



Гипертрофический гингивит.

Клинические проявления и методика хирургического лечения

И. Р. Ганжа

к. м. н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста СамГМУ, врач высшей аттестационной категории (Самара)

Заболевания пародонта и их осложнения являются одной из основных причин, приводящих пациентов на прием к врачу-стоматологу. Среди патологии тканей пародонта значительная роль отводится и гиперпластическим процессам в тканях десны. Гипертрофический гингивит представляет собой хронический воспалительный процесс, сопровождающийся реактивным разрастанием волокнистых элементов соединительнотканной основы и базальных клеток эпителия десны. Причинами развития гипертрофического гингивита могут быть общие и местные факторы.

Местные факторы: аномалии прикуса и отдельных зубов, низкое прикрепление уздечки, неудовлетворительные ортопедические конструкции и нерациональное протезирование зубов, неправильно установленные пломбы, зубные отложения, неудовлетворительная гигиена при ношении ортодонтической аппаратуры.

Общие факторы: заболевания нервной и эндокринной системы, крови (лейкемические ретикулезы), прием лекарственных препаратов, авитаминоз витамина С, гормональные сдвиги в организме (период полового созревания, беременность).

Клиническая картина

Различают две формы гипертрофического гингивита: отечную (воспалительную) и фиброзную. При отечной форме

больные жалуются на зуд, жжение, кровоточивость десен. Десневые сосочки отечные, цианотичные, увеличенные в размерах, с блестящей гладкой поверхностью, при прикосновении кровоточат. В результате выраженного отека и гиперплазии образуются различной глубины ложные пародонтальные карманы. При фиброзной форме гипертрофического гингивита больные жалуются на необычный вид десны, цвет десны изменен незначительно, болезненность и кровоточивость десен при раздражении отсутствуют. Десна зуба имеет вид утолщенного в основании валика, десневые сосочки уплотненные, гиперплазированные, поверхность их неровная, бугристая.

Гипертрофический гингивит имеет **3 степени развития процесса** в зависимости от степени раздражения тканей десневого края:

1. Легкая — десневые сосочки покрывают коронки зубов до 1/3.
2. Средняя — десневые сосочки покрывают коронки зубов до 1/2 их высоты.
3. Тяжелая — десневые сосочки покрывают коронки зубов более чем на 1/2 высоты коронки зуба.

Гипертрофический гингивит может протекать как самостоятельное заболевание и как симптом обострения генерализованного пародонтита.

Чаще всего практический врач в клинике сталкивается с симптомами гипертрофического гингивита у подростков

— обычно это девушки от 11 лет до 21 года. Симптоматике этого заболевания могут предшествовать нарушения менструального цикла различной этиологии и прием гормональных препаратов для коррекции дисфункции яичников, контрацепции.

Клинический случай № 1

Пациентка К., 19 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и разрастание десен. На момент обращения девушка училась на 2-м курсе университета. В анамнезе нерегулярный менструальный цикл и болезненные менструации. При общении выявлены психологическая замкнутость и страх перед любыми стоматологическими вмешательствами.

Данные клинического объективного обследования (рис. 1):

- наличие над- и поддесневых зубных отложений;
- выраженная кровоточивость десен при зондировании, чистке зубов, а также самопроизвольная;
- патология прикуса (глубокое резцовое перекрытие и неправильное положение зубов);
- гипертрофическое разрастание десневого края на верхней и нижней челюсти;
- мелкое преддверие полости рта и низкое прикрепление уздечки верхней губы;



Рис. 1. Состояние полости рта пациентки К. при обращении в клинику.



Рис. 2. Вид слизистой оболочки десны через 3 дня после хирургического вмешательства.



Рис. 3. Состояние десневого края пациентки К. через 2 месяца после проведенных вмешательств.



Рис. 4, 5. Десневой край пациентки Н. при первичном визите.

Рис. 6. Вид после заживления.

- неудовлетворительная гигиена полости рта.

Диагноз на момент обращения: гипертрофический гингивит, отечная форма, тяжелая степень.

Был предложен, а впоследствии осуществлен следующий **план лечения**.

1. Профессиональная гигиена полости рта и обучение навыкам индивидуальной гигиены с использованием дополнительных средств гигиены полости рта (флоссы, ершики).

2. Гингивэктомия (гингивопластика) десневого контура на верхней и нижней челюсти.

3. Профилактические осмотры и проведение профессиональной гигиены полости рта раз в 4–6 месяцев.

4. Консультация и лечение у гинеколога и эндокринолога.

Хирургическое лечение — гингивопластика — было проведено в два этапа, вначале на верхней челюсти, а потом на нижней. Под инфильтрационной анестезией определена эмалево-дентинная граница, а затем сформирован новый десневой контур и удалены участки гипертрофии. Проведена медикаментозная

обработка, наложены швы и пародонтальная повязка. Послеоперационные рекомендации сводились к полосканию полости рта растворами антисептиков и регулярной чистке зубов с использованием противовоспалительных зубных паст (рис. 2).

Через 2 месяца после хирургического лечения пациентка широко улыбается и гордится своей улыбкой (рис. 3).

Клинический случай № 2

Пациентка Н., 14 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость при чистке зубов, неудовлетворительный эстетический вид передних верхних и нижних зубов. Обследование полости рта показало следующее (рис. 4, 5):

- разрастание мягких тканей десневого края;
- над- и поддесневые зубные отложения;
- мелкое преддверие полости рта;
- неудовлетворительная гигиена полости рта.

Был поставлен **диагноз:** гипертрофический гингивит, отечная форма, средняя степень тяжести.

Наше **лечение** свелось к хирургической пластике десневого контура (удалению гиперплазированных тканей), снятию зубных отложений, обучению гигиене полости рта и коррекции гигиенических навыков. Мы рекомендовали девочке и ее родителям обратиться к детскому врачу-гинекологу и эндокринологу.

После окончания эпителизации ничто не мешает пациентке широко улыбаться (рис. 6).

Заключение

Несмотря на растущую информированность населения в вопросах гигиены полости рта и расширение ассортимента средств индивидуального ухода, частота встречаемости гипертрофического гингивита остается высокой. Самым эффективным способом лечения этого процесса является хирургическое иссечение зон гипертрофии и нормализация окклюзионных взаимоотношений. В сложных случаях требуется вмешательство других специалистов с целью коррекции гормонального баланса организма. ■