

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Реферат

Тема: «Сифилис. Проявления в полости рта. Клиника, диагностика, тактика
врача стоматолога»

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности стоматология терапевтическая
Клемец Светлана Андреевна
Рецензент, к.м.н. Левенец Оксана Анатольевна

Красноярск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Актуальность.....	3
Введение.....	3
Этиология.....	4
Патогенез.....	5
Проявления в полости рта.....	5
Клиника.....	14
Диагностика.....	15
Дифференциальная диагностика.....	16
Лечение.....	16
Профилактика.....	17
Заключение.....	17
Список использованной литературы.....	18

Актуальность

Представлены разнообразные проявления сифилиса на слизистой оболочке полости рта в различные периоды его развития. Изменение социальных условий в нашей стране в последнее время, снижение моральных ценностей, привело к значительному росту заболеваемости венерическими заболеваниями, в том числе и сифилисом. Сифилис поражает все органы и системы организма человека, при этом слизистая оболочка полости рта вовлекается в патологический процесс при всех его формах. К тому же сифилитические проявления в ротовой полости, особенно в ранних периодах заболевания, наиболее опасны в эпидемиологическом отношении. И с этими проявлениями сифилиса могут встретиться врачи любой специальности, в том числе и стоматологи.

Введение

Сифилис (syphilis, lues) - хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является бледная трепонема (*Treponema pallida*). Слизистая оболочка рта является местом локализации сифилитических высыпаний во всех периодах сифилиса.

Различают врожденный и приобретенный сифилис. При врожденном сифилисе бледная трепонема проникает в организм плода через плаценту от больной матери. Приобретенный сифилис развивается при заражении через кожу и слизистые оболочки путем прямого контакта (в основном полового) или через различные предметы, загрязненные выделениями, содержащими возбудитель.

Этиология сифилиса полости рта

Предрасполагающими условиями, открывающими ворота для внедрения анаэробов, являются трещины кожи, эрозии слизистой оболочки ротовой полости. Обязательным условием заражения является повреждение рогового слоя кожи или покровного эпителия слизистой оболочки. Однако некоторые авторы считают, что бледная трепонема может проникнуть через неповрежденную слизистую оболочку.

Заражение может произойти и при непосредственном попадании возбудителя в кровь, например, через рану на руках врача при операциях. В месте внедрения спирохет образуется твердый шанкр. Размножение бактерий при сифилисе полости рта происходит в лимфатических узлах, вследствие чего уже спустя несколько дней после заражения наблюдается полиаденит. Дальнейшее распространение бактерий в организме человека осуществляется по сосудам лимфатической системы.

Пути заражения:

- половой — при половом контакте бледная трепонема попадает на слизистую оболочку партнера с отделяемым твердого шанкра, эрозивных папул, из слизи пробки канала шейки матки, спермы;
- бытовой — через инфицированные предметы при общем пользовании (посуды, губной помады, духовые музыкальные инструменты, сигареты, при поцелуе);
- профессиональный — у медицинских работников во время операций, вскрытий, инъекций, при стоматологических и гинекологических осмотрах и др.;
- гемотрансфузионный — при непосредственном попадании бледной трепонемы в кровь во время трансфузии;

- плацентарный — бледная трепонема попадает от больной сифилисом матери в организм плода через плаценту, в результате чего развивается врожденный сифилис.

Патогенез

Инкубационный период первичной стадии сифилиса составляет в среднем 3 недели (интервал от нескольких суток до 6 недель) с момента заражения. По окончании инкубационного периода в случае полового или бытового заражения в месте проникновения микроба обычно развивается первичный аффект.

Патогенез сифилиса обусловлен реакцией организма на воздействие эндотоксинов бледной трепонемы. Токсигенностью возбудителя обуславливается полиморфность протекающих в заражённом организме процессов, в зависимости от стадии заболевания патологические изменения отличаются довольно значительно.

Проявления в полости рта

Сифилис полости рта проходит 4 периода:

1. Инкубационный. Характеризуется отсутствием специфической клиники, длится в течение 3-5 недель от момента инфицирования.
2. Первичный сифилис полости рта. Возникает с появлением в полости рта первичной сифиломы, протекает на протяжении 6-8 недель.
3. Вторичный сифилис полости рта. Наблюдается в течение 4 лет. Поражаются слизистые оболочки, кожные покровы, внутренние органы. Начинается вторичный сифилис полости рта с фазы выраженных клинических проявлений длительностью около 3 недель.
4. Третичный сифилис полости рта. Длится в течение 6-8 лет. Основным элементом поражения – гуммозный инфильтрат. Количество бледных трепонем существенно снижается. Третичный сифилис приводит к необратимым

деструктивным изменениям в органах и системах, становится причиной прогрессирующего паралича.

Инкубационный период:

Характеризуется отсутствием специфической клиники, длится в течение 3-5 недель от момента инфицирования.

Первичный сифилис полости рта:

Возникает с появлением в полости рта первичной сифиломы, протекает на протяжении **6-8 недель**. Первые 3 недели являются серонегативными, так как с помощью специфических серологических тестов не удается выделить бледную трепонему. Последующие 3 недели относят к сероположительному периоду.

О первичном сифилисе полости рта говорит появление инфильтрата, в центре которого формируется зона распада. Края первичного элемента поражения правильные, ровные, дно красного цвета, инфильтрированное. При осмотре сифилома безболезненная, немного возвышается над слизистой. Вследствие активизации анаэробной микрофлоры дно язвы покрывается темно-серым налетом.

Первичная сифилома или твердый шанкр, возникает на месте первичного внедрения инфекции. Твердый шанкр, единичный или в количестве 2—3, локализуется чаще на красной кайме губ, реже — на слизистой оболочке рта (язык, небные миндалины или другие участки). Твердый шанкр в типичных случаях начинается с гиперемии и уплотнения ограниченного участка, который увеличивается до 1 —2 см в диаметре. Затем центральная часть его на поверхности некротизируется, возникает безболезненная эрозия или поверхностная блюдцеобразная язва круглой или овальной формы с приподнятыми ровными краями. В основании ее прощупывается мощный хрящеподобный инфильтрат. Дно язвы ровное, блестящее, мясо-красного цвета, без налета или покрытое серовато-желтым «сальным» налетом.

Кроме твердого шанкра, для первичного сифилиса характерно малоблезненное увеличение регионарных лимфатических узлов (регионарный лимфаденит); редко появляется сифилитический лимфангоит, который проходит от твердого шанкра до увеличенных лимфоузлов.

Шанкры губ нередко имитируют импетигиозную, травматическую, герпетическую эрозию. Регионарные л/у (подчелюстные) обычно резко

у

в

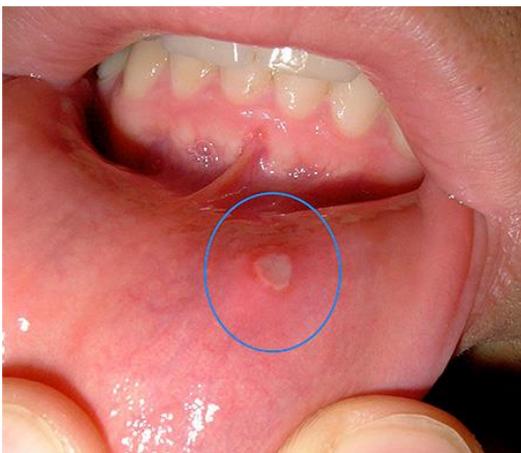


Рисунок 1

,

На десне твердый шанкр имеет вид яркокрасной эрозии, которая в виде полумесяца прилегает к нескольким зубам.

При локализации на миндалине твердый шанкр может иметь одну из трех форм: язвенную, ангиноподобную (амигдалит) и комбинированную (язвенную на фоне ангиноподобной).

Шанкр языка нередко представлен в виде трещиноподобной эрозии или язвы с блестящим дном (Рисунок 2,3).



Рисунок 2

заеды с инфильтратом в основании (Рисунок 1).



Рисунок 3

Второй компонент первичного сифилиса – паховый лимфаденит. Для него характерен безболезненный увеличенный в размерах л/у или группа л/у, как правило, региональных. Они не спаяны с окружающими тканями, плотные, подвижные.

Третий компонент клинической картины первичного сифилиса - специфический лимфангоит - не является постоянным и в настоящее время проявляется редко, всего у 7-8% больных. Лимфангит представлен в виде пальпируемого безболезненного тяжа, не спаянного с окружающей тканью, на спинке полового члена.

Вторичный сифилис полости рта:

Наблюдается в течение 4 лет. Поражаются слизистые оболочки, кожные покровы, внутренние органы. Начинается вторичный сифилис полости рта с фазы выраженных клинических проявлений длительностью около 3 недель. При этом на слизистой полости рта возникают множественные очаги розеолезно-папулезной сыпи, наблюдается полиаденит.

Вторичный сифилис полости рта характеризуется также возникновением сифилитической ангины и множественными розеолезно-папулезными высыпаниями.

Для проявлений вторичного сифилиса характерны фокусность расположения элементов, высокая заразность, частое отсутствие субъективных ощущений, истинный или ложный полиморфизм. В полости рта в этой стадии заболевания возникают в основном две формы поражения: пятнистый (макулезный) и папулезный сифилиды, редко пустулезный сифилид.

Пятнистый сифилид локализуется чаще всего в зеве и на мягком небе, характеризуется появлением красных резко ограниченных пятен, сливающихся в эритему, также четко отграниченную от неизменной слизистой оболочки. Без лечения эти изменения держатся не менее 1 мес (Рисунок 4).



Рисунок 4

Папулезный сифилид — самая частая форма поражения полости рта. Особенно часто он возникает у людей курящих, с травмами. Излюбленная локализация — миндалины, мягкое небо и дужки, реже слизистая оболочка щек, губ, языка, десен. В углах рта образуются трещины на фоне плотного специфического инфильтрата. Папулы округлой формы, крупные (1—1,5 см в диаметре), с четкими краями, плоские, слегка или сильно возвышаются над уровнем слизистой оболочки. Из-за мацерации папулы приобретают белесоватую окраску, а вокруг сохраняется воспалительный ободок. На спинке языка в местах появления папул нитевидные и грибовидные сосочки исчезают, а папулы нередко почти не возвышаются. Папулы легко эрозируются при попытке их удаления. Папулы и отделяемое эрозий содержат огромное количество трепонем. Характерна фокусность расположения этих элементов. В несанированной полости рта, при плохом гигиеническом уходе папулы могут вторично осложняться фузоспирохетозом и изъязвляться. Клиническая картина приобретает черты

стоматита и ангины Венсана, тем более что изъязвленные папулы могут вызывать значительную болезненность (Рисунок 5).



Рисунок 5

Пустулезный (язвенный) сифилид встречается в полости рта редко, обычно у ослабленных больных, и проявляется как инфильтрат, переходящий в болезненную язву с некротически-гнойным налетом и часто с острыми воспалительными явлениями, характерен специфический склераденит.

Третичный сифилис полости рта:

Длится в течение 6-8 лет. Основной элемент поражения – гуммозный инфильтрат. Количество бледных трепонем существенно снижается. Патологический процесс может поражать язык, что приводит к его утолщению, образованию рубцов, стойкой деформации.

Слизистая оболочка рта поражается довольно часто. Наблюдаются две формы поражения: гуммы и бугорковый сифилид.

Гуммы, одиночные или множественные, локализуются преимущественно на мягком и твердом небе, реже на языке. В толще слизистой оболочки появляются безболезненные узлы. Они постепенно увеличиваются, достигая нередко больших размеров — 3 см и более в диаметре. Затем центр гуммы распадается, возникает глубокая кратерообразная язва с некротическим стержнем в центре. Язва окружена обширным плотным инфильтратом, края ее гладкие, неподрытые. Поверхность язвы застойно-красного цвета, покрыта мелкими грануляциями. При локализации на твердом небе процесс первично поражает кость и надкостницу, возникают некроз кости, секвестрация ее и

часто обширные дефекты, прободение твердого неба. Редко гумма не вскрывается, а медленно рассасывается. Болезненность гумм выражена слабо.

Гуммозное поражение может протекать в виде диффузного склерозирующего сифилитического глоссита — развития сплошного глубокого инфильтрата, захватывающего подслизистый и мышечный слои. Спинка языка при этом выглядит бугристой с глубокими бороздами и трещинами. Специфический инфильтрат в дальнейшем замещается фиброзной тканью, развивается склероз, нередко возникают трофические язвы. Язык становится очень плотным и ограниченно подвижным. Возможно сочетание склерозирующего глоссита с гуммами (Рисунок 6).

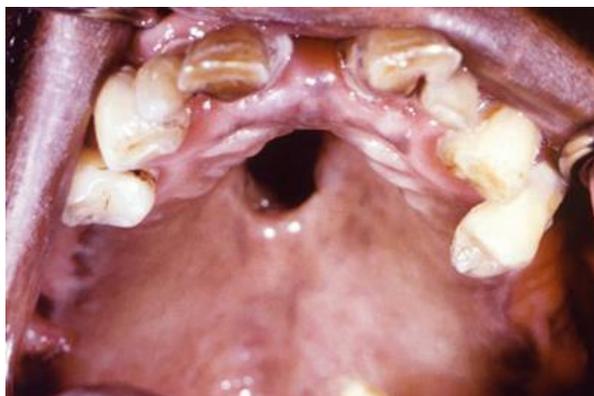


Рисунок 6

Бугорковый сифилид локализуется чаще всего на губах, альвеолярных отростках и небе и представляет собой мелкие плотные безболезненные бугорки синюшно-красного цвета. Они имеют склонность к групповому расположению, быстро распадаются, приводя к образованию язвы. В отличие от туберкулезной волчанки края таких язв плотные. Рубцы после бугоркового сифилида более группированные и грубые, чем при волчанке (Рисунок 7).



Рисунок 7

Врожденный сифилис:

Делят на ранний, который в свою очередь делится на сифилис плода, сифилис детей грудного возраста, сифилис детей раннего детского возраста, и поздний врожденный сифилис. Инфекция передается от больной матери плоду на 5 месяце беременности. Плод погибает внутриутробно обычно между 4 и 7 лунным месяцами.

Сифилис грудного возраста

Высыпания в полости рта в этом периоде встречаются относительно редко. Иногда на слизистых оболочках щек, мягкого и твердого неба, а также по краю языка в области зева, могут появляться белесоватые папулы с склонностью к эрозированию и изъязвлению.

Врожденный сифилис раннего детского возраста (от 1 года до 4 лет).

В связи с систематической мацерацией могут возникнуть эрозивные папулы в углах рта, внешне напоминающие банальные заеды, вызванные пиококками и дрожжеподобными грибами. На слизистой оболочке рта и зева наблюдаются опалового цвета или эрозированные папулы, которые не отличаются от папул приобретенного сифилиса. Папулезные элементы нередко обнаруживаются на языке, миндалинах, слизистых оболочках губ и десен. Иногда поражается слизистая оболочка гортани, появляется хриплый голос, афония. Отмечается нередко выраженное увеличение всех групп лимфатических узлов. В сифилитических папулах легко обнаруживаются бледные трепонемы.

Поздний врожденный сифилис (возраст детей старше 2 лет).

При позднем врожденном сифилисе могут встречаться гуммы мягкого неба. При этом, наблюдаются дефекты ткани, иногда разрушение всего мягкого неба. При гуммах твердого неба нередко происходит разрушение костной ткани, образуется перфорация. К достоверным признакам позднего врожденного сифилиса относятся зубы Геттчинсона, которые

характеризуются дистрофией верхних средних резцов второго прорезывания. Они отличаются шириной и округленностью свободных краев, наличием неглубокой полулунной, занимающей почти целиком весь край зуба вырезки на режущем крае. С возрастом края этих зубов стачиваются и к 20-22 годам зубы становятся короткими с широким ровным краем. Иногда такие зубы имеют форму отвертки или бочкообразную форму. Полулунная выемка на бочкообразном верхнем резце может быть обнаружена рентгенологически уже в раннем детском возрасте. Этот признак может быть использован при подозрении на врожденный сифилис у детей в возрасте от 1,5 до 2 лет. К вероятным признакам относятся зубные дистрофии в виде особых изменений первых моляров и клыков (почкообразный зуб, кистеобразный зуб, зубы Муна, «бутоновый» зуб). При осмотре детей следует обращать внимание на кожу вокруг красной каймы губ, где можно обнаружить характерные рубцы, которые никогда не наблюдаются при приобретенном сифилисе. Эти рубцы - остаточные явления после глубоких трещин, возникающих при диффузной инфильтрации на лице при врожденном сифилисе грудного возраста. Изменение клыка у больных врожденным сифилисом носит название «щучьего» зуба, т. к. из-за гипоплазии его жевательной поверхности остается только тонкий конический отросток.

К дистрофическим процессам при позднем врожденном сифилисе относятся также: высокое («готическое» или «стрельчатое») твердое небо. Широко расставленные верхние резцы (диастема Гоше) встречается и у здоровых, но также носит дистрофический характер. Бугорок Карабелли представляется в виде пятого добавочного бугорка на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти.

Клиника

Клиника заболевания напрямую зависит от стадии течения патологического процесса. О первичном сифилисе полости рта говорит появление инфильтрата, в центре которого формируется зона распада. Края первичного элемента поражения правильные, ровные, дно красного цвета, инфильтрированное. При осмотре сифилома безболезненная, немного возвышается над слизистой. Вследствие активизации анаэробной микрофлоры дно язвы покрывается темно-серым налетом. Чаще твердый шанкр локализуется на губах, языке, небе, миндалинах. Через несколько дней после появления сифиломы наблюдается лимфаденит, сопровождающийся гипертермией, вялостью, ухудшением общего состояния.

Вторичный сифилис полости рта характеризуется возникновением сифилитической ангины и множественными розеолезно-папулезными элементами поражения. Розеола представляет собой гиперемизированные участки слизистой с четкими контурами. Папулы – очаги измененной в цвете слизистой (чаще синюшно-красного оттенка) с незначительным возвышением в центре. Излюбленной локализацией морфологических элементов при вторичном сифилисе полости рта являются дистальные участки (небо, миндалины). Папулы и розеола имеют тенденцию к слиянию, в результате чего наблюдается клиника, имеющая сходство с ангиной. Сифилитическое поражение языка проявляется в виде атрофии нитевидных и желобовидных сосочков. При этом спинка языка приобретает вид «скошенного лука» – нормальные участки слизистой чередуются с патологически измененными зонами.

При третичном сифилисе полости рта образуется гуммозный инфильтрат. Патологический процесс может поражать язык, что приводит к его утолщению, образованию рубцов, стойкой деформации. При вовлечении в воспалительный процесс надкостницы возникает уплотнение периоста, спаивающееся со слизистой. В случае локализации сифилитического поражения в участке альвеолярного отростка наблюдается патологическая

подвижность зубов, вертикальная перкуссия которых становится положительной. При прорыве инфильтрата образуется безболезненная язвенная поверхность кратерообразной формы с ровными краями. Формирование и отторжение секвестров при сифилисе полости рта наблюдается редко. Со временем участок поражения рубцуется. В результате образования гуммы на верхней челюсти может возникнуть соустье ротовой полости с полостью носа. При третичном сифилисе полости рта нарушается целостность костей носа, носовой перегородки.

Диагностика

Постановка диагноза базируется на основании жалоб пациента, данных анамнеза заболевания, клинического осмотра, результатов дополнительных методов исследования.

При первичном сифилисе полости рта врач-стоматолог выявляет, как правило, один твердый шанкр. При пальпации образовавшаяся язвенная поверхность безболезненная правильной округлой формы красного цвета с ровными возвышающимися краями и инфильтрированным салым дном. Лимфатические узлы уплотнены, увеличены, безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканями.

При вторичном сифилисе полости рта обнаруживают остаточные сифиломы, а также розеолезно-папулезную сыпь на небе, дужках, миндалинах. Поскабливание папул приводит к обнажению эрозивных поверхностей. В случае рецидива вторичного сифилиса полости рта элементов сыпи образуется меньше, папулы и розеолы имеют бледный окрас, группируются, образуя фигуры, по форме напоминающие гирлянды, кружево. При вторичном сифилисе полости рта выявляют полиаденит. В отличие от катаральной ангины, болезненности при глотании и высокой температурной реакции при сифилитическом поражении не наблюдается.

При третичном сифилисе полости рта обнаруживают гуммозный инфильтрат, после распада которого формируется глубокая кратерообразная

язвенная поверхность. Нарушается целостность челюстей, костей носа. Участки поражения рубцуются, что приводит к возникновению стойких деформаций. Увеличения регионарных лимфоузлов не отмечается. Обнаружение бледной трепонемы в соскобе или в содержимом лимфатических узлов подтверждает диагноз сифилис полости рта. Для выявления сифилитического поражения используют также серологические реакции, которые у больных становятся стойко положительными, начиная с 4 недели от момента образования твердого шанкра. Первые 3 недели течения первичного сифилиса полости рта являются серонегативным периодом, так как в это время с помощью серологических реакций не удастся подтвердить диагноз.

Рентгенографически у пациентов с третичным сифилисом полости рта диагностируют зоны разрежения костной ткани в участках, соответствующих гуммозному поражению, а также склеротические изменения по периферии. Присутствует деструкция кортикального слоя кости, признаки оссифицирующего периостита.

Дифференциальная диагностика

Сифилис полости рта дифференцируют с декубитальной язвой, злокачественной опухолью, туберкулезным и актиномикотическим поражениями, ангиной, шанкриформной пиодермией, афтами Сеттона, красным плоским лишаем, лейкоплакией.

Лечение

Лечение сифилиса полости рта проводят в специализированном венерологическом диспансере. Местно показаны промывания сифилитических поражений антисептиками.

В периоде ремиссии осуществляют saniрующие мероприятия, заключающиеся в удалении зубных отложений, лечении кариеса и его осложнений. При раннем обращении, полноценном комплексном лечении

прогноз при сифилисе полости рта благоприятный. После выздоровления и снятия с учета образовавшиеся дефекты подлежат хирургической пластике.

Профилактика

Для проведения профилактических процедур, врачи советуют:

- Использовать контрацептивные средства при проведении половых контактов.
- Регулярно посещать венеролога в рамках профилактики, сдавать все необходимые анализы.
- Минимизировать контакты с инфицированным человеком.
- Не пользоваться чужой посудой, предметами гигиены и столовыми приборами.
- Не пренебрегать правилами личной гигиены
- Посещать стоматолога, даже если ничего не беспокоит 1 раз в 6 месяцев.
- Лечить очаги кариеса, пломбировать зубы, избегать травматических повреждений слизистой рта.

В рамках профилактики также рекомендуется обращаться к врачам за помощью, при появлении в ротовой полости образований неясного генеза. Это позволит исключить или подтвердить факт инфицирования бледной трепонемой и своевременно начать адекватную терапию.

Заключение

Таким образом, можно отметить, что сифилитические поражения слизистой оболочки полости рта могут появляться на любом этапе заболевания и далеко не всегда легко дифференцируются от других заболеваний. Поэтому каждый врач-стоматолог должен весьма насторожен по отношению возможного наличия данного заболевания у пациента. При наличии любого элемента поражения слизистой полости рта, который не имеет четко определенной этиологии, обследование на сифилис является обязательным до начала проведения каких-либо диагностических и лечебных процедур.

Список литературы

1. Аствацатуров К.А. Сифилис, его диагностика и лечение. -М: Медицина, 2010.
2. Банченко Г.В., Рабинович И.М. Сифилис и его проявления в полости рта: Клиника, диагностика, лечение, М., МИА, 2012. - 99 с.
3. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. -М.: МЕДпресс, 2011.
4. Гринчар Ф.Н., Архангельский СП, Течение и клиника сифилиса. // Многотомное руководство по дерматовенерологии. -М., 2009. -Т. 1, - С. 107-172.
5. Кожные и венерические болезни: Справочник. / Под ред. О.Л. Иванова. -М.: Медицина, 2017.
6. Пашков Б.М. Поздний врожденный сифилис. -М.: Медгиз, 2015.
7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Учебник. -М.: Медицина, 2015.