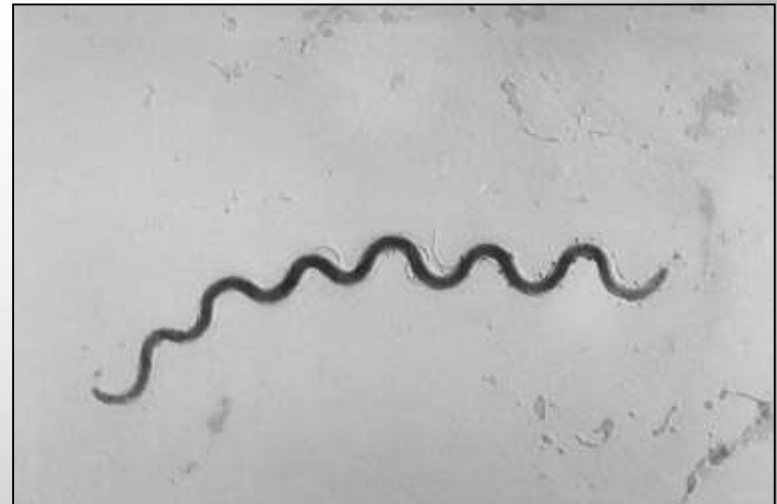
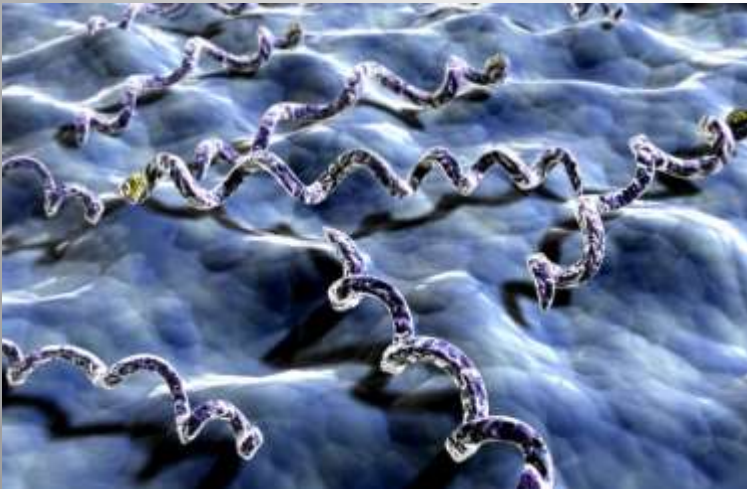


ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
Кафедра терапевтической стоматологии

Сифилис. Проявления в полости рта. Клиника, диагностика, тактика врача-стоматолога.

Выполнила: клинический ординатор 2-го
курса кафедры терапевтической
стоматологии КрасГМУ Плотникова Дарья
Михайловна Проверила: КМН, доцент
Тарасова Наталья Валентиновна

Сифилис — это хроническое инфекционное возбудителем которого является бледная трепонема, поражающее все органы и ткани, в том числе челюстно-лицевую область.



Клиническая картина

Заболевание протекает в несколько периодов

1. Первичный сифилис
2. Вторичный сифилис
3. Третичный сифилис

Первичный сифилис

Характеризуется появлением на слизистой оболочке, в том числе в полости рта, первичных сифилом, или **твердого шанкра** – плотного безболезненного воспалительного инфильтрата.

Со временем шанкр некротизируется, на его месте появляется **блюдцеобразная язва** блюдцеобразной формы с **дном мясо-красного цвета**

Для первичного поражения слизистых оболочек полости рта характерно **увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов**, преимущественно подчелюстных, околоушных, подподбородочных.

Первичный сифилис



Вторичный сифилис

Чаще всего поражает слизистую оболочку полости рта и имеет вид пустулезных или розеолезных элементов.

Пятнистый сифилид (сифилитическая розеола) – ярко-красные пятна округлой формы четко отграниченные от здоровой слизистой оболочки

Папулезный сифилид – сифилитические папулы – это плотные безболезненные элементы, выступающие над уровнем слизистой оболочки

У отдельных больных папулы сливаются, что при локализации элементов на миндалинах дает картину папулезной ангины.

Своеобразную картину дают папулезные высыпания на языке. Они округлой или овальной формы, четко отграничены от здоровой слизистой оболочки языка, имеют гладкую, блестящую поверхность вследствие атрофии сосочков («бляшки скошенного луга»), В отдельных случаях сосочки в области папулы, наоборот, гипертрофируются и часто изъязвляются в центре.

Вторичный сифилис

Редкое проявление сифилиса во вторичном периоде — **поражение надкостницы**. Оно захватывает значительный участок надкостницы челюсти, чаще нижней. Это специфическое поражение отличается медленным и вялым течением. Диффузно утолщенная надкостница приобретает тестоватую консистенцию, но поднадкостничный гнойник никогда не образуется. Постепенно пораженные участки надкостницы уплотняются, возникают плоские возвышения.

Вторичный сифилис



Третичный сифилис

1. Гуммозный сифилид

Сифилитическая гумма – это плотный, безболезненный узел, на месте которого образуется кратерообразная язва с некротическим стержнем в центре. После заживления на месте язвы образуется звездчатый рубец.

Сифилитическое поражение языка протекает в виде гуммозного глоссита, диффузного интерстициального глоссита и комбинации этих поражений. Наиболее часто встречается диффузный интерстициальный глоссит. Заболевание начинается с появления в толще языка разлитого, плотного инфильтрата, покрытого утолщенной, неравномерно бугристой слизистой оболочкой. Поверхность инфильтрата иногда прорезана глубокими бороздами, отделяющими участки специфического процесса в толще языка. В дальнейшем очаги специфического воспаления замещаются рубцовой тканью с последующим исходом в склероз, что приводит к значительному уменьшению языка, деформации и ограничению его движений. Трофические нарушения за счет склероза ведут к развитию язв, трещин на языке.

Третичный сифилис

2. Гуммозный сифилид

Характеризуется появлением на поверхности слизистой оболочки плотных безболезненных бугорков синюшно-красного цвета, на месте которых образуются глубокие язвы. После рубцевания язв новых бугорков на месте рубцов не образуется

Третичный сифилис



Сифилис челюстей

Процесс начинается с утолщения кости, увеличивающейся по мере развития гуммы. Больного беспокоят сильные боли, иногда нарушение чувствительности в области разветвления подбородочного, надглазничного, носонебного нерва.

В дальнейшем гумма прорастает в одном или нескольких местах: к надкостнице, слизистой оболочке или коже. Появляется один или несколько очагов размягчения, вскрывающихся наружу. Слизистая оболочка или кожа краснеет, истончается, гуммозные очаги вскрываются и образуются свищевые ходы. Секвестры отделяются не всегда, а если у отдельных больных они образуются, то бывают небольшими. Только присоединение вторичной гноеродной инфекции ведет к омертвлению более значительных участков кости и их отторжению.

При поражении гуммозным процессом верхней челюсти в случае присоединения вторичной инфекции образуется сообщение полости рта с полостью носа или с верхнечелюстной пазухой.

Процесс в области альвеолярного отростка с расположенными в нем зубами вызывает их подвижность, болезненность при перкуссии.

После распада гоммы в кости происходит постепенное заживление тканей с образованием грубых, плотных, часто стягивающих рубцов. В кости развиваются гиперостозы, экзостозы, особенно по краям костных дефектов.

Гуммозное поражение твердого неба, альвеолярного отростка верхней челюсти связано с аналогичным процессом в полости носа и непосредственно с разрушением носовой перегородки и носовых костей. Такая локализация специфического очага ведет к образованию дырчатых дефектов твердого неба, вызывающих гнусавость, западению спинки носа

Рис. 43. Пробоины твердого неба и альвеолярного отростка верхней челюсти.



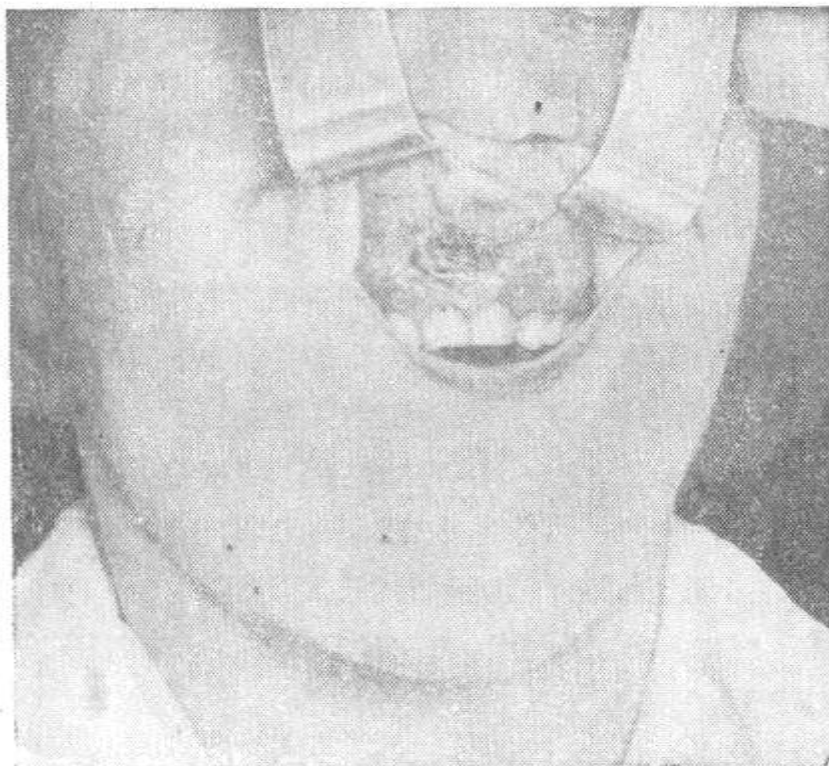


Рис. 165. Гуммозная язва с нависающими краями на передней поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти (по материалам кафедры пропедевтики хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).



Рентгенологическая картина гуммозных поражений кости характеризуется очагами деструкции различных размеров, окруженными склерозированной костной тканью. При поражении тела, угла нижней челюсти может наблюдаться одиночный, иногда большой очаг деструкции кости с четкими, ровными краями и выраженным склерозом окружающих его костных тканей



Диагностика

1. Бактериоскопия (обнаружение бледных трепонем на поверхности первичной сифиломы, в пунктате лимфатических узлов, в соскобах с поверхности сифилитических розеол или папул, в пунктате из гумм)

Диагностика

2. Серологическая диагностика – реакция Вассермана, осадочные реакции

Серологические реакции становятся позитивными через 3-4 недели после появления твердого шанкра

Тактика врача-стоматолога

При подозрении на сифилис пациент направляется в кожно-венерологический диспансер для подтверждения диагноза, лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения.

После завершения курса лечения проводится плановая санация полости рта

Список литературы

1. Терапевтическая стоматология: Учебник/Под ред. Ю.М. Максимовского. - М.: Медицина, 2019. - 640 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов). ISBN 5-225-04722-X
2. Р.П. Ланге, К.С. Миллер Атлас заболеваний полости рта: Атлас / Перевод с английского под ред. Л.А. Дмитриевой – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 224 с.:ил.
3. Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т. Г. Робустовой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. —688 с: ил.: [4] л. ил. (Учеб. лит. Для студ. мед. вузов). ISBN 5-225-00928-X
4. Дерматовенерология. Национальное руководство.Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с