

**ВИЯВЛЕННЯ РОЛІ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ У  
ПАТОГЕНЕЗІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА  
РАННІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ**

**В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, П. П. Топка, Д. К. Гуца**

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

**Резюме**

Целью нашей работы было изучение влияния окклюзионных взаимоотношений на развитие генерализованного пародонтита на ранней стадии заболевания. Исследования проводились как в полости рта, так и на диагностических моделях, загипсованных в артикулятор. Полученные данные, в сочетании с терапевтическими методами лечения, позволяют уменьшить количество обострений и осложнений течения заболевания, а также увеличить продолжительность ремиссий.

**Ключевые слова:** пародонт, окклюзионные взаимоотношения, генерализованный пародонтит.

**Summary**

This work was aimed at studying the influence of occlusive relationships on generalized periodontitis development at the primary stage of disease. The research was conducted intraoral and at the diagnostic models. The received results combined with therapeutic treatment methods allow reducing the number of exacerbations and complications in clinical course and also increasing the duration of remissions.

**Key words:** periodontium, occlusive relationships, generalized periodontitis.

**Література**

1. Орехова Л.Ю. Функциональные методы исследования в клинической пародонтологии / Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Стюф Я.В. //Стоматологический журнал. – 2005.-№4. – С.10-13.
2. Цепов Л.М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.- С.257-265.
3. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта / Л.Ю. Орехова. – М.: Поли Медиа Пресс, 2004. - С.218-221.
4. Подгаецкая О.Е. Этиология и патогенез хронического генерализованного пародонтита / Подгаецкая О.Е., Шнайдер С.А. //Буковинський медичний вісник. – 2007.- №1, т. 11. – С.127-130.
5. Шпуліна О.О. Сучасні основи патогенезу пародонтиту (огляд літератури) / О.О. Шпуліна //Український медичний альманах. – 2004.- №6, т. 7. – С.189-194.
6. Ярова С.П. Роль судинних змін у розвитку і перебігу генералізованого пародонтиту / Ярова С.П., Мозгова Н.В. // Український медичний альманах. – 2004. - №3-4. – С.23-26.
7. Клинеберг Ивен. Окклюзия и клиническая практика; пер. с англ. / Ивен Клинеберг, Роберт Джагер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С.71-131.
8. Неспрядько В.П. Вопросы воспроизведения окклюзии в зубных протезах. Принципы регулировки атрикулятора / Неспрядько В.П., Жегулович З.Е. //Зубной техник. – 2007.-№4. – С.97-102.
9. Наумович С.А. Методы устранения травматической перегрузки периодонта. Ч. 1: Ортодонтическое лечение, пришлифовывание зубов / С.А. Наумович //Современная стоматология .– 2007.- №3. – С.11-15.

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної стоматології є генералізований пародонтит. Це спричинено надзвичайною поширеністю цієї хвороби. За даними досліджень, поширеність генералізованого пародонтиту різних ступенів тяжкості сягає 98 % у осіб віком понад 40 років [1]. Така значна поширеність пов'язана, на нашу думку, з кількома факторами. Перш за все, це низький рівень профілактики цієї хвороби. Також дуже велике значення в розвитку генералізованого пародонтиту має той факт, що на роль оклюзійних співвідношень звертають недостатньо уваги, особливо на ранніх стадіях захворювання, коли ще немає чіткої клінічної картини та скарг пацієнта [2]. Наші дослідження показали, що часто пацієнти навіть не здогадуються про наявність порушень оклюзії, які, як відомо, відіграють роль “каталізатора” запального процесу. Дуже часто такі порушення виникають унаслідок реставрації оклюзійної поверхні зубів композитами, ортопедичними конструкціями або внаслідок ортодонтичних корекцій. Звісно, порушення оклюзійного співвідношення між зубними рядами не є єдиним фактором у патогенезі генералізованого пародонтиту.

Генералізований пародонтит - поліетіологічне захворювання, де не може бути одного фактора, який має вирішальне значення.

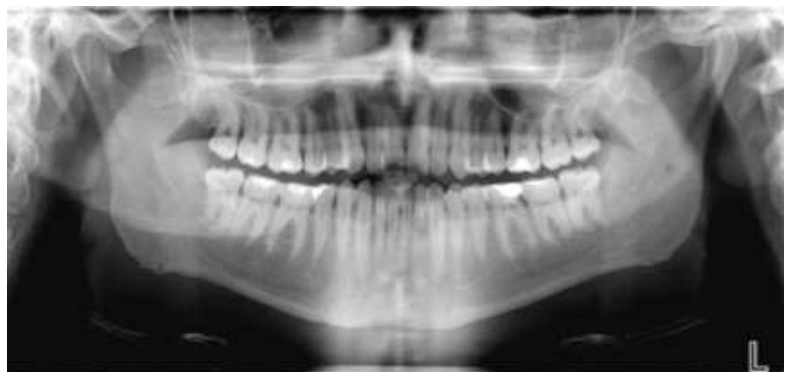


Рис. 1 Характерна ортопантомограма пацієнта на ранній стадії генералізованого пародонтиту з наявними порушеннями оклюзійних співвідношень.

Для виникнення генералізованого пародонтиту необхідна сукупність певних факторів. Результати клінічних досліджень показують, що в

патогенезі генералізованого пародонтиту ключову роль відіграють такі фактори:

- стан і продукти обміну в зубній бляшці та зубному камені;
- фактори порожнини рота, здатні посилювати чи послаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів та продуктів обміну;
- загальні фактори, що регулюють метаболізм тканин ротової порожнини, від яких залежить реакція на патогенну дію [3, 4, 5].

Ми зупинимося на місцевих факторах, що впливають на перебіг захворювання, зокрема на оклюзійних порушеннях, у патогенезі генералізованого пародонтиту, особливо на ранніх стадіях захворювання, коли немає чіткої клінічної картини та скарг пацієнта.

Оклюдійна травма, що виникає на тлі інтактних тканин пародонта називається первинною. Вона спричиняє порушення мікроциркуляторного кровообігу в парододонті, що призводить до ішемічних явищ у тканинах, які оточують зуб. Це призводить до значного прискорення явищ резорбції в альвеолярному відростку, внаслідок чого посилюється рухомість зуба, він зміщується за межі зубного ряду, з'являються неосьові навантаження тощо [6,7]. Стабілізація зубного ряду з подальшим усуненням травматичного компонента оклюзії дає можливість ліквідувати травматичний компонент, що, безперечно, дуже позитивно позначається на тканинах пародонта. Проведення глибокої комплексної оцінки стану тканин пародонта в пацієнтів із генералізованим пародонтитом, особливо на ранніх стадіях процесу, та своєчасне виявлення порушень оклюзії, є одним із основних завдань нашої роботи. Розробка обґрунтованого і більш досконалого алгоритму діагностики оклюзійних співвідношень дозволить виявляти порушення оклюзії, що спричиняють оклюзійну травму, на ранніх стадіях захворювання та запобігати виникненню нових супраконтактів. Стабілізація зубного ряду дозволить

перерозподілити жувальний тиск на інші ділянки альвеолярного відростка, що, безсумнівно, дуже сприятливо вплине на розвиток генералізованого пародонтиту. Удосконалення відомих методик з урахуванням отриманих даних дозволить збільшити період ремісії та значно зменшити кількість ускладнень після реставрації оклюзійних поверхонь зубів.

**Мета роботи** – вивчити вплив оклюзійних співвідношень між зубними рядами на розвиток генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання.

### *Матеріали і методи досліджень*

Особливості міжоклюзійних взаємовідношень вивчали в порожнині рота, а також на діагностичних моделях, оклюзійні поверхні яких відливали із супергіпсу. За локалізацією пришліфованих ділянок



Рис. 2 Артикулятор “WhipMix 2340”

установлювали звичний бік жування. На моделях оцінювали деформації зубних рядів та прикусу, вибирали метод оклюзійної корекції. Для підвищення інформативності та точності вивчення діагностичних моделей їх установлювали в артикулятор “WhipMix 2340” американської фірми “Whip Mix” з урахуванням індивідуальних рухів нижньої щелепи для кожного пацієнта [8, 9]. Для цього кожному пацієнту знімали анатомічні відбитки альгінатною масою “Tropicalgin” фірми «Zhermack». Далі ці моделі гіпсували в артикулятор за допомогою лицьової дуги. Для перенесення в артикулятор індивідуальних рухів використовували прикусні блоки з воску або оклюзійного силікону. Щоб виключити нейро-мускулярний компонент у оклюзійній травмі реєстрували біопотенціали жувальних м’язів за допомогою комп’ютерного електроміографа “REPORTER”, програмна версія 4,00,

фірма «Esaotebiomedika, Italy». У порожнині рота оклюзійні контакти вивчали за допомогою оклюдограм, виготовлених із пластинок базисного воску, при змиканні зубних рядів у різних оклюзіях. Надлишок воску з вестибулярного боку видаляли для полегшення контролю за положенням нижньої щелепи. Спочатку вивчали оклюзійні контакти в центральній оклюзії та центральному співвідношенні, шлях зміщення нижньої щелепи з центрального співвідношення в центральну оклюзію, після цього - оклюзійні контакти в бокових та задній оклюзіях. На загіпсованих у артикулятор моделях вивчали особливості оклюзійних динамічних контактів між зубними рядами.

### **Результати досліджень та їх обговорення**

Результати досліджень дозволили вибрати найбільш оптимальний спосіб ортопедичного лікування. Остеопороз та резорбцію міжзубних перегородок діагностували за допомогою ортопантомограм, за необхідності проводили прицільну рентгенографію. Всього було обстежено 84 пацієнти з I та II ступенями генералізованого пародонтиту віком від 23 до 55 років. Пацієнти були поділені на 2 групи, з урахування ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту. Першу групу (пародонтит I ступеня) склали 54 особи (62,8 %), другу групу (II ступінь пародонтиту) - 32 особи (37,2 %). На першій стадії генералізованого пародонтиту оклюзійні порушення були виявлені в 42 осіб (77 %), у 12 осіб (23 %) не діагностувалися. На другій стадії генералізованого пародонтиту порушення оклюзійних взаємовідношень були виявлені в 32 досліджуваних (100 %). Причому в 71 % випадків I групи пацієнтів із порушеннями оклюзійних взаємовідношень ці порушення були без клінічних проявів генералізованого пародонтиту. Рентгенологічно в цієї групи пацієнтів були виявлені ознаки ранньої стадії генералізованого пародонтиту, такі як розширення

періодонтальної щілини та явища остеопорозу міжзубних перегородок у місцях порушення оклюзійних взаємовідношень.

Отримані нами дані дозволяють точно виявити вплив порушень оклюзії зубних рядів на перебіг генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях процесу. Можна з упевненістю сказати, що рання діагностика з подальшим лікуванням травматичної оклюзії, що виникла внаслідок порушення оклюзійних взаємовідношень, дозволить запобігти або стримати розвиток генералізованого пародонтиту, що в поєднанні з терапевтичними методами дозволить значною мірою зменшити кількість загострень та ускладнень перебігу захворювання, подовжити час ремісії. Урахування індивідуальних артикуляційних рухів при проведенні реставрації оклюзійних поверхонь зубів дозволить значно знизити частоту звернень із приводу неправильного змикання зубів, незручності при жуванні, відчуття дискомфорту тощо.