



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

**УДК: 616.314.17-002.2:616.314.26**

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У  
БОЛЬНЫХ С ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ (обзор литературы)**



**Абасния Сурайё Расуловна**

**Ургенчский государственный медицинский институт, старший преподаватель, PhD**

**[suraya8089@gmail.com](mailto:suraya8089@gmail.com)**

**ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7115-4491>**



**Тураев Азизбек Икром угли**

**Ургенчский государственный медицинский институт, ассистент.**

**[turayev.azizbek.ikromovich@mail.ru](mailto:turayev.azizbek.ikromovich@mail.ru)**

**ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9125-7244>**

**Аннотация.** Воспалительные заболевания пародонта являются одними из самых распространенных среди населения. В данной статье описывается связь развития гипертрофического гингивита с ортодонтическим лечением, а также этиология, патогенез, течение и лечение данной патологии.

**Ключевые слова:** гипертрофический гингивит, ортодонтические конструкции, лечение гингивита.

По данным ВОЗ (доклад научной группы ВОЗ, 1990 г., основанный на обследовании населения 53 стран), очень высокий уровень заболеваний пародонта приходится на возраст 35-44 лет (от 65-98%) и 15-19 лет (от 55-89%) [36].

Болезни пародонта могут развиваться под влиянием местных причин: микроорганизмы зубного налета, окклюзионная травма, пломбы с нарушением краевого прилегания, нерациональное протезирование; сочетанного воздействия местных и общих факторов на фоне изменения реактивности организма. Проявление патологии пародонта зависит от состояния организма и отдельных его систем, поэтому важно учитывать состояние всего организма при лечении болезней органов и тканей рта. К заболеваниям, которые могут привести к патологии пародонта относят: эндокринную патологию, заболевания сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта и легочной системы, нервные болезни, беременность и другие [12,16].

По данным литературы, одним из патогенетических механизмов развития воспалительного процесса в пародонте является избыточное образование и накопление свободных радикалов, обладающих высокой реакционной активностью, способных вызывать окислительную модификацию белков, нуклеиновых кислот, углеводов, что приводит к



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

нарушению тканевого дыхания во внутренней мембране митохондрии и процессов гидроксирования в микросомах. В результате этого повреждаются структуры ДНК и рибосомной РНК, органоидов клетки, возрастает активность внутриклеточных ферментов. Конечным результатом этих процессов является развитие кислородзависимых патологических процессов в виде гипоксии, хронического воспаления и интоксикации [24, 26, 38].

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта, а в частности гипертрофического гингивита, среди подростков составляет от 50 - 99% , который часто сочетается с аномалиями прикуса и такое сочетание составляет около 70% случаев, что является актуальной и нерешенной проблемой современной пародонтологии и ортодонтии. Поэтому изучение вопросов корреляционной зависимости между степенью выраженности морфологических, функциональных и эстетических нарушениях жевательно-речевого аппарата и степенью тяжести воспалительного процесса в тканях пародонтального комплекса является важным и необходимым для разработки современных комплексов лечения подростков с гипертрофическим гингивитом и аномалией прикуса в период гормональной перестройки [18].

Литературные данные свидетельствуют о том, что в подростковый период происходит взаимодействие регуляторных систем организма, которые влияют на состояние пародонта. При этом пародонт является индикатором функциональных и морфологических изменений в организме. При нарушении иннервации и кровообращения у большинства пациентов развиваются заболевания пародонта. Вегетативная нервная система осуществляет интегрирующую роль в регуляции обменных процессов и непрерывной его настройке на постоянно меняющийся ритм. Установлены взаимосвязи между болезнями пародонта и различной системной патологией, имеются факторы которые могут лежать в основе их взаимосвязи. Действие разных факторов на ткани пародонта проявляется неодинаково и зависит от состояния вегетативной нервной системы [13, 15].

В некоторых научных работах отражено, что в подростковом периоде выявлена связь между заболеваниями пародонта и изменениями в период полового созревания. В указанный период происходит поток симпатической импульсации в системы организма, что понижает устойчивость подростка к воздействию внешних неблагоприятных факторов [34, 41].

По данным некоторых авторов, течение патологического процесса у подростков усугубляется такими факторами, как патология прикуса, аномалии положения зубов, активное ортодонтическое лечение [20, 35, 40].

Ортодонтическое лечение является профилактикой заболеваний пародонта, однако в то же время, при наличие факторов риска для развития патологии в тканях пародонтального комплекса ортодонтические силы вызывают перестройку косных структур и связочного аппарата тканей пародонта, что приводит, с одной стороны, к снижению их резистентности, а с другой стороны - это вызывает активацию процессов резорбции кости альвеолярного гребня и корней зубов с разрушением периодонтально-связочного аппарата или вызывая, на фоне имеющихся факторов риска гипертрофию мягких тканей пародонтального комплекса [3].

При ортодонтическом лечении возможна травматизация десен, которая возникает вследствие постановки конструкции. Существует несколько путей развития гипертрофического гингивита, одним из которых является давление ортодонтической конструкции на мягкие ткани пародонта, происходит воспаление, которое приобретает хроническое течение. Возможен другой вариант развития гипертрофического гингивита, при котором основной причиной появления воспалительной реакции являются ферменты и токсины, вырабатываемые микроорганизмами вследствие плохого уровня гигиены полости рта и наличия зубных отложений [2].



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Гипертрофический гингивит после ортодонтического лечения по частоте встречаемости напрямую зависит от качества ортодонтической конструкции и ее установки в полости рта, а также от состояния мягких тканей полости рта пациента [27, 28].

Гипертрофический гингивит в общей структуре болезней пародонта составляет от 5,2 до 41,6% случаев, при этом частота его в период гормональных изменений в организме составляет 40-100% у беременных женщин, 5,2-41,6% - в пубертатный период; у лиц, принимающих антагонисты кальция - 14,5-83%, противосудорожные препараты - 40-50%, иммунодепрессанты - 30% [21, 37].

Доказано, что морфологические изменения различны при отечной и фиброзной формах гипертрофического гингивита. Так, при отечной форме морфологические изменения проявляются в увеличении кислых мукополисахаридов, расширении сосудов, увеличении количества лимфоцитов и плазматических клеток. При фиброзной форме наблюдается акантоз, пролиферация фибробластов, увеличение пучков коллагеновых волокон, небольшие очаги воспалительной инфильтрации [7, 39].

Результаты, получаемые при исследовании жидкости зубодесневой борозды, позволяют установить характер изменений в пародонте, а также их динамику в процессе проводимого лечения. В норме десневая жидкость вырабатывается в незначительных количествах, при воспалительных явлениях ее объем увеличивается вследствие нарастания внутритканевого давления и повышения проницаемости сосудов в собственной пластинке. При этом в жидкость десневой борозды проникают различные медиаторы воспаления, ферменты и другие, биологически активные вещества, а также продукты ферментативного разрушения тканей. Анализ указанных веществ имеет клиническое значение для диагностики характера, стадии и активности патологического процесса. Эндотоксины, амины, различные ферменты и их ингибиторы имеют микробное происхождение. Важное диагностическое значение имеют содержание и состав клеточных элементов в жидкости десневой борозды, которые способны указать на характер и активность воспалительного процесса. Наиболее типичными клетками в этой жидкости в норме являются нейтрофильные гранулоциты и моноциты. При гипертрофическом гингивите в жидкости десневой борозды содержатся гранулоциты (70-80%, главным образом, нейтрофилы), моноциты/макрофаги (10-20%), тучные клетки (5%) и Т-лимфоциты (5%), В-лимфоциты обычно не обнаруживаются [9, 33].

В последнее время особую актуальность приобретает выбор метода лечения гипертрофического гингивита, который зависит от этиологии, патогенеза, клинического течения и степени воспаления десны [4].

Согласно литературным данным, тактика лечения гипертрофического гингивита должна быть согласована со специалистами общего профиля: в пубертатный период - с педиатром, при эндокринных заболеваниях - с эндокринологом, при приеме противосудорожных препаратов - с психоневрологом [23].

Учитывая современные представления, консервативное лечение пациентов с отечной формой гипертрофического гингивита включает в себя: профессиональную гигиену рта; устранение факторов, усугубляющих патогенное воздействие микроорганизмов (окклюзионная травма, патология прикрепления уздечек в области преддверия); местное применение антибактериальных и противовоспалительных лекарственных средств (антисептики, НПВС, средства, влияющие на микроциркуляцию), антиоксидантов [6, 10].

Лечение гипертрофического гингивита после ортодонтического лечения проводится путем устранения основных симптомов заболевания. Непосредственно перед началом лечения пациенту необходимо провести профессиональную гигиену полости рта [30]. После чего назначают 0,06% раствор хлоргексидина для ротовых ванночек в течение недели. Применяют противовоспалительные препараты и средства, нормализующие сосудисто-тканевую проницаемость: 5% мазь бутадиена, 3% мазь



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

ацетилсалициловой кислоты, индометациновая и другие в виде аппликации на десну. Так же используют массаж, дарсонвализацию и лекарственный электрофорез. Если причиной развития гипертрофического гингивита стала неправильное изготовление и установка ортодонтической конструкции, в этом случае необходимо провести ее коррекцию [31].

Ввиду современных представлений о патогенезе болезней пародонта, консервативное лечение включает антибактериальную и иммуномодулирующую терапию; учитывают индивидуальные особенности пациента, степень выраженности общих и местных проявлений, характер и вид возбудителя, его устойчивость к антибиотикам, общее состояние больного, его возраст, стадию развития процесса [14, 19].

Согласно литературным источникам, патогенетическая терапия воспалительных болезней пародонта включает несколько механизмов: нормализацию сосудисто-тканевой проницаемости; ингибирование лизосомальных ферментов; снижение активности гистамина, кининов, простагландинов; улучшение обменных процессов; снижение гипоксии и свободнорадикального окисления; цитостатическое действие; стимуляция секреции эндогенных глюкокортикоидов [29].

По данным научной литературы, синтетические препараты для лечения отечной гипертрофического гингивита используются длительное время, однако они обладают такими недостатками, как токсическое и раздражающее действия на организм [8, 11].

В настоящее время перспективным в стоматологической практике является использование фитопрепаратов, которые не нарушают микробиоценоз рта, появляется возможность использования всех компонентов, входящих в состав лекарственного растения, и комбинирования фитосредств для усиления терапевтического эффекта [1, 4].

Хирургический способ лечения - гингивэктомия, является эффективным, однако не всегда можно прибегнуть к данному вмешательству. Так, гингивэктомия не рекомендуется при некоторых системных заболеваниях: заболевания крови (болезнь Верльгофа, гемофилии А, В, врожденные и приобретенные тромбоцитопении, синдром Виллебранта-Юргенса), эндокринной патологии (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), хронических заболеваниях печени [5, 17, 22].

По данным Виноградовой Т.Ф., методы хирургического лечения гипертрофического гингивита не могут быть эффективными у детей, в период относительной морфологической и функциональной незрелости половой сферы, так как возникают рецидивы, происходит дальнейшее развитие гиперплазии десны, что способствует деструкции пародонтальной связки и возникновению более глубоких поражений пародонта. Абсолютными показаниями к гингивэктомии являются гипертрофический гингивит III степени и отсутствие эффекта консервативной терапии. Показаниями к криовоздействию являются гипертрофический гингивит и папиллит II и III степени, фиброматоз десен, эпюлид [42].

Зубочелюстная система в процессе эволюции человека, подверглась значительным изменениям, что привело к развитию различных патологических видов прикуса и аномалии положения зубов. В настоящее время используются различные виды ортодонтических конструкций, в связи с этим растет актуальность вопроса о последствиях ортодонтического лечения, таких как гипертрофический гингивит, то есть исследование причин и частоты возникновения данного заболевания, а так же сведения к минимуму его последствий путем грамотного и своевременного лечения [32].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Е.С. Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. .. канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.С. Алексеева. -СПб., 2007. - 19 с.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

2. Аникиенко А.А. Аппаратурное ортодонтическое лечение и его подчинение физиологическим законам раздражения. 2010. 560 с.
3. Арсенина, А.О. Ортодонтическое лечение пациентки с тонким биотипом десны и аномалиями окклюзии / А.О. Арсенина, А.И. Грудянов, Н.В. Надточий, Н.В. Попова, А.С. Карпанова // Стоматология. - 2020. - №1. - С. 89-94.
4. Бирюкова Ю.А. Клинико-лабораторное исследование эффективности использования фитопрепарата при лечении гипертрофического гингивита: автореф. дис. .. канд. мед. наук: 14.01.14/ Бирюкова Ю.А. -2015. – 26 с.
5. Бутюгин, Н.А. Состояние капилляров десны у лиц "пожилого" возраста с заболеваниями пародонта / Н.А. Бутюгин // Новые технологии профилактики, диагностики и лечения в клинике внутренних болезней: материалы обл. науч. -практ. коф. - Челябинск, 2002. - Вып.7. - С. 122-123.
6. Валентинов, Б.Г. Системные биологические эффекты фитопрепаратов китайской медицины: автореф. дис... канд. биол. наук / Б.Г. Валентинов. - Тула, 2005. -24 с.
7. Вилова, Т.В. Клинические аспекты применения препаратов водорослей для профилактики кариеса и гингивита / Т.В. Вилова, В.П. Зеновский, М.А. Девяткова // Стоматология. - 2005. - Т.84,№2. - С. 10-14.
8. Горбатова, Е.А. Топографические особенности отделов десны/ Е.А. Горбатова // Пародонтология. - 2003. - № 4. - С. 19-20.
9. Горбатова, Г.А. Влияние топографии отделов десны, преддверия полости рта, прикрепления уздечек губ на формирование патологических изменений в пародонте: автореф. дис...канд. мед. наук / Г.А. Горбатова. - М.,2004. - 22 с.
10. Горбачева, И.Л. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Я.Ю. Орехова // Стоматология. -2004. -№3. - С.6-11
11. Казарина Л.Н. [и др.] Влияние геля Метрогил дента и лечебной зубной пасты Мексидол дент актив на показатели состояния пародонта и перекисного окисления липидов у лиц с хроническим генерализованным катаральным гингивитом / Стоматология. - 2007. - Т.86.№4. - С. 19-21.
12. Кириллова, Е.В. Клинико-лабораторная эффективность зубных паст «R.O.C.S.» в профилактике основных стоматологических заболеваний у взрослых / Е.В. Кириллова // Стоматология сегодня. - 2010. - № 1 (91). - С. 16.
13. Кречина, Г.К. Применение фитопрепарата *Artemisia absinthium* L. в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Е.К. Кречина, В.В. Белоруков // Стоматология. - 2012. - Т.91, №4. - С.22-24.
14. Куркип, В.А. Вопросы стандартизации сырья и препаратов зверобоя / В.А. Куркип, О.Е. Правдивцева, Л. И. Зимица // Фармация. - 2007. - N4. - С. 12-14.
15. Леонтьев, В.К. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.П. Пахомов. - М., 2006. - 416 с.
16. Ломакина, Н.А. Биополимерные адгезивные пленки «Диплен» с антибактериальным компонентом при лечении пародонтита / Н.А. Ломакина // Материалы конф., посвящ. 100-летию проф. Е.Е. Платонова. - М.,2001. - С. 92-95.
17. Лукиных, Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных. - М.: Мед. книга, 2003. - 196 с.
18. Майчуб И.Ю., Овчаренко Е.С., Лапина Н.В., Таранова Н.Ю. Усовершенствование комплексной терапии гипертрофического гингивита у пациентов с патологией прикуса // Медико-фармацевтический журнал "Пульс". 2023;25(6):68-734.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

19. Мазур, И.П. Влияние зубных паст на поддержание рН-баланса полости рта. Микробиоценоз полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях / И.П. Мазур, А.Ф. Сиренко // Совр. стоматология. - 2007. - №2. - С.48-52.
20. Орехова, Л.Ю. Заболевания пародонта / Л.Ю. Орехова. - М.: Полимедиапресс, 2004. - 432с.
21. Орехова, Л.Ю. Клинико-иммунологические и микробиологические параллели при хроническом генерализованном пародонтите и язвенной болезни желудка / Л.Ю. Орехова, Д.М. Нейзберг, И.Ю. Стюф // Стоматология. - 2006. -№6. - С.22-26.
22. Полянская, Л.Н. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта с использованием механических средств гигиены: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Н. Полянская. - Смоленск, 2005. - 20 с.
23. Пономарева Н.А. [и др.] Антибактериальная эффективность фитосодержащего средства для ухода за съемными зубными протезами у лиц пожилого и старческого возраста / Актуальные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. стоматологического факультета / ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава. - Рязань, 2007. - С. 149-153.
24. Самойленко И.И. Ранняя диагностика воспалительных заболеваний пародонта у детей и подростков с учетом факторов риска / А.В. Самойленко // Саратовский науч.-мед. журн. - 2011, - Т.7, №1 (Прил.). - С.52-55.
25. Соловьева А.М. [и др.] Эпидемиологическое исследование распространенности пародонтопатогенной микрофлоры полости рта у населения России / Стоматология. - 2005. - №5. - С. 14-20.
26. Сорокин, В.В. Применение направленной экстракции при получении препаратов травы зверобоя / В. В. Сорокин, И. Е. Каухова, В. А. Вайнштейн // Фармация. - 2007. - №4. - С.34-35.
27. Суетенков Д.Е., Лясникова А.В. Перспективы ортодонтической коррекции у пациентов с высоким риском пародонтита с помощью микроимплантатов с модифицированным покрытием / Пародонтология. 2009. N 3. С. 45-50.
28. Уильям Р. Профит Современная ортодонтия / пер. с англ. под ред. Персина Л.С. М.: МЕДпресс-информ. 2008. 560 с.
29. Феди, Питер. Пародонтологическая азбука / Питер Феди, Артур Вернино. - М., 2003. - 287 с.
30. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина. 1999. 800 с.
31. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. 3-е изд. испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ. 2008. 272 с.
32. Эльдарханов Д.Х., Вдовин А.К. Гипертрофический гингивит как реакция на ортодонтическое лечение. /Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2015. Том 5. № 10 с.1257-1258
33. Юдина Ю.А. Эффективность применения фитокомплекса в терапии пульпита временных зубов: дис. ... канд. мед. наук / Ю.А. Юдина. - Рязань, 2006. - 137 с.
34. Can chlorhexidine mouthwash twice daily ameliorate cyclosporine-induced gingival overgrowth? / С.-Н. Gau [et al.] // Journal of the Formosan Medical Association. - 2013. -Vol. 112. - P.131-137.
35. Damm, D.D. Localized gingival enlargement. Adenomatoid odontogenic tumor / D.D. Damm // Gen Dent. - 2012. - Vol.60, № 4,- P.355-357.
36. Dmitrieva, L.A. Modern ideas about the role of microflora in the pathogenesis of periodontal diseases / L.A. Dmitrieva, A.G. Krainova // Periodontology. - 2004. - No. 1. - p. 8-15.
37. Generalized gingival hyperplasia occurring during pregnancy / M. Gungurmuş [et al. | // J. Int. Med. Res.- 2002,- Vol.30.- P.353-355.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

38. Hereditary gingival fibromatosis / P.V. Dhadse [et al.] // J Indian Soc Periodontol. - 2012. - Vol. 16, № 4. - P.606-609.
39. Kinane, D.F. Clinical relevance of the host responses of periodontitis / D.F. Kinane, P.M. Bartold // Periodontal.- 2007. - Vol.43. - P.278-293.
40. Risk factors in adult periodontitis: polymorphism in the interleukin-1 gene family / M.L. Laine [et al.] // Ned. Tijdschr. Tandheelkd.- 2002. -Vol. 109,№8. - P.303-306.
41. Seymour, R.A. Risk factors for drug-induced gingival overgrowth / R.A. Seymour, J.S. Ellis, J.M. Thomason // J. Clin. Periodontal. - 2000. - Vol.27. - P.217-223.
42. Surgical correction of excessive gingival enlargements. Case studies /B. Csifo-Nagy [et al.] // Fogorvosiszemle. - 2013. - Vol.106, №2. - P.61-70.

