

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФИПО

Особенности дифференциальной диагностики поражения слизистых полости рта при сифилисе и герпесе

доц. Тахташов И.Р.

г.Донецк
15.03.2023 г.

Актуальность темы

Сифилис инфекционное заболевание, характеризуется хроническим волнообразным течением и разнообразием проявлений.

Сифилис называют «обезьяной» всех болезней не случайно, потому что он объединяет в своих проявлениях и течении множество симптомов и признаков других заболеваний.

Как для сифилитической, так и для герпетической инфекции характерны поражения слизистых оболочек. Учитывая это, необходимо рассмотреть их отличия по клиническим стадиями инфекционного процесса.

Общее течение сифилиса

При классическом течении выделяют 4 периода:

- Инкубационный
- Первичный
- Вторичный
- Третичный

Для всех периодов (кроме инкубационного) характерно поражение слизистых оболочек

Первичный сифилис слизистых оболочек

Твердый шанкр на слизистой полости рта чаще локализуется на губах, языке, миндалинах.

Шанкр верхней и нижней губы - язва или эрозия, дно покрыто возвышающейся буроватой коркой с уплотнением в основании

В углах рта выявляется щелевидный шанкр, напоминающий по форме трещину или заеду, которые отличаются отсутствием уплотнения в основании. При растягивании складки, определяются его овальные очертания.

На красной кайме губ встречается **гипертрофический твердый шанкр**. Полушаровидной формы, плотноэластической консистенции, резко возвышающееся над уровнем кожи, диаметром до 2-3 см, с блестящей, гладкой поверхностью, со скудным отделяемым, без субъективных ощущений.

Первичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Шанкр на языке локализуется в средней трети. резко выступает над окружающей тканью, в виде мясокрасного цвета эрозия с уплотнением в основании.

Помимо эрозивной или язвенной форм, шанкр языка может быть в виде трещиноподобной эрозии или язвы с блестящим дном. отсутствием воспалительных явлений и безболезненностью.

Шанкр десны, располагается в виде полулуния у шейки одного или нескольких (чаще двух) зубов. Язвенная форма твердого шанкра десны очень сходна с банальным изъязвлением и почти не имеет каких-либо признаков, характерных для первичной сифиломы

Первичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

В первичном периоде сифилиса развивается **регионарный аденит**.

Увеличение близлежащих лимфатических узлов происходит в конце 3-й, начале 4-й недели с момента заражения. регионарные (подчелюстные) лимфатические узлы обычно увеличены с одной стороны, чаще безболезненные, подвижные, и кожа над ними не изменена.

Лабораторные методы диагностики первичного сифилиса слизистых оболочек

1. Микробиологические исследования – исследование на бледную трепонему при темнопольной микроскопии .
2. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) на бледную трепонему.
3. Серологические нетрепонемные реакции – реакция Вассермана положительна с 6-7-ой недели от момента заражения.
4. Реакция иммунофлюорисценции , становятся положительными с 3-й недели от момента заражения и ранее реакция иммобилизации бледных трепонем — с 7–8-й.
и ранее

Вторичный сифилис слизистых оболочек

Выделяют 3 основных видов вторичных сифилидов при поражении слизистых оболочек:

- сифилитическая розеола (пятнистый сифилид, розеола),
- папулезный сифилид,
- пустулезный сифилид

Вторичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Пятнистый сифилид - розеола возникает симметрично на дужках, мягком небе, язычке и миндалинах.

При слиянии розеолезных высыпаний в сплошные очаги поражения застойно-красного, иногда с медным оттенком цвета, гладкой поверхностью и резкими границами образуется **сифилитическая эритематозная ангина**. Слизистая оболочка зева слегка отечна. Субъективные ощущения чаще отсутствуют, но может отмечаться неловкость или небольшая болезненность при глотании.

Вторичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Папулезные сифилиды чаще появляются на миндалинах, дужках, мягком небе.

При слиянии папул в сплошные очаги поражения возникает **папулезная сифилитическая ангина**.

Вид папул зависит от длительности их существования. Сначала папула представляет собой безболезненный очаг, плотный, плоский, округлый, четко отграниченный, без периферического воспалительного ободка, ярко-красного цвета. В результате воспаления экссудат пропитывает покрывающий папулу эпителий, и она приобретает серовато-белый цвет с воспалительным венчиком по периферии, при удалении которого обнажается эрозия мясо-красного цвета.

Эрозивные папулы слегка болезненны (в углу рта - сифилитическая заеда) и чрезвычайно заразны.

Вторичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Сифилиды, расположенные на спинке языка отличаются по своему виду:

- нитевидные сосочки языка в области папул четко выражены и папула выступает над уровнем окружающей слизистой оболочки в виде неровных серых очагов (т.н. "опаловые бляшки"),

- в области высыпаний сосочки отсутствуют, создается впечатление, что пораженные участки располагаются чуть ниже уровня окружающей слизистой оболочки (т.н. "лоснящиеся" папулы, бляшки "скошенного луга").

Поражение слизистой оболочки гортани ведет к появлению сифилитической осиплости (рауцеде) вплоть до полной афонии, При осмотре выявляется равномерная застойная гиперемия слизистой оболочки гортани и утолщение голосовых связок, которые не смыкаются.

На фоне застойной гиперемии возможно обнаружение папул.

Вторичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Пустулезные, приобретающие в дальнейшем язвенный характер, встречаются редко и обычно являются проявлением злокачественного течения заболевания. Пустулезно-язвенные сифилиды характеризуются чаще одиночными, глубокими, разнообразной формы болезненными элементами. Края их подрытые, крутые, дно изрытое или гладкое, покрыто гнойным отделяемым.

Лабораторные методы диагностики вторичного сифилиса слизистых оболочек

1. Микробиологические исследования – исследование на бледную трепонему при темнопольной микроскопии .

2. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) на бледную трепонему.

3. Серологические нетрепонемные реакции – реакция Вассермана положительна у 98%-100% больных.

4. Реакция иммунофлюорисценции, реакция иммобилизации бледных трепонем приобретает решающее значение

Третичный сифилис слизистых оболочек

Поражения слизистых оболочек в третичном периоде сифилиса встречаются в среднем у 30% больных. Клинически возникают бугорковые и гуммозные поражения; чаще развиваются гуммы и диффузные гуммозные инфильтраты.

Третичные сифилиды локализуются в полости рта, носа, зева и глотки. На слизистых оболочках половых органов третичные поражения встречаются очень редко. Сифилиды слизистых оболочек отличаются более ярким цветом, заметной отечностью из-за более выраженных экссудативных явлений

Третичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Гуммозные сифилиды твердого неба возникают в виде ограниченного плотного инфильтрата застойно-красного цвета, после вскрытия которого образуется язва правильно округлых очертаний. Процесс почти всегда распространяется на окружающие костные ткани, перфорация которых приводит к сообщению полости рта и полости носа, нарушению фонации (гнусавый голос), затруднению приема пищи, вследствие заброса содержимого из ротовой полости в носовую.

Третичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

В области мягкого неба и небной занавески возможны бугорковые и гуммозные поражения. Гуммозный сифилид чаще проявляется в виде диффузной инфильтрации. После распада инфильтрата образуются глубокие язвы и перфорации мягкого неба. После заживления язв возникают стойкие деформации небной занавески и язычка; иногда они полностью разрушаются.

Гуммозные поражения задней стенки глотки после заживления оставляют характерный втянутый лучистый рубец и различные дефекты: отсутствие язычка, сращение небной занавески с задней стенкой глотки, что ведет к нарушению речи и затруднению приема пищи.

Третичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Поражения языка при третичном сифилисе встречаются в виде:

- гуммозного, или узловатого глоссита - патологический процесс характеризуется образованием гумм языка;
- диффузного склерозирующего, или интерстициального глоссита - вначале язык увеличивается в размерах, затем появляется скротальная складчатость, слизистая становится гладкой в результате атрофии сосочков; в дальнейшем язык уменьшается в размерах, становится твердым, плотным, малоподвижным, ассиметричным с нарушением функции: затрудняется прием пищи, искажается произношение некоторых звуков.

Третичный сифилис слизистых оболочек (продолжение)

Гуммы слизистой носа могут развиваться первично или переходят с прилежащих участков. Инфильтрат формируется на границе костной и хрящевой ткани носовой перегородки, что приводит к сужению просвета и затруднению дыхания. При распаде инфильтрата образуется язва с четкими границами, плотными краями, гнойным отделяемым с неприятным запахом. Инфильтрат распространяется на костную ткань, в результате чего может произойти перфорация носовой перегородки, деформация носа (формируется так называемый седловидный нос).

Лабораторные методы диагностики третичного сифилиса слизистых оболочек

1. Микробиологические исследования – бледная трепонема в отделяемом бугорков и гумм практически не обнаруживается.

2. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) на бледную трепонему.

3. Серологические нетрепонемные реакции – реакция Вассермана положительна у 50%-80% больных.

4. Реакция иммунофлюорисценции, реакция иммобилизации бледных трепонем приобретает решающее значение.

Поражение слизистой при инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1)

Вирус простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1) вызывает:

- Лабиальный герпес
- Герпес кожи и слизистых
- Офтальмогерпес
- Генитальный герпес
- Герпетические энцефалиты и пневмониты

Поражение слизистой при инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1) (продолжение)

Stomatitis herpica acuta

Стоматит, гингивит, фарингит и тонзиллит, наиболее частое проявлением инфекции, вызванной ВПГ-1, встречаются у детей и лиц молодого возраста.

Инкубационный период заболевания обычно продолжается 6-8 суток, но может составлять от 2 дней до 4 недель.

Продромальный период (от нескольких часов до нескольких суток)

Поражение слизистой при инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1) (продолжение)

Период высыпаний характеризуется появлением на отечной и покрасневшей слизистой оболочке полости рта — губ, щек, языка, небных дужек, дна полости рта, миндалин, глотки и десен — одиночных или сгруппированных множественных мелких (1-2 мм) пузырьков с прозрачным содержимым. Пузырьки мутнеют, через 1–3 дня лопаются, и на фоне снижения температуры на их месте образуются эрозии и очаги некроза. Эрозии мелкие, округлой формы, с некрозом в центре, покрыты фибринозным налетом, могут сливаться, образуя более крупные эрозии с фестончатыми краями. Характерна болезненность пораженных участков, затруднение при приеме пищи, слюнотечение.

Поражение слизистой при инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1) (продолжение)

Herpes labialis acuta

Локализация: граница красной каймы губ с кожей.

Возникновению пузырьков предшествует ощущение зуда, онемения, жжения. Затем на отечно-гиперемированной коже появляются несколько сгруппированных пузырьков с прозрачным серозным содержимым, которое впоследствии мутнеет. После вскрытия образуются эрозии, покрывающиеся коркой, под которой идет эпителизация.

Могут быть признаки общей интоксикации: общая слабость, повышение температуры тела, головная боль и др.

Через 6–9 дней от начала заболевания происходит отпадение корок, на их месте остается постепенно исчезающая пигментация.

В типичных случаях весь процесс продолжается 1–2 недели. Заболевание сопровождается лимфаденитом.

Лабораторные методы диагностики герпетического поражения слизистых оболочек

В настоящее время наиболее часто используются следующие лабораторные методы:

- 1) методы выявления антигенов вирусов простого герпеса — иммунофлюоресцентный и иммуноферментный анализ;
- 2) полимеразная цепная реакция (ПЦР);
- 3) цитоморфологические методы;
- 4) выявление антител с помощью ИФА (иммуноферментный анализ);
- 5) методы исследования и оценки иммунного статуса;
- 6) вирусологические методы обнаружения и идентификации вирусов простого герпеса.

Серологические реакции на сифилис отрицательные

Выводы

Дифференциальная диагностика сифилитической и герпетической инфекции слизистой полости рта сложна и только комплексное сочетание анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, клинического осмотра, данных лабораторного обследования позволит своевременно установить клинический диагноз и своевременно начать лечение, что способствует более быстрому выздоровлению.

Спасибо за внимание