

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри  
терапевтичної стоматології ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова

Завідувач кафедри професор ЗВО

 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

«28» серпня 2023р.

Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

|                      |   |
|----------------------|---|
| Навчальна дисципліна | ОК 31 Терапевтична стоматологія                                   |
| Тема заняття № 40    | Прояви бактеріальних інфекцій на СОПР. Тактика лікаря-стоматолога |
| Курс                 | інтернатура   |
| Факультет            | стоматологічний   |
| Укладач              | Доцент ЗВО Олена МУНТЯН   |

## Тема 40. Прояви бактеріальних інфекцій на СОПР. Тактика лікаря-стоматолога.

**Мета заняття:** уміти проводити діагностику і лікування уражень слизової оболонки порожнини рота при туберкульозі.

**Завдання на формування вихідного рівня знань:**

1. Елементи ураження СОПР.
2. Схема обстеження хворого із захворюваннями СОПР.
3. Систематика захворювань СОПР.

**Контроль вихідного рівня знань.**

| Питання  | Рівень | Еталони відповідей   |
|--|--------|--|
| Які елементи ураження відносяться до первинних?  | I      | Пляма, еритема, розеола, геморагії, петехії, екхімози, телеангіоектазії, папула, вузол, горб, пухирець, міхур, гнійник, кіста.   |
| Які елементи ураження відносяться до вторинних?  | I      | 2) Луска, ерозія, афта, виразка, тріщина, кірка, рубець  |
| Схема збору анамнезу хворого із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота (СОПР) | I      | 1) З'ясування скарг хворого, навідні питання.<br>2) Збір анамнезу (захворювання, життя).<br>3) Об'єктивне обстеження:<br>а) огляд;<br>б) пальпація.<br>4) Додаткові методи обстеження.<br>5) Діагностика.<br>6) Диф. діагностика.<br>7) Лікування.<br>8) Профілактика. |

**Питання, які підлягають вивченню на практичному занятті:**

1. Етіологія, патогенез бактеріальних інфекцій на СОПР.
2. Шляхи зараження при бактеріальних інфекціях на СОПР.
3. Прояви бактеріальних інфекцій на СОПР.
4. Лікування бактеріальних інфекцій в порожнині рота.

**Література:**

*Основна:*

1. Лекції кафедри терапевтичної стоматології.
2. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
3. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
4. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

*Додаткова:*

1. Морозова С. И. Заболевания слизистой оболочки рта / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. – Москва: МИА, 2012. – 268 с.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г. М. Барер, Е. А. Волков, В. В. Гемонов. – Москва: ГЕОТАР-медиа, 2006. – 286 с.
3. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 201 с.

### Контроль вихідного рівня знань.

1. Встановіть відповідність між нозологічною формою захворювання і збудником:

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. туберкульоз                    | 1. Candida albicans            |
| 2. гонорея                        | 2. бліда трепонема             |
| 3. дифтерія                       | 3. Streptococcus Haemolyticum  |
| 4. сифіліс                        | 4. гонококк Нейссера           |
| 5. виразково-некротичний гінгівіт | 5. Corynebacterium diphtheriae |
| 6. стоматит                       | 6. мікобактерія туберкульозу   |
|                                   | 7. Bac. Fusiformis             |
|                                   | 8. Herpes simplex              |
|                                   | 9. Spirocheta Vencenti         |

2. Назвіть характерні клінічні прояви бактеріальних захворювань в порожнині рота, встановіть відповідність між нозологічною формою захворювання та симптомами:

|  |  |
|--|--|
| 1. туберкульоз<br>2. сифіліс<br>3. гонорея<br>4. скарлатина<br>5. дифтерія<br>6. виразково-некротичний гінгіво- стоматит | 1. некротичні зміни в яснах<br>2. фібринозні плівки в порожнині рота<br>3. виразка неправильної форми з підритими краями, які легко кровото-<br>чать при доторкуванні до дна<br>4. чітко обмежена гіперемія рото глотки «палаючий зів»<br>5. в порожнині рота густий з жовтуватим відтінком ексудат, який має<br>зловонний запах<br>6. блюдцеподібна виразка округлої форми з припіднятими рівними кра-<br>ями, дно м'ясо-червоного кольору, блискуче, при пальпації хрящоподіб-<br>ної консистенції |
|--|--|

3. Назвіть лікарські препарати, які використовуються для лікування проявів в порожнині рота бакте-  
ріальних захворювань, встановіть відповідність між нозологічною формою захворювання і препара-  
том:

|  |  |
|--|--|
| 1. туберкульоз<br>2. сифіліс<br>3. гонорея<br>4. скарлатина<br>5. дифтерія<br>6. виразково-некротичний гінгіво- стоматит | 1. антибіотики<br>2. імунокоректори<br>3. антисептики<br>4. протеолітичні ферменти<br>5. знеболюючі<br>6. протигрибкові препарати<br>7. епітелізуючі засоби<br>8. сульфаніламідні препарати<br>9. полівітаміни<br>10. противірусні препарати |
|--|--|

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННОГО СИФІЛІСУ».**

| <i>Порядок обстеження</i>  | <i>Виявлені симптоми</i>   | <i>Патогенетичне обґрунтування симптомів</i>   |
|--|--|--|
| Опит скарги  | Відсутні; можливі скарги на виразки в порожнині рота, відчуття дискомфорту під час їжі і при розмові   | Суб'єктивні відчуття відсутні або виражені слабо у зв'язку з безболісністю твердого шанкру   |
| Анамнез<br>стать, вік, перенесені і супутні захворювання                 | Хворіють як чоловіки, так і жінки. Частіше в молодому віці.<br>Соматична патологія обтяжує перебіг сифілісу й знижує імунітет.   | Соматична патологія знижує загальний імунітет, сифіліс може перебігати в більш важкій формі  |
| Розвиток захворювання<br>тривалість захворювання                         | Первинний період сифілісу розпочинається через 3-4 тиж. після зараження з виникнення на місці зараження твердого шанкру й триває 5-7 тижнів  |  |
| ефективність проведеного лікування                                       | Лікування не проводилося або було мало-ефективним  | Не було встановленого діагнозу   |
| Огляд<br>зовнішній огляд<br>регіонарні<br>лімфатичні вузли               | Без особливостей<br>Через 5-7 днів після появи твердого шанкру збільшуються найчастіше під підборідні й піднижньощелепні лімфатичні вузли (бубон або регіонарний склераденіт), які є вторинним симптомом первинного сифілісу. При пальпації регіонарні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, щільно - еластичної консистенції, рухомі  | У регіонарних лімфатичних вузлах відбувається бурхливе розмноження блідої трепонеми  |
| Огляд порожнини рота<br>Огляд слизової оболонки                          | На місці вторгнення блідої трепонеми - м'ясо- червоного кольору ерозія, рідше виразка округлої або овальної форми розміром від 3 мм (карликові шанкри) до 1,5 см з інфільтратом біля основи, злегка підведеними краями, безболісна при пальпації. Іноді ерозії покриті сірувато-білим нальотом. При приєднанні вторинної інфекції ерозія заглиблюється утворюючи виразку покриту брудно-сірим некротичним нальотом | Розвиток твердого шанкру починається з обмеженої гіперемії, на тлі якої виникає заглиблення, а далі - некроз з утворенням ерозії. Гістологічно твердий шанкр - значний запальний інфільтрат в сполучнотканинному шарі, який складається з лімфоцитів і плазматичних клітин. Значна проліферація ендотелію аж до облітерації судин. |
| Атипова локалізація твердого шанкру<br><br>кути рота і перехідні складки | Атипова локалізація твердого шанкру зустрічається в кутах роту, на яснах, перехідних складках, язичі, мигдаликах.<br><br>Твердий шанкр має вид тріщини, при розтягненні якої визначається характерна ерозія овальної форми з щільним інфільтратом в основі. У кутку рота твердий шанкр може виглядати як заїда   |  |

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| <i>ясна</i>      | Твердий шанкр має вигляд яскраво-червоної гладенької ерозії, у вигляді півмісяця оточує 1-2 зуба. Виразкова форма твердого шанкру на яснах не має ніяких типових для сифілісу ознак. Діагностику полегшують регіонарний лімфаденіт і наявність блідої трепонеми на поверхні ерозії або виразки  | Розвиток твердого шанкру починається з обмеженої гіперемії, на тлі якої виникає заглиблення, а далі - некроз з утворенням ерозії.  |
| <i>язик</i>      | Твердий шанкр частіше буває одиночним, звичайно в середній третині язика. В осіб з складчастим язиком, окрім ерозійної і виразкової форм, шанкр в складках язика має щілиноподібну форму. На спинці язика із-за значного інфільтрату в основі шанкр різко виступає над навколишньою тканиною і має форму блюдця, перевернутого вверх дном, поверхня якого яскраво гіперимована. При пальпації безболісний. Запалення навколо шанкру відсутнє. | Гістологічно твердий шанкр - значний запальний інфільтрат в сполучно-тканинному шарі, який складається з лімфоцитів і плазматичних клітин. Значна проліферація ендотелію аж до облітерації судин |
| <i>мигдалики</i> | При виразковій формі шанкру мигдалики збільшені, ущільнені з одного боку. На гіперемійованому фоні спостерігається м'ясо-червона виразка з блюдцеподібними рівними краями. Ковтання болісне. При ангиноподобному шанкрі ерозії або виразки немає. Є одностороннє збільшення мигдаликів, які стають мідно-червоного кольору, безболісні, щільні, чим і відрізняються від таких при ангіні.   |  |

#### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: « ДІАГНОСТИКА ВТОРИННОГО СИФІЛІСУ».

| <i>Порядок обстеження</i> | <i>Виявлені симптоми</i>   | <i>Патогенетичне обґрунтування симптомів</i>   |
|---------------------------|--|--|
| <i>Опит скарги</i>        | Відсутні<br><br>Безболісні плями на слизовій оболонці рота.<br><br>Неприємні відчуття і болісність при ковтанні. | Висипи при вторинному сифілісі в основному не викликають пошкодження тканин і не супроводжуються суб'єктивними відчуттями.<br>Розеоли і папули в порожнині рота надають слизовій оболонці плямистого вигляду.<br><br>Сифілітична еритематозна ангіна |
|                           | Больові відчуття при розмові та прийомі їжі. Осиплий голос (сифілітична дисфонія)                                | При ерозуванні папул в не санованій порожнині рота, при приєднанні вторинної інфекції і хронічній травмі виникають больові відчуття. Папульозний сифілід нерідко розповсюджується на гортань, викликаючи осиплість голосу                            |
| <i>Анамнез</i>            | Аналогічно первинному періоду сифілісу   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Розвиток теперішнього захворювання<br><i>тривалість захворювання</i>  | Починається через за 6-7 тиж. після появи твердого шанкру, коли при симптомах первинного сифілісу (твердий шанкр, склераденіт, поліаденіт) з'являються рясні розеолезно-папульозні висипання. Вторинний сифіліс триває 2-4 роки і супроводжується позитивними серологічними реакціями. Вторинний сифіліс має хвилеподібний перебіг з чергуванням активних і прихованих (безсимптомних) періодів. Тривалість кожного із них індивідуальна, в середньому 1,5-2 міс. | Наростає напруженість інфекційного імунітету. Гуморальний імунітет, що утворився на початку хвороби, поступово слабшає, а клітинний імунітет наростає, внаслідок чого поступово змінюється клінічна картина захворювання |
| Ефективність проведеного лікування<br>Огляд<br><i>зовнішній огляд</i> | Лікування не проводилося або було малоефективним. Можливий розеолезний і папульозний висип (долоні, підшви, тулуб і ін.), висип (шкіра особи, тулуби і ін.) пустули, пігментний сифілід - сифілітична лейкодерма (на бічних і особливо на задній поверхні шиї) і сифілітичне облісіння (дифузне і дрібновогнищеве)  | Діагноз не був встановлений своєчасно. Клінічна картина захворювання змінюється в результаті ослаблення гуморального і наростання клітинного імунітету   |
| Регіонарні лімфатичні вузли   | На початку вторинного періоду сифілісу (сифіліс вторинний свіжий) зберігаються склераденіт і поліаденіт. У подальшому, під час прихованого періоду сифілісу і його рецидивів лімфатичні вузли приходять в норму і можуть не пальпуватись  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Огляд порожнини рота<br><i>огляд слизової оболонки рота</i><br><i>сифіліс вторинний свіжий</i><br><i>прихований період</i><br><i>вторинний рецидивний сифіліс</i> | Велика кількість розеолезно-папульозних висипань, наявність твердого шанкру в порожнині рота. Повна відсутність клінічних проявів. Діагноз в цей період може бути поставлений тільки за допомогою серологічних реакцій. Нечисленні висипання групуються в кільця, дуги папули і розеоли на дужках, м'якому піднебінні, язичку, мигдаликах, язиці по лінії змикання зубів, яснах і ін. У цей період висипання в роті можуть бути єдиним клінічним проявом хвороби | Відбувається генералізація інфекції  |
| Особливості клінічних проявів на слизовій оболонці рота   | Локалізується найчастіше на дужках, м'якому піднебінні, язиці і мигдаликах симетрично, утворюється в результаті розеолезних висипань в цій ділянці.  | При еритематозній ангіні визначається незначний запальний периваскулярний інфільтрат в сосочковому шарі, що складається з лімфоцитів, плазматичних клітин і гістіоцитів. |
| <i>плямистий сифілід</i>  | Червоні, різко обмежені плями, які зливаються в еритему, яку називають еритематозною ангіною. Уражена ділянка має застійно-червоний колір, іноді з мідним відтінком, і чіткі межі. Іноді хворі скаржаться на неприємні відчуття і болісність при ковтанні  | Судини розширені, відзначається гіперплазія ендотелію  |

**Туберкульоз** – це хронічне інфекційне специфічне захворювання, яке викликається мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха). Захворюваність туберкульозом на Україні виросла з 1990 до 1997 р. на 53%, і щорічно збільшується на 10%. Щодня в Україні реєструється 82 нових випадки туберкульозу і 30 хворих вмирає, на всій земній кулі – кожену секунду інфікується 1 людина і 1 вмирає кожні чотири секунди. На сьогоднішній день 30% населення планети інфіковано туберкульозом. Це говорить про епідемію і навіть пандемію захворювання. СОПР володіє високою резистентністю і несприйнятністю до мікобактерії Коха. Захворювання виникає при зниженні резистентності організму. Джерело зараження: хворі люди, тварини (корови) і птахи, а також при вживанні молока, м'яса, яєць від хворих тварин і птахів. Зараження СОПР: повітряно-краплинним, контактним, харчовим і ендогенним (гематогенним, лімфогенним) шляхом. При потрапленні

мікобактерії в організм залежно від стану захисних сил організму, інтенсивності інфікування людина може не захворіти, а залишитися носієм інфекції, яка проявиться при зниженні імунітету.

На СОПР зустрічається первинний і вторинний туберкульоз.

*Первинний туберкульоз* СОПР зустрічається дуже рідко, в основному у дітей. Захворювання виявляється у вигляді туберкульозного шанкру. Характеризується безсимптомним інкубаційним періодом, тривалістю від 1 тижня до 1 місяця. Потім, на місці вхідних воріт інфекції виникає виразка:

- болісна, щільна при пальпації
- розміром до 1 см
- з підритими, нерівними краями
- покрита сіруватим нальотом
- при мікробіологічному дослідженні – мікобактерії Коха

Через 3 тижні після появи туберкульозного шанкру

- регіонарний лімфаденіт в підщелепній області
- лімфовузли можуть зливатися в пакети і спаюватися з шкірою
- розм'якшення і нагноєння лімфовузлів
- утворення гнійних свищів

*Вторинний туберкульоз* на СОПР виявляється у вигляді:

- туберкульозного вовчаку;
- скрофулодерми;
- міліарно-виразкового туберкульозу.

*Туберкульозний вовчак.*

Характеризується загальними симптомами:

- субфебрильна температура;
- пітливість (нічна, проливна);
- різке схуднення;
- гіперплазія лімфатичних вузлів;
- лімфопенія;
- зрушення нейтрофілів вліво;
- прискорене ШОЕ;

На місці вторгнення мікобактерії на поверхні слизової оболонки або шкіри утворюється жовтувато-червона пляма з чіткими контурами, яке поступово піднімається над поверхнею і утворюється типовий горбик – люпома жовто-червоного кольору розміром до 2 мм. Горбик м'який, безболісний, росте по периферії і зливається з іншими елементами, унаслідок чого утворюються горбкові розростання різних розмірів. Після їх розпаду утворюються 1-3 виразки:

- болісні;
- неправильної форми;
- краї нерівні, підриті, м'які;
- дно покрито жовтувато-сірим нальотом;
- після зняття нальоту – грануляція, що нагадує ягоди малини;
- регіонарні лімфовузли збільшені і болісні при пальпації;



- після загоєння утворюються нерівні рубці, на яких можуть утворюватися нові елементи ураження;

Симптоми:

- «яблучного желе» - при діаскопії колір люпоми нагадує колір яблучного желе  
- симптом Пospelова – феномен провалення круглого зонда при натисканні на люпому (обумовлено руйнуванням еластичних і колагенових волокон).

Діагностика:

- позитивна реакція Пірке, Манту  
- при цитологічному дослідженні – гігантські клітки Пирогова-Лангханса  
- при мікроскопії зіскобу з дна – мікобактерії виявляються рідко і лише при фарбуванні по Цилю-Нільсону.  
- при гістологічному дослідженні – горбик містить гігантські клітки Пирогова-Лангханса, плазматичні і епітеліальні клітини, оточені лімфоцитарним валом, пластичні і колагенові волокна зруйновані. У інфільтраті – казеозний некроз.

*Скрофулодерма* – туберкульоз СОПР виникає при проникненні інфекції гематогенним або лімфогенним шляхом. Зустрічається рідко, в основному у дітей. Клініка: у товщі слизової утворюється вузол, який розм'якшується, а потім утворюється виразка:

- неправильної форми, м'яка;  
- з підритими краями;  
- дно покрите грануляціями;  
- малоболісна;  
- при загоєнні – нерівні рубці, на яких можуть утворюватися нові елементи ураження;  
- позитивні серологічні реакції;  
- при цитологічному дослідженні – змішана мікрофлора, клітини Пирогова-Лангханса;

*Міліарно-виразковий туберкульоз СОПР* розвивається у хворих з пониженим імунітетом, при відкритій формі туберкульозу легень або гортані унаслідок кровохаркання. При цьому палички Коха з мокротою потрапляють на СОПР і викликають утворення дрібних горбиків (мікроабсцесів), які виступають над рівнем слизової, зливаються між собою, утворюють виразки:

- неправильної форми з м'якими підритими краями;  
- сильно болісна;  
- на дні – горбики, що не розпалися, – зерна Треля;  
- у колі виразки міліарні горбики нагадують пустули, але при натисканні гній не виділяється;  
- дуже повільне рубцювання;  
- гіперсалівація;  
- лімфовузли м'які, збільшені і болісні при пальпації;  
- цитологічне дослідження: клітини епітелію, Пирогова-Лангханса, іноді мікобактерії Коха;  
- серологічні реакції: Манту - +, Пірке – частіше -, рідше - +.

*Тактика лікаря-стоматолога.* При підозрі на туберкульоз – надання тільки невідкладної допомоги і направлення для обстеження в туберкульозний диспансер. Дотримання всіх правил санітарного режиму. При підтвердженні діагнозу – лікування місцеве:

- антисептична обробка
- знеболення
- ферменти
- аплікації 5-10% розчину ізоніазиду, 5% розчину салюзиду, 3% розчину ПАСК, 2% розчину салютизону, розчину стрептосалюзиду на новокаїні (1 г на 5 мл), 10% розчину канаміцину. Ін'єкції стрептоміцину в осередок ураження по 0,2-0,5 р.
- обволікаючі засоби
- кератопластичні засоби.

### ***Сифіліс СОПР.***

Хронічне інфекційне захворювання. Збудник – бліда спірохета, *Treponema pallidum*. Під мікроскопом має вигляд спіралі. Поза організмом ТП чутлива до зовнішньої дії, хімічних речовин, висихання, нагрівання, дії сонячних променів. Зберігається у вологих біологічних середовищах: ротова рідина, грудне молоко інфікованої жінки, сперма, слизова рідина. Висока контагіозність.

Існує прямий і непрямий шлях зараження.

*Прямою* – при статевих контактах, поцілунках, годуванні дітей грудьми, професійний (огляди, хірургічні і стоматологічні втручання, патанатомічні дослідження), трансплацентарний.

*Непрямою* – через предмети, що контактували з інфікованим матеріалом (стоматологічні інструменти, ендоскопічні прилади), предмети особистої гігієни при порушенні цілісності слизової.

Клініка:

- інкубаційний період;
- первинний період;
- вторинний період;
- третинний період;
- ранній, пізній і прихований природжений сифіліс;
- вісцеральний сифіліс;
- сифіліс нервової системи.

*Інкубаційний період* – це термін від моменту зараження до появи твердого шанкру. В середньому – 3-4 тижні. Розповсюджується ТП по лімфатичних судинах вже в перші години після зараження.

*Первинний період* – починається з появи твердого шанкру (ТШ) і триває в середньому 6-8 тижнів. При мікроскопії - дослідженні в темному полі визначається збудник – бліда трепонема. Через 5-7 днів після утворення ТШ збільшуються регіонарні лімфовузли (бубони), в яких йде бурхливе розмноження ТП. З лімфатичних вузлів вже на початку первинного періоду трепонеми потрапляють в кров і починають вироблятися антитіла, які в кінці 4 тижні первинного періоду можна визначити за допомогою класичних серологічних реакцій – Вассермана (преципі-

тація комплементу з трепонемним антигеном), імунофлюорисценції (РІФ), іммобілізації блідих тріпнем (РІБТ), імуноферментний аналіз, гемаглютинація. У зв'язку з цим первинний період поділяють на первинно серонегативний і первинно серопозитивний. Найбільш часта локалізація на губах, щоках, ближче до кута рота, язиці, мигдаликах.

*Симптоми первинного періоду:*

- гіперемія і ущільнення слизової;
- у центрі – некроз і утворення твердого шанкру;
- ерозія округлої форми з піднятими чіткими краями;
- безболісна;
- дно – м'ясо-червоного кольору;
- в ос ерозії – щільний хрящеобразної консистенції інфільтрат;
- у соскобі легко виявляються бліді трепонеми;
- регіонарні лімфовузли збільшені, безболісні, щільні, не спаяні між собою і з м'якими тканинами;

Форми шанкрів:

- типова;
- атипові (виразкова, шанкр-тріщина, шанкр-кірка, шанкр-папула, гігантська форма шанкру, шанкр-амигдалит, у області ясен).

До кінця первинного періоду можливо підвищення температури тіла, явища загальної інтоксикації, анемія, лейкоцитоз, прискорене СОЭ.

*Вторинний період* – виявляється на шкірі і слизовій у вигляді висипань. Розрізняють: свіжий, рецидивуючий, прихований. З'являється через 6-8 тижнів після появи первинного сифілісу і триває 3-4 роки (без лікування). Загальні симптоми: хриплий голос, поліаденіт, підвищення температури тіла, підвищена стомлюваність, випадання волосся, при бактеріоскопічному дослідженні – велика кількість трепонем, позитивні серологічні реакції.

Виявляється у вигляді:

- плямистого сифіліду;
- папульозного сифіліду;
- пустульозного сифіліду.

Плямиста форма – на слизовій зіву, м'якого піднебіння, мигдаликів – безболісні, застійно-червоного кольору розеоли, іноді з мідним відтінком, з різкими межами, безболісні, зливаються в еритему. На шкірі шиї - сифілітична лейкодерма: круглі депігментовані плями, діаметром 0,8 см (намисто Венери).

Папульозна форма – найбільш часто зустрічається на СОПР. Локалізується на слизовій м'якого піднебіння, мигдаликів, дужок, щік по лінії змикання зубів, язиці, губах, яснах. Спочатку папула темно-червоного кольору, відмежована, з невеликим інфільтратом в основі, потім сірувато-білого кольору, обмежена гіперемійованим вінчиком і інфільтратом по периферії, часто піднімається над рівнем слизової. При зішкрібанні епітелій видаляється, оголяючи м'ясо-червоного кольору безболісну ерозію. При локалізації на язиці – атрофія ниткоподібних сосочків – виникають поліровані, гладкі, блискучі поверхні у вигляді дисків нижче рівня сли-

зової – симптом «скошеного луку». При рецидивах папули групуються у вигляді кіл – своєрідні «гірлянди».

Позитивні симптоми: Бідермана (темно-червоний колір передньої частини склепіння глотки) і Ядассона (різкий біль при натисканні на сифілітичну папулу).

Пустульозна форма – зустрічається у край рідко у ослаблених людей і супроводжується підвищенням температури. Спочатку виникає інфільтрат, потім утворюється болісна виразка.

Третинний період – виникає через 3-5 і більше років після зараження. Загальні симптоми: ниючий біль у області СОПР, порушення мови, гнусавість, нежить з гнійними виділеннями, регіонарні лімфовузли збільшені, безболісні при пальпації, поява сифілідів на поверхні вісцеральних органів і кісток з їх розпадом і важкими функціональними порушеннями, низька заразливості хворого, сідловидний ніс. Виявляється у вигляді:

- гумозного сифіліду;
- горбкового сифіліду;

*Гуми* – на м'якому або твердому піднебінні, язиці, губах одиничні або множинні вузли, безболісні, збільшуються до 3-4 см в діаметрі. Через 5-10 днів розкриваються і утворюються малоболісні кратероподібні виразки з щільними краями. Дно покрите грануляціями. При локалізації на язиці – склерозуючий глосит, обмеження рухомості язика, на твердому небі – некроз кістки і перфорація піднебіння, на м'якому піднебінні – деформація, укорочення, руйнування язичка. Після епітелізації – втягнутий зірчастий рубець. При цитологічному дослідженні бліда трепонема не виявляється. РІФ і РІБТ – позитивні.

Горбковий сифілід – на слизовій губ, альвеолярного відростка і піднебіння утворюються щільні синюшно-червоного або червонувато-коричневі горбики на інфільтрованій основі, які не зливаються, швидко покриваються виразками, утворюється виразка з щільними фестончастими краями. При цитологічному дослідженні бліда трепонема не виявляється. РІФ і РІБТ – позитивні.

Тактика лікаря-стоматолога.

При підозрі на сифіліс – надання тільки невідкладної допомоги і напрям для обстеження у венерологічний диспансер. Дотримання всіх правил санітарного режиму. При підтвердженні діагнозу – лікування місцеве:

- антисептична обробка;
- знеболення;
- ферменти;
- аплікації 8% суспензії бійохинолу, 7% суспензії бісмоверолу, 10% суспензії осарсола, міарсол (0,15 г розчинити в 2 мл розчину новокаїну), 10% суспензії новарсенола в гліцерині.
- кератолітики;
- хірургічне лікування через 5 років після зняття з диспансерного обліку.

## ГОНОРЕЙНИЙ СТОМАТИТ

**Гонорейний стоматит** (stomatitis gonococcica) — гостре інфекційне захворювання СОПР, збудником якого є гонокок.

Інкубаційний період становить від 1 доби до 1 міс і більше. Гонококи, які потрапили на СОПР, через 3—4 доби по міжклітинних проміжках досягають субепітеліальної сполучної тканини і викликають запальну реакцію з утворенням гнійного ексудату, що розглядається як міграція нейтрофільних гранулоцитів і плазмоцитів до місця вторгнення збудника. У дітей зараження відбувається під час народження і поєднується з ураженням СО очей та носа.

Скарги хворих при гонорейному стоматиті, як правило, відсутні. СО головним чином нижніх відділів порожнини рота (губ, ясен, бічних і нижньої поверхні язика та дна ротової порожнини), а також глотки, мигдаликів, гортані яскраво гіперемійована і вкрита надзвичайно великою кількістю сірого, інколи зеленуватого гнійного нальоту з неприємним запахом.

*Діагностика.* Діагноз підтверджується знаходженням гонокока при мікроскопії ексудату.

*Лікування* гонорейного стоматиту ідентичне терапії гнійно-некротичних уражень СОПР. Основну терапію проводить дерматовенеролог. До одужання треба вживати профілактичних заходів, щоб запобігти інфікуванню членів сім'ї хворого.

### ***Студент повинен уміти:***

1. Діагностувати бактерійні захворювання СОПР.
2. Уміти проводити лікування даних захворювань.

***Самоконтроль знань і умінь по темі і контроль кінцевого рівня знань.***

#### ***Завдання №1.***

Хворого Ч., 48 років, турбує появу різко болісної виразки на бічній поверхні язика. Хворіє близько місяця, відчуває слабкість, нездужання; температура тіла постійно підвищена 37-37,5<sup>0</sup>С. Виразка з'явилася в перші дні і за час хвороби збільшилася в розмірах.

Об'єктивно: на бічній поверхні язика зліва виразка в межах м'язового шару, завдовжки до 3 см, шириною не більше 1,5 см, з нерівними підритими краями, при пальпації болісна, м'яка. Дно виразки покрите жовто-сірим нальотом, що легко знімається. Підщелепні лімфовузли зліва збільшені, рухомі, помірно болісні при пальпації. У аналізі крові ШОЕ – 15мм/ч.

1. *Перерахуйте захворювання, вроджені для описаної симптоматики.*
2. *Сформулюйте найбільш достовірний діагноз.*
3. *Обґрунтуйте діагноз, використовуючи умови завдання.*
4. *Які додаткові методи обстеження можуть підтвердити діагноз?*
5. *Яка тактика лікаря в подібній ситуації?*

#### **Еталон відповіді:**

1. а) туберкульозна виразка;  
б) травматична виразка;  
в) твердий шанкр;  
г) трофічна виразка.
2. Туберкульозна виразка.

3. Порушення загального стану. Субфебрильна температура. Виразка щілинноподібної форми з підритими краями, болісна при пальпації. Збільшення і болісність регіонарних лімфовузлів.

4. Цитологічне дослідження мазка-відбитку (наявність клітин Ланганса). Позитивні проби Пірке і Манту.

5. Загальне лікування в спеціалізованій установі. Місцеве лікування симптоматичне.

2. Хворий К. 45 років скаржиться на постійне підвищення температури тіла, слабкість, наявність у порожнині рота болісних виразок. При огляді на слизовій оболонці щоки на гіперемованому фоні візначається болюча виразка розміром 10 мм з нерівними підритими краями та брудно-сірим дном з поодинокими мікроабсцесами по периферії.

Лімфатичні вузли збільшені, тістоподібної консистенції. Консультацію якого спеціаліста слід отримати для остаточної постановки діагнозу?

**A** Фтизіатра

**B** Венеролога

**C** Гематолога

**D** Кардіолога

**E** Онколога

3. У хворого Д., 38 років на слизовій оболонці щік розташовані горбики жовто-червоного кольору, м'якої консистенції, діаметром 1-3 мм, слабо болісні при пальпації. Симптоми Поспелова та яблучного желе позитивні. Який ймовірний збудник даного захворювання?

**A** Паличка Коха

**B** Паличка Гансена

**C** Спірохета Венсана

**D** Паличка Лефлевра

**E** Гонокок

### ***Завдання для самостійної роботи.***

1. Реферат на тему: «Сучасні антибактеріальні препарати, що використовуються при лікуванні захворювань СОПР».