

**Строение слизистой оболочки
рта у детей разного возраста.
Классификация. Особенности
клинического течения и
лечения поражений слизистой
оболочки полости рта.**

к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

■ **Цель лекции:**

Научиться проводить диагностику и лечебно-профилактические мероприятия при заболеваниях и повреждении СОПР у детей в различные возрастные периоды.

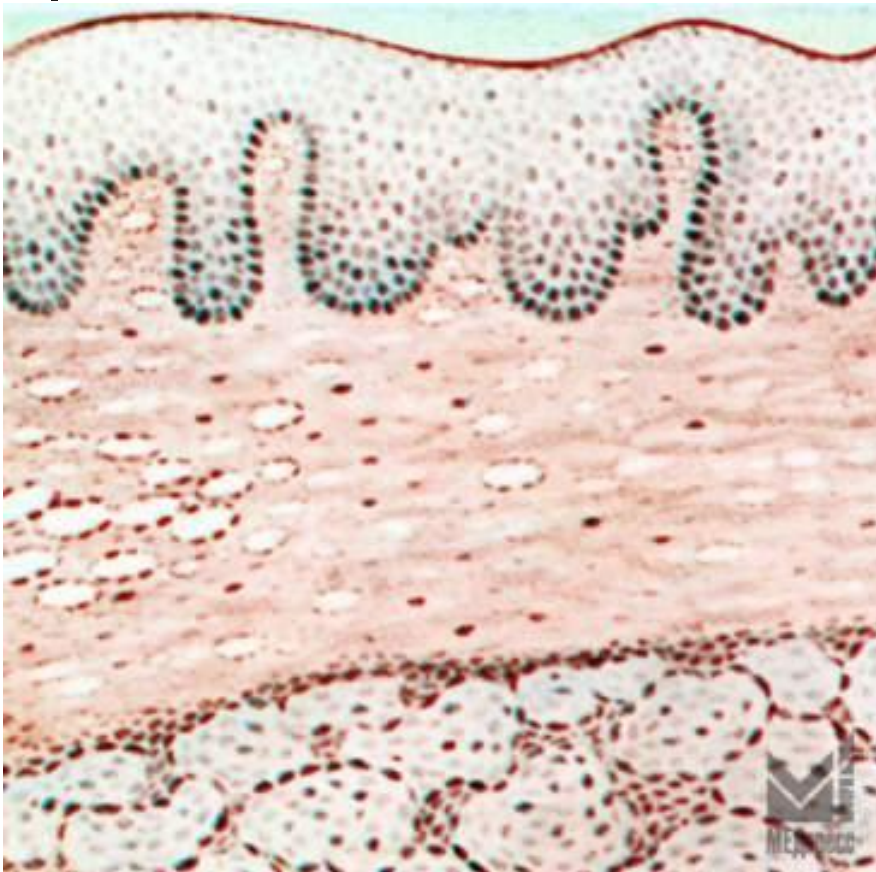




■ **План лекции:**

1. Введение.
2. Строение СОПР в различные возрастные периоды развития детского организма.
3. Обследование больных с заболеваниями СОПР.
4. Классификация заболеваний СОПР.
5. Клиника, диагностика и лечение травматических повреждений СОПР и кандидоза СОПР у детей.

Строение слизистой оболочки полости рта



1. Многослойный плоский эпителий.
2. Собственно слизистая оболочка.
3. Подслизистый слой.

Соотношение этих слоев на различных участках полости рта неодинаково.

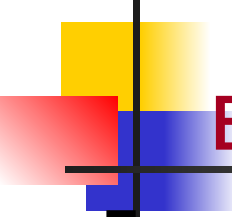
Строение слизистой оболочки полости рта

- Твердое небо, язык, десна, которые подвергаются наиболее сильному давлению во время приема пищи, имеют более мощный эпителий.
- Губы, щеки обладают хорошо выраженной собственной пластинкой.
- Дно полости рта и переходные складки преимущественно развитой подслизистой основой.



Типы слизистой оболочки полости рта.

- **Покровная** (слизистая губ, щек, переходных складок, дна полости рта, мягкого неба).
- **Жевательная** (слизистая оболочка десен и твердого неба).
- **Специализированная** (слизистая оболочка тыльной поверхности языка).



В жизненном цикле человека до достижения зрелого возраста выделяют следующие периоды:

I новорожденный – *1 - 10 дней;*

II грудной возраст - *10 дней - 1 год;*

III раннее детство – *1 - 3 года;*

IV первое детство – *4 - 7 лет;*

V второе детство – *8 - 12 лет мальчики,
8 - 11 лет девочки;*

VI подростковый возраст – *13 - 16 лет
мальчики, 12 - 15 лет девочки;*

VII юношеский возраст – *17 - 21 год юноши,
16 - 20 лет девушки.*

Возрастные периоды развития слизистой оболочки полости рта у детей

I.

- Период новорожденности – от 1 до 10 дней;
- Грудной период – от 10 дней до 1 года.

II. Ранний детский период – от 1 года до 3 лет.

III. Детский период

- Первичный – от 4 до 7 лет;
- Вторичный – от 8 до 12 лет.



Особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей

Период новорожденности

- Эпителий СОПР тонкий, имеет 2 слоя – базальный и шиповидный, содержит большое количество гликогена и РНК.
- Базальная мембрана тонкая, нежная.
- В собственном слое СОПР соединительная ткань рыхлая, неоформленная, волокна малодифференцированы.



Особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей

Грудной период

- Эпителий утолщается, появляется паракератоз в области жевательной слизистой и на вершинах нитевидных сосочков, уменьшается количество гликогена в этих участках.
- Базальная мембрана тонкая.
- Соединительная ткань собственного слоя СОПР - низкодифференцирована.

Заболевание и поражения СОПР в грудной периоде

- Острая и хроническая механическая травма;
- Кандидамикоз (острая и хроническая форма).





Особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей

Ранний детский период

- Четко оформляются регионарные отличия.
- Эпителиальный покров СОПР утолщается в нем выявляются процессы ороговения и паракератоза.
- В эпителии губ, щек, языка мало гликогена.
- Базальная мембрана тонкая.
- Собственный слой СОПР содержит большое количество клеточных элементов.
- Коллагеновые и эластические волокна собственного слоя слизистой расположены рыхло, неориентировано и имеют нежное и тонкое строение.

Заболевание и поражения СОПР в раннем детском периоде

- Острый герпетический стоматит;
- Поражение СОПР при детских инфекциях (корь, ветряная оспа, скарлатина);
- Острая и хроническая механическая травма;
- Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница).

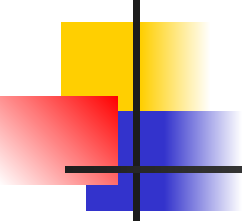


Особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей

Первичный детский период

- Уменьшение кровеносных сосудов и клеточных элементов в собственном слое СОПР.
- Эпителий утолщается, большое содержание в нем гликогена и РНК.





Заболевание и поражения СОПР в первичном детском периоде

- Рецидивирующий герпетический стоматит (рецидивирующие афты);
- Острый герпетический стоматит;
- Поражение СОПР при детских инфекциях (корь, ветряная оспа, скарлатина);
- Острая и хроническая механическая травма;
- Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница).



Особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей

Вторичный детский период

- Увеличение количества ретикулиновых, эластичных и коллагеновых волокон в собственном слое слизистой оболочке.
- Базальная мембрана плотная.



Заболевание и поражения СОПР во вторичном детском периоде

- МЭЭ;
- Рецидивирующий герпетический стоматит (рецидивирующие афты);
- Острый герпетический стоматит;
- Поражение СОПР при детских инфекциях (корь, ветряная оспа, скарлатина);
- Острая и хроническая механическая травма;
- Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница).



Обследование больных с заболеваниями СОПР.

Методы обследования

1. Основные

- Опрос (жалобы, анамнез жизни, история развития и течения заболевания);
- Объективное обследование (осмотр, пальпация).



Обследование больных с заболеваниями СОПР.

2. Дополнительные

- Метод диаскопии;
- Проба Шиллера-Писарева;
- Стоматоскопия;
- Люминесцентное исследование СОПР



Обследование больных с заболеваниями СОПР.

- ## 3. Лабораторные методы исследования
- общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, определение содержания витаминов в крови,
 - исследование мочи (цитологическое, микробиологическое, бактериологическое исследование).
 - аллергологические методы

КЛАССИФИКАЦИЯ

заболеваний слизистой оболочки полости рта (ММСИ)

- **I. Травматические повреждения**
(химическая, механическая, физическая травма) слизистой оболочки, травматическая эрозия, язва.
- **II. Инфекционные заболевания**
 1. Вирусные
 2. Язвенно-некротический стоматит Венсана
 3. Бактериальные
 4. Микозы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

заболеваний слизистой оболочки полости рта (ММСИ)

- **III. Аллергические состояния** (отек Квинке, аллергический стоматит, хейлит, многоформная экссудативная эритема, хронический рецидивирующий афтозный стоматит).
- **IV. Медикаментозные поражения и интоксикации.**

КЛАССИФИКАЦИЯ

заболеваний слизистой оболочки полости рта (ММСИ)

- **V. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях**, гипо- и авитаминозах, эндокринных заболеваниях, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, крови.
- **VI. Изменения слизистой оболочки полости рта при дерматозах** (пузырчатка, герпетический дерматит Дюринга, красный плоский лишай, красная волчанка).

КЛАССИФИКАЦИЯ

заболеваний слизистой оболочки полости рта (ММСИ)

- **VII. Аномалии языка** (складчатый, «географический» язык, ромбовидный глоссит, черный, «волосатый» язык).
- **VIII. Самостоятельные хейлиты** (гландулярный, эксфолиативный хейлит, трещины губ).
- **IX. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.**



Травматические поражения СОПР

Механическая травма:

Острая - травмирующий фактор большой силы, действует мгновенно (гематома, эксфолиация, эрозия, язва). Глубокое поражение СО сопровождается кровотечением.

Хроническая- раздражитель небольшой силы, действует постоянно либо длительное время (изменение цвета СОПР, нарушение целостности СОПР, пролиферативные воспаления и разрастания, повышение ороговения или их комбинациями).

Гематома на СОПР верхней губы
при острой механической травмы.



Эрозия на СОПР верхней губы при острой механической травме.





Лечение острых механических повреждений СОПР включает:

- удаление травмирующего предмета или его фрагмента из раны, а при показаниях после антисептической обработки рану ушивают.
- при отсутствии необходимости наложения швов рану рекомендуется оросить раствором антисептика (фурацилин, диоксидин, настоями или отварами лекарственных растений: шалфей, ромашка, зверобой, календула) несколько раз в день.
- Рекомендуют прием пищи в протертом виде, химически нейтральной. Перед приемом пищи уместны применение аппликаций анестетиков, после еды - ванночки с раствором антисептиков.



Этиология хронической механической травмы

- острые края зубов (корни зубов) при неправильном процессе смены временного прикуса,
- неправильно наложенный пломбировочный материал, при лечении кариеса и его осложнений,
- зубочелюстные аномалии и деформации,
- неправильно сконструированные ортодонтические аппараты, ортопедические конструкции,
- наличие 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.).

Афты Беднара



Округлые или овальные с четкими краями язвы расположены в месте перехода твердого неба в мягкое (нередко симметрично с обеих сторон, в виде крыльев бабочки).

Располагаются на фоне гиперемированной и слегка отечной СО, эрозированная поверхность покрыта желто-серым налетом с выраженным воспалительным валиком вокруг.

Из-за болезненности язвы ребенок отказывается от пищи.

Гиперемия и отек при хронической механической травме.



Эрозия слизистой оболочки
альвеолярного края при хронической
механической травме.



Язва слизистой оболочки нижней губы при хронической механической травме.



Язва слизистой оболочки нижней губы при хронической механической травме.

Гипертрофия десневого края при
хронической механической травме.



Декубитальная язва на слизистой оболочке боковой поверхности языка.



Отек и мацерация слизистой оболочки
щеки при привычном кусании щеки.





Травматические поражения СОПР

- **Физическая травма:**
 - ✉ термические поражения (обморожение, термический ожог);
 - ✉ поражение электрическим током;
 - ✉ лучевые поражения.

Язва на красной кайме губ, обусловленная
действием термического фактора
(после криодеструкции).



Травматические поражения СОПР

- **Химическая травма:**

- 📌 ожог кислотами (коагуляционный некроз);

- 📌 ожог щелочами (колликвационный некроз)



Поверхностный некроз СО
верхней губы и
альвеолярной десны при
химической травме
кислотой. Поражение
сопровождается сильной
болевой реакцией. После
отторжения
некротических масс
обнажаются
эрозированные

ь5

Некротические пленки на гиперемированном и инфильтрированном основании на спинке языка при химической травме кислотой



Очаг некроза слизистой оболочки переходной складки, нижней губы, обусловленный действием азотокислого серебра.



Очаг некроза слизистой оболочки
языка, обусловленный действием резорцин-
формалина.





Лечение химических поражений.

- Химическое вещество необходимо **максимально удалить** (промывание очага поражения водой).
- **При ожоге кислотами** применять антидот: 1% раствор нашатырного спирта (10 кап. на стакан теплой воды), 1% раствор карбоната натрия, мыльную воду.
- **При ожоге щелочами**: 0,5% растворы лимонной, уксусной кислот (1/4 чайной ложки кислоты на стакан воды), 0,1% р-р соляной кислоты (10 кап. на стакан воды).
- **При ожоге мышьяковистой кислотой** обработать очаг р-ом Люголя, 1% р-р Йодинола, 5% р-р Унитиола, 30% р-р Тиосульфата натрия.



Острый псевдомембранозный кандидомикоз

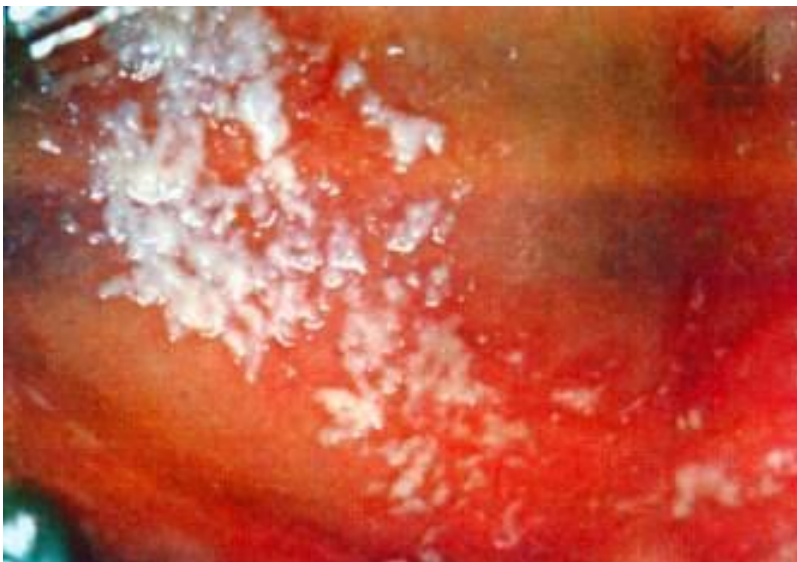
- Поражается чаще всего СО спинки языка, щек, нёба, губ. Слизистая оболочка рта ярко гиперемирована, сухая. На фоне гиперемии на СО имеется белый налет, напоминающий свернувшееся молоко или творог, налет возвышается над уровнем слизистой оболочки.
- Налет при кандидозе состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, дрожжевого мицелия.
- Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.



Молочница СОПР.

- **Легкая форма** (длительность заболевания не более 7 дней, рецидивов не возникает);
- **Среднетяжелая форма** (длительность заболевания 10-15 дней, возможны рецидивы);
- **Тяжелая форма** (продолжительность болезни до 1 месяца, сочетается с поражением СО других органов).

Легкая форма острого псевдомембранозного кандидоза.



Характеризуется появлением налета точечного или точечно-островкового характера, располагающегося на ограниченных участках слизистой оболочки полости рта, чаще на языке, щеках (в ретенционных зонах).

Налет легко соскабливается, после чего под ним обнаруживается гиперемированный участок слизистой.

Длительность заболевания составляет не более 7 дней, рецидивов не возникает.

Острый псевдомембранозный кандидоз языка





Среднетяжелая форма острого псевдомембранозного кандидоза.

Налет белого цвета, на вид рыхлый, расположенный на гиперемизированном основании, диффузно покрывает щеки, язык, твердое небо, губы (одну анатомическую область). При покабливании налет снимается не полностью, после чего обнажается кровоточащая поверхность слизистой оболочки. Продолжительность болезни 10-15 дней, возможны рецидивы заболевания.



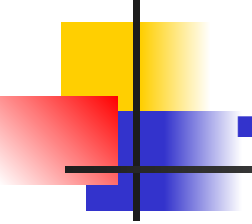
Тяжелая форма острого псевдомембранозного кандидоза.

- Пленчатый налет сплошь покрывает слизистую оболочку полости рта (язык, щеки, твердое небо, губы).
- В углах рта часто образуются заеды.
- При поскабливании удаётся снять лишь небольшое количество налета, однако при этом сохраняется пленка белого цвета, прочно спаянная со слизистой оболочкой полости рта.
- Эта форма заболевания требует активного, тщательного лечения в течение 1 месяца.
- Тяжелая форма кандидоза нередко сочетается с поражением слизистых оболочек мочевого пузыря, бронхов, а также ногтей и внутренних органов.
- У маленьких детей нередко дрожжевые поражения кожи в области гениталий, шейных, межпальцевых складок, что может быть источником вероятного повторного инфицирования полости рта.

Поставьте диагноз.









Противокандидозные препараты

- 
- Нистатин – таблетки по 500 000 ЕД, мазь 1%;
 - Амфотерицин-В – флакон по 50 000 ЕД, мазь;
 - Клотримазол (канестен) – 1% раствор во флаконах по 15 мл., мазь 1%;
 - Декамин – карамель по 0,00015г, мазь;
 - Леворин – таблетки защечные по 50 000 Ед, порошок, Леворина натриевая соль по 200 000 ЕД;
 - Хлорхинальдин – таблетки для рассасывания



Антимикотические мази.

Мази:

-  «Микогептин» - 0,15%;
-  «Пропоцеум» - 30%;
-  «Декаминовая» - 0,5%;
-  «Риодоксол» - 0,25, 0,5, 1%;
-  «Сангвиритрин» - 1% лиминент;
-  «Толмицен» - крем.

Фармакологическое действие:

Противомикробное, противогрибковое местное, противовоспалительное местное. Оказывает фунгицидное и бактерицидное действие, одновременно уменьшая процессы воспаления, гиперемии, отек и зуд в очаге воспаления

Неомицин активен в отношении ряда грамположительных (стафилококки, энтерококки) и грамотрицательных (*Klebsiella*, *Proteus spp.*, *E.coli*) бактерий. Натамицин (полиеновый антибиотик группы макролидов) активен в отношении дрожжевых и дрожжеподобных грибов (в т. ч. *Aspergillus*, *Candida*), дерматофитов (*Microsporum*, *Trichophyton*), а также *Trichomonas*, *Torulopsis*, *Fusarium*.



Способ применения и дозы:

Наружно.

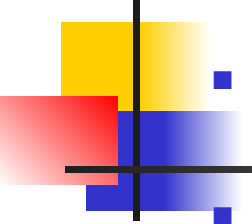
У детей препарат применяют с возраста 1 год, строго по показаниям и только под контролем врача.



СПАСИБО

***ЗА
ВНИМАНИЕ***

Литература.

- 
- Персин Л.С. с соавт. Стоматология детского возраста, - М.: Медицина, 2006. – 639 с.
 - Баум Л. с соавт, Руководство по практической стоматологии, - М.: Медицина, 2005.
 - Данилевский Н.Ф. с соавт. Заболевание слизистой оболочки полости рта, Москва, ОАО Стоматология, 2001. – 271 с.
 - Казарина Л.Н. с соавт. Заболевание слизистой оболочки полости рта и губ у детей, НГМА, Нижний Новгород, 2004. – 263 с.
 - Ласкарис Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, - М.: ООО «Мед.информ.агенство», 2006. – 304 с.
 - Луцкая И. К. Руководство по стоматологии: Практическое пособие. – Ростов – на – Дону: «Феникс», 2002. – 540 с.