

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПРОЯВАМИ ОКЛЮЗІЙНОЇ ДИСГАРМОНІЇ
У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА
НА РАННІХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ****Національний медичний університет імені О. О. Богомольця****(м. Київ)**

Дана робота є фрагментом НДР «Функціональна діагностика та мультидисциплінарний підхід до лікування порушень жувального апарату, обумовлених дисфункціональними станами скронево-нижньощелепних суглобів», № державної реєстрації 0114U001353.

Вступ. Захворювання пародонта в наш час є надзвичайно поширеними, незважаючи на увагу до даної патології науковців і комплексний підхід у лікуванні та постійне удосконалення профілактичних заходів. За останніми статистичними даними поширеність даної патології у різних формах її проявів сягає 98% у осіб понад 40 років і збільшується суттєво у молодих осіб [1, 8, 11].

Широко розповсюджено ствердження, що хвороби пародонту не змінюють оклюзійні поверхні зубів, але травматична оклюзія, тим не менше, пов'язується з захворюваннями пародонту протягом довгих років. Ще в 1901 році Karolyi підкреслював взаємозв'язок оклюзійних навантажень і пародонтиту. Тим не менше, не зважаючи на активні дослідження, роль оклюзії в етіології та патогенезі пародонтитів не повністю зрозуміла [6, 12, 13].

Функціональна оклюзія забезпечується оклюзійними контактами верхньої та нижньої щелеп під час виконання функцій мовлення, жування, ковтання. Більша частина даних функцій розташована біля міжгорбикового положення. Процес змикання щелеп залежить від розташування першого контакту і напрямок змикання забезпечується нахилом контактуючих поверхонь [9, 10, 12, 16, 17, 18].

Вертикальне та горизонтальне перекриття фронтальних зубів впливає на функціональні рухи нижньої щелепи, також впливає на мовлення і естетичні характеристики. Передній компонент ведення нижньої щелепи вважається фізіологічним, якщо забезпечується фронтальною групою зубів, іклами і премолярами, присутність контактів дистальних молярів під час рухів дискутується. Більшість наукових досліджень показує значну активність жувальних м'язів в разі присутності контактів молярів в протрузії [9, 10, 18, 19].

Як показують дослідження оклюзії при генералізованому пародонтиті вже на початковій стадії відмічаються наслідки оклюзійної травми – це рухомість, міграція або нахили та повороти зубів, наслідком

чого може бути дискомфорт при жуванні та змиканні щелеп. Втрата зубів та зміни рельєфу оклюзійної поверхні суттєво впливають на стан оклюзійних контактів зубів [2, 3, 4, 13, 15]. Зважаючи на це, вивчення взаємозв'язку змін оклюзійних контактів і клінічних проявів функціональних порушень жувального апарату є актуальним.

Метою дослідження було визначення взаємозв'язку між проявами функціональних порушень жувального апарату та станом контактів зубів у пацієнтів з генералізованим пародонтитом на ранніх стадіях захворювання.

Об'єкт і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань безсистемно відібрано 58 пацієнтів (29 чоловіків і 29 жінок). Середній вік обстежених – $33,7 \pm 3,9$ років. Критерії включення в дослідження були: генералізований пародонтит хронічного перебігу на ранніх стадіях захворювання, ортогнатичний прикус, безперервні зубні ряди та малі дефекти зубних рядів. Пацієнтів з середніми та великими дефектами зубних рядів виключено з дослідження у зв'язку з суттєвим порушенням стану усіх оклюзійних детермінант. Піддослідні були розділені на дві групи: пацієнти з безперервними зубними рядами (1 група- 30 осіб) і малими дефектами зубних рядів (2 група- 28 осіб).

Обстеження пацієнтів здійснювалось із застосуванням загальноприйнятої схеми історії хвороби з доповненням її алгоритмом клінічної функціональної діагностики [20], який дозволяє більш детально та диференційовано розглянути дентальні, суглобові, нейром'язові симптоми пацієнтів, що характеризують стан жувального апарату. Даний алгоритм ми доповнили питаннями про естетичні негаразди та оцінкою висоти прикусу. Клінічно також вивчались ознаки пародонтиту: стан гігієни порожнини рота, кровоточивість ясен, рухомість зубів (фремітус), рецесії, абфракції, аномалії та деформації зубів і зубних рядів.

Клінічний аналіз оклюзії здійснювали за розробленим нами алгоритмом, в якому визначали контакти центрального співвідношення щелеп (КПЦС), контакти при змиканні та ексцентричних положеннях нижньої щелепи, вертикальне та горизонтальне перекриття фронтальних зубів. Вивчали наявність і локалізацію центричних суперконтактів і балансуєчих

та гіпербалансуючих контактів за результатами оклюзіографії із застосуванням воскових пластинок «Воск бюгельний- 02» виробництва «Стома», Україна товщиною 0,6 мм.

За результатами алгоритму клінічної функціональної діагностики визначили наявність ознак функціональної дисгармонії компонентів жувального апарату і порівнювали їх розповсюдженість в групах. Також був проаналізований взаємозв'язок між контактами КПЦС) і наявними оклюзійними характеристиками та проявами функціональних розладів.

Отримані результати досліджень аналізували з використанням методів біостатистики та клінічної епідеміології. Застосовано програму Біостат (Гланц С. А., 1998) (Версія, 3.03)

Результати досліджень та їх обговорення. Основні симптоми, що визначалися у піддослідних – це неприємні відчуття при змиканні зубів, порушення жування, що виражається в однобічному жуванні, болісність при стисканні зубів при пережовуванні твердої їжі, чутливість зубів, порушення естетики. В меншому обсязі присутні скарги на м'язові та суглобові порушення (рис. 1, табл. 1).

Проведено порівняльний аналіз симптомів ОI у групах. Отримані значення Хі-квадрат у всіх випадках значно менше критичного значення при $p = 0,05$, що дає змогу підтвердити нульову гіпотезу відсутності відмінностей між окремими факторами в групах. У той-же час наявність великої кількості патологічних симптомів жувального апарату в обох групах свідчить про дисгармонію оклюзії в обох групах. У пацієнтів з малими дефектами зубних рядів зуби зміщуються в напрямку дефектів, практично закриваючи наявний простір. В той-же час у піддослідних з безперервними зубними рядами частина зубів також знаходиться в аномальних положеннях, що суттєво погіршує стан оклюзійних контактів.

Контакти зубів при змиканні за результатами оклюзіографії є нерівномірними як у пацієнтів з безперервними зубними рядами так і з малими дефектами зубних рядів. Контакти звичної оклюзії у 8,6% (5 осіб) були у відповідності до загальноприйнятої норми – навантаження на бокові зуби з легкою дезоклюзією фронтальних зубів. У 86% (50 осіб) контакти при змиканні виявлено як на бокових так і на фронтальних зубах. У 5,4% (3 особи) визначено ділянки дезоклюзії на молярах. Протрузійне ведення у пацієнтів у всіх вікових групах характеризувалось присутністю молярів і збільшенням кількості фронтальних зубів по відношенню до загальноприйнятої норми. У 12% (7 осіб)

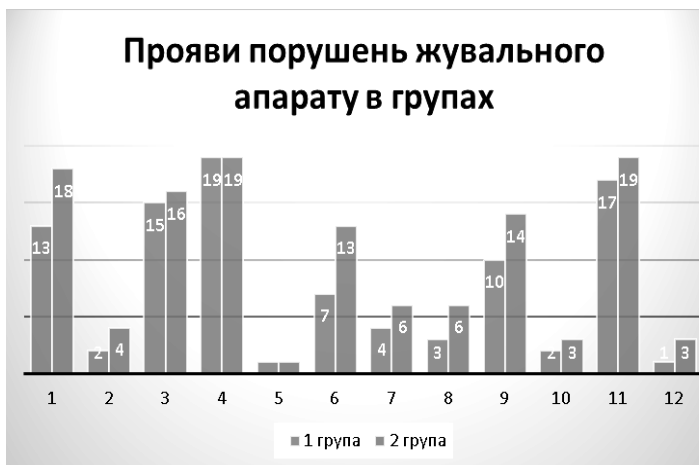


Рис. 1. Результати клінічного функціонального аналізу за Оклюзійним Індексом (ОI) в групах (n=30, n=28). (1-порушення жування, 2-порушення мовлення, 3-порушення змикання, 4-чутливість, 5- біль при рухах нижньої щелепи, 6- шуми у скронево-нижньощелепних суглобах, 7- біль у ділянці суглобів, 8 – головний біль, 9- біль у жувальних м'язах, 10- проблеми з поставою, 11- естетичні негаразди, 12 – зниження висоти прикусу).

Таблиця 1

Симптоми проявів функціональних порушень жувального апарату за оклюзійним індексом (ОI) в досліджуваних групах

№	Симптоми	1 група (n-30)		2 група (n-28)		Хі-квадрат
		абс	%	абс	%	
1	Проблеми з жуванням	13	40,0	18	64,2	3,45
2	Проблеми з мовленням	2	6,7	4	3,6	0,91
3	Проблеми зі змиканням	15	50,0	16	57,1	0,44
4	Підвищена чутливість	19	63,8	19	67,9	0,88
5	Біль при рухах	1	3,3	1	3,6	0,87
6	Хрускіт, клацання в СНЩС	7	20,0	13	46,4	2,45
7	Біль при пальпації СНЩС	4	10,0	6	21,4	1,45
8	Головні болі	3	10,0	6	21,4	1,45
9	Біль у жувальних м'язах	10	33,3	14	50,0	3,68
10	Постава	2	6,7	3	10,7	0,89
11	Естетичні негаразди	17	53,3	19	64,2	1,87
12	Зниження висоти оклюзії	1	3,3	3	10,7	0,97

протрузійне ведення нижньої щелепи визначалось тільки на моляра з незначною дезоклюзією різців. Відмічено, що присутність восьми зубів в супрапозиції формує збільшений протрузійний контроль і блокує рухи нижньої щелепи вперед. У даних пацієнтів при змиканні фронтальні зуби мали мінімальне перекриття.

Визначався фремітус на фронтальних зубах, також на премолярах і молярах при змиканні щелеп і при латеротрузійних та медіотрузійних рухах. В ексцентричних положеннях нижньої щелепи виявлено значну кількість гіпербалансуючих суперконтактів, які суттєво протидіяли нормальній протрузії і

Таблиця 2

Достовірність відмінностей між процентними долями двох виборок в групах піддослідних (Критерій Фішера - ϕ^*)

Групи	Є ознаки	Відсутні ознаки	Суми
	Кількість ознак	Кількість ознак	
1 група	95 (26.4%)	265 (73.6%)	360 (100%)
2 група	121 (36%)	215 (64%)	336 (100%)
			$\phi^*_{емп} = 2,742$

Примітка: Отримане ϕ^* знаходиться в зоні значимості. Нульова гіпотеза відхилена.

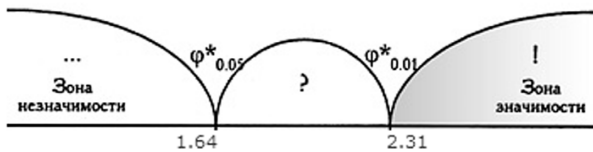


Рис. 2. Вісь значимості ϕ^* кутового перетворення Фішера для проаналізованих виборок більше $\phi^* = 2,31$.

латеротрузії (у 13 осіб першої групи – 39% і у 16 осіб другої групи – 44,8%). У доповнення до цього значна частина зубів у зубних рядах займала аномальне положення (скупченість зубів, повороти, нахили) і визначались зміщення в напрямку наявних дефектів.

Абфракції були присутні у більшості обстежених пацієнтів, мали переважно вестибулярну локалізацію і розташування в пришийкових ділянках перших молярів, премолярів, іклів та різців як верхньої так і нижньої щелеп. Рецесії ясен виявлено на зовнішній та язиковій поверхнях обох щелеп (табл. 2, рис. 2).

На підтвердження до визначеного співставлення двох виборок досліджуваних груп, співвідношення за частотою патологічних ознак за критерієм Фішера показали достовірність відмінності їх.

Важливим етапом змикання щелеп є КПЦС, які визначають напрямки зміщення нижньої щелепи у положення змикання. Клінічний аналіз оклюзії в обох групах визначив локалізацію контактів КПЦС на різних зубах з різним ступенем частоти. Отримані види контактів поділено на 5 груп – дистальні двобічні контакти на молярах, дистальні однібічні контакти

на молярах, бокові контакти на премолярах, контакти на іклах, фронтальні контакти. За впливом сформованого контакту відбувається сковзання нижньої щелепи у положення змикання за наступними напрямками: вперед, в бік (латерально, медіально), вперед і вбік, до заду і вбік, до заду, «гойдання» на премолярах (рис. 3, 4).

Кореляційний аналіз застосовувався для встановлення і виміру зв'язків між групами за локалізацією контактів КПЦС і розповсюдженням симптомів функціональних порушень жувального апарату. Коefіцієнт кореляції рангів Спірмена показав слабкий і прямий зв'язок між ознаками порушень і наявними факторами в першій групі і помірний та прямий у другій групі спостереження.

Встановлені достовірні відмінності даних у групах порівняння. Так як розрахований нами показник Хі-квадрат (табл. 3) дорівнює 9,962 більше критичного значення Хі-квадрат при $p < 0,05$, слід відвести «нульову гіпотезу» і признати відмінності патологічних проявів оклюзійних порушень у групах в залежності від контактів КПЦС.

Контакти КПЦС забезпечують напрямок та послідовність змикання зубів, і як підтверджують чисельні дослідження, формують просторове зміщення нижньої щелепи з відповідними змінами функції усіх компонентів жувального апарату. Велика кількість досліджень присвячена впливу зміни просторового положення нижньої щелепи на виникнення дисфункціональних станів скронево-нижньощелепних суглобів але практично відсутні розробки, які стосуються оклюзійних патологічних змін. У нашому дослідженні встановлений прямий стійкий взаємозв'язок між досліджуваними групами за аналізом формування симптомів в залежності від наявних контактів КПЦС. Контакти КПЦС, розташовані однібічно на скатах горбків премолярів і молярів, створюють направляючі для зміщення нижньої щелепи в боковому напрямку, що стимулює зміни у функціонуванні жувальних м'язів та скронево-нижньощелепних суглобів. Особливої уваги потребує аналіз контактів ЦС, розташованих на фронтальних зубах, бо вони можуть сприяти блокуванню нижньої щелепи у ретрузійному положенні і зміщенню суглобової головки СНЦС у дистальному напрямку. Також такі контакти

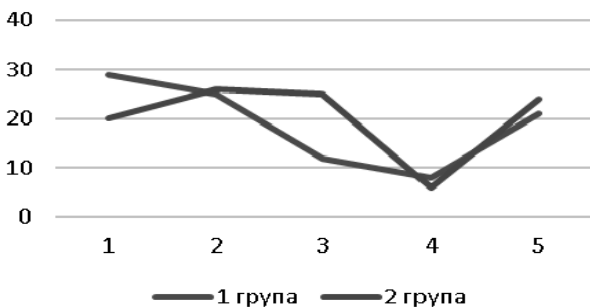


Рис. 3. Розподіл патологічних проявів симптомів в групах в залежності від виду контактів КПЦС (абс.).

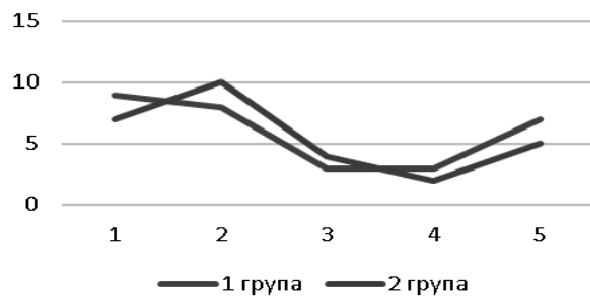


Рис. 4. Співвідношення осіб в групах за локалізацією контактів КПЦС.

Таблиця 3

Відповідність симптомів функціональних порушень компонентів жувального апарату у взаємозв'язку з розташуванням контактів КПЦС в групах. (Критерій Хі-квадрат)

№	Локалізація контактів КПЦС	1 група		2 група		Хі
		Абс.	%	Абс.	%	
1	Двобічні моляри	29	30,5	20	16,8	
2	Однобічні моляри	25	26,3	45	35,3	
3	Премоляри	12	12,6	25	21,0	
4	Ікла	8	8,4	6	6,7	
5	Різці	21	12,2	24	20,2	
	Загалом	95	100	121	100	9,962
	P					0,05

можуть посилювати рухомість і вібрації зубів при змиканні [9, 10, 12, 16, 17, 18].

В цілому, виявлені нами взаємозв'язки між функціональними порушеннями жувального апарату і деякими детермінантами оклюзії узгоджуються з припущеннями авторів і дослідженнями, що проводились у напрямках визначення впливів оклюзійної травми як етіологічного фактора [2, 3, 4, 21]. Наявність значної кількості симптомів порушень функції жувального апарату в обох групах свідчить про можливість впливів різноманітних факторів на даний процес, і присутність малих дефектів зубних рядів не відіграє основної ролі у їх формуванні.

Певні взаємозв'язки між оклюзійними детермінантами в даному дослідженні не встановлювались, враховуючи обмеження поставлених завдань дослідження. Отримані результати вказують на необхідність дослідження їх як тих, що мають певний вплив на змикання та переміщення нижньої щелепи. Є окремі ствердження, що наявність балансуєчих і гіпербалансиєчих контактів може призводити до виникнення рухомості фронтальної групи зубів, і іноді спостерігається діагональний взаємозв'язок. Більшість наукових досліджень показує значну активність жувальних м'язів в разі присутності контактів молярів в протрузії [4, 5, 6, 7].

Підвищена чутливість зубів є одним з поширених симптомів при захворюваннях пародонта, який прямо пов'язаний з рядом причин – порушення гігієни, рецесії, абфракції). Її суттєві прояви в обох групах вказують на можливість впливу оклюзійних детермінант на його виникнення [11, 13, 14, 15, 16].

Не слід виключати ролі зовнішніх факторів, таких, як стрес. За результатами проведених досліджень стрес вважається фактором ризику для захворювань пародонту і має вплив як на загальному так і на місцевому рівні [15, 17].

Висновки. Визначений взаємозв'язок між проявами функціональних порушень жувального апарату та станом контактів зубів при змиканні у пацієнтів з генералізованим пародонтитом на ранніх стадіях захворювання. Також визначені відмінності патологічних проявів оклюзійних порушень у групах залежать від контактів КПЦС.

Перспективи подальших досліджень. Необхідні подальші дослідження для більш детального вивчення стану оклюзійних детермінант та їх взаємодії при захворюваннях пародонту.

Література

- Аболмасов Н. Н. Профилактика и лечение заболеваний пародонта – необходим системный подход / Н. Н. Аболмасов, В. Р. Шамшурина, И. А. Адаева // Российский Стоматологический Журнал. – 2002. – № 1. – С. 41-42.
- Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта. Атлас / Н. Ф. Данилевский, Е. А. Магид, Н. А. Мухин, В. Ю. Миликевич. – М. : Медицина, 1993. – 320 с.
- Кац А. Г. Травматическая зубочелюстная окклюзия и её последствия / А. Г. Кац, И. В. Скородумова, М. И. Шевченко [и др.] // Российский Стоматологический Журнал. – 2005. – № 1. – С. 49-53.
- Наумович С. А. Методы устранения травматической перегрузки пародонта. Ч. 1. Ортодонтическое лечение, пришлифовывание зубов / С. А. Наумович // Современная стоматология. – 2007. – № 3. – С. 11-15.
- Неспрядько В. П. Виявлення ролі оклюзійних взаємовідношень у патогенезі генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання / В. П. Неспрядько, Н. В. Лисейко, П. П. Топка, Д. К. Гуца // Український Стоматологічний Альманах. – 2011. – № 2. – С. 57-59.
- Окклюзия и клиническая практика / И. Клинеберг, Р. Джагер. – М. : «МЕДпресс-информ», 2006. – 199 с.
- Орехова Л. Ю. Функциональные методы исследования в клинической пародонтологии / Л. Ю. Орехова, Е. Д. Кучумова, Я. В. Стюф // Стоматологический журнал. – 2005. – № 4. – С. 10-13.
- Подгаецкая О. Е. Этиология и патогенез хронического генерализованного пародонтита / О. Е. Подгаецкая, С. А. Шнайдер // Буквинський медичний вісник. – 2007. – № 1, Т. 11. – С. 127-130.
- Хватова В. А. Клиническая гнатология / В. А. Хватова. – Москва : «Медицина», 2005. – 295 с.
- Clark J. R. Function occlusion: I. A Review / J. R. Clark, R. D. Evans // Journal of Orthodontics. – 2001. – Vol. 28 (1). – P. 76-81. Код доступа (www.jorthod.moneyjournals.org/content/23/1/76.full-17.11.2013).
- Dauglass C. W. Risk Assessment and Management of Periodontal Disease / C. W. Dauglass // JADA. – 2006. – Vol. 137. – P. 27S-32S. Код доступа (www.jada.ada.org, 19.12.2010).
- Davies S. J. A Clinical Guide to Occlusion. The Authoritative Reference for Dental Practitioners and Students / S. J. Davies, R. J. M. Gray. – London : BDA, 2002. – 102 p.
- Julihn A. Risk factors and risk indicators in relation to incipient alveolar bone loss in Swedish 19-years olds / A. Julihn, M. B. Agholme, T. Modeer // Acta Odont. Scand. – 2008. – Vol. 66. – P. 139-147.

14. Koshi E. Risk Assessment for Periodontal disease / E. Koshi, S. Rajesh, P. Koshi, P. R. Arunima // Journal of Indian Society of Periodontology. – 2012. – Vol. 16 (3). – P. 324-328. Код доступа www. jisponline. com-15. 01. 2013.
15. Mannem B. The effect of stress on periodontitis: A clinicobiochemical study / B. Mannem, V. Chava // J. Indian Society of Periodontology. – 2012. – Vol. 16, Iss. 3. – P. 365-369.
16. Mathur A. Gingival recession on school kids aged 10-15 years in Udaipur, India / A. Mathur, M. Jain, K. Jain, M. Samar // J. Indian Society of Periodontology. – 2009. – Vol. 13, Iss. 1. – P. 16-20.
17. Mcleod D. E. A practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Periodontal Disease / D. E. Mcleod // JADA. – 2000. – Vol. 131. – P. 483-491. Код доступа www. jada. ada. org, 19. 12. 2010.
18. Presswood R. G. Is There a Thing as a "Healthy Occlusion"? Lesson From History / R. G. Presswood, A. Toy // Primary Dental Care. – 2008. – Vol. 15 (2). – P. 655-669.
19. Ruiz J-L. The Three Golden Rules Of Occlusion / J-L. Ruiz // Dentistry Today. – 2011. – 3p. Код доступа www. dentistrytoday. com/occlusion/3807-31. 08. 2012.
20. Slavicek R. The Masticatory Organ. Function and Dysfunction / R. Slavicek. – Fortbildungs : GAMMA Med., 2006. – 543 p.
21. Trauma from occlusion: A review // Clinical Update. – 2004. – Vol. 26 (1). –P. 25.

УДК 616. 314. 17-008. 1-031. 81-092:616. 314. 25

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПРОЯВАМИ ОКЛЮЗІЙНОЇ ДИСГАРМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ НА РАННІХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ

Жегулович З. Є.

Резюме. Втрата зубів та зміни рельєфу оклюзійної поверхні суттєво впливають на стан оклюзійних контактів зубів і функціонування компонентів жувального апарату в цілому. Визначений взаємозв'язок між проявами функціональних порушень жувального апарату та станом контактів зубів при змиканні у пацієнтів з генералізованим пародонтитом на ранніх стадіях захворювання. Також вивчено відмінності патологічних проявів оклюзійних порушень у групах в залежності від контактів центрального співвідношення щелеп. Необхідні подальші дослідження для більш детального аналізу стану оклюзійних детермінант та їх функціональної взаємодії при захворюваннях пародонту.

Ключові слова: захворювання пародонту, травматична окклюдія, оклюзійні порушення, контакти центрального співвідношення щелеп.

УДК 616. 314. 17-008. 1-031. 81-092:616. 314. 25

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОККЛЮЗИОННОЙ ДИСГАРМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

Жегулович З. Е.

Резюме. Потеря зубов и изменение рельефа окклюзионной поверхности существенно влияют на состояние окклюзионных контактов зубов и функционирование компонентов жевательного аппарата в целом. Определена взаимосвязь между проявлениями функциональных нарушений жевательного аппарата и состоянием контактов зубов при смыкании у пациентов с генерализованным пародонтитом на ранних стадиях заболевания. Также изучены различия патологических проявлений окклюзионных нарушений в группах в зависимости от контактов центрального соотношения челюстей. Дальнейшие исследования необходимы для более детального анализа состояния окклюзионных детерминант и их функционального взаимодействия при заболеваниях пародонта.

Ключевые слова: заболевания пародонта, травматическая окклюдия, окклюзионные нарушения, контакты центрального соотношения челюстей.

UDC 616. 314. 17-008. 1-031. 81-092:616. 314. 25

Correlation between Occlusal Disharmony Manifestations in Patients with Periodontal Diseases in the Early Stages of Development

Zhegulovych Z. Y.

Abstract. The loss of teeth and occlusal surface topography changes substantially affect the state of the occlusal contacts of teeth and masticatory apparatus components functioning as a whole.

58 patients with the generalized periodontitis at the early stages of the progress, aged of $33,7 \pm 3,9$ have been examined. For comparative investigation they have been divided to two groups with the next criteria: complete dentition and dental rows small defects.

The comparative analysis of occlusal index symptoms in groups has been done. The scores of the Pearson's Chi-square test values for each type of symptoms have been over a critical value with $p=0.05$, which make them possible to confirm the hypothesis of the lack of differences between individual factors in groups. At the same time, the presence of large amount of the pathological symptoms of the masticatory apparatus in both groups showed disharmony of the occlusion.

8. 6% of patients have demonstrate the standard normal contacts of teeth in occlusion, 86% of patients dental occlusion were with the overload of the frontal teeth and 5. 4% of patients are identified with dental contacts lost in

the molar region. The presence of the wisdom teeth in supraposition provided the protrusion control and blocked the shift of the lower jaw forward.

To validate the differences between percentage parts of the pathological signs of two statistical samples – the Fisher's exact test is used. The Fisher's exact test $-p^* = 2.742$ demonstrated the results within the significance zone (it is more than $p^* = 2.31$) and zero hypothesis is rejected.

Spearman's rank correlation coefficient is applied for establishing and measuring the relationship between the groups regarding to central relation contacts of the jaws and the prevalence of symptoms of functional disorders of the masticatory apparatus. Spearman's rank correlation coefficient showed weak and direct correlation between the disorders signs and the existing factors with the first group and moderate and direct correlation with the second monitoring group.

The confirmed differences have been found between compared groups in centric relation contact location on the jaws and in the presence of the signs of functional disorders. Pearson's Chi-squared test (χ^2) is 9.962, that is more than critical values of the χ^2 for $p < 0.05$.

The correlation between the manifestations of functional disorders of the masticatory apparatus and the teeth contacts condition in occlusion in patients with generalized periodontitis in the early stages of the disease has been defined. Also differences in pathology manifestations of occlusal disorders in groups depending on the centric relation contacts of the teeth on the jaws have been found. Further studies are needed for a more detailed analysis of the occlusal determinants and their functional interaction in periodontal diseases.

Keywords: periodontal diseases, traumatic occlusion, occlusal disorders, centric relation contacts of the teeth.

Рецензент – проф. Борисенко А. В.

Стаття надійшла 25. 08. 2014 р.