

УДК 616-056.2+616.36

Дранчак І.М.

Особливості оцінки якості життя в осіб з хронічними захворюваннями печінки

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства (зав. каф. – проф. Вакалюк І.П.)

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Резюме. На сьогодні практично для кожної поширеної нозології розроблені та успішно апробовані численні анкети та опитувальники, в тому числі, і осіб з хронічними захворюваннями печінки. Найбільш широко в цьому відношенні використовується загальний опитувальник «Medical Outcomes Study Short Form» (SF-36). Та недоліками опитувальника «SF-36» є недостатньо чутливе зниження шкал при погіршенні стану пацієнта. Кращим у цьому відношенні є «Опитувальник оцінки якості життя хворих на хро-нічні захворювання печінки» (CLDQ), який і був нами використаний у дослідженні. Аналіз результатів опитування продемонстрував суттєві відмінності серед різних груп. Середня сума всіх балів, набрана по групах, була найбільшою в контрольній, найменшою ж – в дослідній підгрупі 2 (особи з цирозом печінки). Значна різниця була констатована і за окремими шкалами опитувальника. Якщо ознаки втоми були практично однакові в контрольній групі та дослідній підгрупі 1, то в групі з цирозом вони були вдвічі меншими. В цій ж групі переважали особи зі скаргами на абдомінальні симптоми, куди ввійшли здуття, дискомфорт та біль живота, а також – з зменшенням загальної активності. Ця ж група хворих частіше демонструвала ознаки тривоги, перепади настрою та порушення сну.

Особи із хронічними дифузними запальними захворюваннями печінки (1-ша дослідна підгрупа) значно відрізнялись від здорових осіб контрольної групи за характеристиками, що відображали рівень тривоги, харчові звички та загальну працездатність, та – в децю меншій мірі – абдомінальні симптоми.

Ключові слова: оцінка якості життя, хронічні захворювання печінки, опитувальник оцінки якості життя.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

У процесі вивчення хронічних захворювань печінки та лікування хворих з хронічними захворюваннями печінки постає необхідність в об'єктивній оцінці якості життя даного контингенту хворих.

Якість життя – є центральним маркером суб'єктивного переживання особою свого фізичного, емоційного та духовного благополуччя. Його вивчення дає важливу інформацію не тільки щодо актуальної самооцінки здоров'я самою особою, але дозволяє, до деякої міри, спрогнозувати і майбутні наслідки недуги, а також оцінити повсякденну діяльність людини та її суспільно-соціальну активність [9]. На сьогодні, практично для кожної поширеної нозології розроблені та успішно апробовані численні анкети та опитувальники, в тому числі, і осіб з хронічними захворюваннями печінки [3; 4; 5]. Найбільш широко в цьому відношенні використовується загальний опитувальник «Medical Outcomes Study Short Form» (SF-36), який розроблено J. E. Ware із співавт. в 1988 г. [11].

Та недоліками опитувальника «SF-36» є недостатньо чутливе зниження шкал при погіршенні стану пацієнта, особливо тих, що стосувались розумових аспектів. При тривалому спостереженні він також демонструє недостатню відтворюваність результатів [10]. Кращим у цьому відношенні є «Опитувальник оцінки якості життя хворих на хро-нічні захворювання печінки» (CLDQ), який і був нами використаний у дослідженні.

Матеріал і методи дослідження

Опитувальник CLDQ (додаток 1) був розроблений у відділенні гастроентерології (The Cleveland Clinic Foundation, США) у 1999 році Younossi і співробітниками як специфічний інструмент для обстеження осіб із хронічними захворюваннями печінки [10]. Він складається з 29 запитань та розділений на шість шкал, що оцінюють такі аспекти здоров'я хворих: «Абдомінальні симптоми» (AB) – питання 1, 5, 17; «Втома» (FA) – 2, 4, 8, 11, 13; «Загальні симптоми» (SS) – 3, 6, 21, 23, 27; «Активність» (AC) – 7, 9, 14; «Емоційна сфера» (EF) – 10, 12, 15, 16, 19, 20, 24, 26; «Тривога»

(WO) – 18, 22, 25, 28, 29. На кожне із запитань можна відповісти від одного (найбільш уражена) до семи балів (найменш уражена). Мінімальна кількість можливо набраних балів – 29, максимальна – 203. Відповідно до результатів, опитувальник дає можливість оцінити цілу низку показників хворого: як фізичної, розумової, так і емоційної сфери. Опитувальник CLDQ ґрунтовно валідований у клінічній практиці та широко представлений в іноземних виданнях [8; 12; 6; 7]. Враховуючи особливості харчової поведінки, умов проживання, роботи, соціальної активності та емоційної поведінки, нами визначена необхідність проведення додаткової валідації опитувальника. Первинно текст опитувальника був перекладений професійним перекладачем з англійської мови на українську. Далі проведено валідацію опитувальника за участю 50 практично здорових осіб молодого та середнього віку (контрольна група) та 120 осіб середнього та старшого віку із захворюваннями печінки на різних стадіях розвитку (дослідна група). Дослідна група додатково була розділена на 2 підгрупи: 1-шу склали хворі на хронічні дифузні запальні захворювання печінки (70 осіб); 2-гу – пацієнти з цирозом печінки з різним ступенем компенсації (50 осіб). Близько 68% всіх обстежених першої дослідної підгрупи склали особи з неалкогольним жировим гепатозом, 22,9% – на осіб з хронічним холециститом. Решту склали особи з хронічним холангітом (3,7%) та стеатогепатитом (5,5%).

Кінцеву математично-статистичну обробку даних проводили пакетом статистичних програм «Statistica 7.0» і «Microsoft Excel, 2010». Проводили двохвибірковий (t-критерій Стьюдента) з довірливою вірогідністю $p \geq 0,05$.

Всі групи були схожими за гендерними характеристиками: 42,0% жінок у контрольній групі, 41,4% та 38,0% у першій та другій дослідних підгрупах відповідно. У контрольній групі середній вік дослідних склав 28,5 років, у першій дослідній підгрупі – 44,5 років, у другій – 49,5 років. Діагнози захворювань печінки діагностувались за клінічними та лабораторно-функціональними ознаками, згідно з Національними рекомендаціями та стандартними підходами. Додатково особи з цирозами печінки були оцінені згідно з критеріями важкості Child-Pugh's. До класу А (ризик смертності впродовж року найнижчий) віднесено 64% (32 хворих), до класу В (ризик смертності впродовж року проміжний і становить близько 20%) віднесено 22% (11 осіб), та до класу С (ризик смертності найвищий і становить близько 50-60%) – 14% (7 осіб) (рис. 1).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів опитування продемонстрував суттєві відмінності серед різних груп (табл. 1). Найперше, середня

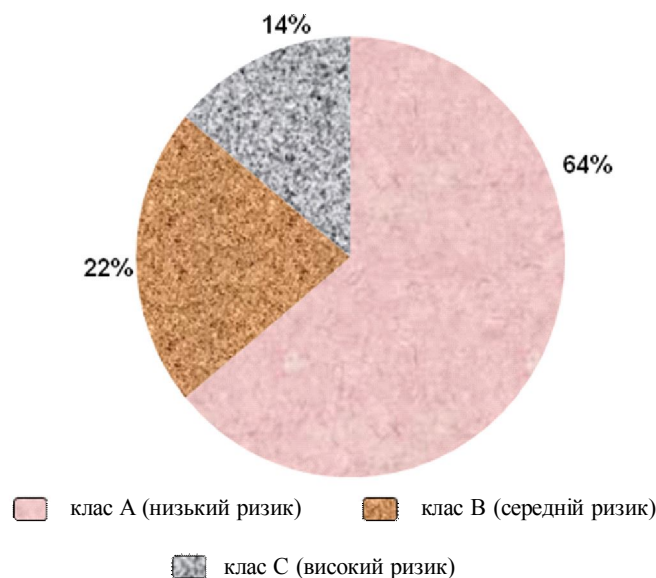


Рис. 1. Розподіл осіб підгрупи 2 за шкалою Child-Pugh's

Опитувальник оцінки якості життя при хронічних захворюваннях печінки

Місце проведення _____

Прізвище _____

Ім'я _____

По-батькові _____

Вік _____ Професія _____

Шановний пане (і), заповнивши даний опитувальник, Ви допоможете своєму лікарю краще зрозуміти Вашу недугу та знайти найкращі способи покращення Вашого стану. Будь-ласка, відмітьте проти кожного запитання, як часто у Вас виникають такі ж скарги: від 1 бал – завжди до 7 балів – ніколи.

Діагноз _____

| | Завжди | Майже завжди | Часто | Інколи | Рідко | Майже ніколи | Ніколи |
|---|--------|--------------|-------|--------|-------|--------------|--------|
| 1. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували здуття живота? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували себе втомленим? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували біль у тілі? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували сонливість вдень? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували біль у животі? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Як часто за останні 2 тижні задишка обмежувала Вашу звичну активність? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Як часто за останні 2 тижні Ви не могли стільки з'їсти, скільки хотіли? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували, що у Вас нема достатньо сили? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Як часто за останні 2 тижні Ви не могли підняти чи перенести важкі предмети? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували тривогу? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Як часто за останні 2 тижні Ви відчувались виснаженим? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Як часто за останні 2 тижні Ви почувалися нещасним? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Як часто за останні 2 тижні Ви дрімали вдень? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Як часто за останні 2 тижні Ви змушені були обмежуватись в їді? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Як часто за останні 2 тижні Ви дратувалися? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Як часто за останні 2 тижні Ви погано спали уночі? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували дискомфорт у животі? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Як часто за останні 2 тижні Ви думали, про те, як Ваша хвороба відбивається на родині? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Як часто за останні 2 тижні у Вас були перепади настрою? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Як часто за останні 2 тижні Ви мали труднощі із засинанням? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Як часто за останні 2 тижні у Вас були спазми м'язів? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Як часто за останні 2 тижні Ви переживали, що симптоми переростуть у тяжку хворобу? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Як часто за останні 2 тижні Ви відчували сухість в роті? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Як часто за останні 2 тижні Ви почувалися пригніченим? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Як часто за останні 2 тижні Ви думали, що Ваш стан погіршиться? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Як часто за останні 2 тижні Ви мали проблеми з концентрацією? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Як часто за останні 2 тижні у Вас був свербіж? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Як часто за останні 2 тижні Ви думали, що Ваш стан вже не покращиться? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Як часто за останні 2 тижні Ви думали, що Вам може знадобитись пересадка печінки? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

AS: 1, 5, 17 – FA: 2, 4, 8, 11, 13 – SS: 3, 6, 21, 23, 27 – AC: 7, 9, 14 – EF: 10, 12, 15, 16, 19, 20, 24, 26 – WO: 18, 22, 25, 28, 29 – T:

Таблиця 1. Розподіл обстежених контрольної та дослідних підгруп за шкалами опитувальника якості життя осіб із хронічними захворюваннями печінки

| Шкали | Контрольна група (n=50) | Дослідна підгрупа 1 (n=70) | Дослідна підгрупа 2 (n=50) |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| «Абдоминальні симптоми» (AB) | 17,5±2,5 | 14,4±2,1 | 8,4±1,6* |
| «Втома» (FA) | 27,2±1,8 | 25,2±1,9 | 12,6±1,5*! |
| «Загальні симптоми» (SS) | 30,8±2,7 | 29,4±2,5 | 13,5±2,0*! |
| «Активність» (AC) | 17,5±2,6 | 10,6±2,4* | 8,6±1,9* |
| «Емоційна сфера» (EF) | 35,4±3,6 | 33,8±3,4 | 28,6±2,9 |
| «Тривога» (WO) | 31,2±3,1 | 24,6±2,9* | 15,8±2,1* |
| Разом у групі | 164,5±11,6 | 122,8±8,4 | 91,4±7,5*! |

Примітки: 1. Вказана середня кількість набраних балів окремо за шкалами; 2. * - вказано стандартне відхилення даних між контрольною та дослідними групами, $p=0,05$. 3. ! - вказано стандартне відхилення даних між підгрупами 1 і 2, $p=0,05$

сума всіх балів, набрана по групах, була найбільшою в контрольній, найменшою ж – в дослідній підгрупі 2 (особи з цирозом печінки). Так, якщо в контрольній групі цей показник становив 164,5±11,6 балів, то в дослідній 2 – практично вдвічі менше, 91,4±7,5 бали. В дослідній підгрупі 1 середнє значення було 122,8±8,4. Значна різниця була констатована і за окремими шкалами опитувальника. Якщо ознаки втоми були практично однакові в контрольній групі та дослідній підгрупі 1 (27,2±1,8 і 25,2±1,9 відповідно), то в групі з цирозом вони були вдвічі меншими (12,6±1,5 балів). У цій ж групі переважали особи зі скаргами на абдоминальні симптоми, куди ввійшли здугтя, дискомфорт та біль живота, а також – зі зменшенням загальної активності. Ця ж група хворих частіше демонструвала ознаки тривоги, перепади настрою та порушення сну.

Особи із хронічними дифузними запальними захворюваннями печінки (1-ша дослідна підгрупа) значно відрізнялись від здорових осіб контрольної групи за характеристиками, що відображали рівень тривоги, харчові звички та загальну працездатність, та – в дещо меншій мірі – абдоминальні симптоми. Так, якщо за шкалою «Тривога» особи контрольної групи набрали в середньому 31,2±3,1 бали, то особи першої дослідної підгрупи – всього 24,6±2,9 бали. Варто відзначити, що особи другої дослідної підгрупи набрали всього 15,8±2,1 балів. Практично не відрізнялись між собою контрольна та перша дослідна підгрупа за шкалами «Втома», «Загальні симптоми» та «Емоційна сфера». Були схожими між собою за середнім балом за шкалою «Емоційна

Шкала важкості перебігу хронічних захворювань печінки Child-Pugh

| Показник | 1 бал | 2 бали | 3 бали* | Одиниці |
|-------------------------|-----------|--------------------|-----------------------|----------|
| Загальний білірубін | <34 | 34-50 | >50 | мкмоль/л |
| Альбумін сироватки | >35 | 28-35 | <28 | г/л |
| МНС | <1,7 | 1,7-2,2 | >2,2 | - |
| Асцит | відсутній | корегується | рефрактерний | - |
| Печінкова енцефалопатія | відсутня | I-II (корегується) | III-IV (рефрактерний) | - |

* – 3 бали – найтяжче ураження

Клас важкості хронічних захворювань печінки Child-Pugh

| Бали* | Клас | Вживання впродовж 1 року | Вживання впродовж 2 років |
|-------|------|--------------------------|---------------------------|
| 5-6 | A | 100% | 85% |
| 7-9 | B | 81% | 57% |
| 10-15 | C | 45% | 35% |

* – вираховуються з суми, набраної за шкалою

сфера» також пацієнти обох дослідних підгруп, 33,8±3,4 бали і 28,6±2,9 бали відповідно.

Висновки

Таким чином, проведене нами дослідження підтвердило високу цінність «Опитувальника оцінки якості життя хворих на хронічні захворювання печінки» (CLDQ) для градації осіб із різним ступенем важкості не тільки термінальної печінкової недостатності у хворих із цирозом, але також для діагностики її ранніх уражень, таких як жировий гепатоз. Додатковою перевагою є також незалежність результатів опитувальника від віку досліджуваних осіб. До недоліків можна віднести не завжди однозначні характеристики емоційної сфери, що може бути пов'язано з різним психологічним статусом цієї групи хворих і високим рівнем депресії в осіб із печінковою енцефалопатією, та потребує додаткової оцінки спеціалістами.

Перспективи подальших досліджень

У перспективі можливі дослідження та розробка власних новітніх шкал оцінки якості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки

Література

1. Влияние комбинации аргинина глютамата и мелдония на хроническое воспаление и функцию эндотелия в больных с кальцификацией клапанов сердца на додиализном этапе хронической болезни почек / А.И. Гоженко, А.Б. Сусла, О. Л. Сидоренко [и др.] // Буковинський медичний вісник. – 2012. – т. 16, №3 (63). – С. 83-88.
2. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
3. Серенко К.А. Анализ исследований качества жизни больных хроническим гепатитом С / К.А. Серенко, Д.Т. Абдурахманов, В.М. Алексеева // Здоровоохранение сегодня. – 2010. – Т.1. – С. 67-79.
4. Степанов Ю.М. Аналіз досліджень якості життя у хворих на хронічні дифузні запальні захворювання печінки / Ю. М. Степанов, Е. В. Зигало // ДУ «Ін-т гастроентерології НАМН України». – Дніпропетровськ : Журфонд, – 2012. – Вип. 46.– 502 с.
5. Соломенчук Т. М. Сучасна міокардіальна цитопротекція при ішемічній хворобі серця: раціональний вибір лікарського засобу / Т. М. Соломенчук, Х. В. Семенов-Бодак // Мистецтво лікування. – 2011. – №4. – С. 56-61.
6. Are physician-derived disease severity indices associated with health-related quality of life in patients with end-stage liver disease? / F. Kanwal, R. Hays, A. Kilbourne [et al.] / Am J Gastroenterol -2004.- № 99. -P.1726-32.
7. Assessment of utilities and health-related quality of life in patients with chronic liver disease / Z. Younossi, N. Voparai, M. McCormick [et al.] // Am J Gastroenterol -2001.-№96.-P.579-583.
8. Bader F. Z. Correlation of quality of life in patients of cirrhosis of liver with etiology and disease severity using disease-specific quality questionnaire / F. Z. Bader // Ayub Med Coll Abbottabad -2007.- №19(2). -P. 7-12.
9. Bargaonkar M.R. Quality of life measurement in gastrointestinal. / M. R. Bargaonkar // Gut- 2000.-№47.-P. 444-454.
10. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease / Z. Younossi, G. Guyat, M. Kiwi [et al.] // Gut -1999. -№45.-P. 295-300.
11. Functional status and well-being of patients with chronic conditions / A. Stewart, S. Greenfield, R. Hays [et al.] // JAMA -1989.- №262.-P.907-913.
12. Hauser W. Determinants of healthrelated quality of life in patients with chronic liver diseases / W. Hauser, G. Holtmann // Clin Gastroenterol Hepatol -2004.-№2.-P. 157-63.

Драпчак І.М.

Особенности оценки качества жизни в лиц с хроническими заболеваниями печени

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина

dr.irynadrapchak@gmail.com

Резюме. На сегодня практически для каждой распространен-

ной нозології розробтані і успішно апробовані багато-численні анкети і опросники, в том числі, і лиц с хроніческими захворюваннями печені. Найбільше широко в этом отношении використовується опросник «Medical Outcomes Study Short Form» (SF-36). Но недостатками опросника «SF-36» является недостаточно чувствительное снижение шкал при ухудшении состояния пациента. Лучшим в этом отношении является опросник «Опросник оценки качества жизни у больных хроническими заболеваниями печени» (CLDQ), который и был нами использован в исследовании. Анализ результатов опроса продемонстрировал существенные отличия среди разных групп. Средняя сума всех балов, набранная по группах, была наибольшей в контрольной, наименьшей же – в исследуемой подгруппе 2 (лица с циррозом печени). Существенная разница была констатирована и за отдельными шкалами опросника. Если признаки утомления были практически одинаковы в контрольной группе и исследуемой подгруппе 1, то в группе с циррозом они были вдвое меньше. В этой же группе преобладали лица с жалобами на абдоминальные симптомы, куда вошли вздутие, дискомфорт и боль в животе, а также – с уменьшением общей активности. Эта же группа больных чаще демонстрировала признаки тревоги, колебания настроения и нарушения сна. Лица с хроническими диффузными заболеваниями печени (1-я исследуемая подгруппа) значительно отличались от здоровых лиц контрольной группы за характеристиками, что отображали уровень тревоги, пищевые привычки и общую работоспособность, и – в несколько меньшей степени – абдоминальные симптомы.

Ключевые слова: *оценка качества жизни, хронические заболевания печени, опросник оценки качества жизни.*

I.M. Drapchak

Features of Life Quality Evaluation in People with Chronic Liver Diseases

Department of Internal Medicine No 2 and Nursing (Head of the Department – prof. I.P. Vakaliuk), Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Nowadays, numerous forms and questionnaires including those for patients with chronic liver disease are developed and successfully tested for almost every common nosology. The most widely used questionnaire is the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). However, the disadvantage of the SF-36 includes insufficiently sensitive reduction in scales during deterioration in the patient's condition. The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) used in our study is better in this regard. The analysis of the results of interviewing showed significant differences among different groups. The average amount of received points was the largest in the control group, and the smallest in the experimental subgroup II (patients with cirrhosis). A significant difference was also noted in individual scales of the questionnaire. The signs of fatigue were almost identical in the control group and the experimental subgroup I, however, in the group with cirrhosis they were two times less. In this group people complaining of abdominal symptoms including bloating, abdominal pain and discomfort, and decrease in overall activity prevailed. The same group of patients reported the symptoms of anxiety, temper tantrum and sleep disturbances more often. People with chronic diffuse inflammation of the liver (the experimental subgroup I) differed significantly from healthy patients of the control group by characteristics reflecting anxiety levels, dietary habits, overall capacity, and abdominal symptoms to a somewhat lesser extent.

Keywords: *life quality evaluation, chronic liver diseases, life quality evaluation questionnaire.*

Надійшла 19.10.2015 року.

УДК: 616.314-007.272-085.46

Жегулович З.С., Неспрядько В.П., Шинчуковський І.А.

Застосування кількісних показників оклюзіограми у клінічній практиці

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме: Розробка методів оклюзійної діагностики з використанням оклюзіографії є актуальною внаслідок інформативності, доступності і швидкості отримання результату.

Мета: Проаналізувати відтворюваність оклюзійних характеристик за результатами оклюзіографії при змиканні щелеп із застосуванням кількісного аналізу оклюзії.

Матеріали і методи дослідження. Вивчали стан оклюзії у 49 осіб з оклюзійною патологією і у 13 в контрольній групі за розробленим методом розрахунку показників дентальної оклюзії. Зміни індексів від 1 до 0,86 (0,83) ми вважали ознакою *стабільної* оклюзії, від 2 до 6 (5) контактів зміни коефіцієнта від 0,79 (0,75) до 0,5 *умовно стабільною* і від 0,5 і менше – *недостатньою*. Коефіцієнт більше одиниці вказував на *надмірне* навантаження. Більшість осіб показувала різні показники зліва і справа, несиметричні, за отриманими коефіцієнтами відносились до стабільних і умовно-стабільних. Визначено високий рівень зв'язку між результатами дослідження при нормальному змиканні щелеп: Кріппендорф'с α для правої сторони - 0,885 і для лівої сторони - 0,771 при нормальному змиканні і при силовому змиканні зубів. Кріппендорф'с α 0,757 і 0,812 відповідно. Відтворюваність оціни контактів фронтальних зубів - Кріппендорф'с α 0,823 при нормальному змиканні

і Кріппендорф'с α 1,0 при силовому стисканні.

Висновки: Аналіз оклюзійних контактів у статичній оклюзії слід проводити при нормальному і силовому стисканні для отримання об'єктивної інформації. Потенційно надійний і надійний рівні відтворення коефіцієнтів дозволяють рекомендувати його для використання у практичній стоматології. Подальші дослідження можуть бути проведені для удосконалення даного способу аналізу.

Ключові слова: *діагностика оклюзії, оклюзіографія, оклюзійні порушення, стабільна оклюзія, оклюзійні співвідношення щелеп.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Клініка функціональних порушень жуваального апарату характеризується безсимптомним протіканням, особливо це помітно на ранніх стадіях формування патологічних змін. Оклюзійний фактор є найбільш варіабельним у даній системі, і наслідки його змін пов'язуються з виникненням м'язово-суглобової дисфункції, хоча на даний час не отримано повного підтвердження цього взаємозв'язку. [1]