

СТОМАТОЛОГІЯ

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.83.02.11>

УДК 616.314.165-002.2-092-08:616.523

А. В. Кравченко

*Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ*

**ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ
ЗАКРИТОГО КЮРЕТАЖУ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ
ПАРОДОНТИТОМ ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ, АСОЦІЙОВАНОГО
З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ**

У статті розглянуто доцільність проведення методики закритого кюретажу у пацієнтів з генералізованим пародонтитом (ГП) ІІ ступеня тяжкості, асоційованого з персистуючою герпесвірусною інфекцією (ГВІ). Проведено ретроспективний аналіз 174 амбулаторних карт пацієнтів віком 35–60 років після хірургічного лікування ГП ІІ ступеня тяжкості. Методика закритого кюретажу проведена 100 пацієнтам (1-ша група), відкритого кюретажу – 74 пацієнтам (2-га група). Пацієнтам обох груп проведено терапевтичне лікування ГП, згідно із затвердженими протоколами. Порівняно ефективність закритого і відкритого кюретажу у пацієнтів-носіїв ГВІ.

Ключові слова: пародонтит генералізований, герпесвірусна інфекція, кюретаж.

Вступ

Лікування та профілактика захворювань тканин пародонта залишаються однією з найбільш актуальних проблем сучасної стоматології.

Запальні захворювання тканин пародонта визнані на сьогодні домінуючими у загальній структурі патологічних процесів у порожнині рота. Останнім часом усе частіше відзначається важкий перебіг пародонтиту, збільшилась кількість хворих з його агресивними формами. Згідно з дослідженнями, проведеними ВООЗ у різних країнах світу, функціональні розлади жувального апарату людини через втрату зубів внаслідок захворювань тканин пародонта у п'ять разів перевищують аналогічні розлади, зумовлені ускладненнями карієсу [1–3]. Саме тому проблема лікування та профілактики захворювань тканин пародонта викликає особливий науковий і практичний інтерес фахівців.

З кінця 90-х років ХХ ст. все більшу увагу дослідників привертає вплив вірусів на характер перебігу запального процесу в тканинах

пародонта та їх імовірне включення в патогенетичний ланцюг. Захворювання пародонта, асоційовані з персистуючою вірусною інфекцією, особливо важко піддаються лікуванню та зумовлюють значне зниження функціональних можливостей зубощелепної системи в цілому [4].

Найбільший інтерес у цьому відношенні представляє численне сімейство Herpesviridae. При цьому, як підкреслює М. Ivanovska-Stojanoska та співавт. (2018), лікарі-стоматологи часто першими зустрічаються з інфікуванням персистуючою герпесвірусною інфекцією (ГВІ), оскільки слина є резервуаром для вірусу герпесу (HSV), а різноманітні прояви інфекції, як локалізовані, так і системні, можуть бути ним індуковані [5]. Останнім часом усе більшого поширення набуває термін «герпетична хвороба», що найточніше відображає системний характер негативного впливу ГВІ на організм людини в цілому [6]. Більшість авторів указують на етіопатогенетичне значення HSV у розвитку запальних захворювань пародонта, багатоморфної ексу-

давної еритеми, червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота (СОПР), хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту тощо. Для пацієнтів зі стоматологічною патологією і персистою ГВІ характерним є взаємообтяжуючий перебіг захворювань, утруднена діагностика і лікування, а також тривалий період відновлення та подальшої реабілітації [7, 8].

На даний час застосовують нехірургічні й хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту (ГП). Серед нехірургічних методів лікування виділяють такі [9]: навчання індивідуальній гігієні та контрольоване чищення зубів; видалення зубних відкладень; протизапальну і протимікробну терапію; усунення супраконтактів. Хірургічний метод передбачає закритий і відкритий кюретаж, клаптеву операцію при глибині пародонтальних кишень більш ніж 6 мм з попереднім шинуванням рухливих зубів тощо. Більшість хворих із запально-дистрофічними процесами в тканинах пародонта отримують комплексне лікування, у якому хірургічні втручання різних видів часто обов'язкові.

Потреба в хірургічному лікуванні захворювань пародонта (зокрема, кюретаж і клаптеві операції) помітно зростає з віком і складає 13,8 % для хворих віком від 18 до 34 років, 35,4 % для пацієнтів, вік яких 35–44 роки та понад 40 % – у хворих віком від 45 років і старше [9].

Необхідно зазначити, що хірургічні методи не завжди забезпечують оптимальний терапевтичний ефект, проте вони залишаються єдиним методом, що дозволяє усунути пародонтальну кишеню. Зауважимо, що застосування хірургічного лікування можливе тільки після повної ліквідації запальних явищ.

У пацієнтів, які є носіями HSV, нерідко на етапах лікування та у післяопераційному періоді виникають ускладнення у вигляді маніфестних проявів ГВІ у порожнині рота. Порушення цілісності СОПР на тлі запального процесу в ротовій порожнині у таких пацієнтів призводить до появи характерних елементів ураження [10]. У 80 % хворих на хронічний ГП у фазі загострення на тлі ГВІ відзначають ознаки вторинного імунного дефіциту. Крім того, ГВІ, що міститься в тканинах пародонта може призвести до підвищеної патогенності мікрофлори пародонтальних кишень [11].

З огляду на наведене, *метою нашого дослідження* було обґрунтування доцільності та доведення переваги проведення методики

закритого кюретажу в порівнянні з методикою відкритого кюретажу у пацієнтів з ГП II ступеня тяжкості, асоційованим із персистою ГВІ.

Матеріал і методи

Проведено ретроспективний аналіз 174 амбулаторних карт пацієнтів віком 35–60 років, яким проводилось хірургічне лікування ГП II ступеня тяжкості. Критерієм відбору хворих для вирішення поставленої мети слугувала наявність у пацієнтів запально-дистрофічних захворювань пародонта, зокрема ГП II ступеня.

Пацієнтів рандомізовано залежно від техніки проведення кюретажу на дві групи, у межах кожної групи – за віком і статтю. Кюретаж виконували «закритим» способом без відкидання слизово-окісного клаптя (n=100, 1-ша група) та «відкритим», тобто з відкиданням слизово-окісного клаптя (n=74, 2-га група) у ділянці шести зубів з подальшим накладанням пародонтальної пов'язки, згідно з чинними протоколами.

ГП діагностували відповідно до загальноприйнятих клінічних методів обстеження з визначенням пародонтального індексу за Russel (1956); індексу РМА за Parma (1960). Стан гігієни порожнини рота оцінювали до та після лікування за допомогою гігієнічного індексу за Green-Vermillon (1964).

Пацієнтам обох груп проведено терапевтичне лікування ГП згідно з затвердженими протоколами [12] як попередній етап підготовки до хірургічного втручання. Базисна терапія передбачала зрошення ротової порожнини та пародонтальних кишень розчинами антисептиків, видалення м'якого зубного нальоту, механічне та ультразвукове видалення над- і під'ясенних зубних відкладень. У післяопераційний період були призначені антибактеріальні засоби (амоксциліна тригідрат та клавуланат калію у вигляді оральної суспензії). Кратність прийому – 2 рази на добу протягом 5 діб. З метою знеболення та протизапального ефекту призначались нестероїдні протизапальні засоби (німесулід у вигляді таблеток 100 мг 2 рази на добу після їди протягом 10 діб), а також активатори клітинного метаболізму та засоби, що сприяють швидкому загоєнню ран (солкосерил 3–5 разів на добу після їди та перед сном протягом 10 діб і лізоциму хлорид – 20 мг, по 3 таблетки 3 рази на добу протягом 8 діб). Антисептична обробка поверхні ран проводилась 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату.

Строк спостереження – до лікування, на 3-тю та 15-ту добу після проведення процедур.

Пацієнти 1-ї та 2-ї груп були поділені на підгрупи залежно від наявності та тяжкості виявленої ГВІ при вивченні анамнезу, дані якого були підтверджені результатами полімеразної ланцюгової реакції: наявність ГВІ підтверджена – підгрупа А, ГВІ відсутня – підгрупа В. Розподіл пацієнтів залежно від віку, статі та наявності або відсутності ГВІ представлено у *табл. 1*.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за віком, статтю та наявністю (відсутністю) ГВІ в анамнезі

Стать	n	%	Вік (роки)/n			Наявність ГВІ (підгрупа А)	%	Відсутність ГВІ (підгрупа В)	%
1-ша група (n=100)									
Чоловіки	33	18,96	35–45	46–55	55–60	14	42,4	19	57,58
			13	11	9				
Жінки	67	38,50	24	21	22	43	64,18	24	35,80
2-га група (n=74)									
Чоловіки	28	16,09	12	9	7	13	46,42	15	53,57
Жінки	46	26,45	15	16	15	35	76,08	11	23,91

Аналізуючи дані, наведені у *табл. 1*, можна зробити висновок, що у групі пацієнтів, яким була проведена методика закритого кюретажу (група 1) переважали жінки (38,50 і 18,96 %, відповідно). ГВІ в анамнезі була виявлена у 57 (57 %) пацієнтів цієї групи, серед них 14 (42 %)

Статистичне опрацювання результатів дослідження виконано за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета прикладних програм StatSoft Statistica v. 12.0 [13]. Вираженість зв'язків оцінювали за величиною коефіцієнта кореляції. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Оскільки основним завданням нашого дослідження було обґрунтування доцільності проведення методики закритого кюретажу

у пацієнтів з ГП II ступеня тяжкості, асоційованим з персистуючою ГВІ та надання доказів переваги даної методики для таких пацієнтів, ми проаналізували частоту рецидивів ГВІ в порожнині рота в 1-й і 2-й групах залежно від віку пацієнтів (*табл. 2*).

Таблиця 2. Частота рецидивів ГВІ в порожнині рота пацієнтів залежно від віку

Форма захворювання	1-ша група (n=57)					
	Вікова група					
	35–45 років (n=21)		46–55 років (n=18)		56–60 років (n=18)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легка	12	57,14	7	38,89	12	66,67
Середньої тяжкості	6	28,57	6	33,33	4	22,22
Тяжка	3	14,29	5	27,78	2	11,11
2-га група (n=48)						
	35–45 років (n=18)		46–55 років (n=16)		56–60 років (n=14)	
Легка	11	61,11	9	56,25	9	64,28
Середньої тяжкості	6	33,33	5	31,25	3	21,42
Тяжка	1	5,56	2	12,50	2	14,30

чоловіків і 43 (64 %) жінки. Кількість осіб-носіїв ГВІ в 2-й групі, як у числовому, так і у відсотковому співвідношенні, переважала кількість пацієнтів, у яких в анамнезі не було згадано носійство ГВІ.

Серед пацієнтів 2-ї групи, яким була проведена методика відкритого кюретажу, також переважали жінки (26,45 і 16,09 %, відповідно). Кількість носіїв ГВІ достовірно як у числовому, так і у відсотковому співвідношенні, серед жінок була більшою (76,08 і 46,42 %, відповідно) і переважала відсоток жінок в 1-й групі.

Як свідчать дані, наведені у *табл. 2*, в обох групах хворих виявлено переважання частоти ГВІ легкого ступеня тяжкості. Аналіз частоти проявів патоморфологічних елементів ГВІ дозволив розподілити пацієнтів по групах: у пацієнтів 1-ї групи легка форма ГВІ з рецидивами 1-2 рази на 3 роки спостерігалась у 12 (57,14 %) пацієнтів вікової групи 35–45 років, у 7 (38,89 %) пацієнтів вікової групи 46–55 років і у 12 (66,67 %) пацієнтів вікової групи 56–60 років. Середній ступінь тяжкості ГВІ з рецидивами до 3 разів на рік зустрічався у 6 (28,57 %) пацієнтів вікової групи 35–45 років,

у 6 (33,33 %) пацієнтів вікової групи 46–55 років і у 4 (22,22 %) пацієнтів вікової групи 56–60 років. Тяжка форма ГВІ з рецидивами 1 раз на 3–4 місяці мала місце у 3 (14,29 %) пацієнтів вікової групи 35–45 років, у 5 (27,78 %) пацієнтів вікової групи 46–55 років і у 2 (11,11 %) пацієнтів вікової групи 56–60 років.

У 2-й групі легкий ступінь тяжкості ГВІ спостерігався у 11 (61,11 %) пацієнтів вікової групи 35–45 років, у 9 (56,25 %) пацієнтів вікової групи 46–55 років і у 9 (64,28 %) пацієнтів вікової групи 56–60 років. Середній ступінь ГВІ зустрічався у 6 (33,33 %) пацієнтів вікової групи 35–45 років, у 5 (31,25 %) пацієнтів вікової групи 46–55 років і у 3 (21,42 %) пацієнтів вікової групи 56–60 років. Тяжка форма ГВІ мала місце у 1 (5,56 %) пацієнта вікової групи 35–45 років, у 2 (12,5 %) пацієнтів вікової групи 46–55 років і у 2 (14,3%) пацієнтів вікової групи 56–60 років.

Протягом трьох діб до клініки звернулись зі скаргами 37 (37 %) пацієнтів 1-ї групи та 52 (70,27%) пацієнти 2-ї групи. При цьому відсоток пацієнтів з ГВІ, у яких виникли ускладнення, в 1-й групі склав 57,89 % (33 особи), в 2-й групі – 72,92 % (35 осіб). Результати аналізу скарг пацієнтів у найближчому післяопераційному періоді наведені у *табл. 3*.

Характерно, що кількість виявлених ускладнень у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп протягом 3 днів після операційного втручання переважала у контингенту осіб, що були носіями персистоючої ГВІ. Так, у 1-й групі ускладнення виникли у достовірно більшого відсотка пацієнтів з ГВІ порівняно з пацієнтами, що не були носіями ГВІ. Такі ж тенденції були виявлені й серед пацієнтів 2-ї групи.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді після проведення методики закритого кюретажу зареєстровані у 37 (37 %) пацієнтів, при цьому вірусносії ГВІ склали 89,19 % хворих цієї групи (66 осіб).

У групі пацієнтів, яким проводилась методика відкритого кюретажу, ускладнення в ранньому післяопераційному періоді були ви-

явлені у 52 (70,27 %) осіб, при цьому вірусносії ГВІ склали 67,3 % (35 осіб).

Водночас, порівнюючи кількість ускладнень у контингенту вірусносіїв ГВІ (підгрупа А 1-ї та 2-ї груп) установлено, що кількість ускладнень у пацієнтів цієї категорії як у чисельному (33 у 1-й групі проти 35 у 2-й групі), так і у відсотковому співвідношенні (57,89 % у 1-й групі проти 72,92 % у 2-й групі) переважала у 2-й групі.

Аналіз клінічних даних показав, що після проведення кюретажу, залежно від методу хірургічного лікування, у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп спостерігались відмінності післяопераційних термінів загоєння рани, що, на нашу думку, свідчить про негативний вплив персистоючої ГВІ на процеси загоєння та регенерації тканин пародонта в осіб з підгрупи А обох груп спостереження.

У пацієнтів підгрупи В 1-ї групи, у яких не були зареєстровані ускладнення після першого етапу закритого кюретажу, наступний етап був проведений через 3 доби. Загоєння післяопераційних ран відбулося через $(5 \pm 1,26)$ доби після проведення маніпуляції. У пацієнтів підгрупи А 1-ї групи, які звернулись до клініки протягом 3 днів після операційного втручання з ускладненнями у вигляді елементів ураження, характерних для герпетичного стоматиту, другий етап закритого кюретажу був відтермінований до епітелізації елементів ураження і проведений через $(6 \pm 2,18)$ доби після першого етапу. Після проведення другого етапу на тлі призначеної протівірусної терапії (валацикловір по 500 мг 2 рази на добу протягом 5 діб) та протизапальних препаратів, ускладнення, як правило, не виникали. Проте термін загоєння післяопераційних ран становив $(12 \pm 2,14)$ доби після проведення першого етапу лікування, що вірогідно довше порівняно з результатами лікування хворих 1-ї групи підгрупи В ($p < 0,05$).

У пацієнтів підгрупи В 2-ї групи, післяопераційний період яких проходив без ускладнень, термін загоєння післяопераційних ран після

Таблиця 3. Аналіз скарг пацієнтів 1-ї та 2-ї груп у ранньому післяопераційному періоді

Скарги	1-ша група (n=100)				2-га група (n=74)			
	Підгрупа А (n=57)		Підгрупа В (n=43)		Підгрупа А (n=48)		Підгрупа В (n=26)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біль, свербіж, кровоточивість ясен, післяопераційний набряк	33	57,89	4	9,3	35	72,92	17	65,38
Наявність елементів ураження ГВІ	33	57,89	–	–	35	72,92	–	–

проведення відкритого кюретажу становив $(10 \pm 2,12)$ доби. Шви знімали на 9–10 добу після проведення маніпуляції.

Пацієнти підгрупи А 2-ї групи, які у найближчому післяопераційному періоді після проведення відкритого кюретажу мали ускладнення у вигляді елементів ураження, характерних для герпетичного стоматиту, і яким призначали прийом антибактеріальних та протизапальних препаратів, мали більш подовжені терміни загоєння післяопераційних ран, які склали $(15 \pm 2,18)$ доби.

Отримані під час дослідження дані про залучення герпесвірусів у патогенетичний ланцюг формування і перебігу запального процесу в тканинах пародонта відповідають сучасним уявленням про зв'язок порушень пародонтального статусу з впливом інфекційного чинника [4, 5, 7, 8, 10]. Значне поширення ГВІ у пацієнтів з генералізованим пародонтитом може негативно позначитись на результатах лікування захворювання, зокрема при проведенні хірургічного втручання, оскільки захворювання пародонта, асоційовані з ГВІ, особливо важко піддаються лікуванню [4, 14, 15] та потребують подальших поглиблених досліджень.

Як свідчать отримані дані, незважаючи, що в обох групах пацієнтів спостерігалось переважання частоти ГВІ легкого ступеня тяжкості, після виконання методики відкритого кюретажу кількість пацієнтів, у яких виникли ускладнення, була більшою, ніж серед пацієнтів, яким застосовували методику закритого кюретажу. Пацієнти з персистуючою ГВІ в післяопераційному періоді скаржились переважно на болючість, набряк та появу на слизовій оболонці пухирців, оболонка яких легко руйнувалась з утворенням елементів ураження, характерних для герпетичного стоматиту.

Загоєння післяопераційної рани у пацієнтів після проведення відкритого кюретажу відбувалось довше і навіть після зняття швів спостерігалась гіперемія ясенного краю в прооперованому сегменті та незначний набряк.

Література

1. Dye B. A. The global burden of oral disease: research and public health significance / B. A. Dye // J. Dent. Res. – 2017. – Vol. 96, № 4. – P. 361–363. – doi: 10.1177/0022034517693567.
2. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action / M. S. Tonetti, S. Jepsen, L. Jin, J. Otomo-Corgel // J. Clin. Periodontol. – 2017. – Vol. 44, № 5. – P. 456–462. – doi: 10.1111/jcpe.12732.
3. Brignardello-Petersen R. Tooth loss, periodontal disease, and dental caries may be associated with decreased oral health-related quality of life, but there is no evidence about the magnitude of this association / R. Brignardello-Petersen // J. Am. Dent. Assoc. – 2017. – Vol. 148, № 10. – P. e 150. – doi: 10.1016/j.adaj.2017.06.049.

Дані, отримані нами, підтверджують можливість застосування методики закритого кюретажу для підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту II ступеня тяжкості, асоційованим з персистуючою ГВІ.

Висновки

1. Установлено, що 60,34 % хворих обох груп були носіями ГВІ (57 і 48 пацієнтів, відповідно у 1-й і 2-й групах). При цьому кількість вірусоносіїв переважала у віковій групі 35–45 років, що підтверджує медико-соціальну значущість проблеми.

2. Ускладнення після оперативних втручань у вигляді маніфестних проявів ГВІ у вірусоносіїв становили 57,89 % при проведенні закритого і 72,92 % – при проведенні відкритого кюретажу.

3. Загоєння післяопераційних ран у пацієнтів 1-ї групи з ГВІ було подовжено у часі внаслідок обтяження проявами ГВІ у проміжках між першим і другим етапами лікування та очікування епітелізації елементів ураження для проведення другого етапу хірургічного втручання. Термін остаточного загоєння післяопераційних ран у пацієнтів 1-ї групи становив $(12 \pm 2,14)$ доби після проведення першого етапу лікування.

4. У пацієнтів 2-ї групи з ГВІ терміни загоєння були на $(6 \pm 2,18)$ доби довшими, ніж в осіб без ГВІ, яким проводили аналогічне оперативне втручання, і достовірно перевищували показники пацієнтів з ГВІ 1-ї групи [$(15 \pm 2,18)$ проти $(12 \pm 2,14)$ доби, $p < 0,05$].

5. Для попередження ускладнень у вигляді маніфестних проявів ГВІ на етапах хірургічного лікування хворих з ГП II ступеня тяжкості та в ранньому післяопераційному періоді вірусоносіям ГВІ вважаємо необхідним призначати комплексну імуномодулюючу терапію перед плануванням хірургічного втручання, але не протівірусні препарати, які не доцільно застосовувати з метою профілактики рецидивів ГВІ.

Конфлікт інтересів: відсутній.

4. Nagpal R. The two-way association of periodontal infection with systemic disorders: an overview / R. Nagpal, Y. Yamashiro, Y. Izumi // *Mediators Inflamm.* – 2015. – Vol. 2015. – Art. № 793898. – doi: 10.1155/2015/793898.
5. Detection of virus herpes simplex type 1 in patients with chronic periodontal disease / M. Ivanovska-Stojanoska, M. Popovska, V. Anastasovska [et al.] // *Open Access Maced. J. Med. Sci.* 2018. – Vol. 6, № 9. – P. 1737–1741. – doi: 10.3889/oamjms.2018.307.
6. Is herpes simplex a systemic disease? / I. N. Staikov, N. V. Neykov, J. S. Kazandjieva, N. K. Tsankov // *Clin. Dermatol.* – 2015. – Vol. 33, № 5. – P. 551–555. – doi: 10.1016/j.clindermatol.2015.05.007.
7. Balasubramaniam R. Update on oral herpes virus infections / R. Balasubramaniam, A. S. Kuperstein, E. T. Stoopler // *Dent. Clin. North Am.* – 2014. – Vol. 58, № 2. – P. 265–280. – doi: 10.1016/j.cden.2013.12.001.
8. Viral serological and molecular data on possible involvement of herpes viruses in periodontal disease / C. Antipa, C. Bleotu, C. Grancea [et al.] // *Singapore Dent. J.* – 2016. – Vol. 37. – P. 15–19. – doi: 10.1016/j.sdj.2016.10.002.
9. Демкович А. Є. Основні патогенетичні підходи до профілактики та лікування запальних захворювань пародонта / А. Є. Демкович, Ю. І. Бондаренко // *Вісн. Наук. досліджень.* – 2015. – № 1. – С. 4–9. – http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2015_1_3.
10. Shah R. Prevalence of herpesviruses in gingivitis and chronic periodontitis: relationship to clinical parameters and effect of treatment / R. Shah, D. S. Mehta // *J. Indian Soc. Periodontol.* – 2016. – Vol. 20, № 3. – P. 279–285. – doi: 10.4103/0972-124X.179896.
11. Slots J. Periodontal herpesviruses: prevalence, pathogenicity, systemic risk / J. Slots // *Periodontol.* 2000. – 2015. – Vol. 69, № 1. – P. 28–45. – doi: 10.1111/prd.12085.
12. Пародонтит генералізований. МКХ-10 К 05.31: протокол надання стоматологічної допомоги // *Стоматолог Інфо.* – 2010. – № 12. – С. 28–29.
13. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
14. The American Academy of Periodontology statement regarding gingival curettage / American Academy of Periodontology // *J. Periodontol.* – 2002. – Vol. 73, № 10. – P. 1229–1230.
15. Konig J. Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services-position paper 1 / J. Konig, B. Holtfreter, T. Kocher // *Eur J Dent Educ.* – 2010. – Vol. 14, suppl. 1. – P. 4–24. – doi: 10.1111/j.1600-0579.2010.00620.x.

References

1. Dye B.A. (2017). The Global burden of oral disease: research and public health significance. *J Dent Res.*, vol. 96 (4), pp. 361–363. doi: 10.1177/0022034517693567.
2. Tonetti M.S., Jepsen S., Jin L. & Otomo-Corgel J. (2017). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol.*, vol. 44 (5), pp. 456–462. doi: 10.1111/jcpe.12732.
3. Brignardello-Petersen R. (2017). Tooth loss, periodontal disease, and dental caries may be associated with decreased oral health-related quality of life, but there is no evidence about the magnitude of this association. *J Am Dent Assoc.*, vol. 148 (10), e 150. doi: 10.1016/j.adaj.2017.06.049.
4. Nagpal R., Yamashiro Y. & Izumi Y. (2015). The two-way association of periodontal infection with systemic disorders: an overview. *Mediators Inflamm.*, vol. 2015, ID 793898. doi: 10.1155/2015/793898.
5. Ivanovska-Stojanoska M., Popovska M., Anastasovska V., Kocova M., Zendeli-Bedzeti L., Dimova C. & Taseva A. (2018). Detection of virus herpes simplex type 1 in patients with chronic periodontal disease. *Open Access Maced. J. Med. Sci.*, vol. 6 (9), pp. 1737–1741. doi: 10.3889/oamjms.2018.307.
6. Staikov I. N., Neykov N. V., Kazandjieva J. S. & Tsankov N. K. (2015). Is herpes simplex a systemic disease? *Clin. Dermatol.*, vol. 33 (5), pp. 551–555. doi: 10.1016/j.clindermatol.2015.05.007.
7. Balasubramaniam R., Kuperstein A. S. & Stoopler E. T. (2014). Update on oral herpes virus infections. *Dent Clin North Am.*, vol. 58 (2), pp. 265–280.
8. Antipa C., Bleotu C., Grancea C., Rosu A. O., Anton G. & Ruta S. (2016). Viral serological and molecular data on possible involvement of herpes viruses in periodontal disease. *Singapore Dent. J.*, vol. 37, pp. 15–19. doi: 10.1016/j.sdj.2016.10.002.
9. Demkovych A. Ye. & Bondarenko Yu. I. (2015). Osnovni patohenetychni pidkhody do profilaktyky ta likuvannia zapalnykh zakhvoriuvan parodonta [Main pathogenetic approaches for prevention and

treatment of inflammatory parodontium diseases]. *Visn Nauk Doslidzhen. – Bull. Science. research.* vol. 1, pp. 4–9. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2015_1_3. [in Ukrainian].

10. Shah R. & Mehta D. S. (2016). Prevalence of herpesviruses in gingivitis and chronic periodontitis: relationship to clinical parameters and effect of treatment. *J Indian Soc Periodontol.*, vol. 20 (3), pp. 279–285. doi: 10.4103/0972-124X.179896.

11. Slots J. (2015). Periodontal herpesviruses: prevalence, pathogenicity, systemic risk. *Periodontol 2000*, vol. 69 (1), pp. 28–45. doi: 10.1111/prd.12085.

12. Parodontyt heneralizovanyi. МККh-10 К 05.31: protokol nadannia stomatolohichnoi dopomohy [Periodontitis is generalized. МККh-10 К 05.31: protocol of rendering dental care]. (2010). *Stomatolog Info – Dentist Info*, vol. 12, pp. 28–29 [in Ukrainian].

13. Rebrova O. Yu. (2006). *Statisticheskij analiz medicinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm STATISTICA* [Statistical analysis of medical data. Application of the STATISTICA software package]. M.: MediaSfera, 312 p. [in Russian].

14. American Academy of Periodontology (2002). The American Academy of Periodontology statement regarding gingival curettage. *J. Periodontol.*, vol. 73 (10), pp. 1229–1230.

15. Konig J., Holtfreter B. & Kocher T. (2010). Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services-position paper 1. *Eur J Dent Educ.*, vol. 14, Suppl 1, pp. 4–24. doi: 10.1111/j.1600-0579.2010.00620.x.

A. V. Кравченко

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО КЮРЕТАЖА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В статье рассматривали целесообразность использования методики закрытого кюретажа у пациентов с генерализованным пародонтитом (ГП) II степени тяжести, ассоциированным с персистирующей герпесвирусной инфекцией (ГВИ). Проведен ретроспективный анализ 174 амбулаторных карт пациентов в возрасте 35–60 лет после хирургического лечения ГП II степени тяжести. Методика закрытого кюретажа проведена 100 пациентам (1-я группа), открытого кюретажа – 74 пациентам (2-я группа). Пациентам обеих групп проведено терапевтическое лечение ГП, согласно утвержденных протоколов. Проведено сравнение эффективности закрытого и открытого кюретажа у пациентов-носителей ГВИ.

Ключевые слова: пародонтит генерализованный, герпесвирусная инфекция, кюретаж.

A. V. Kravchenko

THE SUBSTANTIATION OF EXPEDIENCY OF CLOSED CURETTAGE IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS II DEGREE OF SEVERITY ASSOCIATED WITH PERSISTENT HERPESVIRUS INFECTION

The article examined the feasibility of the method of closed curettage in patients with generalized periodontitis (GP) II severity associated with persistent herpesvirus infection (HBV). A retrospective analysis of 174 outpatient records of patients aged 35–60 years after the surgical treatment of GP of the II degree of severity was carried out. The method of closed curettage was performed for 100 patients (group 1), open curettage was carried out for 74 patients (group 2). Patients of both groups received therapeutic treatment of GP according to the approved protocols. The effectiveness of closed and open curettage in patients with carriers of HVI is compared.

Keywords: generalized periodontitis, herpes virus infection, curettage.

Надійшла до редакції 14.05.2019

Контактна інформація

Кравченко Анна Василівна – аспірант кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ.

Адреса: Україна, 03039, м. Київ, вулиця Голосіївська, 13А, кв. 276.

Тел.: +380632437717.

E-mail: annakravchenko7717@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-6581-3702.