

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Муртазаев С.С.¹, Махсумова С.С.², Кодирова М.Т.³, Аббасова Д.Б.⁴, Адылова Ф.А.⁵

¹Муртазаев Саидмуродхон Саидиалоевич – доктор медицинских наук, доцент;

²Махсумова Сайёра Санджаровна – кандидат медицинских наук, доцент;

³Кодирова Мафтуна Толиповна – ассистент;

⁴Аббасова Диёра Бахтияровна – ассистент;

⁵Адылова Феруза Алишеровна – ассистент,

кафедра детской терапевтической стоматологии,

Ташкентский государственный стоматологический институт,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: слизистая оболочка полости рта и губ у детей является полифункциональным образованием, выполняющим одновременно защитную (механическую и биологическую), чувствительную, всасывающую и пластическую функции. Эпителий слизистой оболочки предохраняет подлежащие ткани от влияния вредоносных факторов, в неповрежденном виде являясь непроницаемым для большинства микроорганизмов. Одновременно СОПР свойственна высокая проницаемость для всасывания ряда веществ и лекарственных препаратов. Сенсорная функция связана с многочисленными и разнообразными рецепторами, воспринимающими тактильные, температурные, болевые и вкусовые раздражения. Установлено также, что слизистая оболочка полости рта у детей представляет собой мощное рефлексогенное поле, оказывающее влияние на деятельность нижерасположенных отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: СОПР, травма, лейкоплакия, язва, воспаление.

FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE AND CHRONIC INJURIES OF THE ORAL MUCOSA IN CHILDREN

Murtazaev S.S.¹, Makhsumova S.S.², Kodirova M.T.³, Abbasova D.B.⁴, Adilova F.A.⁵

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;

⁵Adilova Feruza Alisherovna - Assistant,

DEPARTMENT OF PEDIATRIC THERAPEUTIC DENTISTRY,

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE,

TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the mucous membrane of the oral cavity and lips in children is a multifunctional formation that simultaneously performs protective (mechanical and biological), sensitive, suction and plastic functions. The epithelium of the mucous membrane protects the underlying tissues from the influence of harmful factors, being intact and impervious to most microorganisms. At the same time, ММОС is characterized by high permeability for the absorption of a number of substances and drugs. Sensory function is associated with numerous and diverse receptors that perceive tactile, temperature, pain and taste stimuli. It has also been established that the oral mucosa in children is a powerful reflexogenic field that affects the activity of the lower parts of the gastrointestinal tract.

Keywords: ММОС, trauma, leukoplakia, ulcer, inflammation.

УДК 616.311-001-053.36

Строение слизистой оболочки полости рта у детей.

Слизистая оболочка полости рта и губ у детей является полифункциональным образованием, выполняющим одновременно защитную (механическую и биологическую), чувствительную, всасывающую и пластическую функции.

Эпителий слизистой оболочки предохраняет подлежащие ткани от влияния вредоносных факторов, в неповрежденном виде являясь непроницаемым для большинства микроорганизмов. Одновременно СОПР свойственна высокая проницаемость для всасывания ряда веществ и лекарственных препаратов.

Сенсорная функция связана с многочисленными и разнообразными рецепторами, воспринимающими тактильные, температурные, болевые и вкусовые раздражения. Установлено также, что слизистая оболочка полости рта у детей представляет собой мощное рефлексогенное поле, оказывающее влияние на деятельность нижерасположенных отделов желудочно-кишечного тракта [5, 11, 27].

Структурно СОПР разделяется на эпителий, собственную пластинку и подслизистую основу, причем соотношение толщины этих слоев на различных участках полости рта неодинаково. В отличие от строения других слизистых оболочек, она не имеет мышечной пластинки, отделяющей собственный слой от подслизистого [2, 7].

В слизистой оболочке твердого неба, языка, десны эпителиальный слой наиболее толстый. Собственная пластинка хорошо выражена в слизистой оболочке губ, щек и десен. Подслизистая основа наиболее развита в области дна полости рта и переходных складок [12, 39]. На губах, щеках, мягком небе, дне полости рта эпителий в нормальных условиях не ороговевает и состоит из базального и шиповатого слоев. На твердом небе и десне эпителий в патологических условиях может подвергаться ороговению, в связи с чем в нем появляются дополнительно зернистый и роговой слои [9, 20].

Для обеспечения барьерных свойств, в слизистой оболочке рта одновременно протекают несколько процессов: регенерация (непрерывное образование клеток), дифференцировка (изменений морфофункциональных характеристик клеток одновременно с их смещением в вышележащие слои) и десквамация (удаление с поверхности эпителия поврежденных клеток или содержащих в себе микроорганизмы) [18, 21].

Слизистая оболочка полости рта, щек и губ богата нервными волокнами и их окончаниями. В основном они представлены афферентными чувствительными волокнами, связанными с центральными отделами нервной системы и проходящими в составе тройничного, лицевого, языкоглоточного и блуждающего нервов. Мелкие нервные волокна и стволы большей частью повторяют ход сосудистых стволов. В соединительнотканной пластинке нервные волокна образуют сплетение, из которого часть их направляется в сосочковый слой, где образуется еще одно, подэпителиальное сплетение. Эти веточки принимают участие в образовании свободных или инкапсулированных нервных окончаний. Указанными особенностями иннервации объясняют выраженный болевой синдром при поражении слизистой оболочки рта, что в тяжелых случаях может приводить и к ухудшению общего состояния пациентов [32, 37].

Строение капилляров слизистой оболочки также имеет регионарные особенности. Так, в слизистой оболочке дна полости рта, десне содержатся капилляры с фенестрированным эпителием. В щеке большинство капилляров имеют непрерывную выстилку. Сосуды венозного русла повторяют ход артерий [1, 16, 23].

Лимфатические сосуды СОПР начинаются слепыми окончаниями лимфатических капилляров с широким просветом, расположенными у вершин соединительнотканых сосочков. Лимфатические капилляры переходят в лимфатические сосуды, повторяющие ход кровеносных сосудов, и в основном несут лимфу к поднижнечелюстным или шейным лимфатическим узлам [3, 25, 38].

Высокая сложность структурно-функциональной организации образует необходимую основу для развития широкого спектра возможных реакций СОПР в условиях нормы и патологии [4, 22, 36].

Слизистая оболочка полости рта, непосредственно контактируя с внешней средой, постоянно подвергается различным воздействиям, выходящим за рамки физиологических параметров. При действии достаточно сильных раздражителей возникают не только функциональные но и структурные изменения слизистой [13, 28]. В классификации заболеваний слизистой оболочки рта А.К. Иорданишвили (2012) различают механическую, химическую, физическую и комбинированную травму, клинические проявления которых зависят от силы и длительности воздействий повреждающего агента, местных условий а также общей реактивности организма [1, 10, 15].

Морфологические элементы патологии СОПР травматического генеза полиморфны: эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, никотиновый лейкокератоз, актинический хейлит, лучевые, химические повреждения и др. [6, 19, 40].

По механизму действия и характеру течения различают острую и хроническую механическую травму [14, 33,]. Острая травма преимущественно возникает однократно при наличии кратковременного сильного воздействия (ранение посторонними предметами из металла, кости, пластмассы и др.). При хронической механической травме раздражитель слабый, но воздействие более длительно. Хроническое действие проявляется при накусывании слизистой оболочки зубами, травме пластиночными протезами, дефектами зубов при кариесе и некачественном пломбировании [5, 7, 24, 35].

В исследованиях Munoz-Corcuera с соавторами (2009) данные о разделении язв на острые и хронические отличны от других исследователей. Так, автор отмечает, что острые поражения СОПР имеют резкое начало, короткую продолжительность и длятся не более 2 недель. Хронические же элементы характеризуются медленным началом, коварным прогрессированием и протекают более 2 недель [26].

Язвы в полости рта называют «острыми», если они сохраняются менее чем три недели; «хроническими», если они сохраняются более трех недель. Травматические язвы могут маскировать или имитировать более серьезные заболевания. Поэтому для успешного выздоровления травматогенные элементы должны быть определены и устранены [8, 29, 30].

Острая травма приводит к локальному дефекту тканей и сопровождается кровотечением, отеком, болью, которая может усиливаться при разговоре и приеме пищи [15, 31].

Под эрозиями – понимают поверхностные дефекты эпителиального слоя без включения подлежащей соединительнотканной основы. Часто их размеры, форма и локализация совпадают с формами и размерами источника травмы [17, 34].

Язва определяется как более глубокий дефект слизистой оболочки, заходящий за пределы эпителиального слоя, вглубь в подлежащие ткани. Язвенный дефект всегда сопряжен с наличием продуктивного воспаления в области дна изъязвления и его краев, а также с недостаточной репаративной функцией, выраженной в различной степени. Язвы на СОПР могут появляться в результате любого вида травмы или на фоне аутоиммунных инфекционных заболеваний. На дне и по краям изъязвлений на месте разрушения собственной

пластинки слизистой обычно имеется грануляционная ткань с тенденцией к рубцеванию. Вторичное инфицирование раны может перейти в длительно незаживающую язву. В отличие от эрозии, после заживления язвы остается рубец [12, 20]. На поверхности эрозий и язв также возможно появление дегидратированного экссудата – корки. Лечение такого типа повреждений заключение в предотвращении повторной травмы, местной криотерапии и гемостазе [40].

Особенности течения хронической травмы слизистой оболочки рта

Установлено, что развитие хронической механической травмы сопровождается развитием локальной застойной гиперемии и отека. На этом месте может возникнуть эрозия, а в дальнейшем и декубитальная язва, которая, как правило, одиночная, болезненная, окруженная воспалительным инфильтратом, с фибринозным налетом на дне. Слизистая оболочка вокруг гиперемирована, болезненна. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. При длительном течении края и основание язвы уплотняются [8, 25].

Фрикционной травме часто подвергается неподвижная часть десны при натирании тупыми объектами. Со временем слизистая оболочка утолщается, поверхность ее грубеет, приобретает белесоватый цвет. При гистологическом исследовании выявляют гиперкератоз. В результате травмы белесоватый слой СОПР на пораженном участке может отторгнуться, обнажая сочную красную или кровоточащую поверхность.

Подвижная часть десны более подвержена травме, чем ее неподвижная часть (альвеолярная слизистая оболочка). Поражения могут сочетаться друг с другом, например, гиперкератоз и язва. Клиническая картина и течение процесса во многом зависят от локализации повреждения (наличие или отсутствие подслизистой основы), возраста пациента, вторичного инфицирования, силы раздражающего фактора.

Хронические язвы могут осложняться фузоспирохетозом или кандидозом, а при длительном течении – озлокачествляться. Первоосновой лечения является устранение хронического травмирующего фактора [12, 39].

Встречаются случаи поражений десны чрезмерным давлением зубной щеткой. Ряд пациентов, применяя неправильную технику чистки, совершает жесткие горизонтальные движения щеткой над брекетами, повреждая десну. В литературе это явление получило название – расщелина Штильмана. Обычно это щелевидные дефекты десны в области моляров и премоляров. Так как трофика десны в области травмы нарушается, то происходит обнажение корней зубов и формирование рецессии. Начинаясь с краевой десны, со временем при сохранении повреждающего фактора атрофия может захватывать и связочный аппарат. Таким образом происходит прогрессирующее «сползание десны». Оголение корня зуба достигает 1-2 мм, при этом сопровождается повышением чувствительности зуба и косметическими недостатками. В большинстве случаев подобные дефекты могут быть купированы адекватной (щадящей) техникой чистки зубов, результатом которой является хороший уровень гигиены полости рта. Пациенту рекомендуют зубную щетку с мягкой щетиной и неабразивную пасту [28, 32].

Распространенной реакцией на длительную травму, сопровождающуюся повышенным ороговением является лейкоплакия [34]. Согласно данным О.С. Гилевой с соавторами (2012), лейкоплакия СОПР у населения выявляется в 13,4% случаев. Чаще всего участки лейкоплакии локализуются на слизистой щек (96, 2%), нижней губы (45,1%) и языка (36,3%). Выделяют три формы лейкоплакии, которые по данным ряда авторов встречаются наиболее часто: плоская, веррукозная, эрозивная. Они могут переходить одна в другую или сочетаться в разных формах одновременно на разных участках СОПР. В полости рта при этом обычно определяется ограниченный участок белого цвета, неправильной формы, не возвышающийся (плоская) или приподнятый над поверхностью (веррукозная). Одновременно в зоне поражения могут иметься трещины и эрозии (эрозивная). Если раздражающий фактор устраняется или его действие резко ослабляется, то прогрессирование лейкоплакии обычно прекращается и при правильной консервативной терапии может регрессировать. В других случаях длительное существование лейкоплакии может вести к ее малигнизации, что чаще происходит при веррукозной и эрозивной форме [12, 33].

В своих исследованиях S.B. Woo (2009) выявил такую форму хронического повреждения слизистой оболочки рта, как белые мацерации (ММО – *morsicatio mucosae oris*) – проявления хронического трения слизистой оболочки рта, проявляющиеся гиперкератозом. Эти элементы представляют собой белые папулы и бляшки, которые можно принять за очаги лейкоплакии. Однако ММО не имеют злокачественного потенциала и не способны к малигнизации [23].

Таким образом острые и механические травмы часто встречаются у детей, лечения данных патологии остаётся актуальной.

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. Аббасова Д. Б., Кодирова М. Т. Современный подход к лечению хронического рецидивирующего афтозного стоматита у подростков // Молодой ученый, 2020. № 6. С. 92-94.

4. Абдуазимова Л.А. Ишанова М.К. Даминова Ш.Б. Мирсалгосова Ф.Л. Йундаишанова А. С. Профилактика кариеса зубов препаратом Глүфторэд у детей, больных хроническим гепатитом В. // *Стоматология*, 2011. № 3-4. С. 49-51.
5. Буриева Н.А., Махсумова И.Ш. Профилактическая работа в аспекте стоматологических заболеваний // ббк 60 с 56, 2019. С. 185.
6. Буриева Н. А., Махсумова И. Ш. Проведения профилактических мероприятий в полости рта у больных гемофилией // ббк 60 с 56, 2019. С. 188.
7. Горбачева И.А. Внутренние болезни, ассоциированные со стоматологической патологией: методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов.СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. 40 с.
8. 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.
9. Ишанова М.К., Таишкенбаева И.У. Сравнительная оценка эффективности традиционной реминерализующей терапии и минерализующих зубных паст в лечении начального кариеса // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. 2018. № 4,1. 105.
10. 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.
11. 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*, 2021. №1. С. 63-71.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Махсумова С.С. и др. ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ // *Вестник науки и образования*, 2021. № 13-2 (116). С. 9-16.
16. 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.
17. Муртазаев С.С. и др. Распространенность заболеваний пародонта у детей в пубертатный период // *Stomatologiya*, 2019. Т. 77. № 4. С. 43-44.
18. 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.
19. Муртазаев С.С., Диникулов Ж.А. "Эффективность и безопасность концентрации фторида при профилактике кариеса зубов у детей". *Вестник Ташкентской Медицинской Академии*. № 2817 (2017).
20. Муртазаев С.С, Махсумова С.С, Кодирова М.Т, Аббасова Д.Б. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ // *Вестник науки и образования*, 2021.
21. Орехова Л.Ю. Роль врача-пародонтолога в диагностике общесоматической патологии / Л.Ю.Орехова, М.В. Осипова // *Пародонтология*, 2010. № 4 (57). С. 20.
22. 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.
23. Улитовский, С.Б. Роль современных средств гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта // *Институт стоматологии*, 2010. № 2 (55). С. 78-79.
24. Утешева И.З., Муртазаев С.С., Парпиева 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Abduazimova L.A., Zufarov S.A., Ibragimov U.K. Effects of copper melting production on the composition and characteristics of oral fluid // *Stomatologiya*, 2001. –Т. 80. № 4. С. 17-20.
29. Абдуазимова Лола Абролходжаевна, Мухторова Мадина Мухторовна ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ // *Вестник науки и образования*, 2021. № 3-2 (116). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-sostoyaniya-zabolevaemosti-kariesom-v-detskom-vozhraсте/> (дата обращения: 26.11.2021).

30. *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. T. 6. C. 1-4.
31. *Akhmedov A.B. et al.* Prevalence, prophylaxis and treatment principles of primary teeth erosion in children // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. T. 24. № 4. C. 2073-2078.
32. *Astanakulova M.M. et al.* Oral Health And Prevention Of Dental Caries In Preschool Children Living In Conditions Of Biogeochemical Fluorine Deficiency // European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020. –T. 7. № 8. C. 1316-1332.
33. *Badriddinovna D.S. et al.* Clinical Picture and Characteristics of the Course of Children's Caries // Annals of the Romanian Society for Cell Biology? 2021. C. 6766-6771.
34. *Badriddinovna 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. T. 7. № 3. C. 1524-1533.
35. *Fisher M.A.* A prediction model for chronic kidney disease includes periodontal disease.// J. Periodontal., 2009. № 80 (1). P. 16-23.
36. *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.
37. *Kh Y. F. et al.* Estimation of the diagnostic value of amino acid composition of oral fluid and blood serum in children wiyth dental arosion and their effectiveness of pathogenetic treatment //International Journal of Pharmaceutical Research, 2021. – C. 3155-3161.
38. *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.
39. *LUaiixoea Г.И.* Роль питания при кариесе зубов / Зокирхонова Ш.А. Нортаева Н.А. // Вестник ТМА, 2020. № 1. C. 57-61.
40. *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.