

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)
ПРИ ДИАГНОЗЕ ГИНГИВИТ

K05.10 простой маргинальный гингивит

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

Российская пародонтологическая ассоциация

Оглавление

Оглавлени.....	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

- Простой маргинальный гингивит
- Хронический гингивит
- Катаральный гингивит
- Пародонтопатогены
- Биопленка
- Профессиональная гигиена полости рта

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

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

ПМГ – простой маргинальный гингивит

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.

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 (debridement) - это процедура удаления скоплений минерализованных зубных отложений с поверхности зуба физическим методом (ультразвуковым).

1. Краткая информация

1.1 Определение

Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, нередко их сочетанием, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

1.2 Этиология и патогенез

Хронический гингивит K05.1

Воспалительный процесс в пародонте является результатом его реакции на различные раздражители. Основным этиологическим фактором в развитии простого маргинального гингивита является микробная биопленка как результат, неудовлетворительной гигиены рта. Также в этиопатогенезе данной патологии принимают участие следующие факторы: химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении), зубочелюстные деформации, вредные привычки, снижение резистентности организма, гормональные изменения, профессиональные заболевания, болезни крови, стресс, прием лекарственных препаратов.

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.

1.4 Кодирование по МКБ 10

K05.1 Хронический гингивит

K05.10 Простой маргинальный гингивит

1.5 Классификация

Классификация гингивита по МКБ-10

1.6 Клиническая картина

В отечественной классификации простой маргинальный гингивит называется «катаральный гингивит». Гингивит развивается лишь в том случае, когда в ответ на действие микробных скоплений биопленки возникает местный острый воспалительный ответ в десне.

Характерные признаки простого маргинального гингивита:

- заболевание чаще выявляют у лиц молодого возраста;
- десна цианотична, отечна в области всех или нескольких зубов;
- зубодесневое соединение сохранено;
- в зависимости от интенсивности воспаления отмечается разная степень кровоточивости, но зондовая проба на кровоточивость всегда положительная;
- имеется неминерализованный зубной налет и/или зубной камень;
- на рентгенограмме нет признаков деструкции межальвеолярных перегородок;
- общее состояние больных обычно не нарушено.

Жалобы на кровоточивость десны, наличие налета или зубного камня, неприятный запах изо рта.

В анамнезе пациенты обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет.

2. Диагностика

Диагностика ПМГ 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, 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 ПМГ необходимо исключить заболевания крови, эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), заболевания органов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, дефицит витамина С (аскорбиновой кислоты), прием лекарственных препаратов, инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД-инфекция, вирусные гепатиты) и т.д.

Критерии установления диагноза:

- 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

Для объективизации местного статуса при простом маргинальном гингивите используют несколько показателей. Количество микробного налета определяют по величине его скопления в пришеечной области — по индексу Силнес-Лое (Silness J., Loe H., 1964) или по гигиеническому упрощенному индексу Грина-Вермильона (Green J.C, Vermillion J.R., 1967). Интенсивность воспаления определяют с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (Shour J., Massler M., 1947, в модификации Parma C., 1960) или индекса кровоточивости Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971, в модификации Cowell J., 1975), с помощью зондовой пробы.

Рентгенологически изменения костной ткани на ранних стадиях развития гингивита отсутствуют (компактная пластинка межзубных перегородок сохранена).

Простой маргинальный гингивит дифференцируют с гипертрофическим (его отечной формой), пародонтитом легкой степени, проявлениями на десне некоторых дерматозов — плоского лишая, пузырчатки и др.

2.1 Жалобы и анамнез

С целью установления диагноза обязательно проводят сбор жалоб и анамнеза.

Рекомендуется собрать жалобы и анамнез заболевания

Уровень GPP

Комментарий: Основные жалобы при ПМГ на кровоточивость десны, наличие налета или зубного камня, 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 GPP

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 лекарственно индуцированный гиперпластический гингивит может возникать уже через месяц после начала лечения и не сразу купируется после окончания его приема [1].

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, тяжелей 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 GPP

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 [3].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

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 – 1)

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 гингивита 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 гингивитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение очага воспаления. Лечение направлено на купирование процесса и предупреждение рецидива воспалительных изменений в тканях пародонта и возникновения осложнений.
- восстановление и сохранение функции зубочелюстной системы;
- предупреждение развития местных и общих осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациента.

Лечение гингивита включает:

- 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 назубных отложений;
 - полирование поверхностей зуба;
 - коррекция и контроль гигиены рта;
 - при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля; санация рта;
 - противовоспалительная терапия;
 - назначение витаминов;
 - 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. Применение ополаскивателей для полости рта, содержащих алкоголь может натолкнуться на этические и культурные барьеры со стороны некоторых групп населения. Для них рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих алкоголь.

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 ПМГ и включает мотивацию пациента к лечению, обучение гигиене полости рта с выбором средств и предметов индивидуальной гигиены, контролируруемую чистку зубов, удаление наддесневых зубных отложений, полировку поверхностей зубов, устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета*

[]]. Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, 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 ПМГ: 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 наддесневых 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 – 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 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 ПМГ 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 ПМГ 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 ПМГ.

7. Организация медицинской помощи

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
---	-------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

№	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 ПМГ является выздоровление.

Критерии и признаки выздоровления:

- Десна бледно розового цвета, плотно прилежит к поверхности зуба.
- Восстановление внешнего вида десны.
- Отсутствие кровоточивости десны.
- Отсутствие наддесневых зубных отложений и гладкая поверхность корня.
- Критерии и признаки удовлетворительного результата лечения ПМГ 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. Абдурахманов, Г.Г. Взаимосвязь хронических заболеваний пародонта и заболевания внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста / Г.Г. Абдурахманов, Х.О. Омарова, Э.О. Макаева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2020. – № 1. – С. 135–140.
2. 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.
3. Боев И.А. Роль ряда условно-патогенных микроорганизмов в развитии гингивита. журнал Медиаль.- 2017. С.277.
4. Булгакова, А.И. Клинико–иммунологическая характеристика локального иммунитета у больных с хроническим катаральным гингивитом / А.И. Булгакова, Э.А. Имельбаева, Э.М. Хайбуллина // Пародонтология. – 2018. – № 2 (87). – С. 29–36.
5. Динамика клинических показателей у больных с хроническим катаральным генерализованным гингивитом при применении пробиотиков / Н.В. Чиркова [и др.] // Тенденции развития науки и образования. - 2020. – Т. 68, № 2. - С. 80-83.
6. Ковалевский А.М. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний
7. Осипова, М.В. Эпидемиологические показатели и модель развития, профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта у курящего населения / М.В. Осипова, Л.Ю. Орехова, Е.А. Белова // Проблемы стоматологии. - 2018. - Т. 14. - № 4. - С. 38-44.
8. пародонта (обзор литературы) (часть I)/ А.М. Ковалевский, В.А. Ковалевский//Институт стоматологии. – 2018. - №1 (78). – С. 88 – 91.
9. Романова Р. О., Зюлькина Л. А., Иванов П. В., Куряев И. И., Кашлевская М. Е. Современные аспекты этиопатогенеза воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. 2022. №1 (73).
10. Слажнева, Е.С. Пародонтопатогены: новый взгляд. Систематический обзор. Часть 1 / Е.С. Слажнева, Е.А. Тихомирова, В.Г. Атрушкевич // 308 Стоматология детского возраста и профилактика. - 2020. - Т. 20, № 1 (73). - С. 70- 76.
11. Современные взгляды на профилактику и лечение воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) / Е.А. Бриль [и др.] // Институт стоматологии. – 2019. – № 3 (84). – С. 84–87.
12. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта // Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. О.О. Янушевича. – М.: МГМСУ, 2018. – С. 10–12.

13. Стоматологическое здоровье беременных / В.В. Шкарин [и др.]. – Волгоград, 2021. – 184 с.
14. 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.
15. Структура воспалительных заболеваний пародонта и динамика пародонтального статуса беременных на протяжении гестационного периода / В.М. Гринин [et al.]. // Стоматология. - 2020. - Т. 99, № 1. - С. 12-17.
16. Тишков, Д.С. Состояние местного иммунитета полости рта у больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта / Д.С. Тишков // Региональный вестник. - 2019. - № 24 (39). - С. 15-16.
17. Улитовский, С.Б. Взаимосвязь уровня стоматологических гигиенических знаний у взрослого населения с их гигиеническим статусом / С.Б. Улитовский, О.В. Калинина, А.А. Леонтьев, О.В. Хабарова, Е.С. Соловьева, Н.К. Фок // Институт стоматологии. - 2022. – Т.95, № 2. - С. 61-63.
18. 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.
19. Флейшер, Г.М. Индексная оценка в пародонтологии: руководство для врачей / Г.М. Флейшер. – М., 2019. – 532 с.
20. Чолокова, Г.С. Факторы, влияющие на состояние полости рта беременных женщин (обзор) / Г.С. Чолокова, Ж.А. Кенеева // Аспирант и соискатель. - 2021. - № 2 (123). - С. 42-50.
21. Эффективность комплексного лечения пациентов с хроническим катаральным гингивитом/ Багдасарян Н.П., Еричев В.В., Аксенова Т.В., Митропанова М.Н.//Современные проблемы науки и образования.2018. Н5 с.79
22. Янушевич О.О. Пародонтология / О.О. Янушевич, Л.А. Дмитриева, Р.А. Айвазова [и др.] / Национальное руководство. -М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2018. - 752 с.

Приложение А1. Состав рабочей группы

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

Конфликт интересов:

Авторы 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
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)

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».
3.

Приложение Б. Информация для пациентов

Гингивит — 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 простом маргинальном гингивите десна приобретает цианотичную окраску (застойная гиперемия), валикообразное утолщение. Кровоточивость возникает при малейшей травме. Отмечается ощущение распирания в десне, постоянный привкус крови, нередко - неприятный запах изо рта. В период обострения настоящие жалобы усиливаются.

При осмотре выявляется изменение цвета и рельефа десны: она становится ярко-красной и рыхлой; десневой край теряет свою фестончатость; межзубные сосочки приобретают куполообразную форму; иногда определяются участки десквамации слизистой и единичные эрозии. Типично наличие повышенного содержания неминерализованного зубного налета или зубного камня. Патологические зубодесневые карманы при простом маргинальном гингивите отсутствуют; зубы сохраняют устойчивость и неподвижность.