

Инфекционные заболевания

Проявления сифилиса в полости рта

Сифилис

это хроническое
инфекционное заболевание,
вызванное бледной
трепонемой (*Treponema
pallidum*), поражающее весь
организм

Пути передачи

1. Половой - 98%
2. Бытовой- предметы быта больного
3. Транспланцетарный
4. Гемотрансфузионный (через 2 мес. развивается клиника вторичного сифилиса, т.к. спирохета сразу попадает в кровь – обезглавленный сифилис)

Возбудитель может проникать через неповрежденную кожу или СОПР

Периоды заболевания

Инкубационный (3–4 недели - 1 год)

Первичный (6–7 недель)

в первые 3 недели - серонегативный,
далее - серопозитивный

Вторичный (через 2–3 месяца после
заражения, длится 3–5 лет)

Третичный (через 3–5 лет после
заражения)

Врожденный: ранний и поздний.

Методы диагностики

1. Иммунологический
 - серологическая реакция Вассермана (RW) - в конце 3 недели в крови выявляют антитела
 - РИФ, ИФА
 - реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ или РИТ)
2. Микробиологический
(бледная трепонема в темном поле)

Первичный сифилис

Твердый шанкр (первичная сифилома) в месте внедрения бледной трепонемы - эрозия (язва): безболезненная, резко отграниченная, гладкая, 8-10 мм, кроваво-красная, плотно-эластическая

Локализация:

- язык
- миндалины
- ККГ
- углы рта
- переходные складки

Первичный сифилис на ККГ

- начинается с появления эритемы
- в течение 2–3 дней в основании – уплотнение
- через 1–2 недели - овальная безболезненная эрозия (язва) мясо-красного цвета с блюдцеобразными краями размером от 2–3 мм до 1,5–2 см с плотноэластическим инфильтратом в основании

Первичный сифилис на языке

- одиночный
- выступает над окружающей тканью, имеет форму блюдца, перевернутого вверх дном
- на нижней поверхности языка - отпечатки зубов

Первичный сифилис в углах рта и на переходных складках

- вид трещины, «полулуния»
- при растяжении складки приобретает овальную форму
- в углах рта напоминает заеду

Первичный сифилис на миндалинах

- одностороннее поражение
- три формы:
 1. Язвенная - на увеличенной плотной гиперемизированной миндалине - болезненная мясо-красная овальная язва с пологими ровными краями
 2. Ангиноподобная - миндалина без эрозий, увеличена, медно-красного цвета, безболезненная
 3. Комбинированная

Первичный сифилис

Через 5–7 дней после появления твердого шанкра - регионарный лимфаденит-бубон:

- подбородочные и подчелюстные ЛУ увеличены
- плотноэластической консистенции
- подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями
- безболезненные

В ЛУ - интенсивное размножение бледной трепонемы

в ответ - выработка антител, которые можно обнаружить в конце 3 недели с помощью RW

Первичный сифилис

в конце первичного периода общие симптомы:

- слабость
- головные боли
- боли в костях по ночам
- t тела $38 - 38,5^{\circ}$

Дифференциальная диагностика первичного сифилиса

- Герпетический стоматит
- Декубитальная язва
- Раковая опухоль
- Шанкиформная пиодермия
- Миллиарно-язвенный туберкулез
- ХРАС
- Эрозивно-язвенными формы лейкоплакии, плоского лишая, красной волчанки

Вторичный сифилис

- через 2–3 мес. после начала заражения
- появление сыпи -сифилидов на коже туловища и слизистых оболочках:
 1. пятнистые (розеолы)
 2. папулезные
 3. везикулезные, пустулезные
 4. сифилитическое выпадение волос (алопеция)
 5. пигментные

Признаки вторичных сифилидов:

1. Нет субъективных ощущений и воспаления
2. Правильные округлые очертания и резкие границы
3. В основании - плотный инфильтрат (кроме пятен)
4. Бесследно исчезают без лечения, кроме пустул (оставляют рубец)

Макулезные (пятнистые) сифилиды

Локализация на СОПР:

- дужки
- мягкое небо
- язык
- миндалины
- углы рта симметрично

Розеолезная сыпь сливается в сплошные участки – эритемы с синюшным оттенком

Папулезные сифилиды

- ограниченный не возвышающийся ярко-красный очаг до 1 см с инфильтратом в основании
- пропитывается экссудатом - плотное округлое серо-белое образование, ограниченное от нормальной слизистой узким инфильтрированным венчиком

Папулезные сифилиды

- при пальпации папула безболезненная, не выступает над СОПР, покрыта белым налетом - «опаловая бляшка»
- после удаления налета обнажается мясо-красная эрозия
- На СОПР образуются несколько папул, находящихся на разных стадиях развития (ложный полиморфизм)

Папулезные сифилиды

- папулы в углах рта – сифилитические заеды
- легко эрозируются, болезненные, изъязвляются, кровоточат, покрываются желто-серым налетом

Папулезные сифилиды на языке

1. Гипертрофия нитевидных сосочков - гладкие округлые диски, находящиеся на уровне непораженных сосочков (лоснящиеся папулы)
2. Атрофия нитевидных сосочков - округлый очаг, лишенный сосочков, ниже уровня окружающих тканей (симптом «скошенного луга» или «медвежьих лап, ушедших за третичным сифилисом»)

Папулезные сифилиды на коже

- склонность к группировке:
кольца, дуги (на лбу –
«корона Венеры»)

- папулы напоминают псориаз
(«Воротничок» Биетта – венчик
отслаивающегося эпителия)

Вторичный сифилис

- Период выпадения волос: очаговая или диффузная алопеция:
 - на голове с-м Фурнье «мех изъеденный молью»
 - на бровях с-м «трамвайных рельс»
- Период пигментации: кожа шеи – «ожерелье Венеры»
- Пустулезный период: пустулы дают глубокие язвы с рубцами на всю жизнь

Вторичный сифилис

- Заканчивается переходом в латентный, в течение которого нет никаких симптомов
- Может длиться несколько лет или десятилетий

Дифференциальная диагностика вторичного сифилиса

- Лейкоплакия
- Папулы при ПЛ и КВ
- Кандидоз
- Десквамативный глоссит
- Герпетический стоматит
- ХРАС, Пузырчатка, МЭЭ
- Ангина
- Аллергический стоматит
- Дрожжевая и стрептококковая заеда

Третичный сифилис

- Развивается через 3–5 лет после заражения
- Характеризуется бугорковыми и гуммоznыми высыпаниями

Третичный сифилис.

Бугорковые высыпания

- локализуются на коже, губах и СОПР (альвеолярных отростках и небе)
- На СОПР и губах
 - изолированные плотные красно-коричневые бугорки,
 - обширные быстро изъязвляющиеся инфильтраты с резкими фестончатыми очертаниями
- Характерно быстрое течение (несколько месяцев) и образование рубцов

Третичный сифилис гуммозные высыпания

Локализация:

- мягкое и твердое небо
- язычок
- язык
- задняя стенка глотки

Третичный сифилис

Гуммозные высыпания

- Вовлечение в процесс кости с последующим ее распадом и перфорацией - образуется сообщение между полостью рта и носа
- Нарушается фонация (гнусавый голос) и возникают затруднения при приеме пищи (попадает в полость носа)
- Гумма существует 3–4 месяца и разрешается с образованием втянутого звездчатого рубца

*Третичный сифилис
Диффузный склерозирующий
глоссит*

Начинается с диффузной инфильтрации толщи языка.

Язык увеличивается, становится плотным, малоподвижным.

Затем инфильтрат замещается рубцовой тканью, постепенно стягивающей язык.

Диф. диагностика третичного сифилиса

Туберкулезная волчанка: бугорки (люпомы) желто-красного цвета, мягкой консистенции, склонные к слиянию, при надавливании зонд проваливается (феномен Пospелова);

при надавливании стеклом люпомы желтовато-бурые - с-м «яблочного желе»

Язва бугорка неправильных очертаний окружена мягким розовато-синюшным венчиком.

Рубец поверхностный, ровный, гладкий с новыми люпомами

Общее лечение:

1. Антибиотикотерапия
2. Препараты висмута
3. Препараты йода (вторичный и третичный периоды)
4. Витамин В12, алоэ, метилурацил, пирогенные препараты

Местное лечение:

- обезболивание
- протеолитические ферменты
- антисептики
- кератопластики

Проявление туберкулеза в полости рта

Туберкулез - хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (палочка Коха)

Пути заражения туберкулезом

- Эндогенный:
 - гематогенный
 - лимфогенный
- Экзогенный:
 - воздушно-капельный
 - алиментарный (пищевой)

Эпидемиология

- Бацилла Коха устойчива к спирту, кислотам, щелочам, низким t
- Неустойчива к действию УФО, высоких температур (при кипячении погибает через 40 минут)

Первичный туберкулез губ и СОПР

- Встречается редко, т.к. СОПР маловосприимчива к микобактериям туберкулеза
- После проникновения в организм инкубационный период длится 8-30 дней

На месте входных ворот инфекции возникает язва:

- размером 1-1,5 см
- болезненная
- дно грязно-серое
- края неровные, подрывные, плотные, нависают

Лимфоузлы

- увеличены
- спаяны с кожей
- иногда болезненны
- часто нагнаиваются и вскрываются

Через 1 месяц язвы исчезают самостоятельно, без лечения

Диф. диагностика:

- рак губы
- первичный сифилис

Туберкулез проявляется
вторично на СОПР в виде
клинических форм:

- Туберкулезная волчанка
- Миллиарно-язвенный туберкулез
- Колликувативный туберкулез
(скрофулодерма)

Туберкулезная волчанка

Локализация поражения в полости рта:

губы, десны, углы рта, твердое и мягкое небо, язык, миндалины

На коже лица поражение в виде «бабочки»

Первичный элементом поражения

- Бугорок (люпома):
- безболезненное образование
- красного или желто-красного цвета
- мягкой консистенции
- размером 1-3 мм
- располагается группами

Диагностика люпомы:

1. Диаскопия - когда стеклом надавливают на место поражения, люпома обесцвечивается и приобретает желто-бурый или восковидный цвет - симптом «яблочного желе»

Диагностика люпомы

2. Проба с пуговчатым зондом — надавливают на люпому и зонд слегка проваливается в нее из-за того, что разрушены волокна (феномен Пospelова)

Люпомы периферически
разрастаются, сливаются с
образованием бляшек, в которых
различают отдельные бугорки

Центр бляшки изъязвляется

ЯЗВЫ

- малоболезненные
- с мягкими изъеденными краями
- дно покрыто желто-красным налетом
- наличие на дне разрастающихся грануляций напоминает малину
- заживают с образованием рубца
- на рубцах могут образовываться люпомы

При локализации на губе: язва отечна, плотная при пальпации, с кровянисто-гнойными корками.

При поражении язычка: отечен, утолщен, бесформенный, с зернистой поверхностью.

В результате деструкции язычок может полностью исчезнуть.

На языке люпомы локализуются на спинке и у корня. Изъязвляются с последующим образованием рубца.

Если процесс протекал без изъязвления, образуется гладкий атрофический рубец.

При поражении неба: в процесс
вовлекается его передняя треть
Образуется бугорок, переходящий в
язву (не вызывает прободения неба)

Язвы озлокачиваются в 1-10% случаев

Диагностика

- Туберкулиновые кожные пробы Пирке и Манту положительны.
- Патогистология. В сетчатом слое соединительной ткани определяется бугорок, состоящий из гигантских клеток Пирогова-Лангханса, плазматических, эпителиоидных клеток, окруженных валом из лимфоцитов.

Дифференциальная диагностика с третичным сифилисом

- бугорки более крупные и плотные
- края язв ровные, плотные
- сифилитические высыпания повторно на рубцах не возникают
- Симптом Пospелова и яблочного желе отсутствует

Миллиардно-язвенный туберкулез

Чаще болеют мужчины.

Поражение СОПР происходит через зараженную мокроту у больных с открытой формой туберкулеза легких и гортани.

Микобактерии внедряются в СО щек (как правило, в местах травм), по линии смыкания зубов, спинке и боковых поверхностях языка, мягком небе.

Клиническая картина миллиарно-язвенного туберкулеза

Страдает общее состояние:

- слабость
- истощение
- бледность кожи
- субфебрильная t тела
- повышенная потливость

Клиническая картина миллиарно-язвенного туберкулеза

- На СОПР образуются типичные туберкулезные бугорки, которые распадаются в центре с образованием неглубоких язв, с подрытыми, мягкими краями, очень болезненными при пальпации.
- Дно и края язвы зернистые, покрытые желто-серым налетом.

- Окружающие язву ткани отечны
- По периферии язвы мелкие абсцессы, которые называются зерна или тельца Треля
- Лимфоузлы увеличены, плотноэластической консистенции, болезненные

Диагностика

миллиарно-язвенного туберкулеза

- В анализе крови: изменения в лейкоцитарной формуле, ↑ СОЭ
- цитологически в соскобах с язв определяют гигантские клетки Пирогова-Лангханса и эпителиоидные клетки.
- бактериологически обнаруживают бациллы Коха (окраска по Циль-Нильсену)

Дифференциальная диагностика миллиарно-язвенного туберкулеза

- туберкулезная волчанка
- гуммозная язва при третичном сифилисе
- язвенно-некротический стоматит Венсана
- травматическая, трофическая, декубитальная и раковая язвы

Колликвативный туберкулез (скрофулодерма)

Встречается редко, в основном у детей.

В глубоких слоях СОПР образуются узлы, которые распадаются с образованием язв неправильной формы, мягкой консистенции, с изъеденными подрытыми краями и вялыми грануляциями на дне.

Колликвативный туберкулез (скрофулодерма)

- Язвы малоблезнены. При их заживлении образуются неровные, так называемые «лохматые рубцы»
- Диф. диагностику проводят с гуммозной язвой при третичном сифилисе, раковой язвой, актиномикозом

Общее лечение

назначает фтизиатр

1. Антибиотики: фтивазид по 1-1,5г в день в течение 6-7 месяцев или изониазид (рифампицин, пиразинамид).
Стрептомицин 0,5-1,0 г в сутки в течение 6-7 месяцев
2. Витамин Д — по 100000 МЕ в день в течение 6-7 месяцев
3. Высококалорийная диета
4. УФО

Местное лечение:

- санация полости рта
- антисептическая обработка язв и всей полости рта
- обезболивание язв