

# Бактериальная инфекция СОПР.

# Дифтерия

- **Дифтерия** (diphtheria) — острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем.
- **Этиология.** Возбудителем дифтерии является палочка Леффлера.
- **Клиника.** Дифтерия поражает зев и миндалины. При этом наблюдаются катаральное воспаление слизистой зева, небных дужек, язычка, отек миндалин. На них образуются массивные фибриновые белые или серовато-белые пленчатые налеты, которые распространяются на слизистую носоглотки, твердого неба, дужки и мягкое небо. Пленчатый налет плотно спаян с подлежащими тканями и очень трудно снимается, обнажая кровоточащую поверхность. Возникновение пленок связано с фибриновой формой воспаления и является местной реакцией на внедрение палочки Леффлера и ее токсинов. С прогрессированием заболевания налет распространяется и утолщается, цвет его становится грязно-серым. Если пленки снять, они образуются снова. В полости рта пленки есть также на деснах, языке. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны.

# Дифференциальная диагностика.

- Дифтерию следует отличать от скарлатины, инфекционного мононуклеоза, лейкоза, ангины Венсана. Наличие плотных грязно-серых пленок характерным сладковатым запахом, реакция лимфоузлов, а также результаты бактериологического исследования позволяют исключить инфекционный мононуклеоз. Отсутствие характерных изменений в картине крови, поражение миндалин и чаще - задних отделов полости рта дают основание исключить лейкозы. Для ангины Венсана при микроскопическом исследовании характерен фузоспириллярный симбиоз, для дифтерии - палочка Леффлера

## Лечение.

- Местное: полоскание рта 2% раствором борной кислоты, антибиотиками в сочетании с ферментами, искусственным лизоцимом, окислителями, 1% раствором галаскорбина, соком каланхоэ. Перечисленные медикаментозные средства используют в зависимости от стадии заболевания (гидратация или дегидратация). Для профилактики дифтерии важное значение имеет вакцинация анатоксином.

# Туберкулез

- **Туберкулез (tuberculosis)** - хроническое инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза (палочкой Коха). Она попадает в СОПР гематогенным, лимфогенным или экзогенным (воздушно-капельным или алиментарным) путем, обуславливая первичные и вторичные проявления инфекции. На СОПР у 1% больных туберкулез проявляется, главным образом, вторично (как следствие туберкулеза легких, суставов, кожи) в виде туберкулезной волчанки, миллиарно-язвенного туберкулеза и чрезвычайно редко — колликувативного туберкулеза — скрофулодермы. Первичный туберкулез СОПР и губ (изолированное туберкулезное поражение) практически не встречается в связи с тем, что СОПР маловосприимчива к микобактериям туберкулеза, хотя результаты исследований показывают, что даже неповрежденная СОПР может инфицироваться палочкой Коха при контакте. Развитие первичного туберкулезного комплекса возможно у детей на месте вторжения возбудителя. Через 8-30 дней (инкубационный период) возникает болезненная язва, размером 10-15 мм, с подрытыми неровными краями, и грязно-серым дном, которая сопровождается лимфаденитом. Лимфатические узлы при этом могут нагноиться и прорвать. Через 2 недели -1 месяц язва постепенно исчезает сама по себе, без лечения.

# Туберкулезная волчанка

- **Туберкулезная волчанка** (*lupus vulgaris*) является наиболее частой формой проявления вторичных туберкулезных поражений челюстно-лицевой области. Основным первичным элементом туберкулезных поражений СОПР является люпома — специфический туберкулезный бугорок (*tuberculum*) красного или желто-красного цвета, мягкой консистенции, размером 1-3 мм в диаметре. Располагаются они группами: свежие образуются по периферии, а находящиеся в центре склонны к творожистому распаду и слиянию с соседними бугорками. При этом образуются неглубокие язвы с мягкими неровными, подрытыми, краями, выстланные ярко-красными или желто-красными папилломатозными малиноподобными разрастаниями, покрытыми желтоватым налетом, которые легко кровоточат.

- По месту расположения на СО десен И.Г.Лукомский выделяет 4 вида туберкулезного поражения: 1) — маргинальное. Охватывает десневой край сначала в виде инфильтрации, а затем переходит в бугорково-эрозивную форму. СО десны приобретает ярко-красный цвет, десневой край и межзубные сосочки сильно отекают, контуры десневого края сглаживаются. Десна как будто наколоты шпильками, болезненны, матовые, легко кровоточат. 2) — супрамаргинальное. Инфильтративное или бугорково-язвенное поражение не распространяется на край десен. На месте рубцов, которые остаются при заживлении язв, возникают новые люпомы, а потом язвы неправильной формы, дно которых покрыто серовато-желтым налетом. 3) — тотальное. Иногда в процесс вовлечена вся поверхность десен инфильтративного, а чаще эрозивного или язвенного характера, при котором достаточно часто поражается костная ткань альвеолярного отростка, зубы становятся подвижными и выпадают, может развиться картина «гипертрофического люпозного гингивита». Регионарные лимфатические узлы увеличены и уплотнены. 4) — билатеральное.



# Туберкулезная язва слизистой оболочки щеки.

- Она растет по периферии, достигая иногда больших размеров. Дно и края язвы имеют зернистый характер (за счет бугорков), покрыты желто-серым налетом. Окружающие язву ткани отечные. По периферии язвенной поверхности можно выявить мелкие абсцессы, так называемые зерна или тельца Треля. При длительном существовании язвы присоединяется вторичная инфекция, и края и дно язвы уплотняются. На языке и переходных складках язвы имеют форму щелей с подрытыми краями. Лимфатические узлы вначале существования язвы могут и не пальпироваться, а потом увеличиваются, имеют плотноэластическую консистенцию, болезненны.



# Диагностика

- При диагностике миллиарно-язвенно туберкулеза важно оценить общее состояние больного (слабость, истощение, бледность кожи, незначительное повышение температуры тела, повышенная потливость и др.). Цитологическое исследование материала из язвы среди элементов воспаления и смешанной микрофлоры выделяет гигантские клетки Пирогова-Лангганса и эпителиоидные клетки. Иногда (при окраске по Цилю-Нильсену) удается выявить микробактерии туберкулеза. Поскольку у таких больных реактивность снижена, внутрикожная проба Пирке часто бывает отрицательной. **Дифференциальная диагностика.** Миллиарно-язвенный туберкулез дифференцируют от травматической, декубитальной и трофической язв СОПР, эрозий и язв при осложнении высыпаний вторичного сифилиса вторичной инфекцией, от гуммозных язв при третичном сифилисе, а также стоматита Венсана и рака СОПР.

# Колликвативный туберкулез

- **Колликвативный туберкулез (скрофулодерма)** — более редкая форма вторичного туберкулеза. Встречается главным образом у детей. Типичным признаком этой формы является образование узлов в глубоких слоях СОПР, которые со временем распадаются, образуя язвы неправильной формы, мягкой консистенции с изъеденными подрытыми краями и вялыми грануляциями на дне. Язва малоблезненна. При ее заживлении образуются неровные, так называемые лохматые рубцы.

# ГОНОРЕЙНЫЙ СТОМАТИТ

- Гонорейный стоматит (stomatitis gonococcia) - острое инфекционное заболевание СОПР, возбудителем которого является гонококк Нейсера. Инкубационный период составляет от 1 суток до 1 месяца и более. Гонококки, которые попали на СОПР, через 3-4 сут по межклеточным промежуткам достигают субэпителиальной соединительной ткани и вызывают воспалительную реакцию с образованием гнойного экссудата, что рассматривается как миграция нейтрофильных гранулоцитов и плазмоцитов к месту вторжения возбудителя. Дети заражаются во время рождения, одновременно поражается СО глаз и носа. При гонорейном стоматите поражается СО преимущественно нижних отделов полости рта (губ, десен, боковых и нижней поверхности языка и дна ротовой полости), а также глотки, миндалин, гортани. Она имеет ярко-гиперемированную окраску и чрезвычайно большое количество серого, иногда с зеленоватым оттенком и неприятным запахом гнойного налета. Однако, жалобы больных, как правило, отсутствуют.

## Диагностика

Диагноз подтверждается нахождением гонококка при микроскопии экссудата.

## Лечение.

Лечение гонорейного стоматита идентично терапии гнойно-некротических поражений СОПР. Местную этиотропную терапию проводят антибиотиками и др. противомикробными средствами (олеандомицин, гентамицин, метрогил, сульфацил-натрий, фузидин натрий и др.). До выздоровления необходимо проводить профилактические мероприятия во избежание инфицирования членов семьи больного.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**