

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

Выполнили студенты 4 курса

Группы МС-402

Никитина Елена, Нуралиев Ренат, Прозоровский Кирилл

Хронический гипертрофический гингивит- хронический воспалительный процесс десны, сопровождающийся пролиферативными явлениями с разрастанием волокнистых элементов собственной пластинки слизистой оболочки.

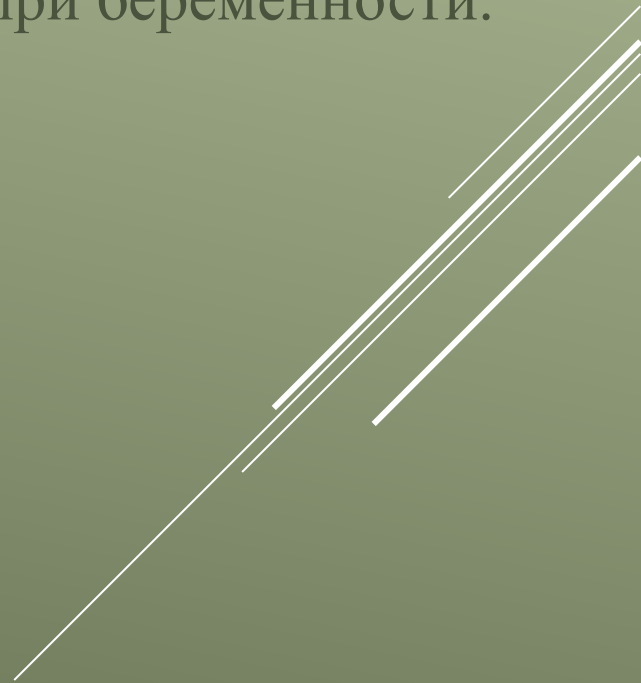


Различают 2 формы заболевания: отечная и фиброзная.

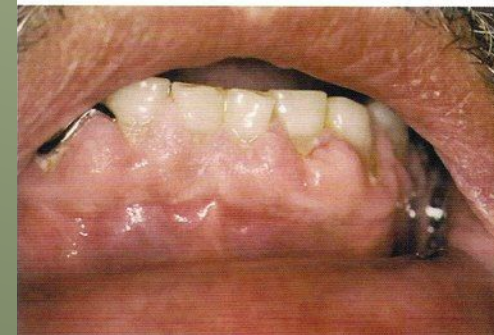
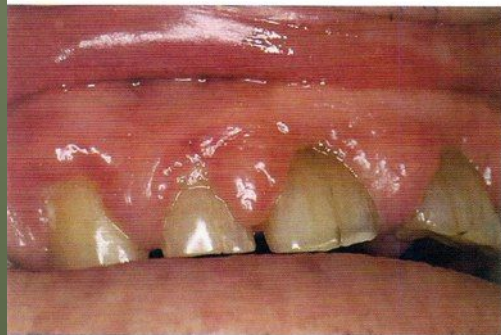


ЭТИОЛОГИЯ

В развитии заболевания участвуют разные местные раздражающие факторы полости рта – механические, химические, термические. Важное место в этиологии занимают общие нарушения некоторых систем организма, в первую очередь эндокринной. Среди них нужно отметить нарушения функции половых, щитовидной, поджелудочной желез, гипофиза. Часто проявляется в периоды полового созревания, и у женщин при беременности.

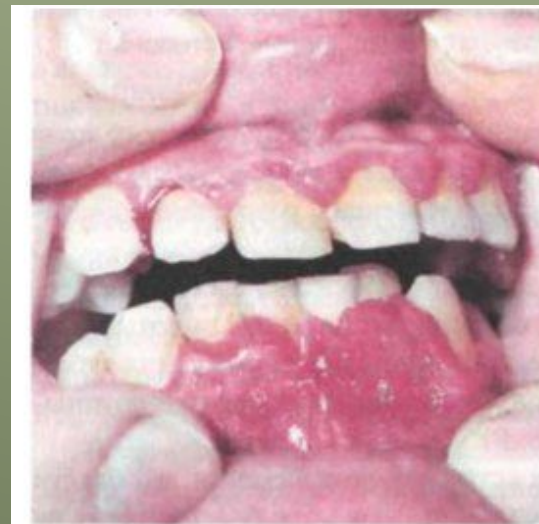
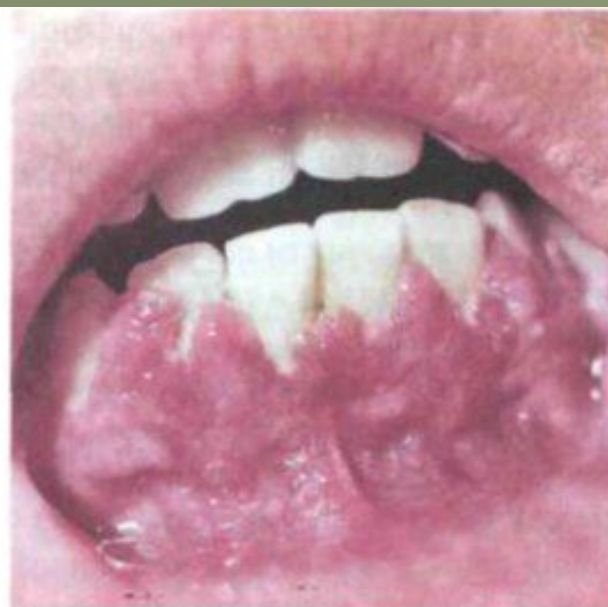
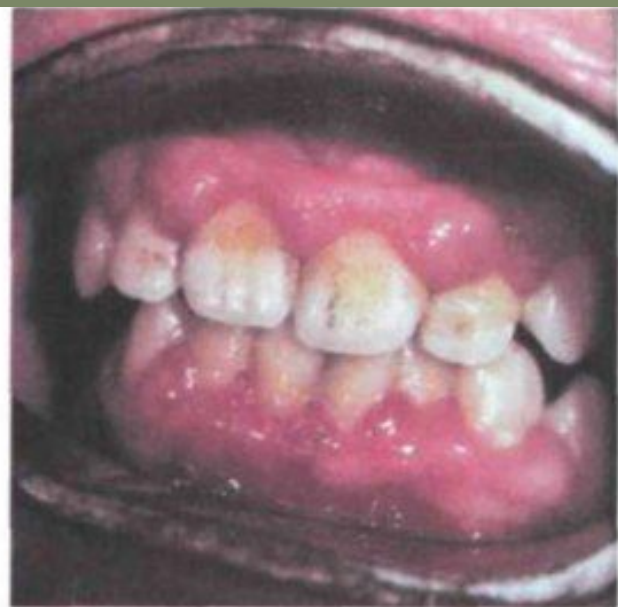


На его возникновение влияют медикаментозные препараты : дифенилгидантоин,
дифенин.



При интенсивности продуктивного процесса различают 3 степени гипертрофии десны:

- ▶ I степень характеризуется избыточным ростом края десны, десневых сосочков, которые утолщены в виде валика на всем протяжении зоны поражения и увеличены на $\frac{1}{3}$ высоты коронки зуба;
- ▶ II степень определяется прогрессированием гипертрофии десневого края и десневых сосочков. Десневой край приподнят в виде валика, покрывающего нижнюю часть коронки зубов. Форма сосочков изменена, разрастание достигает $\frac{1}{2}$ высоты коронки зубов;
- ▶ III степень отличается резко выраженной гиперплазией десневого края, десневых сосочков. Увеличенная в объеме десна покрывает более $\frac{2}{3}$ высоты коронок зубов, нередко достигая режущего края или поверхности смыкания зубов. Разросшиеся сосочки зачастую покрыты множественными мелкими и крупными кровоточащими грануляциями.



В
Рис. 148. Гипертрофический генерализованный гингивит, гранулирующая форма:
А — I степень; Б — II степень; В — III степень

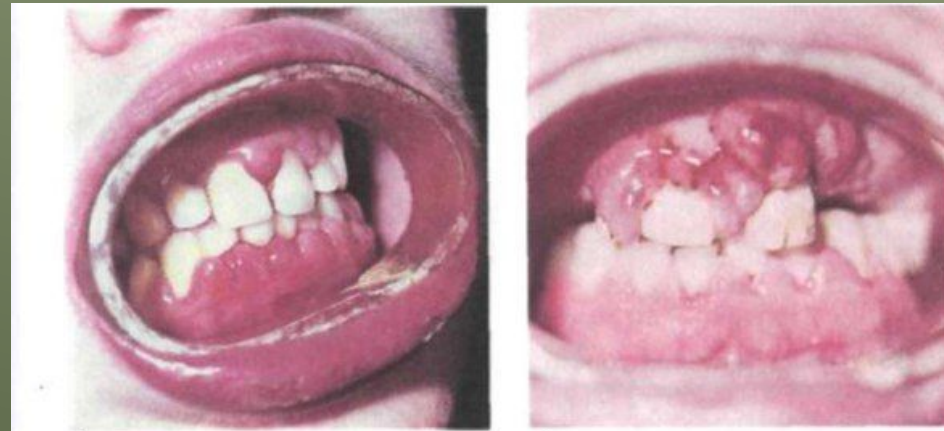
Гранулирующая (отечная) форма гингивита.

Больные жалуются на разрастание десен, неприятный запах изо рта, зуд, кровоточивость, болезненность, усиливающиеся при приеме пищи и значительно нарушающие акт жевания.

Характерны: гиперплазия десневых сосочков, с резко выраженным цианозом, пастозность, рыхлость тканей, болезненность при пальпации, усиленная кровоточивость; десневые сосочки покрыты грануляциями. Десневой край утолщен, альвеолярная десна на всем протяжении находится в состоянии хронического катарального воспаления. Форма десневых сосочков изменена, рельеф десневого края нарушен.

В результате выраженного отека ткани и гиперплазии образуются различной глубины десневые карманы с серозным или серозно-гнойным экссудатом, но зубодесневое соединение не нарушено.

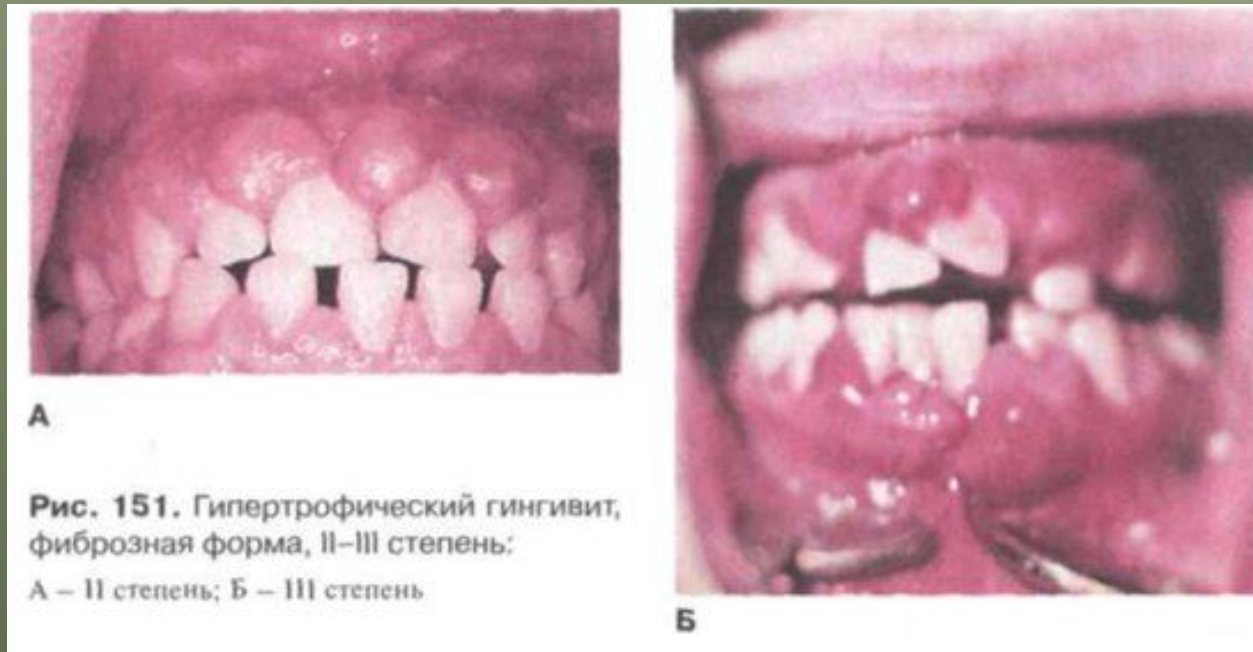
На зубах отмечается обильное отложение налета, иногда зубного камня. При длительном течении заболевания может выявляться остеопороз, рентгенологически определяется образование узур в кортикальном слое межальвеолярных перегородках.



Фиброзная форма гингивита

Протекает доброкачественно. Больные не предъявляют жалоб или жалуются на необычный вид и форму десны. Заболевание протекает медленно, иногда пролиферативным процессам предшествует катаральное воспаление. Гипертрофированная десна имеет вид утолщенного в основании валика, сосочки округлой формы, гипертрофированные, резко выступают в вестибулярном направлении, что обуславливает деформацию рельефа десны. Нередко десна покрывает всю вестибулярную поверхность зубной дуги, в таких случаях гиперплазируется основание десны, а сосочки и край изменяются меньше.

Десневые сосочки бледно-розового цвета, плотно прилежат к зубу, хотя и увеличены в размере и деформированы, не кровоточат. Глубина десневых карманов зависит от степени гипертрофии десны, выделений обычно нет. Разрастание одинаково выражено как с вестибулярной, так и с оральной поверхности. При пальпации участки десны плотные и безболезненные.



Дифференциальная диагностика.

Проводится с симптоматическим гингивитом при генерализованном пародонтите. При последнем гипертрофия десны сопровождается образованием пародонтальных карманов, развитием травматической окклюзии и прогрессирующей атрофии альвеолярной кости. Фиброзную форму следует отличать от фиброматоза десен, который является опухолеподобным процессом и характеризуется диффузным утолщением не только десневых сосочков, но и альвеолярной десны.



Лечение.

Терапия отечной формы гипертрофического гингивита включает удаление зубных отложений, обработку слизистой оболочки полости рта антисептиками, пародонтологические аппликации, ротовые ванночки и полоскания отварами трав, физиотерапию (электрофорез, гальванизацию, дарсонвализацию, ультразвук, лазеротерапию), массаж десен. При неэффективности местных противовоспалительных мероприятий проводится склерозирующая терапия – инъекционное введение в десневые сосочки растворов хлорида или глюконата кальция, глюкозы, этилового спирта под местной анестезией. С целью уменьшения отека и воспаления при гипертрофическом гингивите производится втирание в десневые сосочки гормональных мазей, инъекции стероидных гормонов.

В лечении фиброзного гипертрофического гингивита консервативные методы, как правило, оказываются неэффективными. В этом случае на первый план выходят криодеструкция или диатермокоагуляция гипертрофированных сосочков и гингивэктомия - хирургическое иссечение разросшегося участка десны.

Под гингивэктомией понимают иссечение десневой стенки пародонтального кармана с последующим кюретажем раневой поверхности. В настоящее время различают три методики гингивэктомии — простую, частичную («щадящую») и радикальную.

Методика операции простой гингивэктомии:

После местного обезболивания на протяжении пораженного пародонта проводят волнообразный горизонтальный разрез десны и надкостницы со стороны преддверия полости рта до кости, отступя 1 мм от дна пародонтального кармана по оси зуба к коронковой его части. Такой же разрез выполняют со стороны полости рта. По концам этих разрезов проводят вертикальные разрезы. После удаления отсеченной десны осуществляют кюретаж раневой поверхности и костных карманов, антисептическую обработку и гемостаз.

На рану накладывают йодоформную турунду или десневую повязку на 48 ч.

Методика частичной («щадящей») гингивэктомии осуществляется по описанной выше методике, отличаясь тем, что производят иссечение не всей десневой стенки пародонтального кармана, а только ее части (до 2—3 мм). Оставшаяся часть пародонтального кармана также обрабатывается методом кюретажа.

Радикальная гингивэктомия является более трудоемкой операцией, чем простая или «щадящая» гингивэктомия, так как при ней захватывается в операционное поле костная ткань альвеолярной дуги челюсти.

Методика радикальной гингивэктомии сочетает удаление десневой стенки пародонтального кармана и частичное нивелирование альвеолярной дуги в целях перевода вертикальной резорбции костной ткани в горизонтальную.

После проведения местного обезболивания на протяжении пораженного пародонта проводят волнообразный горизонтальный разрез десны и надкостницы со стороны преддверия рта до кости, отступя от дна пародонтального кармана на 2 мм к переходной складке. Такой же разрез выполняют со стороны полости рта. По концам этих разрезов проводят вертикальные разрезы как при простой гингивэктомии. Удаляют десневой край, грануляции, тяжи эпителия, остатки зубных отложений, а затем борами и фрезами удаляют измененную кость, оглаживают и выравнивают край альвеолярной дуги так, чтобы он был наклонен под небольшим углом наружу. Проводят антисептическую обработку раны, осуществляют гемостаз и накладывают йодоформную турунду, которую фиксируют к зубам (или под эластичную зубодесневую каппу, или десневую повязку). Подчеркнем, что при гингивэктомии края раны сшивать не рекомендуют, а предпочтение отдают защитным повязкам.