

Случай язвенно-некротического гингивита Венсана у пожилой женщины

Л.И. Глебова, Е.В. Задюченко

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

z777kat@inbox.ru

Аннотация

Язвенно-некротический стоматит Венсана относится к воспалительным заболеваниям и описан под различными названиями: язвенный гингивит, язвенно-некротический стоматит, фузоспирохетозный стоматит, стоматит Плаута–Венсана, «окопный рот». При поражении десен заболевание определяется как гингивит Венсана, при одновременном поражении десен и слизистых рта – стоматит Венсана, при вовлечении в процесс миндалин (зева) – ангина Венсана. В работе рассматривается редкая локализация заболевания на слизистой десен и неба у пожилой женщины. Рассматриваются основные причины возникновения болезни, указываются заболевания для дифференциальной диагностики процесса, описываются меры профилактики.

Ключевые слова: язвенно-некротический гингивит, стоматит Венсана, фузоспирохетозный стоматит, санация полости рта, дифференциальный диагноз.

Для цитирования: Глебова Л.И., Задюченко Е.В. Случай язвенно-некротического гингивита Венсана у пожилой женщины. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 4: 60–63. DOI: 10.47407/kr2021.2.4.00061

Elderly woman with acute necrotizing ulcerative gingivitis (Vincent disease): a case report

Larisa I. Glebova, Ekaterina V. Zadionchenko

Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

z777kat@inbox.ru

Abstract

Acute necrotizing ulcerative gingivitis (Vincent disease) is an inflammatory disease also known as ulcerative gingivitis, necrotizing ulcerative gingivitis, fusospirochetal stomatitis, Plaut-Vincent stomatitis, and trench mouth. In case of gingival lesions the Vincent gingivitis is diagnosed; in case of simultaneous lesions of the gingivae and oral mucosa the disease is considered the Vincent stomatitis, and in case of pharyngeal tonsil it is considered the Vincent angina. Rare case of the elderly woman with the disease involving gingival and palatal mucosa is reported. Main causes of the disease are discussed, differential diagnoses are listed, and preventive measures are outlined.

Key words: necrotizing ulcerative gingivitis, Vincent disease, fusospirochetal stomatitis, sanitation of the oral cavity, differential diagnosis.

For citation: Glebova L.I., Zadionchenko E.V. Elderly woman with acute necrotizing ulcerative gingivitis (Vincent disease): a case report. Clinical review for general practice. 2021; 4: 60–63. DOI: 10.47407/kr2021.2.4.00061

Язвенно-некротический стоматит Венсана – острое воспалительное заболевание, вызываемое симбиозом веретенообразной палочки (*Bacillus fusiformis*) и спирохеты Венсана (*Borellia Vincenti*). Впервые этот симбиоз бацилл и спирохет обнаружил Венсан в 1893 г. [1]. В обычных условиях фузоспириллы и спирохеты Венсана являются сапрофитами полости рта, их обнаруживают в криптах небных миндалин, в зубах и десневых карманах. Заболевание чаще возникает у молодых лиц и детей, у которых эти микробы становятся патологическими, и очень редко – у пожилых. Из предрасполагающих к болезни факторов отмечается ослабление организма вследствие перенесенных или имеющихся хронических заболеваний, неполноценное питание, авитаминоз, переутомление [2]. Основным фактором способствующим заболеванию – плохое гигиеническое содержание полости рта. Поражаются различные участки слизистой обо-

лочек рта: мягкое и твердое небо, слизистая щек, десен и др. Чаще всего в процесс вовлекаются десны и слизистая щек в ретромаларной области.

В отношении язвенно-некротического гингивита этиология окончательно не выяснена. Ученые придают ведущее значение иммунологическим нарушениям, изменению резистентности организма, на что указывает снижение уровня иммуноглобулинов слюны (IgG и IgA) [2]. На этом фоне создаются благоприятные условия для повышения патогенности кокковой флоры полости рта и особенно преобладание анаэробной (фузобактерии и спирохеты), т.е. развиваются явления дисбактериоза.

Развитию язвенно-некротического гингивита Венсана предшествует различной давности кровоточивость десен, свидетельствующая о хроническом катаральном гингивите, а язвенно-некротический гингивит можно рассматривать как обострение хронического катараль-

ного гингивита. Отсутствие боли, других неприятных ощущений в деснах, спонтанно исчезающая кровоточивость слизистых не вынуждает больных идти к врачу, кроме того, большинство из них боятся посещать стоматолога.

По данным консультативной поликлиники ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», наибольшая распространенность заболевания наблюдается в осенне-зимне-весенний периоды года, что совпадает с более частым обострением, распространением инфекционных заболеваний, явлениями гиповитаминоза у больных [6].

Клинический случай

На консультативный прием по патологии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ в клинический центр стоматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» больные поступают из поликлиник города обычно на 2–7-й день от начала заболевания нередко после безуспешного лечения или самолечения. На прием пришла больная П., 64 лет, с жалобами на наличие эрозий в полости рта, неэффективность проводимого лечения и для установления правильного диагноза. Длительное время она обследовалась и получала лечение у врачей-стоматологов г. Тамбова, однако положительной динамики не было.

Анамнез заболевания: болеет в течение полутора лет, когда после перенесенного простудного заболевания с температурой до 37,5 °С на слизистой десен верхней челюсти слева появились несколько разнокалиберных болезненных язв. Поскольку болезненность высыпаний нарастала при разговоре и приеме пищи, обратилась к врачам общей практики по месту жительства (село Тамбовской области), а затем к стоматологам г. Тамбова, где была обследована: исключены онкологические заболевания, взята биопсия. Однако точный диагноз поставлен не был. Пациентка приехала на консультацию в Москву, так как процесс на слизистой десен и на твердом небе имел перманентное течение, редко затихал на короткий промежуток времени, а затем распространялся вновь.

Клинический осмотр: при осмотре слизистой рта на деснах верхней челюсти слева и на слизистой твердого неба в центре и слева имеются множественные язвы размером от 0,5 см до 1 см в диаметре с отеком и умеренной гиперемией по периферии. Язвенные элементы покрыты серо-желтым фибринозным налетом, при снятии которого шпателем обнажалась кровоточащая поверхность (рис. 1). На дорсальной поверхности языка, на ранее существовавших язвах, ближе к его кончику имеются опухолевидные образования багрово-вишневого цвета без ножки, без воспаления, тестоватой консистенции (рис. 2). Все манипуляции в полости рта были резко болезненными. У больной наблюдались обильная саливация, выраженный ихорозный запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, однако слегка болезненны при пальпации.

Рис. 1. Множественные язвы с отеком и умеренной гиперемией по периферии на деснах верхней челюсти и слизистой оболочке твердого неба.

Fig. 1. Multiple ulcers with edema and moderate hyperemia at the periphery found on the maxillary gingiva and hard palate mucosa.



Рис. 2. Опухолевидные образования на языке багрово-вишневого цвета без ножки, без воспаления, тестоватой консистенции.

Fig. 2. Crimson cherry non-pedunculated tumor-like masses on the tongue, with no inflammation, having a doughy consistency.



Результаты клинико-диагностического обследования. Клинический анализ крови: эритроциты – $4,42 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 138 г/л; лейкоциты – $9 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 72%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 5%; моноциты – 1%; тромбоциты – $295 \times 10^9/л$; СОЭ – 12 мм/ч.

Клинический анализ мочи: плотность – 1,1; плоский эпителий – 1–2 в поле зрения; белок, эритроциты, бактерии – не обнаружены; глюкоза – 6,2 ммоль/л.

Электрокардиография: в пределах возрастной нормы.

Важно отметить, что больная не соблюдала регулярную гигиену полости рта, не пользовалась зубной щеткой, что весьма вредно для десен и зубов, так как при этом создаются условия для размножения анаэробной флоры под налетом, и углубление некротических изменений [5]. К этому следует добавить, что больные перестают регулярно принимать пищу из-за боли, что ведет к нарушению самоочищения зубного ряда и слизистой оболочки, а также к снижению общей сопротивляемости организма.

Для подтверждения диагноза большое значение имеет бактериоскопическое исследование десны. Материал методом соскоба необходимо получить с поверхности некротизированных десен, на границе со здоровой тканью [6].

В мазках при микроскопировании обнаруживается кокковая флора, но преобладают фузобактерии (веретенообразная палочка – *sact. Fussiformis*) и спирохеты (*Borellia Vincenti*).

Фузобактерии и спирохеты являются постоянными облигатами полости рта. При снижении защитных сил организма приобретают выраженную патогенность и усиленно размножаются, представляя на высоте процесса чистую культуру. Фузобактерии имеют веретенообразную форму, окрашиваются в темный сине-фиолетовый цвет.

Спирохеты имеют форму тонкой спирали с 3–4 завитками и окрашиваются также в сине-фиолетовый цвет.

При взятии анализа с язвы на слизистой полости рта у нашей больной фузоспираллы были обнаружены. На основании клинической картины и обнаружения фузо-

спиралл был поставлен диагноз: язвенно-некротический гингивит Венсана.

Дифференциальный диагноз при этом заболевании необходимо проводить с эрозивно-язвенными поражениями слизистой рта как при заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз), при которых решающее значение имеет обнаружение изменений в периферической крови, так и со специфическими поражениями слизистой рта при ВИЧ-инфекции, туберкулезе, травмах и онкологии.

Кроме язвенной, встречается и ложно-пленчатая или дифтерийная форма ангины Венсана (поражение миндалин). Процесс обычно локализуется только на миндалинах, где образуется толстая желтовато-серая пленка. Воспалительные явления по периферии отсутствуют. После отторжения пленки остаются грануляции, которые медленно эпителизируются. Пленчатая форма заболевания встречается реже, чем язвенная [4]. В редких случаях без лечения заболевание принимает затяжной характер, при этом первичные язвы эпителизируются, но длительное время сохраняется гнойно-некротический процесс по десневому краю некоторых или всех зубов.

Прогноз гингивита или стоматита Венсана благоприятный, хотя в некоторых случаях при отсутствии рациональной терапии болезнь затягивается и может продолжаться несколько месяцев, с регулярными обострениями.

В настоящее время быстрое излечение всех форм стоматита Венсана достигается применением антибиотиков (бензилпенициллин, доксициклин). Рекомендуется назначать витамины (С и В), антисептические полоскания для полости рта, протеолитические ферменты (трипсин, лизоамидаза и др.), кератопластические средства [5, 6].

После исчезновения островоспалительных явлений необходимо провести тщательную санацию полости рта, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений, провести лечение кариозных зубов, рациональное протезирование. Рекомендовать пациентам лечебно-оздоровительный режим ухода за слизистой полости рта.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Машкилейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Медицина, 1984.
[Mashkileison A.L. Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta i gub. Moscow: Meditsina, 1984 (in Russian).]
2. Хемецкая Т.Н. Диагностика и лечение язвенно-некротического гингивита Венсана: методическое пособие. М., 1993.
[Khemetskaia T.N. Diagnostika i lechenie iazvenno-nekroticheskogo gingivita Vensana: metodicheskoe posobie. Moscow, 1993 (in Russian).]
3. Роберт П. Лангле, Крейг С. Миллер. Атлас заболеваний полости рта. 3-е издание. М.: Геотар-Медиа, 2008.
[Robert P. Langle, Kreig S. Miller. Atlas zabolevanii polosti rta. 3-e izdanie. Moscow: Geotar-Media, 2008 (in Russian).]
4. Луцкая И.К. Болезни пародонта. М.: Медицинская литература, 2010. С. 69–71.
[Lutskaia I.K. Bolezni parodonta. Moscow: Meditsinskaia literatura, 2010. P. 69–71 (in Russian).]

5. Борг, Бургдорф, Хеде. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, лечение. Атлас и руководство. М.: Медицинская литература, 2019.
[Bork, Burgdorf, Khede. Bolezni slizistoi obolochki polosti rta i gub. Klinika, diagnostika, lechenie. Atlas i rukovodstvo. Moscow: Meditsinskaya literatura, 2019 (in Russian).]
6. Аксамит Л.А., Цветкова А.А. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение. М.: Мед. Пресс. Информ, 2020.
[Aksamit L.A., Tsvetkova A.A. Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta. Sviaz' s obshchei patologiei. Diagnostika. Lechenie. Moscow: Med. Press. Inform, 2020 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Глебова Лариса Ивановна – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
Larisa I. Glebova – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Задионченко Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: z777kat@inbox.ru
Ekaterina V. Zadionchenko – Cand. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: z777kat@inbox.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.05.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.05.2021