

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Муртазаев С.С.¹, Махсумова С.С.², Кодирова М.Т.³, Аббасова Д.Б.⁴

¹Муртазаев Саидмуродхон Саидиалоевич – доктор медицинских наук, доцент;

²Махсумова Сайёра Санджаровна – кандидат медицинских наук, доцент;

³Кодирова Мафтуна Толиповна – ассистент;

⁴Аббасова Диёра Бахтияровна – ассистент,

кафедра детской терапевтической стоматологии,

Ташкентский государственный стоматологический институт,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: слизистая оболочка полости рта после рождения ребенка в течение всей его жизни подвергается разнообразным местным воздействиям, связанным с функцией органов полости рта, а также в большей или меньшей степени отражает все физиологические и патологические процессы, происходящие в организме человека.

В полости рта любое травматическое повреждение сопровождается ее инфицированием, степень повреждения и клиника зависят от природы раздражителя, времени, силы воздействия и особенности организма ребенка.

Ключевые слова: СОПР, травма, афта, язва, воспаление, стоматит, лечение.

TRAUMATIC DAMAGE TO THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN

Murtazaev S.S.¹, Makhsumova S.S.², Kodirova M.T.³, Abbasova D.B.⁴

¹Murtazaev Saidmurodkhon Saidialoyevich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor;

²Makhsumova Sayyora Sandzharovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;

³Kodirova Maftuna Tolipovna – Assistant;

⁴Abbasova Diyora Bakhtiyarovna - Assistant,

DEPARTMENT OF PEDIATRIC THERAPEUTIC DENTISTRY,

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE,

TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the mucous membrane of the oral cavity after the birth of a child throughout his life is exposed to various local influences associated with the function of the oral cavity organs, and also, to a greater or lesser extent, reflects all physiological and pathological processes occurring in the human body.

In the oral cavity, any traumatic injury is accompanied by its infection, the degree of damage and the clinic depend on the nature of the stimulus, the time, the strength of the impact and the characteristics of the child's body.

Keywords: oral mucosa, trauma, aphthae, ulcer, inflammation, stomatitis, treatment.

УДК 616.311-001-053.36

Механическая травма СОПР у детей

Чаще других в практике детского стоматолога встречается механическая травма.

Механическая травма может быть **острой** (чаще диагностируется) и **хронической**.

Причины острой травмы: удар, прикусывание языка при падении, повреждение слизистой оболочки игрушками, карандашами или другими колющими или режущими предметами. Нередки травмы острыми краями разрушенных зубов или одним преждевременно прорезывающимся зубом. Острая механическая травма возникает в результате случайного прикусывания при приеме пищи, чистке зубов, зубо врачебных вмешательствах.

Локализация: преимущественно встречаются повреждения губ, языка, мягкого и твердого неба. Значительно реже повреждается слизистая оболочка альвеолярных отростков. Диагностика травматических повреждений слизистой оболочки полости рта не вызывает затруднений если из анамнеза удается выяснить причину [1, 14].

Клиника: проявлением острой механической травмы могут быть гематома, ссадина, эрозия или рана. При раневом повреждении слизистой оболочки рта у детей наблюдаются обильное кровотечение, быстроразвивающийся отек, несоответствующий тяжести травматического повреждения, и относительно быстрое заживление раны, что связано с особенностями строения СОПР у детей [3, 8, 24]. Трудности в диагностике бывают у маленьких детей, когда не удается собрать анамнез или со времени травмы прошло несколько суток и в полости рта наряду с резкой болью появилась припухлость за счет неспецифического воспаления. В таких случаях ребенок отказывается от пищи, у него ухудшается общее

состояние, усиливаются боли при разговоре и глотании, повышается температура и появляются признаки регионарного лимфаденита. В участках травмирования поверхность слизистой оболочки полости рта гиперемирована, отечна, имеются обрывки эпителия белого цвета, иногда небольшие кровоизлияния [7, 16, 29]. Нередко при более тщательном исследовании удается обнаружить отломки инородного тела.

Примером острой механической травмы служит эрозия, возникающая вследствие прикусывания губы после стоматологических вмешательств, проводимых под анестезией (угол рта или нижняя губа). При этом губа отечна, эрозия может иметь неровные края, покрыта обильным фибринозным налетом, болезненна при пальпации. Диагностика в ряде случаев затруднена. Рекомендуется тщательный сбор анамнеза и внимательное обследование [2, 19, 27].

К ятрогенным острым механическим повреждениям СОПР относятся раны, нанесенные сепарационным диском при сепарации зубов врачом ортодонтом, а также при обработке реставраций абразивными полировочными дисками и металлическими штрипсами врачом-терапевтом [4, 13, 30].

При повышенной нервной возбудимости у детей часто выявляют хроническое прикусывание языка, щек, губ, сосание ручек и карандашей. Причиной также может быть длительная травма слизистой оболочки острыми краями зубов, нависающими краями пломб, проволочными шинами и лигатурами, при ношении ортодонтических аппаратов [5, 11, 20].

Острая механическая травма возникает в результате случайного прикусывания при приеме пищи, чистке зубов, зубоврачебных вмешательствах.

Хроническая механическая травма является результатом длительного воздействия раздражающих факторов, сила действия которых обычно не столь сильно выражена, как при острой травме.

Причины: острые края кариозных зубов и их корней; детали ортодонтических конструкций; преждевременно прорезавшиеся временные зубы; неполноценные пломбы в пришеечной области и на проксимальных поверхностях зубов; нерезорбировавшиеся корни временных зубов; аномалии прикуса; вредные привычки прикусывать язык, слизистую оболочку губ, щек, засовывать между зубами язык, губы, щеки; прилипание к твердому небу тонких и липких чужеродных предметов (шелуха семечек, детали игрушек и др.) [6, 9, 15].

Локализация: область губ, языка, щек, неба.

Клиника: длительное воздействие травмирующего фактора запускает и поддерживает механизм катарального воспаления, имеющего стадии гиперемии, экссудации и пролиферации. Выраженность каждой из них зависит от продолжительности действия раздражителя. Экссудация бывает достаточно выраженной. Экссудат может быть серозным, серозно-гнойным и гнойным. Клинические проявления: могут быть эрозия, язва. Травматические эрозии имеют неправильную форму, покрыты фибринозным налетом беловато-желтого цвета, окружающая слизистая умеренно гиперемирована [10, 28, 34]. При отсутствии лечения развивается хроническое очаговое гнойное воспаление. Итогом такого воспаления является появление декубитальной (травматической) язвы. Травматические язвы бывают разного размера и глубины, имеют приподнятые над уровнем окружающей слизистой края, дно язвы покрыто налетом бледно-желтого цвета, слизистая оболочка отечна. Характерна склонность к развитию грануляционной ткани и пролиферативных явлений. В некоторых случаях неспецифическое воспаление сопровождается усиленным ороговением в участках, где в обычных условиях кератинизация эпителия не возникает. Пальпация язвы может быть болезненна. Общее состояние ребенка, как правило, не нарушено. Дети обычно обращаются к врачу при обострении процесса в результате инфицирования язв, сопровождающегося усилением отека окружающих тканей и болезненностью регионарных лимфатических узлов. Диагностика в ряде случаев затруднена [12, 18, 33].

У новорожденных первых месяцев жизни встречается афта Беднара. Чаще она возникает у ослабленных детей находящихся на искусственном вскармливании, страдающих врожденными заболеваниями. Считают, что появление таких поражений связано с повреждениями слизистой оболочки неба давлением длинной соски. Эрозии располагаются симметрично на границе твердого и мягкого неба. Форма их округлая или овальная, границы четкие, окружающая слизистая оболочка гиперемирована. Поверхность эрозий покрыта рыхлым фибринозным налетом. Афта Беднара отмечается и у детей, находящихся на грудном вскармливании, если сосок груди матери очень грубый. Эрозии располагаются по средней линии неба, небных дужках [17, 26].

Поражение преимущественно одностороннее, иногда бывает двустороннее.

Форма афт округлая или овальная, границы четкие, окружающая слизистая оболочка гиперемирована. Поверхность эрозий покрыта налетом фибрина.

У детей старших групп детского сада, чаще у школьников, следствием хронической механической травмы СОПР может быть **мягкая лейкоплакия**. **Причины:** вредные привычки прикусывать слизистую оболочку губ, щек на фоне психоэмоциональной неустойчивости [21, 32].

Клинические проявления: на слегка отечной слизистой оболочке губ, щек по линии смыкания зубов или в углах рта имеются «шелушащиеся» беловатого или серовато-белого цвета образования гиперкератоза. Очаги ороговения относительно легко снимаются, безболезненны.

Мягкая лейкоплакия в зависимости от распространенности и выраженности симптомов подразделяется на типичную форму (очаговую и диффузную) и атипичную. Атипичная форма характеризуется отсутствием симптома «шелушения» и характеризуется помутнением слизистой оболочки в том или ином месте. При морфологических исследованиях участков слизистой оболочки с явлениями лейкоплакии выявляются очаги гиперкератоза и акантоза эпителия, а также дистрофические изменения в виде большого количества неокрашивающихся «светлых», иногда безъядерных вакуолизированных клеток эпителия [22]. В соединительной ткани наблюдается расширение кровеносных сосудов капиллярного типа и венул, а также набухание коллагеновых и фрагментация эластических волокон.

Обострение заболевания происходит в период контрольных работ, экзаменов, соревнований или после других событий, вызывающих нервное напряжение у ребенка. Эти данные необходимо учитывать при проведении *дифференциальной диагностики* мягкой лейкоплакии с кандидозным стоматитом, красным плоским лишаем [23, 31].

Лечение хронической механической травмы включает выявление и устранение причины (вредных привычек, санацию полости рта, коррекцию ортодонтических аппаратов); щадящую диету (прием нераздражающей пищи); обезболивание СОПР (при наличии боли); антисептическую обработку СОПР; обработку СОПР протеолитическими ферментами; аппликацию средств, ускоряющих эпителизацию. При резкой болезненности язвы обрабатывают анестетиком в виде аппликаций. При некротическом или фибринозном налете на поверхности эрозии или язвы рекомендуют аппликации протеолитических ферментов на 8-10 мин. после чего некротические ткани или фибринозный налет удаляют механически, а язву или эрозию обрабатывают антисептиками. Накладывают кератопластические средства [25].

При *лечении мягкой лейкоплакии* пациентам с психоэмоциональной неустойчивостью целесообразна консультация психотерапевта, прием седативных средств, поливитаминов. При стойких вредных привычках рекомендуются занятия физической культурой, гипнотерапия, изготовление ортодонтических аппаратов, прием внутрь витамина А в виде драже или капель в течение 1–2 месяцев, а также местно аппликации масляного раствора витамина А или других растительных масел.

Таким образом, механическая травма - наиболее часто встречающееся заболевание у детей, лечение данной патологии остаётся актуальным.

Список литературы / References

1. Аббасова Д.Б., Утешева И.З. Особенности лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Форум молодых ученых, 2018. № 3. С. 9-12.
2. Аббасова Д.Б., Кодирова М.Т. Особенности клинического течения и лечение стоматологических заболеваний при хронической болезни почек // Вестник науки и образования, 2021. № 13-2 (116). С. 29-35.
3. Абдуазимова Л.А. Ишанова М.К. Даминова Ш.Б. Мирсалгосова Ф.Л. Йундашханова А.С. Профилактика кариеса зубов препаратом Глуфторэд у детей, больных хроническим гепатитом В. // Стоматология, 2011. № 3-4. С. 49-51.
4. Буриева Н.А., Махсумова И.Ш. Профилактическая работа в аспекте стоматологических заболеваний //ббк 60 с 56, 2019. С. 185.
5. Буриева Н.А., Махсумова И.Ш. Проведения профилактических мероприятий в полости рта у больных гемофилией // ббк 60 с 56, 2019. С. 188.
6. Горбачева И.А. Внутренние болезни, ассоциированные со стоматологической патологией: методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. 40 с.
7. Ишанова М.К. Гидротерапия и её роль в лечении заболеваний пародонта / Ишанова М.К., Кучкарова М.К. // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2018. № 4, 1.105.
8. Ишанова М.К., Ташкенбаева И.У. Сравнительная оценка эффективности традиционной реминерализующей терапии и минерализующих зубных паст в лечении начального кариеса // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2018. № 4,1. 105.
9. Кодирова М.Т. Современный подход лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей в подростковом возрасте. / Аббасова ДБ // Молодой ученый». Международный научный журнал, 2020. № 6. С. 296.
10. Кодирова М.Т., Муртазаев С.С., Кучкарова М.К. Хасанов Ф.К. Фасная телерентгенограмма как метод обследования больных с зубочелюстными аномалиями. // "Вестник Ташкентской медицинской академии". №1, 2021. Стр. 63-71.
11. Комаров Ф.И. Новые направления в современной геронтологии и гериатрии / Ф.И. Комаров, А.К. Иорданишвили // Медицинские проблемы пожилых. Йошкар-Ола: Б.и., 2015. С. 46, 19.

12. *Лавров И.К.* Встречаемость сопутствующей патологии у пожилых людей на амбулаторном стоматологическом приёме при лечении зубов с осложненными формами кариеса / И.К. Лавров // Пародонтология, 2010. № 2 (55). С. 37, 13.
13. *Максимовская Л.Н.* Состояние системы микроциркуляции тканей десны у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне различных стадий ГЭРБ / Л.Н. Максимовская, Т.Д. Джамалдинова, М.А. Соколова // Стоматология для всех, 2011. № 1. С. 14-17.
14. *Махсумова С. С. и др.* ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ // Вестник науки и образования, 2021. № 13-2 (116). С. 9-16.
15. *Махсумова С. С. и др.* Профилактика кариеса: влияние цинка и фтора на резистентность эмали // Вестник науки и образования, 2021. №. 13-2 (116). С. 22-29.
16. *Муртазаев С.С. и др.* Распространенность заболеваний пародонта у детей в пубертатный период // Stomatologiya, 2019. Т. 77. № 4. С. 43-44.
17. *Муртазаев С.С., Пак И.Е., Муртазаев С.* Антропометрические параметры ортогнатического прикуса у лиц узбекской национальности // Международный журнал биомедицины, 2015. Т. 5. № 1. С. 35-37.
18. *Орехова Л.Ю.* Роль врача-пародонтолога в диагностике общесоматической патологии / Л.Ю. Орехова, М.В. Осипова // Пародонтология, 2010. № 4 (57). С. 20.
19. *Пихур О.Л.* Возрастные изменения состава и строения твердых тканей зуба взрослого человека: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.Л. Пихур. СПб.: ИБиГ, 2015. 42. с.
20. *Улитовский С.Б.* Роль современных средств гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта // Институт стоматологии, 2010. № 2 (55). С. 78-79.
21. *Утешева И.З., Муртазаев С.С., Партиева Н.Н.* Стоматологический статус и совершенствование лечения патологических изменений в полости рта детей, больных туберкулёзом. // «Вестник науки и образования». Научно-методический журнал, 2021. № 14 (117). Часть 2. Стр. 26-31.
22. *Хасанов Ф.К., Диникулов Ж.А., Рахматуллаева Д.У., Ахрорхужаев Н.Ш.* Мактабгача ёшдаги болаларда тиш кариеси таркалишининг ичимлик сувидаги фтор микдорига боғликлиги (Тошкент вилояти мисолида) // Журнал медицины и инновации, 2021. № 1. С. 131-135.
23. *Abdunabievch D.D. et al.* Innovation approach to caries treatment among the children based on algorithmic diagnostics // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. Т. 5. № 9. С. 593-600.
24. *Abduazimova L.A., Abbasova D.B., Kuchkarova M.K., Dinikulov A.D et al.* Improvement of endogenous prevention of dental caries in children in organized children's groups. // International Journal of Pharmaceutical Research, 2021. № 13 (1). С. 3752-3757.
25. *Afakova M.S.H., Murtazaev S.S.* Improving the efficiency of caries prevention due to the timing of the eruption and mineralization of permanent teeth in children environmental problems of the regions of the republic of Uzbekistan // Middle European Scientific Bulletin, 2020. Т. 6. С. 1-4.
26. *Akhmedov A.B. et al.* Prevalence, prophylaxis and treatment principles of primary teeth erosion in children // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. Т. 24. № 4. С. 2073-2078.
27. *Badriddinova D.S. et al.* Clinical Picture and Characteristics of the Course of Children's Caries // Annals of the Romanian Society for Cell Biology? 2021. С. 6766-6771.
28. *Badriddinova D.S. et al.* Current Issues In The Proper Organization Of Modern Prevention Of Dental Caries In Children // European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020. Т. 7. № 3. С. 1524-1533.
29. *Fisher M.A.* A prediction model for chronic kidney disease includes periodontal disease. // J. Periodontal., 2009. № 80 (1). P. 16-23.
30. *Ioannidou E.* Tooth loss strongly associates with malnutrition in chronic kidney disease. / E. Ioannidou, H. Swede, G. Fares, J. Himmelfarb // J. Periodontal., 2014. № 85 (7). P. 899-907.
31. *Kh Y.F. et al.* Estimation of the diagnostic value of amino acid composition of oral fluid and blood serum in children with dental erosion and their effectiveness of pathogenetic treatment // International Journal of Pharmaceutical Research, 2021. С. 3155-3161.
32. *Joseph R.* Higher prevalence of periodontal disease among patients with predialytic renal disease / R. Joseph, R. Krishnan, V. Narayan // Braz. J. Oral. Sci, 2009. № 8 (1). P. 14-18.
33. Роль питания при кариесе зубов / Зокирхонова Ш.А. Нортаева Н.А. // Вестник ТМА, 2020. № 1. С. 57-61.
34. *Rasulova Kh.A.* Contents of Serum P-selectin As An Early Marker of Endothelium Dysfunction and Atherosclerotic Changes in Patients with Chronic Kidney Disease./ B. Daminov, A. Abbasov // J. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. № 24. P. 5835-5847.