*Сифилис — хроническое инфекционное забо­левание, вызываемое бледной трепонемой. Си­филис имеет волнообразное течение со сменой активных и скрытых периодов, последователь­ным изменением клинической и патологоанатомической картины. При сифилисе поражаются кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, нервная система. Клинические проявления варь­ируют от слабо выраженного воспаления до обра­зования специфических глубоких инфекционных гранулем, сдавливающих и разрушающих органы и ткани.*

*Различают приобретенный и врожденный си­филис. Приобретенный сифилис подразделяют по клинической симптоматике, изменяющейся во времени, на инкубационный, первичный, вторич­ный и третичный периоды, врожденный сифилис — на ранний и поздний. Вопросы врожденного сифилиса подробно излагаются в курсе детской терапевтической стоматологии.*

*Бледная трепонема (возбудитель сифилиса) — факультативный анаэроб, имеет спиралевидную форму, хорошо подвижна. Во внешней среде ма­лоустойчива к воздействию физических и химиче­ских факторов. Погибает при температуре 55°С в течение 25 мин. и при высыхании. Бледная трепо­нема может находиться в любых жидкостях и экс­судатах. Моча, пот, слюна, слезная жидкость не содержат бледных трепонем, но возбудители мо­гут присоединяться к физиологическим секретам и экскретам в выводных путях.*

***Пути заражения:***

*- половой — при половом контакте бледная трепонема попадает на слизистую оболочку партнера с отделяемым твердого шанкра,*

*эрозивных папул, из слизи пробки канала шейки матки, спермы; — внеполовой:*

* *бытовой — через инфицированные пред­меты при общем пользовании, например посудой, губной помадой, духовыми му­зыкальными инструментами, мундштука­ми, сигаретами, при поцелуе;*
* *профессиональный — у медицинских ра­ботников во время операций, вскрытий, инъекций, при стоматологических и ги­некологических осмотрах и др.;*
* *гемотрансфузионный — при непосредст­венном попадании бледной трепонемы в кровь во время трансфузии (редко);*
* *плацентарный — бледная трепонема по­падает от больной сифилисом матери в организм плода через плаценту, в ре­зультате чего развивается врожденный сифилис.*

*Для заражения человека сифилисом необхо­димо попадание бледной трепонемы на кожу или слизистую оболочку, целостность которой нару­шена. Однако допускается возможность зараже­ния и через неповрежденную слизистую оболочку, в том числе слизистую оболочку рта.*

*Течение сифилиса волнообразное, с опреде­ленной периодичностью, связанной с постепен­ным изменением клинической и морфологической картин. Такое течение объясняется развивающим­ся инфекционным иммунитетом, напряженность которого постепенно нарастает.*

*В инкубационном периоде сифилис не выяв­ляется никакими методами. Инкубационный пе­риод не имеет никаких клинических признаков, длится с момента заражения до появления перво­го клинического симптома — твердого шанкра, в среднем 3—4 нед.*

*Проникая в организм, бледные трепонемы размножаются и распространяются по лимфати­ческой системе. Током крови они заносятся в раз­ные органы и ткани, но еще не вызывают каких-либо патологических изменений.*

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Порядок обследования** | **Выявленные симптомы** | **Патогенетическое обоснование симптомов** |
| **Опрос***жалобы* | Отсутствуют; возможны жалобы на «язву» в полости рта, чувство дискомфорта во время еды и при разговоре | Субъективные ощущения отсутствуют или выражены слабо в связи с безболез­ненностью твердого шанкра |
| **Анамнез***пол**возраст**перенесенные**и сопутствующие**заболевания* | Болеют как мужчины, так и женщиныЧаще в молодом возрастеСоматическая патология отягощает тече­ние сифилиса и снижает иммунитет | Соматическая патология снижает общий иммунитет, сифилис может протекать в более тяжелой форме |
| **Развитие настоящего заболевания***длительность заболе­вания**эффективность проведенного лечения* | Первичный период сифилиса начинается через 3—4 нед после заражения с возник­новения на месте заражения твердого шанкра и длится 5—7 нед.Лечение не проводилось или было мало­эффективным | Не был установлен диагноз |
| **Осмотр***внешний осмотр**регионарные лимфатические узлы* | Без особенностейСпустя 5—7 дней после появления твердо­го шанкра увеличиваются чаще подподбо-родочные и поднижнечелюстные лимфа­тические узлы (бубон или регионарный склераденит), что является вторичным симптомом первичного сифилиса. При пальпации регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, плотно-эластичной консистенции, подвижны | В регионарных лимфатических узлах происходит бурное размножение блед­ной трепонемы |
| **Осмотр полости рта** |  |  |
| *осмотр слизистой* | На месте внедрения бледной трепонемы | Развитие твердого шанкра начинается с |
| *оболочки* | на слизистой оболочке рта мясо-красно- | ограниченной гиперемии, на фоне кото- |
|  | го цвета эрозия, реже язва округлой или | рой возникает углубление, а затем некроз |
|  | овальной формы размером от 3 мм (кар- | с образованием эрозии. Гистологически |
|  | ликовые шанкры) до 1,5 см с инфильтра- | твердый шанкр представляет собой мощ- |
|  | том в основании, несколько приподня- | ный воспалительный инфильтрат в со- |
|  | тыми краями, безболезненная при | единительнотканном слое, состоящий из |
|  | пальпации. Иногда эрозии покрыты се- | лимфоцитов и плазматических клеток. |
|  | ровато-белым налетом. При присоеди- | Значительная пролиферация эндотелия |
|  | нении вторичной Инфекции эрозия уг­лубляется, образуя язву, покрытую грязно-серым некротическим налетом | вплоть до облитерации сосудов |
| **Атипичная локализация** | Атипичная локализация твердого шан- |  |
| **твердого шанкра** | кра встречается в углах рта, на десне, пе­реходных складках, языке, миндалинах |  |
| *углы рта и переходные* | Твердый шанкр имеет вид трещины, при | Тоже |
| *складки* | растяжении которой определяется хара­ктерная эрозия овальной формы с плот­ным инфильтратом в основании. В углу рта твердый шанкр может выглядеть как заеда |  |
| *десна* | Твердый шанкр имеет вид ярко-красной гладкой эрозии, которая в виде полулу-ния окружает 1—2 зуба. Язвенная форма твердого шанкра на десне не имеет ника­ких типичных для сифилиса черт. Диаг­ностику облегчают регионарный лимфа­денит и бледная трепонема на поверхности эрозии или язвы | Тоже |
| *язык* | Твердый шанкр чаще бывает одиноч­ным, обычно в средней трети языка. У лиц со складчатым языком, помимо эро­зивной и язвенной форм, шанкр в склад­ках языка имеет щелевидную форму. На спинке языка из-за значительного ин­фильтрата в основании шанкр резко вы­ступает над окружающей тканью и имеет форму блюдца, перевернутого вверх дном, поверхность которого ярко гипе-ремирована. При пальпации безболез­ненный. Воспаление вокруг шанкра от­сутствует | Тоже |
| *миндалины* | При язвенной форме шанкра миндали­ны увеличены, уплотнены с одной сто­роны. На гиперемированном фоне на­блюдается мясо-красная язва с блюдцеобразными ровными краями. Глотание болезненно. При ангиноподоб-ном шанкре эрозии или язвы нет. Имеет­ся одностороннее увеличение миндали­ны, которая приобретает медно-красный цвет, безболезненная, плотная, чем и от­личается от банальной ангины. Общее состояние больного не нарушено, темпе­ратура тела нормальная | Тоже |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заболевание** | **Общие клинические признаки** | **Отличительные признаки** |
| **Простой герпес** | Эрозии на губе, иногда с ин- | Появлению эрозии предшествует высыпание пу- |
|  | фильтративным уплотнением в | зырьков, которые быстро лопаются, образуя эрозии |
|  | основании | с фестончатыми краями, склонные к быстрой эпите-лизации, что нехарактерно для твердого шанкра. Пе- |
|  |  | ред высыпаниями больной ощущает зуд и жжение |
|  |  | губы, а образовавшиеся эрозии слабо болезненны. Простой герпес часто рецидивирует, чего не бывает при первичном сифилисе. При цитологическом ис­следовании в первые 2—3 дня высыпаний при герпе­се обнаруживаются гигантские многоядерные клет­ки. При бактериоскопическом исследовании налета с поверхности шанкра обнаруживается бледная тре-понема, чего никогда не бывает при герпесе |
| **Шанкриформная** | Эрозия или язва на губе или сли- | Эрозия или язва при шанкриформной пиодермии |
| **пиодермия** | зистой оболочке рта, плотная в | окружена воспалительным ободком, достатачно бы- |
|  | основании, безболезненная при | стро эпителизируется. На ее поверхности образует- |
|  | пальпации, сопровождающаяся | ся гнойное отделяемое. Диагноз подтверждает бак- |
|  | увеличением регионарных лим- | териоскопическое исследование налета на бледную |
|  | фатических узлов по типу склера- | трепонему, которая при пиодермии не обнаружива- |
|  | денита | ется |
| **Хронический** | Эрозия округлой или овальной | При хроническом рецидивирующем афтозном сто- |
| **рецидивирующий** | формы на слизистой оболочке | матите эрозия окружена гиперемированным венчи- |
| **афтозный стоматит** | губы, языка, щек | ком, покрыта фибринозным налетом, болезненна при разговоре и приеме пищи, обычно эпителизи­руется в течение 10—12 дней, что\* нехарактерно для твердого шанкра при сифилисе. Иммунологические реакции на бактериальный антиген положительные |
| **Травматическая** | Эрозия или язва на слизистой | В основании травматической эрозии или язвы нет |
| **эрозия или язва** | оболочке рта | характерного для сифилиса уплотнения. После уст­ранения травмы такая эрозия обычно быстро разре­шается. В соскобе с поверхности травматической эрозии не обнаруживается бледная трепонема |
| **Раковая язва** | Длительно существующая язва, | Раковая язва располагается глубже, чем твердый |
|  | безболезненная, плотная в осно- | шанкр. Она имеет плотные дно и края, которые ста- |
|  | вании. Регионарные лимфатиче- | новятся неровными. Дно бугристое, легко кровото- |
|  | ские узлы увеличенные, плот- | чит. Раковая язва чаще встречается у пожилых, а |
|  | ные, безболезненные при | твердый шанкр — у молодых. При цитологическом |
|  | пальпации | исследовании соскоба с поверхности раковой язвы обнаруживаются раковые клетки. При бактериоско­пическом исследовании налета с поверхности шан­кра определяется бледная трепонема |
| **Туберкулезная язва** | Длительно существующая язва на | Туберкулезная язва в отличие от твердого шанкра |
|  | слизистой оболочке рта | болезненная, имеет неровные, подрытые края, вок­руг которых видны желтые точки — зерна Треля. В соскобе возможно обнаружение микобактерий. В анамнезе туберкулез в активной форме |
| **Эрозии и язвы,** | Длительно существующие эро- | Эрозии или язвы при плоском лишае, лейкоплакии, |
| **возникающие при** | зии или язвы на слизистой обо- | красной волчанке не имеют уплотнения в основа- |
| **плоском лишае,** | лочке рта | нии. Они располагаются на характерно измененной |
| **лейкоплакии,** |  | для каждого заболевания слизистой оболочке. При |
| **красной волчанке** |  | лабораторном исследовании налета с поверхности язвы не обнаруживаются бледные трепонемы |

ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Порядок обследования** | **Выявленные симптомы** | **Патогенетическое обоснование симптомов** |
| **Опрос***жалобы* | ОтсутствуютБезболезненные пятна на слизистой оболочке ртаНеприятные ощущения и болезнен­ность при глотанииБолевые ощущения при разговоре и приеме пищиОсиплость голоса (сифилитическая дисфония) | Высыпания при вторичном сифилисе в ос­новном не вызывают повреждения тканей и не сопровождаются субъективными ощущениямиРозеолы и папулы в полости рта придают слизистой оболочке пятнистый видСифилитическая эритематозная ангинаПри эрозировании папул в несанированной полости рта при присоединении вто­ричной инфекции и хронической травме возникают болевые ощущенияПапулезные сифилиды нередко распро­страняются на гортань, вызывая осиплость голоса |
| **Анамнез** | Аналогично первичному периоду сифи­лиса |  |
| **Развитие настоящего заболевания***длительность заболевания* | Начинается через 6—7 нед. после появ­ления твердого шанкра, когда при сим­птомах первичного сифилиса (твердый шанкр, склераденит, полиаденит) появ­ляется обильная розеолезно-папулез-ная сыпь. Вторичный сифилис длится2—4 года и сопровождается положительны­ми серологическими реакциями. Вторич­ный сифилис имеет волнообразное течение **со** сменой активных и скрытых (бессим­птомных) периодов. Продолжительность каждого из них индивидуальна, в среднем 1,5—2 мес. | Нарастает напряженность инфекционного иммунитета. Образовавшийся в начале бо­лезни гуморальный иммунитет постепенно ослабевает, а клеточный иммунитет нарас­тает, в результате чего постепенно меняется клиническая картина заболевания |
| **Эффективность проведенного лечения****Осмотр***внешний осмотр* | Лечение не проводилось или было малоэф­фективнымВозможны розеолезная и папулезная сыпь (ладони, подошвы, туловище и др.), пусту­лезная сыпь (кожа лица, туловища и др.), пигментные сифилиды — сифилитическая лейкодермия (на боковых и особенно на задней поверхности шеи) и сифилитическое облысение (диффузное и мелкоочаговое) — гнездная плешивость | Диагноз не был установлен вовремяКлиническая картина заболевания из­меняется в результате ослабления гу­морального и нарастания клеточного иммунитета |
| **Регионарные лимфатические узлы** | В начале вторичного периода сифилиса (си­филис вторичный свежий) сохраняются склераденит и полиаденит. В последующем, во время скрытого периода сифилиса и его рецидивов лимфатические узлы приходят в норму и могут не пальпироваться |  |
| **Осмотр полости рта***осмотр слизистой оболочки рта**сифилис вторичный свежий**скрытый период**вторичный рецидивный сифилис* | Большое количество розеолезно-папулезных высыпаний, остатки твердого шанкра в полости ртаПолное отсутствие клинических проявле­ний. Диагноз в этот период может быть по­ставлен только при помощи серологических реакцийНемногочисленные группирующиеся в коль­ца, дуги папулы и розеолы на дужках, мягком небе, язычке, миндалинах, языке по линии смыкания зубов, десне и др. В этот период вы­сыпания во рту могут быть единственным клиническим проявлением болезни | Происходит генерализация инфекции |
| **Особенности клинических проявлений на слизистой оболочке рта***пятнистый сифилид* | Локализуется чаще всего на дужках, мягком не­бе, языке и миндалинах симметрично, образу­ется в результате розеолезных высыпаний в этой области. Красные, резко отграниченные пятна, сливающиеся в эритему, которую назы­вают эритематозной ангиной. Пораженная об­ласть имеет застойно-красный цвет, иногда с медным оттенком, и четкие границы. Иногда больные жалуются на неприятные ощущения и болезненность при глотании | При эритематозной ангине определя­ется незначительный воспалительный периваскулярный инфильтрат в сосоч-ковом слое, состоящий из лимфоци­тов, плазматических клеток и гистио­цитов. Сосуды расширены, отмечается гиперплазия эндотелия |
| *папулезный* | Самая частая форма поражения полости рта при | Сифилитическая папула обусловлена |
| *сифилид* | сифилисе. Обычно локализуется на миндалинах, | воспалительным инфильтратом из |
|  | дужках, мягком небе, языке, слизистой оболоч- | плазматических клеток, лимфоцитов и |
|  | ке щек (особенно по линии смыкания зубов), гу- | гистиоцитов, располагающихся диф- |
|  | бе, десне. Сначала папула имеет вид резко отгра- | фузно под эпителием в сосочковом |
|  | ниченного темно-красного очага поражения | слое собственно слизистой оболочки. |
|  | диаметром 1—2 см с небольшим инфильтратом в | Сосуды расширены, их эндотелий ги- |
|  | основании. Со временем папула становится плотным, круглым безболезненным элементом размером 3—10 мм, серовато-белого цвета, рез­ко отграниченным от окружающей слизистой оболочки гиперемированным и инфильтриро­ванным венчиком. Папула может быть плоской или значительно возвышаться над уровнем сли­зистой оболочки. При поскабливании поверх­ности таких папул мацерированный эпителий удаляется, обнажая мясо-красную эрозию, в от­деляемом которой обнаруживается бледная тре-понема. Часто папулы на слизистой оболочке полости рта находятся на различных стадиях развития (ложный полиморфизм). Иногда папу­лы изъязвляются, и тогда появляется значитель­ная болезненность Сифилитическая заеда образуется ции папул в углах рта. В основании таких папул при локализа- | перплазирован  |
|  | плотный специфический инфильтрат. Кожа и |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слизистая оболочка углов рта растягиваются, об­разуя глубокие, болезненные, кровоточащие, покрытые корками трещины. Нитевидные и грибковые сосочки языка атрофируются, обра­зуя гладкие поверхностиПапулы на спинке языка имеют вид больших кольцеобразных дисков. Возникают как бы от­полированные овальные гладкие блестящие поверхности чуть ниже уровня слизистой обо­лочки — «лоснящиеся папулы» (симптом «ско­шенного луга») |  |
| *пустулезные* | Встречаются в полости рта крайне редко, обычно у ослабленных больных. Инфильтрат, перехо дящий | Соблюдение гигиены полости рта, регулярное обращение  |
| *(язвенные) сифи-* | в болезненную язву с некротическим на­летом |  |
| *лиды* | . Сопровождается лихорадкой |  |
| **Осмотр зубных рядов** | Полость рта санирована | Хроническая механическая травма, недостаточный уход за полостью |
|  | Несанированная полость рта, неудовлетвори­тельное гигиеническое состояние осложняют течение сифилиса | рта при­водят к присоединению вторичной ин­фекции и эрозированию папул — появляется значительная болезненность |
| **Дополнительные** |  | Обнаружение бледной трепонемы |
| **методы** |  |  |
| **исследования** |  |  |
| *бактериоскопи-* | Взятие тканевой жидкости с поверхности папул | Во вторичном периоде сифилиса в |
| *ческое* |  | крови находится большое количество |
| *исследование* |  | антител к бледной трепонеме |
| *серологическое* |  | Серологические реакции на сифилис |
| *исследование* |  | положительные в различные периоды вторичного сифилиса |

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Заболевание** | **Общие клинические признаки** | **Отличительные признаки** |
| **Катаральная ангина** | Гиперемия миндалин | **В** отличие от эритематозной сифилитической ангины, при катаральной ангине имеются выраженная боль при глотании, повышение температуры тела. Миндалины отечны, ярко-красного цвета. Серологические реакции на сифилис при катаральной ангине отрицательные |
| **Высыпания при** | Яркая гиперемия миндалин | Лекарственный фиксированный аллергический стома- |
| **медикаментозной** |  | тит отличает от эритематозной сифилитической ангины |
| **аллергии** |  | обширность поражения (не только дужки, миндалины, но и щеки, язык и др.). Высыпания сопровождаются жжением слизистой оболочки рта, ее отеком. При лекар­ственной аллергии образуются пузыри, впоследствии оставляющие болезненные эрозии. Часто нарушено об­щее состояние. После прекращения приема вызвавшего аллергию медикамента элементы поражения исчезают. Серологические реакции на сифилис отрицательные |
| **Лейкоплакия,** | Серовато-белые очаги по- | Белесоватый налет с поверхности сифилитической па- |
| **плоский лишай,** | ражения на слизистой обо- | пулы снимается при поскабливании. Белесоватый цвет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **красная волчанка** | лочке рта | очагов поражения при лейкоплакии, плоском лишае, красной волчанке обусловлен гиперкератозом, кото­рый соскоблить невозможно. В основе этих очагов нет инфильтрации, они не окружены воспалительным вен­чиком, не локализуются на миндалинах и мягком небе, имеют более длительное хроническое течение. Сероло­гические реакции на сифилис при этих заболеваниях отрицательные |
| **Многоформная** | Эрозии на слизистой обо- | В отличие от эрозированных сифилитических папул, |
| **экссудативная эритема** | лочке рта | многоформная экссудативная эритема имеет острое начало, отмечаются изменение общего состояния, се­зонность поражения, полиморфизм высыпаний (обяза­тельно пузырь). Все высыпания расположены на фоне разлитой гиперемии. Образуются болезненные эрозии без инфильтрации в основании. На поверхности этих эрозий бледная трепонема не обнаруживается. Сероло- |
|  |  | гические реакции на сифилис при многоформной экс-судативной эритеме отрицательные |
|  | - |  |
| **Вульгарная пузырчатка** | Эрозии на слизистой обо лочке рта | Эрозии при вульгарной пузырчатке предшествует обра-зование внутриэпителиального пузыря. В основании такой эрозии нет инфильтрата, что отличает ее от эро­зированных сифилитических папул. Симптом Николь­ского при вульгарной пузырчатке положительный, на поверхности эрозии при вульгарной пузырчатке обна- |
|  |  | руживают акантолитические клетки, а при сифилисе — бледную трепонему. При вульгарной пузырчатке только кортикостероидная терапия приводит к ремиссии |
| **Хронический** | Эрозии на слизистой обо- | Появлению эрозии предшествует высыпание пузырь- |
| **герпетический стоматит** | лочке рта | ков, которые быстро лопаются, образуя полицикличе­ские эрозии без инфильтрации в основании, склонные к быстрой эпителизации, что нехарактерно для эрози­рованных сифилитических папул. Серологические ре­акции на сифилис при простом герпесе отрицательные, бледная трепонема на поверхности эрозий не обнару­живается |
| **Хронический** | Эрозии округлой или оваль- | Эрозия при хроническом рецидивирующем афтозном |
| **рецидивирующий** | ной формы, окруженные | стоматите болезненная, без инфильтрата в основании |
| **афтозный стоматит** | гиперемированным венчи- | обычно эпителизируется в течение 10—12 дней. Поло- |
|  | ком, покрытые белесова- | жительные иммунологические реакции на бактериаль- |
|  | тым налетом | ный антиген подтверждают этиологическое значение бактериальной аллергии. Серологические реакции на сифилис отрицательные |
| **Десквамативный** | Безболезненные, гладкие, | Десквамативный глоссит отличается от сифилитиче- |
| **глоссит** | блестящие участки округ- | ского поражения ярко-красным цветом участков деск- |
|  | лых очертаний на спинке | вамации, окруженных белой каймой, отсутствием уп- |
|  | языка | лотнения в основании, частой миграцией рисунка, стойким хроническим течением, отрицательными се­рологическими реакциями на сифилис |
| **Острый псевдомем-** | Серо-белый налет, снимаю- | При остром псевдомембранозном кандидозе, в отличие |
| **бранозный кандидоз** | щийся при поскабливании | от сифилитических папул, после удаления налета обна­жается бархатистая неэрозированная поверхность без уплотнения в основании. В соскобе определяются поч­кующиеся формы бластоспор и нити мицелия гриба *Candida.* Серологические реакции на сифилис отрица­тельные |
| **Дрожжевая заеда** | Трещины в углу рта, покры- | Дрожжевая заеда чаще встречается у пожилых людей, |
|  | тые серовато-белым нале- | пользующихся съемными протезами. В основании та- |
|  | том, который удаляется при | кой заеды отсутствует уплотнение. Диагноз подтвер- |
|  | поскабливании. Болезнен- | ждается определением в соскобе большого количества |
|  | ность при открывании рта, | элементов гриба *Candida,* их обильного почкования, |
|  | разговоре | нитей мицелия или псевдомицелия. Серологические реакции на сифилис отрицательные |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Стрептококковая заеда** | Болезненная кровоточащая | Наблюдается преимущественно у детей. Очаги пораже- |
|  | эрозия в углу рта, покрытая | ния более обширные, распространяются за пределы |
|  | коркой | кожной складки, часто появляются на губах, коже под­бородка. Течение процесса более активное, обильная экссудация, образование толстых желтых корок. Плот­ного инфильтрата в основании нет. В отделяемом с эро­зии бледная трепонема не обнаруживается, серологи­ческие реакции на сифилис отрицательные |

ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Порядок обследования** | **Выявленные симптомы** | **Патогенетическое обоснование симптомов** |
| **Опрос***жалобы* | Отсутствуют.Безболезненные или малоболезненные язвы на слизистой оболочке рта, осип­лость голоса, постоянная ноющая боль в слизистой оболочке рта, усиливающаяся при приеме пищи, нарушение речи, гну­савость, насморк с гнойным и сукрович­ным отделяемым | Клиническая картина зависит от лока­лизации гуммозного сифилида, который может возникнуть в любом месте слизи­стой оболочки рта. Гуммозный сифилид — воспалительный инфильтрат, состоя­щий из лимфоцитов, гистиоцитов, плаз­матических, эпителиоидных и гигант­ских клеток. В центральной части инфильтрата имеются очаги некроза. Стенки сосудов в области гуммы ин­фильтрированы, эндотелий в состоянии пролиферации. Инфильтрат располага­ется в подслизистом слое. В процесс мо­гут вовлекаться внутренние органы, нер­вная система, костная ткань |
| **Анамнез***развитие настоящего заболевания**длительность заболе­вания* | Аналогично первичному и вторичному периодам сифилисаВозникает через 2—10 лет и более после инфицирования. Исчисляется годами | Нарастают реактивность организма, его чувствительность к бледной трепонеме. Третичный сифилис имеет волнообраз­ное течение |
| **Эффективность проведенного лечения** | Лечение не проводилось или было неэф­фективным |  |
| **Осмотр***внешний осмотр**регионарные лимфатические узлы* | Возможен седловидный носМогут не изменяться или быть слегка увеличенными, подвижными, безболез­ненными | Гуммозное поражение слизистой обо­лочки носа распространяется на кост­ную ткань носовой перегородки, вызы­вая ее некроз и секвестрацию |
| **Осмотр полости рта***осмотр слизистой оболочки рта**гуммозный сифилид**особенности клинических проявлений в полости рта* | На слизистой оболочке безболезненные узлы плотной консистенции с гладкой поверхностью. Слизистая оболочка в об­ласти очага поражения умеренно воспа­лена, имеет застойно-красную, резко ог­раниченную окраску. После отторжения гуммозного стержня на слизистой обо­лочке можно обнаружить гуммозную яз­ву, безболезненную, кратерообразной формы, с плотными краями и покрытым грануляциями дном. После эпителиза-ции язвы на слизистой оболочке рта оста­ется втянутый звездчатый рубецВ любом месте слизистой оболочки рта можно обнаружить гумму в разных стади­ях развития (инфильтрат, язва, рубец) | Развитие гуммозного инфильтрата обу­словлено выраженностью аллергиче­ской реакции замедленного типа на не­большое количество бледных трепонем. Образуется инфекционная гранулема, состоящая из плазматических клеток, лимфоцитов, гистиоцитов, фибробла-стов, эпителиоидных гигантских клеток. Часто наблюдается казеозный некроз. В сосудах явления эндо-, мезо- и перива-скулитаВ организме больного происходит ал­лергическая реакция замедленного типа. Организм реагирует на сифилитический антиген образованием типичной сифи­литической гранулемы |
| **Гуммозный сифилид (в зависимости от локализации)***язык**твердое небо мягкое небо* | Диффузный склерозирующий глоссит. Язык уменьшен, плотный, с бугристой поверхностью, сосочки атрофированы, на спинке — болезненные трещиныНа слизистой оболочке твердого неба об­разуются инфильтрат, язва, возможно, прободение в полость носаКрупные узловатые язвы (гуммы) насы­щенно-багрового цвета. Деформация мягкого неба, его укорочение, сращение со стенками глотки, отсутствие язычка вследствие его разрушения | Диффузная инфильтрация языка, в ос­новном плазматическими клетками. Впоследствии инфильтрат замещается рубцовой тканьюИнфильтрат гуммы на слизистой обо­лочке распадается, подлежащая твердая ткань некротизируется и секвестрирует­ся, образуется прободение в полость носаДиффузная гуммозная инфильтрация плазматическими эпителоидными ги­гантскими клетками, лимфоцитами, ги­стиоцитами, приводящая к некрозу и последующему фиброзу тканей мягкого неба |
| *слизистая оболочка губ* | Болезненный инфильтрат или язва на фоне отечной и гиперимированной сли­зистой оболочки |  |
| **Бугорковый сифилид** | На слизистой оболочке рта, чаще на сли­зистой оболочке губ, альвеолярных отро­стков и небе, обнаруживаются плотные красновато-коричневые бугорки на ин­фильтрированном основании, не слива­ющиеся друг с другом. После распада бу­горков на слизистой оболочке полости рта образуются глубокие язвы с неров­ным дном | В третичном периоде сифилиса веду­щую роль в патогенезе заболевания иг­рают реакции клеточного иммунитета, гиперчувствительности замедленного типа к трепонемному антигену. Прояв­ления третичного сифилиса имеют гис­тологическую картину инфекционной гранулемы |
| **Осмотр зубных радов** | Полость рта санирована Гигиеническое состояние зубов неудов­летворительное, кариозные полости, де­фекты пломб | Соблюдение гигиены полости рта Недостаточный уход за полостью рта, хроническая механическая травма |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дополнительные методы исследования***бактериоскопическое исследование**цитологическое исследование**серологическое исследование* | При бактериоскопическом исследовании соскобов с поверхности гуммозных язв бледные трепонемы не обнаруживаютсяВ соскобе со дна язв — плазматические, эпителиоидные гигантские клетки, гис­тиоциты, нейтрофилыРИФ, РИБТ всегда положительны | При третичном сифилисе больной прак­тически незаразен. Незначительное ко­личество бледных трепонемПродукты специфического воспаления при клеточной аллергической реакции замедленного типаВ крови циркулируют антитела к антиге­ну бледной трепонемы |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заболевание** | **Общие клинические признаки** | **Отличительные признаки** |
| **Милиарно-язвенный туберкулез****Раковая язва Травматическая язва****Твердый шанкр** | Слегка болезненные, дли­тельно существующие язвы на слизистой оболочке ртаЯзва на слизистой оболочке полости ртаЯзва на слизистой оболочке полости ртаЯзвы на слизистой оболоч­ке губ, языка | Язвы при милиарно-язвенном туберкулезе имеют мяг­кие неровные подрытые края, дно язв может быть по­крыто сосочковыми разрастаниями. В соскобе со дна язвы обнаруживаются микобактерии. Реакция Вассер-мана, РИБТ отрицательны. Больной, как правило, страдает туберкулезом легких или других органовУплотнение в области дна и краев язвы. Легкая крово­точивость, неровные вывернутые края язвы. При цито­логическом исследовании выявляются атипичные клетки. Реакция Вассермана, РИФ, РИБТ отрицатель­ны. Регионарные лимфатические узлы увеличены, спа­яны с окружающими тканямиПри травматической язве можно выявить травмирую­щий агент. Короткое время существования, болезнен­ность, мягкая консистенция, воспаление вокруг язвы. Реакция Вассермана, РИФ, РИБТ отрицательны. Реги­онарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В соскобе со дна язвы элементы неспецифического воспаленияРегионарный лимфаденит, в соскобе с поверхности твердого шанкра обнаруживаются бледные трепонемы |
| **Лепра** | Язвы на слизистой оболоч- | В соскобе с поверхности язвы обнаруживаются кисло- |
|  | ке рта | тоустойчивые лепрозные палочки. Реакции Вассерма-на, РИФ, РИБТ отрицательны |
| **Туберкулезная волчанка** | Язвы на слизистой оболоч- | Развитие медленное, исчисляется годами. Мягкая кон- |
| **(с бугорковым** | ке рта | систенция люпомы. На фоне атрофического рубца об- |
| **сифилидом)** |  | наруживаются новые люпомы. Отсутствуют фокусная ячеистость и правильные фестончатые границы. Реак­ция Вассермана, РИФ, РИБТ отрицательны |

*Лечение больных сифилисом проводится в кожно-венерологических стационарах и диспан­серах курсами антибиотикотерапии. После окон­чания лечения больные сифилисом в течение 5 лет находятся на диспансерном учете, после чего у них устанавливается излеченность сифилиса.*