

УДК: 616.313-002.64

## СИФИЛИС СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

Урусов А.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. Акад.

Е.А.Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

(614000, Пермь, ул.Петропавловская, 26), email: alexey.urusov@mail.ru

Урусов А.Е. (Urusov A.E.) – студент стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

**Специальность 14.01.14 – Стоматология.**

Стоматологическая заболеваемость является важной проблемой общественного здравоохранения в связи с высокой распространенностью. Заболевания полости рта оказывают значительное влияние на качество жизни на протяжении всего жизненного цикла человека. Одним из таких является сифилис полости рта. Сифилис во рту является распространенным заболеванием современного поколения, которое игнорирует правила здоровых сексуальных контактов, регулярные профосмотры. В некоторых случаях достаточно просто воспользоваться предметом зараженного человека – зубной щеткой, вилкой, зубочисткой. К сожалению, заболевание лечится только на ранних стадиях, которые не всегда диагностируются своевременно. Если не проводить лечения, инфекция быстро распространяется с потоком крови и лимфы во все органы и ткани. Бледная трепонема после прикрепления к поверхности слизистой приводит к тому, что сифилис во рту развивается стремительно. Несмотря на локальное поражение, угроза для здоровья высока в той же степени, что и при возникновении высыпаний в паховой зоне. Инфекция, способная передаваться между людьми различными способами и несущая прямую угрозу для жизни. Очаги поражения сифилисом могут располагаться в интимных зонах, на руках, туловище. Но в последние годы участились случаи с проявлениями инфекции во рту.

Ключевые слова: сифилис полости рта, слизистая оболочка, бледная трепонема, шанкр, гумма, папула, сифилид.

## SYPHILIS OF THE ORAL MUCOSA.

Urusov A.E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Dental morbidity is an important public health issue due to its high prevalence. Oral diseases have a significant impact on the quality of life throughout the life cycle of a person. One of these is the syphilis of the mouth. Syphilis in the mouth is a common disease of the modern generation, which ignores the rules of healthy sexual contacts, regular occupational examinations. In some cases, it is enough to simply use the object of an infected person – a toothbrush, fork, or toothpick. Unfortunately, the disease is treated only in the early stages, which are not always diagnosed in a timely manner. If not treated, the infection quickly spreads with the flow of blood and lymph to all organs and tissues. Pale Treponema after attachment to the surface of the mucosa leads to the fact that syphilis in the mouth develops rapidly. Despite the local lesion, the threat to health is high to the same extent as when rashes occur in the inguinal zone. An infection that can be transmitted between people in various ways and carries a direct threat to life. Lesions of syphilis can be located in the intimate areas, on the hands, torso. But in recent years, cases with manifestations of infection in the mouth have become more frequent.

Keywords: syphilis of the mouth, mucous membrane, pale Treponema, the chancre, Gumma, papule, of syphilides.

**Введение:** Сифилис слизистой оболочки полости рта является специфическим инфекционным заболеванием, возникающим в результате проникновения бледного трепонема в организм. У большинства пациентов с диагнозом сифилис наблюдаются характерные признаки повреждения слизистой оболочки полости рта, надкостницы или костной ткани верхней и нижней челюсти. Первичные сифилитические очаги часто локализуются в полости рта. При первичном сифилисе полости рта у 95% пациентов имеется 1 непрерывный шанкр. Очень редко образуются сифилиды. В третичный период гуммозные инфильтраты чаще встречаются в нижней челюсти, которые разрушают костную ткань. У детей и подростков основными путями заражения являются внутриутробные и бытовые, тогда как у пожилых людей заражение оральным сифилисом происходит в большинстве случаев из-за незащищенного полового акта.

**Цель работы:** изучение общих сведений о течении и клинических проявлений сифилиса слизистой оболочки полости рта. Рассмотрение клинического случая.

**Материал и методы исследования:** была изучена история болезни пациента с диагнозом сифилис полости рта.

#### **Этиология.**

Бледная трепонема (*Treponema pallidum*) - возбудитель сифилиса. Бледная трепонема имеет спиральную форму и под микроскопом напоминает штопор, который сужается к концу. В среднем трепонема имеет от 8 до 14 однородных завитков, но их может быть больше или меньше. Характерным движением бледной трепонемы является вращение вокруг оси, то есть, если продолжить аналогию со штопором, она как бы вкручивается в щель в коже или слизистой оболочке. Бледная трепонема чрезвычайно подвижна, поэтому при малейшей возможности проникнуть в организм она происходит очень быстро. После попадания в организм человека бледные трепонемы начинают размножаться и поражать внутренние органы и ткани, через которые они быстро распространяются. В то же время они все еще живут и размножаются на слизистых оболочках и легко передаются половым путем или при тесном контакте со ртом (через обычное полотенце или блюдо, при поцелуе и т. д.), возможна транслацентарная и трансфузионная инфекция. Важно знать, что в организме не вырабатывается стойкий иммунитет к бледным трепонемам, поэтому повторное заражение возможно после полного излечения, например, в паре, где оба партнера болели, но лечился только один. Опасность трепонем заключается в том, что они прекрасно чувствуют себя не только в организме человека, но и во внешней влажной среде: они могут спокойно прожить несколько часов, например, на блюде, употребляемом человеком с сифилисом, и при дешевых обстоятельствах «перейти» к новому «хозяину». Даже после смерти больного сифилисом бледная трепонема может оставаться активной до 96 часов. Замораживание также не лишает

их жизненных сил - после экспериментов бледные трепонемы оставались жизнеспособными уже через год при температуре  $-78^{\circ}\text{C}$ . Однако при сушке под действием дезинфицирующих средств, кислот и щелочей трепонемы быстро отмирают, при температуре  $55^{\circ}\text{C}$ , трепонема погибает в течение 15 минут. Кроме того, возбудитель сифилиса очень чувствителен к большинству антисептиков.

### **Патогенез.**

Бледная трепонема, проникает в кожу или слизистую оболочку и быстро распространяется за пределы места вакцинации. В эксперименте они обнаруживаются в лимфатических узлах, крови и тканях мозга через несколько часов или даже минут после заражения. Личная профилактика лица с местными трепонемоцидными лекарственными средствами оправдана только через 2-6 часов. Бледные трепонемы распространяются в организме через лимфатические и кровеносные сосуды. Однако, как факультативные анаэробы, они размножаются только в лимфе, которая содержит значительно меньше кислорода, чем артериальная и венозная кровь.

### **Клинические проявления.**

По течению и характеру клинических проявлений при развитии сифилиса выделяют:

- инкубационный период (длится в среднем 4-5 недель с момента заражения до появления первых клинических проявлений);
- первичный период-появление первичной сифиломы (твердого шанкра) длится 6-8 недель;
- период вторичных высыпаний (развивается через 2-6 месяцев с момента заражения и длится до 2 лет);
- третичный период (2-5 и более лет после заражения).

Слизистая оболочка полости рта поражается при всех формах сифилиса. Сифилитические проявления на слизистой оболочке являются наиболее опасными с эпидемиологической точки зрения, особенно на ранних стадиях заболевания. Этому способствуют частые эрозии и изъязвления сифилитических высыпаний, выделения которых содержат большое количество бледных трепонем. Слизистая оболочка часто травмируется уксусом, порезом острыми краями кариеса или плохо отполированными пломбами, съемными и несъемными зубными протезами. Несчастные случаи возможны при ортопедических, терапевтических и хирургических вмешательствах, а также при ортодонтическом лечении.

### **Первичный сифилис слизистых оболочек полости рта.**

Поражение слизистой оболочки полости рта в первичном периоде встречается примерно в 1,5-10%. Твердый шанкр может появиться на любой части красной границы губ или слизистой оболочки полости рта, но в основном локализуется на губах, языке и

миндалины. Характерной особенностью твердого шанкра полости рта является его небольшой размер и сходство с травматическими дефектами, что приводит к значительным трудностям в диагностике. Шанкр верхней и большей части нижней губы проявляется как язва или эрозия, дно которой часто может быть покрыто коричневато-коричневой коркой. В углах рта, обычно в небольших складках кожи, может быть расположен щелевидный алтарь, напоминающий трещину. Когда фиксированный шанкр помещается в углах рта, то для него характерно отсутствие уплотнения у основания. Концы губ часто имитируют безудержную, травматическую, герпетическую эрозию и с выраженной инфильтрацией эпителия. Реже на красном краю губ появляется гипертрофированный твердый шанкр. Это полусферическое, плотно упругое образование, иногда в форме грибовидной шапки, которая поднимается до 2-3 см в диаметре, значительно выше высоты кожи. Поверхность гипертрофированного шанкра обычно блестящая, гладкая, с редкими выделениями, субъективные ощущения не выражены. Шанкр на языке обычно одинок, чаще в средней трети. Если на задней части языка имеется фиксированный шанкр, он резко выступает за пределы окружающей ткани из-за значительной инфильтрации в основании, и на его поверхности возникает эрозия телесного красного цвета. В дополнение к эрозивной или язвенной форме конец языка часто представлен в виде трещиноподобной эрозии или язв с блестящим дном. Язвенная форма шанкра десны очень похожа на банальное изъязвление и почти не имеет признаков, характерных для первичной сифиломы. Очень трудно диагностировать шанкр тонзиллита, который может принимать одну из трех форм: эрозивная, язвенная и стенокардия (шанкра миндалин). Эрозивный шанкр миндалин возникает как эрозия красного или опалового цвета, которая имеет округлую форму, имеет размер от 2 до 10 мм, с уплотнением в основании, гладким дном и скудным выделением. Боль обычно не замечается. В язвенной форме миндалина увеличена и плотная. Язвенный шанкр миндалин характеризуется большими размерами, значительной глубиной, его дно покрыто серым налетом, боль часто возникает при глотании и пальпации. Оба типа шанкра характеризуются односторонними поражениями и специфическим склеренитом подчелюстных и шейных лимфатических узлов. Атипичным проявлением твердого шанкра на слизистых оболочках полости рта является шанкроидная миндалина. Характеризуется увеличением и сжатием миндалины без эрозии или язв. Когда миндалина сканируется шпателем, можно почувствовать его эластичность. Увеличенная гиперемизированная миндалина заслоняет просвет глотки и может привести к изменению голоса. В некоторых случаях возможны боли при глотании, общее недомогание, лихорадка, как при банальной стенокардии, что затрудняет диагностику сифилиса. Шанкры характеризуются специфическим подчелюстным и шейным лимфаденитом, который также односторонний. Вторым диагностическим признаком первичного периода сифилиса является регионарный

аденит. Когда шанкр находится в полости рта, регионарные (подчелюстные) лимфатические узлы обычно увеличиваются с одной стороны, часто безболезненно, движутся и кожа над ними не изменяется.

### **Вторичный сифилис слизистых оболочек полости рта.**

Поражения слизистой оболочки рта и гортани часто наблюдаются при вторичном сифилисе, и единственным клиническим проявлением заболевания могут быть сыпь при сифилисе в течение шести и более месяцев. Почти половина пациентов с вторичным сифилисом имеют поражения слизистой оболочки полости рта в форме розеолезного или папулезного сифилиса. Пустулезные высыпания на слизистой оболочке полости рта встречаются крайне редко. Из-за высокого риска инфицирования сифилиды на слизистой оболочке полости рта имеют важное эпидемиологическое значение, поскольку они содержат большое количество бледных трепонем. Пятнистый сифилис или розеола появляются симметрично на арках, мягком небе, языке, миндалинах в виде единичных, размером 0,5 см или более, застойных красных пятен округлой или овальной формы с четкими границами. У 47–55% больных розеолезной сыпью в этой области образуются твердые поражения с застойным красным, иногда с медным оттенком цвета, гладкой поверхностью и резкими границами - сифилитическая эритематозная стенокардия. Глотка горла слегка отечна. Субъективные ощущения часто отсутствуют, но может быть некоторая неуклюжесть или небольшая боль при глотании. Чаще всего при вторичном сифилисе папулезный сифилис возникает на слизистых оболочках. По мнению ряда авторов, они составляют 50% всех проявлений у мужчин и до 75% у женщин. Папулы могут появляться на языке, слизистой оболочке щеки, особенно вдоль закрывающей линии зубов, десен, но чаще всего появляются на миндалинах, дугах и мягком небе. У 10-15% пациентов папулы сливаются в непрерывные очаги (папулезная сифилитическая стенокардия). Папел представляет собой круглый или овальный очаг диаметром до 1 см, темно-красный, иногда с голубоватым оттенком, гладкой поверхностью и небольшим уплотнением у основания. Впоследствии экссудат, получивший воспаление, проникает через эпителий, покрывает папулу, серовато-белого цвета с узким воспалительным венчиком на периферии, который сильно выходит наружу из окружающей нормальной слизистой оболочки, папулы почти не могут выступать над окружающей слизистой оболочкой. При выскабливании шпателем удаляется налет, покрывающий папулу, и обнажается эрозия мякоти, 1-3 неделя после появления папулы - поверхность разрушается из-за травмы от еды, табачного дыма и т. д. Эрозивные папулы легко болезненны и чрезвычайно заразны. Иногда папулы могут образовывать язвы на слизистой оболочке, образуя небольшие язвы, покрытые желтовато-серым налетом или гноем. При добавлении вторичной инфекции возникает значительная боль, и область гиперемии вокруг

язв расширяется. Популярные элементы во рту чаще бывают очаговыми, но из-за постоянного нарушения они имеют тенденцию увеличиваться по периферии, гипертрофироваться и сливаться в бляшки, возвышающиеся над окружающими тканями. Такие папулы имеют более выраженную инфильтрацию, их поверхность имеет серый или грязно-желтый цвет, а иногда и полностью белый, похожий на налет. Поверхность гипертрофированной папулы неровная, зернистая или потрескавшаяся. Края этих папул могут быть плоскими или подниматься довольно вертикально, слизистая оболочка вокруг может быть нормальной, но также легкой или сильно воспаленной, гиперемированной, отечной. Пустулезные сифилитические поражения слизистых оболочек, впоследствии приобретающие язвенный характер, редко возникают при вторичном сифилисе и, как правило, являются проявлением злокачественного течения заболевания. Пустулезные язвенные сифилиды чаще встречаются отдельными, глубокими, различными формами болезненных элементов. Папулезные поражения задней части языка имеют своеобразный вид. Папулы расположены в области гребней существующих складок, борозды языка значительно углублены, их края уплотнены, могут стать V-образными, восприниматься как глубокие трещины. Наиболее распространенной локализацией сифилитических папул во рту являются миндалины, поражение которых обычно называют папулезной сифилитической стенокардией. Папулы могут располагаться непосредственно в устьях лакуны в виде беловатых накладок, напоминающих неспецифические стенокардии.. При вторичном сифилисе может произойти поражение гортани, основным симптомом которой является длительная, почти безболезненная охриплость, доходящая до афонии, которая не сопровождается общей простудой.

### **Третичный сифилис слизистых оболочек полости рта.**

По данным различных исследований, поражения слизистой оболочки при активном третичном сифилисе встречаются у 18-38% больных. На слизистых оболочках сифилиды развиваются на нормальной или слегка наложенной слизистой оболочке языка. Сифилиды создают впечатление, что они несколько ниже уровня диффузных инфильтратов гумуса, чем бугорковые элементы. Сифилиды слизистых оболочек характеризуются более яркой окраской, выраженным отеком, связанным с большим количеством сосудов в подслизистой ткани. В то же время слизистая оболочка полости рта может быть единственным местом клинического проявления третичного сифилиса на определенной стадии заболевания. Как и на коже, сифилитические высыпания на слизистой оболочке полости рта практически не заразны, но они имеют злокачественное течение по сравнению с вторичными сифилидами и разрушают ткани, в которых они расположены, что нередко приводит к нарушению функции органов. Чаще всего Гумма образуется на мягком и твердом небе и языке. Сначала образуется безболезненный узел, который постепенно увеличивается, а затем открывается. Неоткрытые

десны имеют плотную консистенцию, гладкую поверхность, резко ограниченную, слизистая оболочка над узлом умеренно воспалена, цвет ее застойно-красноватый. Сердцевина десны отклоняется, после чего образуется безболезненная язва, имеющая кратерообразную форму, плотные края и гранулированное основание. После заживления язв остаются блестящие (звездообразные) рубцы. Этот процесс занимает 3-4 месяца. На твердом небе гумма обычно располагается вдоль осевой линии. Благодаря тому, что слизистая оболочка тонко и тесно связана с надкостницей неба, процесс очень быстро переходит на надкостницу и кости. Инфильтрат гуммы быстро распадается и обнажает кость, которая некротизируется и секвестрируется, а также возникает связь между полостями рта и носа. Мягкое небо может быть в виде двух клинических форм: диффузной десневой инфильтрации и изолированной, которая может формироваться на фоне диффузной десневой инфильтрации. На мягком небе этот процесс обычно сопровождается перифокальным воспалением в виде покраснения и отека. При рубцевании мягкого неба может быть разрушена небная вуаль, ее укорочение, слияние со стенками глотки. При постановке диагноза в пользу новообразования мягкого неба показана насыщенная пурпурная окраска и инфильтрация, проявляющиеся в параличе одной половины неба с фонацией или неподвижностью всего мягкого неба. Гуммы языка появляются как локализованный или узловой глоссит, или склерозирующий диффузный или интерстициальный глоссит. При локализованном глоссите узел формируется в подслизистом слое. Это безболезненное образование плотной эластичной консистенции, которое затрудняет движение языка. В дальнейшем происходит размягчение и изъязвление десен. Язва имеет округлую форму, плотные, слегка приподнимающиеся края, неровное дно. После заживления остается шрам. Также возможно «сухое» растворение глоссита. Диффузный интерстициальный (склерозирующий) глоссит является наиболее тяжелым поражением слизистой оболочки полости рта при сифилисе. При этой форме сначала возникает диффузная инфильтрация языка, которая незначительно увеличивается в размерах и не образует узлов. Язык плотный, а слизистая оболочка во многих местах утолщена. Впоследствии инфильтрат замещается рубцовой тканью, которая постепенно стягивает язык, что приводит к серьезным трофическим нарушениям, язык сокращается, становится плотным, малоподвижным, что приводит к затруднениям в речи и питании, его поверхность становится бугристой, сосочки сглаживаются и исчезают. На задней поверхности языка часто образуются болезненные трещины и язвы, края которых иногда озлобляются. На фоне диффузного склерозирующего глоссита иногда появляются несколько десен (смешанный случай). Туберкулезный сифилис на слизистой оболочке встречается реже, чем гуммозный. Комки, как и десны, могут локализоваться где угодно, но чаще на слизистой оболочке губ, альвеолярных отростках и небе. Туберкулезный сифилис проявляется в виде изолированных бугорков или обширных

инфильтратов, быстро возникающих с резко изогнутой формой. Для туберкулезного сифилиса на слизистой оболочке и губах характерен плотный, красновато-коричневый цвет, относительно быстрое течение-обычно несколько месяцев от начала появления до образования рубцов.

#### **Диагностика сифилиса полости рта.**

Диагноз «сифилис слизистой оболочки полости рта» ставится на основании жалоб пациента, анамнеза заболевания, клинического обследования и результатов дополнительных методов исследования. При первичном сифилисе полости рта стоматолог обычно обнаруживает только один шанкр. При пальпации формируется поверхность язвы безболезненной, правильной круглой формы, красного цвета с гладкими восходящими краями и инфильтрированным салыным дном. Лимфатические узлы утолщены, увеличены, безболезненны и не припаяны к коже и окружающим тканям. При вторичном сифилисе полости рта обнаруживается остаточная сифилома, а также Розо-папулезная сыпь на небе, дугах и миндалинах. Соскабливание папул приводит к обнажению эрозивной поверхности. В случае рецидива вторичного сифилиса полости рта элементы сыпи образуются реже, папулы и розеола имеют бледный цвет, группируются, образуя формы, напоминающие гирлянды, кружева. При вторичном сифилисе полости рта выявляют полиаденит. При третичном сифилисе полости рта обнаруживается гуммозный инфильтрат, после распада которого образуется глубокая клеточная поверхность, похожая на кратер. Нарушается целостность челюстей и костей носа. Пораженный участок покрыт рубцами, что приводит к постоянным деформациям. Увеличение регионарных лимфатических узлов отсутствует. Обнаружение бледной трепонемы в соскобе или в содержимом лимфатических узлов подтверждает диагноз сифилиса полости рта. Для выявления сифилитических поражений применяют также серологические реакции, которые у больных становятся стабильно положительными, начиная с 4 недель после образования твердого шанкра. Первые 3 недели первичного орального сифилиса являются серонегативным периодом, так как в настоящее время невозможно подтвердить диагноз с помощью серологических реакций. Дифференцируют сифилис полости рта с пролежневыми язвами, злокачественными опухолями, туберкулезом и актиномикотическими поражениями, стенокардией, шанкриформной пиодермией, афта Сеттона, красным плоским лишаем, лейкоплакией. Больного осматривает врач-стоматолог или хирург-стоматолог, и при подозрении на специфическую сифилитическую инфекцию они направляются в КВД.

#### **Лечение сифилиса полости рта.**

Лечение сифилиса полости рта проводится в специализированном венерологическом диспансере. Местно показано промывание сифилитических очагов антисептиком. С этой



целью в стоматологии все чаще используются препараты на основе хлорамина. Выпуклые грануляции прижигают растворами хромовой кислоты. При обнаружении признаков нежизнеспособности пульпы проводится эндодонтическое лечение, которое соответствует принципам терапии хронического пародонтита. В большинстве случаев после заполнения каналов подвижность зубов снижается.

В фазе выраженных симптомов, хирургическое вмешательство, направленное на удаление образовавшихся секвестров, не проводится. Секвестрэктомию при сифилисе полости рта показана только после того, как клинические проявления заболевания утихли. В период ремиссии проводятся дезинфекционные мероприятия, заключающиеся в удалении зубных отложений, лечении кариеса и его осложнений. При раннем лечении, полном комплексном лечении прогноз по поводу сифилиса полости рта благоприятный. После восстановления и снятия с учета образовавшиеся дефекты подлежат пластической операции.

### **Клинический случай.**

Пациент С., 1981 г.р., поступил в дерматовенерологическое отделение 04.05.2018 г. с диагнозом «третичный сифилис (перфорация мягкого неба)». При обследовании больного были выявлены положительные серологические реакции на сифилис: RMP ELISA-IgM (-), IgG (+) (титр1: 1280).

Из анамнеза: считает себя больной с лета 2018 года, когда впервые заметила увеличение подчелюстных лимфатических узлов и появление «узелка» на слизистой оболочке мягкого неба. В ноябре 2019 года на его месте образовалась язва, появились бело-коричневые выделения, а голос изменился (по «носовому» типу). Пациентка никуда не обращалась, самостоятельно изучала медицинскую информацию из интернета и, имея достаточно высокий уровень образования, смогла поставить себе диагноз «сифилис или возможно рак». С декабря 2018 года по апрель 2019 года пациент «не мог решить, куда ему идти в онкологический или кожно-венерологический диспансер». В апреле 2019 года она обратилась в ККВД с этой проблемой по месту своего жительства.

Эпидемиологический анамнез: пациентка не замужем. Не имеет постоянного сексуального партнера. Случайные сексуальные отношения-1-2 раза в год.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 °С. сознание ясное. Кожа нормального цвета. Язык влажный, покрытый белым налетом. Везикулярное дыхание, никаких хрипов. Частота дыхательных движений составляет 18 в минуту. Тоны сердца четкие, ритмичные, частота сердечных сокращений-68 в минуту, артериальное давление-120/70 мм. живот мягкий и безболезненный. Стул, диурез в норме.

*Status localis.* Патологический процесс носит локализованный характер, с преимущественным поражением мягкого неба. На месте небной занавески — клиновидный дефект, края фестончатые, неровные, с грануляциями.

Анализы при поступлении: РМП 4 (+) титр 1:32, ИФА — IgM (–), IgG — 1:1280; ВИЧ, HCV, HBsAg — отрицательно. Общий анализ крови: гемоглобин — 131 г/л, лейкоциты —  $6,2 \times 10^9$ /л, б. — 0, э. — 2, п. 1, с — 60, лимфоциты — 35, б. — 2, скорость оседания эритроцитов — 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: сахар — 3,3 ммоль/л, холестерин — 4,2 ммоль/л, билирубин — 7,9 ммоль/л, общий белок — 77 г/л, аланинаминотрансфераза — 13 ЕД/л, аспартатаминотрансфераза — 18 ЕД/л. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, удельный вес — 1021, белок — нет, сахар — нет, лейкоциты — единичные в поле зрения, эпителий — единичный в поле зрения. Ликвор: 1 лимф/3 мкл, белок — 0,18 г/л, сахар — 3,0 ммоль/л. РМП (–), ИФА IgG (+) титр 1:80, РПГА (+) титр 1:160. Заключение невролога: общий состав ликвора без воспалительных изменений, данных за нейросифилис нет.

На основании клинических данных и лабораторного обследования установлен диагноз «А 52.8. Сифилис третичный. Гумма мягкого неба». Больной назначено специфическое лечение (соль натриевая бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД, 6 раз в сутки в течение 28 дней, после 2-недельного перерыва — повторный курс в аналогичной дозе в течение 14 дней). Динамики со стороны дефекта мягкого неба за время лечения не отмечено. Больной рекомендовано по окончании лечения наблюдение у стоматолога с последующей пластикой мягкого неба.

Заключение: данный клинический случай представляет интерес как крайне редкое проявление активного третичного сифилиса — гуммозного поражения мягкого неба, возникшего вследствие позднего обращения больной за специализированной помощью и соответственно поздних диагностики и лечения сифилиса.

#### **Вывод.**

Сифилис полости рта, распространенное заболевание современного поколения, которое игнорирует правила здоровых половых контактов, регулярных профессиональных осмотров. В некоторых случаях достаточно просто воспользоваться предметом инфицированного человека-зубной щеткой, вилок или зубочисткой. К сожалению, заболевание лечится только на ранних стадиях, которые не всегда диагностируются своевременно. Если его не лечить, инфекция быстро распространяется с потоком крови и лимфы во все органы и ткани. Бледная трепонема после адгезии к поверхности слизистой оболочки вызывает быстрое развитие сифилиса во рту. Инфекция, которая может передаваться между людьми различными путями, и, если ее вовремя не диагностировать, возникает прямая угроза жизни.

### **Список литературы.**

1. Аковбян В.А., Резайкина А.В., Тихонова Л.И. Характеристика эпидемиологических закономерностей, определяющих распространение заболеваний, передаваемых половым путём в России, // Вестн. дерматол. и венерол., 1998. – С. 4-6.
2. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. - М.: Медицина, 1993. – С. 156-169.
3. Венерические болезни: «Справочник». // Под Ред. Н.З. Яговдина. Минск. – Беларуская наука. – 1998. – 342 с.
4. Врожденный сифилис и его профилактика. Чеботарёв В.В., Гаевская О.В., Чеботарёва Н.В. Под редакцией В.В. Чеботарёва. – Ставрополь: Кн.изд-во, 2002. – 134 с.
5. Милич В.М. Эволюция сифилиса. – М., 1972. – 71 с.
6. Сифилис и его проявления в полости рта Г.В. Банченко, И.М. Рабинович – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 99 с. 16. Чеботарёв В.В., Гаевская О.В., Чеботарёва Н.В. Врожденный сифилис и его профилактика. – Ставрополь., 2002. – 134 с.