

УДК: 616.314.17-008.1-031.81-08-092:611-018.7:577.354
© Черкасова О.В., 2013

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Черкасова О.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Вступ. На сьогоднішній день захворювання пародонта і, зокрема, генералізований пародонтит є головною проблемою сучасної стоматології [2]. Це пов'язано з високою частотою (46-58%) втрати зубів внаслідок генералізованого пародонтиту (ГП) у молодих осіб [1] найбільш соціально активного віку (35-44 роки), серед яких спостерігається також стійка тенденція до підвищення захворюваності на есенціальну артеріальну гіпертензію [4-6].

Впровадження в останні роки нових бета-адреноблокаторів для лікування артеріальної гіпертензії (АГ) дозволило ефективно знижувати артеріальний тиск, але не дало змогу повністю уникнути супутніх негативних змін в органах і тканинах організму [4].

У зв'язку з зазначеним визнається актуальність експериментальних та клінічних досліджень щодо перспектив застосування метаболічних препаратів для зменшення кількості і виразності проявів небажаних ускладнень фармакотерапії АГ [3].

Викладеними вище фактами і міркуваннями зумовлена актуальність дослідження результатів комплексного лікування ГП у пацієнтів молодого віку з есенціальною АГ.

Мета роботи. Обґрунтування ефективності цілеспрямованого застосування метаболічного препарату тіотриазоліну, а також препарату сорбційно-детоксикаційної дії «Силікс» для лікування ГП у пацієнтів молодого віку з супутньою есенціальною АГ.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети даної наукової роботи були заплановані та здійснені експериментальна (доклінічне випробування дії препаратів) та клінічна частини роботи. Комітетом з біоетики Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (протокол № 67 від 28.11.12 р.) встановлено, що проведені клінічні наукові дослідження відповідають морально-етичним вимогам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), відповідним положенням ВООЗ, законам України та етичному кодексу лікаря України.

Для вирішення поставленої мети роботи за результатами клінічного обстеження, підтвердженими стандартними показниками та індексами, з групи хворих на есенціальну АГ I та II стадії, I та II ступеня (постановка діагнозу та антигіпертензивна терапія здійснені лікарем-кардіологом у денному стаціонарі ДЗ ДТГО ДКЛ № 2 ст. Київ ПЗЗ) були відібрані 75 осіб, яким нами був поставлений діагноз ГП I-II ступеня та проведено комплексне лікування з застосуванням біпрололу у таблетованій формі у дозі 10 мг на добу та тіотриазоліну у таблетованій формі по 200 мг тричі на добу упродовж 30 діб.

Всі пацієнти основної клінічної групи були віком від 23 до 44 років (з них 46 чоловіків і 29 жі-

нок). Окрему клінічну і, одночасно, контрольну групу I склали 25 пацієнтів, хворих на ГП та супутню АГ, які в свій час одержували різноманітну антигіпертензивну терапію і були охоплені диспансерним стоматологічним наглядом (але їм не був призначений біпролол та/чи тіотриазолін). До контрольної групи II увійшли 5 практично здорових волонтери (зокрема, без клінічних ознак ГП і АГ).

Усім хворим на ГП та есенціальну АГ основної та I контрольної груп було проведено комплексне обстеження стану тканин пародонта. Воно включало ретельне обстеження стану пародонта, оцінку суб'єктивного та об'єктивного статусу хворих. Контрольний огляд пацієнтів з комплексним обстеженням здійснювали після проведеного курсу комплексного лікування в найближчі (10-15 днів) та віддалені (6, 12, 18 місяців) терміни спостереження.

Для постановки діагнозу захворювання пародонта була використана загальноприйнята в Україні класифікація М.Ф. Данилевського (1994). Для об'єктивної оцінки гіперемії ясен використовували пробу Шіллера-Писарева (1958); оцінку гігієнічного стану порожнини рота проводили за допомогою гігієнічного індексу за Green-Vermillion (1964); для визначення ступеню запалення ясен використовували індекс РМА; цілісність ясенної борозни визначали за допомогою формалінової проби; для об'єктивної оцінки стану пародонта використовували пародонтальний індекс РІ, для визначення стану резистентності кровоносних капілярів застосували вакуумну пробу за В.І. Кулаженком (1960).

Для встановлення наявності та глибини пародонтальних кишень використовували градуйований зонд, виміри проводили з 4-х боків зуба. Проводили оцінку кількості та характеру (серозний, серозно-гнійний) ексудат, який виділявся з пародонтальних кишень. Виявляли та оцінювали ступінь патологічної рухомості зубів за Д.А. Ентіним (1957), наявність над- та під'ясенного зубного каменю. Травматичну оклюзію виявляли за допомогою копійовального паперу та проводили її оцінку в центральній, бокових, передній, задній тощо оклюзії. Стан кісткової тканини, глибину патологічного процесу, характеру патологічних змін у кістковій тканині альвеолярного відростка, а також оцінку стану тканин пародонта при вивченні віддалених результатів проводили за допомогою внутрішньоротової та панорамної рентенографії.

Паралельно з клінічним обстеженням проводили лабораторні методи дослідження: визначення міграції лейкоцитів у ротову порожнину за методикою М.А. Ясиновського; цитологічне та мікробіологічне (бактеріоскопічне) вивчення мікрофлори пародонтальних кишень.

Для морфологічного дослідження був проведений забір тканин ясен при проведенні корекції ясенного краю під час комплексного лікування та

під'ясенного кюретажу. Тканини ясен забирали до комплексного лікування, а також через 10-15 днів та через 6 місяців після комплексного лікування, за умов місцевого знеболювання 2 % розчином лідокаїну у 15 пацієнтів (10 пацієнтів основної групи; 5 пацієнтів I контрольної групи). Біоптати від 3 волонтерів II контрольної групи забирали за таких же умов одноразово. Матеріал (головним чином верхівки міжзубних ясенних сосочків) заключали в епоксидні блоки (суміш епону з аралдітом). З цих блоків виготовляли напівтонкі та ультратонкі зрізи. Ультратонкі зрізи вивчали і фотографували за допомогою електронного мікроскопа ПЕМ-125К. Електронномікроскопічне дослідження виконано на базі відділу електронної мікроскопії (науковий керівник – професор Л.О. Стеченко) Інституту проблем патології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Напівтонкі зрізи вивчали і фотографували за допомогою світлового мікроскопа «Olympus BX51» з цифровою камерою «Olympus C3030».

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів стандартного пакету програм Microsoft Excel і Statistica 8.0 Copyright® Stat Soft, Inc. 1984-2008 із застосуванням методів варіаційної статистики. Наявність достовірної різниці між середніми арифметичними двох варіаційних рядів визначали за допомогою параметричного t-критерію Стьюдента. Різницю оцінюва-

ли, як достовірну, починаючи зі значення $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх аналіз. Нами була проведена клінічна частина роботи, яка полягала у стоматологічному обстеженні хворих на есенціальну АГ молодих людей, відборі з їх числа пацієнтів з ГП I – II ступеня та їх лікуванні. Встановлені клініко-лабораторні показники та здійснений морфологічний аналіз біоптатів ясен (світлова та електронна мікроскопія) свідчать про ефективність певного алгоритму лікування ГП у пацієнтів з супутньою есенціальною АГ, який (застосований одночасно з антигіпертензивною терапією) передбачає: професійну гігієну порожнини рота; усунення подразнюючих факторів і травматичної оклюзії; застосування тіотриазоліну у таблетованій формі та препарату сорбційно-детоксикаційної дії «Силікс» у вигляді аплікацій на ясна та інстиляції в пародонтальні кішени.

Здійснене лікування хворих на ГП та есенціальну АГ із використанням біпрололу та тіотриазоліну дозволило досягти значного поліпшення стану тканин пародонта. Відмічена більш рання та виражена нормалізація клінічних та лабораторних показників, які характеризують дистрофічно-запальний процес у пародонті. (Табл.1; Табл.2). Такі результати комплексного лікування свідчать про суттєвий сприятливий вплив застосування біпрололу та тіотриазоліну у комплексному лікуванні хворих на ГП та есенціальну АГ.

Таблиця 1. Динаміка клініко-лабораторних показників під впливом комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (M+m)

| Клініко-лабораторні показники | Основна група | | | Контрольна I група | | |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------|-------|--------------------|-----------------|-------|
| | До лікування | Після лікування | p | До лікування | Після лікування | p |
| Індекс гігієни | 2,72±0,12 | 1,22±0,13 $p_2 > 0,05$ | <0,05 | 2,75±0,19 | 1,34±0,13 | <0,05 |
| РМА (%) | 51,5±1,71 | 13,6±1,27 $p_2 < 0,05$ | <0,05 | 53,12±1,81 | 21,5±1,37 | <0,05 |
| Пародонтальний індекс | 2,23±0,07 | 1,46±0,07 $p_2 < 0,05$ | <0,05 | 2,31±0,08 | 1,86±0,08 | <0,05 |
| Вакуумна проба за В.І. Кулаженком (с) | 11,3±0,5 | 31,6±1,1 $p_2 < 0,05$ | <0,05 | 9,8±0,5 | 24,5±1,1 | <0,05 |

Примітка: p_1 - показник достовірності відмінності даних у основній та контрольній групах до та після лікування; p_2 – показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп після лікування

Таблиця 2. Динаміка міграції лейкоцитів в порожнину рота під впливом комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (клітин в 1м3 змивної рідини)

| Групи пацієнтів | Час обстеження | Нейтрофільні гранулоцити | p | З них живих% | p | Клітини злуценого епітелію | p |
|--------------------|-----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------|--------------|
| Основна група | До лікування | 353,5±27,5 | $p_1 < 0,05$ | 65,2±2,3 | $p_1 < 0,05$ | 184,4±8,2 | $p_1 < 0,05$ |
| | Після лікування | 186,5±13,5 | $p_2 < 0,05$ | 81,5±2,5 | | 67,8±7,5 | $p_2 < 0,05$ |
| Контрольна I група | До лікування | 363,4±25,2 | $p_1 < 0,05$ | 72,6±2,8 | $p_1 > 0,05$ | 198,2±8,7 | $p_1 < 0,05$ |
| | Після лікування | 224,7±12,3 | | 78,1±2,6 | $p_2 > 0,05$ | 119,3±8,4 | |

Примітка: p_1 - показник достовірності відмінності даних у основній та контрольній групах до та після лікування; p_2 – показник достовірності відмінності між даними основної та контрольної груп після лікування

Вже в найближчі 10-15 днів після проведеного лікування індекс РМА (порівняно з результатами I контрольної групи) достовірно знизився майже у 2 рази. Підвищилася резистентність капілярів ясен. Глибина пародонтальних кишень складала 2,6 ±0,5

мм, після лікування вона достовірно ($p < 0,005$) зменшилась до 2,1 ±0,02 мм. Відмічена достовірна різниця в кількості живих нейтрофільних лейкоцитів, що емігрують у порожнину рота пацієнтів основної та I контрольної груп.

Через 6 місяців після комплексного лікування хворих на ГП і есенціальну АГ встановлена виражена тенденція до клініко-морфологічної стабілізації саме у пацієнтів основної групи, яким при лікуванні есенціальної АГ призначали біпролол і тіотриазолін: задовільний стан пародонта відмічений у 72 (96%) хворих (в I контрольній групі – у 88%).

Через 12 місяців після проведеного лікування було обстежено 71 (94,7%) хворих основної та 23 (92%) хворих контрольної груп. У 66 (93%) пацієнтів основної групи встановлене покращення індексних показників, відмічена відсутність неприємних суб'єктивних відчуттів у порожнині рота, болочості та кровоточивості ясен, відчуття свербежу в яснах. В I контрольній групі також отримані достатньо задовільні клінічні, рентгенологічні та лабораторні результати лікування. Проте у 4 (17,4%) з них було відмічене загострення патологічного процесу і незначне прогресування резорбції вершин міжальвеолярних перегородок. Проба Шіллера-Писарева була слабо жовтою у 80,3% обстежених. Стан гігієни порожнини рота був задовільним (індекс гігієни дорівнював $1,36 \pm 0,17$). Не відмічено подальшого прогресування рівня запалення ясен (індекс РМА становив $18,9 \pm 1,75$ %). Рентгенологічно явища остеопорозу у міжальвеолярних перегородках альвеолярного відростка щелеп були на тому ж рівні, що і через 6 місяців після лікування.

Через 18 місяців після лікування було обстежено 69 (92%) хворих основної та 22 (88%) пацієнтів I контрольної групи. У 60 (87%) хворих основної групи виявлена стадія стабілізації дистрофічно-запального процесу в пародонті. Слизова оболонка ясен залишалась ущільненою, проба Шіллера-Писарева була негативною у 76,8% пацієнтів основної та у 68,2% пацієнтів I контрольної групи. Утримувався на задовільному рівні стан гігієни порожнини рота і рівень запалення ясен (зокрема індекс РМА становив $22,33 \pm 1,92$ %). Рентгенографічне обстеження показало відсутність негативної (у порівнянні з такою через 6 місяців після лікування) динаміки змін в міжальвеолярних перегородках. У 22,7% хворих I контрольної групи відмічене подальше незначне прогресування патологічного стану, зазвичай у результаті загострення дистрофічно-запального процесу в пародонті.

За результатами проведеного нами клінічного дослідження, було визначено, що запропонована оптимізація комплексної одночасної терапії ГП та супутньої АГ (з включенням тіотриазоліну і «Силіксу») позитивно впливає на основні симптомокомплекси ГП і має особливо виразну дію на пародонтальну кишеню та симптоматичний гінгівіт. У зв'язку із зазначеним особливо важливим є вперше встановлений нами факт про те, що тіотриазолін при лікуванні ГП та супутньої АГ виявляє властивості інгібітора некрозу, апоптозу та зроговіння клітин ясен. Результати морфологічного аналізу біоптатів ясен також, свідчать, що застосовані у комплексному лікуванні тіотриазолін та «Силікс» діють, як протизапальні

препарати, спрямовані на гальмування патологічних реакцій тканинних базофілів ясен – головних ефекторних клітин ініціальної фази альтерації та запалення при ГП.

Масована дегрануляція, що відмічена нами в тканинних базофілах ясен при характерному для ГП симптоматичному хронічному катаральному гінгівіті, здійснюється за рахунок екзоцитозу і часто супроводжується (або закінчується) частково або тотальною деструкцією цитолемі. Результатом подібної дегрануляції є розширення просвіту (вазопарез) артеріол і венул власної пластинки слизової оболонки ясен, підвищення їх проникності (про що свідчить паравазальний набряк), пошкодження прилеглих сполучної та епітеліальної тканин.

У власній пластинці слизової оболонки ясен пацієнтів основної групи до комплексного лікування і поблизу дрібних нервів (до складу яких входять безмілінові та/або мілінові волокна) виявлені тканинні базофіли та еозинофільні гранулоцити на різних етапах активної дегрануляції.

З урахуванням зазначеного, саме за рахунок надлишкової секреції локалізованих біля нервів гранулоцитів та тканинних базофілів з часом відбуваються характерні для нейро-дистрофічного процесу структурні зміни.

Домінуючими є порушення конфігурації мієлінових нервових волокон та їх осьових циліндрів. Волокна на повздовжніх зрізах мають переважно хвилясту форму за рахунок формування випинань та інвагінацій. Товщина мієлінової оболонки не однакова по периметру волокна; її потовщені ділянки сегментуються і ці відокремлені фрагменти можна бачити як в ендоневральній сполучній тканині, так і в цитоплазмі осьового циліндра.

У більшості мієлінових нервових волокон визначається периаксолемальний набряк з появою вакуолей, переважно видовженої форми, заповнених електроннопрозорим вмістом. Вони відтісняють осьові циліндри або глибоко проникають в їхню цитоплазму.

Порушується товщина і конфігурація мієлінової оболонки; її внутрішній і зовнішній контури часто втрачають конгруентність. При цьому мієлінова оболонка дисоційована і містить міжламелярні щілини різних розмірів. На окремих її ділянках на фоні деформації спостерігається гомогенізація пластинок, які втрачають чіткість, а мієлінова оболонка набуває войлокоподібного різко осміюфільного вигляду. В інших ділянках мієлінової оболонки формуються відносно відокремлені фрагменти з концентрично розміщеними пластинками.

Мієлінова оболонка утворює численні глибокі інвагінації, які відшнуровуються і особливо вирізняються в аксоплазмі осьових циліндрів на фоні тотального лізису мікротрубочок і нейрофіламентів. Деякі глибокі інвагінації мієліново-оболонки мають примхливий галузистий вигляд і відтискають аксони або розділяють їх на окремі фрагменти (клязмосоми). Ці фрагменти мієлінової оболонки підлягають фагоцитозу, якій здійснюють периневральні макрофаги. Особливість фа-

гоцитарної реакції зазначених макрофагів полягає у тому, що фагоцитовані фрагменти мієлінової оболонки виявляються у цитоплазмі макрофагів практично у незміненому стані, а фагоцитоз не супроводжується лізосомальною реакцією (утворення первинних та вторинних лізосом, жирових крапель тощо).

За умов застосування комплексного лікування пацієнтів основної групи відбувається нормалізація типової структури нервів ясен та її стабілізація. Про останнє свідчить морфологічний аналіз повторних біопсій навіть у пацієнтів з найважчими структурними пошкодженнями нервів ясен. У зв'язку із зазначеним можна констатувати мієліностабілізуючу (що до похідної від нейроремоцитів мієлінової оболонки), нейростабілізуючу (зокрема, для мікротрубочок і нейрофіламентів осьового циліндра) та бар'єрозберігаючу (зокрема, для структур периневрального бар'єру) дію тіотриазоліну. Загалом одержані данні вказують на лікувальну і протекторну (в умовах застосування біпрололу) дію тіотриазоліну щодо описаної нами патології нервів і ясен пацієнтів з АГ.

Висновки:

1. Проведена оптимізація комплексної терапії генералізованого пародонтиту I-II ступеня у пацієнтів з супутньою есенціальною артеріальною гіпертензією (застосування біпрололу, тіотриазоліну у таблетованій формі, професійна гігі-

єна порожнини рота, місцеве застосування сорбційно-детоксикаційного препарату «Силікс») позитивно впливає на всі чотири характерні симптомокомплекси генералізованого пародонтиту і має особливо виразну дію на симптоматичний гінгівіт та пародонтальну кишеню.

2. Клініко-лабораторна оцінка запропонованого комплексного лікування генералізованого пародонтиту у пацієнтів з супутньою есенціальною артеріальною гіпертензією показала, що його використання є ефективним у найближчі терміни спостереження і дозволяє досягти тривалої стабілізації процесу в пародонті. Через 6 місяців стабільний клінічний ефект лікування встановлено у 96%, хворих, через 12 місяців - у 93% пацієнтів і через 18 - у 87% хворих на генералізований пародонтит (в контрольній групі відповідно - у 88%, 82,6%, 77,3% пацієнтів).

3. Морфологічна оцінка комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих з супутньою есенціальною артеріальною гіпертензією показала, що тіотриазолін здійснює корекцію несприятливого впливу антигіпертензивної терапії на тканини ясен. Відмічається гальмування патологічних реакцій тканинних базофілів ясен - головних ефекторних клітин ініціальної фази альтерації та запалення слизової оболонки. За цих умов тіотриазолін впливає на структуру ясен як нейропротектор з нейростабілізуючими та бар'єрозберігаючими властивостями.

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Антоненко М.Ю.** Сучасні технології оптимізації комплексної профілактики захворювань пародонта / М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – 2010. – № 1. – С. 84 – 89.
2. **Борисенко А.В.** Практична пародонтологія / А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова // К.: ТОВ «Доктор Медіа», 2011. – 472 с.
3. **Мазур І.А.** Тиотриазолін, тиодарон в ліченні серцево-сосудистої патології / І. А. Мазур, Н. А. Волошин, В. А. Визир и др. // Запорозьке: Печатний мир, 2012. – 300 с.
4. **Нетяженко В.З.** Артеріальна гіпертензія як фактор кардіоваскулярного ризику / В. З. Нетяженко // Внутрішня медицина. – 2009. – № 1-2. – С. 9-27.
5. **Шапошников І.І.** Артеріальна гіпертензія в молодому віці / І. І. Шапошников, С. П. Синицын, В. С. Бубнов, В. С. Чулков // М.: Медпрактика – М, 2011. – 140 с.
6. European workshop in periodontal and cardiovascular disease – scientific evidence on the association between periodontal and cardiovascular diseases: a review of the literature / **M. Sanz, F. D’Aiuto, J. Deanfield, F. Fernandez** – Avil’s // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 12. Suppl. – P. 109 -112.

Черкасова О.В. Комплексне лікування генералізованого пародонтиту у пацієнтів молодого віку з артеріальною гіпертензією // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 155-159.

Робота присвячена розробці схеми комплексної терапії і обґрунтуванню ефективності целенаправленого застосування бета-адреноблокаторів, метаболічних, а також сорбційно-детоксикаційних препаратів для лікування генералізованого пародонтиту у пацієнтів молодого віку з супутньою есенціальною артеріальною гіпертензією.

Клініко-лабораторними і морфологічними (світлова і електронна мікроскопія біоптатів ясен) методами у 75 пацієнтів (46 чоловіків і 29 жінок) у віці від 23 до 44 років показана ефективність комплексного лікування генералізованого пародонтиту I - II міри асоційованого з есенціальною артеріальною гіпертензією, яке (застосоване одночасно з антигіпертензивною терапією) передбачає застосування тіотриазоліну в таблетованій формі і препарату "Силікс" у вигляді аплікацій на ясна і інстиляцій в пародонтальні кишені. Морфологічні дані показують, що разом тиотриазоліну і "Силікс" діють як протизапальні препарати, спрямовані на гальмування патологічних реакцій тканинних базофілів – головних ефекторних клітин ініціальної фази альтерації і запалення слизової оболонки. У цих умовах тиотриазолін впливає на структуру ясен як нейропротектор з тими, що нейростабілізують і бар'єросохраняючими властивостями.

Ключові слова: генералізований пародонтит, артеріальна гіпертензія, ясна, комплексне лікування, біпролол, тіотриазолін.

Черкасова Е.В. Комплексное лечение генерализованного пародонтита у пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 155-159.

Робота посвящена разработке схемы комплексной терапии и обоснованию эффективности целенаправ-

ленного применения бета-адреноблокаторов, метаболических, а также сорбционно-детоксикационных препаратов для лечения генерализованного пародонтита у пациентов молодого возраста с сопутствующей эссенциальной артериальной гипертензией.

Клинико-лабораторными и морфологическими (световая и электронная микроскопия биоптатов десны) методами у 75 пациентов (46 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 23 до 44 лет показана эффективность комплексного лечения генерализованного пародонтита I-II степени ассоциированного с эссенциальной артериальной гипертензией, которое (примененное одновременно с антигипертензивной терапией) предусматривает применение тиотриазолина в таблетированной форме и препарата «Силикс» в виде аппликаций на десна и инстилляций в пародонтальные карманы. Морфологические данные показывают, что вместе тиотриазолин и «Силикс» действуют как противовоспалительные препараты, направленные на торможение патологических реакций тканевых базофилов – главных эффекторных клеток инициальной фазы альтерации и воспаления слизистой оболочки. В этих условиях тиотриазолин влияет на структуру десен как нейростабилizующий с нейростабилizующими и барьеросохраняющими свойствами.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, артериальная гипертензия, десна, комплексное лечение, бипролол, тиотриазолин.

Cherkasova E.V. Comprehensive treatment of generalized periodontitis in young patients with arterial hypertension // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 2. – С. 155-159.

The thesis is devoted to developing a comprehensive scheme of rationale and effectiveness therapy, which includes beta-adrenoblockers, metabolite and sorption-detoxication drugs, for treatment of generalized periodontitis in young patients with concomitant essential arterial hypertension.

Clinical, laboratory and morphological (light and electronic microscopy of gingival biopsies) study in 75 men (aged 23 to 44 years) determined that the proposed in experimental preclinical study optimization of complex simultaneous treatment of generalized periodontitis and concomitant essential arterial hypertension (with the inclusion of bisoprolol, thiotriazoline and “Syliks”) has a positive effect on all clinical characteristics of generalized periodontitis.

In patients, with a high arterial pressure, we found significant ultrastructural disorders in myelinated nerve fibers of the gums. The thickness and configuration of the myelin sheaths were disturbed; frequently, their inner and outer contours lost congruence. In this case, myelin sheaths were dissociated; they demonstrated clearly pronounced interlamellar clefts of different sizes. In some parts of such sheaths, against the background of their deformation we observed homogenization of the laminae that lost their clearness, while the sheaths per se acquired a tomentose-like shape and were intensely osmiophilic. In other parts of the myelin sheaths, relatively separated fragments with concentrically distributed laminae were formed.

In the myelin sheaths, numerous deep invaginations were formed, which were separated from each other; they were clearly visible in the axoplasm of axial cylinders against the background of total lysis of the microtubules and neurofilaments. Some deep invaginations of the myelin sheath were characterized by a branching form; they pressed back the axons or divided them into separate fragments (clasmosomes).

In the axoplasm of axial cylinders of nerve fibers, we observed local increases in the electron density of the hyaloplasm and an increased level of structural arrangement (rise in the osmiophilicity) of microtubules and neurofilaments. In a majority of the axial cylinders, subtle organization of the cytoskeleton was disordered, while lysis of the microtubules and neurofilaments was found in some cylinders.

The thickness of the myelin sheath along a perimeter of the fiber varied; its thickened parts were segmented. Separated fragments could be observed both in the endoneural connective tissue and in the cytoplasm of the axial cylinder. In the majority of myelinated nerve fibers, appreciable perioxolemmal edema was observed with the appearance of vacuoles. The latter were predominantly elongated and filled with an electron-transparent content. Such vacuoles pressed back the axial cylinders or deeply penetrated into their cytoplasm. In some axial cylinders, the orientation of the microtubules and microfilaments was disturbed, and their local or even total lysis was observed.

Our data are indicative myelin-stabilizing (with respect to the myelin sheaths derived from lemmocytes), neurostabilizing (in particular, with respect to the microtubules and neurofilaments of the axial cylinders), and barrier-preserving (in particular, with respect to structures of the perineural barrier) effects of thiotriazoline. This agent preserves the well-arranged structure of nerve elements of the gums, as well as therapeutic and neuroprotective effects under conditions of its combined applications with bisoprolol in the course of complex pharmacotherapy of arterial hypertension.

Key words: generalized periodontitis, arterial hypertension, gums, comprehensive treatment, bisoprolol, thiotriazoline.

*Надійшла 14.01.2013 р.
Рецензент: проф. В.І.Лузін*