» («Sirona», Німеччина). Функціональний стан жувальних м'язів оцінювали за допомогою методу електроміографії. Вимірювали показники тривалості періодів біоелектричної активності ( $T_a$ ) та спокою ( $T_c$ ), коефіцієнт К (співвідношення тривалості періодів  $T_a$ ,  $T_c$ ), амплітуди біопотенціалів (А). Використовували чотирьохканальний електроміограф «Reporter» («Esateobiomedika», Італія) з вихідними параметрами запису: Sweep 100 m, Sens 200 u, Filters 20–40 k, та нашкірними біполярними срібними електродами.

При обстеженні пацієнтів особливу увагу приділяли виявленню порушень оклюзії, що могли стати причиною прогресування і загострення генералізованого пародонтиту. У порожнині рота досліджували ознаки функціонального перевантаження зубів і тканин пародонта, характер оклюзійних співвідношень зубних рядів (ЗР). Оклюзійні супраконтакти маркували артикуляційними папером Progress (200 мкм) фірми «Vauch». При цьому просили пацієнтів зімкнути зуби у положенні центральної оклюзії. Після цього використовували папір товщиною 20 мкм. Далі ретельно оглядали пофарбовані пункти, і якщо в центрі такого контакту спостерігалась невелика світла ділянка точкового розміру, обмежена темним колом, то саме цей контакт вважали правдивим місцем супраконтакту.

Отримані відбитки оклюзійних контактів фотографували та заносили у базу даних. Фотографії відбитків оклюзійних контактів розподіляли на п'ять груп: 1 – роздавлений контакт; 2 – контакт з інтенсивним фарбуванням; 3 – контакт з неінтенсивним фарбуванням; 4 – незначний слід від артикуляційного паперу; 5 – відсутній слід від артикуляційного паперу.

Площу, інтенсивність та послідовність виникнення контактів в центричній

і ексцентричних оклюзіях оцінювали за допомогою комп'ютеризованого прецизійного аналізу оклюзії, застосовуючи систему T-Scan III (Tekscan Inc., США). Для отримання оклюдограми та подальшого її аналізу використовували спеціальну плівку Fuji Prescale Pressure Measuring System (Fuji Photo Film Co., Ltd., Японія) з чутливістю в діапазоні 10-50 МПа, яка реагує на певний тиск і може бути використана для отримання оклюзійних відбитків і подальшого їх сканування на жорсткий диск комп'ютера. Отримані результати порівнювали із результатами, отриманими за допомогою артикуляційного паперу. Всього у пацієнтів було досліджено 752 оклюзійні контакти.

Враховуючи результати клінічного обстеження в залежності від обсягу показаного комплексного лікування пацієнти були розподілені на дві дослідні групи, яким корекцію оклюзії проводили із застосуванням діагностичного комплексу «T-Scan III». Першу дослідну групу склали 69 пацієнтів, у яких за наявності супраконтактів та загостренні перебігу хронічного генералізованого пародонтиту стабілізацію і збалансованість оклюзії проводили шляхом вибіркового пришліфовування супраконтактів після ліквідації запалення м'яких тканин пародонта. Пришліфовування зубів проводили за традиційною методикою, але базуючись на отриманих за допомогою діагностичного алгоритму даних. Діагностику оклюзії здійснювали з використанням системи T-Scan III. В першу чергу звертали увагу на контакти, що виникали на початку оклюзії, бо саме вони призводили до утворення патологічної рухомості окремих зубів та перешкождали вільному закриванню рота. Для локалізації цих контактів на зубних рядах використовували артикуляційний папір товщиною 80 мкм. Для пришліфовування контактів використовували оливкоподібний бор з червоним маркуванням та турбінний наконечник з водяним охолодженням. Пришліфовування виконували в одне відвідування, завдяки застосуванню сучасних методів аналізу оклюзії. Пришліфовували в першу чергу передчасні контакти, і лише після досягнення одночасного змикання усіх зубів пришліфовували супраконтакти, що виникали в момент максимального міжгорбкового стискання. Таким чином усували надмірні навантаження в ексцентричних оклюзіях.

Критеріями успішності пришліфовування вважали: відсутність передчасних контактів на окремих зубах, відсутність супраконтактів в максимальному міжгорбковому стисканні, розташування середньої оклюзійних навантажень в ділянці піднебінного шва, час оклюзії не повинен перевищувати 0,3 с, час дезоклюзії – 0,5 с. Після проведення пришліфовування зуби, що зазнали втручання полірували за допомогою полірувальних дисків та мікромоторного наконечника. По завершенню полірування зуби покривали захисним шаром фторвмісного лаку. Наступне відвідування призначали через два тижні. В окремих випадках необхідно було проводити повторну корекцію оклюзійних взаємовідносин.

До другої дослідної групи увійшли 23 пацієнти, у яких причиною виникнення травматичної оклюзії були дефекти оклюзійної поверхні зубів, що виникли внаслідок морфологічних змін. Відновлення оклюзійної поверхні зубів у пацієнтів цієї групи проводили тільки після терапевтичного лікування генералізованого пародонтиту. У 18 (78,3 %) осіб оклюзійну поверхню зубів відновлювали за допомогою штучних коронок, 5 (21,7 %) пацієнтам було виготовлено керамічні



вкладки з урахуванням індивідуальних особливостей функції зубощелепного апарату. Моделювання оклюзійної поверхні зуба проводили в індивідуально налаштованому артикуляторі, проте навіть за таких умов пацієнти потребували корекції оклюзійних взаємовідносин під контролем діагностичного комплексу «T-Scan III».

Корекцію оклюзії в обох дослідних групах проводили за умови наявності:

- передчасних контактів, що виникають на початкових стадіях змикання зубних рядів;
- ексцентричних супраконтактів з обмеженням або викривленням траєкторії оклюзійних рухів нижньої щелепи (НЩ);
- центричних супраконтактів, що спричинили зміщення НЩ у вимушене положення;
- нестабільних за локалізацією контактів на бічних зубах, що змінили положення внаслідок деформацій (є причиною позаосьової дії жувального тиску на зуби);
- для поточної та кінцевої корекції оклюзійних співвідношень при застосуванні оклюзійних шин.

Для оцінки стабільності центричної оклюзії і контактів в бічних оклюзіях використовували класифікацію оклюзійних поверхонь антагонуючих бічних зубів за Jankelson.

З метою контролю ефективності запропонованого нами алгоритму ортопедичного супроводу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту проведено корекцію оклюзійних взаємовідносин у 25 (21,4 %) пацієнтів без використання комп'ютерного методу діагностики оклюзії (контрольна група).

Лікування генералізованого пародонтиту проводили за традиційною методикою із застосуванням протизапальної терапії, фізіотерапевтичних методів лікування, вібркового пришліфовування супраконтактів із застосуванням лише артикуляційного паперу.

Через рік після проведеного лікування нами зроблено порівняння даних пацієнтів I та II дослідних груп та досліджено стан оклюзії у пацієнтів контрольної групи за допомогою «T-Scan III».

Обстежено також за викладеною вище методикою додатково 35 пацієнтів віком від 18 до 24 років із інтактними зубними рядами та клінічно інтактним пародонтом з відсутніми клінічними ознаками дисфункційного стану жувальних м'язів та СНЩС.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням програми StatSoft Statistika 6.0 та Microsoft Excel 2003.

**Результати власних досліджень та їх обговорення.** При стоматологічному обстеженні 117 пацієнтів із генералізованим пародонтитом виявлено, що формування травматичної оклюзії на ранніх стадіях генералізованого пародонтиту супроводжується низкою структурних і функціональних змін у зубощелепному апараті. Їх можна виявити вже на тому етапі, коли пацієнт ще не має жодних болісних чи дискомфортних відчуттів, які можуть стати причиною звернення до лікаря. Саме відсутність будь-яких симптомів на доклінічній стадії порушень оклюзії є причиною того, що пацієнти звертаються за допомогою до стоматолога із

запізненням – тоді, коли вже з'являються клінічні ознаки функціонального перевантаження в тканинах пародонта. Супраконтакти, що виникають в ексцентричних оклюзіях, є перешкодою для плавної ковзної оклюзії, вони викликають зміну траєкторії або обмеження об'єму ексцентричних артикуляційних рухів. При наявності супраконтактів у центричній оклюзії відбувається зміщення НЩ у вимушене положення, що може перетворитися у стійке функціональне зміщення на фоні м'язово-суглобової дисфункції. Напрямок зміщення зумовлений топографією дефектів зубних рядів та локалізацією супраконтактів. Одним із найбільш несприятливих наслідків порушень оклюзії є прогресування або загострення перебігу генералізованого пародонтиту, що спостерігалось в усіх пацієнтів, які перебували на диспансерному спостереженні.

Відомо, що зміна характеру оклюзійних співвідношень є причиною функціонального перевантаження пародонта, навіть у пацієнтів без ознак генералізованого пародонтиту. Як показали дослідження, навіть у пацієнтів з інтактними зубними рядами, без ознак генералізованого пародонтиту, у місцях виникнення оклюзійних навантажень, що значною мірою перевищують фізіологічні норми, спостерігаються локальні явища остеопорозу та початкова резорбція міжзубних перегородок. Більшість опитаних нами пацієнтів не пов'язували прояви генералізованого пародонтиту з оклюзійними порушеннями. 76,02 % хворих скаржились на дискомфортні відчуття під час пережовування їжі, 73,50 % відмічали кровоточивість ясен під час чищення зубів чи вживанні твердої їжі, у 63,24 % були скарги на рецесію ясеневого краю, на неприємний запах з рота (62,39 %) при цьому більше половини опитаних були задоволені попередньо проведеним лікуванням (57,26 %).

У всіх пацієнтів, прийнятих на диспансерне спостереження, визначено незадовільні значення гігієнічного індексу Green-Vermillion ( $2,1 \pm 0,40$ ), показник індексу РМА відповідав середньому ступеню тяжкості симптоматичного хронічного катарального гінгівіту ( $45 \pm 1,20$  %). Виявлено рецесію ясеневого краю в ділянках локалізації супраконтактів. Після проведення комп'ютерного аналізу оклюзійних співвідношень супраконтакти були зареєстровані у всіх обстежених пацієнтів (100 %). Поодинокі супраконтакти з одного боку щелепи були діагностовано у 36 (30,76 %) осіб, поодинокі двосторонні – у 38 (32,48 %) осіб, множинні супраконтакти – у 43 (36,75 %) обстежених пацієнтів. В гендерному співвідношенні переважали жінки – 62 (53 %).

Однією із основних ознак фізіологічної оклюзії є її збалансованість по сторонам щелеп. При цьому дуже важливо, щоб оклюзійні навантаження розподілялись порівну між правою та лівою сторонами щелеп. В ідеальних випадках таке співвідношення становить 50 % на 50 %, допустимим вважається 60 % на 40 %. Подальший дисбаланс призводить не тільки до функціонального перевантаження однієї зі сторін щелепи, але й до морфологічних порушень оклюзійної поверхні та форми зуба в цілому. Це, в свою чергу, лише посилює негативний вплив таких порушень на тканини пародонта. За результатами власних досліджень лише у 24 (20,51 %) з обстежених пацієнтів спостерігався баланс на рівні 50 % – 50 %, при чому 18 (75 %) з них належали до групи з клінічно здоровим пародонтом. Прийнятний баланс 60 % – 40 % спостерігався у 42 (35,9 %) пацієнтів, і це переважно були пацієнти з генералізованим пародонтитом – 40 (95,24 %) осіб.

У всіх інших випадках було виявлено неприйнятний баланс у межах 70 % – 30 % – у 39 (33,33 %) пацієнтів, 80 % – 20 % – у 11 (9,4 %), 90 % – 10 % – у 1 хворого (0,85 %). Незважаючи на те, що у 66 осіб (56,41 %) був діагностований прийнятний баланс, ці пацієнти мали ознаки функціонального перевантаження зубів у вигляді фасеток надмірного стирання, збільшення площі оклюзійних контактів.

На характер зміщення центра оклюзійних сил впливає не стільки кількість контактів у максимальному горбковому контакті, скільки послідовність виникнення контактів і їх сила. Ідеально збалансована оклюзія може містити в собі компоненти функціонального перевантаження, що лише підтверджує те, що розглядати компоненти оклюзійної рівноваги окремо не можна.

Так, за допомогою арикуляційного паперу було виявлено 176 супраконтактів. На основі аналізу тих самих контактів із застосування Tekscan Occlusal Diagnostic System було виявлено 483 супраконтакти. За допомогою вимірювальних плівок Fuji Prescale – діагностовано 447 супраконтактів. Отже, застосування діагностичного комплексу Tekscan III значно підвищує точність діагностики порушень оклюзійних взаємовідносин у пацієнтів з генералізованим пародонтитом.

При аналізі даних рентгенографії, комп'ютерного аналізу оклюзії, вимірювання площі оклюзійних контактів нами доведений негативний вплив порушень оклюзійних співвідношень на перебіг генералізованого пародонтиту. Навіть в осіб із практично здоровим пародонтом такі порушення оклюзії провокували розвиток локальних явищ пародонтиту.

Відомо, що на характер оклюзійних співвідношень впливає не тільки площа контактів, але, насамперед, послідовність і час їх виникнення, збалансованість сумарного вектора навантажень, наявність оклюзійних перешкод для вільного руху щелепи. Дуже часто перебіг таких змін безсимптомний, тому лікарі під час дослідження оклюзійних співвідношень надають перевагу суб'єктивним відчуттям пацієнта, нехтуючи сучасними точними методами діагностики.

У тому випадку, коли оклюзійні порушення існують впродовж тривалого часу, повноцінна комплексна реабілітація пародонта може бути утруднена, що зумовлено відсутністю скарг пацієнта з приводу порушень оклюзії. Якщо пацієнти відчувають значне погіршення стану пародонта у вигляді рецесії ясеневого краю, посилення кровоточивості ясен, неприємного запаху з рота, може виникнути певний дискомфорт і під час жування.

За даними рентгенологічного обстеження у більшості пацієнтів глибина пародонтальних кишень дорівнювала у середньому 3 мм, лише у місцях супраконтактів подекуди сягала 6 мм. Резорбція кісткової тканин альвеолярного відростка була змішаного типу, нерівномірна. У пацієнтів без ознак пародонтиту в місцях травматичних вузлів мали місце явища остеопорузу кісткової тканини альвеолярного відростка, що виникали на тлі клінічно інтактного пародонта.

Загалом, в результаті корекції оклюзії пацієнти відмічали «зручне» змикання зубів. Перевірка оклюзії за допомогою комплексу «T-Scan III» після проведення пришліфовування показала збалансованість оклюзійного навантаження по сторонам щелеп на рівні 60 % – 40 %, середня оклюзійних сил знаходилась на рівні піднебінного шва. У динамічних оклюзіях не спостерігалось перешкоди для вільних латеротрузійних рухів НЩ. Графік сумарного оклюзійного навантаження свідчив

про збалансовану та узгоджену роботу жувальних м'язів.

Важливим критерієм якісного відновлення оклюзії є збалансованість між правою та лівою сторонами. Слід намагатися досягнення рівномірного співвідношення, але допускається незначна перевага в одну із сторін. Нами проведено дослідження збалансованості оклюзії у всіх пацієнтів, при цьому враховували характер контактів, їх силу, кількість і площу. Розподіл балансу оклюзії у пацієнтів після проведеного лікування засвідчив, що у переважній кількості пацієнтів – 79 (67,5 %) – баланс оклюзії по сторонам був на рівні 50 % – 50 %, у 38 (32,5 %) пацієнтів – на рівні 60 % – 40 %. Значних дисбалансів не спостерігалось у жодного пацієнта. Супраконтакти у будь-яких динамічних оклюзіях були відсутні, рухи нижньої щелепи вільні, без перешкод.

Індексна оцінка стану тканин пародонта після проведеного лікування підтвердила суттєве зменшення запалення у яснах (РМА –  $9,0 \pm 0,8$  %, СРІ –  $1,1 \pm 0,12$  проти  $3,2 \pm 0,4$ ,  $p < 0,05$ ) та покращення стану гігієни порожнини рота ( $0,4 \pm 0,02$ ,  $p < 0,05$ ). Однак через рік після проведеного лікування показники індексів Green-Vermillion ( $1,6 \pm 0,35$ ) та РМА ( $35,0 \pm 1,4$  %) знову підвищилися, індекс СРІ ( $2,1 \pm 0,33$ ) суттєво не змінився.

В той же час аналіз індексних показників стану тканин пародонта та гігієни порожнини рота у пацієнтів двох дослідних та контрольної груп мав свої відмінності за динамікою позитивних змін (табл.).

Таблиця

**Динаміка індексних показників стану пародонта та гігієни порожнини рота пацієнтів досліджуваних груп (M±m)**

Групи обстежених	Терміни спостереження	Гігієнічний індекс Green-Vermillion	Індекс РМА, %	Індекс СРІ
Перша дослідна	До лікування	$2,1 \pm 0,8$	$48,0 \pm 1,70$ *	$3,2 \pm 0,70$
	Відразу після лікування	$0,9 \pm 0,2$	$12,1 \pm 0,96$ #	$1,1 \pm 0,40$ * #
	Через рік після лікування	$0,6 \pm 0,15$ * #	$12,3 \pm 1,10$ * #	$1,3 \pm 0,40$ *
Друга дослідна	До лікування	$2,3 \pm 0,6$	$54,3 \pm 1,20$ *	$3,5 \pm 0,40$
	Відразу після лікування	$1,3 \pm 0,6$	$24,3 \pm 1,20$ * #	$1,5 \pm 0,40$ #
	Через рік після лікування	$0,8 \pm 0,17$ * #	$15,6 \pm 1,40$ * #	$1,8 \pm 0,60$ #
Контрольна	До лікування	$2,3 \pm 0,7$	$52,7 \pm 1,50$	$3,4 \pm 0,40$
	Відразу після лікування	$1,5 \pm 0,4$	$32,4 \pm 1,80$ #	$2,1 \pm 0,50$
	Через рік після лікування	$1,4 \pm 0,2$ #	$27,7 \pm 1,70$ #	$3,1 \pm 0,90$

Примітки: \* – різниця між показниками I, II і контрольної груп достовірна в аналогічні терміни спостереження ( $p < 0,05$ ); # – різниця між показниками однієї ж

тієї групи достовірна у різні терміни спостереження ( $p < 0,05$ ).

Гігієнічний та пародонтальні індекси у пацієнтів контрольної групи були вищими, ніж в осіб I та II дослідних груп. Баланс між правою та лівою сторонами щелеп у момент максимального міжгорбкового змикання у пацієнтів першої дослідної групи відразу після корекції був на рівні 55 % – 45 %, що є дуже добрим показником (рис. 1, 2).

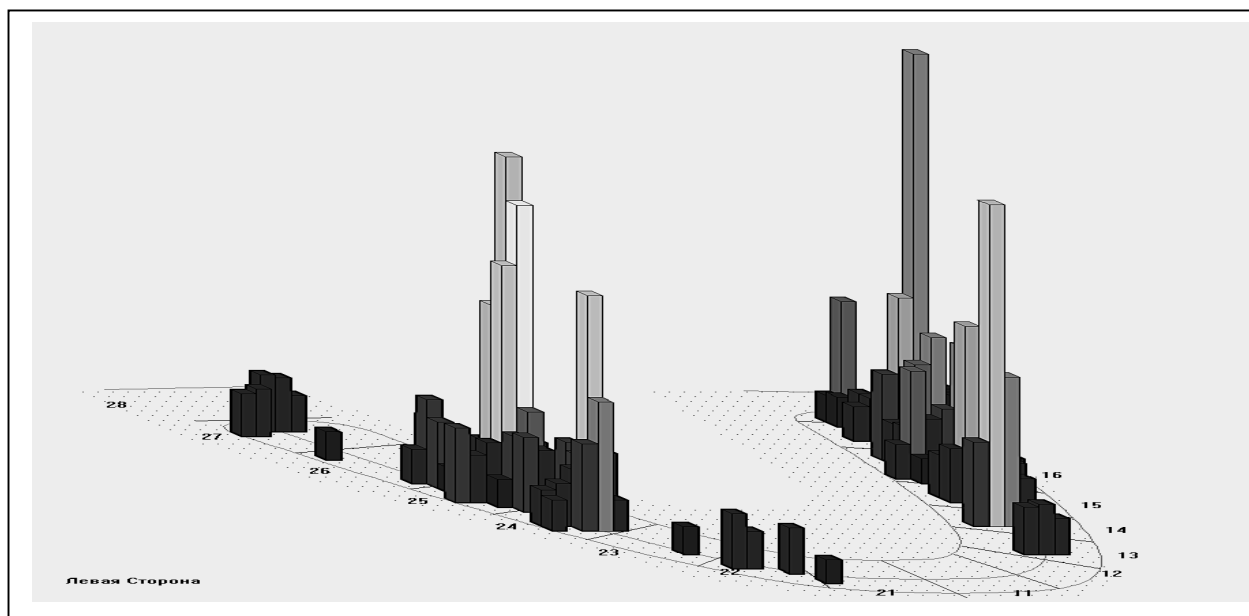


Рис. 1. Результати комп'ютерної діагностики порушень оклюзії пацієнтів I дослідної групи до корекції

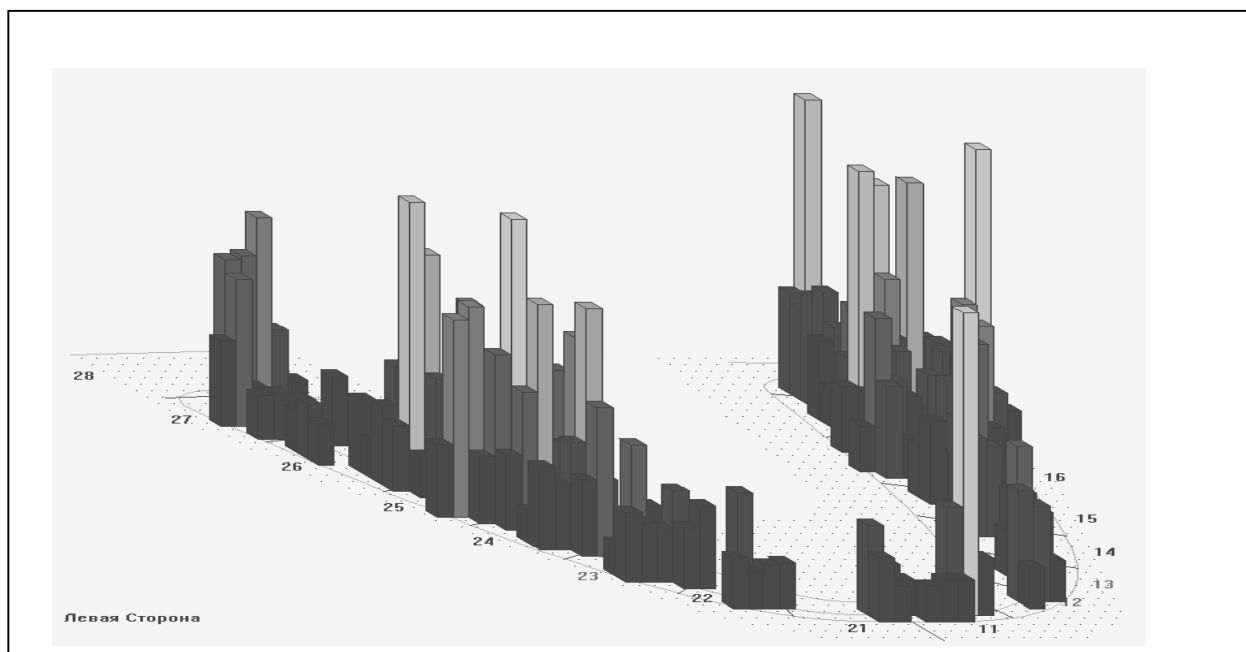


Рис. 2. Результат комп'ютерної діагностики оклюзії після проведеної її корекції у пацієнтів I дослідної групи

Але у ділянці молярів з обох сторін спостерігалися оклюзійні контакти, що

значно перевищували по силі фізіологічні. Час оклюзії – максимальна кількість контактів з моменту першого контакту – становив  $0,2 \pm 0,12$  с, час дезоклюзії –  $0,16 \pm 0,24$  с. Перші контакти виникали переважно у ділянці фронтальних зубів, згодом до оклюзії долучалися зуби бокової групи, з деякою перевагою лівої сторони.

В результаті оклюзійної корекції нам вдалося досягти одночасного контакту усіх груп зубів, що сприяє рівномірному розподілу оклюзійного тиску. Зникли ділянки перевантажень в бокових ділянках, час оклюзії та дезоклюзії залишився на попередньому рівні. Після відновлення оклюзійної поверхні у пацієнтів другої клінічної групи проводився обов'язковий контроль якості виконаної роботи в програмному забезпеченні «T-Scan III». За необхідності проводили корекцію оклюзійних співвідношень у відповідності з розробленим нами алгоритмом.

Через 12 місяців після проведеного лікування жоден пацієнт другої дослідної групи не скаржився на негативні відчуття. Збалансованість оклюзії зберігалася на високому рівні. Порівняно з результатами, отриманими відразу після корекції оклюзійних співвідношень, через 12 місяців нами визначено баланс на рівні 50 % – 50 % у 74 (63,2 %) осіб, 40 % – 60 % – у 32 (27,4 %) пацієнтів, 30 % – 70 % – у 11 (9,4 %) пацієнтів другої дослідної групи.

Комп'ютерна діагностика стану оклюзії у пацієнтів контрольної групи через рік після комплексного лікування генералізованого пародонтиту показала, що у всіх пацієнтів контрольної групи спостерігались супраконтакти в момент максимального міжгорбкового стискання, а також передчасні контакти, що перешкождали виникненню симетричних контактів з обох боків щелепи. На рентгенограмі спостерігали поглиблення кісткових кишень у місцях виникнення передчасних контактів та супраконтактів. Отже, відсутність якісної діагностики порушень оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом робить неможливою її якісну корекцію.

Аналіз отриманих даних доводить високу ефективність запропонованої методики діагностики та корекції супраконтактів у пацієнтів з генералізованим пародонтитом початкового – I ступеню тяжкості, особливо на стадії, коли відсутня суб'єктивна симптоматика оклюзійних інтерференцій.

## ВИСНОВКИ

В дисертації представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального завдання стоматології – вдосконалення методів діагностики і корекції оклюзійних порушень у пацієнтів з генералізованим пародонтитом шляхом застосування сучасного діагностичного комп'ютерного комплексу, який дозволяє виявити і усунути ці порушення на доклінічній стадії.

1. Порушення оклюзії, які виникають ще на доклінічній стадії генералізованого пародонтиту, суттєво впливають на перебіг деструктивних процесів в тканинах пародонта. В 80,3 % спостережень такі порушення мають безсимптомний перебіг, що значно ускладнює їх діагностику. Лише 19,7 % пацієнтів пов'язують клінічну симптоматику захворювання з оклюзійними перевантаженнями. У всіх хворих на генералізований пародонтит виявлено осередки оклюзійного перевантаження та передчасні оклюзійні контакти.

2. Встановлено, що передчасні оклюзійні контакти на зубах, які призводять

до зміщень нижньої щелепи під час артикуляційних рухів, спричиняючи позаосьову дію жувального навантаження, призводять до виникнення локального ураження тканин пародонта. Клінічні прояви запального процесу ясен, утворення пародонтальних та кісткових кишень виявлені у ділянках передчасних контактів у 83 (70,9 %) обстежених пацієнтів. Рентгенологічно в ділянці нахилених зубів та зубів, що втратили антагоністів, виявляється зменшення петлистості губчастої речовини, ущільнення та дезорієнтація кісткових балочок.

3. Доведено зв'язок оклюзійних порушень із загостренням перебігу генералізованого пародонтиту початкового – I ступеню тяжкості. В ділянках локалізації передчасних контактів утворюються пародонтальні кишені глибиною до 6 мм. У 43 (36,7 %) пацієнтів, в яких було виявлено порушення змикання зубних рядів, глибина пародонтальних кишень сягала 6 мм, у 28 (23,9 %) осіб – 4–5 мм, у 12 (10,2 %) – 3 мм. Утворення пародонтальних кишень змінює співвідношення кореневої та коронкової частин зуба, що в свою чергу призводить до збільшення рухомості зубів, нестабільної оклюзії, утворення нових супраконтактів.

4. Аргументовано необхідність використання сучасних методів діагностики порушень оклюзії, оскільки традиційний з використанням артикуляційного паперу не завжди дає достовірні результати. Роздавлений слід від артикуляційного паперу, що має маркувати супраконтакти, маркує такі у 50 % пацієнтів з клінічно здоровим пародонтом, у 40 % хворих I групи (поодинокі супраконтакти на одній стороні), у 30,76 % – II групи (поодинокі супраконтакти з обох сторін щелепи) та 25 % – III групи (множинні супраконтакти).

5. Доведено доцільність використання вимірювальної плівки Fuji Prescale Pressure Measuring System (Fuji Photo Film Co., Ltd., Японія), яка реагує на незначний тиск і може бути використана для отримання оклюдограми і подальшого сканування її на жорсткий диск комп'ютера. Велика точність і простота у використанні дозволяє точно встановити площу контактів, слідкувати за зміною цих показників в динаміці, що дає змогу підвищити точність діагностики порушень оклюзії. Встановлено, що площа оклюзійних контактів у пацієнтів із патологічною рухомістю зубів зростає до 248 мм<sup>2</sup>, тоді як при відсутності патологічної рухомості вона в середньому складає 203 мм<sup>2</sup>.

6. Використання сучасного комп'ютерного комплексу для діагностики стану оклюзії дозволяє мінімізувати обсяг втручань під час проведення оклюзійної корекції для нормалізації оклюзійних співвідношень та стабілізації оклюзії в цілому, що суттєво зменшує кількість загострень перебігу генералізованого пародонтиту у віддалені терміни після проведеного комплексного лікування. Оцінюючи кількість та збалансованість оклюзійних контактів відразу після проведеної корекції, нами виявлено баланс на рівні 50 % – 50 % у 79 пацієнтів (67,5 %), баланс 40 % – 60 % спостерігався у 38 (32,5 %). Через рік після проведеного лікування баланс 50 % – 50 % діагностовано у 74 осіб (63,2 %), 40 % – 60 % – у 32 (27,4 %) і лише у 11 пацієнтів (9,4 %) баланс погіршився до 30 % – 70 % за рахунок стирання оклюзійної поверхні зубів.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для виявлення передчасних контактів та супраконтактів слід

використовувати артикуляційний папір товщиною 80 мкм.

2. Для підвищення рівня діагностики порушень оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом необхідно застосовувати комп'ютерну методику виявлення супраконтактів за допомогою «T-Scan III».

3. Для проведення ефективного лікування та збільшення строків ремісії генералізованого пародонтиту слід дотримуватись термінів диспансеризації, розроблених залежно від інтенсивності деструктивних процесів у пародонті.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Маланчук В. О. Визначення величини та особливостей розподілу сили прикусу при різних варіантах оклюзії із використанням вимірювальних плівок Fuji Prescale та системи Tekscan / В. О. Маланчук, Н. В. Лисейко, А. В. Копчак, М. Г. Кришук, І. А. Лазарев, В. А. Єщенко // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 6. – С. 43–49. *(Здобувачем здійснено підбір пацієнтів, виконано комп'ютерне дослідження оклюзійних взаємовідносин, описані результати дослідження)*

2. Неспрядько В. П. Вплив хімічного методу дезінфекції на геометричні параметри силіконових відбитків і гіпсових моделей, виготовлених за ними / [В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, В. О. Шевчук, М. Д. Омеляненко] // Современная стоматология. – 2011. – № 5. – С. 92–95. *(Здобувачем зібраний клінічний матеріал, проведена обробка даних, зроблені узагальнення)*

3. Неспрядько В. П. Виявлення ролі оклюзійних взаємовідносин в патогенезі генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання / [В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, П. П. Топка, Д. К. Гуца] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 3. – С. 57–59. *(Здобувачем здійснено аналіз наукових джерел, підбір пацієнтів, виконанні методик дослідження та узагальненні результатів)*

4. Неспрядько В. П. Клініко-лабораторний аналіз формування групової направляючої функції в віковому аспекті / В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, Є. А. Коваль // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – 2013. – № 1. – С. 94–101. *(Здобувачем були здійснені всі основні методики дослідження, узагальнено та описано результати досліджень)*

5. Лисейко Н. В. Особливості моделювання оклюзійної поверхні мостоподібних протезів, що опираються на імпланти / Н. В. Лисейко, Є. А. Коваль // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – 2013. – № 3. – С. 189–191. *(Здобувачем були здійснені всі основні методики дослідження, узагальнено та описано результати досліджень)*

6. Неспрядько В. П. Можливості використання мікрохвильової енергії з метою дезінфекції відбитків у порівнянні з традиційним методом занурення в дезінфекційні розчини / [В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, В. О. Шевчук, Махін Мохабєрі] // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 3. – С. 105–106. *(Здобувач проводив клінічні обстеження, обробку отриманих даних, написання статті)*

7. Неспрядько В. П. Клинико-функциональный анализ формирования рабочей функции в разных возрастных группах пациентов / В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, Є. А. Коваль // Медицинские новости. – № 12. – 2013. – С. 88–95. *(Здобувачем були здійснені всі основні методики дослідження, узагальнено та*



*описано результати досліджень)*

8. Лисейко Н. В. Порівняльна характеристика методів визначення порушень оклюзії зубних рядів / Н. В. Лисейко, Р. А. Левандовський, Є. А. Коваль // Галицький медичний вісник. – 2013. – № 4. – С. 60–66. *(Участь здобувача в написанні роботи є визначальною і полягає у підборі пацієнтів та виконанні методик обстеження, написанні статті, узагальненні результатів)*

9. Неспрядько В. П. Виявлення ролі оклюзійних взаємовідносин в патогенезі генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання / [В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, П. П. Топка, Д. К. Гуца] // Матеріали наук.-практ. конф. «Сучасна стоматологія та щелепно-лицьова хірургія». – К., 2011. – С. 281–283. *(Здобувач проводив клінічні обстеження, обробку отриманих даних, написання статті)*

10. Лысейко Н. В. Методы диагностики нарушенных окклюзионных контактов зубов / Н. В. Лысейко // Молодой ученый. – 2013. – № 9. – С. 87–91. *(Участь здобувача в написанні роботи полягає в проведенні аналізу наукових джерел та опрацюванні отриманих даних)*

## АНОТАЦІЯ

**Лисейко Н. В. Вдосконалення методів стабілізації оклюзії в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту та оцінка їх ефективності.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2014.

Дисертація присвячена вивченню особливостей впливу порушень оклюзійних співвідношень на перебіг хронічного генералізованого пародонтиту на початкових стадіях захворювання.

Встановлено, що у всіх пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом у початковій стадії скарги стосуються переважно пародонтального статусу. Дослідження оклюзійних взаємовідносин виявило у всіх пацієнтів супраконтакти та передчасні контакти, які призводили до неосьових навантажень на корінь зуба, що в свою чергу було причиною загострення генералізованого пародонтиту. В місцях локалізації супраконтактів було виявлено резорбцію міжальвеолярних перегородок глибиною до 6 мм.

Запропоновано метод дослідження оклюзійних співвідношень із використанням вимірювальних плівок Fuji Prescale Pressure Measuring System (Fuji Photo Film Co., Ltd., Японія) та системи T-Scan III (Tekscan Inc., США), що дозволяє виявити оклюзійні порушення ще на доклінічних стадіях процесу.

Проведено порівняльну оцінку ефективності різних методів діагностики супраконтактів. Встановлено, що точність традиційного методу діагностики із застосуванням артикуляційного паперу становить лише у 35 %, в той час як використання комп'ютерної системи діагностики – 100 %. Доведено, що застосування комп'ютерних систем діагностики супраконтактів та їх своєчасна корекція подовжує терміни ремісії генералізованого пародонтиту після його комплексного лікування, що підтверджено клінічними дослідженнями.

**Ключові слова:** генералізований пародонтит, оклюзійні співвідношення, супраконтакти, діагностика, корекція.

## АННОТАЦИЯ

**Лысейко Н. В. Усовершенствование методов стабилизации окклюзии в комплексном лечении генерализованного пародонтита и оценка их эффективности.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2014.

Диссертация посвящена изучению влияния нарушений окклюзионных взаимоотношений зубных рядов на течение генерализованного пародонтита на начальных стадиях заболевания, на этапах, когда у пациентов отсутствуют жалобы окклюзионного характера. Установлено, что у всех пациентов с генерализованным пародонтитом имеются нарушения окклюзии зубных рядов, а именно – супраконтакты в момент максимального межбугоркового смыкания и преждевременные контакты, препятствующие равномерному смыканию зубных рядов. Установлено, что в местах возникновения преждевременных контактов чаще всего возникают явления локальной резорбции костной ткани и увеличение подвижности зуба. Глубина костных карманов в местах локализации преждевременных контактов и супраконтактов достигала 6 мм.

Проведено индексную оценку состояния тканей пародонта, в результате которой выявлены повышенные значения индексов Green-Vermillion (1964), РМА в модификации Parma (1960) и индекса CPI (ВОЗ, 1997). Все пациенты принятые на лечение, не предъявляли жалоб относительно окклюзии. Нарушения окклюзии были выявлены у них при проведении компьютерного анализа межзубных контактов.

Проведено сравнение различных методов определения нарушений окклюзии, при этом сравнивали данные, полученные с помощью артикуляционной бумаги с данными, полученными при компьютерном анализе окклюзии с помощью системы T-Scan III (Tekscan Inc., США). Установлено, что артикуляционная бумага дает объективный результат лишь в 35 % случаев, а компьютерный анализ – в 100 %, что позволяет говорить о высокой эффективности предложенной методики сопровождения в комплексном лечении генерализованного пародонтита.

Установлено, что при возникновении подвижности зубов провести качественную диагностику окклюзии, используя лишь традиционные методы невозможно. За счет подвижности зубов невозможно получить точный слепок с зубных рядов пациента, соответственно, невозможна полноценная диагностика окклюзионных нарушений в артикуляторе. Использование компьютерных методов диагностики окклюзионных взаимоотношений позволяет получить объективную картину смыкания зубов, даже при наличии их подвижности, как в статической, так и в динамических окклюзиях.

Предложен метод вычисления площади окклюзионных контактов зубов с использованием чувствительной пленки Fuji Prescale Pressure Measuring System (Fuji Photo Film Co., Ltd., Япония).

Все принятые на лечение пациенты были разделены на три группы. В первой лечебной группе коррекцию окклюзионных взаимоотношений проводили с помощью избирательного шлифования зубов. Вторая группа пациентов для

коррекции окклюзионных взаимоотношений требовала изготовления искусственных коронок и керамических вкладок. Все работы в данных группах проводились под контролем T-Scan III (Tekscan Inc., США). Для контроля эффективности была сформирована контрольная группа пациентов, в которой все работы выполнялись с использованием лишь традиционных методов диагностики нарушений окклюзии.

Предложенный метод позволяет значительно сократить время, необходимое для проведения диагностики нарушений окклюзионных взаимоотношений, а также сократить количество посещений для пациента.

Клинически доказана эффективность и целесообразность использования диагностического комплекса T-Scan III (Tekscan Inc., США) в комплексном лечении генерализованного пародонтита. Эффективность предложенного метода подтверждается путем сравнения результатов лечения пациентов, которым применялся T-Scan III (Tekscan Inc., США) для диагностики окклюзионных нарушений, и пациентов, которых лечили по общепринятой методике.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, окклюзионные взаимоотношения, супраконтакты, диагностика, коррекция.

#### ANNOTATION

**Lyseyko N. V. Improvement of methods of occlusion stabilization in complex treatment of generalized periodontitis and evaluation of their effectiveness. – Manuscript.**

Dissertation for a scientific degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.22 – dentistry. – National Medical University named after O. O. Bogomolets of Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv, 2014.

Dissertation is devoted to studying the peculiarities of influence of occlusal relationships disorders on the course of chronic generalized periodontitis in early stages of the disease.

It is revealed that all patients with chronic generalized periodontitis in the initial stage have complaints related primarily to periodontal status. Study of occlusal relationships revealed in all patients premature contacts leading to non-axial loads on the tooth root, which in its turn can be the cause of exacerbation of generalized periodontitis. Resorption of interalveolar partitions to a depth of 6 mm was found in the area of premature contacts localization.

A method for study of occlusal relationships using Fuji Prescale Pressure Measuring System (Fuji Photo Film Co., Ltd., Japan) measuring tapes and T-Scan III (Tekscan Inc., USA) system that allows revealing occlusal dysfunction even during preclinical stages of the process was proposed.

Comparative assessment of effectiveness of different premature contacts diagnostics methods was carried out. It was found that the accuracy of traditional diagnostic method using articulation paper is only 35 %, while using computer diagnostic system – 100 %. It was proved by clinical studies that the application of computer systems for premature contacts diagnostics and their timely correction prolongs the stage of remission of generalized periodontitis after its complex treatment.

**Keywords:** generalized periodontitis, occlusal relationships, premature contacts, diagnostics, correction.