

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА ВЕНСАНА

Кусакина Яна Константиновна

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Гингивит Венсана не является распространенным, в основном встречается в группе пациентов возраста от 17 до 30 лет и составляет лишь 1% от общего числа обращений за стоматологической помощью, но несвоевременное лечение его приводит к значительному ухудшению здоровья и качества жизни пациента, из-за чего осведомленность в тактике ведения данных пациентов актуальна на сегодняшний день.

Острый некротический язвенный гингивит (гингивит Венсана) – инфекционное поражение десен воспалительного характера, этиологией которого в большинстве случаев являются фузобактерии и спирохеты.

Причиной развития гингивита Венсана является резкое увеличение микробной нагрузки, в особенности анаэробами и простейшими (как было сказано, фузобактериями и спирохетами). Перечисленные микроорганизмы – представители нормальной микрофлоры ротовой полости человека, которые при благоприятных для них условиях (иммунодефицит как местный, так и общий) способны становиться инфекционно-активными.

К причинам иммунодефицита относятся различные инфекционные заболевания (грипп, ангина, ОРВИ), нарушение поступления питательных веществ в организм с пищей (в особенности, витамина С), стрессовые ситуации, курение и др.

Отмечается преимущественное развитие острого некротического язвенного гингивита у людей с недостаточной гигиеной полости рта, вследствие которой происходит размножение условно-патогенных микроорганизмов и увеличение их микробной нагрузки в ротовой полости.

Гингивит Венсана начинается остро, с общей гипертермией в 37-38 °С, увеличения регионарных лимфоузлов, которые становятся болезненными при пальпации, общей слабости, головной боли, болями в мышцах и суставах. Визуально у пациента землистый цвет лица, бледность кожных покровов.

К местным проявлениям заболевания относятся затрудненная речь, болезненность при приеме пищи, чистке зубов, гнилостный запах изо рта, повышенное слюноотделение, кровоточивость десен, скопление мягкого зубного налета на зубах, увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов.

В анамнезе заболевания пациенты часто указывают на кровоточивость десен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет.

Патологический процесс чаще всего берет начало на деснах, после чего переходит на другие отделы полости рта.

На пике развития процесса пациенты чаще всего перестают чистить зубы и нормально питаться, что значительно утяжеляет течение болезни из-за интоксикации и истощения организма и, следовательно, дальнейшим подавлением механизмов защиты.

Диагностика гингивита Венсана проводится путем тщательного сбора анамнеза, клинического осмотра, а также с помощью дополнительных методов исследования. Диагностика преследует следующие цели:

1. Оценка состояния тканей и показаний к началу терапии;
2. Выявление факторов, которые препятствовали бы началу терапии.

К факторам, которые препятствуют началу терапии, относятся:

1. Непереносимость лекарственных средств и материалов, используемых на каком-либо этапе лечения;
2. Нестабильное психоэмоциональное состояние пациента;
3. Угрожающее жизни острое заболевание/обострение хронического заболевания, развившееся менее чем за полгода до момента обращения за стоматологической помощью;
4. Отказ от лечения.

Диагноз ставится на основании характерной клинической картины и обнаружения в соскобе с поверхности язв обилия веретенообразных фузобактерий и спирохет.

Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) малоинформативны, и чаще отображают сам факт наличия воспалительного процесса (повышение скорости оседания эритроцитов, лейкоцитоз).

Дифференциальный диагноз проводят чаще всего с язвенным гингивитом при гематологических заболеваниях (лимфопролиферативные заболевания, агранулоцитоз и др.) и пародонтитом легкой степени с некротическими изменениями десны, синдромом приобретенного иммунодефицита, висмутовым и свинцовым гингивитом (в случае, если у последних наблюдаются некротические изменения).

Лечение гингивита Венсана преследует следующие цели:

1. Предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
2. Устранение очага воспаления;
3. Повышение общей резистентности организма;
4. Повышение качества жизни пациента.

Терапия включает в себя следующие мероприятия:

1. Местная анестезия (при отсутствии противопоказаний);
2. Санация полости рта (антисептическая и противомикробная обработка);
3. Удаление некротических масс;
4. Системная терапия (антибиотики);
5. Рекомендации по поводу гигиены ротовой полости.

Посещение пациентом врача-стоматолога должно включать в себя обработку полости рта, которую начинают с обезболивания. Удаляются все механически раздражающие элементы (шлифовка краев зубов, удаление зубных налетов и камней).

Удаление разрушенных зубов проводится после эпителизации язв. Язвенные элементы очищаются с помощью протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин и др.), ротовая полость обрабатывается растворами антисептиков (сначала врачом, затем ежедневно самим пациентом).

В тяжелых случаях применяется системная антибиотикотерапия (при выраженных симптомах интоксикации, распространенности самого патологического процесса в ротовой полости).

Профилактика гингивита Венсана заключается в своевременном лечении простого маргинального гингивита, кариеса, а также соблюдении правил гигиены полости рта, отказе от курения.

Острый некротический язвенный гингивит не является распространенным заболеванием, но столкнуться с ним может любой врач-стоматолог, именно поэтому необходимо знать этиологию, клиническую картину и принципы лечения гингивита Венсана.

Список литературы:

1. Dufty, J., Necrotising Ulcerative Gingivitis: A Literature Review / J. Dufty, N. Gkraniias [et al] // Oral health & preventive dentistry - 2017. - Vol. 15. - P. 321-327.
2. He, T., Gingivitis Models - Relevant Approaches to Assess Oral Hygiene Products / T. He, L. Qu [et al] // The Journal of clinical dentistry - 2018. - Vol. 29. - P. 45-51.
3. Maccarrone, F., Plaut-Vincent's Ulcerative Gingivitis and Tonsillitis / F. Maccarrone, M. Alicandri-Ciufelli // Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery - 2019. - Vol. 161. - P. 1056-1057.
4. Malek, R., Necrotizing Ulcerative Gingivitis / R. Malek, A. Gharibi [et al] // Contemporary clinical dentistry - 2017. - Vol. 8. - P. 496-500.
5. Sreenivasan, P.K., Distribution of dental plaque and gingivitis within the dental arches / P.K. Sreenivasan, K.V.V. Prasad // The Journal of international medical research - 2017. - Vol. 45. - P. 1585-1596.