

# ПРИЛОГ КОН ТЕРАПИЈАТА НА ХРОНИЧНИОТ ДЕСКВАМАТИВЕН ГИНГИВИТИС

(приказ на случај)

С. Георгиева, З. Белазелкоска, М. Перковска, С. Ристоска, Љ. Поповски

Терапијата на хроничниот десквамативен гингивитис (ХДГ) е предизвик за оралните патиолози и пародонтолози. Поаѓајќи од овој факт, ја поставивме целта на трудот, да дадеме свој придонес во терапевтскиот пристап на ХДГ, доведувајќи ја гингивата во подолготрајна клиничка ремисија. Проследени се терапевтските резултати (клинички, со ултразвук) во период од шест месеци кај 45-годишен пациент со ХДГ. Применивме општи и локален терапевтски пристап. Во општиот пристап беа инкорпирани: системски кортикостероиди, антибиотикотерапија и витаминска терапија (вит. А, Д3 и Б6). Локалниот пристап опфаќа: општанување на сите локални иритации, повеќекратна локална апликација на донизолон и ласерско зрачење на гингивата. Клиничките резултати од оваа применета терапија доведоа до елиминирање на субјективните тешкотии, слабо изразена хиперемичка, општанување на десквамација и незначително намалена кератинизација на гингивата. Системската и локалната кортикостероидна терапија, поради потврдениот антиинфламаторен ефект, дадоа задоволителни терапевтски резултати. Витаминот А има влијание врз кератинизацијата на гингивалниот епител, а беклометидот влијае стабилизирачки на периферните нервни завршоци. Примената на антибиотикотерапија и елиминирањето на

локалните иритации имаат превентивна улога во одбраната и во заштитата на гингивата. Изненадувачки добрите резултати кои се забележуваат по примената на ласерското светло смејаме дека се должат на неговите биостимулаторни ефекти, кои доведуваат до интензивирање на биоенергетските и биохемичките процеси, а преку нив и на регенеративните процеси на гингивата. Авторите заклучуваат дека во терапевтскиот пристап на ХДГ е потребен комбиниран пристап и суѓерираат вклучување на биостимулаторна ласерска терапија.

**Клучни зборови:** хроничен десквамативен гингивитис; гингивални заболувања; орална патологија; ласери

Хроничниот десквамативен гингивитис (ХДГ), познат како пемфигоид на гингивата, е ретка форма на инфламација на гингивата проследена со десквамација, чија етиологија е непозната.

Според генезата ХДГ, не е заболување, туку тоа е реакција на гингивата позади која се кријат други патолошки ентитети.

Хормоналниот дисбаланс, дерматозите и хроничните иритации се најчесто посочуваните можни етиолошки фактори кои се одговорни за појавата на овој гингивитис (3).



Хроничниот десквамативен гингивитис, всушност е клиничка манифестација на неколку различни патолошки процеси (инфламација, некроза и десквамација).

Промените на гингивата траат долго, а клинички се карактеризираат со појава на дифузен еритем, кој покрај маргиналната ја опфаќа и прикремената гингива, асоцира со ареи на везикули, ерозии и десквамација, а субјективните тешкотии (болка и сувост на устата) се силно изразени.

Најчесто се јавува меѓу 20 и 40-годишна возраст.

Етио-патолошките процеси кои го предизвикуваат ХДГ се причина за отежнато поставување дијагноза. Многу често, лезиите на гингивата клинички се слични со оние кај другите заболувања, како што се: улцеро-некротскиот гингивит, пемфигусот, ерозивно-улцерозната форма на лихен и др.

Токму затоа, за поставување точна и прецизна дијагноза, покрај клиничките и другите рутински лабораториски анализи, се преземаат и испитувања со светлосна и директна имунофлуоресцентна микроскопија.

Терапевтскиот пристап кон ХДГ, и покрај преземањето на сите досега познати терапевтски мерки, често пати не ги дава очекуваните резултати, а заболувањето може да перзистира долго со сите негови последици.

Поради тоа, терапијата за овој гингивитис претставува предизвик за оралните патолози и пародонтолози.

Овој труд има цел да даде свој придонес кон правилниот и целисходниот терапевтски третман на пациентите со ХДГ, доведувајќи ја гингивата во подолготрајна клиничка ремисија.

## Материјал и метод

На Клиниката за болести на устата и пародонтот при ЈЗО Стоматолошки клинички центар – Скопје, следен е случај со хроничен ДГ во период од 6 месеци.

Тоа е пациент на возраст од 45 години, со матичен број 148512, кој на нашата клиника беше примен во ноември 2001 година, поради изразени клинички промени на гингивата проследени со болка и сувост на устата.

Клинички на гингивата се забележуваа бројни изразени црвени полиња (ареи), на чија површина недостасуваше епител. Површинските слоеви на епителот, таму каде што беа зачувани, беа слободно подвижни и лесно се отстрануваа со пинцета, во вид ленти.

Гингивата имаше карактеристичен жарен (раморизиран) изглед.

Покрај промените на гингивата во услови кога се присутни сите заби, интра-орално е констатирано изобилство на локални иритации (забен камен, дентален плак, меки наслаги, остри рабови и др.).

За да поставиме точна и прецизна дијагноза, нашата дијагностичка постапка опфати: земање анамнеза, внимателна клиничка опсервација, примена на клинички тестови (Nikolesky), лабораториски испитувања (крвна слика со периферен размаз), светлосна микроскопија на цитолошки и патохистолошки наод, имунофлуоресцентно боене и утврдување на хормонален статус.

Резултатите од крвната слика беа во границите на нормала. Клиничкиот тест Nikolesky беше позитивен, а цитолошката анализа (Цанков тест) беше негативна.

Хистолошкиот наод од биопсијата од гингивата, направена на Институтот за



патологија при Медицинскиот факултет во Скопје, укажуваше на субепидермално присуство на була исполнета со еритроцити.

Во субепидермалното колатено ткиво, во длабочина имаше густ инфилтрат од воспалителни клетки (лимфоцити, еозинофили, полиморфонуклеони и доминација на плазма клетки). Во длабочина се забележуваше и создавање на младо гранулационо ткиво.

По имунофлуоресцентното боене со антихуман ИгГ и ИгМ, наодот беше негативен. Ваквиот хистолошки наод упатуваше на ентитетот бенигна пемфигоид на слузокожата или на хронична гингивална воспалителна промена.

Резултатите од хормоналниот статус, кој се разгледуваше во Ендокринолошката лабораторија на Гинеколошко-акушерската клиника при ЈЗО Медицински клинички центар-Скопје, покажаа дека кај нашиот испитаник се зголемени (11,9 mlu/ml) вредностите на женските полови хормони (FSH).

По завршувањето на дијагностичката постапка и поставувањето точна дијагноза применивме општ и локален терапевтски третман.

Во општиот третман инкорпориравме системски кортикостероиди, антибиотици и витаминска терапија.

Од системските кортикостероиди ординиравме таблети Niguram, со дневна доза од 30 mg, во рок од 3 дена. Следните три дена дозата ја намаливме на 20mg, потоа на 10mg, а последните три дена применивме дневна доза од 5mg.

Од антибиотската терапија ординиравме таблети Ospen од 500mg, на 6 часа по 1 таблета.

Од витаминската терапија пациентот добиваше бедоксин таблети, 3x1 дневно, а локално (топично) гингивата се премачкуваше со АДЗ капки, неколку пати на ден, по јадење.

Локалниот третман опфати: отстранување на сите локални иритации, повеќекратна апликација на донтизолон и ласерско зрачење на гингивата.

Пристапивме кон отстранување на сите тврди и меки наслаги и ги саниравме сите остри рабови во устата.

По секој третман користевме локални антисептици (хидроген, бетадине, хексорал и др.).

На површината на гингивата, во различни регии, при секоја посета аплициравме донтизолон кој го прекривавме со солко-дентал-атхезив паста.

На крај, дополнително применивме и ласерска терапија. Со цел да направиме компаративна анализа на добиените резултати во клиничката слика, ласерското светло го применувавме на едната половина од гингивата во горната вилица, во траење од 5 минути во сеанса, во период од 2 недели.

Пред да ја примениме ласерската терапија, регионата која ја зрачевме ја премачкувавме со метиленско сино, за што подобра апсорпција на ласерските зраци.

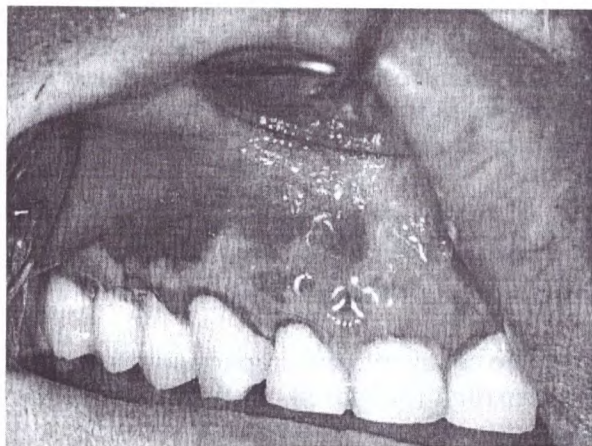
Терапевтските резултати од применетата терапија беа клинички проследени и фотографски регистрирани.

## Резултати

При приемот на пациентот, во клиничките забележани промени на гингивата спаѓаа изразено црвените ареи, на чија површи-



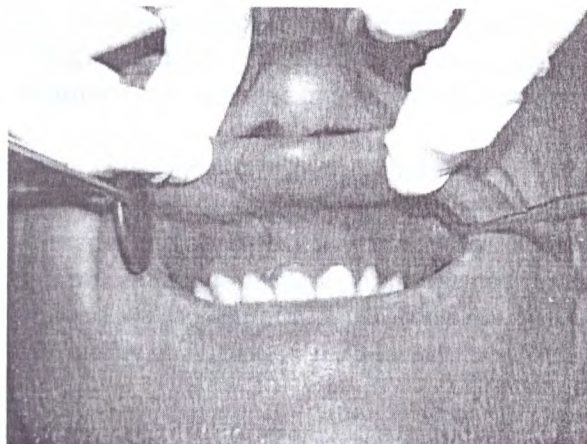
на недостасуваше епител. Површинските слоеви на епителот, десквамираните ареи, таму каде што останале зачувани, беа слободно подвижни и лесно отстранливи (сл. 1).



Слика 1. Клинички наод на хроничен десквамативен гингивитис пред да се примени терапија. Се забележува присуство на хиперемични ареи и десквамирани полиња.

Примената на општата терапија, отстранувањето на локалните иритации во устата и локалната апликација на донтизолон резултираа со подобрување на клиничката слика кај пациентот со ХДГ.

Со вака спроведената терапија се постигна целосно исчезнување на субјективните тешкотии, а во објективниот клинички наод беше констатирано отсуство на десквамација. Хиперемията и инфламацијата на гингивата и понатаму перзистираа, но во малку поблага форма (сл. 2). По примената на ласерската терапија, во регијата која се зрачеше (левата страна на горната вилица), констатиравме изненадувачко позитивни клинички резултати. Покрај веќе постигнатите резултати со претходно ординираната терапија (сл. 3а), со примената на бистимулаторска ласерска терапија се постигна значително намалување на хиперемията и на инфламацијата на гингивата, а се забележа и подобрување во епителизацијата и кератинизацијата на гингивалниот епител



Слика 2. Клиничка слика на целата гингива со хроничен десквамативен гингивитис по примената на локална и на општа терапија, без ласерско зрачење. Постои хиперемия без десквамација.



Слика 3. Клиничка слика на гингивата со хроничен десквамативен гингивитис  
(а) десна компаративна страна, по примената на локална и на општа терапија, без ласерско зрачење  
(б) лева страна, по примената на дополнителна ласерска терапија. Се забележуваат намалена хиперемия и инфламација и подобрена кератинизација и епителизација на епителот.



(сл. 3б). Ласерската терапија ја применувме и на другата страна (десната страна на вилицата), која претходно беше земена како компаративна страна за анализа на постигнатите клинички резултати.

Применувајќи го ласерското зрачење како дополнителен терапевтски метод, успеавме да постигнеме целосна клиничка ремисија на хроничниот десквамативен гингивитис.

Иако периодот на опсервација траеше само шест месеци од примената на нашата терапија, што е релативно краток период, до објавувањето на овој приказ кај пациентот се уште постојат, клиничка ремисија и субјективни тешкотии без клинички рецидиви или егзацербација на хроничниот десквамативен гингивитис.

## Дискусија

Хроничниот десквамативен гингивитис е патолошка состојба во устата која најчесто, пред сè, можат да ја препознаат пародонтолозите. Мошне е важна идентификацијата на основното системско заболување при ХДГ, а улогата на стоматологот-пародонтолог во раната и точната дијагноза и правилно насочената терапија особено значајна.

Терапијата за овој гингивитис трае долго (најмалку еден месец), а очекуваните резултати може, често пати, да изостанат. Поради иреверзибилните промени во гингивата и перманентните тешкотии, кои на пациентите им ја отежнуваат оралната хигиена и предизвикуваат потенцирана акумулација на денгалниот плак, по правило, пародонтопатијата прогредира во тешки форми, со мошне лоша прогноза.

Резултатите од спроведената терапија која се примени кај нашиот пациент со ХДГ ги задоволија очекувањата.

Примената на системска и локална кортикостероидна терапија покажа задоволителни резултати, што пред сè, придонесе да се елиминираат десквамацијата и болката.

Сметаме дека ваквите резултати се должат на потврдените антиинфламаторни ефекти на кортикостероидните препарати.

На позитивниот терапевтски одговор на системската и на локалната кортикостероидна терапија кај ХДГ укажуваат и други автори (5, 7, 8).

Во нашиов случај примената на витаминска терапија придонесе да се подобри клиничката слика на ХДГ. Сметаме дека витаминот А влијае во регулирањето на кератинизацијата на гингивалниот епител, што се совпаѓа со констатациите на Bozkur T. F. Y. и соп.(2) и Wray D. и McCord J. F. (9).

Бедоксинот дејствува стабилизирачки на периферните нервни завршетоци и придонесува за супримирање и ублажување на болката кај овие пациенти.

Примената на антибиотици, локални антисептици, елиминирањето на локалните иритации и одржувањето на соодветна локална хигиена, сметаме дека има превентивна улога во одбраната и заштитата на гингивата.

Во достапната литература најдовме потврда и во укажувањата на други автори (4, 6, 8), дека постои потреба за преземање на превентивни мерки за заштита на гингивата од секундарни инфекции кај пациентите со ХДГ.

Многубројните експериментални истражувања го потврдуваат влијанието на биостимулирачките ласерски зраци врз регенеративниот процес на епителното ткиво (1).



Друго значајно дејство на ласерскиот зрак е антиинфламаторното дејство, како најважно при терапевтскиот третман во клиничката практика.

Поаѓајќи од ваквите сознанија, прв пат се одлучивме во терапевтскиот третман на ХДГ да вклучивме ласерска терапија.

Литературните известувања кои ни беа достапни немаа податоци за релевантните ефекти од ласерското светло во терапевтскиот третман на ХДГ.

Резултатите постигнати од примената на ласерската терапија, на наше големо задоволство, беа изненадувачки добри и претставуваат потврда за позитивните ефекти на ласерските зраци врз инфламациите.

Намалената хиперимија и инфламација на гингивата по примената на ласерската терапија сметаме дека е резултат на влијанието на ласерскиот зрак во озраченото воспалително ткиво. Во озрачената регија се зголемуваат лизозомските и интерферонските одбранбени протеини, исто така, се зголемува микроциркулацијата, се нормализира пропустливоста на крвоносните садови и настанува намалување на хистаминот, серотонинот и катехоламинот. На овој начин се контролира ексудацијата и се зголемува фагоцитната активност.

Освен антиинфламаторниот ефект, во нашиов случај се подобрија и кератинизацијата и епителизацијата.

Сметаме дека ваквите резултати се должат на влијанието на ласерските зраци во активноста на метаболичните процеси, се забрзува имунитетот на клетките и се забрзува фиброгенезата, со што се стимулираат регенерацијата и епителизацијата на гингивалното ткиво.

И покрај нашите совети за остварување контакт и консултации со гинеколог-

уролог, поради промените кои се забележуваат во хормоналниот наод, тоа не се реализираше во периодот кога го следевме пациентот. За жал, сметаме дека позитивните резултати можеби влијаеја на пациентот да реши да не се изложува на дополнителни прегледи.

Поради позитивните терапевтски резултати кои се следеа 6 месеци кај 45-годишниот пациент со хроничен десквамативен гингивитис, оправдано можеме да заклучиме дека за да се постигне подолготрајна клиничка ремисија на гингивата и да се спречат последиците кои можат да настанат кај пациентите со ХДГ, во терапевтскиот пристап предлагаме да се примени комбиниран третман (општ и локален) и сугерираме да се вклучи биостимулирачка ласерска терапија.

## CONTRIBUTION TO CHRONIC DESQUAMATIVE GINGIVITIS TREATMENT

„A CASE REPORT“

S. Georgieva, Z. Belazelkoska, M. Perkovska, S. Ristoska, Lj. Popovski

### Summary

Desquamative chronic gingivitis (DCG), known as gingival pemphigoid, is a rare form of gingival inflammation followed by gingival desquamation of unknown etiology according to its genesis. DCG is not a disease but a gingival reaction caused by various pathological changes.

Chormonal disbalans, dermathosis and chronic irritations are usually related to its clinical appearance.



DCG is a clinical presentation reflecting various pathological tissue changes such as inflammation, necrosis and desquamation.

Gingival features are longlasting, presented by diffuse erythema of the marginal and attached gingiva. The disease is usually persented by focal areas of vesicles, erosions, descquamation and subjective difficulties, such as pain and xerostomia.

The age group affected by the disease is usually between 20 and 40 years.

Ethiopathological changes in DCG are the reason for diagnostic difficulties because gingival lesions are similar to other diseases features, as gingivitis ulceronecroticans, pemphygus, erosive-ulcerous lichen, etc.

Due to this diagnostic difficultes the nessesery of undertaking clinical and labaratory analyses and immunofluerescence microscopy is evident.

Managment of DCG ofthen failes to give the expected results, so the therapy is a chellange for most of the oral pathologists and periodontologists.

The aim of this study is to countribute to precise therapy approach in an attemt for prolonged remissions.

**Key words:** chronic desquamative gingivitis; gingival diseases; oral pathology, lasers

## Литература

1. Бишкин Т.: Биолошкото влијание на ласерските зраци, Аполонија, 2001; 3: 46-56.
2. Bozkurt F. Y., Celenligli H., Sungur A., Ruakan S.: Gingival involvement in mucous membrane pemphigoid, *Quintessence Int*, 1988; 29(7) 438-41.
3. Đajić D., Orlov S., Mirković B.: *Oboljenja mekih tkiva usne duplje. Dečje novine*, Beograd, 1987.
4. Lorenzana E. R., Rees T. D., Hallmon W. W.: Esthetic management of multiple recession defects in a patient with cicatrical pemphigoid, *J Periodontol*, 2001; 72(2): 230-7.
5. Navaro C. M., Sposto M. R., Onofre M. A., Sculli C.: Gingival lesions diagnosed as pemphigus vulgaris in an adolescent: Case report., *J Periodontol*, 1999; 70 (7) 808-12.
6. Petros D.D., Gagari E.: Combined tretatment of periodontal disease and benign Mucous membrane pemphigoid, Case report with 8 years maintenance, *J Periodontol* 2001: 71: 1620-9.
7. Rogers R.S., Sheridan P. J., Nightingale SH.: Desquamative gingivitis: clinical, histopathological, immunopathological and therapeutic obseravtions, *J Am Acad Dermatol* 1982; 7(6) 729-35.
8. Soukos N., Spyropoulos M.: Chronic desquamative gingivitis: Etiology, clinical and histological features, immunopathological studies, diagnosis and treatment, *Odontostomatol Prodos* 1990; 44(3) 151-8.
9. Wrayd. McCord J. F.: Labial veneers in the management of desquamative gingivitis, *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol.* 1987; 64: 41-2.