

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

отримали всі реставрації в пацієнтів обох груп за обома критеріями. Через 24 місяці під час контрольного огляду пацієнтів першої групи обстежено 42 особи із 42 відновленнями, в другій групі – 42 осіб із 47 відновленнями. Добре крайове прилягання за критерієм «крайове прилягання» визначили в пацієнтів першої групи в 78,57±6,33% випадків, а в пацієнтів другої групи – в 93,62±3,57% ( $p<0,05$ ). Крайову щілину без оголення дентину в пацієнтів першої групи виявили в 19,05±6,06% випадків, тоді як у пацієнтів другої групи – в 4,26±2,94%. Крайову щілину з оголенням дентину або

прокладки було зареєстровано в 1 випадку відповідно до груп (2,38±2,35% та 2,13±2,10%).

У пацієнтів першої групи відсутність крайового забарвлення на межі матеріалу було визначено за критерієм «крайове забарвлення» у 80,95±6,06% випадків, другої групи – в 95,74±2,94% випадків, що вірогідно краще ( $p<0,05$ ), ніж показник першої групи. Крайові пігментації без проникнення в глибину в пацієнтів першої групи було виявлено в 19,05±6,06% випадків, тоді як у пацієнтів другої групи крайові пігментації було виявлено лише в 4,26±2,94% випадків ( $p<0,05$ ). Крайові пігмента-

ції з проникненням у глибину в пацієнтів обох груп були відсутні.

**Висновки.** Отже, в пацієнтів першої групи результати дослідження показують вірогідно меншу кількість ускладнень у разі використання одночасної двобічної полімеризації. Такі ускладнення як порушення крайового прилягання фотокомпозиту і крайове забарвлення насамперед пов'язані з полімеризаційним стресом під час полімеризації матеріалів. Застосування одночасної двобічної полімеризації дозволяє частково компенсувати сили напруги, які виникають унаслідок стресу.

*Щербатих Л. Ю., Гольденберг Ю. М.*

## ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА І ПАРОДОНТА ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Гіпертонічна хвороба є найбільш частою кардіоваскулярною патологією, яка має місце в осіб працездатного віку. Патологія пародонта також широко розповсюджена серед населення України. Залишається недостатньо вивченою проблема поєднаного перебігу цих двох захворювань, оскільки вони мають деякі спільні ланки патогенезу, однією з яких є ураження системного та мікроциркуляторного судинного русла, хоча це є основою виникнення і прогресування запально-деструктивних процесів у тканинах пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Науковцями минулих років установлено, що мікроциркуляторне

русло пародонта як найбільш активна зона гемодинаміки організму суттєво змінюється при постійних або часто виникаючих напругах судинної системи. Саме зацікавленість у цьому питанні стала метою нашого спільного дослідження із фахівцями клініки внутрішніх хвороб.

З цієї метою нами проведено обстеження 32 хворих на гіпертонічну хворобу з метою визначення змін у системному і мікроциркуляторному руслі та виявлено:

– зміни в мікроциркуляторному руслі прогресують із розвитком основної хвороби та тісно корелюють не тільки зі ступенем тяжкості артеріальної гіпертонії,

а і зі ступенем порушення кровообігу в пародонті;

– при гіпертонічній хворобі 1 та 2 стадії ураження пародонта виявлені в 91,8% хворих. Гінгівіт визначався в 7,1% випадків. Локалізований пародонтит діагностувався в 5,6%, хронічний генералізований пародонтит – у 66,7%, пародонтоз – у 11,9%. Клінічно на слизовій оболонці порожнини рота виявляли виражені відхилення, які характеризувалися переважно судинними (набряк, гіперемія, ціаноз, судинно-пухирний синдром і т. д.), проліферативними (гіпертрофія грибоподібних та листоподібних сосочків) та атрофічними (атрофія ниткоподібних сосочків) змінами;

– ранні ознаки порушення цілості слизової оболонки порожнини рота: об'єктивні відчуття (сухість, печія) та зміни з боку органів порожнини рота (глосалгія, кандидоз порожнини рота, десквамативний глосит, хронічні тріщини), які можуть супроводжувати розвиток гіпертонічної хвороби та бути критеріями ранньої діагностики артеріальної гіпертензії;

– певний кореляційний зв'язок між інтенсивністю захворю-

вань пародонта з віком хворих і давністю артеріальної гіпертонії.

Тому виявлені особливості зміни стану слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта у хворих на гіпертонічну хворобу мають бути враховані при складанні плану лікувально-профілактичних заходів і пародонтологічної допомоги. Надання хворим на гіпертонічну хворобу пародонтологічної допомоги має здійснюватись на фоні гіпотензивної терапії залежно від тяжкості основної хвороби. Для розширення про-

грами комплексного дослідження тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота лікарю-стоматологу необхідно включати функціональні методи дослідження, що надасть більш точні об'єктивні дані про порушення мікроциркуляції в тканинах пародонта, що в свою чергу має бути використано лікарем-стоматологом у тандемі з терапевтом при наданні рекомендацій щодо лікування та превентивних заходів у цієї групи хворих.