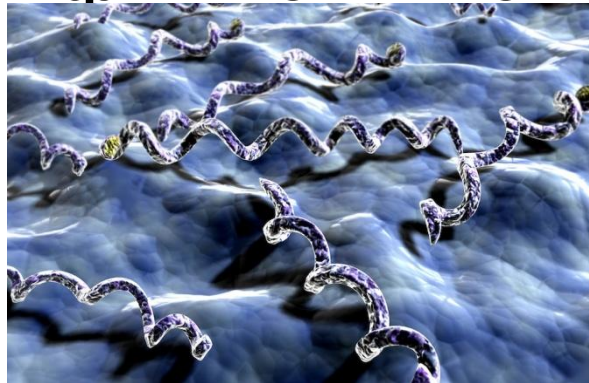


# Проявления сифилиса и СПИДа в ЧЛО



Третичный сифилис

Сифилис — это хроническое инфекционное венерическое заболевание, вызванное бледной трепонемой (спирохетой), которое может поражать все органы и ткани, в том числе челюстно-лицевую область. Болезнь имеет 4 периода: сифилис I, сифилис II, сифилис III и сифилис IV.



- **Первичный сифилис** (сифилис I) характеризуется появлением на слизистой оболочке, в том числе в полости рта, первичных сифилом, или твердого шанкра. Первичный сифилитический очаг обычно возникает на красной кайме губ, слизистой оболочке губ, щек, десен, миндалин и на языке. Твердый шанкр появляется в среднем через 2—4 нед после заражения и почти всегда бывает одиночным.
- Заболевание начинается с ограниченного участка воспаления слизистой оболочки, который уплотняется до хрящеватой консистенции, увеличивается, достигая 2—3 см в диаметре. Центральный отдел инфильтрата эрозируется, а при присоединении вторичной гноеродной инфекции изъязвляется.
- На миндалине твердый шанкр может проявляться в трех основных формах: язвенной, ангиноподобной и комбинированной.
- Для первичного поражения слизистых оболочек полости рта характерно увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов, преимущественно подчелюстных, околоушных, подподбородочных.
- В полости рта, в области красной каймы губ встречается поражение в виде герпетического шанкра.



- **Вторичный сифилис** (сифилис II) чаще всего поражает слизистую оболочку полости рта и имеет вид пустулезных или розеолезных элементов. Период высыпания папул или розеол наиболее опасен для окружающих в смысле заражения сифилисом. Папулезные высыпания в области рта — наиболее частое проявление вторичного свежего и особенно вторичного рецидивирующего сифилиса.
- Папулы могут располагаться в любом месте слизистой оболочки полости рта, но излюбленная их локализация — миндалины, язык, слизистая оболочка щек и губ. Предрасполагающим моментом вторичных высыпаний в полости рта служит негигиеническое содержание полости рта, кариозные зубы, отложения зубного камня, хронические травматические эрозии.
- Образование папулы характеризуется появлением четко отграниченного участка гиперемии слизистой оболочки с инфильтрацией его основания. Далее происходит еще большее отграничение элемента, слизистая оболочка в центре становится белесоватой.
- Папулы склонны эрозироваться и изъязвляться, на их поверхности появляются разрастания грануляций. В случае присоединения вторичной гноеродной инфекции вокруг папулы появляются гиперемия, отек окружающей слизистой оболочки и болезненность.
- 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.
- Сифилитическая розеола или эритема встречается значительно реже папул и обычно возникает на слизистой оболочке дужек, миндалин, мягком небе. Вначале это одиночные высыпания в виде ярко-красных пятен, которые склонны сливаться между собой, образуя эритематозную ангину. При слиянии розеол пораженная область имеет ярко-красный или медно-красный цвет, четкие очертания.
- Редкое проявление сифилиса во вторичном периоде — поражение надкостницы. Оно захватывает значительный участок надкостницы челюсти, чаще нижней. Это специфическое поражение отличается медленным и вялым течением. Лиффвздно



- **Третичный сифилис** (сифилис III) характеризуется образованием так называемых гумм. Гумма представляет собой инфекционную гранулему, включающую лимфоциты, плазматические и моноцитоидные клетки со значительным развитием кровеносных сосудов. Следует различать третичный сифилис слизистой оболочки, надкостницы и костной ткани челюстей.
- Поражение слизистой оболочки в третичном периоде сифилиса заключается в образовании гумм, гуммозной, диффузной инфильтрации и бугорковых высыпаний. Они чаще локализуются на мягком и твердом небе и языке.
- При образовании сифилитических гумм вначале появляется плотный, безболезненный узел, который постепенно вскрывается с отторжением гуммозного стержня. Возникшая гуммозная язва имеет кратерообразную форму, при пальпации безболезненная. Края ее ровные, плотные, дно покрыто грануляциями.
- 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.
- Среди гуммозных поражений слизистых оболочек полости рта ряд особенностей имеет локализация процесса в мягком небе. Выделяют две формы поражений: диффузную гуммозную инфильтрацию и крупные узловатые гуммы. Характерна яркая окраска слизистой оболочки мягкого неба до красно-багрового цвета. Распространяясь на небо, инфильтрация обуславливает его неподвижность. При инфильтрации одной половины неба она отстаёт при фонации.

- Бугорковый сифилис на слизистой оболочке полости рта встречается реже, нежели гуммы. Специфическое поражение слизистой оболочки расположено в области губ, альвеолярного отростка, неба. Процесс начинается с появления изолированных или слившихся в инфильтраты бугорков. Слизистая оболочка над ними гиперемирована, утолщена, бугриста. После распада бугорков и их изъязвления на поверхности слизистой оболочки остается безболезненная язва, имеющая фестончатые очертания. В дальнейшем язва заживает поверхностным звездчатым рубцом. При поражении десен зубы становятся подвижными, их перкуссия болезненна, т. е. развивается специфический периодонтит.
- После распада гумм или бугорков на слизистой оболочке полости рта, особенно в области альвеолярного отростка, на рентгеновском снимке можно видеть в кости мелкие очаги остеопороза.
- Поражение надкостницы в третичном периоде сифилиса обусловлено развитием гумм в периосте. Заболевание начинается с появления диффузной, плотной инфильтрации периоста тела нижней, реже верхней челюсти. В отличие от других проявлений сифилиса в полости рта бывают самопроизвольные боли, чаще всего ночью.
- Далее утолщенный периост постепенно спаивается со слизистой оболочкой, а в области тела челюстей — с кожей, гумма размягчается и вскрывается наружу с образованием свища или язвы в центре. Зондирование через свищ или язву позволяет обнаружить шероховатую поверхность кости. Из свищевого хода обычно выделяется слизисто-мутная жидкость с примесью крошковатого гноя. При возникновении язва имеет нависающие плотные края. При близком расположении к распадающейся гумме патологических одонтогенных очагов происходит присоединение вторичной инфекции, которая делает процесс более бурным и ведет к омертвлению небольших участков кости с последующим отторжением секвестров.
- Язва на надкостнице челюсти постепенно рубцуется, оставляя на поверхности челюсти утолщения, часто валикообразной формы.
- При поражении надкостницы альвеолярного отростка в процесс могут вовлекаться зубы: появляется их болезненность и подвижность. Процесс с надкостницы может переходить на кость.
- На рентгенограмме поражение кости характеризуется появлением очагов остеопороза в ее участках, соответствующих расположению гуммы в надкостнице, а также наблюдается убыль кости по поверхности кортикального слоя в виде узур.
- При вовлечении в процесс зубов происходит разрушение компактной пластинки ячеек зубов. Разрастание надкостницы дает на рентгенограмме волнообразную тень по краю челюсти, а также иногда явления оссифицирующего периостита.
- Изменения костной ткани в третичном периоде сифилиса встречаются не очень часто и локализуются в области челюстей, носовых костей, перегородки носа.





MedicalPlanet.su  
избранное по медицине

# 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, вызывающ и носа (рис. 93).

Рис. 93. Прободение твердого неба в гуммозном процессе сифилиса



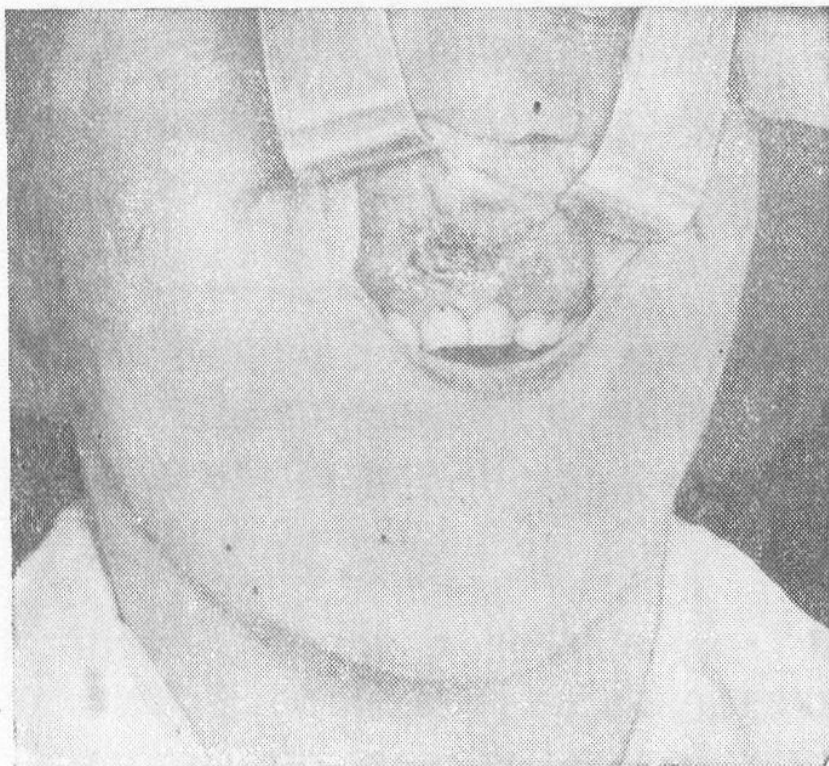


Рис. 165. Гуммозная язва с нависающими краями на передней поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти (по материалам кафедры пропедевтики хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).



- 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 (рис. 94).



- **Врожденный сифилис** также сопровождается поражением полости рта и зубочелюстной системы. При врожденном сифилисе выделяют два периода: ранний врожденный (до 5 лет) и поздний врожденный сифилис (после 5 лет).
- При раннем врожденном сифилисе на слизистой оболочке полости рта часто возникают единичные или слившиеся папулы. Излюбленное место — слизистая оболочка и красная кайма губ. Околоротовая инфильтрация за счет слившихся сифилитических папул часто разделяется множественными трещинами. После трещин остаются характерные для этого специфического процесса рубцы, расположенные перпендикулярно ротовой щели. При присоединении вторичной инфекции трещины, как и рубцы после них, могут быть глубокими. После папул также на всю жизнь остаются круглые или овальные рубцы, что часто делает кожу похожей на поверхность наперстка.
- При позднем врожденном сифилисе в полости рта образуется гумма, мало отличимая от подобных проявлений при приобретенном сифилисе.
- Наиболее характерным признаком позднего врожденного сифилиса является дистрофия зубов, носящая название «зубы Гетчинсона». Изменены постоянные верхние резцы, клыки, первые моляры. Коронка зуба деформирована, жевательная поверхность претерпевает атрофию. На режущем крае резцов образуется полулунная вырезка, зуб увеличивается на уровне шейки и др. Дистрофия может поражать все резцы, клыки, первые моляры, отдельные группы зубов или один зуб.

- Диагноз. Диагноз сифилитических поражений полости рта, зубов и челюстей представляет известные трудности, так как имеет ряд черт, сходных с другими специфическими процессами — актиномикозом, туберкулезом, предраковыми поражениями полости рта, злокачественными новообразованиями, поражениями слизистой оболочки полости рта при некоторых дерматозах, а также с хроническими одонтогенными воспалительными процессами .
- Известные трудности для диагностики представляет язвенная форма первичной сифиломы на губе, которая может напоминать распадающуюся раковую опухоль. Однако основание раковой язвы более глубокое и плотное, а при сифилисе шанкр четко отграничен, располагается более поверхностно, менее плотный. Язва при распаде раковой опухоли более глубокая, края ее плотнее, неровные, дно изрытое, легко кровоточит. Язва распадающегося шанкра имеет блюдцеобразную форму. В соскобах с ее поверхности легко обнаружить бледные трепонемы, что имеет решающее значение для диагностики сифилиса, так же как и определение раковых клеток при раке губы.

- Вторичные сифилитические высыпания следует дифференцировать главным образом с рядом заболеваний слизистой оболочки полости рта, рассматриваемых в курсе терапевтической стоматологии .
- Третичный сифилис представляет особые трудности для диагностики.
- При гуммозном поражении слизистой оболочки полости рта гуммы следует отличать от язв в результате травмы. Последние отличаются мягким основанием, болезненные, что не характерно для гуммы.



- **Гуммозный глоссит** следует дифференцировать с язвой на языке при туберкулезе, особенно милиарном. Туберкулезная язва имеет подрывные, мягкие, слегка нависающие края, ее дно легко кровоточит и пальпация резко болезненна, чего не бывает при сифилисе.
- Гуммозный процесс на языке может также напоминать раковое поражение. О раке свидетельствует плотность основания язвы, ее неправильная форма, часто изъеденные, вывернутые края и легкая кровоточивость. Гуммозное поражение мягкого и твердого неба может напоминать туберкулез, когда также происходит разрушение языка, прободение неба.

- **Бугорковый сифилис** на слизистой оболочке полости рта следует дифференцировать с бугорками при туберкулезной волчанке. Сифилитические поражения надкостницы и костной ткани челюстей следует отличать от неспецифических и специфических поражений этой локализации.
- Неспецифические процессы в надкостнице или кости челюстей отличаются от сифилиса тем, что всегда имеют одонтогенную причину. Хроническому периоду предшествует острая стадия болезни.

- **Волчаночный туберкулез** альвеолярных отростков отличается от сифилитических поражений тем, что часто сочетается с поражением кости и слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Грануляции на пораженных тканях имеют ярко-розовый цвет.
- Дифференциальный диагноз сифилитических гумм и актиномикозных очагов основывается на ряде клинических признаков актиномикоза: плотность и расплывчатость инфильтрата, абсцедирование в нескольких участках с последующим образованием свищевых ходов со скудным гнойным отделяемым. Исследование гноя позволяет обнаружить друзы актиномицетов.
- Большие трудности представляет дифференциальный диагноз поражения кости сифилитической и актиномикозной природы. Недаром такое заболевание названо внутрикостной актиномикозной «гуммой». Только лабораторное исследование материала от больного на актиномикоз и сифилис позволяет поставить правильный диагноз.

- Гуммозный процесс в кости может симулировать раковые или саркоматозные новообразования. О бластоме говорит быстрый рост. Для злокачественных новообразований весьма характерна рентгенологическая картина, где при раке полости рта определяется дефект кости с размытыми, неровными краями. Исследованию биопсированных тканей часто принадлежит решающее слово в диагностике.
- Дифференциальная диагностика при врожденном сифилисе довольно сложна в связи с изменением клиники болезни.

- Лечение. Лечение сифилиса полости рта и челюстей делится на общее и местное. Главное место отводится общему лечению, которое проводят курсами. Из многих предложенных методов лечения наиболее эффективна терапия бициллином и сочетанием антибиотиков (пенициллином или эритромицином с последующим применением препаратов висмута).
- При первичном сифилисе обычно проводят 2 комбинированных курса, а при отдельных его формах — 4, при вторичном свежем сифилисе — 5, вторичном рецидивном — 6 курсов лечения. При третичном сифилисе проводят 8 комбинированных курсов с перерывом между ними в 1 мес.
-

- Одновременно с общим лечением проводится местное лечение. Оно заключается в промывании сифилитических элементов, изъязвлений, свищевых ходов различными антисептическими растворами, чаще всего 2% раствором хлорамина.
- Каждые 3 дня избыточные грануляции прижигают 10% раствором хромовой кислоты.
- При поражении сифилисом костной ткани челюстей пульпа зубов иногда погибает. В таких случаях целесообразны периодическое исследование электровозбудимости пульпы и по показаниям трепанация зубов с погибшей пульпой и пломбирование каналов.
- При развитии специфического периодонтита, несмотря на значительную подвижность зубов, их не следует удалять. По показаниям проводится лечение зубов с пломбированием каналов, а после проведенного специфического лечения они достаточно хорошо укрепляются.

- При присоединении вторичной гноеродной инфекции показано общее и местное применение лекарственных препаратов, воздействующих на микробную флору.
- Активное хирургическое лечение при поражении надкостницы челюстей при сифилисе не показано даже в случае образования секвестров. Их удаляют после специфического лечения, на фоне затихания и отграничения процесса.
- Важное значение имеет общее гигиеническое содержание полости рта. Удаление зубного камня, сошлифовка острых краев зубов, туалет полости рта — обязательные условия лечения этих больных.

# СПИД в ПР

- **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**
- ВИЧ-инфекция представляет собой заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, протекающее с поражением иммунной и нервной систем и проявляющееся развитием тяжелых инфекционных (паразитарных) болезней и/или злокачественных новообразований, а также признаками энцефаломиелопатии. СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) является конечной (терминальной) стадией ВИЧ-инфекции.
- Инфекционный процесс в организме человека (от момента заражения вирусом иммунодефицита человека до смерти больного) характеризуется длительным инкубационным периодом (от нескольких месяцев до 5 и более лет), медленным течением, избирательным поражением Т-лимфоцитов и клеток нейроглии.



## • ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Единственным источником заражения является человек, инфицированный данным вирусом. Наиболее опасны лица, у которых нет никаких клинических проявлений: вирусоносители — основной источник распространения ВИЧ-инфекции среди населения.
- На приеме у стоматолога заражение может произойти в следующих случаях:
- при использовании загрязненной кровью или другой биологической жидкостью медицинского инструментария, не прошедшего дезинфекцию (различные аппараты, диски, боры, зонды, иглы, шприцы, режущие-колющий инструментарий и т. д.);
- при наличии раневых поверхностей и изъязвлений в полости рта;
- при обширном загрязнении кожных покровов медработников кровью, попадании крови в глаза;
- Известны примеры инфицирования при лечении иглоукалыванием.
- (Воздушно-капельный путь передачи инфекции отсутствует.)
- Вирус иммунодефицита в наибольшей концентрации содержится в крови. Далее по убывающей градации следуют сперма, вагинальные и цервикальные секреты желез, грудное молоко, слюна. Кровь и другие указанные биологические жидкости являются факторами передачи ВИЧ от зараженного другим лицам.
- Вирус обладает средней устойчивостью вне организма человека. Во внешней среде (биосубстратах) его заражающее действие сохраняется до 2 недель, в высушенном состоянии (выделения на белье, предметах и пр.) — до 1 недели. Радиационное облучение и ультрафиолетовые лучи на него не действуют. При кипячении вирус погибает в течение 5 минут, при нагревании до 56 °C инактивация наступает через 30 минут. Применяющиеся в практике медучреждений дезинфектанты (хлорамин, гипохлорид кальция, перекись водорода, спирт и др.) в концентрациях, предусмотренных для обеззараживания вирусов гепатита, гарантированно уничтожают ВИЧ при непосредственном контакте дезинфектанта с загрязненной кровью или другой биожидкостью человека поверхностью предмета, в том числе полового (внутренние поверхности шприца, игл, капилляров, зондов и т. д.).

- **КЛИНИКА**

- Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет 1–3 месяца, но может быть и большим. После этого развивается начальный этап болезни, называемый острой ВИЧ-инфекцией.
- Только у 20 % инфицированных при этом появляются клинические признаки в виде общеинфекционного синдрома недифференцированного характера (моноклеозоподобных проявлений, серозного менингита, энцефалопатии, миелопатии или невропатии).
- Клинически благополучный исход острой стадии болезни не означает ни приобретения иммунитета, ни выздоровления, несмотря на сероконверсию. Болезнь переходит в хроническую стадию, которая протекает либо субклинически, либо в виде персистирующей генерализованной лимфаденопатии с постоянным малозаметным переходом в СПИД-ассоциированный синдром.
- Больные сохраняют активность, работоспособность и удовлетворительное самочувствие. Признаков иммуносупрессии еще нет.
- Прогностически неблагоприятным является уменьшение размеров лимфоузлов, что означает инволюцию фолликулов — морфологический признак иммунодепрессии.
- Клинические симптомы СПИД-ассоциированного этапа болезни состоят из признаков начальной иммунной недостаточности. Они проявляются локальными инфекциями кожи и слизистых оболочек, вызываемых малопатогенными представителями микрофлоры оппортунистического характера (вирусные и бактериальные стоматиты, фарингиты, синуситы, оральная, генитальная, перианальная герпес, рецидивирующий герпес зостер, кандидозный стоматит, генитальный и перианальный кандидоз, дерматомикоз стоп, голеней, импетиго, угревидный фолликулит, волосистая лейкоплакия языка и др.).

- Поражения кожи и слизистых оболочек вначале легко поддаются обычной терапии, но быстро рецидивируют и постепенно приобретают хронически рецидивирующий характер. Важнейшая особенность клинической картины СПИД-ассоциированного комплекса — неуклонное нарастание симптомов с усугублением уже имеющихся и появлением новых поражений.
- Хронический этап болезни постепенно переходит в ее последнюю стадию — СПИД. К этому времени функции иммунитета угнетаются и расстраиваются максимально (СД-4-лимфоциты снижаются до 100 в 1 мм<sup>3</sup>).
- По имеющимся наблюдениям, через 5 лет после заражения заболевают СПИДом от 25 до 50 % человек, через 7 лет — до 75 %, через 10 лет (наблюдения с 1981 г.) — несколько более 90 % зараженных. Могут ли не заболеть остальные 10 %? Могут, если латентный период болезни окажется длиннее оставшихся лет их жизни.

- Инфекции — наиболее частое и опасное проявление СПИДа — развиваются в виде локализованных, генерализованных и септических форм. Поражаются кожа, слизистые оболочки, внутренние органы.
- Клиническими особенностями инфекционных процессов при СПИДе являются их нарастающий характер, распространенность, тяжесть, атипичность симптоматики и множественность локализаций.

- **Основные заболевания, проявляющиеся при СПИДе на слизистой оболочке ротовой полости, в зависимости от этиотропного фактора группируются следующим образом.**
- **1. Грибковые инфекции:**
  - кандидоз (псевдомембранозный, эритематозный, гиперпластический — в виде бляшки или узлов, ангулярный хейлит);
  - гистоплазмоз.
- **2. Бактериальные инфекции:**
  - фузоспирохетоз (язвенно-некротический гингивит);
  - неспецифические инфекции (хронический пародонтит);
  - микобактерии, энтеробактерии.
- **3. Вирусные инфекции:**
  - герпетический стоматит;
  - волосистая лейкоплакия;
  - герпес зостер (опоясывающий лишай);
  - ксеростомия, вызванная цитомегаловирусом.
- **4. Новообразования:**
  - саркома Капоши в полости рта;
  - плоскоклеточный рак;
  - лимфома Нон-Ходжкинса.
- **5. Поражения невыясненной этиологии:**
  - рецидивирующие изъязвляющиеся афты;
  - идиопатическая тромбоцитопетическая пурпура (экхимозы);
  - поражения слюнных желез.

- **Грибковые поражения**
- Кандидозный стоматит диагностируется у подавляющего большинства больных СПИДом (до 75 %) и проявляется в нескольких клинических формах.
- Псевдомембранозный кандидоз чаще начинается как острый, однако при СПИДе он может продолжаться или рецидивировать, поэтому рассматривается уже как хронический процесс. Грибковое поражение характеризуется наличием желтоватого налета на слизистой оболочке рта, которая может быть гиперемирована либо не изменена в цвете. Налет плотно удерживается на поверхности эпителия, удаляется с трудом. При этом обнажаются кровоточащие участки слизистой. Излюбленная локализация налета — щеки, губы, язык, твердое и мягкое небо (рис. 1).



- Эритематозный, или атрофический, кандидоз развивается в виде ярко-красных пятен или диффузной гиперемии, при СПИДе имеет хроническое течение. Чаще поражается небо, которое приобретает неравномерную ярко-красную окраску. Эпителий истончается, могут появляться эрозии. Локализация очагов поражения на спинке языка приводит к атрофии нитевидных сосочков вдоль средней линии (в отличие от данной картины возрастные изменения языка характеризуются диффузной атрофией, при сифилисе атрофия нитевидной сосочкой приобретает вид очагов скошенного луга) (рис. 2).





- Хронический гиперпластический кандидоз характеризуется расположением элементов симметрично на слизистой оболочке щек в виде полигональных возвышающихся очагов гиперплазии, покрытых желто-белым, кремовым, желтовато-коричневым налетом. Гиперпластическая форма кандидоза встречается значительно реже. Исследователи связывают такое проявление с воздействием никотина при курении (рис. 3).



- Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта могут сочетаться с кандидозом углов рта — ангулярным хейлитом, что является признаком генерализации процесса.
- Диагноз, который ставится на основании клинических проявлений, в обязательном порядке должен подтверждаться лабораторными исследованиями. Активный рост большого числа колоний (сотни) на питательной среде, обнаружение мицелия при микроскопии образцов свидетельствуют о патогенности гриба кандиды. В ряде случаев необходима биопсия.
- Лечение кандидоза может быть системным или местным, что зависит от обширности распространения процесса. Этиотропное воздействие обязательно, симптоматическое зависит от клинических проявлений.

- **Бактериальные инфекции**
- Язвенно-некротический гингивит развивается у ВИЧ-инфицированных лиц как в различные периоды клинических проявлений СПИДа, так и без них при наличии антител против вируса. Пациенты жалуются на боль и кровоточивость десен во время чистки зубов, приема пищи; неприятный запах изо рта. При осмотре обнаруживается серо-желтый налет (некротическая пленка), покрывающий десневой край и межзубные сосочки. Слизистая оболочка в области десны гиперемирована, отечна, напряжена.
- После проведения лечения симптомы исчезают, однако отмечается склонность к рецидивам. Затяжное течение может приводить к глубоким язвам с поражением костных структур, некротизацией межзубной перегородки (рис. 4).
- Следствием гингивита является периодонтит (пародонтит) с иррегулярной генерализованной деструкцией костной ткани и опорно-удерживающего аппарата зуба. Лечение больных не обеспечивает стойкого результата.



- **Вирусные инфекции**

- У ВИЧ-инфицированных людей наиболее часто встречаются проявления стоматита, вызванного вирусом простого герпеса. Первичное инфицирование вирусом герпеса бывает у детей, подростков, реже — молодых людей. Поскольку инфекция имеет латентный характер, отмечается склонность к рецидивированию, причем проявления бывают как общими (лихорадка, боль при глотании, увеличение лимфатических узлов), так и местными. Острые герпетические высыпания могут локализоваться на любых участках челюстно-лицевой области. Излюбленные места — губы, десна, твердое небо. Образующиеся вначале небольшого размера пузырьки затем сливаются в более крупные. После разрушения покрышки подлежащие ткани проявляют склонность к изъязвлению. В полости рта пузырьки лопаются очень быстро, и обычно сразу обнаруживается эрозия. На красной кайме губ покрышки пузырей ссыхаются, образуя сухие или мокнущие корки.
- Вирус герпеса может вызывать генерализованные поражения вплоть до герпетического энцефалита.
- Рецидивирующий герпетический стоматит наиболее часто локализуется на красной кайме губ с вовлечением окружающих участков кожи. Пузырьки быстро увеличиваются, сливаются, присоединяется вторичная инфекция. Содержимое пузырей нагнаивается, в результате образуются корки грязно-желтого цвета, после их отделения обнажается эрозированная или изъязвленная поверхность (рис. 5).





- Элементы поражения на твердом небе и деснах представлены мелкими пузырьками, которые быстро лопаются, приводя к язвенному поражению слизистой оболочки. Клинические проявления могут быть спровоцированы простудой, стрессом, респираторной инфекцией (рис. 6).



- Опоясывающий лишай (герпес зостер) в полости рта и на лице характеризуется несимметричностью поражения соответственно области иннервации одной из ветвей тройничного нерва. Возможно также вовлечение двух или трех ветвей тригеминус, когда на слизистой оболочке появляются элементы в виде мелких пузырьков, а затем изъязвляющейся поверхности. Высыпаниям предшествуют жгучие боли, симулирующие пульпит интактных зубов, иррадиирующие по ходу верхне- или нижнечелюстной ветви V пары нервов. Эти боли могут сохраняться даже после инволюции очагов поражения (до 1–2 месяцев).
- Вирусные разрастания бывают в виде бородавки, папилломы, остроконечной кондиломы и фронтальной эпителиальной гиперплазии (папулы или узелкового поражения с нитевидными разрастаниями).
- Бородавчатые образования локализуются в углах рта. Они могут иметь вид папилломы, гребня, выступов (рис. 7).



- Остроконечные кондиломы. В зависимости от локализации элементы поражения могут иметь различный вид: множественных остроконечных выступов либо округлых слегка возвышающихся участков с плоской поверхностью. При локализации на десне или твердом небе очаги представляют собой множественные остроконечные выступы. При расположении на щеках, губах элементы имеют картину, сходную с фокальной эпителиальной гиперплазией: округлые, слегка возвышающиеся участки диаметром около 5 мм с уплощенной поверхностью.
- Волосистая лейкоплакия. Очаг поражения локализуется, как правило, на языке, имея различные размеры и внешний вид. Обнаруживается на ограниченных участках боковой, дорсальной, вентральной поверхности или покрывает весь язык. Слизистая оболочка приобретает белесоватый вид, однако гиперкератоз не развивается. При пальпации уплотнения не определяются, что послужило основанием для обозначения данной формы поражения: мягкая лейкоплакия (рис. 8).



- На боковой поверхности языка элементы могут располагаться билатерально или односторонне (рис. 9). Слизистая оболочка на ограниченной или распространенной площади становится иррегулярной и возвышается в виде складок («гофрированная») или выступов над окружающей поверхностью, которые по внешнему виду могут напоминать волосы. Отсюда название — волосистая лейкоплакия.



- На нижней поверхности языка очаг помутнения эпителиального покрова может быть гладким или слегка складчатым. Значительно реже мягкая лейкоплакия встречается на щеках, дне полости рта, небе.
- Субъективных ощущений, кроме дискомфорта, не возникает.
- Волосистая лейкоплакия может сочетаться с кандидозным глосситом, подтверждаемым лабораторными методами. При этом лечение кандидоза не влияет на внешний вид очага поражения.
- Гистологические, вирусологические, в том числе серологические, исследования дают основание полагать, что причиной возникновения мягкой волосистой лейкоплакии является вирус Эпштейна — Барра.
- Мягкую лейкоплакию необходимо дифференцировать с лейкоплакией, красным плоским лишаем, химическим или электрическим ожогом, хроническим гиперпластическим кандидозом.



- **Проявления в полости рта новообразований**
- Саркома Капоши — сосудистая опухоль (лимфо- и гемоваскулярная), которая, в отсутствие ВИЧ-инфицирования, характеризуется малозлокачественным течением, встречаясь у жителей африканских стран. При СПИДе саркома Капоши может возникать у молодых людей в виде красных, быстро буреющих пятен, которые вначале обнаруживаются на голеньях, однако проявляют тенденцию к распространению. От классического варианта отличаются повышенной злокачественностью и диссеминацией на коже, слизистых, внутренних органах.
- Характерные бурые пятна саркомы Капоши на лице являются «визитной карточкой» больных СПИДом, встречаясь у 30 % ВИЧ-инфицированных лиц независимо от страны проживания. Элементы поражения вначале бывают представлены одиночными, а чаще множественными, пятнистыми, папулезными (узелковыми) образованиями розового, красного, фиолетового цветов на коже (рис. 10).



- В полости рта саркома Капоши наиболее часто локализуется на небе, на ранних этапах развития имеет вид синего, красного, черного плоского пятна. На последующих стадиях очаги поражения темнеют, начинают возвышаться над поверхностью, становятся дольчатыми, наконец, изъязвляются, что особенно характерно при расположении в полости рта. Изменяться может вся поверхность твердого и мягкого неба, деформируясь вследствие образования как бугристости, так и язвенных дефектов. Слизистая оболочка десны также может вовлекаться в процесс. Причем в ряде случаев элемент поражения выглядит как эпулис (рис. 11).
- Рис. 11. Саркома Капоши в виде эпулиса.
- Этиологический фактор саркомы Капоши до сих пор не выяснен.
- У больных СПИДом может развиваться плоскоклеточный рак, который обычно локализуется на языке и встречается у молодых людей. Лечение с использованием иммунодепрессантов снижает количество случаев малигнизации опухолей в том числе внутриротовой карциномы.

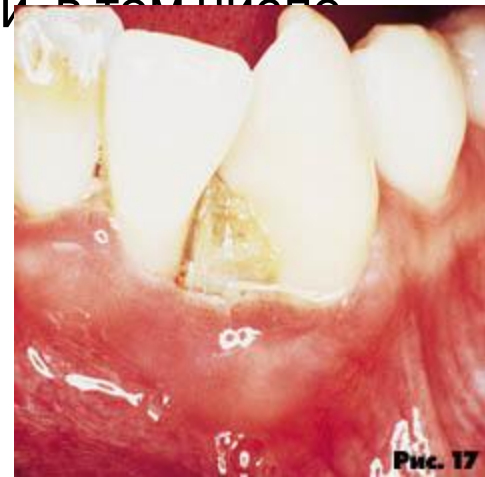


Рис. 17

- **ПРОФИЛАКТИКА**

- Специфических средств профилактики ВИЧ-инфекции в настоящее время нет. В лечебных учреждениях профилактические меры направлены на предупреждение внутрибольничного распространения и заражения СПИДом.
- В условиях потенциальной пандемии СПИДа каждый больной должен рассматриваться как возможный носитель инфекции. Используемые для его обследования и лечения инструменты, аппараты, лабораторная посуда и т. д. должны подвергаться обработке в соответствии с требованиями инструктивно-методических документов по дезинфекции и стерилизации. За основу следует брать требования, предъявляемые к профилактике вирусных гепатитов.
- Любое повреждение кожи, слизистых, забрызгивание их кровью или другой биологической жидкостью при оказании пациентам медицинской помощи должны квалифицироваться как возможный контакт с материалом, содержащим ВИЧ или другой агент инфекционного заболевания.

- Если контакт с кровью или прочими жидкостями произошел с нарушением целостности кожных покровов (укол, порез), медицинский работник должен:
- быстро снять перчатку рабочей поверхностью внутрь;
- сразу выдавить из раны кровь;
- поврежденное место обработать одним из дезинфектантов (70%-ный спирт, 5%-ная настойка йода при порезах, 3%-ный раствор перекиси водорода при уколах и др.);
- руки вымыть под проточной водой с мылом, а затем протереть спиртом;
- на рану наложить пластырь, надеть напальчник;
- при необходимости продолжить работу, надеть новые перчатки.
- В случае загрязнения кровью или другой биожидкостью без повреждения кожи:
- обработать кожу спиртом, а при его отсутствии 3%-ной перекисью водорода, 3%-ным раствором хлорамина или другим дезинфицирующим раствором;
- промыть место загрязнения водой с мылом и повторно обработать спиртом.
- При попадании биоматериала на слизистую оболочку:
- полости рта — прополоскать 70%-ным спиртом;
- полости носа — закапать 30%-ным раствором альбуцида из тубика-капельницы;
- глаза — промыть водой (чистыми руками), закапать несколько капель 30%-ного раствора альбуцида из тубика-капельницы.

# Спасибо за внимание!

- <https://dentalmagazine.ru/clinical-case/proyavleniya-v-polosti-rta-spida.html#prettyPhoto>
- <http://stomekspert.ru/sifilis-polosti-rta.html>