*Язвенно-некротический стоматит Венсана — инфекционное альтеративно-воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, возникающее на фоне снижения ре­активности организма и неблагоприятных усло­вий в полости рта. Другие названия заболевания: язвенный стоматит, фузоспирохетозный стома­тит, стоматит Венсана, «Траншейный» рот. Одним из первых выявил инфекционную приро­ду заболевания французский бактериолог Венсан (1895).*

*Возбудителями заболевания являются фузоба-ктерии {Bad. fusiformis) и спирохеты (Borrelia vin-centi). Под действием ряда неблагоприятных мест­ных и общих факторов количество фузобактерий и спирохет, в норме являющихся сапрофитами (резидентной флорой) полости рта, резко возрас­тает, что приводит к язвенно-некротическому по­ражению десны и слизистой оболочки полости рта. Стоматит Венсана часто развивается после стрессов, заболеваний, переохлаждения, опера­тивных вмешательств, может осложнять травма­тические, трофические, раковые язвы; быть сим­птомом заболеваний крови, лучевых поражений; интоксикаций солями тяжелых металлов, ВИЧ-инфекции. У больных стоматитом Венсана отме­чаются неудовлетворительное гигиеническое со­стояние полости рта, зубные отложения, острые края кариозных зубов, глубоко посаженные ис­кусственные коронки, перикоронит третьих мо­ляров нижней челюсти, воспалительные заболева­ния тканей пародонта.*

*Выделяют легкую, среднюю и тяжелую фор­мы, а также острый и хронический процесс. По локализации различают гингивит Венсана, гингивостоматит (стоматит) Венсана и ангину Венсана. От тяжести процесса зависит выраженность при­знаков интоксикации: общей слабости, головной боли, повышения температуры тела, ломоты в су­ставах и мышцах, нарушения сна и аппетита, склонности к обморочным состояниям.*

*На слизистой оболочке полости рта на гиперемированном и отечном основании имеется одна или несколько язв, покрытых серым налетом. На­иболее часто язвы локализуются в ретромолярном пространстве, на слизистой оболочке щек по ли­нии смыкания зубов, на боковых поверхностях языка. Десна при вовлечении в патологический процесс гиперемирована, отечна, кровоточит при прикосновении. Межзубные сосочки с явлениями некроза. Резкий гнилостный запах изо рта. Возмо­жен тризм. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны*

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Порядок обследования** | **Выявленные симптомы** | **Патогенетическое обоснование симптомов** |
| **Опрос** |  |  |
| *жалобы* |  |  |
| острое течение | Боль, жжение слизистой оболочки | Раздражение нервных окончаний токсинами, |
|  | рта, усиливающееся при приеме пи- | медиаторами воспаления, химическими и ме- |
|  | щи, разговоре | ханическими раздражителями. Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта, десны вследствие гиперергической реакции с выделением веществ, приводящих к ограни­ченному некрозу |
|  | Слабость, плохое самочувствие, го- | Общая интоксикация продуктами распада не- |
|  | ловная боль, повышение температуры | кротизированных участков слизистой обо- |
|  | тела, склонность к обморокам, нару­шение сна | лочки рта и токсинами микроорганизмов |
|  | Гнилостный запах изо рта. Усиление слюноотделения. Ограниченное от­крывание рта | Активизация анаэробной инфекции |
| хроническое | Болезненные язвы на слизистой обо- | К процессу альтерации присоединяется проли- |
| течение | лочке рта с плотным белым налетом | феративное воспаление, при котором проис­ходит размножение соединительнотканных клеток, преимущественно лимфоцитов, плаз­матических клеток, фибробластов. Затем обра­зуется богатая клетками грануляционная ткань |
|  | Кровоточивость десны Гнилостный запах изо рта | Расширение капилляров и венул вследствие воздействия на них медиаторов воспаленияАктивация анаэробной флоры |
| **Анамнез***начало заболевания**эффективность проведенного ранее лечения* | Острое. Заболевание не склонно к са­моизлечению. Начало заболевания можно связать с воздействием общих факторов: ОРВИ, ангиной, гриппом, вирусными заболеваниями, переохла­ждением, неполноценным питанием; местных факторов: плохой гигиеной рта, множественным кариесом, пери-коронитом, хронической механиче­ской травмой, воспалительными про­цессами в пародонтеОтсутствие эффекта | Снижение резистентности организма; нару­шение микроциркуляцииНеправильный выбор лекарственных средств. Позднее обращение к врачу |
| **Возраст** | Преимущественно лица в возрасте 17-30 лет | Возникновению заболевания способствуют неблагоприятные местные факторы |
| **Перенесенные и сопутствующие заболевания** | ОРВИ, ангина, грипп, вирусные забо­левания, переохлаждение | Снижение резистентности организма и сли­зистой оболочки полости рта в результате на­рушения микроциркуляции, нервной трофи­ки, фагоцитарной активности клеточных элементов |
| **Материально-бытовые условия** | Неполноценное питание, нарушение режима труда и отдыха, перегрузки | Способствуют снижению иммунитета |
| **Осмотр***внешний осмотр* | Кожные покровы лица бледныеУ некоторых больных асимметрия ли­ца в результате отека мягких тканейРегионарные лимфатические узлы увеличены, мягкие, слегка болезнен­ные, не спаяны с окружающими тка­нями | Результат интоксикацииВ очаге воспаления затруднен отток крови и лимфы, что вызывает их выход в ткань; разви­вается отекБарьерная реакция лимфоидной ткани на по­ступление инфекции из очагов поражения по­лости рта |
| **Осмотр полости рта***гигиеническое состояние**состояние зубных рядов* | Обильный мягкий налет, над- и под-десневой зубной каменьОстрые края зубов, пломб, множест­венный кариес, глубоко посаженные коронкиПерикоронит | Зубной камень препятствует нормальному слущиванию поверхностных слоев эпителия, закрывает вход в десневые карманы и создает тем самым благоприятные условия для разви­тия анаэробной инфекцииХроническая травма слизистой оболочки дес­ны приводит к снижению резистентности слизистой оболочки, возникают благоприят­ные условия для активизации спирохет и фу-зобактерийСпособствует скоплению микрофлоры (кок­ки, палочки, лептотрихии и др.) и активиза­ции спирохет и фузобактерий |
| *осмотр слизистой* |  | В местах травмы одна или несколько | язв. | При серозном воспалении происходит |
| *оболочки полости* | Наиболее часто язвы локализуются на сли- | выделение биологически активных ве- |
| *рта* | зистой оболочке щек по линии смыкания | ществ, приводящих к ограниченному |
|  | зубов, на боковых поверхностях языка, в ре- | некрозу слизистой оболочки рта. Воспа- |
|  | тромолярной области. Язвы имеют мягкие | лительная гиперемия в зоне действия |
|  | неровные края, толстый некротический на- | патогенного фактора ограничена очагом |
|  | лет серовато-зеленого цвета, после удале­ния которого видно рыхлое, сильно крово­точащее дно. Уплотнения в основании и вокруг язвы нет. Окружающие ткани отеч­ны, резко гиперемированы | поражения |
| **Дополнительные** |  |  |
| **методы исследования** |  |  |
| *общий анализ крови* | Без изменений. Сдвиг формулы влево | Интоксикации нет. Повышенная СОЭ |
|  | (лейкоцитоз, повышенная СОЭ) | — результат сдвига белковых фракций крови в сторону грубодисперсных бел­ков. Лейкоцитоз — результат стимуля­ции лейкопоэза при инфекционном за­болевании |
| *цитологический* | Картина неспецифического воспаления. В | Присутствие эритроцитов — результат |
| *метод* | начале заболевания отмечаются резкое | кровоточивости язвенной поверхности. |
|  | преобладание нейтрофилов в состоянии | Гранулоциты осуществляют фагоцитар- |
|  | распада, увеличение фагоцитирующих нейтрофилов, лимфоцитов и гистиоцитов. Позже наряду с распавшимися нейтрофи-лами появляются полноценные фагоцити-рущие нейтрофилы, много гистиоцитов. При начавшейся эпителизации есть пласты молодых эпителиальных клеток | ную функцию |
| *бактериоскопиче-* | В поверхностных слоях обилие спирохет | Фузобактерий и спирохеты подавляют |
| *ский метод* | (Borrelia vincenti), веретенообразных пало- | рост другой микрофлоры полости рта и |
|  | чек (Bact. fusiformis) и обычной микрофло- | могут представлять почти чистую куль- |
|  | ры полости рта. В глубоких слоях почти чи­стая культура фузобактерий и спирохет. В период заживления язв количество спиро­хет и фузобактерий уменьшается | туру |
| *серологическое* | Диагностика специфических заболеваний |  |
| *исследование крови* |  |  |
| **Консультации специа-** | По показаниям | Ведущее значение в развитии заболевания |
| **листов** |  | имеет снижение реактивных сил организ­ма (иммунитета) — результат перенесен­ных или сопутствующих заболеваний |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заболевание** | **Общие клинические признаки** |  | **Отличительные признаки** |
| **Заболевания крови** |  |  |  |
| *острый лейкоз* | Молодой возраст больных (до 30 | Кли | ническую картину определяют геморраги- |
|  | лет). Слабость, снижение аппетита, | ческ | ий, гиперпластический, анемический и ин- |
|  | недомогание. Бледность кожных | токе | икационный синдромы. Геморрагический |
|  | покровов. Язвенно-некротический | сищ | 1ром проявляется в виде петехий, экхимо- |
|  | гингивостоматит. Регионарные лим- | зов, | гематом на коже и слизистой оболочке по- |
|  | фатические узлы увеличены, болез- | лост | и рта. В полости рта резкая кровоточивость |
|  | ненны, мягкие на ощупь, не спаяны с окружающими тканями  | десн | ы, кровоизлияния на слизистой оболочкепо линии смыкания зубов |
| *хронический лейкоз агранулоцитоз* | Слабость, утомляемость, снижение аппетита. Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки полости рта. Регионарные лимфа­тические узлы увеличены, болез­ненны, мягкие на ощупь, не спая­ны с окружающими тканямиСлабость, недомогание. Бледность кожных покровов. Язвенно-нек­ротические процессы слизистой оболочки рта. Регионарные лим­фатические узлы увеличены, бо­лезненны, мягкие на ощупь, не спаяны с окружающими тканями | Спонтанные кровотечения. Гиперпластические процессы на небе, десне, спинке языка. Боль в ин-тактных зубах и челюстях, в костях. Анализ крови: в лейкограмме преобладание недифференциро­ванных клеток крови; количество эритроцитов 1— 1,5 млн. в 1 мм3. Общее количество лейкоцитов при остром лейкозе колеблется от лейкопениче-ских цифр до 200 000—300 000 в 1 мм3 крови и бо­лее. При бактериоскопическом исследовании от­сутствие выраженного фузоспирохетозаОпределяется у лиц в возрасте 30—60 лет. Боль в ко­стях, суставах, невралгическая боль. Кровоизлия­ния на коже и слизистых оболочках. Послеэкстрак-ционные кровотечения. Картина крови: в начале заболевания незначительный лейкоцитоз, увеличе­ние базофилов, затем нарастает количество лейко­цитов, эозинофилов, базофилов. Число зрелых гра-нулоцитов резко падает. Прогрессирует анемияОтсутствие воспалительной реакции ткани, окру­жающей очаги некроза. Анализ крови: лейкопе­ния, нейтропения вплоть до полного исчезнове­ния гранулоцитов. Анемия и тромбоцитопения. Отсутствие зрелых нейтрофилов. При бактерио­скопическом исследовании отсутствие выражен­ного фузоспирохетоза |
| **Твердый шанкр (язвенная форма)** | Язва на слизистой оболочке рта. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкие на ощупь, не спаяны с окружающими тканями | Длительное существование безболезненной язвы с плотными краями и основанием. В соскобе с язвы обнаруживают бледную трепонему. Регионарные лимфатические узлы увеличены, уплотнены (скле-раденит). Реакция Вассермана положительная че­рез 3 нед. после возникновения твердого шанкра |
| **Травматическая язва** | Болезненная язва на слизистой оболочке полости рта, боль при приеме пищи. Регионарные лим­фатические узлы увеличены, бо­лезненны | Язва располагается на участке хронической травмы, может существовать долго, ее основание инфильт­рировано. При бактериоскопическом исследовании обычная микрофлора полости рта, сопровождаю­щая неспецифическое воспаление (кокки, палочки, лептотрихии). Единичные фузобактерии и спирохе­ты. Гнилостный запах изо рта нехарактерен. Устра­нение травмирующего фактора, как правило, при­водит к заживлению язвы через 5—6 дней |
| **Распадающаяся злокачественная опухоль (рак, саркома)** | Язва на слизистой оболочке полос­ти рта может располагаться в месте действия травмирующего фактора (острые края зубов и др.). Регио­нарные лимфатические узлы уве­личены, болезненны | Преимущественно у людей пожилого возраста. Длительное существование (до нескольких меся­цев) язвы, отсутствие тенденции к заживлению пос­ле устранения травмы, уменьшение болезненности, уплотнение краев и основания. Лимфатические уз­лы спаяны с окружающими тканями. Раковая язва не всегда связана с механической травмой. Цитоло­гически определяются конгломераты атипичных клеток с характерным для них клеточным и ядер­ным полиморфизмом. При бактериоскопическом исследовании обычная микрофлора полости рта |
| **Трофическая язва** | Язва на слизистой оболочке рта, боль во время еды разной выражен­ности, возможна связь с травмиру­ющими факторами | Язва с вялым, длительным течением без тенден­ции к эпителизации даже после устранения трав­мирующего фактора. Наблюдается у больных с сердечно-сосудистой и сердечно-легочной недос­таточностью II—III степени. Язва покрыта фибри­нозным налетом, слабо болезненна, окружающая слизистая оболочка незначительно воспалена. Эпителизация возможна только при лечении об­щего заболевания |

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Этапы** | **Средства** | **Цель использования** | **Механизм действия** |
| **лечения** | **лечения** | **препаратов** | **препаратов** |
|  | **Лечение** | **в поликлинике** |  |
| **Обезболивание** |  |  |  |
| *инъекционное* | 1—2% раствор лидокаина, | Для безболезненного | Блокада натриевых каналов в кле- |
| *(при генерализо-* | 4% раствор артикаина, 0,5— | удаления наддесне- | точной мембране нерва, в резуль- |
| *ванном процессе)* | 1 % раствор мепивакаина | вого зубного камня, | тате чего не возникает деполяриза- |
|  |  | некротических масс | ция мембраны и по аксону не |
|  |  | с поверхности язв и | проходит нервный импульс |
| *аппликационное* | 1% раствор дикаина, 10% | десны | Блокируют чувствительные окон- |
|  | раствор лидокаина, 10% раствор пиромекаина, кси-лонор спрей |  | чания нервных волокон |
| **Очищение** | Протеолитические фермен- | Лизис и удаление не- | При местном действии расщепля- |
| **некротической** | ты: трипсин, химотрипсин, | кротических масс | ют некротизированные ткани, |
| **поверхности** | химопсин, лидаза (в виде |  | разжижают вязкие секреты, экссу- |
|  | аппликаций на 10 мин. на участки некроза) |  | даты |
| **Антибактериальная** | Антисептики (полоскания, | Устранить или осла- | Перекись водорода оказывает ан- |
| **терапия** | орошения, аппликации, ро- | бить действие вто- | тисептическое действие за счет вы- |
|  | товые ванночки). Начинают | ричной микрофлоры | деления атомарного кислорода. |
|  | антисептическую обработку | на поврежденную | Бактерицидное действие на мик- |
|  | перекисью водорода, а затем | слизистую оболочку | рофлору. Очищающее, дезодори- |
|  | применяют препараты в лю- |  | рующее действие. Денатурация |
|  | бой последовательности: 1% |  | белка бактериальной клетки. Лизо- |
|  | раствор перекиси водорода, |  | цим — ферментный препарат, яв- |
|  | 0,25% раствор хлорамина, |  | ляется естественным фактором ан- |
|  | раствор перманганата калия 1:5000, 0,06% раствор хлор-гексидина, раствор фураци-лина 1:1000, лизоцим (У2 чайной ложки на стакан воды), настойка календулы (1 чайная ложка на стакан воды), раствор этакридина лактата 1:1000 |  | тибактериальной защиты |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Сангвиритрина 1% лини- | Для борьбы с анаэ- | Обладает антимикробной актив- |
|  | мент, 0,2% спиртовой рас- | робной микрофло- | ностью в отношении грамполо- |
|  | твор, 1% водный раствор | рой, а также для за- | жительных и грамотрицательных |
|  |  | живления язв | бактерий. Действует на дрожже-подобные грибы и трихомонады. Имеет также антихолинэстераз-ную активность |
|  | Метронидазол в виде апп- | Для подавления па- | Подавляет 90% анаэробной инфек- |
|  | ликаций на очаги пораже- | тогенной микрофло- | ции, легко проникает в бактериаль- |
|  | ния | ры | ную клетку, образует высокотоксич­ные вещества, разрушающие ДНК |
| **Устранение** | Обработка кариозных поло- | Устранение очагов | Устранение действия раздражаю- |
| **травматических** | стей концентрированными | инфекции | щих факторов и исключение пато- |
| **факторов** | растворами антисептиков с последующим наложением временных пломб, сошли-фовывание острых краев зу­бов, удаление наддесневого зубного камня |  | генного влияния микрофлоры |
| **Стимуляция** | Солкосерил, витамины А Е, линимент тезана, мефе- наминат натрия, сок ка ланхоэ, алоэ | Стимуляция репара тивных процессов  | Улучшение метаболизма и трофики тканей. Стимуляция процессов регенерации |
| **процессов** | - |  |  |
| **регенерации** | - |  |  |
| **(при начинающей-** |  |  |  |
| **ся эпителизации,** | Витамины и их аналоги: | Для ускорения эпи- | Комплексное соединение натриевых |
| **отсутствии некро-** | 0,5—1% водный раствор | телизации при боль- | солей аскорбиновой кислоты. Дей- |
| **тического налета)** | галаскорбина | ших язвенных пора- | ствие препарата связано с наличием |
|  |  | жениях | аскорбиновой кислоты (около 20%) и вяжущим действием галлата на­трия. Галловая кислота и ее соли в некоторой степени обладают свойст­вами витамина **Р** |
| **Санация полости** | Профессиональная гигие- |  |  |
| **рта в период** | на полости рта. Лечение |  |  |
| **выздоровления** | кариеса и его осложнении, удаление разрушенных зу­бов. Лечение болезней па-родонта. Протезирование |  |  |

**Лечение на дом**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Обезболивание** | Комплексный препарат | Для безболезненного | Анестетики блокируют чувствитель- |
|  | в состав которого входят: | приема пищи и ан- | ные окончания нервных волокон |
|  | Гексаметилентетрамин | тисептической обра- | слизистой оболочки рта |
|  | 2,0 мл; пиромекаин 1,0 мл; | ботки слизистой |  |
|  | дистиллированная вода до | оболочки рта Устра- |  |
|  | 200,0 мл, 1—2% раствор | нить или ослабить |  |
|  | лидокаина, 3—5% раствор | болевые ощущения |  |
|  | тримекаина, ротовые ван- | при приеме пищи, |  |
|  | ночки за 5—7 мин. до еды | антисептической об- |  |
|  | и перед чисткой зубов | работке |  |
| **Антибактериальная** | Полоскания растворами | Устранить или осла- |  |
| **терапия** | антисептиков: 0,25% рас- | бить действие вто- |  |
|  | твор хлорамина, 0,06% раствор хлоргексидина (5—6 раз в день и после ка­ждого приема пищи) | ричной микрофлоры |  |
|  | Метронидазол 0,25 2 раза в | Для борьбы с инфек- | Подавляет 90% анаэробов |
|  | день в течение 7—10 дней | цией |  |
| **Противовоспали-** | Антигистаминные препа- | Воздействие на пато- | Уменьшают реакцию на гистамин, |
| **тельная терапия** | раты: тавегил, пипольфен, | генез заболевания | снижают проницаемость капилля- |
|  | димедрол, фенкарол |  | ров, предупреждают развитие отеков тканей |
| **Витаминотерапия** | Аскорутин по 1 таблетке 3 | Уменьшить раздра- | Аскорбиновая кислота участвует в ре- |
|  | раза в день в течение 10— | жение слизистой | гулировании окислительно-восстано- |
|  | 12 дней | оболочки рта, укре- | вительных процессов, свертываемости |
|  |  | пить стенки капил- | крови и регенерации тканей, в обра- |
|  |  | ляров, уменьшить | зовании стероидных гормонов, в син- |
|  |  | кровоточивость дес- | тезе коллагена и проколлагена, а так- |
|  |  | ны, повысить реак- | же в нормализации проницаемости |
|  |  | тивность организма | капилляров. Обладает выраженными антиоксидантными свойствами. Ру­тин (витамин Р) уменьшает ломкость и проницаемость капилляров, оказы­вает противовоспалительное дейст­вие. Применяется при заболеваниях, сопровождающихся нарушением проницаемости сосудов. Назначается совместно с витамином С |

***Рекомендации:*** *щадящая диета повышенной энергетической ценности (овощные пюре, фрук­ты, соки, молочные продукты).*

***Профилактика:*** *профилактические осмотры у стоматолога (не реже 3—4 раз в год), соблюдение гигиены полости рта, здоровый образ жизни, за­каливание организма, полноценное питание*