

КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра стоматологии детского возраста и
хирургической стоматологии

Лекция: Повреждения слизистой полости рта у детей.

Лектор: Тулеутаева С.Т.

План

- Повреждения травматического происхождения. Клиника и лечение
- Механические повреждения. Клиника и лечение
- Химические повреждения. Клиника и лечение
- Термические повреждения. Клиника и лечение
- Лучевые повреждения. Клиника и лечение

Повреждения травматического происхождения.

Внешние раздражающие факторы чрезмерной силы могут привести к травматическому повреждению слизистой оболочки полости рта у детей в результате прямого воздействия на покровные ткани. Степень повреждения зависит от времени и силы воздействия раздражающего фактора, его характера, возрастной, местной и индивидуальной стойкости слизистой оболочки, от состояния организма в момент нанесения травмы, это необходимо учитывать стоматологу при постановке диагноза и планировании лечения. Клинико-морфологические изменения в покровных тканях полости рта, вызванных травмирующими агентами разного вида, имеют чаще всего неспецифический характер. Различные виды поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте в зависимости от характера травмирующего агента принято подразделять на:

- Механические
- Термические
- Химические
- Лучевые

Механические повреждения. Клиника и лечение.

Острые механические повреждения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте сопровождаются резкой болью и отеком в результате неспецифического воспаления. Боль усиливается при глотании и разговоре, возможно повышение температуры тела, появление признаков регионарного лимфаденита, ухудшение общего состояния, плаксивость, нарушение сна.

На месте повреждения возникает гематома, ссадина, эрозия или язва разной глубины и размера. Вторичное инфицирование раны способствует развитию долго незаживающих язв и трещин. Вокруг раны возникает ограниченное воспаление и инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки. Пальпация участка повреждения и лимфоузлов болезненна. Появление травматических язв сопровождается усилением слюноотделения.

Диагностика острого травматического повреждения слизистой оболочки полости рта у детей не представляет большой трудности.



Хроническое механическое повреждение покровных тканей полости рта в детском возрасте встречается чаще, чем острое. Причинами таких повреждений является длительное травмирование слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов или их корнями при неправильном процессе смены молочного прикуса, неправильно сконструированными ортодонтическими аппаратами и т.д.

- Язвы при хроническом повреждении сопровождаются гиперемией и отеком окружающих тканей, инфильтрацией собственной оболочки, склонностью к развитию грануляционной ткани, пролиферативными явлениями. В некоторых случаях неспецифическое воспаление сопровождается усиленным ороговением в участках, где в обычных условиях кератинизация эпителия не возникает.
- Клинически хроническое механическое повреждение сопровождается возникновением декубитальной (пролежневой) эрозии или язвы. Субъективно не всегда возникает болевая чувствительность, хотя в ряде случаев ребенок становится беспокойным, отказывается от приема пищи. Обострение процесса в результате инфицирования сопровождается усилением отека окружающих тканей и болезненностью регионарных лимфоузлов. Общее состояние ребенка не страдает.

- Травматические эрозии и язвы имеют форму ранящего предмета, разную глубину и размеры, края слегка приподняты над поверхностью, умеренно гиперемированы, отечны. Дно покрыто налетом бледно-желтого цвета. Язвы и регионарные лимфатические узлы нередко болезненны при пальпации.
- Привычное прикусывание слизистой оболочки полости рта сопровождается хроническим воспалением по типу мягкой лейкоплакии. На несколько отечной слизистой оболочки полости рта по линии смыкания зубов возникают безболезненные беловатые или серо-белого цвета гиперплазированные участки, которые достаточно легко снимаются, могут быть участки кровоизлияния.



- Отдельную клиническую форму хронического механического повреждения слизистой оболочки полости рта у детей до года составляют так называемые афты новорожденных (афта Беднара). Возникают такие афты у детей первых месяцев жизни, ослабленного питания, которые находятся на искусственном вскармливании, и для этого используются длинные и жесткие резиновые соски. Дети со сниженной трофикой, особенно недоношенные, становятся подверженными быстрой травматической реакции эпителиального покрова. Возникают округлые или овальные с четкими краями язвы в местах перехода мягкого неба в твердое. Эрозированная поверхность покрыта желто-серым налетом с выраженным воспалительным валиком вокруг. Из-за болезненности язвы ребенок отказывается от пищи.



- Диагностика хронических механических повреждений в детском возрасте нередко нелегка. Полноценный сбор анамнеза и внимательное изучение объективных признаков способствует постановке правильного диагноза.
- Для уточнения диагноза применяют специальные методики, в том числе цитологическое исследование содержимого язв, бактериологическое изучение отделяемого. Лечение механических повреждений

- Лечение острых механических повреждений слизистой оболочки полости рта включает удаление травмирующего предмета или его фрагмента из раны, а при показаниях после антисептической обработки ее зашивают. При отсутствии необходимости наложения швов рану рекомендуется оросить раствором антисептика (фурацилин, этоний, этакридина лактат, 0,5% раствором перекиси водорода, марганцевокислого калия, настоями лекарственных растений: шалфей, ромашка, зверобой, чай, танин) несколько раз в день. Рекомендуют прием пищи в протертом виде. Перед приемом пищи уместно провести ванночки с растворами антисептиков и анестетиков.
- Эпителизацию и заживление ран можно ускорить аппликациями кератопластических веществ (масло шиповника, витамин А). Значительные травмы слизистой оболочки рта с выраженными рубцами после заживления требуют диспансеризации ребенка для профилактики деформаций в растущих тканях зубочелюстно-лицевой области.

Профилактика механических повреждений складывается из своевременной санации полости рта у детей, стачивания острых краев зубов, устранении дефектов в конструкции ортодонтических аппаратов, изживании вредных привычек. Важно предупредить возможность травматизации слизистой оболочки при приеме пищи новорожденными коротким резиновым рожком или использованием накладки при жестких сосках груди у матери.

- При лечении декубитальной язвы после устранения объекта травматизации рекомендуется применение частой антисептической обработки в виде орошения отварами лекарственных растений (ромашка, зверобой, шалфей, чай) растворами нитрофурановых препаратов, ферментов (трипсин, химотрипсин). Регенерация ткани усиливается кератопластическими веществами (витамины А, Е, В на масле, винилин, каротолин, масло шиповника, оливковое, облепихи, аэрозоли типа «Ливиан», «Винизоль» и др.).
- Лечение мягкой лейкоплакии начинают с устранения вредных привычек, часто совместно с психоневрологом, рекомендуют седативные препараты, усиленные занятия физкультурой и спортом. Местно используют аппликации кератолитических веществ (ферменты, масляный раствор витамина А).

Химические повреждения. Клиника и лечение.

Химическое повреждение – одно из частых патологических состояний слизистой оболочки полости рта у детей от 1 до 3 лет и является результатом непредвиденного попадания в рот веществ бытовой химии, лекарственных препаратов высокой концентрации. Чаще всего химический ожог возникает от воздействия высококонцентрированных кислот, щелочей. Медикаментозный ожог возникает в ряде случаев как результат неумелой и небрежной работы врача-стоматолога. Одноразовое массивное воздействие вызывает клиническую картину острого химического ожога. Степень поражения зависит от вида химического вещества, его концентрации и экспозиции.

- Клинически химические повреждения сопровождаются интенсивной болью, затрудненным приемом пищи и глотания, усилением саливации, ухудшением общего состояния организма, повышением температуры тела. Поврежденные участки слизистой оболочки становятся гиперемизированными, отечными.
- Поверхностный некроз сопровождается экссудацией фибрина в виде пленки, насильственное удаление которой болезненно и вызывает кровотечение. Кислотный ожог характеризуется появлением ограниченного коагуляционного (сухого) некроза, а щелочной – без четких границ колликвационного некроза. Поверхностный налет некротизированного участка гиперемизирован. В начальном (остром) периоде четко отмечается – покраснение, отек и некроз слизистой оболочки. Второй период – усиление отека, очищение тканей от некротического налета. Третий – заживление с рубцовыми изменениями.



Лечение химических повреждений

- Профилактика химических повреждений детского возраста состоит в первую очередь в устранении ошибок взрослых, допускающих свободный доступ детей к химическим реактивам. Эффективность лечебных мероприятий в значительной степени зависит от своевременного оказания неотложной помощи. После уточнения характера химического вещества применяют орошения нейтрализующими агентами: 1% раствором бикарбоната натрия (слабая щелочь), или 1% раствором лимонной кислоты (слабая кислота), или очень осторожно промывают повреждения водой с целью удаления остатков химических веществ. Рационально обработать участки ожога анестезирующими (1% раствор тримекаина, лидокаина и др.) препаратами и слабыми растворами антисептиков. В дальнейшем применяют вещества, способствующие эпителизации (масляные растворы цитраля, витаминов А, Е). Обширные ожоги слизистой оболочки полости рта и мягких тканей лица требуют диспансеризации ребенка, коррекции рубцовых образований.

Термические повреждения. Клиника и лечение

- Термические повреждения могут возникать при воздействии на слизистую оболочку ротовой полости ребенка высоких или низких температур.
- Высокие температуры вызывают ожог слизистой оболочки. Степень ожога зависит от высоты температуры и экспозиции. В легких случаях возникает катаральное воспаление, сопровождающееся интенсивной болью. В более тяжелых случаях возникает резкая гиперемия, отек и мацерация эпителия.
- Тяжелый ожог сопровождается появлением пузырей, а в последующем эрозий и язв. Боль, инфицирование.

- Низкие температуры – глубокое переохлаждение (криотерапия). В слизистой оболочки полости рта – поверхностный некроз, дистрофические изменения тканей, кровоизлияния. Регенерация тканей в течение 6-12 дней.

Лечение термических повреждений

- Лечение ожога включает устранение раздражающих факторов, применение антисептических препаратов, обезболивающих веществ перед приемом пищи (0,5% раствор лидокаина, 5% эмульсия анестезина на масле), а также кератопластических средств для ускорения эпителизации.
- Лечение обморожений включает применение противовоспалительных препаратов, антисептиков, анестетиков и индифферентных мазей.

Лучевые поражения. Клиника и лечение.

- Лучевые повреждения слизистой оболочки полости рта у детей возникают чаще как осложнения при лучевой терапии новообразований челюстно-лицевой области. Реакция слизистой оболочки называется радиомукозитом. В начале поражения возникают на участках слизистой оболочки, неподвергающихся ороговению. При этом возникает гиперемия и отек, эпителий мутнеет, сморщивается, теряет блеск, наступает ороговение. В дальнейшем эпителиальный слой может повреждаться, возникают эрозии и язвы с некротическим налетом – очаговый пленчатый радиомукозит. Поражения больших участков называют сливным пленчатым радиомукозитом. Подобные явления сопровождаются болезненными ощущениями, болезненным приемом пищи и глотанием, сухостью во рту, явлениями парестезии и нарушением вкуса.

Лечение лучевых повреждений

- Лечение постлучевых реакций включает использование препаратов, повышающих реактивность организма (назначение витамина В12, аевита, рутина, никотиновой кислоты, кортикостероидов). Рекомендуются полоскания и орошение полости рта слабыми антисептическими растворами (фурацилин, борная кислота, растительные отвары), аппликации кератопластиков. Лечение носит затяжной характер.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!