

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**ДЕКУБИТАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ,
КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Выполнила ординатор кафедры-клиники
стоматологии ИПО
по специальности «стоматология детская»
Елосва Длана Васильевна
рецензент к.м.н., Левенец Оксана Анатольевна

Красноярск, 2019

Содержание

Введение	3
1. Этиология, патогенез и клиника декубитальной язвы декубитальной язвы.....	4
2. Дифференциальная диагностика декубитальной язвы.....	10
3. Лечение декубитальной язвы.....	12
Заключение	16
Список литературы	18

Введение

Декубитальная язва полости рта – хроническая патология слизистой оболочки, развивающаяся из-за непрерывного воздействия травмирующего фактора. Пациенты жалуются на болезненные ощущения во время разговора и приема пищи, при осмотре выявляется язвенный дефект с неровными подрытыми краями, покрытый грязно-серым налетом. Диагноз устанавливается на основе анамнестических данных, объективного осмотра, также необходимо проведение цитологическое исследование для дифференциальной диагностики с язвами другой этиологии. Лечение заболевания заключается в устранении травмирующего фактора и медикаментозной обработке пораженного очага для ускорения регенерации тканей.

Декубитальная или травматическая язва полости рта появляется вследствие постоянной травматизации слизистой оболочки. В переводе с латыни «декубитальная» означает пролежневая, т.е. данный дефект возникает вследствие давления на ткани и последующего нарушения в них трофических процессов с развитием некроза. Глубина и выраженность очага поражения зависит от силы и времени действия раздражающего фактора. В стоматологии декубитальные язвы встречаются у пациентов всех возрастов, в том числе и у детей при прорезывании молочных зубов, но наиболее часто они беспокоят пожилых людей со съемными протезами и другими ортопедическими и ортодонтическими конструкциями.

Цель реферата: исследовать этиологию, патогенез, клинику, дифференциальную диагностику и лечение декубитальной язвы.

Для достижения поставленной цели нами были выдвинуты следующие задачи:

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику декубитальной язвы декубитальной язвы.
2. Рассмотреть дифференциальную диагностику декубитальной язвы.
3. Исследовать лечение декубитальной язвы.

1. Этиология, патогенез и клиника декубитальной язвы

декубитальной язвы

Декубитальной язвой называют глубокий дефект слизистой оболочки полости рта, возникающий вследствие продолжительного воздействия на нее какого-либо травмирующего фактора с последующим попаданием в рану инфекции. Это заболевание может развиваться как у взрослого, так и у ребенка, и сопровождается симптомами, в значительной мере ухудшающими качество жизни больного.

Главным этиологическим фактором возникновения язвы является постоянное воздействие травмирующего раздражителя на слизистую оболочку полости рта. На первом этапе поверхностный слой слизистой подвергается инфильтрации, затем происходит инфицирование, и начинается воспаление. В эпителии пораженной области формируется язва, дно которой покрыто грануляциями и гнойным налетом. Самыми распространенными раздражителями являются зубы с запущенным кариозным процессом и острыми краями, неграмотно установленные пломбы, выходящие за границы коронок, любые ортопедические и ортодонтические конструкции.

Даже самые качественные съемные протезы оказывают давление на слизистую полости рта и препятствуют естественному самоочищению, что в результате приводит к ухудшению тканевого кровообращения и нарушению баланса микрофлоры. Любые искусственные коронки, края которых погружены в десневой желобок, раздражают слизистую оболочку десны. Нередко декубитальная язва развивается у пациентов с нарушениями прикуса в результате давления бугров коренных зубов. Дети тоже подвержены развитию данной патологии, из-за склонности прикусывать щеки и язык в момент прорезывания молочных зубов. Дополнительными факторами, способствующими формированию декубитальной язвы, являются курение, неправильное питание, авитаминоз, иммуносупрессивные состояния, сосудистые заболевания и сахарный диабет.

Пациенты жалуются на болезненное образование в полости рта, дискомфортные ощущения во время разговора или приема пищи. При осмотре выявляется одиночный язвенный дефект слизистой оболочки с неровными краями, покрытый грязно-серым налетом, который легко снимается шпателем, оставляя кровоточащую поверхность. При прикосновении к пораженному очагу пациент испытывает боль. Окружающие ткани отечны, воспалены, наблюдается резкая гиперемия. Подчелюстные лимфатические узлы на пораженной стороне увеличены в размере и болезненны при пальпации. Края и основание длительно существующих язв становятся плотными, глубина может достигать мышечного слоя. После нейтрализации раздражающего фактора язвенный дефект быстро заживает.

Декубитальный дефект еще называют пролежневый. Возникает он из-за постоянного давления на слизистую, вследствие чего нарушаются трофические процессы. Как правило, глубина поражения напрямую зависит от силы и времени воздействия раздражителя.

В стоматологии, рассматриваемая патология встречается у людей практически всех возрастных категорий. Однако чаще, подобный недуг поражает лиц преклонного возраста. Язва может затронуть практически все участки. При этом чаще, диагностируют подобное явление на языке и щеках. Из-за постоянного воздействия острых краев зубов, пораженных кариесом. Если возникает декубитальная язва в полости рта и отсутствует своевременное лечение, высокая вероятность инфицирования. Кроме того, в запущенной стадии нередко происходит малигнизация дефекта.

Основной причиной, по которой образуется декубитальная язва в полости рта, постоянный контакт раздражителя со слизистой. Развивается подобный негативный процесс следующим образом:

- сначала слизистая подвергается инфильтрации;
- затем, раневые участки инфицируются;
- далее начинается воспаление.

В зоне поражения образуется язва. Ее дно покрывает гнойный налет с грануляциями. Провоцирует образование подобного дефекта следующие раздражители:

- зубы с кариесом или с острыми краями;
- неправильно установленные пломбы;
- коронки, выходящие за границы;
- некачественные ортодонтические или ортопедические конструкции.

К сожалению, даже высококачественные съёмные протезы, установленные в ротовой полости, оказывают негативное воздействие на слизистую. Они блокируют естественный процесс самоочищения, чем вызывают ухудшение кровообращения в тканях и нарушают баланс в микрофлоре.

Абсолютно все искусственные коронки, погруженные в десны, вызывают раздражение слизистой. Кроме того, часто декубитальное язвенное образование формируется у лиц, имеющих неправильный прикус. Происходит так из-за сильного давления на коренные зубы.

Стоит отметить, дети также подвержены рассматриваемой патологии. Причина заключается в склонности прикусывать щеки и язык во время, когда происходит прорезывание зубов. Кроме того, дополнительными негативными провокаторами возникновения декубитальные язвы считается неправильное питание, авитаминоз, сосудистые патологии и сахарный диабет.

Наличие декубитальных язвенных образований в ротовой полости поможет определить следующая симптоматика:

- боль в ротовой полости;
- дискомфорт, возникающий во время разговора;
- болевые ощущения, беспокоящие пациента во время приема пищи.

Подтвердить или опровергнуть подобный диагноз можно, обратившись к стоматологу или лору. Если имеется место рассматриваемой

патологии, на слизистой будут обнаружены раневые участки, покрытые серым налетом, который без труда снимается шпателем.

Патология носит травматический характер, но быстро вылечивается при устранении источника травмирования. Опасность состоит в том, что появление язв в ротовой полости может говорить о наличии более серьезных заболеваний, таких как рак. Поэтому важно своевременно обратиться к врачу, чтобы дифференцировать декубитальную язву от других болезней. Стоматологи различают несколько видов декубитальной язвы в ротовой полости, это:

- декубитальная язва на языке;



- пролежневая язва неба;



–

- банальная пролежневая язва;



– язва уздечки языка.



Локализация язвы может быть на любом месте полости рта, в зависимости от расположения патологического фактора. Чаще всего декубитальная язва во рту образуется с краю языка или на его кончике. Повреждающим фактором в этом случае является острый край зуба или нарушение прикуса.

Появление и развитие декубитальной язвы происходит стремительно: в поврежденном месте появляется воспаление с эрозией внешней оболочки, которое является благоприятной средой для попадания и развития инфекции. Вследствие попадания инфекции на травмированном эпителии и появляется поверхностная язва травматического происхождения.

Чаще всего ее покрывает налет грязно-серого оттенка, а дно образования характеризуется зернистостью и легко провоцируемой кровоточивостью. Края образования приподымаются, постепенно уплотняясь. Одновременно развитием язвы воспаляются лимфоузлы, располагающиеся возле очага инфекции.

Травматические язвы характеризуются резкой болезненностью, увеличивающейся при прикосновении, попадании еды и даже во время речи. Наиболее болезненными участками являются язвы, образующиеся на языке или уздечке.

У грудных детей белая язва во рту, развивающаяся на слизистой неба из-за неаккуратного кормления или грубого гигиенического протирания,

также характеризуется резкой болезненностью. Внешние масштабы образования сравнимы с вишневой косточкой. Язва покрыта белым налетом с желтоватым оттенком и воспаленным кровотоющим ободком.

Пролежневые хронические язвы во рту образуются достаточно быстро. За очень короткий срок появляется воспаление тканей, а затем образуется сама язва. Поврежденная слизистая оболочка языка или неба являются идеальными воротами для проникновения бактерий и вирусов. Благодаря чему и происходит инфильтрация верхнего слоя эпителия, а последующие травмы способствуют углублению патологии в ткани.

2. Дифференциальная диагностика декубитальной язвы

Для постановки диагноза используют данные анамнеза и объективного осмотра. Из-за сходства клинической картины необходимо проводить дифференциальную диагностику декубитальной язвы с поражениями другой этиологии: раковой, туберкулезной, трофической язвой и твердым шанкром при сифилисе. Язвенный дефект онкологической природы отличается длительным существованием в полости рта, при осмотре обращают на себя внимания разрастания краев, напоминающих своим видом цветную капусту. После устранения раздражителя состояние не улучшается. В мазке при цитологическом исследовании обнаруживаются атипичные клетки, появление которых исключено при обычной травматической язве. Туберкулезная язва имеет мягкие неровные края и зернистое дно с желтыми вкраплениями (зерна Треля). В соскобе при цитологическом исследовании обнаруживается наличие гигантских клеток Лангханса.

Для определения точного диагноза требуется объективный осмотр пациента. Дело в том, что декубитальный дефект ротовой полости схож по своей симптоматике с раковой и туберкулезной язвой, а также с последствиями сифилиса:

1. Язвенная патология, злокачественного происхождения практически не поддается стандартному терапевтическому лечению и существует на ротовой полости в течение длительного времени. Края при подобном дефекте напоминают цветную капусту. При этом, даже после устранения раздражителя, не улучшается. А при цитологическом исследовании взятого мазка выявляются атипичные клетки.

2. Язвенное образование, возникшее вследствие туберкулеза, отличается по своему виду. Края раневой зоны не ровные, а сам дефект имеет зернистое дно с вкраплениями желтого оттенка. При цитологическом обследовании будут выявлены клетки Лангханса.

3. Если причина формирования язвочек в сифилисе, раневые зоны будут плотными, края ровными и безболезненными. Это касается и лимфатических узлов. Они увеличатся в размерах, однако не будут доставлять дискомфорт.

4. В том случае, когда виновник появившихся образований трофическая язва, раневые зоны не заживают длительное время, даже после устранения провокатора.

Диагноз устанавливается по жалобам пациента и симптоматике. На осмотре стоматолог замечает потенциально травмирующую внутреннюю оболочку ротовой полости. Микроскопическое и культуральное исследование мазка, определит наличие гноеродных бактерий, это стафилококк и стрептококк.

Дифференциальная диагностика проводится с:

- сифилисом. При этом язвы внутренней оболочки овальной формы с плотной основой. Болевой синдром отсутствует. Под микроскопом можно обнаружить сифилисный возбудитель - бледная трепонема;

- туберкулезом (туберкулезной язвой). Пораженные участки с особыми краями, при дотрагивании пациент испытывает боль. Слизистая оболочка ротовой полости имеет гнойное воспаление в виде желтых пятен. Окончательный диагноз ставится на выявлении в биоматериале больших клеток Пирогова-Лангханса.

- злокачественными опухолями. Начинается в результате запущенной формы, то есть при не лечении язвенного дефекта во рту. Диагностируется заболевание на основании гистологических исследований – в биоматериале присутствует раковая клетка.

- истинной пузырчаткой. Диагноз ставится по результатам цитологического изучения – в мазке обнаружена специфическая клетка Тцанка.

3. Лечение декубитальной язвы

Основная цель лечения – это устранение или ослабление действия травмирующего фактора. В обязательном порядке проводится санация полости рта, пломбирование кариозных зубов и замена старых некачественных пломб на новые. Необходимо свести к минимуму раздражающее воздействие всех ортопедических и ортодонтических конструкций. Пациентам с выраженным болевым синдромом рекомендуется проведение теплых полосканий, аппликаций или орошений местными анестетиками (лидокаин, новокаин, пиромекаин).

Чтобы устранить некротический или фибринозный налет, используются аппликации протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин), после чего налет легко удаляют шпателем, а язвенный дефект обрабатывают антисептическими средствами (перекись водорода, диметилсульфоксид). Для ускорения заживления используются мази с репаративным действием (метилурациловая и пр.). Как только начинается процесс эпителизации язвы, рекомендуется наносить кератопластические средства (облепиховое масло, поливинокс).

Основное лечение декубитальных язв заключается в устранении травмирующего фактора. Если язва образовалась из-за воздействия острых краев разваливающихся кариозных зубов, то при обращении к врачу он сгладит края и отшлифует.

Если травмы нанесены зубными протезами, то устранение травмирующего фактора может заключаться в их корректировке либо полной замене.

Лечение язв на небе у ребенка, развившуюся из-за его протирания, заключается в отмене процедуры до полного заживления пострадавших тканей. Дополнительно стоматолог может назначить обработку антисептическими растворами (перекисью водорода, хлоргексидина биглюконата и т.д.), а также прием обезболивающих препаратов.

В некоторых случаях при прогрессирующем уплотнении краеобразования требуется их иссечение. По усмотрению специалиста он может назначить щадящую диету и включение в рацион витаминов для повышения иммунных сил организма.

Лечить декубитальное язвенное образование в ротовой полости начинают с устранения первопричины, вызвавшей подобное явление. Комплекс терапевтических мероприятий состоит из следующих действий:

- 1) санация рта;
- 2) пломбирование зубов, пораженных кариесом;
- 3) замена некачественных пломб на новые;
- 4) если раздражитель ортопедические и ортодонтические конструкции, необходимо свести к минимуму их негативное воздействие.

Кроме того, людям, у которых ярко выражен болевой синдром следует регулярно проводить полоскания и аппликации с применением Лидокаина и Новокаина.

Первостепенную роль в лечении декубитальной язвы играет устранение фактора, травмирующего слизистую оболочку (лечение кариозных зубов, замена протезов, коррекция прикуса и так далее). Во многих случаях этого уже достаточно для того, чтобы процесс начал развиваться в обратном направлении.

Ускорить заживление язвы и облегчить состояние больного помогут:

- щадящая диета (употребление мягкой, пюреобразной пищи в теплом виде, отказ от алкоголя, механически повреждающих слизистую продуктов, холодных или горячих блюд и напитков);
- обезболивающие препараты местного действия (Лидокаин, Тримекаин и прочие);
- препараты протеолитических ферментов (лидаза, трипсин, химотрипсин);

- растворы препаратов антибактериального/антисептического действия (Хлоргексидин, Мирамистин, Ротокан, Фурацилин, перекись водорода и другие);

- препараты, ускоряющие эпителизацию дефекта слизистой (в частности, стоматологическая паста Солкосерил, масло облепихи, шиповника).

Своевременное выявление патологии и устранение травмирующих явлений позволяет рассчитывать на благоприятный прогноз. В том случае, когда болезнь запущена, это неминуемо приводит к онкологии. Особенно подвержены такому явлению люди преклонного возраста, носящие съёмные протезы.

Для избавления от некротического и фиброзного налета показаны аппликации с препаратами Трипсин и Химотрипсин. После подобных аппликаций некротический налет легче отделяется и убирается шпателем. А раневая зона обрабатывается антисептиками в виде перекиси водорода. Для ускорения процесса заживления показаны мази с репаративным действием. Ну а когда начнется процесс заживления, следует наносить на ранки кератопластические средства, наиболее эффективным считается облепиховое масло.

Это способ лечения окажет положительный результат только в том случае, когда будет устранена первопричина.

В лечении декубитальной язвы полости рта могут быть использованы и физиотерапевтические методы. Они помогают уменьшить активность воспалительного процесса, обезболить, ускорить процессы восстановления пораженных тканей, а также успешно борются с микроорганизмами в ране.

Как правило, при этом заболевании применяют:

- КУФ;
- дарсонвализацию;
- аэрозольтерапию.

Чтобы обезвредить микроорганизмы, которыми инфицирована язва, ее поверхность облучают КУФ-лучами. Другими эффектами ультрафиолетовых лучей является активизация микроциркуляции в зоне воздействия и улучшение питания тканей. Курс лечения включает в себя 4 проводимые ежедневно процедуры, причем начинают его с 1 биодозы и с каждым последующим сеансом увеличивают дозу на 0.5.

Если применять КУФ нет возможности, допустимо воздействие на рану интегральным спектром. Начальная доза облучения при этом должна составлять 2 БД и с каждым последующим сеансом увеличиваться на 1 БД. В этом случае курс лечения более длительный – он состоит из 5-6 воздействий.

Чтобы ускорить процесс эпителизации язвенного дефекта, применяют местную дарсонвализацию непосредственно на участок поражения. Воздействуют по 1-2 минуты курсом в 4-5 сеансов.

Аэрозольтерапию назначают при больших размерах язвы. Препараты, активизирующие репаративные процессы и оказывающие противовоспалительное действие просто распыляют по поверхности раны. Можно сочетать этот вид физиолечения с воздействием постоянным электрическим полем высокого напряжения, а также с орошением ротовой полости растворами антисептиков.

Заключение

Декубитальная язва – иногда её называют травматической, поскольку она представляет собой поражение слизистой или кожных покровов, вызванное длительным травмирующим факторов.

Локализация язвенного дефекта может быть любой, однако у взрослых пациентов патологический процесс в большинстве случаев затрагивает язык и щеки из-за постоянного контакта с острыми краями кариозных зубов и выступами протезов. При отсутствии лечения велика вероятность присоединения вторичной инфекции, а при запущенном течении – малигнизации язвенного дефекта.

Основной причиной появления декубитальной язвы в ротовой полости является постоянное механическое повреждение ткани определенным травмирующим фактором. Именно поэтому декубитальное образование имеет и другое название – травматическая язва.

В качестве травмирующих факторов могут выступать разнообразные явления. Одним из них являются разрушенные зубы, пострадавшие в результате некоторых стоматологических заболеваний – кариеса, пульпы и т.д. При отсутствии лечения таких болезней зубы имеют свойство разрушаться с появлением острых краев, которые и оказывают травмирующее воздействие на слизистую рта, в итоге приводящую к появлению язвы.

Также велика вероятность появления язвы на щеке во рту у тех, кому пломбирование было проведено неаккуратно, и остались нависшие края, способные травмировать ткани щеки или десны.

К аналогичному эффекту способны приводить и протезные зубные конструкции, особенно если они уже старые либо были изготовлены без соответствия анатомическим особенностям рта конкретного больного. К тому же результату могут приводить и некорректно установленные ортодонтические конструкции.

Реже травматические язвы могут появляться и по естественным причинам – если у больного существуют нарушения прикуса (к примеру, он глубокий или перекрестный), или несвоевременно (чаще преждевременно) начали прорезываться молочные либо постоянные зубы. К язвам может приводить и наличие вредных привычек (особенно курения), во время которого могут прикусываться щеки, язык или губы, и тем самым травмироваться.

При своевременной постановке диагноза и устранении травмирующих факторов прогноз заболевания благоприятный. Без лечения длительно существующий язвенный дефект может подвергнуться вторичному инфицированию. Но самым тяжелым осложнением декубитальной язвы является ее злокачественное перерождение. Как правило, данное явление встречается у пожилых людей, носящих съемные протезы. Для профилактики необходимо регулярно проходить осмотры у врача-стоматолога, проводить лечение кариозных зубов и выбирать высококвалифицированных специалистов для ортодонтического и ортопедического лечения.

Список литературы

1. Барк К., Бургорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника. Диагностика и лечение. Атлас и руководство; Медицинская литература. – Москва, 2018. – 438 с.
2. Вавилова Т.П. Биологическая химия. Биохимия полости рта. Учебник; ГЭОТАР-Медиа. – Москва, 2014. – 420 с.
3. Грачева М.А. Болезни полости рта. – М.: Феникс, 2018. – 288 с.
4. Килафян О.А. Гигиена полости рта. Краткий курс; Феникс. – Москва, 2014. – 224 с.
5. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М., 2016. – 288 с.
6. Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Белозеров А.Е. Клиническая характеристика больных предраковыми заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ // В сборнике: Научный посыл высшей школы - реальные достижения практического здравоохранения. Министерства здравоохранения Российской Федерации. Нижний Новгород, 2018. – С. 617-622.
7. Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Гулян У.Г., Серхель Е.В. Оценка эффективности терапии предраковых заболеваний слизистой оболочки рта при помощи аутофлюоресцентной диагностики // Современные проблемы науки и образования. 2018. - № 4. – С. 151.