

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)
ПРИ ДИАГНОЗЕ ГИПЕРТРОФИЯ ДЕСНЫ

К06.1 Гипертрофия десны

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:
Российская пародонтологическая ассоциация

Оглавление	
Оглавление.....	2
Ключевые слова.....	3
Список сокращений	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация.....	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	6
1.4 Кодирование по МКБ 10	6
1.5 Классификация	6
1.6 Клиническая картина	7
2. Диагностика	7
2.1 Жалобы и анамнез	8
2.2 Физикальное обследование	9
2.3 Лабораторная диагностика	10
2.4 Инструментальная диагностика	10
2.5 Иная диагностика	11
3. Лечение	11
3.1 Консервативное лечение	12
3.2 Иное лечение	14
4. Реабилитация	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	14
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания	15
7. Организация медицинской помощи ..	15
Критерии оценки качества медицинской помощи	15
Список литературы	16
Приложение А1. Состав рабочей группы	19
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	20
Приложение А3. Связанные документы	23
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	24
Приложение В. Информация для пациентов	25

Ключевые слова

- Гипертрофия десны
- Гиперплазия десны
- DIGO
- Профессиональная гигиена полости рта

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

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

ГД – гипертрофия десны

ППЛ – поддерживающее пародонтологическое лечение

Термины и определения

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

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.

Гингивэктомия – иссечение десны с целью ликвидации «ложного» или пародонтального кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта.

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 минерализованных зубных отложений 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.

Ультразвуковой скейлинг (debridment) – это процедура удаления скоплений минерализованных зубных отложений с поверхности зуба физическим методом (ультразвуковым).

1. Краткая информация

1.1 Определение

Гипертрофия десны, также называемое медикаментозное разрастание или гиперплазия десен, считается побочным эффектом некоторых лекарств (противосудорожные препараты, иммунодепрессанты и гипотензивные препараты (блокаторы кальциевых каналов).

1.2 Этиология и патогенез

К06.1 Гипертрофия десны

Воспалительный процесс в пародонте является результатом реакции на различные раздражители. Основным этиологическим фактором в развитии гипертрофии десны является прием некоторых лекарственных препаратов: гидантоина при эпилепсии, нифедипина, амлодипина при лечении гипертонической болезни, ИБС; циклоспорина (цитостатик, применяется в качестве иммунодепрессанта при трансплантации органов). Также, пролиферативные изменения в тканях пародонта могут быть вызваны различными травмирующими местными факторами, такими как: плохая гигиена полости рта, нависающие края ортопедических конструкций, наличие травматической окклюзии.

Воспалительный процесс в пародонте, как и в других соединительных тканях организма, протекает по общим закономерностям.

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.

Фенитоин, циклоспорин и нифедипин являются наиболее распространенными причинами возникновения лекарственной гипертрофии десны в полости рта, а фенитоин имеет самую высокую распространенность. По оценкам, у 50% взрослых, находившихся на лечении фенитоином, возникает гипертрофия десны, 30% - циклоспорином и 20% - нифедипином.

1.4 Кодирование по МКБ 10

К06.1 Гипертрофия десны

1.5 Классификация

Классификация лекарственной гипертрофии по МКБ-10

K06.1 - гипертрофия десны

K06.10 - фиброматоз десны

1.6 Клиническая картина

Характерные признаки гипертрофии десны:

- десневые сосочки деформированы, увеличены в размере;
- отмечается гиперемия, отечность десны;
- в зависимости от интенсивности воспаления отмечается разная степень кровоточивости, но зондовая проба на кровоточивость всегда положительная;
- увеличение десны генерализованное, преимущественно в области фронтальных зубов на верхней и нижней челюстях;
- гипертрофия десны, как правило, не наблюдается в области отсутствующих зубов;
- имеется неминерализованный зубной налет и/или зубной камень;
- разрастание десны исчезает при удалении зубов;
- общее состояние больных обычно не нарушено.

Жалобы на необычный вид десны, её увеличение, кровоточивость десны при чистке зубов, боль при приеме пищи, неприятный запах изо рта.

В анамнезе пациенты обычно указывают на прием лекарственных препаратов (противосудорожные, цитостатики, блокаторы кальциевых каналов), на кровоточивость дёсен продолжительное время.

2. Диагностика

Диагностика ГД 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 характер течения и распространенность ГД, выявляют общие и местные этиологические и патогенетические факторы. Проведение диагностики зачастую требует привлечения специалистов других стоматологических специальностей (ортопедов, хирургов), а также специалистов общего лечебного профиля.

При диагностике ГД необходимо исключить заболевания крови, эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД-инфекция, вирусные гепатиты) и т.д.

Критерии установления диагноза:

- увеличение десны в размере;
- прием лекарственных препаратов в анамнезе;
- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре;
- боль при приеме пищи;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- неприятный запах изо рта;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;

Перед началом любого лечения необходимо сделать компьютерную томографию полости рта и ортопантомографию.

Общий анализ крови показан пациентам с разрастанием десны, если присутствует обильное кровотечение из десен, даже если оно вызвано лекарственными средствами, для исключения анемии и лейкемии.

Биопсию тканей десны следует проводить в случае необычной картины заболевания.

Гистопатологическое исследование разрастаний является обязательным для оценки злокачественных изменений.

Кандидоз и другие инфекции в полости рта можно исключить путем взятия анализа на микробиологическое исследование.

Для объективизации местного статуса при гипертрофии десны интенсивность воспаления определяют с помощью индекса кровоточивости Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971, в модификации Cowell J., 1975), с помощью зондовой пробы.

Лекарственную гипертрофию десны дифференцируют с фиброматозом десны, гиперплазией десны при лейкозах, эпулисом.

2.1 Жалобы и анамнез

С целью установления диагноза обязательно проводят сбор жалоб и анамнеза.

Рекомендуется собрать жалобы и анамнез заболевания

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарий: Основные жалобы при ГД на увеличение десны, кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта.

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 убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *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 лекарственная гипертрофия десны может возникать уже через несколько месяцев после начала лечения и не сразу купируется после окончания его приема.*

2.2 Физикальное обследование

Рекомендовано провести внешний осмотр

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

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 убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

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, тяжелой 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 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 убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: *Определяют гигиеническое состояние полости рта, интенсивность и распространенность воспалительной реакции, целостность зубодесневого прикрепления. 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 исследования 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 геморрагического синдрома, вызванного заболеваниями крови и кроветворной системы .

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: *кровоточивость десны и геморрагический синдром (петехиальные кровоизлияния, анемичность слизистой оболочки) могут быть первыми признаками лейкоза, наряду со слабостью, повышением температуры тела, увеличением лимфатических узлов.*

Рекомендовано выполнить общий анализ крови с развернутой лейкоформулой.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: *Общий анализ крови с развернутой лейкоформулой проводится, если не удается достигнуть положительной динамики, а также когда клиника поражения не соответствует типичному воспалению десны, вызванному микробной биопленкой.*

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется выполнение проведения зондирования и рентгенологического исследования с целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики с пародонтитом

Зондирование - целостность зубодесневого прикрепления при всех клинических формах гингивита в области всех зубов верхней и нижней челюсти не нарушена.

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 рентгенорадиологических исследований (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.04.2015) (вместе с «Методикой расчета пожизненного атрибутивного радиационного риска при однократном облучении»).

3. Лечение

Лечение лекарственной гипертрофии десны должно быть комплексным. Индивидуальность подхода обусловлена особенностями этиологии и патогенеза заболевания у каждого больного, характером и степенью выраженности воспалительных изменений в тканях. План лечения составляют персонально для каждого пациента по принципу комплексной терапии, сочетающей местное лечение с общим воздействием на организм.

Принципы лечения больных с лекарственной гипертрофией десны предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение очага воспаления. Лечение направлено на купирование процесса и предупреждение рецидива воспалительных изменений в тканях пародонта и возникновения осложнений.
- улучшение качества жизни пациента, позволяя ему выполнять безболезненно важные функции (прием пищи, жевание)

- улучшение эстетических параметров десны
- восстановление и сохранение функции зубочелюстной системы;
- предупреждение развития местных и общих осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациента.

Лечение ГД включает:

- консультация и/или лечение у специалистов смежного профиля для коррекции принимаемой терапии
- проведение профессиональной гигиены рта (под местной анестезией, при необходимости и отсутствии общих противопоказаний);
- антисептическая и антимикробная обработка рта;
- предупреждения образования на поверхности зубов микробной биопленки и ее удаления;
- удаление мягких и твердых на зубных отложений;
- удаление твердых зубных отложений с поверхности корня зуба;
- полирование поверхностей зуба;
- коррекция и контроль гигиены рта;
- противовоспалительная терапия;
- при необходимости - хирургическое пародонтологическое лечение (гингивэктомия)
- обучение пациентов гигиене рта и мотивация к отказу от вредных привычек

Стоматологи должны рекомендовать четырехступенчатую ежедневную схему гигиены с использованием щетки, зубной пасты, зубной нити и ополаскивателя.

Ежедневное использование одобренных ополаскивателей с эфирными маслами и хлоргексидином для полости рта позволяет достичь значимого уменьшения образования зубного налета, что ведет к снижению риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта среди широких групп населения.

При лечении ГД 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 консервативного пародонтологического лечения (профессиональная гигиена полости рта, скейлинг, рутпленинг)

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Профессиональная гигиена полости рта является основой консервативного лечения ГД и включает мотивацию пациента к лечению, обучение гигиене полости рта с выбором средств и предметов индивидуальной гигиены, контролирующую чистку зубов, удаление надд- и поддесневых зубных отложений, полировку поверхностей зубов, устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета. Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфльтрационная, проводниковая).

Рекомендуется проведение санация полости рта.

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 шлифования зубов с целью устранения травматической окклюзии (в случае необходимости)].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Рекомендуется проведение коррекция патологии прикуса путем ортодонтического лечения (в случае необходимости) .

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии:

С целью местного медикаментозного воздействия на микроорганизмы биопленки рекомендуется использовать антисептики .

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 ополаскивателей.

Основные группы антисептиков, применяющиеся при лечении ГД: D08AC бигуаниды и амидины (хлоргексидин и др.), D08AJ четвертичные соединения аммония (цетилпиридина хлорид, бензетония хлорид и др.), D08AG препараты йода, 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 0,12-0,2%, цетилпиридина хлорид 0,07%, бензетония хлорид. При использовании хлоргексидина более 4 недель может наблюдаться изменение вкусовой чувствительности, окрашивание зубов, десквамация эпителия.

Рекомендуется применение местных противовоспалительных препаратов.

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 Иное лечение

Рекомендуется использовать в период обострения заболевания для индивидуальной гигиены полости рта мягкую зубную щетку, лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие антисептики, ополаскиватели с антисептиками (курсовое применение до 14 дней), 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)

Комментарии: Использование ополаскивателей с хлоргексидином более 4 недель может вызвать окрашивание коронок зубов, изменение вкусовой чувствительности, жжение в языке, раздражение слизистой оболочки рта.

4. Реабилитация

Рекомендуется осуществлять поддерживающую пародонтологическую терапию после окончания активного пародонтологического лечения.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Поддерживающее пародонтологическое лечение 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 6 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 проводится 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.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

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 электрическую зубные щетки, зубные нити, межзубные ершики, лечебно-профилактические зубные пасты, ополаскиватели, 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 ГД 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, являются преходящими, и при условии устранения местных этиологических факторов в полости рта выздоровление может произойти в постнатальный период. Эффективность лечения будет выше при взаимодействии стоматолога и лечащего врача общего профиля.

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

7. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с гипертрофией десны 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 шлифования зубов при наличии травматической окклюзии	2	B
6.	Проведение ортодонтического лечения при наличии патологии прикуса	2	B
7.	Поддерживающее пародонтологическое лечение	1	B
8.	Консультация врача общего профиля при выявлении признаков системного заболевания	1	A

Исходом лечения ГД 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 ГД у пациентов с системными расстройствами и заболеваниями:
 - Снижение выраженности/полное исчезновение клинических проявлений воспалительного поражения десны.
 - Устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен.

Список литературы.

1. Аверьянов, С.В. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студенческой молодежи г. Уфа / С.В. Аверьянов, Г.Г. Акатьева, Е.В. Пупыкина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2015. – № 3. – С. 51–54.
2. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта // Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. О.О. Янушевича. – М.: МГМСУ, 2018. – С. 10–12.
3. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний / Л.Ю. Орехова В.Г. Атрушкевич, Д.В. Михальченко, И.А. Горбачева // Пародонтология. – 2017. – Т. 22, № 3. – С. 15–17.
4. Улитовский, С.Б. Комплексное применение современных противовоспалительных профилактических средств оральной гигиены при воспалительных заболеваниях пародонта / С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, А.А. Леонтьев // Институт стоматологии. - 2020. - № 3 (88). - С. 45-47.
5. Флейшер, Г.М. Индексная оценка в пародонтологии: руководство для врачей / Г.М. Флейшер. – М., 2019. – 532 с.
6. Янушевич О.О. Пародонтология / О.О. Янушевич, Л.А. Дмитриева, Р.А. Айвазова [и др.] / Национальное руководство. -М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2018. - 752 с.
7. Янушевич О.О. Пародонтология / О.О. Янушевич, Л.А. Дмитриева, Р.А. Айвазова [и др.] / Национальное руководство. -М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2018. - 752 с.
8. Seymour RA, Thomason JM, Ellis JS. The pathogenesis of drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol. 1996 Mar;23(3 Pt 1):165-75.
9. Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival overgrowth in children: epidemiology, pathogenesis, and complications. A literature review. J Periodontol. 2005 Jan;76(1):3-10.
10. Bharti V, Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled. J Indian Soc Periodontol. 2013 Mar;17(2):182-7.
11. De la Rosa García E, Mondragón Padilla A. [The effect of mycophenolate mofetil and azathioprine on gingival enlargement associated with cyclosporin A use in kidney transplant patients]. Nefrologia. 2009;29(5):474-8.
12. Mavrogiannis M, Ellis JS, Thomason JM, Seymour RA. The management of drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol. 2006 Jun;33(6):434-9.
13. Dhale RP, Phadnaik MB. Conservative management of amlodipine influenced gingival enlargement. J Indian Soc Periodontol. 2009 Jan;13(1):41-3.

14. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016; **134**(6): 441-450.
15. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease. *Lancet*. 2008; **371**(9623): 1513-1518. 2001.
16. Hsu PF, Cheng HM, Wu CH, et al. High short-term blood pressure variability predicts long-term cardiovascular mortality in untreated hypertensives but not in normotensives. *Am J Hypertens*. 2016; **29**(7): 806-813.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. *Д.м.н., профессор Атрушкевич В.Г.*
2. *К.м.н. доцент Слажнева Е. С.*
3. *Д,м.н. профессор Блашкова С.Л.*

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи стоматологи-общей практики
2. Врачи стоматологи-терапевты
3. Медицинские работники со средним медицинским образованием
4. Организаторы здравоохранения
5. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы)
6. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица 1

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

Таблица 2

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 3

Шкала определения уровней убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств

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

Таблица 4

Шкала определения УУР для лечебных, реабилитационных, профилактических, вмешательств

УУР	Расшифровка
А	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)
В	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)
С	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. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

К06.1 Гипертрофия десны (медикаментозное разрастание или гиперплазия десен) - это состояние, при котором десны увеличены в размере и имеют более красный оттенок. Такое состояние может возникать из-за различных причин, таких как неправильная гигиена полости рта, гормональные изменения, генетические факторы или применение определенных лекарств (противосудорожные препараты, иммунодепрессанты и гипотензивные препараты (блокаторы кальциевых каналов)).

Пациенты с гипертрофией десны предъявляют жалобы на увеличение десен в размере и их кровоточивость. Отмечается ощущение распирания в десне, постоянный привкус крови, боль при приеме пищи, нередко - неприятный запах изо рта. В период обострения настоящие жалобы усиливаются. В анамнезе пациенты обычно указывают на прием лекарственных препаратов (противосудорожные, цитостатики, блокаторы кальциевых каналов), на кровоточивость десен продолжительное время.

Пациентам с гипертрофией десен рекомендовано обратиться к врачу-стоматологу для оценки состояния десен и определения оптимального лечения.

Важно помнить, что игнорирование гипертрофии десны может привести к развитию серьезных осложнений, таких как потеря зубов, озлокачествления процесса. Поэтому регулярные посещения стоматолога и соблюдение правил гигиены полости рта - ключевые меры для поддержания здоровья десны.