

Из поликлиники Московского областного клинического института (директор А. С. Аванесов, консультант проф. Ф. Н. Гринчар).

## Стоматит и ангина Венсан-Плаута.

А. А. Тарабухин.

До 1894/98 гг. стоматит и ангина Венсан-Плаута описывались под различными названиями—гангренозного стоматита, дифтерийного, язво-перепончатого, язвенного стоматита солдат и матросов, цинготной гангрены десен и пр.

Клинически стоматит начинается обыкновенно продромальной фазой, характеризующейся сухостью слизистой, чувством липкости во рту, отсутствием аппетита наряду с тяжестью в голове, небольшой разбитостью при нормальной температуре. Эта фаза продолжается от 24 до 48 ч., позднее появляется рассеянная краснота десен, более выраженная на уровне слизистой, покрывающей коренной, кариозный и прорезывающийся зуб. Затем воспаление охватывает внутреннюю сторону щек, губ, поверхности языка и преддверие рта, редко—свод и мягкое небо. Наконец, воспаление может появиться на миндалевидной железе и дать картину ангины Венсана.

Инфекционный процесс за периодом воспаления последовательно развивается в стадию изъязвления. Слизистая оболочка имеет вид линейной исчерченности и слегка кровоточит, эпителий приподнимается, образуя подобие небольшого пузырька, наполненного мутной жидкостью—это пустула Saffort'a. Вслед за этим эпителий разрывается, пузырек лопается, и тогда обнаруживается очень поверхностное изъязвление, дно которого серое и испещрено кровавыми точками, а края слегка отслоены.

Однако изъязвление недолго сохраняет этот вид; оно быстро покрывается сероватым, очень густым кашицеобразным экссудатом. Этот экссудат издает крайне неприятный запах, запах гангрены. В настоящее время склоняются к мнению, что веретенообразные палочки являются причиной зловонного запаха, а кровотечение происходит вследствие спирохетной инфекции.

Края изъязвления отвесные, основание язвы без уплотнения. Болезненность при жевании, слюнотечение, увеличение подчелюстных желез, чувствительных при ощупывании, временами повышение температуры, иногда значительное; бледное лицо больного с унылым выражением дополняют клиническую картину.

Плэс говорит: „Ангина Венсан-Плаута всегда характеризуется изъязвлением, почти постоянным. Язва покрыта некротическим экссудатом, напоминающим дифтеритическую пленку, но тщательное исследование показывает, что пленка как бы наложена и удаляется вытиранием. Такое удаление вызывает кровотечение. Краснота—характерно слаба, она ограничивается лишь покраснением небольшой зоны вокруг язвы; увеличение шейных желез обычно отсутствует. Вторичная инфекция стрептококками может повести к заметной красноте, увеличению желез, но эти признаки не характерны для ангины Венсан-Плаута. Одно присутствие симбиоза веретенообразных бактерий и спирилл не решает диагноза, т. к. они могут быть иногда найдены при дифтерите и часто при нечистом рте. Диагноз решает клиническая картина“. Соглашаясь с мнением Плэса, мы со своей стороны хотим обратить внимание на морфологический рисунок дна изъязвления, весьма отличный от других схожих заболеваний.

Дно изъязвления кашицеобразно и серовато, как бы посыпано манной крупой, но если пристально присмотреться к этим крупинкам—зернышкам, то они, по нашим наблюдениям, имеют радиальное расположение, даже с некоторой меридиальной расчерченностью; особенно рельефно, явственно выражена радиальная, как бы пунктирная исчерченность. Этот вид напоминает рисунок рыбьей чешуи. При клиническом наблюдении оказалось, что данная исчерченность начинается с краев и идет к центру. Кровотечение при травматизации также располагается радиальными точками. В дальнейшем, когда язва начинает очищаться, радиальная и точечная исчерченность сероватого цвета сменяется белесоватой радиальной, но уже в виде сплошной полосатости. Наши исследования показали, что при сплошной радиальной полосатости микроорганизмы Венсана отсутствуют.

Описанный признак мы считаем весьма характерным. Он помогает в распознавании заболевания. Кроме того сплошная полосатая радиальная исчерченность указывает, что заболевание начинает регрессировать.

При гистологическом исследовании Le Blaye нашел две хорошо очерченных зоны: одну поверхностную—некротическую, и другую глубокую—воспалительную. В некротической зоне автор описывает три слоя: первый поверхностный полимикробный; второй собственно некротический, где находят симбиоз Венсана, и третий—слой бацилярной пролиферации, где палочки образуют крайне густую сеть. В зоне воспалительной реакции находят спирохеты, часто очень очень многочисленные, но не находят веретенообразных бацилл.

Баркер описывает ангину Венсана „как один из видов некротической ангины“.

Первые наблюдения над язвенным стоматитом мы встречаем у van Swieten'a и Desgenettes. Вслед за этим было описано несколько эпидемий Caffort'ом, Payen'ом и др. Taurin в 1838/39 гг. описал язвенный стоматит у детей и ему принадлежит заслуга в определенном разграничении данного заболевания от дифтерита. Более подробное описание и разграничение язвенного стоматита от дифтерита дал Бертерон (1859). Он стал считать ее болезнью „специфической, эпидемической, инфекционной и заразной“.

Вслед за этим начинают появляться работы, которые отвергают специфичность болезни. Так, Catelan не только отвергает прививаемость стоматита, но, вопреки идеям Бержерона, доходит даже до отрицания его заразительности. Он говорит—язвенный стоматит солдат и матросов—болезнь локализованная, раздражающего характера. Этот автор приписывает прорезыванию зубов мудрости самую важную роль в образовании язвенного стоматита.

Maget приходит к заключению, что язвенный стоматит не инфекционная, не заразная и непрививаемая болезнь.

Gallipe первый приписывает микроорганизмам рта роль в возникновении стоматитов вообще, стараясь доказать тождественность ртутного стоматита с язвенным.

В 1896 г. Vincent—врач французской колониальной армии в Африке,—описал фузо-спириллезный симбиоз при язвенных стоматите и ангине среди солдат и моряков. Позднее Венсан обнаружил аналогичные заболевания среди городского населения. Lescouarret, Ravul et Thyre подтверждают тождественность язвенного стоматита с ангиной Венсана, опираясь на одновременность развития этих двух болезней и на наличие микробной флоры. Le Blaye экспериментально на собаках при ртутном стоматите нашел фузо-спириллезный симбиоз. Вслед за этим появляются работы, доказывающие наличие данного симбиоза при многих заболеваниях.

Так, они были найдены при ртутной ангине, ртутном стоматите, стоматите от висмута, мышьяка, при пиоррее, балано-поститах и др.

Дейтеропатический характер ангины Венсана отстаивает Escat (1927), который наблюдал 60 случаев ангины Венсана, из коих в 17 сл. эта ангина развивалась на сифилидах различных периодов и типов, в 1 сл. на милиарном туберкулезе полости рта, а в 28 сл. ей предшествовал банальный амигдалит. Автор утверждает, что первичной ангины Венсана не существует, что она всегда является осложнением какого-либо иного основного страдания, в том числе нередко и сифилитического. Этим же автор объясняет и наличие положительной RW, наблюдаемой иногда при этой форме ангины.

Фузо-спириллезом могут осложняться многие заболевания. Так, Блудгуд говорит: „Язвы сифилитические, туберкулезные, травматические благодаря Венсановской ангине имеют злокачественное течение“. Arnold (1930) заявляет: „В настоящее время твердо установлено, что где бы ни был *Locus minoris resistentiae* во рту или другом месте, веретенообразные бациллы и спириллы могут переселяться и быть причиной возникновения симптомов болезни Венсана“. Он же опубликовал случай, где у женщины 35 лет с стоматитом Венсана через две недели было обнаружено поражение на слизистой вагины с характерной клинической картиной и фузо-спириллезным симбиозом.

Роаштеау-Delille (1929) сообщает: „кожные поражения при фузо-спириллезе рта и зева наблюдаются не часто, но связь этих поражений с симбиозом Венсана доказал в 1899 г. Nicolle. Stern (1920) описывает „ложно-сифилитическую розеолу“ при фузо-спириллезном стоматите и баланите с аденитом и временной +RW.

Фузо-спириллез в настоящее время считается одной из главных причин номы, инфекционной гангрены, гангрены легких. Partsch полагает, что „при наличии glossitis предсказание всегда бывает сомнительным, т. к. случаи, протекающие вначале очень легко, могут чрезвычайно быстро обнаружить поворот к худшему“. Маслов, Евдокимов, Очкова и др. имели случаи язвенного стоматита, закончившиеся смертью.

Из сказанного следует, что стоматит и ангина Венсана не должны считаться безопасным заболеванием. Прежде чем произвести какую-либо операцию во рту необходимо удостовериться

нет ли фузо-спириллеза. При положительной находке необходима профилактическая очистка полости рта.

Тиббетс (1927), Torsfen Skoog (1933), обсуждая случаи кровотечения после операции, происшедшие без видимой причины, говорят: „Послеоперационное кровотечение из миндалевидной железы, которое бывает благодаря инфекции микроорганизмами Венсана, чрезвычайно важно раньше распознать по той причине, что лечение различно от того, которое обычно применяется при послеоперационном кровотечении. В этом случае горло смазывается через каждые 4 часа неосальварсаном в глицерине и через 2 часа применяется полоскание из перекиси водорода и буры; вслед за этим наступает заметное улучшение и кровотечение быстро прекращается“.

Экспериментальные работы некоторых авторов (Быкова и др.) показали: 1) спирохеты и веретенообразные бациллы могут быть привиты животным (кроликам, белым мышам) и они могут вызывать у них гангренозные абсцессы и язвы, 2) от экспериментально полученных абсцессов и язв можно дальнейшим пассажем получить подобные очаги, 3) гистологическое исследование этих экспериментальных язв показывает, что спирохеты и веретенообразные бациллы активно внедряются в живую ткань, а не поселяются на мертвой материи. Карпентер (1927), имеющий огромный опыт в области спирохетных заболеваний, почти категорически утверждает, что веретенообразные бациллы, найденные со спирохетами, сами по себе не патогенны, но приобретают патогенность в комбинации со спирохетами. В работе Тенклифа приводятся интересные данные, указывающие, что веретенообразные бациллы и спирохеты являются различными формами в цикле развития одного микроорганизма. Однако это мнение оспаривается. Многие авторы видели различные осложнения при стоматите и ангине Венсана, например, пузырьковый лишай, паронихию, некрозы челюстей, флегмону полости рта, миозиты, адено-флегмону, гастро-энтериты, геморагии, невриты, эндокардит, тромбоз мезентериальных сосудов.

Вопрос об этиологии стоматита и ангины Венсана к настоящему времени решен в том смысле, что они вызываются симбиозом, сочетанием веретенообразных бацилл и спирилл, но патогенез этого заболевания неясен.

Данное заболевание встречается преимущественно у истощенных и переутомленных субъектов, что некоторые авторы ставят в связь с недостатком в пище различных витаминов.

Gerstenberger (1923 г.) нашел, что употребление водного раствора комплексного В-витамина при язвенном стоматите, а также при герпетическом и афтозном, заметно влияет на исчезновение симптомов указанных заболеваний.

По Abels'у, при авитаминозе наблюдается „дисэргия“, т. е. повышенная восприимчивость к инфекциям, ненормальная реакция на них в смысле чрезмерной длительности течения, несоизмеренная резкая на инфекции, малозначущие для здорового ор-

ганизма, или наоборот, очень вялое течение реакции, например, при заживлении язв, ран и т. п.

Мы наблюдали в поликлинике 20 больных со стоматитом и ангиной Венсана. С декабря 1933 г. по июль 1934 г. в одном детдоме заболело 40 детей в возрасте от 2 до 9 лет (мальчиков—26, девочек—14). По нашим наблюдениям, антигигиенические навыки—откусывание друг у друга хлеба, взятие игрушек в рот и подобные контакты способствовали распространению инфекции. В том, что непосредственный перенос инфекции играет важную роль в возникновении заболевания, нас убедил следующий случай. Когда оставалось всего 3 больных с разрыхленными деснами, строгая изоляция была ослаблена и через месяц получилась вспышка, вновь заболело 11 ребят.

Из осложнений среди больных различного возраста мы наблюдали: паронихию—1 сл. (3 лет), заболевание ушной раковины с воспалением уха—3 сл. (5 л., 18 л. и 24 л.), ринит—1 сл. (7 л.), поражение на половых частях у женщины 32 лет—1 сл., причем во всех случаях были обнаружены микроорганизмы Венсана.

Кроме того, мы видели у больных в 10 случаях резко выраженное увеличение подчелюстных и шейных желез с повышенной температурой (до 38°); воспаление легких—1 сл.; варицеллезную сыпь с дерматитом лица—1 сл. Продолжительность лечения колебалась от 70 до 102 дней, случаев смерти не было.

Что касается терапии, то рыбий жир и сироп иодистого железа крайне полезны и снижают сроки излечения. Антидифтерийная сыворотка не оказала надлежащего эффекта. Особенно благотворное влияние оказали свежие овощи—помидоры, салат, лук. Когда названные продукты были включены в достаточном количестве в пищу детей заболеваемость быстро пошла на убыль и в течение 1½ мес. была ликвидирована.

Картина крови при стоматите Венсана еще неясна. В своих случаях мы наблюдали умеренную нейтропению (49—51,5%) с незначительным ядерным сдвигом (пал. 12—5,5%, сегм. 45—36,5%); лейкопению (4500—5000) с относительным увеличением лимфоцитов (41,5—35%); эозинофилию (12—3,5%), которая, по мнению Вейля, является реакцией на всасывание белковых токсинов. Наблюдаются также нейтрофилы с выраженной зернистой протоплазмой (токсические нейтрофилы).

У амбулаторных больных мы исследовали желудочный сок после завтрака Эвальда и обнаружили у всех резкое понижение общей кислотности (до 22) и свободной соляной кислоты (до 0). По нашему указанию у больных в детдоме были проведены исследования желудочного сока (д-р Егоров), и 8 случаев с затяжным течением дали тождественные результаты, а в 4 случаях с легким течением и быстрым выздоровлением—повышенную кислотность.

Итак, при стоматите Венсана помимо местных поражений имеются и общие сдвиги в организме, о чем говорят изменения в картинах крови и желудочного сока.

Для лечения заболевания предложено много средств: бура, перекись водорода, марганцовокислый калий, препараты сальварсана в виде смазываний, вливаний и др.

Hartmann (1907) первый предложил применение буры в виде смазывания и полоскания. Американские авторы, которые имели большой опыт в ее применении при эпидемии во время империалистической войны, отзываются о ней восторженно. Наряду с бурой применяется перекись водорода, кислород которой действует „in statu nascendi“ антисептически на анаэробный фузо-спириллезный симбиоз. Кроме того раствор перекиси действует очищающе, т. к. гнойные массы распадаются и удаляются с поверхности. Высокую оценку, особенно в тяжелых случаях, дают американские врачи хромовой кислоты (5—10% в дистиллир. воде). О пользе применения препарата „914“, в виде вливаний, мнения расходятся. Так, Delqueil и Maginel наблюдали больного с твердым шанкром и ангиной Венсана, леченного вливанием нео, в результате лечения твердый шанкр зарубцевался, но ангина продолжала существовать и осложнилась стоматитом. Milian, Fouquet, Цитовская и др. наблюдали появления стоматита Венсана у сифилитиков, леченных исключительно нео.

Musser находит, что перекись водорода, как очистительное средство для рта, применяемое через 1 ч., а марганцовокислый калий (1:500) как ирригационное, действуют лучше, чем какое-либо другое средство, включая вливания „нео“.

Ferenz в 1926 г. писал, что бисмосолюван является „специфическим“ при ангине Венсана. В противоположность такому выводу в 1928 г. Васильева при стоматите сифилитиков, леченных биохинолом, нашла фузо-спириллезный симбиоз. Хорошие результаты получены от местного применения 1% раствора метиленовой синьки, бриллиантовой зелени, хромовой кислоты и др.

По нашим наблюдениям лучшие результаты были получены при следующем методе местного лечения: пораженные участки смазывались 10% раствором соляной кислоты (ac. muriat. dil), вслед за этим производилось полоскание или смазывание раствором 1:500 марганцовокислого калия. Известно, что в кислой среде марганцовокислый калий обладает более окисляющими свойствами, а при действии на HCl выделяется Cl. По нашим наблюдениям при этом методе резко сокращался срок лечения, и больные излечивались в 7—12 дней.

Профилактические мероприятия могут быть как местными, так и общими. Из местных профилактических мер первое место должно быть отведено гигиене полости рта с одновременным лечением кариозных зубов. Из медикаментозных средств рекомендуется полоскание перекисью водорода, бурой, марганцем и метод хлорирования.

Больной должен быть предупрежден врачом, что он заразен для окружающих.

Из общих профилактических средств большое внимание следует уделить вопросам рационального питания—количеству и качеству пищи, богатой витаминами. Безусловно должны быть запрещены: курение табака, острые и пряные блюда, соленья.

**Выводы.** 1. Стоматит и ангина Венсана—результат инфекции, поражающей преимущественно лиц, находящихся, повидимому, в дисэргии на почве авитаминоза.

2. Симптом радиальной точечной исчерченности и радиальной сплошной полосатости пораженных участков характерен для стоматита.

3. В большинстве случаев обнаружена ахилия при исследовании желудочного сока.

4. Комбинированный метод лечения соляной кислотой и марганцовокислым калием по нашим наблюдениям превосходит другие методы местной терапии.