

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Приволжский исследовательский медицинский университет

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

«Утверждаю»  
Зав. кафедрой хирургической стоматологии и  
челюстно-лицевой хирургии,  
д.м.н., профессор Дурново Е.А. \_\_\_\_\_

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ ПО ТЕМЕ:**

Туберкулез, сифилис области лица, шеи и челюстей. Особенности клиники.  
Диагностика. Лечение. Фурункул, карбункул лица.

Учебно-методическое пособие для студентов

**Факультет стоматологический  
Курс третий**

Разработаны:  
К.м.н., доцентом Руновой Н.Б.

Обсуждены и утверждены  
На заседании кафедры, протокол № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

Рецензенты:

- 1. Место проведения занятия** – кафедра хирургической стоматологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; стоматологическая поликлиника №1 ФМБА ПОМЦ; стоматологическая поликлиника №3 ФМБА ПОМЦ; Приокский филиал Областной стоматологической поликлиники.

**Оснащение**

- Рабочее место врача-стоматолога, современное оборудование
- Медицинские карты стоматологического больного
- Презентации по теме, мультимедийный проектор
- Таблицы
- Доска, мел
- Ситуационные задачи
- Задания в тестовой форме
- Методические рекомендации для преподавателей и студентов

**2. Продолжительность изучения темы:**

Продолжительность изучения темы: 5 академических часов

Продолжительность данного занятия: 5 академических часов

**3. Межпредметные и внутрипредметные связи**

1. Анатомия

Знания – строение, кровоснабжение и иннервация челюстно-лицевой области, всех групп зубов

Умения – взять материал для цитологического исследования (препараты, соскобы, мазки-отпечатки) из исследуемой области;

Навыки – отличать различные патологические процессы друг от друга;

2. Патологическая анатомия

Знания – воспаление, регенерация, травмы, опухоли, 3 типа реактивности организма

Умения – взять материал для цитологического исследования (препараты, соскобы, мазки-отпечатки) из исследуемой области;

Навыки – отличать различные патологические процессы друг от друга, чтение рентгенограмм и 3Д томограмм

3. Патологическая физиология

Знания – патогенез воспалительной реакции, процессы регенерации, лихорадка, опухоли, аллергия;

Умения – выявить наличие воспаления, аллергической реакции, опухоли;

Навыки – определить остроту и тяжесть и локализацию воспалительного процесса.

4. Клиническая фармакология

Знания – антибактериальные и противовоспалительные препараты и средства для проведения дезинтоксикационной терапии в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; средства, влияющие на тканевой обмен; транквилизаторы и седативные средства; наркотические и ненаркотические анальгетики; местно-анестезирующие препараты; препараты, используемые для местного антисептического воздействия

Умения – выбор необходимого лекарственного препарата, дозировки и способа введения в зависимости от патологии;

Навыки – выписывать рецепты на лекарственные средства.

**4. Задания для самоподготовки**

- Повторить анатомию артерий и вен лица, строение мимической мускулатуры, клетчаточные пространства ЧЛО
- Повторить микробиологическую характеристику возбудителей туберкулеза и сифилиса

## **5. Литература, рекомендуемая для самоподготовки:**

### **Основная:**

1. Хирургическая стоматология: Учебник /Под ред. Робустовой Т.Г. - М.: Медицина, 2003.
2. Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Учебное пособие / Под ред. Е.А. Дурново. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 136 с.: ил.
3. Лекции кафедры.

### **Дополнительная:**

4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. –М.: Медицина, 2001.- 224 с.
5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2000.
6. Клиническая патофизиология для стоматолога (под редакцией проф. В.Г.Долгих), М., Медицинская книга, Н.Новгород: изд-во НГМА, 2000.
7. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. М., 1991.

## **6. Вопросы для самоподготовки**

- Выучить классификацию (клиническую и по МКБ-10) туберкулеза и сифилиса ЧЛО
- Выучить пути инфицирования и распространения инфекции в организме при туберкулезе и сифилисе ЧЛО
- Какие условия являются предрасполагающими в развитии туберкулеза ЧЛО?
- Выучить клинические проявления туберкулеза и сифилиса ЧЛО в зависимости от формы, стадии процесса и локализации
- Выучить методы диагностики туберкулеза и сифилиса
- Знать рентгенологические проявления туберкулеза костей ЧЛО
- Изучить дифференциальную диагностику туберкулеза лимфоузлов со специфическими и неспецифическими лимфоаденитами
- Составить таблицу дифференциальной диагностики язвенных поражений при туберкулезе с язвенными поражениями другой этиологии
- В чем заключается роль стоматолога в лечении больного туберкулезом, локализующимся в ЧЛО?
- Каковы меры профилактики заражения туберкулезом и сифилисом на стоматологическом приеме?
- Дайте понятие серонегативного и серопозитивного периодов сифилиса
- Назовите атипичные формы шанкра, локализующиеся в полости рта и в ЧЛО у больных сифилисом
- Для какого периода сифилиса характерен эволюционный полиморфизм сифилидов и в чем он проявляется?
- Перечислите все виды вторичных сифилидов

- Дифференциальная диагностика первичного и вторичного периодов сифилиса
- Основные принципы лечения сифилиса
- Понятие фурункула и карбункула
- Этиология и патогенез фурункулов и карбункулов
- Клинические проявления фурункулов и карбункулов ЧЛО и осложнения, развивающиеся при данной патологии
- Методы лечения и пути профилактики осложнений при фурункулах и карбункулах ЧЛО

### ТЕСТЫ:

1. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ФУРУНКУЛОВ ЧЛО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ:
  - 1) бледные спирохеты
  - 2) актиномицеты
  - 3) пневмококки
  - 4) стрептококки
  - 5) золотистые стафилококки
2. РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СПОСОБСТВУЮТ:
  - 1) почечно-каменная болезнь
  - 2) гипотоническая болезнь
  - 3) сахарный диабет
  - 4) облитерирующий эндартериит
3. ПУСКОВЫМ МОМЕНТОМ РАЗВИТИЯ ФУРУНКУЛА ЧЛО ЯВЛЯЕТСЯ:
  - 1) травма кожных покровов
  - 2) удаление зубов
  - 3) перелом челюсти
  - 4) ОРВИ
4. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА В ЧЛО ЯВЛЯЕТСЯ:
  - 1) область лба
  - 2) околоушно-жевательная область
  - 3) носо-губный треугольник
  - 4) подчелюстная область
  - 5) носовые ходы
5. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЛО ЯВЛЯЮТСЯ:
  - 1) флегмона ЧЛО
  - 2) тромбофлебит вен лица
  - 3) тромбоз пещеристого синуса
  - 4) верхнечелюстной синусит
  - 5) одонтогенный остеомиелит
6. РАЗВИТИЮ КАРБУНКУЛА ЧЛО СПОСОБСТВУЕТ:
  - 1) психические заболевания
  - 2) снижение общей реактивности организма вследствие перенесенного тяжелого инфекционного заболевания
  - 3) ишемическая болезнь сердца
  - 4) хронический гастрит

**7. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) рожистое воспаление
- 2) диплопия
- 3) верхнечелюстной синусит
- 4) **гнойный менингит**
- 5) тромбофлебит лицевой вены

**8. ФУРУНКУЛ – ЭТО:**

- 1) специфическое поражение придатков кожи
- 2) острое гнойное воспаление потовых желез
- 3) **острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула**
- 4) острое серозное воспаление нескольких волосяных фолликулов

**9. КАРБУНКУЛ – ЭТО:**

- 1) **разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов**
- 2) острое гнойное разлитое воспаление клетчатки
- 3) серозное воспаление потовых желез
- 4) гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

**10. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЛО ВХОДЯТ:**

- 1) лучевая терапия
- 2) **антибактериальная терапия**
- 3) мануальная терапия
- 4) **десенсибилизирующая терапия**
- 5) седативная терапия

**Задачи:**

**№ 1.**

Больной К., 54 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на припухлость в поднижнечелюстных областях.

Об-но: состояние удовлетворительное, больной бледный, вялый, конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстных областях и в области шеи пальпируются увеличенные лимфоузлы, спаянные в пакеты, слабо болезненные, имеющие плотно-эластическую консистенцию, бугристую поверхность, четкие контуры. Открывание рта свободное. Полость рта не санирована, КПУ=14, гигиена неудовлетворительная.

Из анамнеза: страдает частыми ОРЗ, около 4-х мес. назад перенес пневмонию. Припухлость в подчелюстных областях обнаружена участковым терапевтом во время диспансерного осмотра.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Поставьте окончательный диагноз
5. Где должен лечиться больной?

**№ 2.**

Больная З., 24 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие безболезненной язвы на губе, появившейся около 2 недель назад и не поддающуюся местному лечению противовоспалительными мазями, самостоятельно применяемому пациенткой.

1. Какой диагноз можно предположить в данном случае?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
3. С чем может быть связана безболезненность язвенного поражения?
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. У какого врача должна лечиться данная пациентка?

### № 3.

Больной Д., 35 лет, направлен к стоматологу с жалобами на значительное увеличение подчелюстных узлов с обеих сторон.

Об-но: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, конфигурация лица не изменена. В подчелюстных областях пальпируются увеличенные (около 2,5 см), безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями лимфоузлы, имеющие хрящеподобную консистенцию.

В полости рта: гигиена удовлетворительная, в санации не нуждается. Слизистая оболочка десны вокруг шеек зубов 4.4, 4.5, 4.6 с вестибулярной стороны гиперемирована, при пальпации безболезненна, при зондировании не кровоточит. На боковой поверхности языка справа имеется язва щелевидной формы около 6 мм с инфильтратом в основании и безболезненная при пальпации. Точного времени появления данных образований пациент не помнит.

1. Поставьте предварительный диагноз, дайте его обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования показаны в данной ситуации
3. Проведите дифференциальную диагностику лимфаденита с другими специфическими лимфаденитами
4. Перечислите другие атипичные формы первичного аффекта

## 7. Представление содержания учебного материала

### *Туберкулез*

#### *Этиология*

*Туберкулез (tuberculosis)* – хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*), открытая в 1882 г. Робертом Кохом. Данное заболевание характеризуется образованием специфических гранулем в различных органах и тканях (легких, почках, лимфатических узлах, костях, суставах и пр.), а также полиморфной клинической картиной. Другая разновидность микобактерий – *Mycobacterium bovis* - может вызывать туберкулез у крупного рогатого скота и человека.

Микобактерия туберкулеза представляет собой короткую, тонкую, прямую или слегка изогнутую палочку с закругленными концами. Микобактерии - это облигатные аэробы, факультативные внутриклеточные паразиты. Они способны размножаться как в макрофагах, так и внеклеточно в тканях.

#### *Пути инфицирования*

- Через дыхательные пути (аэрогенный путь) – 90-95%;
- Через желудочно-кишечный тракт (алиментарный путь);
- Через поврежденную кожу и слизистые оболочки – очень редко (контактный путь);
- Внутриутробное инфицирование плода через пупочную вену и плаценту (фильтрующиеся формы микобактерий могут проникать в организм плода через неповрежденную плаценту).

*Специфическая для туберкулеза морфологическая реакция (очаг продуктивного воспаления) – туберкулезная гранулема* (бугорок, туберкул). В центре гранулемы расположен участок творожистого некроза (казеоза), окруженного эпителиоидными и гигантскими (многоядерными) клетками Пирогова-Лангханса. Туберкулезная грануляционная ткань содержит

также значительное количество лимфоидных и плазматических клеток, а в периферических отделах находятся фибробласты.

***Пути распространения:***

- Гематогенный (наиболее часто);
- Лимфогенный.

Предрасполагающим фактором развития туберкулеза является снижение иммунитета.

***Классификация туберкулеза слизистой оболочки полости рта и кожи лица:***

**I. Очаговый:**

- люпоидный (туберкулезная волчанка) – кожа, слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ;
- колликувативный (скрофулодерма) – кожа, слизистая оболочка полости рта;
- бородавчатый;
- милиарно-язвенный туберкулез слизистой оболочки полости рта;

**II. Диссеминированный:**

- индуративная эритема Базена;
- милиарный туберкулез;
- лихеноидный туберкулез (лишай золотушных);
- папулонекротический лишай кожи.

**Туберкулезная волчанка (*lupus vulgaris*).**

Наиболее частое туберкулезное заболевание челюстно-лицевой области, возникающее 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, слизистую оболочку полости рта. Наиболее частая локализация в полости рта – верхняя губа, десна и альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов, твердое и мягкое небо.

В клиническом течении туберкулезной волчанки слизистой оболочки полости рта выделяют 4 стадии развития:

- инфильтративная;
- бугорковая;
- язвенная (наступает очень быстро);
- рубцовая.

Слизистая оболочка на участке инфильтрации имеет ярко-красный цвет, отечна, далее появляются отдельные мелкие бугорки – сосочковые разрастания, покрытые слегка потускневшим эпителием, которые, сливаясь друг с другом, могут напоминать бородавчатые разрастания. Потом бугорки распадаются с образованием язвы неправильных очертаний с изъеденными, но не подрывными краями, с грануляциями на дне и не широким воспалительным бордюром вокруг, на фоне которого есть отдельные сохранившиеся бугорки и эрозии. При завершении процесса образуются рубцы: гладкие, блестящие, атрофические или плотные, грубые, спаивающие слизистую оболочку с подлежащими тканями. Нередко на рубцах можно обнаружить повторные люпомы.

Регионарные лимфатические узлы при туберкулезной волчанке увеличиваются и уплотняются.

***Для диагностики*** люпомы при туберкулезной волчанке используют два метода:

диаскопию, когда при надавливании предметным стеклом на кожу или красную кайму губ поврежденная ткань бледнеет, становятся видными люпомы в виде желтовато-коричневых узелков, похожих по цвету на яблочное желе (***симптом яблочного желе***)

пробу с зондом, когда при надавливании на кожу пуговчатый зонд легко проваливается в люпому (***феномен Поспелова***).

Реакция Манту, в большинстве случаев, положительна.

#### ***Дифференциальная диагностика:***

- С бугорками при третичном сифилисе;
- С лепрой;
- С красной волчанкой.

#### **Милиарно-язвенный туберкулез слизистой оболочки полости рта.**

Наблюдается у больных с активной формой туберкулеза легких и внутренних органов и встречается редко. Реактивность к возбудителю у таких лиц понижена. Сначала образуются типичные туберкулезные бугорки, а после их распада в центре формируется язва (от 1 до 3).

*Клиническая картина.* Сначала появляется небольшая очень болезненная трещина с подвернутыми внутрь краями, которая постепенно увеличивается, края становятся изъеденными, подрытыми и образуется язва. Она имеет вытянутую неправильную форму с острыми, рваными, подрытыми мягкими или мало инфильтрованными краями. Дно плоское, бледно-серого цвета, имеет зернистое строение за счет нераспавшихся бугорков. Окружающие ткани отечны, вокруг язвы можно иногда обнаружить мелкие абсцессы – так называемые зерна Треля. *Язва резко болезненна.* При длительном существовании язвы и вторичном инфицировании края и дно ее уплотняются.

Внешний вид больного (исхудание, одышка, потливость), повышение температуры тела, изменения в анализе крови часто наводят на мысль о тяжелом общем заболевании.

Реакция Манту часто отрицательна, в соскобах язв при цитологическом исследовании находят клетки Пирогова-Лангханса и эпителиоидные клетки, нередко обнаруживают микобактерии туберкулеза.

#### ***Дифференциальная диагностика:***

- С травматическими и трофическими язвами;
- С гуммоными язвами;
- С раком;
- С язвенно-некротическим стоматитом Венсана;
- С туберкулезной волчанкой.

#### **Колликативный туберкулез (скрофулодерма кожи).**

Частая форма туберкулеза в детском и в юношеском возрасте. Различают первичную скрофулодерму и вторичную. Заболевание проявляется безболезненными или слегка болезненными фиолетовыми узлами, расположенными глубоко в подкожной клетчатке, которые в дальнейшем размягчаются, спаиваются между собой в виде бугристых мягких конгломератов. Узлы в дальнейшем расплавляются и абсцедируют с образованием фистул и язв. Язвы поверхностные, неправильной формы, с гладкими, мягкими, подрытыми краями синеватого цвета. Дно и стенки язвы покрыты грануляциями и жидким, крошащимся, творожистым распадом. При заживлении их образуются типичные вытянутые, неровные, обезображивающие рубцы. Локализуются узлы на боковой поверхности шеи, в подчелюстной и надчелюстной областях, около ушных раковин, в над- и подключичных областях.

#### ***Дифференциальная диагностика:***

- Туберкулезную гумму полости рта с сифилитической гуммой.
- Скрофулодерму кожи с кожной и подкожной формой актиномикоза.

*Диагностика:* основывается на клинической симптоматике, результатах реакции Манту, учитывают данные анамнеза, результаты клинико-рентгенологического и гистологического исследований.

#### **Туберкулез лимфатических узлов.**

Встречается во всех возрастах. Туберкулез периферических лимфатических узлов чаще развивается при первичном заражении и попадании инфекции в лимфатическую систему. Поражаются регионарные лимфатические узлы.



Лимфадениты первичного периода делят на три группы:

- 1) гиперпластические;
- 2) фиброзные;
- 3) фиброзно-казеозные.

**Клиническая картина** шейного лимфаденита: мягкие ткани шеи с одной или двух сторон инфильтрированы, при пальпации инфильтратов можно выделить отдельные крупные, как бы спаянные между собой, бугристые образования – лимфатические узлы, спаянные в пакеты. Далее они еще больше уплотняются, доходя до хрящевой или костной консистенции. При образовании нагноительного процесса кожа над поверхностью инфильтрата становится гиперемированной, пальпация – безболезненной, возникает флюктуация и, наконец, прорыв гнойного мешка с последующим отторжением казеозного некроза. Данное состояние длится довольно долго (3-4 месяца), после чего наступает постепенное рассасывание воспалительной инфильтрации, уменьшение размеров пораженных лимфатических узлов, закрытие и эпителизация свищей. Обращают внимание выраженность туберкулиновых реакций, подъем температуры, слабость, изменения в картине крови и другие симптомы интоксикации.

Течение первичного шейного лимфаденита в большинстве случаев благоприятное.

Вторичный туберкулезный лимфаденит является одной из наиболее распространенных форм этого патологического процесса, он развивается при туберкулезе в других органах и связан с лимфо-гематогенной диссеминацией, исходящей из легочных и внелегочных очагов. Для них характерна двусторонность поражения, опухолевидное увеличение лимфатических узлов и бугорковые образования в них, перифокальные инфильтраты крайне незначительны. При них не возникает ни абсцессов, ни свищей. Общие симптомы интоксикации выражены слабо. Туберкулиновые реакции носят умеренный характер. Течение благоприятное.

**Дифференциальная диагностика:**

- С воспалительными (скарлатина, ангина, дифтерия и др.) и бластоматозными процессами (лейкоз);
- С лимфогранулематозом;
- С сифилисом;
- С метастатическим раком.

**Методы выявления микобактерий**

- Бактериоскопический (окрашивание мазков-отпечатков с поверхности язвы по Цилю-Нильсену).
- Биологический (заражение чувствительных животных: морских свинок, китайских хомячков, кроликов).
- Культуральный (при помощи посева на питательные среды).
- Аллергодиагностика или туберкулинодиагностика

## **Сифилис**

**Этиология**

Сифилис (Lues)– хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*). Во внешней среде она мало устойчива (гибнет при высыхании, воздействии солнечного света). Во влажной среде (слюна, эякулят, ткани трупа) она долго сохраняет патогенность.

**Пути передачи сифилиса**

- 1) Прямой. Разновидностями прямого пути передачи являются:
  - профессиональный
  - трансфузионный
  - трансплацентарный

2) Непрямой.

### ***Периоды течения сифилиса***

I период – инкубационный.

II период – первичный сифилис.

III период – вторичный сифилис

IV период – третичный сифилис

Слизистая оболочка полости рта поражается при всех формах сифилиса.

### ***Клиническая картина сифилиса***

#### **Первичный период сифилиса.**

Первичная сифилома (твердый шанкр) может локализоваться в различных областях.

На месте локализации твердого шанкра (его типичной формы) сначала появляется эритема, в основании которой в дальнейшем откладывается инфильтрат, а в центре образуется эрозия или язва. Шанкр безболезненный, т. к. спирохета выделяет анальгетик. Он имеет округлые очертания, диаметр 5-7 мм (но может быть от 1 мм до 7-8 см), гладкое лакированное блюдцеобразное дно, инфильтрат в основании.

#### ***Проявления первичного сифилиса в полости рта:***

- Щелевидная (скратальная) форма
- Эрозия полулунной
- Шанкр на языке: эрозивная, язвенная, склеротическая формы.
- Шанкр на миндалинах: а) язвенный шанкр; б) специфический шанкр-амигдалит (ангиноподобный) - инфильтрат пропитывает всю ткань миндалина, она плотная, увеличена в размере, синюшно-красного цвета, эрозий нет, слабоболезненна; в) дифтероидная и гангренозная формы шанкра, которые в отличие от других разновидностей сопровождаются лихорадкой, общей слабостью, ознобом;
- Шанкр на губе (карликовый твердый шанкр, корковый твердый шанкр).

#### ***Дифференциальная диагностика первичного сифилиса (твердого шанкра):***

- 1) С шанкриформной
- 2) С бластомой
- 3) С рецидивирующим герпесом
- 4) С рецидивирующим афтозным стоматитом.
- 5) С травматическими изъязвлениями и трофической язвой.
- 6) С плоскоклеточным раком.
- 7) С туберкулезной язвой.
- 8) С глубокой трихофитией.
- 9) С проявлениями ВИЧ-инфекции в полости рта.

#### ***Вторичный период сифилиса.***

Проявления вторичного периода сифилиса возникают на 9-10-й неделе после заражения.

Выделяют следующие виды вторичных сифилидов:

- Розеолезные (пятнистые);
- Папулезные (узелковые);
- Пустулезные (гнойничковые) – единственные элементы, носящие злокачественный характер, так как вследствие образования на их месте язв в дальнейшем формируются рубцы;
- Везикулезные.
- Для вторичного периода сифилиса характерна сифилитическая алопеция – выпадение волос. Сифилитическая лейкодерма (пигментный сифилид) – признак нарушения пигментации кожи.

Проявления вторичного сифилиса в полости рта:

пятна локализуются преимущественно в области зева (на миндалинах и небных дужках), причем из-за малого количества места они сливаются и развивается, так называемая, сифилитическая эритематозно-инфильтративная ангина (миндалины синюшно-красного цвета, с четкими границами, характерно отсутствие или незначительное разлитое воспаление, слабая болезненность при глотании);

Папулы нередко располагаются на кератинизированных поверхностях (десна, твердое небо). Папулы в углах рта развиваются по типу хронических заед и, в отличие от заед другого генеза, имеют инфильтрат в основании. Папулы на языке имеют вид трещин, эрозий, язв, ссадин, ограниченного кератоза с пупковидным вдавлением в центре. Таким образом, в полости рта наблюдается эволюционный полиморфизм, то есть одновременное присутствие папул в различные сроки своего развития.

Наиболее частая локализация папул в полости рта – это миндалины и небные дужки (папулезная ангина). Тем самым вторичный сифилис как бы симулирует дифтерию.

На лице очень часто папулы локализуются на коже лба, образуя корону Венеры.

Частая локализация папул – ладони и стопы (особенно своды), когда необходима дифференциальная диагностика с грибковой инфекцией.

Пустулы, по мере развития, превращаются в язвы (эктимы), а потом в рубцы. Пустулезный сифилид при вторичном сифилисе встречается редко и локализуется обычно в области зева

#### ***Дифференциальная диагностика вторичного сифилиса:***

- КПЛ (папулезная, эрозивная и сетчатая формы).
- Все формы герпеса и рецидивирующего афтозного стоматита.
- Микробные заеды (ангулярный стоматит).
- Срединная трещина губ.
- «Географический» язык.
- Десквамативный глоссит.
- Пузырчатка и другие пузырьные дерматозы.
- Красная волчанка.
- Кандидомикоз (эритематозная и гиперпластическая формы).
- Плоская и веррукозная лейкоплакия.
- Ограниченный гиперкератоз.
- Дифтерия зева, тонзиллиты.
- Язвенно-некротический стоматит.
- Проявления ВИЧ-инфекции, включая «волосатый» язык.
- Эрозии и язвы при туберкулезной инфекции.
- Гиперплазия эпителия, ботриомикоз, эпюлис.
- Многоформная экссудативная эритема.
- Болезнь Фордайса.
- Начальные формы рака.
- Папилломавирусная инфекция.

#### **Третичный период сифилиса.**

Обычно третичный период сифилиса развивается через 3-5-10 лет после заражения. Встречается редко. Проявляется развитием бугорков или гумм (узлов).

В этот период обычно возникают сифилитические поражения челюстей и глубокие изменения в органах полости рта в виде:

- сифилитической гуммы;
- гуммозной диффузной инфильтрации;
- бугоркового сифилида.

### ***Дифференциальная диагностика третичного сифилиса:***

I. Третичный сифилид задней стенки глотки:

С туберкулезной волчанкой.

Язвенным туберкулезом.

Риносклеромой.

Лепроматозной формой проказы

II. Третичный сифилид языка:

Со складчатым языком.

С глосситом при злокачественной анемии.

С опухолями языка.

Со специфическими инфекциями ткани языка.

С травмами языка, осложненными вторичной инфекцией.

С декубитальной и трофической язвами.

С абсцессом языка.

С синдромом Мелькерсона-Розенталя (макроглоссией).

III. Сифилитический остеоperiостит с острым гнойным периоститом;

IV. Сифилитический остеомиелит с одонтогенным хр. остеомиелитом;

V. Сифилитические поражения челюстных костей с актиномикотическими (первичными);

VI. Сифилитические поражения челюстей с гематогенными туберкулезными;

### ***Диагностика сифилиса:***

I. На основании анамнеза, клинических симптомов.

II. Лабораторная диагностика:

- Микроскопическое исследование

- Серологические исследования.

В зависимости от выявляемых антител выделяют 3 группы серологических реакций:

1-я группа – липидные (реагиновые) реакции: микрореакции с липидными антигенами (реакции преципитации – МРП, VDRL, CMF, RPR и др.) – экспресс-диагностика; реакция Вассермана (реакция связывания комплемента (РСК) с липидными антигенами); осадочные реакции (реакция преципитации Кана, цитохолевая реакция Закса-Витебского и др.).

2-я группа – групповые трепонемные реакции: РСК с протеиновым антигеном Рейтера; реакция иммунофлюоресценции (РИФ), реакция иммунного прилипания (РИП).

3-я группа – видоспецифические протеиновые трепонемные реакции: реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ); реакция непрямой гемагглютинации бледных трепонем (РНГА) и др.

- Гистологическое исследование.

### **Фурункулы и карбункулы**

Фурункулы и карбункулы – инфекционные болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки.

#### ***Этиология и патогенез.***

Источником инфекции являются стафилококки и стрептококки. Заражение происходит через проток сальной железы или по волосяному стержню на фоне снижения общих и местных противомикробных механизмов, сенсibilизации организма.

#### ***Патологическая анатомия.***

При фурункуле возникает гнойно-некротическое воспаление в волосяном фолликуле, сальной железе и распространяется на прилегающую соединительную ткань. При карбункуле воспаление локализуется в нескольких волосяных фолликулах и сальных железах. Возникает конгломерат фурункулов, образуется обширная зона омертвления, вокруг формируется разлитое гнойное воспаление клетчатки, переходящее на mimические жевательные мышцы.

#### ***Клиническая картина.***

Наиболее частая локализация фурункулов и карбункулов – область верхней или нижней губы, реже на носу, в подбородочной, щечной и лобной областях. Заболевание начинается с болезненного покраснения на коже, появления папулы, через 2-3 дня появляется инфильтрация, гиперемия кожи, резкая болезненность. Отличительная особенность фурункулов лица – выраженный отек пограничных тканей. Через 3-4 дня происходит гнойное расплавление тканей, появляется флюктуация, над ней гнойная корочка, при удалении которой выделяется небольшое количество гноя с примесью крови. В месте раны виден некротический стержень, который самопроизвольно отторгается вместе с гноем или удаляется. После опорожнения очага воспаления воспалительные явления идут на убыль. В последующем рана заживает с образованием втянутого рубца.

Карбункул характеризуется одновременным поражением нескольких волосяных фолликулов. В отличие от фурункула при карбункуле развивается разлитое гнойно-некротическое воспаление глубоких отделов кожи и подкожно-жировой клетчатки. Отмечается выраженный отек окружающих тканей. На коже одновременно появляется несколько пустул с образованием нескольких гнойно-некротических головок. В последствие в центре карбункула происходит размягчение и отторжение некротизированной ткани. Течение карбункула обычно тяжелое, сопровождается гнойно-резорбтивной лихорадкой, осложняются тромбофлебитом лицевых вен и пещеристого синуса, септикопиемией.

#### ***Диагностика.***

Основывается на клинической картине, микробиологических исследованиях.

Дифференциальная диагностика.

С сибирской язвой.

Лечение.

Общее и местное антимикробное лечение, дезинтоксикационное, десинсибилизирующее и общеукрепляющее лечение, коррекция гомеостаза и обменных процессов. Проводится оперативное лечение – вскрытие гнойника, некрэктомия. При тромбофлебите – выполняются разрезы по ходу инфильтрированной вены. Важное значение в лечении имеют физиотерапевтические методы: при хорошем оттоке можно проводить УВЧ, электрофорез антибиотиков, димексида, кальция хлорида, лазеротерапию (ГНЛ).