

## АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГИПЕРТРОФИИ ДЕСЕН НА ФОНЕ ПРИЕМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

### CLINICAL CASE ANALYSIS OF GINGIVAL HYPERTROPHY ON ANTIHYPERTENSIVE MEDICATION

**M. Kabytova  
O. Kharlamova  
V. Ryzhkova**

*Summary.* Among the numerous periodontal diseases a special place is occupied by pathological processes consisting in gingival proliferation. Gingival hypertrophy is a consequence of various pathogenic factors both general and local on the body. One of the causes of the pathology includes the intake of hypotensive drugs by patients with cardiovascular disease. Drug-induced hypertrophy is manifested by such characteristic symptoms as bleeding gums, supra- and sub-gingival dental deposits, hypertrophy of interdental papillae and marginal gums, and the presence of periodontal pockets. This disease requires a specific treatment algorithm from the dentist. Because of the close relationship between poor oral hygiene and proliferative processes in periodontal tissues, great attention should be paid to the observance of individual oral hygiene of the patient. Performing professional oral hygiene and monitoring the effectiveness of the patient's individual hygiene are the main points in the treatment plan for hypertrophic gingival overgrowth. But without changing the drug-inducer, a complete recovery of the patient is impossible, as there is a high probability of recurrence of the disease. Only with the cooperation of the dentist and the treating cardiologist can a successful treatment of the patient be expected. This paper presents a clinical case of gingival hypertrophy caused by taking calcium channel blockers.

*Keywords:* medicinal gum hypertrophy, periodontitis, hygiene.

**Кабытова Мария Викторовна**

*К.м.н., доцент, Волгоградский государственный  
медицинский университет  
tashan.hoi@mail.ru*

**Харламова Ольга Владимировна**

*Волгоградский государственный медицинский  
университет  
olgakriushina1999@mail.ru*

**Рыжкова Варвара Ивановна**

*Волгоградский государственный медицинский  
университет  
varyaR99@yandex.ru*

*Аннотация.* Среди многочисленных заболеваний пародонта особое место занимают патологические процессы, заключающиеся в пролиферации десен. Гипертрофия десен является последствием действия на организм различных патогенных факторов как общих, так и местных. К одной из причин патологии относится прием гипотензивных препаратов пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Лекарственная гипертрофия проявляется такими характерными симптомами как: кровоточивость десен, над- и поддесневые зубные отложения, гипертрофия межзубных сосочков и маргинальной десны, наличие пародонтальных карманов. Данное заболевание требует от врача-стоматолога определенного алгоритма лечения. Из-за тесной взаимосвязи плохого гигиенического состояния ротовой полости и пролиферативных процессов в тканях пародонта, большое внимание должно уделяться соблюдению индивидуальной гигиены полости рта пациента. Проведение профессиональной гигиены полости рта и контроль эффективности индивидуальной гигиены пациента — главные пункты в плане лечения гипертрофического разрастания десны. Но без смены препарата-индуктора полное выздоровление пациента невозможно, так как имеется большая вероятность рецидивов заболевания. Только при взаимодействии врача-стоматолога и лечащего врача-кардиолога можно рассчитывать на успешное лечение пациента. В данной работе представлен клинический случай возникновения гипертрофии десен на фоне приема блокаторов кальциевых каналов.

*Ключевые слова:* лекарственная гипертрофия десен, пародонтит, гигиена.

**В**оспалительные заболевания пародонта занимают лидирующее место по обращаемости среди пациентов. Все чаще пациенты обращаются с жалобами на разрастание десны. Необходимо отметить увеличение случаев лекарственной гипертрофии десен. Основной группой пациентов с данной патологией являются люди 60 лет и старше. Это связано с увеличением продолжительности жизни и ростом гериатрических пациентов. В связи с полиморбидной нагрузкой у данной

категории пациентов и приемом препаратов различных групп, например, блокаторы кальциевых каналов, иммунодепрессанты, антиконвульсанты наиболее частым осложнением при приеме данных препаратов является лекарственная гипертрофия десен. Данные препараты обладают совершенно разным фармакологическим действием, но, несмотря на это, одинаково воздействуют на ткани пародонта, в особенности на эпителий десны, вызывая его гиперплазию. [1 с.74–75]



Рис. 1. Ортопантомограмма пациентки М. на момент обращения в клинику

Механизм возникновения лекарственной гипертрофии до конца не ясен. Известно, что при приеме гипотензивных препаратов в основном он связан с блокадой прохождения ионов кальция через мембрану фибробластов десны. [2] Это приводит к перемене активности фермента, участвующего в разрушении пептидных связей коллагена (коллагеназа), а также изменению самого гомеостаза клеток. Расщепление коллагена замедляется, из чего следует его избыточное накопление в тканях десны. Частота осложнения в виде гипертрофии десны у пациентов, принимающих препараты данной группы равна 18–25%. Следует отметить, что вместе с приемом гипотензивных препаратов к избыточному росту ткани десен приводит неудовлетворительная гигиена полости рта пациента. Это также является важным звеном для возникновения сочетанных патологий пародонта. Существует связь между плохой гигиеной полости рта, воспалением в тканях пародонта и выраженностью разрастания десен.

Помимо воспаления десны, у пациентов данной категории возникает пародонтит, который сопровождается образованием карманов, горизонтальной резорбцией альвеолярной кости, убылью межальвеолярных перегородок. [3]

Поэтому необходимо своевременно проводить комплексное лечение, включающее в себя не только стоматологическую помощь (терапевтическую и хирургическую), но и помощь специалиста-кардиолога для корректировки или смены препарата. Положительная динамика лечения может наблюдаться при применении препаратов, содержащих бактериофаги. Действие основано на вирусах, избирательно поражающих бактерии. В результате избирательного действия препараты не нарушают нормальную микрофлору полости рта, способствуют ее улучшению, и не воздействуют на органы

и системы организма. Лечение гипертрофии десен охватывает достаточно большой промежуток времени, поэтому требует от пациента мотивации и дисциплины, что необходимо для достижения хороших результатов. [4]

Провести анализ клинического случая лекарственной гипертрофии десен на фоне постоянного приема антигипертензивных препаратов.

Пациентка М., 65 лет, обратилась с жалобами на разрастание десен, кровоточивость при чистке зубов и приеме твердой пищи, неприятный запах изо рта. Со слов пациентки, данная проблема оказывает значительное влияние на качество ее жизни. Из анамнеза отмечает ухудшение состояния десен в последний месяц. За пародонтологической помощью ранее не обращалась. Около 10 лет назад было проведено ортопедическое лечение. При сборе анамнеза отмечает наличие гипертонической болезни, на постоянной основе принимает препараты следующих фармакологических групп: блокатор кальциевых каналов,  $\beta$ -адреноблокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента. Коррекции гипотензивной терапии в течении длительного времени не проводилось. Аллергические реакции на лекарственные средства отрицает. Также проводилась оценка состояния гигиены полости рта.

Результатами объективного осмотра и клинико-рентгенологического обследования явились:

- ◆ неудовлетворительная гигиена полости рта;
- ◆ обильные над- и поддесневые зубные отложения;
- ◆ гипертрофия десен;
- ◆ кровоточивость десен при зондировании и самопроизвольная;
- ◆ наличие пародонтальных карманов глубиной до 5 мм;



Рис. 2. Состояние полости рта на момент обращения

- ◆ гнойное отделяемое из пародонтальных карманов;
- ◆ деструктивные процессы в костной ткани альвеолярного отростка вертикального типа в области первых моляров, а также в области премоляров верхней челюсти;
- ◆ вовлеченность фуркаций (II тип) (Рис. 1).

Комплекс лечебных мероприятий по ведению пациента был разбит на несколько этапов, в соответствии с тяжестью процесса и результатами клинических и рентгенологических методов обследования. Протокол лечения пациента осуществляли в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколы лечения) при диагнозе пародонтит.

На первом этапе комплексного лечения проводилась:

- ◆ профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвукового аппарата «DTE»;
- ◆ обучение индивидуальной гигиене рта;
- ◆ противовоспалительная терапия согласно клиническим рекомендациям.

На втором этапе лечения планируется хирургическое вмешательство на тканях пародонта с целью коррекции гипертрофии десны.

Пациентке в дополнение общепринятой медикаментозной терапии было назначено применение геля с бактериофагами для десен «Фагодент» с целью коррекции микрофлоры полости рта. Рекомендовано нанесение геля на десну ежедневно на протяжении двух недель.

Клиническую оценку проводили на основании данных осмотра, пальпации. До начала лечения оценивали гигиенический индекс ОНI-S (Green, Vermillion, 1964). Для

оценки воспаления определяли индекс РМА (С. Parma, 1960), определяли глубину пародонтальных карманов. Также пациентке определяли индекс кровоточивости (Muhlemann H.R., Cowel I). Результаты лечения оценивали на 7, 14 сутки и через 1 месяц.

#### Результаты исследования и их обсуждение (Results and discussions)

Пациентка до начала лечения предъявляла жалобы на разрастание десен, кровоточивость при чистке зубов и приеме твердой пищи, неприятный запах изо рта (Рис. 2). Также данная проблема оказывает значительное влияние на качество жизни пациентки.

Гигиенический индекс ОНI-S составил 1,7 баллов, из чего следует неудовлетворительная гигиена полости рта. РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс) равен 52%, что говорит о гингивите средней степени тяжести. По результатам измерения пародонтальных карманов их глубина составила 3,7 мм., что свидетельствует о наличии пародонтита средней степени тяжести. Индекс кровоточивости по Мюллерману (ИК) равен 1,8 баллов (соответствует среднему воспалению в тканях пародонта).

При осмотре полости рта через 1 неделю отмечается положительная динамика. Сохраняется незначительная гиперемия десны, её поверхность имеет бугристую форму. При подсчете индексов получены следующие изменения: индекс РМА составил 39% (средняя степень тяжести гингивита), что свидетельствует о снижении воспалительного процесса в тканях пародонта. Гигиенический индекс ОНI-S составил 1,4 балла, что говорит об улучшении гигиенического состояния полости рта (гигиена удовлетворительная). Уменьшилась глубина пародонтальных карманов (до 3,6 мм). Снизилась кро-

воточивость десен (ИК=0,8). Пациентка отмечает отсутствие дискомфортных ощущений во время приёма пищи и чистки зубов.

Через 2 недели при осмотре отмечено повышение уровня гигиены полости рта пациентки (гигиенический индекс ОНI-S=1,3). Объем гипертрофированной, воспаленной десны заметно уменьшился, о чём свидетельствует папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА=35%). Отмечается снижение кровоточивости десен (ИК=0,3). Уменьшилась глубина пародонтальных карманов (3,5 мм).

Пациентка направлена на хирургическое лечение.

После проведенного лечения через месяц у пациентки выявляется значительное улучшение состояния пародонтальных тканей. Десна на большем участке бледно — розового цвета, имеет гладкую поверхность. Индекс РМА = 3,5%, отмечен локализованный гингивит легкой степени тяжести. Глубина пародонтальных карманов до 3,5 мм, кровоточивость и гнойное содержимое отсутствует. Уровень гигиены полости рта хороший (ОНI-S =0,48)

Стоматологическое здоровье индивидуума значительно влияет на качество его жизни. Патологические состояния пародонта являются социально значимой проблемой значительно ухудшаю эстетику лица, качество питания, влияют на психику и поведение человека в обществе. Заболевания пародонта имеют полиэтио-

логическую природу возникновения. По этой причине необходимо учитывать все риски возникновения заболевания в процессе лечения. [5]

Приведенный клинический случай возникновения патологии обусловлен длительным приемом гипотензивных средств. Примерно в 20% процентов случаев у пациентов с гипотензивной терапии возникают гипертрофические изменения десны. Чаще всего среди гипотензивных средств гиперпластические процессы вызывают препараты группы блокаторов кальциевых каналов.[6,7] Помимо негативного действия гипотензивных препаратов на патологию тканей пародонта могли так же оказать влияние плохой уровень гигиены, воспалительные изменения в тканях пародонта, а также генетическая предрасположенность и возраст пациентки. [8]

Лечение должно быть направлено на снятие воспалительных процессов, нормализацию микрофлоры полости рта и устранение гиперпластических изменений десневой ткани. Оно должно иметь комплексный подход с сочетанием терапевтического, хирургического и ортопедического лечения, а для большей эффективности необходима коррекция гипотензивной терапии врачом кардиологом.[9,10] Немаловажную роль также имеет мотивация и психологическая подготовка пациента к процессу длительного лечения, обсуждение необходимости поддержания хорошего гигиенического состояния полости рта и регулярное посещения врача-стоматолога. Соблюдение всех факторов является основой успешного лечения патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Тиунова Н.В., С.М. Толмачева, Л.В. Вдовина, Е.Ю. Иванченко // Тактика ведения пациента при гипертрофии десны на фоне приема антигипертензивных препаратов //Dental Forum. — 2021. — № 4(83). — С. 74–75.
2. Bán, Ágnes et al. "[Proper oral health can protect from developing gingival hyperplasia induced by calcium channel blockers]." *Orvosi hetilap* 159 29 (2018): 1183–1187.
3. Brochet MS, Harry M, Morin F. Nifedipine Induced Gingival Hyperplasia in Pregnancy: A Case Report. *Curr Drug Saf.* 2017.
4. Dorri M. Periodontal diseases: New classification for periodontal diseases. *BDJ.* 2018;225(8):686.
5. Makkar H., Reynold M.A., Wadhawan A., Dagdag A., Merchant A.T., Postolache T.T. Periodontal, metabolic, and cardiovascular disease: exploring the role of inflammation and mental health. *Pteridines.* 2018; 29: 124–63.
6. Maurizio ST, Henry G, Kenneth SK. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol.* 2018;45(20):149–61
7. Needleman I, Garcia R, Gkraniias N, Kirkwood KL, Kocher T, Iorio AD, et al. Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2018;45(20):112–29
8. Niklaus PL, Bartold PM. Periodontal health. *J Clin Periodontol.* 2018;45(20):9–16
9. Fiorillo L., Cervino G., Laino L., et al. Porphyromonas gingivalis, periodontal and systemic implications: a systematic review. *Dent J (Basel).* 2019; 7 (4): 114.
10. Winning L., Patterson C.C., Linden K., Evans A., Yarnel J., McKeown P.P., et al. Periodontitis and risk of prevalent and incident coronary heart disease events. *J Clin Periodontol.* 2020; 47 (12): 1446–56. Epub 2020 Nov 9

© Кабытова Мария Викторовна ( masha.hoi@mail.ru ),

Харламова Ольга Владимировна ( olgakriushina1999@mail.ru ), Рыжкова Варвара Ивановна ( varyaR99@yandex.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»