



Лечение лекарственно-индуцированного разрастания десны на фоне приема блокаторов кальциевых каналов с использованием диодного лазера: клинический случай

О.В. Абрамов

Стоматологическая клиника «Сити Кит», Челябинск, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Разрастание десны на фоне приема различных лекарственных препаратов представляет собой распространенную клиническую проблему, которая оказывает существенное влияние на эстетику улыбки, речь, жевание и гигиену полости рта.

Описание клинического случая. В данной статье рассматривается лечение пациента с лекарственно-индуцированным разрастанием десны на фоне приема блокаторов кальциевых каналов. Базовая пародонтологическая терапия, консультация с лечащим врачом пациента и последующая коррекция десневого края диодным лазером в сочетании с высоким уровнем мотивации показали стабильные клинические результаты в течение одного года наблюдения и минимальные риски рецидива.

Заключение. Представленный клинический случай подчеркивает эффективность применения диодного лазера в подобных клинических ситуациях и важность междисциплинарного подхода в комплексном ведении пациентов с лекарственно-индуцированным разрастанием десны.

Ключевые слова: лекарственно-индуцированное разрастание десны, блокаторы кальциевых каналов, гингивэктомия, диодный лазер.

Для цитирования: Абрамов ОВ. Лечение лекарственно-индуцированного разрастания десны на фоне приема блокаторов кальциевых каналов с использованием диодного лазера: клинический случай. *Пародонтология*. 2025;30(1):86-94. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1016>

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Абрамов Олег Владимирович, стоматологическая клиника «Сити Кит», 454000, ул. Кирова, д. 159, г. Челябинск, Российская Федерация. Для переписки: oleg@abramovv.ru

Конфликт интересов: Автор декларирует отсутствие конфликта интересов.

Благодарности: Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Management of drug-induced gingival overgrowth associated with calcium channel blocker therapy using a diode laser: a clinical case report

O.V. Abramov

Dental clinic Siti kit, Chelyabinsk, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Drug-induced gingival overgrowth (DIGO) is a recognized adverse effect of various medications, often leading to significant impairments in dental aesthetics, phonetics, mastication, and oral hygiene.

Clinical case description. This report describes a clinical case of drug-induced gingival overgrowth (DIGO) associated with calcium channel blocker therapy. Initial non-surgical periodontal therapy, consultation with the patient's physician, and diode laser-assisted gingival contouring, along with strong patient adherence, led to stable clinical outcomes over a one-year follow-up period with minimal risk of recurrence.

Conclusion. This clinical case demonstrates the efficacy of diode laser treatment in managing similar conditions and emphasizes the importance of an interdisciplinary approach in the comprehensive care of patients with drug-induced gingival overgrowth.

Keywords: drug-induced gingival overgrowth, calcium channel blockers, gingivectomy, diode laser.

For citation: Abramov OV. Management of drug-induced gingival overgrowth associated with calcium channel blocker therapy using a diode laser: a clinical case report. *Parodontologiya*. 2025;30(1):86-94. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1016>

***Corresponding author:** Oleg V. Abramov, Dental clinic Siti kit, 159 Kirov Str., Chelyabinsk, Russian Federation, 454000. For correspondence: oleg@abramovv.ru

Conflict of interests: The author declares no conflict of interests.

Acknowledgments: The author declares that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Разрастание десны представляет собой распространенное в клинической практике состояние. Термин «разрастание десны» пришел на смену таким понятиям как «гиперплазия» (увеличение количества клеток) и «гипертрофия» десны (увеличение размера клеток), так как они не в полной мере характеризуют патологические процессы, происходящие в тканях, и являются гистологическими диагнозами [1].

Разрастание десны может быть связано с различными факторами, такими как воспаление, неопластические процессы, наследственность или неблагоприятное воздействие лекарственных препаратов [2]. Это состояние десны может повлиять на эстетику, жевание, речь и гигиену полости рта. Одной из разновидностей является лекарственно-индуцированное разрастание десны, представляющее собой побочный эффект на фоне приема некоторых лекарств. На сегодняшний день известно более 20 групп таких препаратов [3]. К наиболее распространенным относят противосудорожные препараты, например фенитоин, антигипертензивные средства, в том числе блокаторы кальциевых каналов, такие как нифедипин, и иммунодепрессанты, такие как циклоспорин А. Побочный эффект в виде разрастания десны может развиваться у восприимчивого пациента в течение первых трех месяцев после начала приема препарата [4, 5].

Этиология разрастаний десны до сих пор остается не до конца изученной, но предполагается, что процесс имеет сложный характер, обусловленный влиянием сразу нескольких факторов. С точки зрения патогенеза установлено, что на фоне приема лекарственных препаратов нарушается ионный обмен в тканях десны, что в свою очередь препятствует поступлению в клетки ряда веществ, таких как, например, фолиевая кислота. В свою очередь этот процесс оказывает влияние на активность ряда ферментов, отвечающих за расщепление белков внеклеточного матрикса, что замедляет разрушение коллагена и способствует его накоплению [2]. Клинически разрастание десны может оказывать негативное влияние на гигиенический статус пациента, функцию жевания, эстетику, а также опасно с точки зрения рисков малигнизацией из-за постоянной хронической травмы.

Ввиду высокой распространенности приема некоторых из указанных групп препаратов, в особенности для лечения гипертонической болезни, представляется актуальным поиск оптимальных подходов к лечению таких пациентов. Представленный клинический случай освещает подход к лечению пациента с лекарственно-индуцированным разрастанием десны на фоне приема блокаторов кальциевых каналов с использованием диодного лазера.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент Д., 1969 года рождения, обратился в августе 2021 года в клинику с жалобами на разрастание и необычный вид десны, кровоточивость при чистке зубов и быстрое накопление налета в области нижних передних зубов на нижней челюсти, покрытых коронками. Эти симптомы появились около 6 месяцев назад.

Анамнез жизни

Ранее пациенту была выполнена хирургическая коррекция десневого края в другой клинике, но десна вернулась к прежнему состоянию через 1,5 месяца. Примерно пять лет назад пациент проходил ортопедическое лечение, жалоб на протез не было. Около двух лет назад была диагностирована гипертоническая болезнь, в связи с чем пациент ежедневно принимает препараты «ЭсКорди Кор» (амлодипин) и «Рамиприл» (рамиприл) по схеме, назначенной лечащим врачом. Другие хронические заболевания и вредные привычки пациент отрицал.

При внешнем осмотре особенностей не было выявлено: лицо пациента было симметричным, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Видимые кожные покровы и красная кайма губ не имели патологических изменений. Открывание рта происходило свободно.

При клиническом осмотре полости рта слизистая оболочка преддверия была бледно-розовой, увлажненной. Уздечки губ и слизистые тяжи имели физиологическое прикрепление, а глубина преддверия находилась в пределах нормы и составила 5,5 мм. Слизистая оболочка щек, губ, неба, дна полости рта, языка и альвеолярного отростка также была бледно-розовой и увлажненной.

Десна в области зубов верхней челюсти и нижней челюсти (в области зубов, покрытых коронками, и ортопедических конструкций с опорой на имплантаты) имела характерную бледно-розовую окраску

и была плотной при пальпации. В области зубов 3.5–4.5 отмечались признаки разрастания десневого края. Десна в этой зоне была гиперемированной, отечной, слабо болезненной при пальпации и кровоточила при зондировании (рис. 1).

Была проведена индексная оценка пародонтального статуса: индекс гигиены по Silness-Loe составил 2,07, интенсивность воспаления по Muhlemann-Cowell – 1,67, распространенность воспаления по Sandler-Stahl – 46%, нуждаемость в лечении, измеренная индексом CPITN, – 2,17.

Патологической подвижности зубов, дефектов фуркации и гноетечения из пародонтальных карманов выявлено не было.

Глубина пародонтальных карманов, уровень рецессии или разрастания десневого края, а также степень потери прикрепления были зафиксированы в день осмотра с использованием автоматизированной системы (рис. 2).

Также выполнена компьютерная томограмма, при анализе которой была отмечена убыль костной ткани в области зубов 1.5, 2.5, 3.8, 3.1, 4.1 до 1/2 длины корней, в области остальных зубов – до 1/3 длины корней (рис. 3). На совместной консультации со стоматологом-ортопедом выявлено удовлетворительное состояние всех несъемных ортопедических конструкций.

На основании данных клинического обследования был поставлен диагноз по МКБ-10: K05.31 Хронический генерализованный пародонтит, K06.18 Другая уточненная гипертрофия десны, по модифицированной классификации заболеваний пародонта (2001): Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения.

Была заполнена схема для оценки индивидуальных пародонтальных рисков (рис. 4). На основании этих данных поставлены следующие цели пародонтологического лечения:

1. Нормализация гигиенического статуса пациента.
2. Ликвидация воспаления (признаков кровоточивости).
3. Уменьшение глубины пародонтальных карманов.
4. Коррекция очагов разрастания десневого края, затрудняющих гигиену полости рта.

Лечащий врач-терапевт после консультации с клиническим фармакологом подтвердил высокую вероятность влияния амлодипина («ЭсКорди Кор»), принимаемого пациентом, на разрастание десны. Кроме того, в заключении было отмечено, что отказ от терапии этой группой препаратов был признан невозможным из-за риска ухудшения течения основного заболевания. Однако была предложена замена на родственную группу препаратов (например лерканидипин), что и было выполнено.

В соответствии с целями были составлен пародонтологический план лечебных мероприятий:

1. Мотивационная программа по улучшению гигиенического статуса пациента, подбор и обучение использованию предметов и средств гигиены.



Рис. 1. Внешний вид десны на момент первичного осмотра

Fig. 1. Clinical appearance of the gingiva at the initial examination

2. Профессиональная гигиена полости рта.
3. Местная противовоспалительная терапия.
4. Динамическое наблюдение, коррекция, контроль гигиенического статуса в течение 1-2 месяцев после активной фазы лечения.

На этапе профессиональной гигиены была выполнена индикация биопленки, ее удаление с применением аппарата для воздушно-порошковой обработки на основе глицина, удаление остаточного зубного камня с применением ультразвукового аппарата и финишная обработка с применением резиновых чашечек и пасты. Пациент был проинструктирован по правильной чистке зубов и применению интердентальных средств гигиены: проведен подбор межзубных ершиков и рекомендовано использование ирригатора как дополнительного предмета гигиены. На период лечения были рекомендованы лечебные средства гигиены, содержащие 0,12% раствор хлоргексидина в течение двух недель.

На осмотре пациента через 1,5 месяца отмечалось улучшение состояния, но пациент по-прежнему отмечал трудности в гигиене полости рта в области разрастания десны на нижней челюсти в переднем отделе. В силу того, что полная отмена препаратов из группы блокаторов кальциевых каналов невозможна, было принято решение коррекции десневого края с использованием диодного лазера с целью улучшения гигиенического статуса пациента. С пациентом был оговорен высокий риск рецидива данного состояния по объективным причинам.

Для проведения лазерной коррекции был использован хирургический модуль аппарата «Алод-1» с длиной волны диодного лазера 960 нм и мощностью 0,8 Вт в режиме постоянного излучения, при этом использовалось иницированное волокно (400 мкм), обработка проводилась контактным методом. По завершении вмешательства на раневую поверхность был нанесен защитный гелевый повязка на основе гидролизата коллагена и альгината натрия, а также даны рекомендации проводить аппликации этим же препаратом три-четыре раза в день в течение 10 дней и использовать средства гигиены с 0,05% раствором хлоргексидина.

Карта обследования

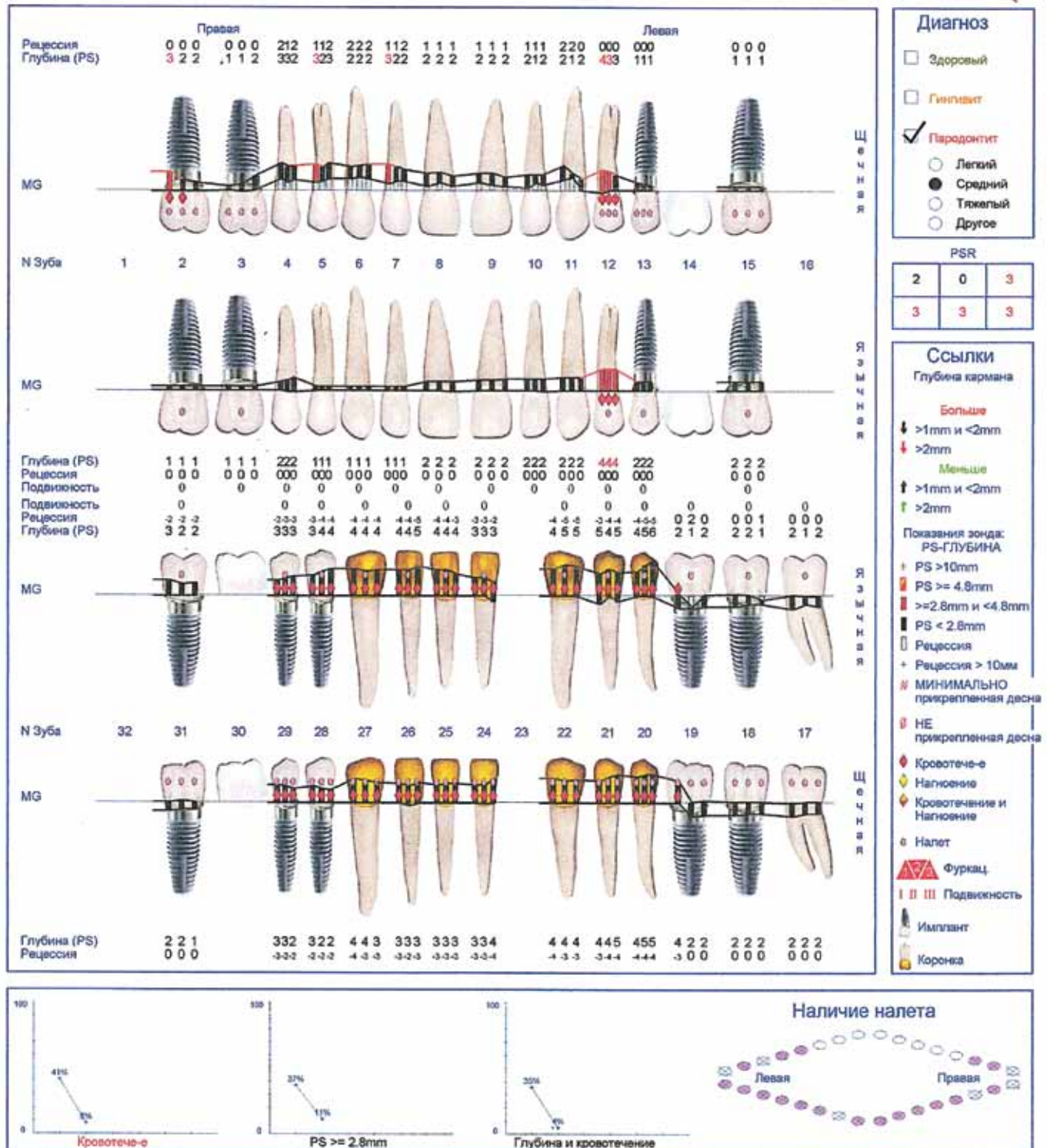


Рис. 2. Пародонтограмма до начала лечения
Fig. 2. Periodontal chart prior to treatment initiation

После проведенного лечения пациент отметил улучшение состояния и возможность более полноценно проводить гигиену полости рта, а также полное отсутствие кровоточивости. Было рекомендовано поддерживающее лечение по индивидуальному графику с визитами один раз в три месяца, с даль-

нейшим переводом при благоприятном течении на график один раз в шесть месяцев (рис. 5).

Через один год на очередном осмотре у пациента отсутствовали жалобы. При определении пародонтального статуса отмечалось, что на участке, где было проведено вмешательство, имелось незна-

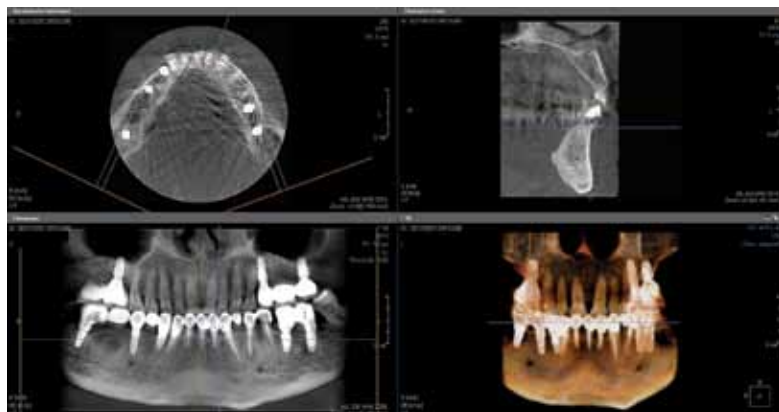


Рис. 3. КЛКТ, выполненная до начала лечения
Fig. 3. CBCT scan performed before treatment

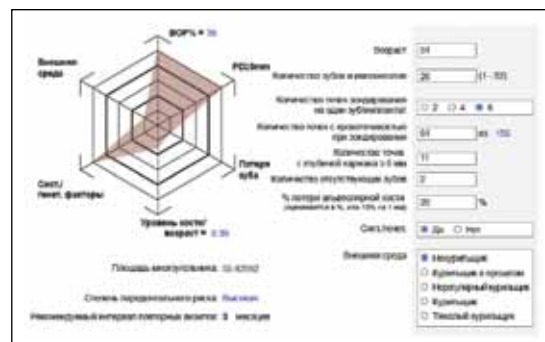


Рис. 4. Карта пародонтальных рисков до начала лечения
Fig. 4. Periodontal risk assessment chart prior to treatment initiation



Рис. 5. Внешний вид десны после коррекции диодным лазером и нанесения защитной повязки
Fig. 5. Clinical appearance of the gingiva after diode laser contouring and application of a protective dressing



Рис. 6. Внешний вид десны через один год после завершения активного лечения
Fig. 6. Clinical appearance of the gingiva one year after completion of active treatment

чительное увеличение объема десны, но она была бледно-розовая, при пальпации безболезненна, не кровоточила при зондировании (рис. 6).

По результатам обследования пациента была заполнена пародонтограмма с использованием автоматизированной системы (рис. 7), а также схема оценки степени индивидуальных пародонтальных рисков (рис. 8).

Из представленных данных видно, что нам удалось (хотя и не полностью по объективным причинам) улучшить карту пародонтального риска пациента, а именно существенно снизился показатель кровоточивости с 39% до 8%, нет пародонтальных карманов более 5 мм. Имеющиеся системные риски удалось минимизировать благодаря уменьшению признаков разрастания десны в результате лечения, что позволило пациенту проводить полноценный домашний гигиенический уход, а также за счет его мотивации и приверженности к поддерживающей терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Лекарственно-индуцированное разрастание десны – побочный эффект, связанный с приемом некоторых лекарственных препаратов, распространенность которого сильно варьируется в зависимости от конкретного препарата и различных характеристик пациента, таких как возраст, пол, наличие сопутствующих заболеваний и гигиеническое состояние полости

рта. По некоторым данным, до половины пациентов, принимающих противоэпилептические препараты, блокаторы кальциевых каналов или иммунодепрессанты, могут иметь признаки разрастания десны [6]. При приеме блокаторов кальциевых каналов частота случаев лекарственно-индуцированного разрастания десны варьирует от 20% до 83% [7].

Механизмы разрастания тканей десны изучены не полностью, но предполагается многофакторная природа процесса. В ряде работ доказана роль нарушений ионного обмена, что снижает усвоение фолатов и изменяет активность ферментов, замедляющих распад коллагена и усиливающих накопление внеклеточного матрикса [8]. Дополнительно на процесс влияют генетическая предрасположенность, наличие воспаления и свойства конкретного лекарственного препарата [2].

Клинически разрастание чаще всего локализуется в области межзубных сосочков, преимущественно на нижней челюсти с вестибулярной стороны. Как правило, проявления более выражены в местах скопления зубных отложений, в области реставраций, ортодонтических конструкций и очень редко встречаются на беззубых участках. Очаги часто вовлечены в воспалительный процесс, имеют характерный багровый оттенок и обильно кровоточат при зондировании [9].

Современные подходы к лечению в значительной степени определяются мотивацией пациента к домашнему уходу, регулярной профессиональной гигиеной, отменой или заменой лекарственного препара-

Карта обследования

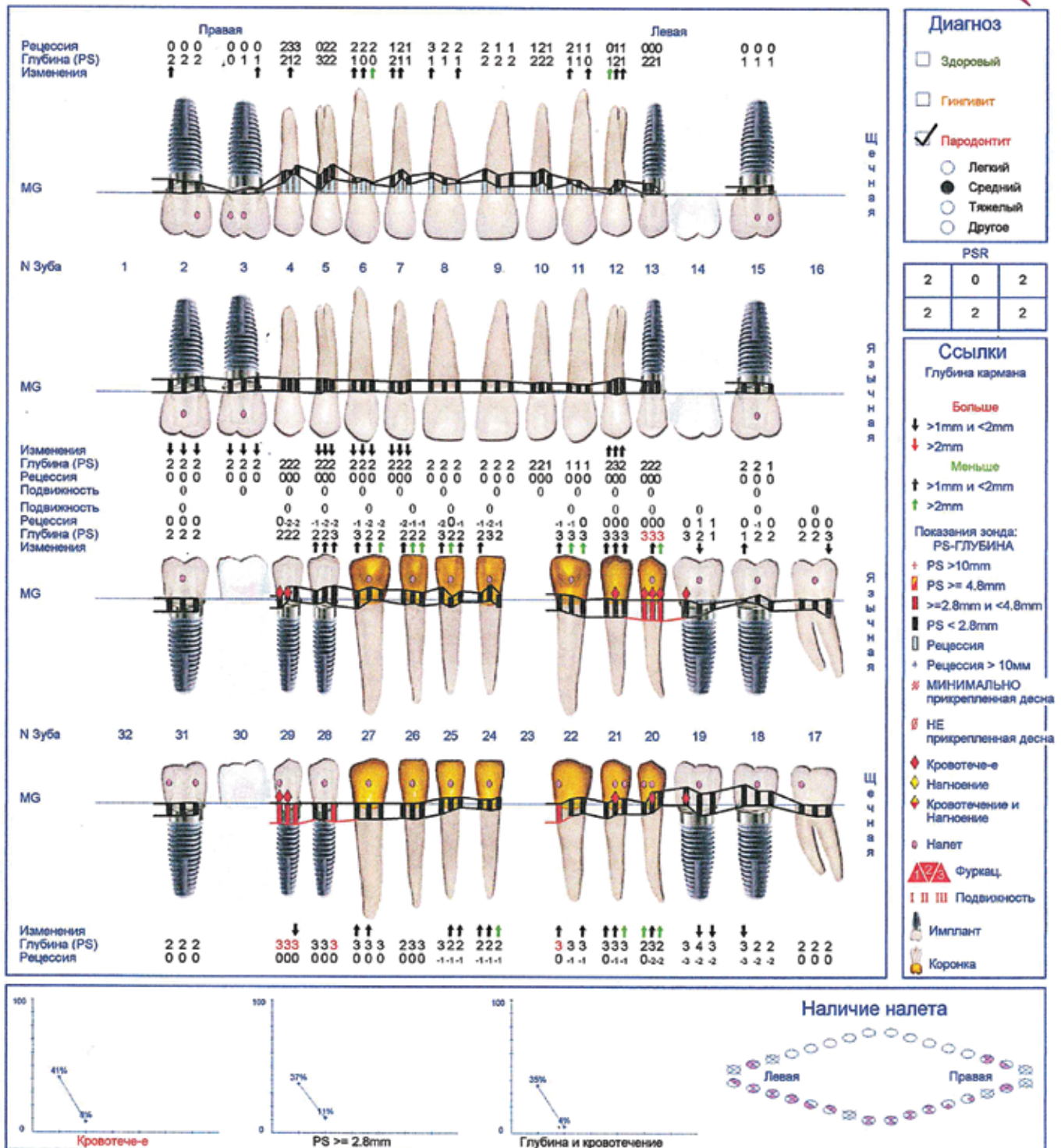


Рис. 7. Пародонтограмма через 1 год после завершения активного лечения

Fig. 7. Periodontal chart one year after completion of active treatment

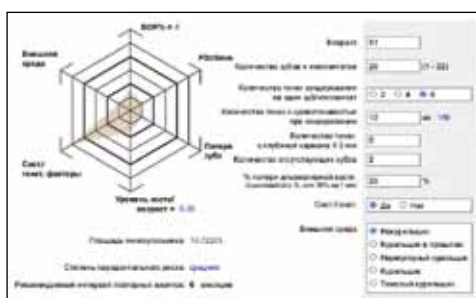


Рис. 8. Карта пародонтальных рисков через 1 год после завершения активного лечения

Fig. 8. Periodontal risk assessment chart one year after completion of active treatment

та, когда это целесообразно и возможно [10, 11]. При неэффективности консервативных методик часто необходимо хирургическое иссечение разросшейся десны, особенно оно рекомендуется в тех случаях, когда очаги негативно влияют на гигиену полости рта и эстетику. В данном случае возможна как классическая гингивэктомия с использованием скальпеля, так и электрохирургия или применение лазера [12, 13].

Удаление очагов разрастания десны с помощью диодного лазера имеет ряд преимуществ. В ранее опубликованных клинических случаях показано, что применение диодного лазера при удалении лекарственно-индуцированного разрастания десны вызывает минимальные кровоточивость и дискомфорт пациента как во время, так и после вмешательств [14]. Также отмечается техническая простота и меньшая чувствительность к технике применения лазера по сравнению с классической гингивэктомией, что также понижает риск вероятных осложнений [15]. Было доказано, что применение диодного лазера значительно улучшает процесс заживления ран после операции и повышает вероятность благоприятного исхода, связанного прежде всего со снижением рисков рецидива [16]. Однако вероятность рецидива при продолжении лечения сопутствующими лекарственными препаратами и наличии других факторов риска остается. Следовательно, пациент должен быть проинформирован об этой тенденции и важности поддержания эффективной домашней гигиены полости рта и регулярной поддерживающей терапии как клю-

чевых факторов профилактики и лечения разрастания десны, связанной с этими препаратами [17].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанный клинический случай наглядно продемонстрировал взаимосвязь общего и стоматологического здоровья, подчеркнув важность полноценного сбора анамнеза и взаимодействия врача-стоматолога с врачами других специальностей. Пародонтальный статус представленного пациента был успешно стабилизирован с помощью базовой пародонтологической терапии, включающей в себя мотивацию и обучение гигиене полости рта, профессиональную гигиену, местную антибактериальную терапию, после чего была проведена гингивэктомия с использованием диодного лазера.

Исходя из наблюдений и краткого обзора литературы, лечение диодным лазером связано с минимальным риском рецидивов у пациентов, находящихся на поддерживающей терапии. В условиях, когда стоматолог не может в силу объективных причин повлиять на ряд общих факторов, таких как течение основного заболевания пациента, необходимость приема лекарственных препаратов или генетическая предрасположенность, мотивация пациента, направленная на сотрудничество с лечащим врачом-стоматологом, может существенно улучшить клиническую картину и повысить качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Corrêa JD, Queiroz-Junior CM, Costa JE, Teixeira AL, Silva TA. Phenytoin-induced gingival overgrowth: a review of the molecular, immune, and inflammatory features. *ISRN Dent*. 2011;2011:497850. doi: 10.5402/2011/497850
2. Ramírez-Rámiz A, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Miranda-Rius J. On the Cellular and Molecular Mechanisms of Drug-Induced Gingival Overgrowth. *The Open Dentistry Journal*. 2017;11(1):420. doi: 10.2174/1874210601711010420
3. Parwani R, Parwani SR. Management of phenytoin-induced gingival enlargement: a case report. *General Dentistry*. 2013;61(6):61-67. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/257070771_Management_of_phenytoin-induced_gingival_enlargement_A_case_report
4. Bharti V, Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled. *J Indian Soc Periodontol*. 2013;17(2):182-187. doi: 10.4103/0972-124X.113066
5. Орехова ЛЮ, Осипова МВ. Роль врача-пародонтолога в диагностике общесоматической патологии. *Пародонтология*. 2010;15(4):20-25. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=okckun>
6. Trackman PC, Kantarci A. Molecular and Clinical Aspects of Drug-induced Gingival Overgrowth. *Journal of Dental Research*. 2015;94(4):540-546. doi: 10.1177/0022034515571265
7. Ellis JS, Seymour RA, Steele JG, Robertson P, Butler TJ, Thomason JM. Prevalence of Gingival Overgrowth Induced by Calcium Channel Blockers: A Community-Based Study. *Journal of Periodontology*. 1999;70(1):63-7. doi: 10.1902/jop.1999.70.1.63
8. Drożdżik A, Drożdżik M. Drug-Induced Gingival Overgrowth—Molecular Aspects of Drug Actions. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023;24(6):5448. doi: 10.3390/ijms24065448
9. Taylor BA. Management of drug-induced gingival enlargement. *Australian Prescriber*. 2003;26(1). doi:10.18773/austprescr.2003.007
10. Hallmon WW, Rossmann JA. The role of drugs in the pathogenesis of gingival overgrowth. A collective review of current concepts. *Periodontology* 2000. 1999;21(1):176-96. doi: 10.1111/j.1600-0757.1999.tb00175.x
11. Атрушкевич ВГ, Пудовкина ЕА. Нехирургическое лечение гипертрофии десны, вызванное приемом блокаторов кальциевых каналов. *Клинический*

случай. *Пародонтология*. 2015; 20(3):46-50. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/unfajr>

12. Mavrogiannis M, Ellis JS, Thomason JM, Seymour RA. The management of drug-induced gingival overgrowth. *Journal of Clinical Periodontology*. 2006;33(6):434-439.

doi: 10.1111/j.1600-051X.2006.00930.x

13. Мандра ЮВ, Жегалина НМ, Светлакова ЕН, Нерсисян ПМ. Опыт применения динамической электростимуляции после лазерной гингивэктомии. *Медицинская наука и образование Урала*. 2015;16(3):38-41. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/umeypj>

14. Sabarudin MA, Beh YH, Hassan A, Ghani ZA, Taib H. Surgical Intervention on Drug-Influenced Gingival Enlargement using Diode Laser Therapy. *Malaysian Journal of Science Health & Technology*. 2022;8:8-12.

doi: 10.33102/mjosht.v8i.285

REFERENCES

1. Corrêa JD, Queiroz-Junior CM, Costa JE, Teixeira AL, Silva TA. Phenytoin-induced gingival overgrowth: a review of the molecular, immune, and inflammatory features. *ISRN Dent*. 2011;2011:497850.

doi: 10.5402/2011/497850

2. Ramírez-Rámiz A, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Miranda-Rius J. On the Cellular and Molecular Mechanisms of Drug-Induced Gingival Overgrowth. *The Open Dentistry Journal*. 2017;11(1):420.

doi: 10.2174/1874210601711010420

3. Parwani R, Parwani SR. Management of phenytoin-induced gingival enlargement: a case report. *General Dentistry*. 2013;61(6):61-67. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/257070771_Management_of_phenytoin-induced_gingival_enlargement_A_case_report

4. Bharti V, Bansal C. Drug-induced gingival overgrowth: The nemesis of gingiva unravelled. *J Indian Soc Periodontol*. 2013;17(2):182-187.

doi: 10.4103/0972-124X.113066

5. Orekhova LYu, Osipova MV. The role of periodontologist in diagnostics of the internal pathology. *Parodontologiya*. 2010;15(4):20-25 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?edn=okckun>

6. Trackman PC, Kantarci A. Molecular and Clinical Aspects of Drug-induced Gingival Overgrowth. *Journal of Dental Research*. 2015;94(4):540-546.

doi: 10.1177/0022034515571265

7. Ellis JS, Seymour RA, Steele JG, Robertson P, Butler TJ, Thomason JM. Prevalence of Gingival Overgrowth Induced by Calcium Channel Blockers: A Community-Based Study. *Journal of Periodontology*. 1999;70(1):63-7.

doi: 10.1902/jop.1999.70.1.63

8. Drożdżik A, Drożdżik M. Drug-Induced Gingival Overgrowth—Molecular Aspects of Drug Actions. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023;24(6):5448.

doi: 10.3390/ijms24065448

15. Maboudi A, Fekrazad R, Shiva A, Salehabadi N, Moosazadeh M, Ehsani H, et al. Gingivectomy with Diode Laser Versus the Conventional Scalpel Surgery and Nonsurgical Periodontal Therapy in Treatment of Orthodontic Treatment-Induced Gingival Enlargement: A Systematic Review. *Photobiomodulation, Photomedicine, and Laser Surgery*. 2023;41(9):449-59.

doi: 10.1089/photob.2023.0060

16. Kohale BR, Agrawal AA, Raut CP. Effect of low-level laser therapy on wound healing and patients' response after scalpel gingivectomy: A randomized clinical split-mouth study. *Journal Indian Society of Periodontology*. 2018;22(5):419.

doi: 10.4103/jisp.jisp_239_18

17. Тиунова НВ, Толмачева СМ, Вдовина ЛВ, Иванченко ЕЮ. Тактика ведения пациента при гипертрофии десны на фоне приема антигипертензивных препаратов. *Dental Forum*. 2021;4(4):74-75. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/turrvn>

9. Taylor BA. Management of drug-induced gingival enlargement. *Australian Prescriber*. 2003;26(1).

doi: 10.18773/austprescr.2003.007

10. Hallmon WW, Rossmann JA. The role of drugs in the pathogenesis of gingival overgrowth. A collective review of current concepts. *Periodontology* 2000. 1999;21(1):176-196.

doi: 10.1111/j.1600-0757.1999.tb00175.x

11. Atrushkevich VG, Pudovkina EA. Nonsurgical management of the gingival overgrowth which are constantly receiving calcium channel blockers. Clinical case. *Parodontologiya*. 2015; 20(3):46-50 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/unfajr>

12. Mavrogiannis M, Ellis JS, Thomason JM, Seymour RA. The management of drug-induced gingival overgrowth. *Journal of Clinical Periodontology*. 2006;33(6):434-439

doi: 10.1111/j.1600-051X.2006.00930.x

13. Mandra YuV, Zhegalina NM, Svetlakova EN, Nersisyan PM. Experience of using dynamic electroneurostimulation after laser gingivectomy. *Medical science and education of Ural*. 2015;16(3):38-41 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/umeypj>

14. Sabarudin MA, Beh YH, Hassan A, Ghani ZA, Taib H. Surgical Intervention on Drug-Influenced Gingival Enlargement using Diode Laser Therapy. *Malaysian Journal of Science Health & Technology*. 2022;8:8-12.

doi: 10.33102/mjosht.v8i.285

15. Maboudi A, Fekrazad R, Shiva A, Salehabadi N, Moosazadeh M, Ehsani H, et al. Gingivectomy with Diode Laser Versus the Conventional Scalpel Surgery and Nonsurgical Periodontal Therapy in Treatment of Orthodontic Treatment-Induced Gingival Enlargement: A Systematic Review. *Photobiomodulation, Photomedicine, and Laser Surgery*. 2023;41(9):449-459.

doi: 10.1089/photob.2023.0060

16. Kohale BR, Agrawal AA, Raut CP. Effect of low-level laser therapy on wound healing and patients' response after scalpel gingivectomy: A randomized clinical split-mouth study. *Journal Indian Society of Periodontology*. 2018;22(5):419.

doi: 10.4103/jisp.jisp_239_18

17. Tiunova NV, Tolmacheva SM, Vdovina LV, Ivanchenko EYu. Tactics of patient management with gingival hypertrophy on the background of antihypertensive drugs treatment. *Dental Forum*. 2021;(4):74-75 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/turrrvn>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Абрамов Олег Владимирович, врач-стоматолог, Стоматологическая клиника «Сити Кит», Челябинск, Российская Федерация

Для переписки: oleg@abramovv.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2078-7754>

Oleg V. Abramov, DMD, Dental Clinic "Siti Kit", Chelyabinsk, Russian Federation

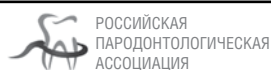
For correspondence: oleg@abramovv.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2078-7754>

Поступила / Article received 05.11.2024

Поступила после рецензирования / Revised 04.12.2024

Принята к публикации / Accepted 12.02.2025



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Пародонтология»

Стоимость годовой подписки в печатном виде на 2025 год по России – 5000 рублей

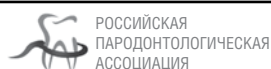
Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» – ВН018904

Электронная версия в открытом доступе

www.parodont.ru

PubMed NLM ID: 101535619

Импакт-фактор: 1.8



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика»

Стоимость годовой подписки в печатном виде на 2025 год по России – 5000 рублей

Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» – ВН002232

Электронная версия в открытом доступе

www.detstom.ru

PubMed NLM ID: 101516363

Импакт-фактор: 1.3