

Методическая разработка семинара для ординаторов № 64

Тема: Проявление специфических инфекций (сифилис) в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Форма проведения: семинар

Контингент обучающихся: ординаторы

Продолжительность семинара: 6 часа

Место проведения: кафедра стоматологии ИНМФО

Цель семинара: Научиться диагностировать, проводить дифференциальный диагноз при работе с пациентами с данным заболеванием

Формируемые профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5).

Краткий план проведения:

1. Организационные вопросы.
2. Обсуждение вопросов для выявления исходного уровня знаний.
3. Опрос по контрольным вопросам.
4. Демонстрация преподавателем методик проведения основных и дополнительных методов обследования при кариесе зубов и его осложнениях.

Методическое оснащение: методические разработки кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ.

Материальное обеспечение: наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбирочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

Список основной и дополнительной литературы:

Основная литература:

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского . - М. : МИА , 2011 . - 798 с. : ил., цв. ил.
2. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям / Максимовский Ю. М., Митронин А. В. ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 423, [9] с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник для вузов / под ред. Г. М. Барера; [кол. авт.: Г. М. Барер и др.] . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Атлас грибковых заболеваний [Текст] / под ред. К. А. Кауфман, Д. Л. Манделла; пер. с англ. под ред. Ю. В. Сергеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - 234 с.: ил., цв. ил.
2. Камышников В. С. и др. Методы клинических лабораторных исследований [Текст] /под ред. В. С. Камышникова. - 7-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 735, [1] с. : ил., цв. ил.
3. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии [Текст] / Н. К. Логинова. - М. : МГМСУ, 2014. – 140 с.
4. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология [Текст] : учеб. пособие по спец. 060105.65 "Стоматология" дисциплины "Терапевт. стоматология" / Николаев А. И., Цепов Л. М. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2010 . - 924, [4] с. : ил. . - Библиогр. : с. 921-924
5. Сапин М. Р. Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М. Р., Никитюк Д. Б., Литвиненко Л. М. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013. – 600 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
6. Терапевтическая стоматология [Текст] : нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 911с. : ил. + 1 CD-ROM . - Национальные руководства
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 [Текст] : 10-й пересмотр : пер. с англ. Т.1, ч.1. - М. : Медицина, 2003. - (Всемирная организация здравоохранения, Женева).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Строение слизистой оболочки.
2. Анатомо-физиологические особенности строения десны.
3. Состав микрофлоры полости рта.
4. Изменение микрофлоры полости рта при различных заболеваниях полости рта.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Возбудители сифилиса.
2. Особенности клинического течения.
3. Клинические периоды течения сифилиса.
4. Особенности проявления в полости рта.
5. Роль цитологического метода в диагностике заболеваний.
6. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.
7. План лечения больных сифилисом.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА

Порядок обследования	Выявленные симптомы	Патогенетическое обоснование симптомов
Опрос <i>жалобы</i>	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 <i>пол</i> <i>возраст</i> <i>перенесенные</i> <i>и сопутствующие</i> <i>заболевания</i>	Болеют как мужчины, так и женщины Чаще в молодом возрасте Соматическая патология отягощает течение сифилиса и снижает иммунитет	Соматическая патология снижает общий иммунитет, сифилис может протекать в более тяжелой форме
Развитие настоящего заболевания <i>длительность заболевания</i> <i>эффективность проведенного лечения</i>	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 <i>внешний осмотр</i> <i>регионарные лимфатические узлы</i>	Без особенностей Спустя 5—7 дней после появления твердого шанкра увеличиваются чаще подподбородочные 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 оболочки	На месте внедрения бледной трепонемы на слизистой оболочке рта мясо-красного цвета эрозия, реже язва округлой или овальной формы размером от 3 мм (карликовые шанкры) до 1,5 см с инфильтратом в основании, несколько приподнятыми краями, безболезненная при пальпации. Иногда эрозии покрыты серовато-белым налетом. При присоединении вторичной Инфекции эрозия углубляется, образуя язву, покрытую грязно-серым некротическим налетом	Развитие твердого шанкра начинается с ограниченной гиперемии, на фоне которой возникает углубление, а затем некроз с образованием эрозии. Гистологически твердый шанкр представляет собой мощный воспалительный инфильтрат в соединительнотканном слое, состоящий из лимфоцитов и плазматических клеток. Значительная пролиферация эндотелия вплоть до облитерации сосудов
Атипичная локализация твердого шанкра	Атипичная локализация твердого шанкра встречается в углах рта, на десне, переходных складках, языке, миндалинах	
углы рта и переходные складки	Твердый шанкр имеет вид трещины, при растяжении которой определяется характерная эрозия овальной формы с плотным инфильтратом в основании. В углу рта твердый шанкр может выглядеть как заеда	Тоже
десна	Твердый шанкр имеет вид ярко-красной гладкой эрозии, которая в виде полулуния 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 гиперемирована. При пальпации безболезненный. Воспаление вокруг шанкра отсутствует	Тоже
миндалины	При язвенной форме шанкра миндалины увеличены, уплотнены с одной стороны. На гиперемизованном фоне наблюдается мясо-красная язва с блюдцеобразными ровными краями. Глотание болезненно. При ангиноподобном 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

ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА

Порядок обследования	Выявленные симптомы	Патогенетическое обоснование симптомов
Опрос <i>жалобы</i>	Отсутствуют Безболезненные пятна на слизистой оболочке рта Неприятные ощущения и болезненность при глотании Болевые ощущения при разговоре и приеме пищи Осиплость голоса (сифилитическая дисфония)	Высыпания при вторичном сифилисе в основном не вызывают повреждения тканей и не сопровождаются субъективными ощущениями Розеола и папулы в полости рта придают слизистой оболочке пятнистый вид Сифилитическая эритематозная ангина При эрозивации папул в несанированной полости рта при присоединении вторичной инфекции и хронической травме возникают болевые ощущения Папулезные сифилиды нередко распространяются на гортань, вызывая осиплость голоса
Анамнез	Аналогично первичному периоду сифилиса	
Развитие настоящего заболевания <i>длительность заболевания</i>	Начинается через 6—7 нед. после появления твердого шанкра, когда при симптомах первичного сифилиса (твердый шанкр, склераденит, полиаденит) появляется обильная розеолезно-папулезная сыпь. Вторичный сифилис длится 2—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

<p>Эффективность проведенного лечения Осмотр внешний осмотр</p>	<p>Лечение не проводилось или было малоэффективным Возможны 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</p>	<p>Диагноз не был установлен вовремя Клиническая картина заболевания изменяется в результате ослабления гуморального и нарастания клеточного иммунитета</p>
<p>Регионарные лимфатические узлы</p>	<p>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</p>	
<p>Осмотр полости рта осмотр слизистой оболочки рта сифилис вторичный свежий скрытый период вторичный рецидивный сифилис</p>	<p>Большое количество розеолезно-папулезных высыпаний, остатки твердого шанкра в полости рта Полное отсутствие клинических проявлений. Диагноз в этот период может быть поставлен только при помощи серологических реакций Немногочисленные группирующиеся в кольца, дуги папулы и розеола на дужках, мягком небе, языке, миндалинах, языке по линии смыкания зубов, десне и др. В этот период высыпания во рту могут быть единственным клиническим проявлением болезни</p>	<p>Происходит генерализация инфекции</p>
<p>Особенности клинических проявлений на слизистой оболочке рта</p>		
<p>пятнистый сифилид</p>	<p>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</p>	<p>При эритематозной ангине определяется незначительный воспалительный периваскулярный инфильтрат в сосочковом слое, состоящий из лимфоцитов, плазматических клеток и гистиоцитов. Сосуды расширены, отмечается гиперплазия эндотелия</p>

<p>папулезный сифилид</p>	<p>Самая частая форма поражения полости рта при сифилисе. Обычно локализуется на миндалинах, дужках, мягком небе, языке, слизистой оболочке щек (особенно по линии смыкания зубов), губе, десне. Сначала папула имеет вид резко отграниченного темно-красного очага поражения диаметром 1—2 см с небольшим инфильтратом в основании. Со временем папула становится плотным, круглым безболезненным элементом размером 3—10 мм, серовато-белого цвета, резко отграниченным от окружающей слизистой оболочки гиперемизированным 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 трепонема. 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 при локализации папул в углах рта. В основании таких папул 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 поверхности. Папулы 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»)</p>	<p>Сифилитическая папула обусловлена воспалительным инфильтратом из плазматических клеток, лимфоцитов и гистиоцитов, располагающихся диффузно под эпителием в слое собственно слизистой оболочки. Сосуды расширены, их эндотелий гиперплазирован. Нитевидные и грибковидные сосочки языка атрофируются, образуя гладкие поверхности.</p>
<p>пустулезные (язвенные) сифилиды</p>	<p>Встречаются в полости рта крайне редко, обычно у ослабленных больных. Инфильтрат, переходящий в болезненную язву с некротическим налетом. Сопровождается лихорадкой.</p>	
<p>Осмотр зубных рядов</p>	<p>Полость рта санирована. Несанированная полость рта, неудовлетворительное гигиеническое состояние осложняют течение сифилиса.</p>	<p>Хроническая механическая травма, недостаточный уход за полостью рта приводят к присоединению вторичной инфекции и эрозированию папул — появляется значительная болезненность.</p>

Дополнительные методы исследования		Обнаружение бледной трепонемы
бактериоскопическое исследование	Взятие тканевой жидкости с поверхности папул	Во вторичном периоде сифилиса в крови находится большое количество антител к бледной трепонеме
серологическое исследование		Серологические реакции на сифилис положительные в различные периоды вторичного сифилиса