

УДК: 616.31-002-
02:616.31-085**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВОСТОМАТИТА**

Тахирова Комолахон Аброровна – DSc, доцент кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного Стоматологического Института.

Азимова Азиза Аббосовна – ассистент кафедры госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного Стоматологического Института
Шакирова Диера Жахонгировна студент 4 курса ЕМУ

Аннотация: Язвенно-некротический гингивостоматит— это быстроразрушающее, неинфекционное микробное заболевание слизистой оболочки полости рта (СОПР), в следствии нарушенного иммунного ответа человека. Оно характеризуется внезапным началом воспаления, болью и наличием «выбитых» кратерообразных поражений сосочковой десны и слизистой оболочки полости рта. В этой статье рассматривается клиническое проявление и лечение язвенно-некротического гингивостоматита и подчеркивается роль междисциплинарной команды в лечении пациентов с этим заболеванием.

Ключевые слова: язвенно-некротический гингивит, бактериальная инфекция, спирохетная бактерия, санация полости рта, дифференциальный диагноз.

Annotatsiya: Yarali-nekrotik gingivostomatit - bu og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining (OBSHQ) tez buzuvchi, yuqumli bo'lmagan mikroblar kasalligi bo'lib, inson immunitetining buzilishi natijasida yuzaga keladi. U yallig'lanishning to'satdan boshlanishi, og'riq, so'rg'ichsimon milk va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining "urilgan" kratersimon shikastlanishlari bilan tavsiflanadi. Ushbu maqolada yarali-nekrotik gingivostomatitni klinik namoyon bo'lishi va davolash masalalari ko'rib chiqiladi hamda ushbu kasallikka chalingan bemorlarni davolashda fanlararo jamoaning o'rni ta'kidlanadi.

Kalit so'zlar: yarali nekrotik gingivit, bakterial infeksiya, spiroxet bakteriyalar, og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi, qiyosiy tashxis.

Abstract: Acute necrotizing ulcerative gingivitis (ANUG) is a rapidly destructive, non-communicable microbial disease of the gingiva in the context of an impaired host immune response. It is characterized by the sudden onset of inflammation, pain, and the presence of "punched-out" crater-like lesions of the papillary gingiva. This activity reviews the clinical features and treatment of acute necrotizing gingivitis and highlights the role of the interprofessional team in the care of patients with this condition.

Keywords: ulcerative necrotic gingivitis, bacterial infection, spirochete bacteria, oral sanitation, differential diagnosis.

ВВЕДЕНИЕ

Язвенно-некротический гингивостоматит проявляется в виде острого, болезненного и деструктивного изъязвления и воспаления межзубной десневой ткани и слизистой оболочки полости рта[1]. Хотя распространенность этого заболевания невысока, его клиническое значение очевидно, поскольку оно представляет собой наиболее тяжелое из состояний, связанных с зубной биопленкой. Если его не лечить, то может привести к очень быстрому разрушению тканей, некротическому язвенному

пародонтиту и даже раку полости рта (номе), который обычно приводит к летальному исходу [2]. Лечение язвенно-некротического гингивостоматита определяется в каждом конкретном случае, часто с использованием многофакторного подхода, который зависит от степени инфекции и переносимости индивидуума [3].

Этиологией возникновения язвенно-некротического гингивостоматита является из-за оппортунистической бактериальной инфекцией и преимущественно ассоциируется с веретенообразными и спирохетными бактериями. В одном исследовании были выявлены спирохеты и большинство грамотрицательных бактерий, включая *Bacteroides intermedius* и *Fusobacterium* spp. как наиболее распространенные причины [3,4]. В другом исследовании описывалась микробиота, связанная с язвенно-некротическим гингивостоматитом, включающая *Treponema* spp., *Selenomonas* spp., *Fusobacterium* spp. и *Prevotella intermedia* [5]. Подводя итог, ЯНГ тесно ассоциируется со спирохетами и грамотрицательными бактериями, которые можно идентифицировать при окраске по Граму (если она проводится) [1]

Язвенно-некротический гингивостоматит был задокументирован историками с четвертого века до нашей эры. Большинство сообщений из древнего мира были среди сражающихся войск, и исследования язвенно-некротический гингивостоматит в современном мире по-прежнему обнаруживают, что это распространено среди солдат. Язвенно-некротический гингивостоматит чаще встречается у молодых, особенно сильно истощенных детей и молодых людей с инфекцией вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) [1,6]. Похоже, что в Соединенных Штатах распространение ограничено в основном белыми [7]. Перспективные клинические исследования показали, что нарушенная способность справляться с психологическим стрессом, иммуносупрессией и употреблением табака тесно связана эпидемиологически с развитием язвенно-некротического гингивостоматита [8].

Физиологические факторы, которые играют основную роль в язвенно-некротического гингивостоматита, включают психологический стресс, плохое питание, недостаточный сон, алкоголь, табак, плохую гигиену полости рта, уже существующий гингивостоматит и ВИЧ-инфекцию. Было показано, что эти факторы ухудшают иммунный ответ человека, что способствует патогенности бактерий. Психологический стресс снижает микроциркуляцию десен и слюноотделение увеличивает секрецию надпочечников, что может изменить функцию полиморфно ядерных лейкоцитов и лимфоцитов. Это изменяет иммунный ответ, а также поведение и настроение пациента, что приводит к недостаточной гигиене полости рта, недоеданию и повышенному потреблению табака [5]. Аналогичным образом, плохое питание приводит к повышению концентрации гистамина и повышению проницаемости капилляров десны, что приводит к снижению хемотаксиса лейкоцитов [5].

Часто использование микробиологического тестирования не дает релевантной диагностической информации, поскольку микробиологическое описание язвенно-некротического гингивостоматита, может быть типичным для здоровой десны, гингивостоматита и пародонтита [5]. Несколько серий случаев продемонстрировали полезность окрашивания по Граму для подтверждения диагноза, который в противном случае основывался бы исключительно на клинических данных [4]. Клиническая картина язвенно-некротического гингивостоматита отражает его гистопатологию [5].

Было описано четыре отдельных слоя. Наиболее поверхностным является бактериальная область фиброзной сетки, состоящая из эпителиальных клеток, лейкоцитов и различных бактериальных клеток, включая палочки, веретенообразные

бактерии и спирохеты. Глубоко в этом слое находится богатая нейтрофилами зона, состоящая из большого количества лейкоцитов, спирохет и бактериальных клеток. Далее следует некротическая зона, содержащая распавшиеся клетки, спирохеты и веретенообразные бактерии. Самый глубокий слой содержит инфильтрацию спирохет [5].

Язвенно-некротический гингивостоматит остается в значительной степени клиническим диагнозом, поэтому физический осмотр имеет решающее значение. Диагноз основывается на трех основных результатах. Необходимые результаты включают боль во рту, обычно быстро начинающуюся, кровоточивость десен и, в частности, изъязвление и некроз межзубных сосочков [1,8]. Системные симптомы, такие как лимфаденопатия и недомогание, также могут быть обнаружены при физическом осмотре, а также зловонный запах изо рта и образование псевдомембран на деснах и слизистой полости рта. Существуют различные предрасполагающие факторы, которые, по-видимому, играют роль в патогенезе язвенно-некротического гингивостоматита [5].

Диагноз язвенно-некротический гингивостоматит, связан с плохой гигиеной полости рта и ослаблением иммунной системы человека, особенно в условиях ВИЧ-инфекции [5]. Дефицит питания, плохие условия жизни, а также контекст психологического стресса обычно рассматриваются как предрасполагающие факторы [1,5].

Как упоминалось выше, диагностика язвенно-некротического гингивостоматита в значительной степени основана на подробном анамнезе и физическом осмотре. Было показано, что окрашивание десневой ткани по Граму полезно для подтверждения диагноза, но оно не является обязательным и не всегда выполняется [4].

Лечение язвенно-некротического гингивостоматита следует проводить поэтапно, включая лечение острой фазы, лечение любого предшествующего состояния, лечение последствий заболевания и переход к поддерживающей фазе [5].

Лечение острой фазы направлено на остановку разрушения тканей и контроль дискомфорта пациента. Это включает в себя мягкую ультразвуковую очистку поверхностных десневых бляшек и камней вместе с локализованной кислородной терапией, направленной на некротические поражения [5]. Следует рассмотреть возможность использования 0,12% хлоргексидина глюконата для полоскания рта, рекомендуемый режим — два раза в день в течение 30 дней [9]. Системные противомикробные препараты рассматриваются в острой фазе в случаях с плохой реакцией на очистку или при симптомах системного поражения, иллюзорной лихорадке, недомогании, рвоте и т. д. [5].

Метронидазол (250 мг 3 раза в день) является распространенным препаратом первого выбора из-за его активности против анаэробов. Было показано, что пенициллин, тетрациклины, клиндамицин, амоксициллин и амоксициллин с клавуланатом дают «приемлемые» результаты и рассматриваются в каждом конкретном случае. Например, в одном исследовании было показано, что пероральный пенициллин демонстрирует значительное клиническое улучшение в течение трех-шести дней [4]. Хотя было показано, что пероральные антибиотики полезны, местные противомикробные препараты не рекомендуются. Большое количество бактерий, присутствующих в тканях, ухудшает способность достигать адекватных концентраций препарата. Важно, что добавление противогрибковых препаратов показано пациентам с ослабленным иммунитетом, проходящим терапию антибиотиками [5].

После того, как острая фаза будет взята под контроль, следует начать лечение любого ранее существовавшего состояния, такого как хронический гингивостоматит. Этот этап включает профессиональную профилактику в форме удаления зубного камня и выравнивания поверхности корня, а также установление пациентом методов поддержания гигиены полости рта [9]. Следует устранить предрасполагающие факторы, включая курение, плохую гигиену сна и стресс. Процедуры гингивоэктомии или гингивопластики могут лечить любые поверхностные кратеры [5].

Основная цель фазы поддержания — соблюдение правил гигиены полости рта и контроль любых предрасполагающих факторов [5]. Если не проводить надлежащее поддержание, велика вероятность рецидивов.

Подводя итог, можно сказать, что лечение язвенно-некротического гингивостоматита состоит из многофакторного подхода, включающего поверхностную обработку, обучение гигиене полости рта, использование противомикробных ополаскивателей для полости рта и пероральных антибиотиков, а также начало комплексного плана профилактики, включающего планирование корней и управление предрасполагающими факторами [3].

Диагноз язвенно-некротического гингивостоматита можно спутать с другими бактериальными заболеваниями, а также многими вирусными заболеваниями. При дифференциальной диагностике следует учитывать бактериальные инфекции, такие как гонококковый или стрептококковый стоматит, острый герпетический стоматит, инфекционный мононуклеоз, а также некоторые слизисто-кожные заболевания, такие как десквамативный глоссит, многоформная экссудативная эритема и вульгарная пузырчатка [5]. Клиницисты должны рассматривать язвенно-некротического гингивостоматита у ВИЧ-инфицированных лиц, даже если количество CD4+ и Т-лимфоцитов остается стабильным.

Были проведены исследования различных предполагаемых факторов риска, связанных с язвенно-некротическим гингивостоматитом. Примерно две трети наблюдаемых исследований были обзорами или отчетами о случаях, остальные были исследованиями случай-контроль. Доступно лишь несколько продольных и популяционных исследований, в основном в группах высокого риска. Результаты многих из этих исследований относятся к гингивиту и стоматиту в целом, а не к язвенно-некротическому гингивостоматиту конкретно. Другие существующие исследования основаны на небольшом количестве или исключительно на историях болезни без включения контрольных субъектов, что оставляет желать лучшего в этой области исследований. Однако, как упоминалось выше, эпидемиология и низкая наблюдаемая распространенность язвенно-некротического гингивостоматита среди населения серьезно ограничивают большинство продольных исследований в настоящее время [7].

Адекватное лечение обычно предотвращает дальнейшее развитие заболевания, и при таком подходе к лечению можно ожидать заживления язвы в течение нескольких дней. Тем не менее, отсутствие лечения может привести к ухудшению состояния в форме потенциально фатальных состояний, таких как язвенно-некротический пародонтит и даже рак полости рта (нома) [1].

Язвенно-некротический гингивостоматит может привести к разрушительному повреждению тканей в виде некротического пародонтита, некротического стоматита и рака полости рта (номы), что часто приводит к летальному исходу. Его выявление и лечение — сложная задача, но необходимость как для взрослых, так и для педиатров [10].

Здоровая слизистая оболочка полости рта (СОПР) чрезвычайно важна для общего здоровья пациента. Поддержание хорошей гигиены полости рта является наиболее эффективным способом избежать развития деструктивного заболевания десен, такого как гингивостоматит. Существует множество мер, которые следует предпринять для поддержания здоровья СОПР, включая чистку зубов дважды в день, ежедневное использование зубной нити или чистку межзубных промежутков, а также регулярное посещение стоматолога [11]. Такие состояния здоровья, как ВИЧ-инфекция, диабет и рак, могут снизить способность человека бороться с инфекцией, что может увеличить риск развития заболевания СОПР. Другими факторами, которые могут повлиять на СОПР, являются лекарства, такие как противосудорожные препараты и некоторые лекарства от артериального давления, гормональные изменения и употребление табака. Таким образом, очень важно для беременных пациенток и пациентов, соответствующих любому из этих критериев, регулярно посещать стоматолога [11]. Поддержание здоровья СОПР и профилактика заболеваний возможны при ежедневном уходе и регулярных визитах к стоматологу [11].

Выводы: Язвенно-некротический гингивостоматит широкий спектр проявлений заболеваний СОПР представляют собой диагностическую дилемму для врачей и лучше всего поддаются лечению с помощью междисциплинарного командного подхода. Хотя существуют определенные диагностические критерии для диагностики язвенно-некротического гингивостоматита, у пациентов могут проявляться неспецифические признаки и симптомы или соответствовать только некоторым диагностическим критериям.

Независимо от конкретной презентации, распознавание потенциального некротического заболевания СОПР является наиболее важным действием. Во многих исследованиях подчеркивается профилактика пародонтита и необходимость вмешательства, адаптированного к индивидуальным потребностям. Один метаанализ выявил критические действия, которые могут помочь в реализации профилактических программ. Первым критическим действием является информирование общественности о важности кровоточивости десен как раннего признака заболевания пародонта. Вторым критическим действием является внедрение всеобщего скрининга пародонта бригадой по уходу за полостью рта. В-третьих, мы должны понимать роль укрепления здоровья, а также понимать ограничения самолечения с помощью средств по уходу за полостью рта. Последним критическим действием является облегчение доступа к надлежащей и эффективной профессиональной профилактической помощи.

Список литературы:

1. American Dental Association (ADA) Division of Science. For the patient. Keeping your gums healthy. J Am Dent Assoc. 2015 Apr;146(4):A46. [[PubMed](#)]
2. Dufty J, Gkraniyas N, Donos N. Necrotising Ulcerative Gingivitis: A Literature Review. Oral Health Prev Dent. 2017;15(4):321-327. [[PubMed](#)]
3. Herrera D, Alonso B, de Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. Periodontol 2000. 2014 Jun;65(1):149-77. [[PubMed](#)]
4. Hu J, Kent P, Lennon JM, Logan LK. Acute necrotising ulcerative gingivitis in an immunocompromised young adult. BMJ Case Rep. 2015 Sep 16;2015 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
5. Kaplan D. Acute necrotizing ulcerative tonsillitis and gingivitis (Vincent's infections). Ann Emerg Med. 1981 Nov;10(11):593-5. [[PubMed](#)]

6. Malek R, Gharibi A, Khlil N, Kissa J. Necrotizing Ulcerative Gingivitis. *Contemp Clin Dent*. 2017 Jul-Sep;8(3):496-500. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
7. Melnick SL, Roseman JM, Engel D, Cogen RB. Epidemiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *Epidemiol Rev*. 1988;10:191-211. [[PubMed](#)]
8. Mizrahi Y. [NUG--necrotizing ulcerative gingivitis: a review]. *Refuat Hapeh Vehashinayim* (1993). 2014 Jul;31(3):41-7, 62. [[PubMed](#)]
9. Martos J, Ahn Pinto KV, Feijó Miguelis TM, Cavalcanti MC, César Neto JB. Clinical treatment of necrotizing ulcerative gingivitis: a case report with 10-year follow-up. *Gen Dent*. 2019 May-Jun;67(3):62-65. [[PubMed](#)]
10. Marty M, Palmieri J, Noirrit-Esclassan E, Vaysse F, Bailleul-Forestier I. Necrotizing Periodontal Diseases in Children: A Literature Review and Adjustment of Treatment. *J Trop Pediatr*. 2016 Aug;62(4):331-7. [[PubMed](#)]
11. Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol*. 1999 Dec;4(1):65-73; discussion 78. [[PubMed](#)]
12. Tonetti MS, Chapple IL, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases: Introduction to, and objectives of the 11th European Workshop on Periodontology consensus conference. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S1-4. [[PubMed](#)]