

Сифилис области лица и челюстей

ВЫПОЛНИЛ : МИРЗАЕВ СУЛЕЙМАН А.
СТУДЕНТ 22 ГРУППЫ 4 КУРС
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Сифилис

- ▶ хроническое инфекционное венерическое заболевание, которое может поражать все органы и ткани, в том числе челюстно-лицевую область.

КОДЫ ПО МКБ-10

- ▶ A50. Врожденный сифилис.
- ▶ A50.0. Ранний врожденный сифилис с симптомами.
- ▶ A50.7. Поздний врожденный сифилис неуточненный.
- ▶ A50.9. Врожденный сифилис неуточненный.
- ▶ A51. Ранний сифилис.
- ▶ A51.2. Первичный сифилис других локализаций.
- ▶ A51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
- ▶ A51.4. Другие формы вторичного сифилиса.
- ▶ A51.9. Ранний сифилис неуточненный.
- ▶ A52. Поздний сифилис.
- ▶ A53. Другие и неуточненные формы сифилиса.
- ▶ A53.9. Сифилис неуточненный.

ЭТИОЛОГИЯ.

- ▶ . Возбудитель сифилиса — бледная трепонема (спирохета), в организме человека развивается как факультативный анаэроб и чаще всего локализуется в лимфатической системе.

Патогенез

- ▶ Заражение сифилисом происходит половым путем. Бледная трепонема попадает на слизистую оболочку или кожу, чаще при нарушении их целостности. Заражение может также возникнуть внеполовым путем (бытовой сифилис) и внутриутробно от больной сифилисом матери (врожденный сифилис).

Клиническая картина

Болезнь имеет несколько периодов:

Инкубационный, первичный, вторичный и третичный.

Проявления сифилиса в тканях лица, челюстей и полости рта наблюдаются в первичном, вторичном и третичном периодах болезни, а также отдельные изменения отмечаются при врожденном сифилисе.

Первичный период

На месте внедрения образуется твердый шанкр (*ulcus durum*)-сифолома:

- ▶ Поверхность гладкая
- ▶ цвет сырого мяса
- ▶ покрыта серозным налетом
- ▶ в центре серовато-желтый налет
- ▶ безболезненная при пальпации
- ▶ отмечается регионарный лимфаденит



Рис. 52. Твердый шанкр в углу рта больного ребенка.

вторичный период – *syphilis secundaria*.

Имеются различные пятнистые папулезные или реже пустулезные высыпания: (вторичные сифилиды). Наблюдается сифилитическая ангина. На слизистой полости рта отмечаются округло-овальные папулы, иногда с эрозивной поверхностью. Могут быть на любых участках: небной дужки, небо, губа, язык. Вне зависимости от локализации.

Имеются специфические признаки:

- а) своеобразный бледно - красноватый цвет,
- б) отсутствие склонности к слиянию (фокусность);
- в) отсутствие субъективных ощущений;
- г) полиморфизм - истинный и эволюционный сопровождается полиаденитом.

- ▶ Клиническая картина папулезных сифилидов в значительной степени зависит от локализации поражения. На спинке языка — вид «скошенного луга», у корня языка — папулы нередко подвергаются изъязвлению. Дно язв обычно имеет грязно-желтоватый цвет, покрыто гнойным или сальным налетом. На красной кайме губ и в переходной слизистой зоне, а также в углах рта поверхность папул нередко покрывается рыхлыми корками; они представлены элементами грязно-серой окраски с влажной поверхностью и венчиком гиперемии по периферии.
- ▶ Предрасполагающим моментом вторичных высыпаний в полости рта служит негигиеническое содержание полости рта, наличие кариозных зубов, отложений зубного камня, хронические травматические эрозии. Во вторичном периоде сифилиса может поражаться надкостница челюсти, чаще нижней. Это специфическое поражение отличается медленным и вялым течением, но поднадкостничного абсцесса никогда не образуется. Постепенно пораженные участки надкостницы уплотняются, возникают плоские возвышения.

Третичный период- *syphilis tertiaria* (висцеральный)

развивается через 3— 6 лет и более после начала болезни и характеризуется образованием так называемых гумм.

Не является обязательным даже у не леченных, наблюдается у 50% больных

На коже образуются:

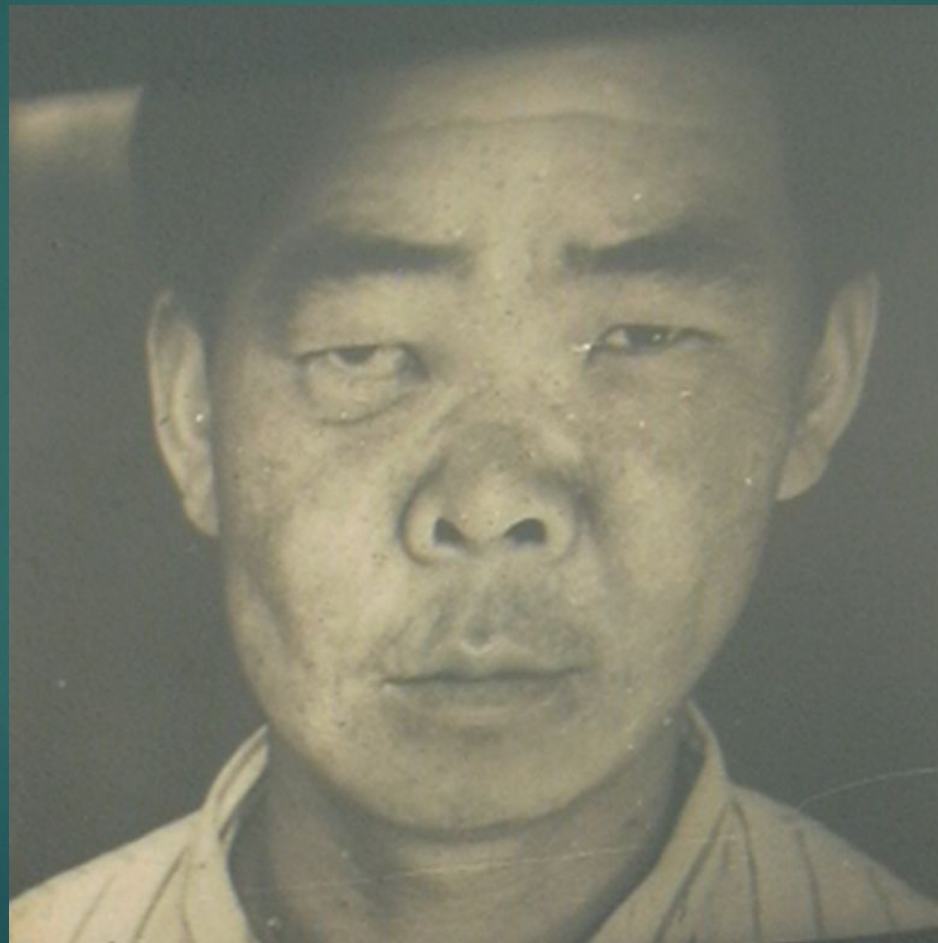
- ▶ бугорки -бугорковый сифилис
- ▶ гуммы-гумманозный-инфекционные гранулемы.

- ▶ В третичном периоде поражения костей на втором месте после поражения кожи и слизистых наблюдаются у 20-30% больных.

Чаще всего при сифилисе поражаются:

- ▶ кости носа и неба
- ▶ кости черепа
- ▶ кости кистей рук верхняя и нижняя челюсти.

Проявление третичного сифилиса на лице



Различают третичный сифилис:

- ▶ Слизистой оболочки альвеолярного отростка
- ▶ Надкостницы челюсти
- ▶ Тела челюсти

- ▶ В дальнейшем очаги специфического воспаления замещаются рубцовой тканью с последующим исходом в склероз, что приводит к значительному уменьшению языка, деформации и ограничения его движений. Трофические нарушения за счет склероза ведут к развитию язв, трещин на языке.
- ▶ При поражении мягкого или твердого нёба гуммой образуется дефект нёба, появляется гнусавость, попадание пищи в нос.
- ▶ При поражении гуммой костей носа, западает спинка носа — образуется седловидный нос.

- ▶ Поражение надкостницы в третичном периоде сифилиса характеризуется диффузной, плотной инфильтрацией периоста тела нижней, реже верхней челюсти.
- ▶ 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. Язва на надкостнице челюсти постепенно рубцуется, оставляя на поверхности утолщения, часто валикообразной формы.
- ▶ При поражении надкостницы альвеолярного отростка в процесс могут вовлекаться зубы, они становятся болезненными и подвижными. Процесс с надкостницы может переходить на кость.

- ▶ При вовлечении в процесс зубов происходит разрушение компактной пластинки их ячеек. Разрастание надкостницы дает на рентгенограмме волнообразную тень по краю челюсти, а иногда и проявления оссифицирующего периостита.
- ▶ Изменения костной ткани в третичном периоде сифилиса локализуются в области челюстей, носовых костей, перегородки носа. Процесс начинается с утолщения кости, увеличивающегося по мере развития гуммы. Больного беспокоят сильные боли, иногда нарушение чувствительности в области разветвления подбородочного, под- и надглазничных, носонёбного нервов.

В дальнейшем гумма прорастает в одном или нескольких местах к надкостнице, слизистой оболочке или коже. Слизистая оболочка или кожа краснеет, истончается, появляется один или несколько очагов размягчения, гуммозные очаги вскрываются наружу, образуя свищевые ходы. Секвестры образуются не всегда, у отдельных больных они 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.

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



Рис. 167. Прободение заднего отдела твердого неба в гуммозном периоде сифилиса (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 и угла нижней челюсти может наблюдаться одиночный, иногда значительный очаг резорбции кости с четкими, ровными краями и выраженным склерозом окружающих его костных тканей.

Врожденный сифилис также сопровождается поражением тканей полости рта, челюстей и зубов.

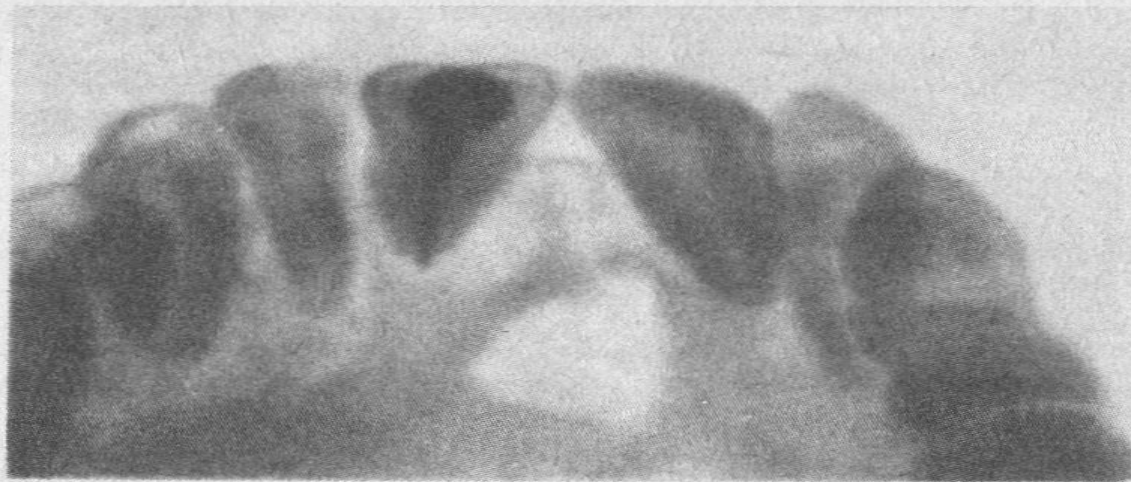


Рис. 94. Сифилитическое поражение. Четко очерченный очаг деструкции костной ткани неправильно округлой формы в области переднего отдела твердого неба. Внутриротовая рентгенограмма верхней челюсти (наблюдение Г. А. Васильева).

ДИАГНОСТИКА

1. Неспецифические или стандартные реакции: связывания компонента (РСК) по методу Вассермана; осадочные (цитохолевая и Кана); РСК по методу Колмера; микрореакция преципитации (экспрессметод диагностики сифилиса и др.).
2. Специфические — реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ), реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и др.


ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Язвенная форма первичной сифиломы на губе.
2. При гуммозном поражении в третичном периоде сифилиса гуммы слизистой оболочки полости рта имеют общие симптомы с язвами, образовавшимися в результате травмы.
3. Гуммозный глоссит необходимо дифференцировать от язвы на языке при туберкулезе, особенно миллиарном.
4. Сифилитические поражения надкостницы и костной ткани челюстей следует отличать от неспецифических и специфических поражений этих тканей.

Лечение


Лечение сифилиса проводится в специализированном венерологическом стационаре или диспансере. Основным является общее противосифилитическое лечение.

Одновременно с общим лечением сифилиса полости рта и челюстей проводится местная терапия. Она 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 целесообразны периодическое исследование электровозбудимости пульпы зубов, по показаниям — трепанация зубов с погибшей пульпой и лечение по принципам терапии хронических периодонтитов.

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.



В результате гуммозного поражения челюсти может наступить омертвление пульпы зуба, необходимо по окончании курса общего лечения проводить соответствующее исследование зубов и при показаниях трепанацию их с последующим пломбированием корневых каналов.

Хирургические вмешательства в целях удаления зуба или извлечения имеющегося секвестра с одновременным выскабливанием острой ложкой патологических тканей могут быть показаны лишь после затихания и отграничения процесса под влиянием проведенного общего лечения.

- ▶ Важное значение имеет гигиеническое содержание полости рта. Удаляют зубные камни, сошлифовывают острые края зубов, проводят туалет полости рта.
- ▶ Для предотвращения вспышки вторичной (гнойной) инфекции оперативное вмешательство следует сочетать с внутримышечным введением пенициллина или стрептомицина по 50 000—100 000 ЕД 3—4 раза в сутки в течение 2—3 дней.

Спасибо за внимание!