

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

Институт Стоматологии им. Е.В. Боровского  
Кафедра хирургической стоматологии

**Методические материалы по дисциплине по выбору:**

**Хирургические методы лечения пародонта**

основная профессиональная образовательная программа высшего  
образования - программа специалитета

3.1.7 Стоматология

## МОДУЛЬНАЯ ЕДИНИЦА №3

**Гипертрофический гингивит: классификация, этиология, патогенез, хирургические методы лечения.**

**Гингивит** (gingivitis) — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения.

По форме выделяют гингивит: катаральный (catarrhalis), язвенный (ulcerosa), гипертрофический (hypertrophica).

По течению: острый (acuta), хронический (chronica), обострившийся (exacerbate).

По распространенности: локализованный (localis), генерализованный (generalisata).

**Гипертрофический гингивит** – хронический воспалительный процесс тканей десны с преобладанием процессов пролиферации. По клинкоморфологическим признакам выделяют отечную и фиброзную формы, чаще встречается отечная форма. Гипертрофическому гингивиту обычно предшествует катаральное воспаление. Излюбленная локализация – область передних зубов верхней и нижней челюстей.

У взрослых он обнаруживается реже, чем в юношеском возрасте.

Частота встречаемости гипертрофического гингивита у детей составляет 5% от общего числа гингивитов. У беременных встречается в 46-49% случаев.

Постпротезная гиперплазия десны встречается в 18% случаев от общего числа гиперплазий.

В этиопатогенезе генерализованного гипертрофического гингивита существенное значение имеют изменения гормонального фона (юношеский гингивит, гингивит беременных), прием лекарственных средств (контрацептивы, дифенин, нифедипин и др.), заболевания крови

В этиологии локализованного гипертрофического гингивита имеют значение местные факторы: аномалии прикуса (глубокий, открытый, перекрестный), аномалии положения зубов (скупенность, сверхкомплектные зубы), нарушения прорезывания зубов, ротовое дыхание.

**Морфология отечной формы гипертрофического гингивита:** отек основного вещества соединительной ткани; расширение и пролиферация капилляров, что создает увеличение массы десны; обильная и разнообразная клеточная инфильтрация (лейкоциты, плазматические и тучные клетки, лимфоциты).

**Клиника отечной формы гипертрофического гингивита**

Жалобы на: кровоточивость десен при еде, при чистке зубов; косметический дефект, связанный с увеличением объема десны.

Объективно: увеличение десны, поверхность ее глянцево-синюшная; определяется кровоточивость при зондировании зубодесневой борозды, иногда при дотрагивании; характерно образование ложных пародонтальных карманов. Эпителиальное прикрепление не нарушено; могут обнаруживаться наддесневые и поддесневые зубные отложения.

Гипертрофический гингивит, при котором гипертрофия десны не превышает  $1/3$  длины коронки зуба, называют легким. Гипертрофический гингивит средней степени тяжести характеризуется более выраженной деформацией десны – до  $1/2$  коронки зуба, при тяжелой степени десна покрывает более  $1/2$  коронки.

### **Морфология фиброзной формы гипертрофического гингивита**

В эпителии: ороговение по типу паракератоза, утолщение его и пролиферация в глубину соединительной ткани. В соединительнотканной строме: пролиферация фибробластов и коллагеновых структур; уплотнение стенок сосудов; редкие очаги воспалительной инфильтрации; эпителиальное прикрепление не нарушено.

### **Клиника фиброзной формы гипертрофического гингивита**

Эта форма гингивита в начале заболевания больных обычно не беспокоит. По мере развития (средняя и тяжелая степени) появляются жалобы на разрастание тканей десны, косметические дефекты. Объективно выявляют деформацию десны, которая имеет бледно-розовый цвет, плотная с бугристой поверхностью. Кровоточивость отсутствует, определяют ложные пародонтальные карманы, наддесневые и поддесневые зубные отложения.

**Дополнительные методы обследования** позволяют выявить воспалительный процесс слизистой оболочки различной степени интенсивности. **Дифференциальная диагностика** гипертрофического гингивита от *хронического генерализованного пародонтита легкой степени*. Общие признаки: жалобы больных на кровоточивость десен, отек и гиперемия десневого края, наличие зубных отложений. ИГ и ПМА больше нормы, проба Шиллера – Писарева положительная. Отличительные признаки: при пародонтите определяются пародонтальные карманы до 4 мм и резорбция костной ткани межальвеолярной перегородки.

*Дифференциальная диагностика гипертрофического (отечная форма) и хронического катарального гингивита* обусловлена некоторой общностью клинической картины: больные жалуются на кровоточивость десен, изменение внешнего вида десневого края. Обычно пролиферативному процессу, характерному для гипертрофического гингивита, предшествует катаральное воспаление, поэтому на одной челюсти можно наблюдать явления катарального гингивита, а на другой – гипертрофического.

Отличительные признаки проявляются в специфике общесоматических заболеваний, ассоциированных с различными формами гингивита. При катаральном гингивите чаще выявляют сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, инфекционные болезни, заболевания крови (лимфо- и миелолейкозы). При гипертрофическом гингивите чаще присутствует гормональный дисбаланс, влияние некоторых медикаментозных препаратов, иные заболевания крови (лейкемический ретикулез). Имеются различия и в клинической картине: отек и гиперемия межзубных сосочков и десневого края при катаральном гингивите, увеличение десневых сосочков, выраженная деформация десневого края, иногда синюшный оттенок, образование ложных десневых карманов при гипертрофическом гингивите.

*Дифференциальная диагностика локализованного гипертрофического гингивита и эпюлиса*. Общие признаки: пролиферация десны на небольшом участке в области одного-двух зубов. Отличительные признаки: форма

опухоли (листьевидная или грибовидная), ее окраска (мясо-красная, с буроватым или синюшным оттенком), изменение в костной ткани – разрезание у места ножки эпюлиса.

### **Метод хирургического вмешательства.**

Гингивэктомия (иссечение части десны) Операция может быть выполнена в двух модификациях: простая гингивэктомия и радикальная гингивэктомия. В связи с риском полного удаления всех отделов десны применение радикальной гингивэктомии ограничено.

### **Показания, инструменты, способ выполнения**

#### **Показания к проведению гингивэктомии:**

1) «ложный» карман при гипертрофическом гингивите и фиброматозе десны; 2) пародонтальный карман при горизонтальной резорбции альвеолярной кости (десневой карман).

#### **Способ выполнения простой гингивэктомии:**

1) активное полоскание полости рта антисептическим раствором в объеме одного глотка; ротовая ванна антисептическим раствором в течение 3 мин; антисептическая обработка слизистой оболочки в месте проведения местной анестезии проводится смоченным в антисептическом растворе марлевым шариком;

2) инфильтрация местного анестетика;

3) маркировочным пинцетом Крейна—Каплана провести маркировку дна десневого кармана для определения уровня разреза при гингивэктомии;

4) скальпель располагают под тупым углом к коронке зуба и соединяют кровоточащие точки-маркеры таким образом, чтобы скальпель был в постоянном контакте с поверхностью зуба;

5) скейлером удаляют отсеченную часть десны;

6) производится очистка поверхности зуба от зубных отложений, находившихся в просвете ложного кармана, орошение операционной раны антисептическим раствором;

7) накладывается изолирующая пародонтальная повязка.

#### **Послеоперационный уход:**

В течение недели: пародонтальную повязку сохранять от 2 до 5 дней, ограничив чистку зубов щеткой на этом участке; ротовые ванны антисептическим раствором 2 раза в день по 3-5 мин на время сохранения повязки. После удаления повязки необходимо вернуться к применению зубной щетки. Медикаментозное лечение: местное применение кератопластических препаратов после удаления повязки; назначение противовоспалительной терапии, как правило, не требуется.

#### **Критерии эффективности:**

В ходе операции: десневой карман иссечен полностью, удалены все зубные отложения с поверхности зуба, повязка полностью изолирует раневую поверхность от ротовой жидкости и плотно фиксирована к поверхности зубов.

Первый день после операции: болевые ощущения отсутствуют, пациент выполняет гигиенические рекомендации.

Через неделю: повязка удалена, послеоперационная рана эпителизирована или находится в стадии эпителизации, сохраняется незначительная

гиперемия по краю десны, поверхности зубов свободны от микробного налета.

**Диатермокоагуляция** - электрохирургический метод лечения с использованием токов высокой частоты. Для этого используют аппараты ДКС-2, ДКС-3, «Электронож» и другие. Аппарат включают в режим «разрез».

Ткани, подлежащие удалению, подсушивают. Электрод подводят к основанию патологически измененных тканей и включают ток. Манипуляция длится всего несколько секунд. Экскаватором удаляют некротизированные ткани десны, производят антисептическую обработку раны и наложение пародонтальной повязки.

Преимуществом метода является бактерицидное действие высокочастотного тока, бескровность оперативного вмешательства, хороший обзор операционного поля.

**Криодеструкция** - удаление патологических тканей и образований при воздействии низкой температуры. При этом деструкция клеток тканей происходит под влиянием холода. В качестве замораживающих жидкостей используют фреон, углекислоту, кислород, жидкий азот.

При лечении гипертрофического гингивита применяется контактная криодеструкция. Патологически измененные ткани замораживают путем непосредственного контакта с рабочей частью криоприбора. Время воздействия 10-20 секунд. После этого возникает криодеструктивный процесс, в котором различают 4 стадии:

- 1) Ограниченное локальное побеление замораживаемых тканей;
- 2) Появление окраски слизистой с элементами гиперемии и отека через 3-5 минут после воздействия хладагента;
- 3) Крионекроз деструктивных тканей, появляющийся через 24-48 часов после замораживания;
- 4) Регенерация поврежденного участка.

В первые 2 суток после манипуляции пациенту рекомендуется тщательная гигиена полости рта. По мере отторжения некротической ткани применяют аппликации кератопластиков. После отторжения зоны некроза накладывают защитную лечебную повязку.

#### **Гингивэктомия с применением лазера.**

При данном методе лечения происходит иссечение патологически измененных тканей посредством излучения лазера.

Гингивэктомия с помощью лазера проводится бескровно, крайне щадящее и с лучшим сохранением пародонтальной ткани, чем при классическом пародонтально-хирургическом вмешательстве. Улучшение результатов лечения достигается за счет лазерной деэпителизации. Под инфильтрационной анестезией фокусированным лазерным лучом производится иссечение избыточной ткани десны. Десна моделируется непрерывными равномерными движениями световода. При помощи лазерного скальпеля одновременно с рассечением тканей обеспечивается коагуляционный эффект, асептичность раневой поверхности, гладкое течение послеоперационного периода.