государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России)

Кафедра ортопедической и хирургической стоматологии

Реферат

Болезни слизистой оболочки полости рта, особенности течения заболевания в детском возрасте

Выполнила: Политова А.П.

Тюмень, 2014

Вступление

Собирательное название «стоматит» объединяет большую группу заболеваний слизистой оболочки полости рта, разнообразных по этиологии и клиническим проявлениям.

Слизистая оболочка полости рта как начальный участок пищеварительного тракта с первых часов после рождения ребенка и 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.

Экспериментальными исследованиями А. И. Рыбакова установлено, что поражения центральной нервной системы, кроветворных органов, а также травма и инфекционные болезни нередко сопровождаются нарушением функции желудочно-кишечного тракта. Это в свою очередь ведет к возникновению тех или иных дистрофических или воспалительных изменений в слизистой оболочке полости рта.

Причем характер элементов поражения слизистой оболочки полости рта зависит от анатомических и физиологических особенностей строения того или иного участка. Этим можно объяснить, почему в одних случаях патологические элементы возникают и развиваются сразу, а у других больных проявляются через некоторое время или бывают выражены неярко.

Для понимания этиологии, патогенеза, а следовательно, и проведения успешного лечения того или иного заболевания слизистой оболочки полости рта, детский стоматолог должен учитывать разнообразие одновременно действующих на слизистую оболочку местных и общих факторов.

Необходимо тщательно собирать анамнез, проводить всестороннее клиническое обследование ребенка совместно с педиатром, невропатологом и другими специалистами, использовать дополнительные методы исследования: цитологию, биопсию, биологические пробы и т. д. Ряд заболеваний слизистой оболочки полости рта наблюдается в любом возрасте, но у детей большинство стоматитов протекает более остро, со значительными нарушениями общего состояния организма.

Некоторые заболевания бывают только у детей (афты Бернара) или преимущественно у детей (острый афтозный стоматит, стоматиты при кори, скарлатине, дифтерии). Вместе с тем у детей практически не бывает таких заболеваний как лейкоплакия, красный плоский лишай, истинная пузырчатка и др. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта очень трудна.

Разные авторы классифицируют эти заболевания на основании различных принципов: по локализации процесса, клиническому течению, патологоанатомической картине, этиологии и т. п. Нам представляется наиболее целесообразным сгруппировать заболевания слизистой оболочки полости рта у детей по этиологическому признаку, хотя на организм ребенка действует одновременно ряд факторов (травма, инфекция, аллергия, нарушения различных систем и органов и пр.).

Такая группировка ориентирует врача на определение ведущего патогенетического фактора, воздействие на который способствует успешному лечению.

Группировка поражений слизистой оболочки полости рта, языка и губ у детей. Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения.. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях.. Поражения слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией.. Поражения слизистой оболочки полости рта, обусловленные аллергией.. Поражения слизистой оболочки полости рта, связанные с приемом лекарственных веществ.. Изменения слизистой оболочки полости рта при за-болевании различных органов и систем организма.. Заболевания языка.. Заболевания губ.

Острый афтозный стоматит

рот стоматит травматический эритема

Самое распространенное заболевание слизистой оболочки полости рта у детей. Большинство современных отечественных и зарубежных авторов считает его проявлением первичной инфекции организма вирусом herpes simplex.

Вирус широко распространен в природе, его носителями являются многие здоровые люди. Контагиозность вируса небольшая, однако нередко заболевание протекает в виде небольших эпидемических вспышек в яслях и детских садах.

Заражение происходит воздушно-капельным путем, через игрушки. Возможно заражение ребенка от взрослого, страдающего рецидивирующим герпесом (Н. А. Антонова). Инкубационный период от 2 до 6 дней.

Клиника

Острым афтозным стоматитом, как правило, болеют дети ясельного и младшего дошкольного возраста. Начало болезни острое, чаще с повышением температуры до 39-40°, явлениями интоксикации: ребенок вялый, отказывается от пищи, плохо спит. Старшие дети жалуются на чувство жжения, зуда, боли в полости рта.

На 2-й день заболевания появляются высыпания в полости рта в виде быстро вскрывающихся пузырьков или эрозий округлой или овальной формы, от 1 до 5 мм в диаметре. Эрозии резко болезненны, имеют слегка вогнутое дно, покрыты фибринозным налетом желтовато-серого цвета и окружены ярко-красным ободком.

Локализуются афты на языке, слизистой оболочке губ, щек, реже на небе, деснах. При массовом высыпании афты на отдельных участках сливаются друг с другом, образуя обширные эрозии различных очертаний.

Слизистая оболочка полости рта становится отечной, в 64% случаев выражен катаральный гингивит. У 35% детей имеется поражение кожи лица в виде отдельных мелких везикулярных элементов (Н. А. Антонова). Губы отекают, иногда покрываются корочками. Саливация увеличивается, но слюна вязкая, с неприятным запахом. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

При вторичном инфицировании возможно изъязвление участков поражения. Продолжительность заболевания 7-10 дней. Афты заживают без образования рубцов. Заболевание не рецидивирует, так как остается стойкий иммунитет.

Дифференцировать острый афтозный стоматит следует с медикаментозным стоматитом, многоформной экссудативной эритемой и сходными с ней синдромами, дифтерией и другими стоматитами при острых инфекционных заболеваниях.

Афта Беднара

У детей первых месяцев жизни наблюдаются травматические эрозии на небе, известные под названием афт Беднара. Афты Беднара чаще бывают у ослабленных детей, находящихся на искусственном вскармливании, страдающих врожденными пороками сердца, перенесшими в первые месяцы жизни какие-либо заболевания.

Гипотрофия является тем фоном, на котором незначительная травматизация тканей длинным рожком или во время протирания рта ребенка достаточна для нарушения эпителиального покрова.

Клиника

Эрозии располагаются чаще симметрично на границе твердого и мягкого неба. Поражение бывает и односторонним. Форма эрозий округлая, реже овальная, границы четкие, окружающая слизистая оболочка слабо гиперемирована, что указывает на состояние гипергии. Поверхность эрозий покрыта рыхлым фибринозным налетом, иногда чистая, более яркой окраски, чем окружающая слизистая оболочка неба.

Размер эрозий от нескольких миллиметров до обширных поражений, сливающихся друг с другом и образующих участок поражения в виде бабочки. При присоединении вторичной инфекции эрозии могут превратиться в язвы и вызвать даже перфорацию неба. Афты Беднара могут быть у детей и при грудном вскармливании, если сосок груди матери очень грубый, например после облучения кварцем. Эрозия в этом случае располагается по средней линии неба.

Ребенок становится беспокойным. Начав активно сосать, он через несколько секунд с плачем прекращает сосание, что и является обычно поводом для обращения к врачу. Лечение травматических поражений сводится к устранению причины. Преждевременно прорезавшиеся молочные зубы следует удалить, так как структура их неполноценна. Они быстро стираются и, помимо травмы слизистой оболочки, могут стать причиной одонтогенной инфекции. При удалении таких зубов следует помнить о возможности обильных кровотечений.

При афтах Беднара нужно в первую очередь наладить кормление ребенка: естественное через накладку (при грубых сосках матери) или искусственное через короткий рожок из твердой резины, который бы не вытягивался при сосании и не достигал эрозированной поверхности.

Для обработки полости рта ребенка, страдающего афтами, должны применяться слабые антисептические растворы (0,25% раствор хлорамина, 3% раствор перекиси водорода), энергичное протирание рта и применение прижигающих веществ недопустимы.

Следует учитывать, что афты Беднара заживают очень медленно - в течение нескольких недель и даже месяцев. Термические травмы у детей редки, но возможны при приеме горячей пищи, особенно молока, бульона.

Поражается главным образом слизистая оболочка губ, кончика языка, переднего отдела твердого неба. Она становится отечной, гиперемированной, болезненной при дотрагивании. Реже образуются поверхностные внутриэпителиальные пузырьки, которые сразу же лопаются. При осмотре в этом случае видны обрывки эпителия белого цвета на гиперемированном основании.

Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения

В зависимости от характера травмирующего агента различают травмы механические, термические, химические и лучевые. В детском возрасте чаще наблюдают механические травмы.

При длительном механическом раздражении участка слизистой оболочки развивается глубокое поражение - так называемая декубитальная язва.

Декубитальная язва

Одной из причин декубитальной язвы у детей первых недель или месяцев жизни является травма зубами или одним зубом, прорезавшимся до рождения ребенка или в первые дни и недели после рождения. Преждевременно прорезываются обычно один или два центральных резца, преимущественно на нижней челюсти.

Эмаль и дентин этих зубов недоразвиты, режущий край источен и во время сосания груди травмирует уздечку языка, что приводит к образованию декубитальной язвы. Подобная язва на уздечке языка может возникнуть и у детей более старшего возраста во время коклюша или хронического бронхита, так как длительные приступы кашля сопровождаются высовыванием языка и уздечка языка травмируется режущим краем передних зубов (болезнь Риги).

Декубитальная язва щеки или губы может возникнуть в период смены зубов, когда не рассосавшийся по какой-либо причине корень молочного зуба выталкивается постоянным зубом, перфорирует десну и выступая над ее поверхностью, длительно травмирует прилежащие ткани. Декубитальные эрозии и язвы могут быть у детей, имеющих неровные, острые или разрушенные зубы и вредную привычку прикусывать или засасывать между зубами язык, слизистую оболочку щек или губ.

Клиника

Декубитальная язва имеет неровные, фестончатые края, плотные при пальпации, дно покрыто налетом беловато-серого или желтоватого цвета. Слизистая оболочка вокруг язвы отечна и гиперемирована. Вначале язва имеет небольшие размеры, позднее увеличивается и углубляется. Ребенок раннего возраста становится беспокойным, плохо сосет грудь или совсем от нее отказывается.

У детей дошкольного и школьного возраста, особенно при вредных привычках, изъязвленный участок малоболезнен, так как при длительном раздражении разрушаются нервные рецепторы слизистой оболочки. К врачу часто обращаются лишь при обострении процесса, обусловленном вторичным инфицированием и воспалительной реакцией окружающей ткани, что сопровождается их отеком, лимфаденитом и т. д.

Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях

На слизистой оболочке полости рта выявляются те или иные изменения при различных острых инфекционных заболеваниях сопровождающихся интоксикацией и повышением температуры тела, в том числе и при широко распространенных в детском возрасте так называемых респираторных инфекциях.

Больные дети отказываются от еды, нарушается самоочищение полости рта, слизистая оболочка становится сухой, появляются налеты, особенно на языке, за счет скопления слущенного эпителия, лейкоцитов, слизи, остатков пищи и большого количества бактерий.

Понижение сопротивляемости организма способствует повышению вирулентности микрофлоры полости рта, ряд сапрофитов приобретает свойства патогенных микробов. Чаще наблюдается катаральное воспаление слизистой оболочки полости рта, при котором имеются разлитая гиперемия и отечность слизистой оболочки. Десневой край валикообразно приподнят, закрывает часть коронок зубов.

На слизистой оболочке щек и по краям языка имеются отпечатки зубов. Иногда в области переходных складок виден беловато-серый легко снимающийся налет, эпителий под ним не поврежден. Катаральное воспаление при успешном лечении основного заболевания и правильном уходе за полостью рта быстро заканчивается полным выздоровлением.

Однако при тяжелом общем состоянии ребенка, понижении реактивности организма и местного тканевого иммунитета и наличии вирулентной микрофлоры в отдельных участках воспаленной ткани, чаще по краю десны возникают некрозы с последующим распадом ткани и образованием участков изъязвления.

Определенную роль в развитии язвенных стоматитов играют сапрофиты полости рта - веретенообразная палочка и спирохеты, которые становятся патогенными и в большом количестве обнаруживаются в отделяемом с поверхности язв. При быстром прогрессировании язвенно-некротического процесса в полости рта говорят о гангренозном стоматите, при котором на первый план выступает анаэробная инфекция.

Наиболее тяжелой формой гангренозного стоматита является нома. В последние десятилетия нома в нашей стране стала редким заболеванием, что следует объяснить общим подъемом благосостояния и доступностью квалифицированной медицинской помощи.

Банальные язвенные стоматиты наблюдаются также сравнительно редко, чаще у детей старшего возраста и подростков, имеющих большое количество кариозных зубов, при отсутствии ухода за полостью рта, пародонтопатиях, т. е. в тех случаях, когда инфекционному заболеванию предшествует длительное хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта, десен или заболевание зубов.

Язвенное поражение может быть спровоцировано также и затрудненным прорезыванием третьих или реже вторых моляров нижней челюсти.

Клиника

Общее состояние ребенка тяжелое, так как всасывание продуктов распада тканей обусловливает значительную интоксикацию организма. Температура тела повышена, регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны, саливация усилена. Десны отечные, темно-красного цвета.

В участке изъязвления межзубные сосочки как бы срезаны за счет распада ткани на их вершине и покрыты грязным марким налетом с гнилостным запахом. Язвенные поражения могут возникать и на других участках слизистой оболочки.

Края их обычно неровные, дно покрыто грязным налетом желтовато-серого или бурого (от примеси крови) цвета. На месте участков изъязвления после заживления могут оставаться рубцы, вершины межзубных сосочков десны не восстанавливаются.

Наиболее важна дифференциальная диагностика с некрозами в полости рта при системных заболеваниях крови (лейкозы, апластическая анемия и др.), поэтому всем больным с язвенными поражениями рта следует делать клинические анализы крови. При некоторых острых инфекционных заболеваниях возникают изменения слизистой оболочки полости рта, характерные в основном для данного заболевания.

Элементы поражения при этих заболеваниях могут служить важным диагностическим признаком, так как появляются раньше, чем высыпания на коже. Однако под влиянием банальной микрофлоры полости рта эти характерные изменения слизистой оболочки выявляются иногда с большим трудом.

Молочница

Молочница (кандидамикоз, поверхностный бластомикоз) вызывается дрожжеподобным грибком Oidium albicans и другими сходными грибками из рода Candida.

Дрожжеподобные грибки широко распространены в природе и, являясь сапрофитами полости рта, обнаруживаются у 40% здоровых людей.

Молочницей болеют чаще ослабленные дети первых недель и месяцев жизни, но нередко молочница встречается и у практически здоровых детей при нарушении гигиены новорожденного, так как возможна передача грибков от взрослых через соски, белье и другие предметы ухода за ребенком.

В раннем возрасте у ребенка еще не выработалась защитная реакция слизистой оболочки, слабо развит местный иммунитет, не стабилизировалась флора полости рта. В этих условиях грибки типа Candida могут стать патогенными.

Молочница поражает слизистую оболочку рта и у детей старшего возраста, тяжело и длительно болеющих, леченных антибиотиками и кортикостероидами.

Заболевание начинается бессимптомно. Позднее дети становятся беспокойными, плохо спят, вяло сосут грудь. Дети более старшего возраста жалуются на неприятный вкус во рту, чувство жжения, затем появляется боль во время приема пищи, особенно острой и горячей. Регионарные подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы могут быть несколько увеличены и болезненны.

Температура в пределах нормы или субфебрильная. При осмотре на неизмененной или гиперемированной слизистой оболочке языка, губ, щек, неба обнаруживают группы перламутрово-белых пятнышек размером от долей миллиметра до 1 - 1,5 мм, круглой формы.

По мере размножения грибка участки поражения медленно увеличиваются в размере и, сливаясь между собой, образуют белую пленку, возвышающуюся над уровнем слизистой оболочки и напоминающую свернувшееся молоко. Иногда налет более грубый, творожистый, крошковидный или пенистый. Налет содержит нити псевдомицелия, почкующиеся клетки грибка, слущенный эпителий, лейкоциты, остатки пищи. Налет может становиться желтоватым, грязно-серым, а при попадании крови - бурым.

Грибок вначале развивается на поверхности слизистой оболочки и потому легко снимается тампоном, но вскоре проникает в поверхностные, а затем и глубокие слои эпителия. Такой налет снимается уже с трудом, а при насильственном отторжении пленки обнажается кровоточащая эрозированная поверхность.

Возможно проникновение грибка в подлежащую соединительную ткань и даже прорастание грибком стенок кровеносных сосудов с последующей гематогенной диссеминацией кандидамикоза. Грибок может распространяться из полости рта на дыхательные пути и пищеварительный тракт.

Нередки у маленькие детей дрожжевые поражения кожи в области гениталий, шейных, межпальцевых складок, стоп и др., что важно учитывать как источник повторного инфицирования полости рта.

Дифференцируют молочницу с обложенным языком при различных заболеваниях, острым афтозным стоматитом, дифтерией. Желательно лабораторное подтверждение диагноза. При кандидамикозе в соскобах обнаруживают большое количество мицелия и почкующихся клеток. Обнаружение в материале отдельных дрожжевых клеток не дает основания для диагноза молочницы.

Поражения слизистой оболочки полости рта, связанные с приемом лекарственных веществ

Многие лекарственные вещества, в том числе антибиотики, сульфаниламиды, пирамидон, соли тяжелых металлов, новокаин, йод, фенол и др. могут вызывать побочные действия, которые определяют собирательным названием «лекарственная болезнь». У 17% больных она проявляется и в полости рта.

Патогенез таких стоматитов может быть различным. Токсическое действие лекарств бывает обусловлено их химической структурой. Так, стрептомицин вызывает поражение слуховых и зрительных нервов, левомицетин токсически действует на печень, группа пирамидона угнетает органы кровообращения и т. д.

На этом фоне могут развиваться и поражения слизистой оболочки полости рта, обычно в виде катаральных стоматитов. Другой механизм побочного действия лекарств у детей, страдающих аллергическими заболеваниями или сенсибилизированных ранее теми же лекарственными веществами или аллергенами другой природы (пищевые, микробные, вирусные и др.).

Медикамент при его первом или повторном применении играет в этом случае роль разрешающего фактора. Особенно часто такие аллергические реакции возникают в связи с приемом антибиотиков, так как они сами и их соединения с белками организма обладают выраженными антигенными свойствами. Поражения слизистой оболочки при этом более тяжелые.

Клиника

Помимо разлитой гиперемии и отека слизистой оболочки, появляются пузырьки и пузыри, после вскрытия которых остаются эрозии, покрытые фибринозными пленками, и картина поражения может напоминать многоформную экссудативную эритему. Язык бывает отечным, обложенным или вследствие десквамации эпителия становится гладким, как бы полированным, резко чувствительным к внешним раздражителям. Кроме изменений в полости рта, возможны крапивница, боли в мышцах, суставах, диспепсические явления, а в тяжелых случаях общая реакция типа анафилактического шока.

Побочное действие лекарственных веществ может быть обусловлено и дисбактериозом, который развивается при длительном применении сульфаниламидов и антибиотиков, особенно широкого спектра действия. Наряду с патогенной флорой уничтожаются и многие сапрофиты, а устойчивые формы их проявляют скрытые ранее патогенные свойства.

Поражения слизистой оболочки полости рта при этом могут быть различными: от легких катаральных стадий до тяжелых состояний с язвенно-некротическими проявлениями. Дисбактериозом объясняют и развитие кандидамикоза у больных, длительно получавших антибиотики и стероидные гормоны. Помимо типичной картины молочницы, иногда хронический кандидамикоз у детей проявляется в виде так называемого черного, или волосяного языка. Длительный прием антибиотиков приводит к витаминной недостаточности, что также отражается на состоянии слизистой оболочки полости рта.

Дифференцировать медикаментозный стоматит надо с многоформной экссудативной эритемой, острым герпетическим стоматитом, буллезным эпидермолизом.

Многоформная экссудативная эритема

Рецидивирующее заболевание, протекающее с поражением слизистой оболочки полости рта и кожи. Этиология заболевания неясна.

В патогенезе большую роль играют различные интоксикации, а также действие ряда неблагоприятных факторов: биологических, физических, химических, являющихся аллергенами для организма.

Аллергическая природа заболевания подтверждается значительным повышением гистамина крови до 13,6 мкг% (норма -5,2 мкг%) и кожной гистаминовой пробой. Многоформная экссудативная эритема встречается у школьников и детей старшего дошкольного возраста.

Клиника

Заболевание чаще начинается остро, с подъемом температуры тела до 38°, сопровождается выраженной интоксикацией. При частых рецидивах общая реакция организма менее выражена.

Проявляется заболевание различными морфологическими элементами: эритематозными пятнами, папулами, пузырьками и др. Поражение слизистой оболочки полости рта, по данным Центрального кожно-венерологического института наблюдается у 25-60% больных.

У взрослых и детей может поражаться только слизистая оболочка полости рта. Больные чувствуют сильную боль и жжение слизистой оболочки, губ, щек, языка, которые препятствуют приему пищи, затрудняют речь. При осмотре на покрасневшей и отечной слизистой оболочке губ, щек, переходной складки, языка, подъязычной области в начальной стадии болезни можно увидеть единичные или сгруппированные папулы, пузырьки и пузыри разных размеров.

Пузыри быстро лопаются, а эрозированная в этом участке слизистая оболочка покрывается тонкой фибринозной пленкой беловато-желтого цвета, которая обычно расположена в плоскости окружающей слизистой оболочки. Иногда по периферии очага поражения видны обрывки пузыря, симптом Никольского отрицательный.

Период высыпаний обычно длится 5-8 дней, поэтому при позднем обращении можно увидеть еще больший полиморфизм элементов. Очень часто поражаются губы, особенно нижняя. Травмирование пузырей на красной кайме приводит к образованию массивных темно-бурых корок. При вторичном инфицировании возможно изъязвление эрозированных участков.

Высыпания на коже локализуются на тыльной поверхности кистей, предплечьях, голенях, лице и имеют вид синюшно-красных пятен округлых очертаний. В центре пятна расположен инфильтрат, который превращается в пузырек. Могут и сразу возникать на коже пузыри, окруженные ярко-красным или синюшно-красным ободком. Заболевание продолжается 2-4 недели и очень тяжело переносится детьми. После заживления эрозий в неосложненных случаях рубцов не остается.

Дифференцировать многоформную экссудативную эритему следует с острым афтозным стоматитом, тяжелой формой простого и опоясывающего герпеса, у подростков с истинной пузырчаткой.

Список литературы

1. Виноградова Т.Ф. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. //М., 2007.

. Елизарова В.М. Стоматология детская. Терапия: М., Медицина. - 2009.

. Национальное руководство по детской терапевтической стоматологии + СD.// Под редакцией Кисельниковой Л.П., Леонтьева В.К., М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.

. Терапевтическая стоматология. Под ред. Е.В.Боровского. - М.: 2009.