

УДК 616.311-001-07-053.2

А.А. Забышный, И.Д. Ермакова, Е.В. Дегтяренко

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Повреждения слизистой оболочки полости рта (СОПР) в детском возрасте классифицируют в зависимости от природы повреждающего фактора на механические, термические, химические и лучевые. В связи с большой подвижностью и активностью травматические повреждения СОПР нередко встречаются у детей, особенно раннего возраста [1]. Их разделяют на острые и хронические механические повреждения СОПР.

Хронические механические повреждения кровных тканей полости рта в детском возрасте встречаются чаще, чем острые [1]. Причинами таких повреждений являются длительная травма СОПР острыми краями зубов или их корнями при неправильном процессе смены временного прикуса, неправильно сконструированными ортодонтическими аппаратами, при наличии вредных привычек (прикусывание, засовывание между зубами языка, губ или щек), прилипанию к твердому нёбу тонких и липких чужеродных предметов (шелуха семечек, детали игрушек и др.). Нестерпимые приступы кашля (коклюш, бронхит) способствуют травме уздечки языка нижними резцами. В некоторых случаях повреждение возникает в результате неправильного прикуса или отсутствия группы зубов [1-3].

Характерным поражением слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни являются афты новорожденных (афты Беднара), которые чаще наблюдаются у ослабленных или недоношенных детей, находящихся на искусственном вскармливании. Основной причиной возникновения считается травма слизистой полости рта длинным рожком соски или грубым соском матери. Однако часть авторов выделяют и другие причины: новообразование, аллергия, инфекция [4, 5].

Причиной декубитальных (травматических) эрозий и язв у детей первых недель или месяцев жизни является травма зубами или одним зубом, прорезавшимся до рождения ребенка или в пер-

вые дни и недели после рождения – натальные и неонатальные зубы [1, 2]. Чаще всего это нижние центральные резцы. Эмаль и дентин этих зубов недоразвиты, режущий край истончен и во время сосания груди зубы травмируют уздечку и нижнюю поверхность языка, что приводит к нарушению эпителиального покрова и воспалению в собственно слизистом слое. Подобное поражение уздечки языка может возникнуть у детей более старшего возраста во время кашля при коклюше и остром бронхите, так как длительные приступы кашля сопровождаются высовыванием языка, и уздечка травмируется режущим краем передних зубов (язва Рига-Феде).

Повреждение слизистой оболочки ребенка может быть также вызвано травмой инородными телами, которые «маскируются» под хронические воспалительные процессы, длительно остаются нераспознанными. Дети в любом возрасте любят все «попробовать на зуб», что приводит к попаданию инородных тел в пародонт, внедрению их в мягкие ткани, прилипанию частей игрушек к твердому небу [6].

Диагностика травматических повреждений мягких тканей полости рта в детском возрасте нередко затруднена. Полноценный сбор анамнестических данных и внимательное изучение объективных признаков заболевания способствуют постановке правильного диагноза, но следует отметить, что эти основные этапы обследования непросто проводить у детей, особенно первого года жизни из-за их беспокойного поведения, а также встревоженности и даже паники родителей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Совершенствование клинической диагностики травматических повреждений СОПР у детей путем анализа допущенных диагностических ошибок.

Нами были обследованы 49 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, направленных для консультации на кафедру стоматологии детского возраста ГОУ ВПО ДОННМУ им. М. Горького. Обследуемые дети были распределены на 3 группы. В первую группу включили 15 детей (2-7 лет) с инородными телами в мягких тканях. Во вторую вошли 14 детей (2-15 лет) с инородными телами в пародонте. В третью группу были отнесены 20 детей (от 2 месяцев до 6 лет), у которых инородные тела вызывали травматические стоматиты, а также эрозивно-афтозные поражения СОПР в результате хронической механической травмы (соски, неонатальные зубы). При необходимости проводилось рентгенологическое обследование, назначалась комплексная противовоспалительная терапия после устранения причины (инородное тело, травмирующие факторы).

У обследованных детей первой группы выявили колотые и рваные раны мягких тканей челюстно-лицевой области. Травмы были причинены разными предметами: карандашами, деревянными палочками от мороженого, игрушками. Фрагменты этих предметов инфицировали раны, что поддерживало длительное гноетечение и интоксикацию. Повторная тщательная ревизия ран, рациональное лечение привели к выздоровлению. Дети этой группы направлялись на консультацию с правильно установленным диагнозом, однако недостаточное эффективным лечением.

Во второй группе детей выявляли глубокое погружение инородных тел в ткани пародонта, что затрудняло их обнаружение и приводило к развитию локального пародонтита. Длительное пребывание в пародонте рыбьих костей, кожуры яблок, скорлупы орехов, семян фруктов и т.д. приводило к деструктивным изменениям. Извлечение инородных тел и адекватное лечение приводило к выздоровлению. Уникальным является следующий клинический случай.

Клинический случай 1.

Девочка М., 4 года, была направлена для консультации с диагнозом одонтогенная воспалительная киста в области 82 зуба. Родители ребенка предъявляли жалобы на подвижность зуба, травму отрицали, затруднялись уточнить время появления данного состояния. Объективно: 82 зуб – интактный, определяется подвижность его III степени. В области причинного зуба десна гиперемирована, отечна, определяется пародонтальный карман глубиной до 5 мм с выбухающими грануляциями. Ревизии кармана препятствовало инородное тело черного цвета, охватившее кольцом корень зуба. Рентгенологическое исследование позволило поставить

диагноз: хронический локальный пародонтит в области 82 зуба, тяжелая степень и выявить тень инородного тела вокруг корня зуба. Аппликационная анестезия и фиксация зуба позволили извлечь резинку от игрушки из пародонтального кармана. Резинка, по-видимому, зафиксировалась на коронке во время прикусывания игрушки, а затем под действием жевательной нагрузки сместилась в пародонт.

У детей третьей группы были выявлены травматические язвы, эрозии, афты на твердом небе и уздечке языка по причине инородных тел (кожура яблок, фрагменты игрушек) или хронической механической травмы соской (афта Беднара), неонатальными зубами. Заслуживают внимания следующие клинические случаи.

Клинический случай 2.

Девочка Н., 6 месяцев, поступила на консультацию с диагнозом педиатра «быстрорастущая опухоль твердого неба». Плачущие родители рассказали, что они заметили это образование 2-3 дня назад, их предупредили, что речь пойдет скорее всего о злокачественной опухоли. При клиническом обследовании ребенок активен, нормально набирает в весе; на небе определяется «припухлость» красного цвета с гладкой поверхностью, правильной округлой формы до 2 см в диаметре, плотной консистенции, неподвижная. При инструментальном обследовании «опухоль» с трудом отделилась от неба. Ею оказалась присосавшаяся половина пластмассового шарика, которую и видели родители и педиатр.

Клинический случай 3.

Ребенок А., 2 месяцев, поступил на консультацию с жалобами родителей на беспокойство ребенка, плач и затрудненное вскармливание из-за болезненности во рту при сосании. Девочка находится на искусственном вскармливании, со слов матери соска довольно длинная. Девочка набирала в весе нормально, роды физиологические, в срок. Детским стоматологом и педиатром была осмотрена, поставлен диагноз острый кандидоз под вопросом. При осмотре полости рта нами обнаружена одиночная, крупная афта (около 1,5-2 см в диаметре) слева, овальной формы на границе твердого и мягкого неба с четкими контурами, покрыта белесовато-желтым фибринозным налетом, края слегка инфильтрированы. Прикосновение к афте ватным тампоном вызывало болезненность и беспокойное поведение ребенка. Общее состояние ребенка не нарушено. После клинического обследования на основании характерной клинической картины (типичные жалобы, анамнез, наличие травмирующего фактора – длинной соски, характерное расположение и вид афты) нами был поставлен диагноз: афта Беднара. В результате рекомен-

дованного лечения, главным условием которого является коррекция соски (устранение травмирующего фактора), эпителизация афты наступила через 7-8 дней.

Клинический случай 4.

В клинику кафедры стоматологии детского возраста направлена девочка Н., 2 месяцев, с диагнозом лейкоплакия под вопросом, поставленным детским стоматологом по месту жительства. При клиническом обследовании жалобы со слов матери на болезненное образование под языком (язвочку), затрудняющее прием пищи. Из анамнеза выявлено, что эта язва существует уже около 3-4 недель, общее состояние не нарушалось, несмотря на язву ребенок питается нормально и набирает в весе. На нижней челюсти определялись два временных центральных резца, прорезавшиеся наполовину, режущие края их острые, с выраженными бугорками, по три на каждом зубе. На уздечке языка и вентральной его поверхности имелась крупных размеров язва (около 2-2,5см в диаметре) с приподнятыми инфильтрированными краями. Язва была покрыта фибринозными наслоениями желтоватого цвета, имеющими массивный вид и плотно прикрепленными ко дну. При пальпации или прикосновении ватным тампоном болезненность язвы была умеренная, что объясняется толстым слоем фибринозного налета.

Пальпация подчелюстных лимфоузлов выявила их увеличение, незначительную болезненность. В результате клинического обследования нами был поставлен диагноз: травматическая (декубитальная) язва нижней поверхности языка по причине преждевременного прорезывания нижних центральных временных резцов. После проведенного лечения (полирование режущих краев нижних временных резцов, местная обработка антисептическими, противовоспалительными и кератопластическими средствами) язва эпителизовалась через 3 недели.

Таким образом, анализ клинических случаев травматических повреждений СОПР у детей показывают, что они являются серьезной проблемой из-за трудностей диагностики, особенно в раннем детском возрасте. Этиологию данных повреждений подчас трудно выявить. Поздняя диагностика может привести к переходу воспалительного процесса в хроническую форму и возникновению осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанные нами случаи демонстрируют характерные клинические особенности механической травмы на СОПР у детей и помогут коллегам в своевременной и правильной диагностике данных поражений в их клинической практике.

А.А. Забышный, И.Д. Ермакова, Е.В. Дегтяренко

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Цель исследования: совершенствование клинической диагностики травматических повреждений слизистой оболочки полости рта у детей путем анализа допущенных диагностических ошибок. Материал и методы: Нами были обследованы 49 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, в их число включены дети с инородными телами в пародонте и в слизистой оболочке, а также дети со стоматитами, эрозивно-афтозными поражениями слизистой оболочки рта в

результате хронической механической травмы. Анализ случаев травматических повреждений слизистой оболочки полости рта у детей позволил выявить их характерные клинические особенности, что поможет своевременной и правильной диагностике.

Ключевые слова: клиническая диагностика, травматические повреждения, слизистая оболочка, полость рта, дети.

A.A. Zabyshniy, I.D. Yermakova, E.V. Degtyarenko

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

THE FEATURES OF CLINICAL DIAGNOSTICS OF TRAUMATIC INJURIES OF ORAL MUCOSA IN CHILDREN

The aim of this study is improving the clinical diagnostics of traumatic injuries of the oral cavity in children by analysing irregularities diagnostic errors. Materials and methods: we have examined 49 children from 2 months to 15 years; they included children with foreign bodies in periodontium and mucous tissues, and also kids with stomatitis, erosive-aphthous mucosal injuries as a

result of chronic mechanical trauma. Analysis of cases of traumatic oral mucosal injuries in children revealed their characteristic clinical features that would help the timely and correct diagnostics.

Key words: clinical diagnostics, traumatic injuries, mucous membrane, oral cavity, children.

ЛИТЕРАТУРА

1. Терехова Т.Н., Белая Т.Г., Козловская Л.В., Гулько Е.М. Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей: Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ; 2010. 36.
2. Сергеева Н.Д., Виноградова А.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей: Учебное пособие. Иркутск; 2009. 106.
3. Хоменко Л.А., Кисельникова Л.П., ред. Терапевтическая стоматология детского возраста: Учебник по детской стоматологии. Киев; 2013. 864.
4. Cunningham S.J., Quinn F.B., Quinn Jr. F.B., Ryan M.W. Ulcerative lesions of the oral cavity lesions URL: http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1030020892/1030020892_087.pdf.
5. Fantasia J. E., Damm D. D. Palatal ulcer. Major aphthous ulcer Gen Dent. 2001; Vol. 9, 2: 149.
6. Виноградова Т.Ф., ред. Стоматология детского возраста: Практическое руководство. М.: Медицина; 1987. 526.

REFERENCES

1. Terekhova T.N., Belaya T.G., Kozlovskaya L.V., Gul'ko E.M. Travmaticheskie povrezhdeniya slizistoi obolochki polosti rta u detei: Uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk: BGMU; 2010. 36 (in Russian).
2. Sergeeva N.D., Vinogradova A.V. Zabolevaniya slizistoi obolochki polosti rta u detei: Uchebnoe posobie. Irkutsk; 2009. 106 (in Russian).
3. Khomenko L.A., Kisel'nikova L.P., red. Terapevticheskaya stomatologiya detskogo vozrasta: Uchebnik po detskoj stomatologii. Kiev; 2013. 864 (in Russian).
4. Cunningham S.J., Quinn F.B., Quinn Jr. F.B., Ryan M.W. Ulcerative lesions of the oral cavity lesions URL: http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1030020892/1030020892_087.pdf.
5. Fantasia J. E., Damm D. D. Palatal ulcer. Major aphthous ulcer Gen Dent. 2001; Vol. 9, 2: 149.
6. Vinogradova T.F., red. Stomatologiya detskogo vozrasta: Prakticheskoe rukovodstvo. M.: Meditsina; 1987. 526 (in Russian).