

**ГАНГРЕНОЗНЫЙ
СТОМАТИТ.
АНГИНА
СИМАНОВСКОГО-
ПЛАУТА-ВЕНСАНА**

Гангренозный стоматит (stomatitis gangraenosa)

некротическое поражение СОПР, которое развивается вследствие сосудистых и трофических нарушений, вызванных анаэробно-клостридиальной инфекцией.



Клиника

Клиническое течение гангренозного стоматита характеризуется тяжелым общим состоянием больных, обусловленным сильной интоксикацией, глубоким омертвением и гниением всех слоев СОПР и быстрым распространением процесса на фоне ареактивного состояния окружающих тканей.

Процесс начинается с десен, но быстро распространяется на значительные участки СО губ, щек, языка, мягкого неба, ретромолярную область. Некроз охватывает эпителий. Собственную пластинку, подслизистую основу, иногда достигает мышечной ткани, надкостницы и даже распространяется на кость челюсти. Пораженные ткани имеют вид серой, серо-бурой, а иногда серо-зеленовато-черной массы. В тканях, окружающих очаг поражения, очень слабо выражена воспалительная реакция. Там, где в процесс вовлечена кость, развиваются ее некроз и секвестрация. Зубы становятся подвижными, возможно их выпадение. Некротические ткани при гангренозном стоматите более прочно связаны с подлежащими тканями. И хотя реактивные изменения в них слабо выражены, гангренозный стоматит сопровождают сильные боли, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.



Дифференциальная диагностика

Гангренозный стоматит (как и стоматит Венсана) необходимо дифференцировать от подобных проявлений при заболеваниях крови, отравлениях солями тяжелых металлов, авитаминоза С, язвенных высыпаний вторичного сифилиса, аллергических поражений.

Правильно сориентироваться в окончательной постановке диагноза помогает тщательно собранный анамнез и учет степени местных и общих нарушений, анализа крови, мочи (на ртуть, свинец, висмут), серологические реакции, цитологические исследования.

Лечение

Установление диагноза **«гангренозный стоматит»** обязывает врача немедленно начать общую:

-дезинтоксикационную
(гемодез, реополиглюкин, полиамин, гидролизин)

-этиотропную антибактериальную терапию
(препараты группы пенициллина, тетрациклина, гентамицин, линкомицин, полимиксин, цефалоридин, далацин и др.).

Местная терапия проводится по принципам лечения язвенно-некротического стоматита.



Местное лечение

Местное лечение заключается в удалении травмирующих факторов, некротизированных тканей, воздействии на микрофлору и стимуляции процессов регенерации слизистой оболочки рта.

Начинать обработку полости рта следует с аппликационного или инъекционного обезболивания. С этой целью применяют анестезин, пиромекаин, тримекаин, лидокаин. Затем устраняют все механические раздражители: сошлифовывают острые края зубов и протезов, удаляют зубной камень и налет. Кариозные полости обрабатывают растворами антисептиков. Удаление разрушенных зубов следует отложить до эпителизации язв, поскольку это вмешательство в инфицированной полости рта больного язвеннонекротическим стоматитом чревато серьезными осложнениями (альвеолит, периостит, абсцесс, флегмона). Язвенные поверхности от некротизированных тканей очищают с помощью протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, лизоамидазы, дезоксирибонуклеазы.

Всю полость рта обрабатывают теплыми растворами антисептиков (0,5 % раствор пероксида водорода, 0,25 % раствор хлорамина, 0,5 % раствор этония), а также противомикробными препаратами: 0,02-0,06 % раствором хлоргексидина и его комбинированными формами (лиоплак, пародиум), 0,5 % раствором метронидазола (флагил, метро гил, клион), 1 % раствором сангвиритрина. На область пораженной слизистой оболочки рта в виде аппликаций применяют гельметрогил дента (комбинация метронидазола и хлоргексидина) 2 раза в день по 15 мин в течение 7-10 дней.

Десневые карманы, поверхность язвы, межзубные промежутки и подкапюшонные пространства лучше промывать струей под давлением. В первое посещение следует провести обработку всей полости рта. В дальнейшем проводится ежедневная обработка. На дом больному назначают ротовые ванночки с противомикробными препаратами и аппликации метро гилдента на пораженные участки слизистой оболочки.

При легком течении гангренозного стоматита Вместного лечения достаточно. В более тяжелых случаях необходимо проведение общего лечения.

В качестве антибактериальной терапии внутрь назначают метронидазол (трихопол, флагил, клион) по 0,25 г 2 раза в день в течение 7-10 дней. Применяют также антибиотики широкого спектра действия: левомецетин по 0,5 г 3-4 раза в сутки, курс лечения 7-10 дней; сумамед по схеме в течение 5 дней; рулид по 150 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней.

Назначают антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, фенкарол, диазолин), а также поливитамины.

Рекомендуют обильное питье, высококалорийную нераздражающую пищу.

При правильном лечении улучшение состояния больных наступает через 24-48 ч: уменьшается или исчезает боль, больные могут принимать пищу, спать. Уменьшаются отек и гиперемия слизистой оболочки рта, начинается эпителизация язв, которая при легкой степени заболевания и удовлетворительном состоянии полости рта завершается к 3-6му дню. В несанированной полости рта эпителизация язвенных поверхностей протекает медленнее. После улучшения общего состояния больного и исчезновения острых воспалительных явлений необходимо провести тщательную санацию полости рта с удалением зубного камня, корней зубов, лечение кариозных зубов и заболеваний пародонта.

Рецидивы гангренозного стоматита могут наступить, если в полости рта остаются очаги хронической инфекции (пародонтальные карманы, капюшоны над неп полностью прорезавшимися третьими большими коренными зубами) или травмирующие факторы (нависающие пломбы, кариозные полости, корни разрушенных зубов, зубной камень, некачественные протезы и др.). Причиной рецидива может быть неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

Профилактика гангренозного стоматита

- Соблюдение гигиены полости рта
- Регулярная санация
- Полное и своевременное лечение инфекционных и других заболеваний, приводящих к снижению иммунитета

Ангина Венсана

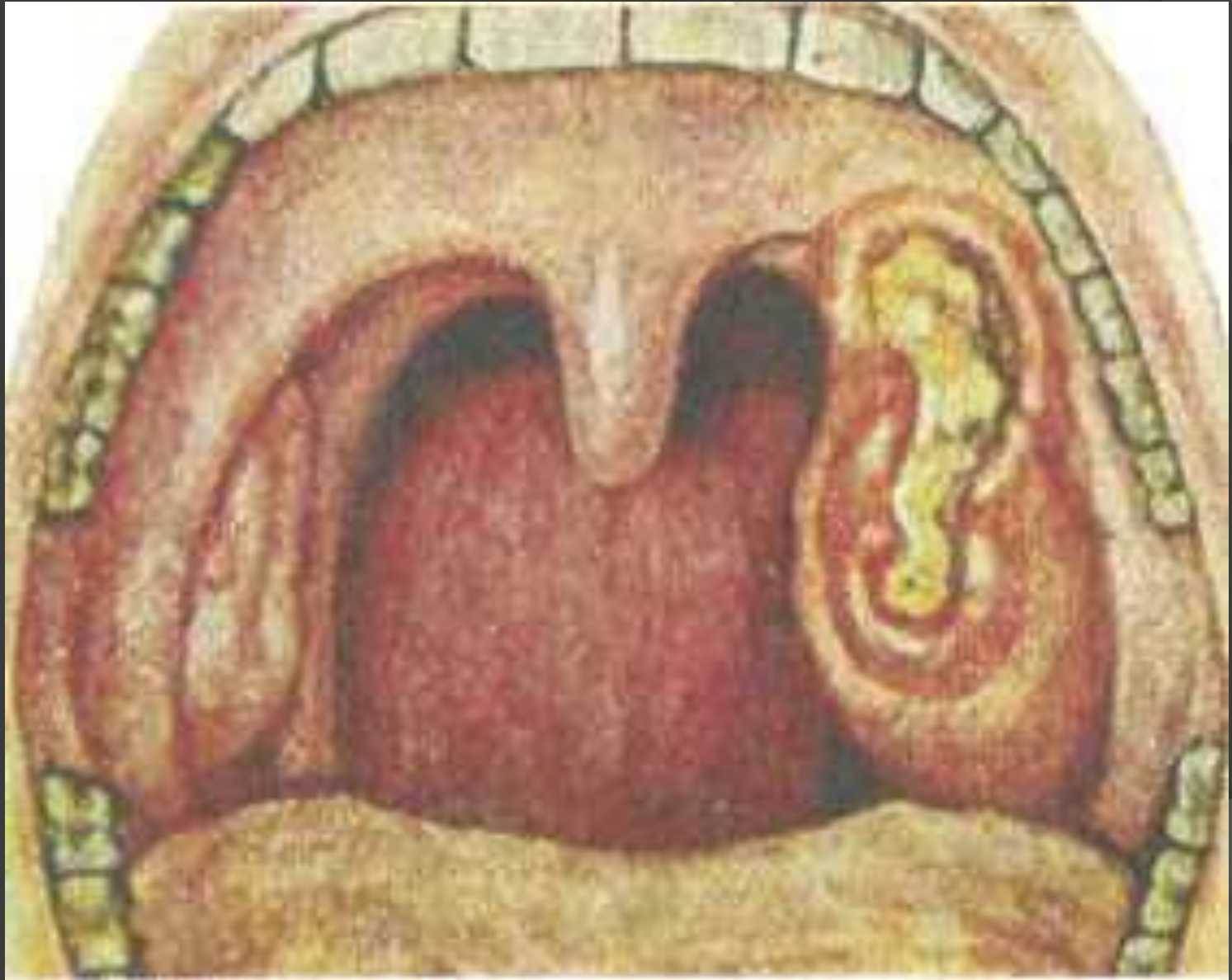
- ⦿ *...или:* Ангина Симановского–Плаута–Венсана, фузоспирохетоз, язвенно-пленчатая ангина, язвенный тонзиллит



Ангина Венсана —

острое воспалительное заболевание нёбных миндалин, вызываемое находящимися в симбиозе веретенообразной палочкой Плаута-Венсана и спирохетой Венсана, характеризующееся образованием поверхностных язв, покрытых грязно-зелёным налётом, имеющим гнилостный запах

Продолжительность болезни составляет 7-10 суток, в некоторых случаях длится до нескольких недель. Данный вид ангины является достаточно редким заболеванием, преимущественно встречается у представителей мужского пола в возрасте 18-35 лет.



Этиология

- Нарушение гигиены полости рта (например: наличие кариозных зубов, гнойничков).
- Активация сапрофитной флоры вследствие снижения естественной резистентности организма:
 - Как правило, возникает у
 - ослабленных и истощённых людей,
 - с иммунодефицитом,
 - гиповитаминозом С и группы В,
 - хроническими интоксикациями
 - Возникновение язвенно-плёнчатой ангины возможно как осложнение других язвенных процессов(изъязвление злокачественных новообразований, ангина при лейкозах, агранулоцитозе, лимфогранулематозе, лучевых фарингитах, дифтерии).

Клиническая картина

Несмотря на выраженные местные изменения общее состояние больного обычно не нарушается, температура тела субфебрильная или нормальная, лишь в редких случаях заболевание начинается с высокой температуры и озноба. На поверхности небных миндалин обнаруживается легко снимаемый серовато-желтый рыхлый налет, при удалении которого остаются кровоточащие язвы с неровными краями и серовато-желтым дном. Пораженная миндалина увеличена, гиперемирована. Процесс, как правило, односторонний. Симптоматика появляется в связи с присоединением кокковой флоры; возникают боли при глотании, слюнотечение, неприятный гнилостный запах изо рта, увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Изъязвление прогрессирует и может распространиться на небно-глочные дужки, другие отделы глотки, слизистую оболочку щек, десны. В редких случаях возможны кровотечения, перфорация твердого неба и др.



Формы

Выделяют легкую, средней тяжести и тяжелую формы ангины Венсана, которые отличаются друг от друга степенью выраженности поражения небных миндалин и повышения температуры тела.

При легкой форме:

температура тела повышается незначительно или может оставаться в пределах нормы;

боль в горле и при глотании слабо выражена, покраснение, отек и налет не выходят за пределы миндалин;

регионарные лимфатические узлы не увеличены или увеличены незначительно, безболезненны.

При форме средней тяжести:

температура тела 37-38° С;

наблюдается выраженная боль в горле, усиливающаяся при глотании; сильное покраснение и отек пораженной миндалины. На ее поверхности появляются пятна серовато-белого цвета округлой или овальной формы диаметром до 1,5 см.

При тяжелой форме:

температура тела достигает 39° С;
процесс может распространяться на мягкое и твердое небо, заднюю стенку глотки, десны и гортань;
образующаяся на месте налета кратерообразная язва может разрушать не только слизистую оболочку, но и глубоко лежащие ткани, вплоть до надкостницы.

Тяжелая форма ангины Венсана может осложняться присоединением других патогенных бактерий и развитием:
абсцессов (гнойников) корня языка;
флегмоны полости рта (глубоко распространенное воспаление);
гангрены гортани (омертвление и разрушение тканей гортани);
сепсисом (тотальное инфицирование организма).



АНГИНА ВЕНСАНА

Диагностика

Характерные жалобы на одностороннюю боль в горле, усиливающуюся при глотании, жевании.

Данные осмотра миндалин (выраженное покраснение и отек пораженной миндалины, наличие на ее поверхности пятна серовато-белого цвета округлой или овальной формы диаметром около до 1,5 см).

Бактериоскопические методы (исследование бактерий под микроскопом в мазке на стекле, после окраски специальными красителями) материала, взятого со дна язвы, позволяющие выявлять в первые дни болезни большое количество спирохет и веретенообразных палочек.

Возможна также консультация [отоларинголога](#).

Лечение ангины Венсана

Смазывание изъязвленной слизистой оболочки антисептическими растворами, перекисью водорода.

При затяжном течении и глубоких некрозах назначают антибиотики.

Симптоматическая терапия (устраняющая основные симптомы заболевания) — прием жаропонижающих, противовоспалительных, общеукрепляющих препаратов.

Лечение должен проводить оториноларинголог

- Смазывание изъязвленной слизистой оболочки

- 10% р-ром новарсенола в глицерине,

- 2% р-ром метиленового синего,

- 1% р-ром борной кислоты,

- 10% р-ром меди сульфата

- Полоскание глотки 0,1% р-ром этикридина лактата, 0,1% р-ром калия перманганата

- При затяжном течении и глубоких некрозах назначают антибиотикотерапию.

прогноз в большинстве случаев благоприятный, при своевременном лечении выздоровление наступает обычно через 8-14 дней



Осложнения и последствия

Осложнения тяжелых форм ангины Венсана при присоединении других патогенных бактерий (вторичной инфекции):

- абсцессы (гнойники) корня языка;

- флегмоны (глубокое распространенное воспаление) полости рта;

- омертвление и разрушение (гангренозное разрушение) тканей щеки, гортани;

- сепсис (тотальное инфицирование организма).

Профилактика ангины Венсана

Своевременно санировать полость рта: лечить кариозные зубы и особенно язвенный стоматит (появление язв в ротовой полости).

Повышать общую сопротивляемость организма:

сбалансированное и рациональное питание (свежие овощи, фрукты, соки, исключение копченой, консервированной, острой пищи);

витамиотерапия (прием витаминно-минеральных комплексов, употребление в пищу продуктов, богатых витаминами).

Своевременно лечить хронические заболевания, при которых снижается иммунитет (бактериальные и вирусные инфекции, сахарный диабет, хронические заболевания пищеварительной системы и др.).

