Клинические рекомендации

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K05.11

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- **Стоматологическая Ассоциация России**

Оглавление

Оглавление ... 2
Ключевые слова ... 4
Список сокращений ... 5
Термины и определения ... 6
1. Краткая информация ... 7
1.1 Определение ... 7
1.2 Этиология и патогенез ... 7
1.3 Эпидемиология ... 7
1.4 Кодирование по МКБ 10 ... 7
1.5 Классификация ... 7
1.6 Клиническая картина ... 8
2. Диагностика ... 8
2.1 Жалобы и анамнез ... 8
2.2 Физикальное обследование ... 8
2.3 Лабораторная диагностика ... 8
2.4 Инструментальная диагностика ... 9
2.5 Иная диагностика ... 9
3. Лечение ... 9
3.1 Консервативное лечение ... 9
3.2 Хирургическое лечение ... 10
3.3 Иное лечение ... 10
4. Реабилитация ... 10
5. Профилактика и диспансерное наблюдение ... 10
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания ... 11
7. Организация медицинской помощи ... 11
Критерии оценки качества медицинской помощи ... 11
Список литературы ... 12
Приложение А1. Состав рабочей группы ... 13
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций ... 14
Приложение А3. Связанные документы ... 15
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента ... 16
Приложение В. Информация для пациентов ... 17
Приложение Г ... 18

Ключевые слова

- Гиперпластический гингивит
- Микробная биопленка
- Гигиена полости рта

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-С – международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10…….

ГГ – гиперпластический гингивит

Термины и определения

Биопленка – это комплексная агрегация или сообщество, состоящее из микроколоний микроорганизмов, которые погружаются во внеклеточный матрикс, прикрепляясь к поверхности зубов и реставраций.

Гингивэктомия — иссечение десны в целях ликвидации «ложного» или пародонтального кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта.

Гиперплазия — увеличение числа структурных элементов тканей путём их избыточного новообразования.

Индивидуальная гигиена рта – это комплекс мероприятий, выполняемых пациентом самостоятельно, направленный на удаление остатков пищи и мягкого зубного налета с поверхности зубов, десен, языка с помощью зубной щетки и других средств гигиены.

Профессиональная гигиена полости рта – это комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие воспалительных заболеваний пародонта путем механического удаления с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений.

Скейлинг (от англ. scaling) – это процедура удаления скоплений зубного камня и биопленки с поверхности зуба.

Сглаживание (выравнивание) поверхности корня (от англ. root planning) – это процедура удаления остаточных отложений, снятия слоя размягченного цемента корня и выравнивания обработанной поверхности.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Гиперпластический гингивит (ГГ) - это хронический воспалительный процесс в десне, сопровождающийся пролиферативными явлениями и протекающий без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

1.2 Этиология и патогенез

Гиперпластический гингивит может быть вызван как местными, так и общими причинами, а также их сочетанием.

В качестве местной причины развития ГГ выступает микробная биопленка, как результат неудовлетворительной гигиены рта [1]. Также к местным факторам относятся аномалии развития зубочелюстной системы (глубокий прикус, глубокое резцовое перекрытие, скученность зубов, ротовое дыхание [2] и др.), хроническая механическая травма (острые края разрушенных зубов, нависающие края пломб и искусственных коронок [3], пришеечные кариозные полости, некачественные ортопедические конструкции [4]), ортодонтическое лечение [5].

К общим факторам, вызывающим развитие ГГ, относятся гормональный дисбаланс (беременность [6], пубертатный период [7, 8], прием контрацептивных препаратов [9]), побочное действие ряда лекарственных препаратов [10]. Лекарственно индуцированный гиперпластический гингивит возникает преимущественно во фронтальном отделе [11], в течение 3 месяцев после начала лечения [12] и связан с приемом противосудорожных препаратов (фенитоин, вальпроевая кислота, фенобарбитал, карбамазепин) [13, 14], блокаторов кальциевых каналов (нифедипин, дилтиазем, амлодипин, фелодипин, верапамин) [11, 15, 16, 17], иммунодепрессантов (циклоспорин, такролимус) [11, 12]).

Как правило, развитию ГГ предшествует хронический простой маргинальный гингивит. В основе гиперплазии десны лежит хроническое воспаление, протекающее по общим закономерностям [18].

1.3 Эпидемиология

Эпидемиологическое стоматологическое исследование населения России свидетельствует о широкой распространенности воспалительных заболеваний пародонта во всех возрастных группах (Кузьмина Э.М., 2020). Данные коррелируют с показателями мировой статистики (http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-andstatistics, запрос от 08.11.2020).

Обращаемость по поводу заболеваний пародонта занимает 4-е место по стоматологической обращаемости, после кариеса и его осложнений, 85% обслуживаемого населения нуждается в пародонтологической помощи. Только 5% больных обращаются в стоматологическую клинику с начальными заболеваниями пародонта.

1.4 Кодирование по МКБ 10

К05.11 Гиперпластический гингивит

1.5 Классификация

Классификация гингивита по МКБ-10

1.6 Клиническая картина

Для ГГ характерно медленно прогрессирующее, локализованное или генерализованное разрастание десневых сосочков и маргинальной десны, которые могут закрывать коронки зубов в разной степени. Деформация межзубных сосочков и маргинальной десны сопровождается гиперемией, кровоточивостью десны и неприятными ощущениями. Целостность зубодесневого прикрепления не нарушена, однако за счет гиперплазии десны определяются «ложные» карманы. Степень гиперплазии определяется по шкале: до 1/3 коронки - легкая, до ½ - средняя, свыше ½ высоты коронки – тяжелая. Отмечаются мягкие и твердые зубные отложения, неудовлетворительная гигиена полости рта [10].

2. Диагностика

Диагностика ГГ проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и проведения дополнительных методов обследования и направлена на установление диагноза и составление плана комплексного пародонтологического лечения.

При диагностике определяют вид, форму, тяжесть, характер течения и распространенность гингивита, выявляют общие и местные этиологические и патогенетические факторы. Проведение диагностики зачастую требует привлечения специалистов других стоматологических специальностей (ортопедов, хирургов, ортодонтов), а также специалистов общего лечебного профиля. При диагностике ГГ необходимо исключить заболевания крови [19, 20, 21], гранулематозные заболевания (болезнь Крона, саркоидоз) [7, 22, 23, 24, 25, 26], дефицит витамина С (аскорбиново кислоты) [9, 27], фиброматоз десен [28, 29, 30], злокачественные новообразования [31], которые также могут сопровождаться гиперплазией десны.

Критерии установления диагноза:

- увеличение десны в объеме с образованием «ложных» карманов;

- глянцево-синюшная поверхность десны;
- изменение конфигурации десневых сосочков;
- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре
- отсутствие пародонтальных карманов;
- мягкие и твердые зубные отложения;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- неприятный запах изо рта;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани

2.1 Жалобы и анамнез

С целью установления диагноза обязательно проводят сбор жалоб и анамнеза.

- Рекомендуется собрать жалобы и анамнез заболевания

  Уровень GPP

  Коментарий: *Основные жалобы при ГГ на необычный вид десны, изменение ее формы, боль и кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, затрудненное пережевывание пищи. При сборе анамнеза заболевания необходимо уточнить, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя профессиональная гигиена и как часто она проводится.*

- Рекомендуется собрать анамнез жизни.

  Уровень GPP

  Коментарий: *при сборе анамнеза жизни выяснить профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, включая употребление табака и алкоголя, характер питания, аллергологический анамнез, семейный анамнез, перенесенные и сопутствующие соматические заболевания и принимаемые лекарственные препараты. Важное значение имеет время начала курса лечения лекарственным препаратом, так как лекарственно индуцированный гиперпластический гингивит может возникать уже через месяц после начала лечения и не сразу купируется после окончания его приема [32].*

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано провести внешний осмотр

  Уровень GPP

  Комментарии: *При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, симметричность, соотношение его частей. Обращают внимание на цвет, целостность кожных покровов и состояние красной каймы губ. Проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, определяют их размеры, консистенцию, подвижность, болезненность. Оценивают свободу движений в височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта, болевые ощущения или препятствия, ширину открывания рта, смещение нижней челюсти относительно средней линии лица.*

- Рекомендовано провести осмотр полости рта

  Уровень GPP

  Комментарии: *При осмотре рта оценивают состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических элементов. Обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия рта. Оценивают размер, цвет языка, симметричность его половинок, наличие налета.*

  Определяют прикус, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

  Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Определяют наличие над- и поддесневых кариозных полостей, качество краевого прилегания пломб, наличие контактного пункта, нависающие края, расположение десневого края реставрации относительно края десны. Определяют наличие имплантов и состояние тканей вокруг них. Оценивают состояние ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

- Рекомендовано провести пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

  Уровень GPP

  Комментарии: *Определяют гигиеническое состояние полости рта, интенсивность и распространенность воспалительной реакции, целостность зубодесневого прикрепления, измеряют глубину зондирования десневого (ложного)*

кармана, степень гиперплазии десны. Определение гигиенического состояния полости рта проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Клиническое состояние пародонта оценивают на основании индекса РМА, индекса кровоточивости Мюллемана.

Диагностика заболеваний пародонта может проводиться с использованием автоматизированных систем (электронных измерительных систем) на основе компьютерных технологий, что увеличивает точность измерений по сравнению с мануальными измерениями.

2.3 Лабораторная диагностика

Лабораторные методы исследование показаны в случаях, когда клиника поражения не соответствует типичному воспалению десны, вызванному микробной биопленкой.

- Рекомендовано выполнить общий анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой с целью дифференциальной диагностики с гиперплазией десны, вызванной лейкозом [33].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *Гиперплазия десны и кровоточивость могут быть первыми признаками лейкоза, наряду со слабостью, повышением температуры тела, увеличением лимфатических узлов.*

- Рекомендовано выполнить биопсию и гистологическое исследование десны с целью дифференциальной диагностики с гиперплазией десны, вызванной злокачественными новообразованиями [31].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *Биопсия и гистологическое исследование проводится после начальной фазы лечения, если не удается достигнуть положительной динамики, а так же когда клиника поражения не соответствует типичному воспалению десны, вызванному микробной биопленкой [31, 34].*

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендуется выполнение рентгенологического исследования с целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики с пародонтитом […].

Уровень убедительности рекомендаций _ (уровень достоверности доказательств – _)

- ***Комментарии:*** *Используется один из методов рентгенологического обследования: ортопантомография, внутриротовая рентгенография интерпроксимальная «вприкус», внутриротовая прицельная рентгенография зубов, конусно-лучевая компьютерная томография. Следует отдавать предпочтение цифровым методам исследования, учитывая более низкую лучевую нагрузку. Рентгенологические изменения в костной ткани межальвеолярных перегородок и альвеолярных отростках челюстей при ГГ не определяются. Не рекомендуется рентгенологическое исследование беременным на протяжении всего срока беременности*

- Не рекомендуется рентгенологическое исследование беременным на протяжении всего срока беременности*.

  Уровень убедительности рекомендаций __ (уровень достоверности доказательств – __)

  *МР 2.6.1.0098-15. Оценка радиационного риска у пациентов при проведении рентгенорадиологическихисследований((утв.Главным государственным санитарным врачомРФ 06.04.2015) (вместе с «Методикой расчета пожизненного атрибутивного радиационного риска при однократном облучении»

3. Лечение

Лечение должно быть комплексным. План лечения составляют персонально для каждого пациента по принципу комплексной терапии, сочетающей местное лечение с общим воздействием на организм. Индивидуальность подхода заключается в выявлении ведущего этиологического фактора и ликвидации или уменьшении его патогенетического действия у каждого конкретного больного.

Лечение ГГ включает:

- обучение пациентов гигиене рта и мотивация к отказу от вредных привычек
- коррекция и контроль гигиены рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полирование поверхностей зуба;
- санация рта;

- избирательное пришлифовывание зубов (при необходимости);
- противовоспалительная терапия;
- хирургическое лечение (при необходимости);
- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля

При лечении гингивита применяются только те медицинские изделия и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендуется проведение профессиональной гигиены полости рта [35].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *Профессиональная гигиена полости рта является основой консервативного лечения ГГ и включает мотивацию пациента к лечению, обучение гигиене рта с выбором средств и предметов индивидуальной гигиены, контролируемую чистку зубов, удаление над- и поддесневых зубных отложений, полировку поверхностей зубов, устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета* [35]. *Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).*
- Рекомендуется проведение санация полости рта [36, 37].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

  Комментарии: *При необходимости проводится лечение кариеса и его осложнений, создание полноценных контактных пунктов при пломбировании, удаление нависающих краев пломб, некачественных ортопедических конструкций с последующим рациональным протезированием.*
- Рекомендуется проведение избирательного пришлифовывания зубов с целью устранения травматической окклюзии (в случае необходимости) [38].

  Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

  Комментарии:
- Рекомендуется проведение коррекция патологии прикуса путем ортодонтического лечения (в случае необходимости) [39, 40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии:

- С целью местного медикаментозного воздействия на микроорганизмы биопленки рекомендуется использовать антисептики [42, 43, 44, 45, 46].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *Антисептики используются в связи с широким спектром их антимикробной активности, медленным формированием к ним устойчивости, редкими тяжелыми системными побочными эффектами и аллергическими реакциями. Антисептики применяются в виде полосканий, аппликаций, ирригаций, могут входить в состав зубных паст и опаласкивателей.*

  Основные группы антисептиков, применяющиеся при лечении ГГ: D08AC бигуаниды и амидины (хлоргексидин и др.), D08AJ четвертичные соединения аммония (цетилпиридина хлори, бензетония хлорид и др.), D08AG препараты йода, D08AE фенол и его производные (триклозан и др.), D08AX другие антисептики и дезинфицирующие препараты (перекись водорода, гипохлорит натрия, калия перманганат и др.).

  Наиболее достоверные данные по эффективности применения получены при использовании таких антисептиков, как хлоргексидин 0,05-0,2%, цетилпиридина хлорид 0,07%, бензетония хлорид, триклозан [43]. При использование хлоргексидина более 4 недель может наблюдаться изменение вкусовой чувствительности, окрашивание зубов, десквамация эпителия [42].

- Рекомендуется применение местных противовоспалительных препаратов [35].

  Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Дополнительно с целью патогенетического лечения могут использоваться нестероидные противовоспалительные средства для аппликации на десну или в виде лечебных повязок. Нестероидные противовоспалительные препараты могут входить в состав комплексных препаратов для местного применения.)*

3.2 Хирургическое лечение

После проведения консервативного лечения в случае сохранения гиперплазии десны рекомендуется хирургическое лечение. Потребность в хирургическом лечении зависит от этиологии заболевания и степени его тяжести. Наиболее часто к

хирургическому лечению прибегают при лекарственно индуцированном ГГ [47]. В случае, если ГГ связан с гормональными изменениями целесообразно отложить хирургическое лечение и провести его в постнатальном или постпубертатном периодах. [7, 48]

- Рекомендуется проведение гингивэктомии (по показаниям) [49,50,51,52].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

  Комментарии: *После медикаментозной обработки полости рта проводят определение уровня дна «ложного» кармана. Затем под инфильтрационной анестезией осуществляют непрерывный косой разрез скальпелем или ножом для гингивэктомии. Далее проводят иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента десны. С помощью соответствующего инструментария очищают и полируют поверхности корней зубов и накладывают пародонтальную повязку на 2-5 дней. В течение недели рекомендуется ограничить чистку зубов щеткой в области наложения пародонтальной повязки. Если пародонтальная повязка не используется, рекомендуется щадящая чистка зубов мягкой зубной щеткой в области проведения хирургической процедуры, ротовые ванночки с антисептическим раствором 2 раза в день по 3-5 минут в течение 5-7 дней. Гингивэтомия может проводиться с использованием лазера, что позволяет уменьшить кровотечение, улучшить видимость, обеспечивает большую точность разреза, сокращает время эпителизации, уменьшает частоту рецидивов* [49,52].

3.3 Иное лечение

- Рекомендуется использовать для индивидуальной гигиены полости рта мягкую или очень мягкую зубную щетку [9, 35], лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие антисептики [53], опаласкиватели с антисептиками (курсовое применение до 14 дней) [9, 35, 42, 46], с эфирными маслами или экстрактами лекарственных растений, ирригаторы (в режиме слабого «душа»), бальзамы и тоники для десен.

  Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Коментарии: *Использование опаласкивателей с хлоргексидином более 4 недель может вызвать окрашивание коронок зубов, изменение вкусовой чувствительности, жжение в языке, раздражение слизистой оболочки рта [42].*

4. Реабилитация

- Рекомендуется осуществлять поддерживающую пародонтологическую терапию после окончания активного пародонтологического лечения[54, 55, 56, 57].

  Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

  Коментарии: *Поддерживающее пародонтологическое лечение (ППЛ) проводится для достижения долгосрочного успеха проведенного лечения, минимизации возобновления или прогрессирования заболеваний пародонта. Продолжительность периодов между повторными визитами определяется эффективностью самостоятельной гигиены, осуществляемой пациентом, но не реже 3 месяцев. ППЛ включает обновление медицинского и стоматологического анамнеза, клиническое обследование, контроль индивидуальной гигиены рта, удаление над- и поддесневых зубных отложений с полированием зубов, устранение супраконтактов при их наличии. После достижения выздоровления динамическое наблюдение и ППЛ проводиться не реже 2 раз в год.*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- Рекомендуется проводить профилактические стоматологические осмотры не реже 2 раз в год с целью контроля гигиены полости рта, состояния пародонта и твердых тканей зубов [58].

  Уровень убедительности рекомендаций __ (уровень достоверности доказательств – __)

  Комментарии: ……

- Рекомендуется мотивировать пациентов к соблюдению индивидуальной гигиены полости рта [43, 58,59, 60, 61].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Гигиена полости рта уменьшает количество зубных отложений и патогенных микроорганизмов и является первостепенной мерой профилактики заболеваний пародонта. Методы и средства гигиены подбираются, исходя из индивидуальных особенностей состояния полости рта, а также навыков и способностей пациента. Для осуществления индивидуальной гигиены рта рекомендуется использовать ручную или электирческую зубные щетки [9, 35], зубные нити, межзубные ершики,*

лечебно-профилактические зубные пасты, [59], опаласкиватели [9, 35, 42, 43], ирригаторы.

- Рекомендуется рациональное питание.

Уровень убедительности рекомендаций _ (уровень достоверности доказательств – _)

Комментарии: Рациональное, полноценное, сбалансированное питание является одним из важнейших факторов профилактики воспалительных заболеваний пародонта. Рекомендуется уменьшить количество легкоферментируемых углеводов, сахаров, употребление твердой пищи, требующей интенсивного жевания.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Результаты лечения ГГ у пациентов, страдающих системными заболеваниями и расстройствами, могут зависеть от степени компенсации этих состояний. Удовлетворительным результатом лечения у этих пациентов может являться значительное снижение выраженности клинических проявлений воспалительного поражения десны и устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен. Системные состояния, такие как беременность и половое созревание, являются преходящими, и при условии устранения местных этиологических факторов в полости рта выздоровление может произойти в постнатальный и постпубертатный периоды. Эффективность лечения будет выше при взаимодействии стоматолога и лечащего врача общего профиля [62].

В случае, если ГГ связан с приемом медикаментов следует рассмотреть вопрос о замене препарата или снижение его дозы. Решение в этом случае принимает врач общего профиля, при этом приоритет остается за контролем основного соматического заболевания [47]. В таких случаях приемлемым результатом лечения будет замедление прогрессирования ГГ.

7. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с гиперпластическим гингивитом проводится в стоматологических медицинских организациях, в амбулаторно-поликлинических условиях.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Проведение профессиональной гигиены полости рта	1	A
2.	Проведение санации полости рта	2	A
3.	Использование антисептиков	1	A
4.	Использование противовоспалительных препаратов	3	B
5.	Проведение избирательного пришлифовывания зубов при наличии травматической окклюзии	2	B
6.	Проведение ортодонтического лечения при наличии патологии прикуса	2	B
7.	Проведение гингивэтомия при сохранении гиперплазии после консервативного лечения	2	A
8.	Поддерживающее пародонтологическое лечение	1	B
9.	Консультация врача общего профиля при выявлении признаков системного заболевания	1	A

Исходом лечения ГГ является выздоровление.

Критерии и признаки выздоровления:

- Десна бледно розового цвета, плотно прилежит к поверхности зуба.
- Восстановление внешнего вида десны.
- Отсутствие кровоточивости десны.
- Отсутствие над- и поддесневых зубных отложений и гладкая поверхность корня.

Критерии и признаки удовлетворительного результата лечения ГГ у пациентов с системными расстройствами и заболеваниями:

- Снижение выраженности клинических проявлений воспалительного поражения десны.
- Устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен.

Список литературы

1. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. J Periodontol 2005; 27: 202–211.
2. Jacobson L, Linder-Aronson S. Crowding and gingivitis: a comparison between mouthbreathers and nosebreathers. Scand J Dent Res 1972; 80: 500–504.

3. Coelho C.M, Zucoloto, S, Lopes R A. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. Int J Prosthodont 2000; **13**: 148–151.
4. Coelho C.M, Zucoloto S, Lopes R A. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. Int J Prosth 2000; 13: 148–151.
5. Zanatta F.B, Ardenghi T.M, Antoniazzi R.P, Pinto T M P, Rösing C K. Association between gingivitis and anterior gingival enlargement in subjects undergoing fixed orthodontic treatment. Dent Press J Orthod 2014; **19**: 59–66.
6. Armitage G C. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. Periodontol 2000 2013; 61: 160–176.
7. Carrenza F A, Hogan E L. Gingival enlargement. In Clinical Periodontology. pp. 373 –390. Saunders Elsevier: Missouri, 2006.
8. Nakagawa S, Fujii H, Machida Y, Okuda K. A longitudinal study from prepuberty to puberty of gingivitis. Correlation between the occurrence of Prevotella intermedia and sex hormones. J Clin Perio 1994; 21: 658–665.
9. Mariotti A. Plaque-induced gingival diseases. In Lindhe J (ed) Clinical periodontology and implant dentistry. Vol. 1. pp. 405–419. Blackwell Munksgaard: Oxford, 2008.
10. Beaumont J., Chesterman J., Kellett M. Gingival overgrowth: Part 1: aetiology and clinical diagnosis. British dental journal, 2017; 222: 85–91. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.71
11. Hassell T M, Hefti A F. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. Critical reviews in oral biology and medicine: an official publication of the American Association of Oral Biologists 1991; 2: 103–137.
12. Seymour R A, Jacobs D J. Cyclosporin and the gingival tissues. J Clin Perio 1992; 19: 1–11.
13. Angelopoulos A P, Goaz P W. Incidence of diphenylhydantoin gingival hyperplasia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972; 34: 898–906.
14. Dongari A, McDonnell H T, Langlais R P. Drug-induced gingival overgrowth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 76: 543–548.
15. Heasman P A, Hughes F J. Drugs, medications and periodontal disease. Br Dent J 2014; 217: 411–419.

16. Barclay S, Thomason J.M, Idle J R, Seymour R A. The incidence and severity of nifedipine-induced gingival overgrowth. J Clin Perio 1992; 19: 311–314.
17. Ellis J S, Seymour R A, Steele J G, Robertson P, Butler T J, Thomason J M. Prevalence of gingival overgrowth induced by calcium channel blockers: a community-based study. J Perio 1999; 70: 63–67.
18. Stamm J W. Epidemiology of gingivitis. J Clin Perio 1986; 13: 360–366.
19. Scully C, Cawson R A. Medical problems in dentistry. Churchill Livingstone: Edinburgh, 2005.
20. Oran B, Weisdorf D J. Survival for older patients with acute myeloid leukemia: a population-based study. Haematologica 2012; 97: 1916–1924.
21. Gallipoli P, Leach M. Gingival infiltration in acute monoblastic leukaemia. Br Dent J 2007; 203: 507–509.
22. Holmstrup P. Non-plaque induced Inflammatory gingival Lesions. In Lindhe J (ed) Clinical periodontology and implant dentistry, Vol. 1. pp. 377–404. Blackwell Munksgaard; Oxford, 2008.
23. Suresh L, Radfar L. Oral sarcoidosis: a review of literature: Oral sarcoidosis. Oral Dis 2005; 11: 138–145.
24. Ellis J S, Seymour R A, Steele J G, Robertson P, Butler T J, Thomason J M. Prevalence of gingival overgrowth induced by calcium channel blockers: a community-based study. J Perio 1999; 70: 63–67.
25. Grave B, McCullough M, Wiesenfeld D. Orofacial granulomatosisa 20-year review. Oral Dis 2009; 15: 46–51.
26. Troiano G, Dioguardi M, Giannatempo G et al. Orofacial granulomatosis: clinical signs of different pathologies. Med Principles Pract 2015; 24: 117–122.
27. Nishida M, Grossi S G, Dunford R G, Ho A W, Trevisan M, Genco R J. Dietary vitamin C and the risk for periodontal disease. J Perio 2000; 71: 1215–1223.
28. Coletta R.D, Almeida O.P, Reynolds M A, Sauk J J. Alteration in expression of MMP1 and MMP2 but not TIMP1 and TIMP2 in hereditary gingival fibromatosis is mediated by TGF-beta 1 autocrine stimulation. J PerioRes 1999; 34: 457–463.
29. Hart T C, Zhang Y, Gorry M C et al. A mutation in the SOS1 gene causes hereditary gingival fibromatosis type 1. Am J HumGenet 2002; 70: 943–954.
30. Coletta R D, Graner E. Hereditary gingival fibromatosis: a systematic review. J Perio 2006; 77: 753–764.

31. Scully C. Cancer. In Scully C (ed) Oral and Maxillofacial Medicine. Churchill Livingstone Elslever: Philadelphia, 2008.
32. Harel-Raviv M, Eckler M, Lalani K, Raviv E, Gornitsky M. Nifedipine-induced gingival hyperplasia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endody 1995; 79: 715–722.
33. Barrett A P. Gingival lesions in leukemia. A classification. J Periodontol 1984; **55**: 585–588.
34. Buddula A, Assad D. Peripheral T-Cell lymphoma manifested as gingival enlargement in a patient with chronic lymphocytic leukemia. J Indian Soc Periodontol. 2011;15(1):67–69. doi:10.4103/0972-124X.82272
35. Chapple I L, Van der Weijden F, Doerfer C et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. J Clin Periodontol 2015; 42: S71–S76. https://doi.org/10.1111/jcpe.12366
36. Lindhe J, Lang N P, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry. Blackwell Munksgaard, Ames, Iowa; Oxford, UK, 2008.
37. Coelho C.M, Zucoloto S, Lopes R A. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. Int J Prosth 2000; 13: 148–151.
38. Burgett, F. G., Ramfjord, S. P., Nissle, R. R., Morrison, E. C., Charbeneau, T. D. and Caffesse, R. G. (1992), A randomized trial of occlusal adjustment in the treatment of periodontitis patients. Journal of Clinical Periodontology, 19: 381-387. doi:10.1111/j.1600-051X.1992.tb00666.x
39. Harrel, S. K. and Nunn, M. E. (2001), The Effect of Occlusal Discrepancies on Periodontitis. II. Relationship of Occlusal Treatment to the Progression of Periodontal Disease. Journal of Periodontology, 72: 495-505. doi:10.1902/jop.2001.72.4.495
40. Bollen AM.Effects of Malocclusions and Orthodontics on Periodontal Health: Evidence from a Systematic Review. Journal of Dental Education August 2008, 72 (8):912-918.
41. Sadowsky C.; BeGole E.A. Long-term effects of orthodontic treatment on periodontal health American Journal of Orthodontics, 1981.Vol: 80, Issue: 2, Page: 156-172 https://doi.org/10.1016/0002-9416 (81)90216-5
42. James P, Worthington HV, Parnell C, Harding M, Lamont T, Cheung A, Whelton H, Riley P. Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 31;3:CD008676. doi: 10.1002/14651858.CD008676.pub2.

43. Teles R.P., Teles F.R.F. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control?. Braz. oral res. [online]. 2009, vol.23, suppl.1, pp.39-48. ISSN 1806-8324. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000500007.
44. Costa X., Laguna E., Herrera D., Serrano J., Alonso B., Sanz M. Efficacy of a new mouth rinse formulation based on 0.07% cetylpyridinium chloride in the control of plaque and gingivitis: a 6-month randomized clinical trial. J Clin Periodontol. 2013 Nov;40(11):1007-15. doi: 10.1111/jcpe.12158. Epub 2013 Sep 11.
45. Davies, R. M., Ellwood, R. P. and Davies, G. M. (2004), The effectiveness of a toothpaste containing Triclosan and polyvinyl-methyl ether maleic acid copolymer in improving plaque control and gingival health. Journal of Clinical Periodontology, 31: 1029-1033. doi:10.1111/j.1600-051X.2004.00614.x
46. Compton, F. H. and Beagrie, G. S. (1975), Inhibitory effect of benzethonium and zinc chloride mouthrinses on human dental plaque and gingivitis. Journal of Clinical Periodontology, 2: 33-43. doi:10.1111/j.1600-051X.1975.tb01724.x
47. Mavrogiannis M , Ellis J. S , Thomason J M, Seymour R A . The management of drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 2006; 33: 434-439.
48. Palmar R, Soory M. Modifying Factors. *In* Lindhe J (Ed) Clinical periodontology and implant dentistry, Vol. 2. pp 307–327. Blackwell Munksgaard: Oxford, 2008.
49. Mavrogiannis M, Ellis J S, Seymour R A, Thomason J M. The efficacy of three different surgical techniques in the management of drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 2006; **33**: 677–682.
50. Wennstrom J.L, Heijl L, Lindhe J. Periodontal surgery: Access therapy. *In* Lindhe J (Ed) Clinical periodontology and implant dentistry, Vol. 2. pp 783–822. Blackwell Munksgaard: Oxford, 2008.
51. Camargo P.M, Carrenza F A, Takei H H. Treatment of gingival enlargement. *In* Carrenza F A (Ed) Clinical Periodontology. p 918–925. Saunders Elsevier: Missouri, 2006.
52. Ozcelik O, Cenk Haytac M, Kunin A, Seydaoglu G. Improved wound healing by low-level laser irradiation after gingivectomy operations: a controlled clinical pilot study. J Clin Periodontol 2008; **35**: 250–254.
53. Riley P, Lamont T. Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. Cochrane Database Syst Rev 2013; **12**: Cd010514.

54. Rosling, B. , Serino, G. , Hellström, M. , Socransky, S. S. and Lindhe, J. (2001), Longitudinal periodontal tissue alterations during supportive therapy. Journal of Clinical Periodontology, 28: 241-249. doi:10.1034/j.1600-051x.2001.028003241.x
55. Ramfjord, Sigurd P. Maintenance care and supportive periodontal therapy. Quintessence International . Jul1993, Vol. 24 Issue 7, p465-471. 7p.
56. Lamont T., Worthington H.V., Clarkson J.E., Beirne P.V. Routine scale and polish for periodontal health in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018, Issue 12. Art. No.: CD004625. DOI: 10.1002/14651858.CD004625.pub5.
57. Dahlén, G. , Lindhe, J. , Sato, K. , Hanamura, H. and Okamoto, H. (1992), The effect of supragingival plaque control on the subgingival microbiota in subjects with periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology, 19: 802-809. doi:10.1111/j.1600-051X.1992.tb02174.x
58. Axelsson, P. , Lindhe, J. and Nyström, B. (1991), On the prevention of caries and periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology, 18: 182-189. doi:10.1111/j.1600-051X.1991.tb01131.x
59. Riley P, Lamont T. Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **12**: Cd010514.
60. Worthington HV, MacDonald L, Poklepovic Pericic T, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, Clarkson JE. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 4. Art. No.: CD012018. DOI: 10.1002/14651858.CD012018.pub2.
61. Sanz M., Serrano J., Iniesta M., Santa Cruz I., Herrera D. Antiplaque and antigingivitis toothpastes. Monogr Oral Sci. 2013;23:27-44. doi: 10.1159/000350465.
62. Chesterman J., Beaumont J., Kellett M, Durey K. Gingival overgrowth: Part 2: management strategies. British dental journal, 2017; 222: 159-165. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.111

1. Приложение А1. Состав рабочей группы

1. д.м.н., проф. Петрова Т.Г
2. д.м.н., проф. Атрушкевич В.Г.
3. к.м.н., доц Слажнева Е.С

Конфликт интересов:

Разработчики отрицают наличие конфликта интересов

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для диагностических вмешательств

УДД	Расшифровка
1.	Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала определения уровней достоверности доказательств (УДД) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УДД	Расшифровка
1.	Наиболее достоверные доказательства: систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2.	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5.	Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Шкала определения уровней убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качеств*, их выводы по интересующим исходам являются согласованными*)
B	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Шкала определения УУР для лечебных, реабилитационных, профилактических, вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам

	не являются согласованными)
C	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

1. Статья 37 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приложение Б. Информация для пациентов

Гингиви́т — это воспаление десен без нарушения целостности зубодесневого соединения. При отсутствии лечения гингивит может прогрессировать в деструктивную форму заболеваний пародонта — пародонтит.

Гингивит, как правило, возникает из-за скопления микробного налёта на зубах, в результате несоблюдения гигиены полости рта. Микроорганизмы зубного налета являются непосредственной причиной воспаления дёсен.

При гипертрофическом гингивите объём десны увеличивается, десна становится багрово-синюшного цвета, возникает кровоточивость, появляется неприятный запах изо рта, на зубах наблюдаются зубные отложения.

В развитии гипертрофического гингивита могут принимать участие местные и общие факторы. В числе местных причин наибольшее значение принадлежит скоплению зубных отложений в результате несоблюдения гигиены полости рта, а также нарушению прикуса, механической травме десны неправильно установленными пломбами, нерационально подобранным зубным протезам; неудовлетворительной гигиене полости рта при ношении ортодонтических аппаратов и т. д.

В ряду общих факторов, способствующих развитию гиперпластического гингивита, ведущая роль отводится изменениям гормонального статуса, поэтому заболевание нередко развивается в период полового созревания, беременности. Среди прочих причин гипертрофического гингивита следует отметить прием некоторых групп лекарственных препаратов (противосудорожных средств, блокаторов кальциевых каналов, иммуносупрессивных средств).