

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КрасГМУ им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

РЕФЕРАТ на тему:

«ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И СИФИЛИСА В ПОЛОСТИ РТА»

Работу выполнил ординатор
Тепляков Артем Геннадиевич

Преподаватель:
Профессор, д.м.н.:
Шевченко Дмитрий Павлович

Содержание 1. Туберкулез и его проявления в полости рта.....3 2. Сифилис и его проявления в полости рта.....7 3. Список использованной литературы.....12 3 Туберкулез и его проявления в полости рта

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (палочка Коха). Микобактерии туберкулеза чрезвычайно устойчивы к факторам внешней среды, химическим и физическим воздействиям. Вне живого организма они остаются жизнеспособными в течение многих месяцев, особенно во влажных и темных помещениях. В настоящее время выделяют 4 основных разновидности туберкулеза, способных вызывать заболевания человека и теплокровных животных – человеческий, бычий, птичий и мышинный. Человек восприимчив преимущественно к первым двум типам микобактерий туберкулеза. Заражение туберкулезом может быть вызвано микобактериями туберкулеза, выделяемыми не только с мокротой больного, но и с гноем, мочой, калом. В отдельных случаях заражение может произойти и от больных туберкулезом животных, в первую очередь от крупного рогатого скота. Возможное заражение туберкулезом зависит от многих причин: количества выделяемых больным микобактерий, тесноты и длительности контакта, соблюдение мер индивидуальной профилактики, предшествующего состояния здоровья, состояния защитных сил организма и др. Антисанитарные бытовые привычки (употребление общей посуды, общей зубной щетки и других предметов личной гигиены) способствуют распространению туберкулезной инфекции. Туберкулез в полости рта – редкое заболевание, так как слизистая оболочка рта маловосприимчива к микобактериям туберкулеза (наблюдается у 0,3% взрослых стационарных больных активным туберкулезом легких). Первичный туберкулез (первичный туберкулезный комплекс) практически в полости рта взрослых людей не развивается. Вторичный туберкулез слизистой оболочки рта как следствие туберкулеза легких или кожи встречается главным образом в двух формах – туберкулезной волчанки и милиарно-язвенного туберкулеза. Чрезвычайно редко наблюдается колликативный туберкулез (скрофулодерма). Туберкулезная волчанка. Это наиболее частое туберкулезное заболевание слизистой оболочки рта возникает у людей с хорошей реактивностью по отношению к возбудителю. Оно поражает преимущественно кожу лица. Нередко процесс с кожи носа распространяется на кожу верхней губы, красную кайму губ и слизистую оболочку рта. Может быть и изолированное поражение красной каймы верхней губы. Волчаночный процесс только на слизистой оболочке рта встречается реже. Наиболее частая локализация туберкулезной волчанки в полости рта – верхняя губа, десна и альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов, твердое и мягкое небо. Первичный элемент поражения — специфический туберкулезный бугорок (люпома), мягкий, красного или желто-красного цвета диаметром 1—3 мм. Бугорки располагаются группами. Они растут по периферии очага, а в центре его легко разрушаются приводя к 4 появлению язв с мягкими малоблезненными отечными краями. Весь очаг поражения имеет вид поверхностной язвы 5 длительном существовании язвы и вторичном инфицировании края и дно ее уплотняются. На языке или переходной складке язвы могут принимать щелевидную форму, когда дно язвы шире входного отверстия. Регионарные лимфатические узлы вначале могут не прощупываться, в дальнейшем пальпируются увеличенные, эластически плотные, болезненные. Внешний вид больного (исхудание, одышка, потливость), повышение температуры тела, изменения в анализе крови часто наводят на мысль о тяжелом общем заболевании. Реакция Пирке часто отрицательная. В соскобах с язв при цитологическом исследовании находят гигантские клетки Пирогова — Лангханса и эпителиоидные клетки, нередко удается обнаружить бациллы Коха. К сожалению, больные, страдающие даже тяжелыми формами туберкулеза легких, иногда не знают о своем заболевании. Возникновение язв на слизистой оболочке полости рта приводит их к стоматологу. В подобных случаях главная задача стоматолога — поставить или предположить правильный диагноз и без промедления направить больного на

обследование и лечение к фтизиатру. Лечение у врача-стоматолога направлено на обучение гигиеническому уходу за полостью рта, устранению травмирующих факторов, лечение зубов и пародонта. Применяются антисептическая обработка язв и всей полости рта против вторичной инфекции, обезболивающие аппликации и ротовые ванночки, мазевые повязки, противотуберкулезные препараты.

6 Сифилис и его проявления в полости рта Сифилис — хроническое инфекционное заболевание — вызывается бледной трепонемой. При врожденном сифилисе возбудитель проникает в организм плода через плаценту от больной матери. При приобретенном сифилисе заражение происходит через кожу и слизистые оболочки путем прямого контакта (в основном полового) или через различные предметы, загрязненные выделениями, содержащими возбудителя. Заражение может наступить и через медицинские инструменты, в том числе стоматологические (наконечники, зеркала), если не произведено достаточное их обеззараживание. 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. Медицинские работники, чаще гинекологи и стоматологи, могут заразиться при лечении больных. Наиболее заразны больные с активными проявлениями сифилиса в первичный и вторичный периоды при локализации их на половых органах и в полости рта. Бледная трепонема быстро проникает в организм в основном по лимфатической системе и уже через 1—2 сут достигает регионарных лимфатических узлов. Инкубационный период длится в среднем 21—28 дней. Первичный сифилис. 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. Нередко твердый шанкр отличается от описанной выше классической формы. Он может иметь вид небольшой эрозии, ссадины, трещины с незначительным инфильтратом в основании. Форма его зависит от локализации. Так, в углах рта твердый шанкр имеет вид трещины с инфильтрированным основанием, на переходной складке — вытянутой эрозии, в зеве может проявляться в виде безболезненного увеличения и уплотнения одной миндалины, которая приобретает медно-красный цвет. На языке твердый шанкр может иметь вид ограниченного уплотнения без эрозии и язвы, на десне — эрозии в виде полумесяца, прилегающей к нескольким 7 зубам. Регионарные лимфатические узлы увеличены, хрящевидно-плотные, безболезненны при пальпации, не спаиваются между собой и с окружающими тканями. В несанированной полости рта, при плохой гигиене твердый шанкр может осложняться стафилококковой инфекцией или фузоспирохетозом. Развиваются острые воспалительные явления, клиническая картина сифилиса затухает, появляются болезненность, гнойный или некротический налет, углубляется язва. Дифференцирование твердого шанкра от травматических и других язв затрудняется также тем, что в осложненных шанкрах трудно обнаружить бледную трепонему. Вторичный сифилис. Слизистая оболочка рта при вторичном сифилисе поражается очень часто. Это относится как к вторичному свежему сифилису, так и к рецидивному. Проявления в полости рта возникают одновременно с кожными, но могут быть и изолированными. 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. Дифференцировать их необходимо от аллергических высыпаний. 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. 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. Он начинается через 3—5 лет после заражения и может продолжаться десятилетиями. 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. Гуммозные язвы могут вторично инфицироваться стрептококковой инфекцией или фузоспирохетозом. 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. 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. Существуют сифилитические бугорки месяцы, годы, но меньше, чем волчаночные; после заживления на рубцах не возникают вновь свежие бугорки. Рубцы после бугоркового сифилида более группированные и грубые, чем при волчанке. Регионарные

лимфатические узлы при третичном сифилисе могут не реагировать или давать неспецифическую реакцию на внедрение вторичной инфекции. Обнаружить бледную спирохету в очагах третичного сифилиса удастся очень редко. Реакция Васермана и осадочные реакции бывают положительными в 50—80%, реакции иммунофлюоресценции и иммобилизации бледных трепонем положительны в 100% случаев. При клиническом подозрении сифилис больного необходимо направить на консультацию к венерологу.

9 Список использованной литературы

1. Банченко Г.В., Рабинович И.М. Сифилис и его проявления в полости рта: Клиника, диагностика, лечение, М., МИА, 2002, 99 с.
2. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология, М., МИА, 2006, 840 с.
3. Инсанов А.Б. Туберкулез, ГЭОТАР-Медиа, 2007, 720 с.