

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

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ  
ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИИ СОПР**

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

Красноярск, 2019

## Содержание

Введение .....	3
1. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей.....	4
2. Возрастные особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей.....	9
3. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей ....	12
Заключение .....	20
Список литературы .....	21

## Введение

В настоящее время не возникает сомнения в том, что в основе большинства заболеваний слизистой оболочки полости рта лежат различные патологические нарушения во внутренних органах. Нередко изменения на слизистой оболочке являются индикатором инфекционного или соматического заболевания.

Для понимания патологических процессов в полости рта важное значение имеет знание топографических различий, морфологических, гистологических и гистохимических особенностей слизистой оболочки, а также развитие и разграничение этих областей в процессе эмбрионального развития.

Среди многих заболеваний – патологические изменения слизистой оболочки полости рта в период болезни занимают значительное место по разнообразию поражений, клинической картины, симптомах, цитологических, гистологических изменениях. Возникает при нарушении жизнедеятельности организма от воздействия внешней среды, снижения приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма. Среди поражений слизистой оболочки 3-5 % от общего числа – стоматологические больные.

Цель реферата: исследовать возрастные особенности слизистой оболочки полости рта у детей и классификацию патологии СОПР.

Для достижения поставленной цели нами были выдвинуты следующие задачи:

1. Изучить анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей.
2. Исследовать возрастные особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей.
3. Рассмотреть классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

## **1. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей**

Современные ученые выделяют 3 типа слизистой оболочки: покровную (слизистая оболочка губ, щек, переходных складок, дна полости рта, мягкого неба), жевательную (слизистая оболочка десен и твердого неба) и специализированную (тыльная поверхность языка).

Функции слизистой:

1. Барьерная – препятствует проникновению вглубь микроорганизмов, вирусов (туляремия, ящур) и т.д.
2. Всасывание.
3. Буферная – нейтрализует воздействие кислот и щелочей, способность быстро восстанавливать РН среды.
4. Регенеративная – способность к быстрому заживлению.

На всем протяжении слизистая оболочка полости рта (СОПР) выстлана многослойным плоским эпителием, состоящим из нескольких слоев клеток. Под ним располагаются базальная мембрана, собственно слизистая оболочка и подслизистый слой. Соотношение этих слоев на различных участках полости рта неодинаково. Твердое небо, язык, десна, которые подвергаются наиболее сильному давлению во время приема пищи, имеют более мощный эпителий. Губы, щеки обладают хорошо выраженной собственной пластинкой, а дно полости рта и переходные складки – преимущественно развитой подслизистой основой.

Отдельные части СОПР (десна, твердое и мягкое небо и др.) у детей могут иметь ряд особенностей строения, но в целом мало отличаются от таковых у взрослых.

Десна – часть слизистой оболочки, непосредственно окружающая губы. Она изолирует пародонт от внешней среды и участвует в фиксации зуба. Десна подразделяется на 3 элемента: межзубные сосочки, маргинальную часть, свободно прилежащую к шейке зуба, и прикрепленную часть, которая

прочно сращена с надкостницей альвеолярного отростка. Между маргинальной десной и шейкой зуба находится десневой желобок, выстланный неороговевающим многослойным плоским эпителием и заполненный десневой жидкостью. На дне десневого желобка находится эпителиальное прикрепление к зубу.

Десна у детей характеризуется рядом признаков:

1. Более васкуляризована, эпителий имеет более тонкий слой ороговевающих клеток (до 2,5-3 лет ороговевающий слой отсутствует или слабо выражен), в связи с чем окраска десны более яркая.
2. Имеет менее выраженную зернистую поверхность из-за незначительного углубления эпителиальных сосочков (сосочкового слоя).
3. Отличается небольшой плотностью соединительной ткани.
4. Характеризуется большей глубиной десневых бороздок, чем у взрослых.
5. В период прорезывания зубов десневой край имеет округлые края с явлениями отека и гиперемии.
6. Базальная мембрана более тонкая и имеет нежное строение.
7. У детей до 2,5-3 лет СОПР, в том числе и десна, содержит много гликогена. К окончанию формирования временного прикуса появление гликогена в десне свидетельствует о воспалении данной области. На этом основана диагностика с использованием пробы Шиллера-Писарева.
8. Коллагеновые волокна собственного слоя слизистой оболочки десны расположены неплотно, недостаточно ориентированы, эластические волокна отсутствуют.
9. В период сменного прикуса слой эпителия десны утолщается, поверхностный слой его ороговевает, происходит созревание коллагена и уменьшается склонность к диффузным реакциям. Проницаемость гистогематических барьеров снижается также в связи с появлением

периваскулярных скоплений лимфоцитов и гистиоцитов, что создает предпосылки к хроническому течению патологического процесса в десне.

10. В период постоянного прикуса десна у детей имеет зрелую дифференцированную структуру. Поверхностный слой ее ороговевает, за исключением эпителия, выстилающего десневую борозду, что является слабым местом при возникновении гингивита.

Твердое небо покрыто многослойным плоским ороговевающим эпителием и неподвижно сращено с надкостницей небных костей. Выделяют 4 зоны слизистой оболочки неба:

1. Жировая зона – располагается в передней трети твердого неба, его подслизистая основа содержит жировую ткань. В этой зоне под прямым углом к небному шву расходятся небные складки, в основе которых лежат толстые пучки коллагеновых волокон. Эти складки наиболее выражены у плода и значительно разглаживаются после рождения.

2. Железистая зона – располагается в средней и задней третях твердого неба и содержит концевые отделы слизистых небных слюнных желез. Подслизистая основа выражена слабо.

3. Зона небного шва – тянется в виде узкой полоски по центру твердого неба спереди назад. Под слизистый слой в этом участке отсутствует. Характерной особенностью слизистой оболочки твердого неба в области шва является наличие в собственной пластинке округлых скоплений эпителиальных клеток (эпителиальных жемчужин), которые представляют собой остатки эпителия с эмбрионального периода при сращении небных отростков.

4. Латеральная (краевая) зона – соответствует участкам перехода твердого неба в десну. В этой зоне подслизистая основа отсутствует.

В основе губы лежит круговая мышца рта. Губа состоит из 3 отделов:

1. Кожный отдел – имеет строение кожи, покрыт многослойным плоским ороговевающим эпителием, содержит волосы, потовые сальные железы, мышечные волокна.

2. Красная кайма – покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием, содержит единичные сальные железы. Хорошо выражен сосочковый слой с капиллярными петлями, которые придают губе красный цвет. Имеется большое количество нервных окончаний. Слюнные железы в данной области отсутствуют, что может вызывать пересыхание губ. Зона перехода красной каймы в слизистую называется линией Клейна. Эпителий этой зоны подвергается паракератозу, а у новорожденных она покрыта эпителиальными выростами (ворсинками), которые считают приспособлением для сосания.

3. Слизистый отдел – выстлан неороговевающим многослойным плоским эпителием, который содержит значительное количество гликогена. Собственная пластинка слизистой состоит из волокнистой соединительной ткани и капилляров. Подслизистая основа примыкает к мышцам и содержит большое количество сосудов, жировую ткань и концевые отделы смешанных слюнных желез, выводные протоки которых открываются в преддверие полости рта.

Щека ограничивает боковую стенку полости рта, в основе ее лежит щечная мышца. В дерме и подслизистом слое имеется большое количество жировой ткани и эластических волокон. Эпителий слизистой щеки многослойный, плоский, неороговевающий. По линии смыкания зубов эпителий может ороговеть и иметь более бледный цвет. В клетках эпителия содержится большое количество гликогена.

Собственная пластинка слизистой образует невысокий сосочковый слой, который внедряется в эпителий на 1/4 его толщины и содержит коллагеновые волокна.

В подслизистом слое располагаются смешанные щечные слюнные железы, которых больше в задних отделах. В слизистой щеки подэпителиально могут встречаться сальные железы (железы Фордайса), которые имеют вид желтоватых крупинок на поверхности СОПР, чаще в дистальных отделах.

Мягкое небо – это складка слизистой оболочки с мышечно-фиброзной основой. Оно имеет более яркую окраску по сравнению с твердым небом, так как покрыто сравнительно тонким слоем многослойного плоского эпителия, через который просвечивается капиллярная сеть. Есть собственная слизистая пластинка. В переднем отделе мягкого неба имеется подслизистый слой, в котором находятся концевые отделы слизистых слюнных желез.

Задняя (назальная) поверхность мягкого неба покрыта однослойным многорядным призматическим реснитчатым эпителием. В собственной пластинке встречаются лимфатические узелки и протоки мелких слюнных желез.

Слизистая оболочка дна полости рта покрыта тонким многослойным плоским неороговевающим эпителием, под которым располагается собственная пластинка, пронизанная большим количеством кровеносных и лимфатических сосудов. Подслизистый слой хорошо выражен, содержит дольки жировой ткани и мелкие слюнные железы.

Нижняя поверхность языка покрыта тонким многослойным плоским неороговевающим эпителием. Имеются собственный слизистый и подслизистый слои. В переднем отделе находятся смешанные слюнные железы.

Верхняя поверхность языка (специализированная слизистая оболочка) покрыта однослойным плоским ороговевающим эпителием. Подслизистый слой отсутствует. На задней трети языка имеется скопление лимфоидной ткани розового цвета или с синюшным оттенком. Это язычная миндалина, которая входит в состав лимфоэпителиального глоточного кольца и выполняет защитную функцию. Язычная миндалина достигает наибольшего развития в детстве и подвергается инволюции после полового созревания. Под слизистой оболочкой, особенно в заднем отделе, располагаются мелкие слюнные железы, выводные протоки которых открываются на поверхность. По характеру секрета выделяют серозные, слизистые и смешанные железы.



Эпителий и собственно слизистую оболочку на спинке языка образуют сосочки: нитевидные, листовидные, грибовидные и желобоватые.

Нитевидные сосочки покрывают всю поверхность языка, не содержат вкусовых лукович и формируют прочную абразивную поверхность, с помощью которой язык прижимает пищевой комок к твердому небу. Эпителий в области вершин сосочков подвергается ороговению и слущиванию. При замедлении слущивания язык становится обложенным. При ускорении слущивания эпителия образуются десквамативные участки розового цвета.

Листовидные сосочки хорошо развиты у детей, располагаются в виде 8-15 складок на боковых поверхностях языка в дистальных отделах и содержат вкусовые луковичи.

Грибовидные сосочки располагаются среди нитевидных в области кончика языка в виде красных точек и содержат вкусовые луковичи. Они покрыты тонким слоем неороговевающего многослойного плоского эпителия. Кровь в сосудах просвечивается через тонкий слой эпителия, придавая этим сосочкам красную окраску.

Желобоватые сосочки (окруженные валом) – самые крупные сосочки языка – располагаются в виде буквы V ближе к корню и окружены валиком и бороздкой. В их стенках имеется большое количество вкусовых лукович.

На границе тела языка и корня, позади желобоватых сосочков, располагается слепое отверстие – следствие заросшего щитоязычного протока.

## **2. Возрастные особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей**

У детей структура слизистой оболочки полости рта (гистологическая и гистохимическая) резко меняется в зависимости от возраста. На основании специальных исследований целесообразно выделить три возрастных периода,

которые имеют сформированные отличия строения и характеризуют динамику развития основных структур слизистой оболочки полости рта:

I – период новорожденности (от 1 до 10 дней) и грудной (от 10 дней до 1 года).

II – ранний детский период (1-3 года).

III – первичный (4-7 лет) и вторичный (8-12 лет) детские периоды.

У новорожденных эпителиальный покров слизистой оболочки тонкий и состоит из 2 слоев – базального и шиповидного. Сосочковый слой не развит. Базальная мембрана очень тонкая и нежная. В эпителии содержится большое количество гликогена и РНК.

В собственном слое СОПР соединительная ткань рыхлая, неоформленная. Волокнистые структуры малодифференцированы, однако выявляется их резкая фуксинофилия, что свидетельствует о наличии в тканях зрелых белковых структур. Этот факт можно расценивать как результат плацентарной передачи белковых структур плоду от матери. В грудном периоде начинают утрачиваться иммунные свойства ткани, приобретенные в антенатальный период.

В подслизистом слое содержится значительное количество клеточных элементов, в основном фибробластов. Имеется небольшое количество гистиоцитов, лимфоцитов и молодых тучных неактивных клеток.

Такие особенности строения СОПР у новорожденных обуславливают ее легкую ранимость и высокую способность к регенерации, а также высокую резистентность к вирусным и бактериальным стоматитам.

В грудном возрасте эпителий утолщается, появляется паракератоз в области жевательной слизистой и на вершинах нитевидных сосочков, уменьшается количество гликогена в этих участках. Базальная мембрана остается тонкой, соединительная ткань собственного слоя СОПР – низкодифференцирована.

В ранний детский период (1-3 года) четко оформляются регионарные отличия СОПР. В эпителии языка, губ, щек выявляется сравнительно низкое

количество гликогена. Базальная мембрана специализированной и покровной слизистой еще имеет тенденцию к разрыхлению.

Большое количество клеточных элементов в собственном слое слизистой оболочки, а также вокруг кровеносных сосудов в специализированной и покровной слизистой оболочке способствует высокой проницаемости сосудистой стенки в этих областях. Это может служить одной из причин частого поражения именно этих участков при острых герпетических стоматитах.

Эпителиальный покров жевательной СОПР утолщается. В нем выявляются процессы ороговения и паракератоза.

В первичный детский период (4-7 лет) снижается интенсивность обменных процессов, уменьшается количество кровеносных сосудов и клеточных элементов в собственном слое СОПР. Эпителий утолщается, и в нем несколько увеличивается содержание гликогена и РНК, что объясняется уменьшением их расхода в данный период.

Во вторичном детском периоде (8-12 лет) наблюдаются уменьшение количества гликогена и увеличение числа белковых структур в эпителии. Базальная мембрана становится плотной, в собственном слое увеличивается количество ретикулиновых, эластических и коллагеновых волокон.

Возрастает количество лимфоидно-гистиоцитарных инфильтратов вокруг сосудов, что говорит о наличии сенсбилизации в организме ребенка и формировании защитных механизмов (выработке антител). В этот период уменьшается склонность к диффузным реакциям в полости рта и появляются заболевания СОПР, связанные с аллергией. Происходят количественные и качественные изменения в тучных клетках – количество их снижается, а активность увеличивается из-за накопления в их цитоплазме гепарина моносульфата, который действует как неспецифический фактор защиты, блокирует протеолитические и муколитические ферменты крови и тканей, нормализует проницаемость капилляров.

Морфологические особенности СОПР, свидетельствующие о понижении в этот период ее проницаемости, создают предпосылки к затяжному хроническому процессу в полости рта.

В возрасте 12-14 лет под влиянием гормональной перестройки в полости рта преобладают такие заболевания, как юношеские гингивиты и мягкая лейкоплакия.

### **3. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей**

Клиническое значение любой классификации заключается в том, чтобы помочь врачу оформить диагноз, в котором была бы отражена, этиология заболевания, патогенез, клиническая форма, т.е. все то, что в конечном итоге определило бы лечебную тактику врача. Так в классификации Т.Ф. Виноградовой используются термины – поражение, заболевание, изменение. Б.М.Э. так дает определение этих понятий:

– заболевание – нарушение ж/деятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризуется понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма;

– повреждение – синоним травма, нарушение целостности тканей или органов с расстройством функции.

Классификация болезней, изменений и повреждений слизистой оболочки полости рта у детей.

I. По этиологии заболевания:

1) Вирусные болезни:

- ОГС;
- РГС;
- герпесная ангина;
- вирусные бородавки;
- везикулярный стоматит.

2) Грибковые болезни:

- острый и хронический кандидоз;
- кандидомикоз;

3) Бактериальные болезни:

- язвенно-некротический стоматит Венсана;
- туберкулезный стоматит;
- гонорейный стоматит;
- сифилис полости рта;

4) Аллергические болезни:

- МЭЭ.

5) Изменение СОПР:

- при болезнях сердечно-сосудистой системы, нервно-психических, эндокринных и других системных болезнях;
- при болезни системы пищеварения;
- при острых инфекционных болезнях;
- при болезнях крови;
- при болезнях кожи (буллезный эпидермолиз, дерматит Дюринга, красный плоский лишай и др.).

6) Повреждения СОПР вследствие механической и химической травмы (афты Беднара, декубитальная афта, эрозия, рана, термические, химические и лучевые ожоги, мягкая лейкоплакия).

II. По клиническому течению: острые и хронические (рецидивирующие и перманентные).

III. По локализации – стоматит, папиллит, гингивит, глоссит, палатинит и др.

IV. По клинически выраженным морфологическим изменениям.

1) Первичные – воспаление (катаральное, фиброзное, альтеративное и пролиферативное) – высыпания (пузырьки, пузыри, папулы).

2) Вторичные – эрозии, язвы, пятна, рубцы.

Повреждения травматического происхождения. Внешние раздражающие факторы чрезмерной силы могут привести к травматическому повреждению слизистой оболочки полости рта у детей в результате прямого воздействия на покровные ткани. Степень повреждения зависит от времени и силы воздействия раздражающего фактора, его характера, возрастной, местной и индивидуальной стойкости слизистой оболочки, от состояния организма в момент нанесения травмы, это необходимо учитывать стоматологу при постановке диагноза и планировании лечения. Клинико-морфологические изменения в покровных тканях полости рта, вызванных травмирующими агентами разного вида, имеют чаще всего неспецифический характер.

Различные виды поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте в зависимости от характера травмирующего агента принято подразделять на:

- Механические.
- Термические.
- Химические.
- Лучевые.

Острые механические повреждения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте возникают в результате действия режущих предметов, ударов, укусов, вредных привычек. Частой причиной травмы является привычка держать во рту различные предметы. Нередки травмы острыми краями разрушенных зубов или одним преждевременно прорезавшимся зубом, чаще на нижней челюсти. В области повреждения возникает травматическая гиперемия слизистой оболочки полости рта, отек, десквамация или некроз эпителия, эрозия или язва.

На месте повреждения возникает гематома, ссадина, эрозия или язва разной глубины и размера. Вторичное инфицирование раны способствует развитию долго незаживающих язв и трещин. Вокруг раны возникает ограниченное воспаление и инфильтрация собственного слоя слизистой

оболочки. Пальпация участка повреждения и лимфоузлов болезненна. Появление травматических язв сопровождается усилением слюноотделения.

Хроническое механическое повреждение покровных тканей полости рта в детском возрасте встречается чаще, чем острое. Причинами таких повреждений является долговременное травмирование слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов или их корнями при неправильном процессе смены молочного прикуса, неправильно сконструированными ортодонтическими аппаратами и т.д.

Язвы при хроническом повреждении сопровождаются гиперемией и отеком окружающих тканей, инфильтрацией собственной оболочки, склонностью к развитию грануляционной ткани, пролиферативными явлениями. В некоторых случаях неспецифическое воспаление сопровождается усиленным ороговением в участках, где в обычных условиях кератинизация эпителия не возникает.

Клинически хроническое механическое повреждение сопровождается возникновением декубитальной (пролежневой) эрозии или язвы. Субъективно не всегда возникает болевая чувствительность, хотя в ряде случаев ребенок становится беспокойным, отказывается от приема пищи. Обострение процесса в результате инфицирования сопровождается усилением отека окружающих тканей и болезненностью регионарных лимфоузлов. Общее состояние ребенка не страдает.

Травматические эрозии и язвы имеют форму ранящего предмета, разную глубину и размеры, края слегка приподняты над поверхностью, умеренно гиперемированы, отечны. Дно покрыто налетом бледно-желтого цвета. Язвы и регионарные лимфатические узлы нередко болезненны при пальпации.

Привычное прикусывание слизистой оболочки полости рта сопровождается хроническим воспалением по типу мягкой лейкоплакии. На несколько отечной слизистой оболочки полости рта по линии смыкания зубов возникают безболезненные беловатые или серо-белого цвета

гиперплазированные участки, которые достаточно легко снимаются, могут быть участки кровоизлияния.

Отдельную клиническую форму хронического механического повреждения слизистой оболочки полости рта у детей до года составляют так называемые афты новорожденных (афта Беднара). Возникают такие афты у детей первых месяцев жизни, ослабленного питания, которые находятся на искусственном вскармливании, и для этого используются длинные и жесткие резиновые соски. Дети со сниженной трофикой, особенно недоношенные, становятся подверженными быстрой травматической реакции эпителиального покрова. Возникают округлые или овальные с четкими краями язвы в местах перехода мягкого неба в твердое. Эрозированная поверхность покрыта желто-серым налетом с выраженным воспалительным валиком вокруг. Из-за болезненности язвы ребенок отказывается от пищи.

Для уточнения диагноза применяют специальные методики, в том числе цитологическое исследование содержимого язв, бактериологическое изучение отделяемого. Лечение механических повреждений

Лечение острых механических повреждений слизистой оболочки полости рта включает удаление травмирующего предмета или его фрагмента из раны, а при показаниях после антисептической обработки ее зашивают. При отсутствии необходимости наложения швов рану рекомендуется оросить раствором антисептика (фурацилин, этоний, этакридина лактат, 0,5% раствором перекиси водорода, марганцевокислого калия, настоями лекарственных растений: шалфей, ромашка, зверобой, чай, танин) несколько раз в день. Рекомендуют прием пищи в протертом виде. Перед приемом пищи уместно провести ванночки с растворами антисептиков и анестетиков.

Эпителизацию и заживление ран можно ускорить аппликациями кератопластических веществ (масло шиповника, витамин А). Значительные травмы слизистой оболочки рта с выраженными рубцами после заживления требуют диспансеризации ребенка для профилактики деформаций в растущих тканях зубочелюстно-лицевой области.



Профилактика механических повреждений складывается из своевременной санации полости рта у детей, стачивания острых краев зубов, устранении дефектов в конструкции ортодонтических аппаратов, изживании вредных привычек.

При лечении декубитальной язвы после устранения объекта травматизации рекомендуется применение частой антисептической обработки в виде орошения отварами лекарственных растений (ромашка, зверобой, шалфей, чай) растворами нитрофурановых препаратов, ферментов (трипсин, химотрипсин). Регенерация ткани усиливается кератопластическими веществами (витамины А, Е, В на масле, винилин, картолин, масло шиповника, оливковое, облепихи, аэрозоли типа «Ливиан», «Винизоль» и др.).

При развитии афты Беднара детский врач-стоматолог совместно с педиатром направляет усилия на повышение общей трофики ребенка. Местно используют антисептические и кератопластические вещества, при этом рекомендуют использовать ватные тампончики, прошитые лигатурой, смоченные в лекарственном веществе, для сосания ребенком.

Химическое повреждение – одно из частых патологических состояний слизистой оболочки полости рта у детей от 1 до 3 лет и является результатом непредвиденного попадания в рот веществ бытовой химии, лекарственных препаратов высокой концентрации. Чаще всего химический ожог возникает от воздействия высококонцентрированных кислот, щелочей. Медикаментозный ожог возникает в ряде случаев как результат неумелой и небрежной работы врача-стоматолога. Одноразовое массивное воздействие вызывает клиническую картину острого химического ожога. Степень поражения зависит от вида химического вещества, его концентрации и экспозиции.

Клинически химические повреждения сопровождаются интенсивной болью, затрудненным приемом пищи и глотания, усилением саливации, ухудшением общего состояния организма, повышением температуры тела.

Поврежденные участки слизистой оболочки становятся гиперемированными, отечными.

Поверхностный некроз сопровождается экссудацией фибрина в виде пленки, насильственное удаление которой болезненно и вызывает кровотечение. Кислотный ожог характеризуется появлением ограниченного коагуляционного (сухого) некроза, а щелочной – без четких границ колликвационного некроза. Поверхностный налет некротизированного участка гиперемирован. В начальном (остром) периоде четко отмечается – покраснение, отек и некроз слизистой оболочки. Второй период – усиление отека, очищение тканей от некротического налета. Третий – заживление с рубцовыми изменениями.

Профилактика химических повреждений детского возраста состоит в первую очередь в устранении ошибок взрослых, допускающих свободный доступ детей к химическим реактивам. Эффективность лечебных мероприятий в значительной степени зависит от своевременного оказания неотложной помощи. После уточнения характера химического вещества применяют орошения нейтрализующими агентами: 1% раствором бикарбоната натрия (слабая щелочь), или 1% раствором лимонной кислоты (слабая кислота), или очень осторожно промывают повреждения водой с целью удаления остатков химических веществ, Рационально обработать участки ожога анестезирующими (1% раствор тримекаина, лидокаина и др.) препаратами и слабыми растворами антисептиков. В дальнейшем применяют вещества, способствующие эпителизации (масляные растворы цитраля, витаминов А, Е, цигерола). Обширные ожоги слизистой оболочки полости рта и мягких тканей лица требуют диспансеризации ребенка, коррекции рубцовых образований.

Термические повреждения могут возникать при воздействии на слизистую оболочку ротовой полости ребенка высоких или низких температур.

Высокие температуры вызывают ожог слизистой оболочки. Степень ожога зависит от высоты температуры и экспозиции. В легких случаях

возникает катаральное воспаление, сопровождающееся интенсивной болью. В более тяжелых случаях возникает резкая гиперемия, отек и мацерация эпителия.

Тяжелый ожог сопровождается появлением пузырей, а в последующем эрозий и язв. Боль, инфицирование.

Низкие температуры – глубокое переохлаждение (криотерапия). В слизистой оболочки полости рта – поверхностный некроз, дистрофические изменения тканей, кровоизлияния. Регенерация тканей в течение 6-12 дней.

Лечение ожога включает устранение раздражающих факторов, применение антисептических препаратов, обезболивающих веществ перед приемом пищи (0,5% раствор лидокаина, 5% эмульсия анестезина на масле), а также кератопластических средств для ускорения эпителизации.

Лучевые повреждения слизистой оболочки полости рта у детей возникают чаще как осложнения при лучевой терапии новообразований челюстно-лицевой области. Реакция слизистой оболочки называется радиомукозитом. В начале поражения возникают на участках слизистой оболочки, неподлежащих ороговению. При этом возникает гиперемия и отек, эпителий мутнеет, сморщивается, теряет блеск, наступает ороговение. В дальнейшем эпителиальный слой может повреждаться, возникают эрозии и язвы с некротическим налетом – очаговый пленчатый радиомукозит. Поражения больших участков называют сливным пленчатым радиомукозитом. Подобные явления сопровождаются болезненными ощущениями, болезненным приемом пищи и глотанием, сухостью во рту, явлениями парестезии и нарушением вкуса.

Лечение постлучевых реакций включает использование препаратов, повышающих реактивность организма (назначение витамина В12, аевита, рутина, никотиновой кислоты, кортикостероидов). Рекомендуются полоскания и орошение полости рта слабыми антисептическими растворами (фурацилин, борная кислота, растительные отвары), аппликации кератопластиков. Лечение носит затяжной характер.

## Заключение

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.

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.

Анализ морфологических особенностей слизистой оболочки полости рта у детей в возрасте от рождения до 12 лет показал, что «основным ведущим моментом во всех этих возрастных изменениях (химических, физико-химических, морфологических и функциональных) являются количественные и качественные изменения обмена и энергии метаболизма.

## 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. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Мельниченко Э.Г. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта в детей. – М.: Медицина, 2012. – 208 с.
3. Грачева М.А. Болезни полости рта. – М.: Феникс, 2018. – 288 с.
4. Елизарова В.М. Стоматология детская. Терапия: М.: Медицина. – 2014. – 408 с.
5. Ипполитов Ю.А., Куралесина В.П., Юденкова С.Н., Русанова Т.А., Гарькавец С.А., Алешина Е.О., Бухтояров А.Ю., Борисова Э.Г. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей // Международный журнал экспериментального образования. – 2017. – № 5. – С. 78-79.
6. Кабулбеков А.А., Негаметзянов Н.Г., Кабулбекова Ж.А. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. – Алматы, 2013. – 99 с.
7. Курякина Н.В. Детская терапевтическая стоматология. – М.: Н. Новгород, 2015. – 744 с.
8. Клинические критерии состояния полости рта при заболеваниях слизистой оболочки у детей. / Казакова Р.В., Скиба В.Я., Мельник В.С., Джупина С.М., Дячук Е.Й., Билищук Л.М. / Под редакцией д.мед.н., проф. Казаковой Р.В. – Ужгород: Издательство УжНУ «Говерла», 2016. – 100 с.
9. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М., 2016. – 288 с.
10. Персин Л.С. и др. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 2016. – 640 с.
11. Шачнев Р.М., Урчукова Л.О. СОПР у детей. Строение, функции, элементы поражения // Молодежный научный форум: Естественные и медицинские науки: электр. Сб. Ст. По мат. XXIII междунар. Студ. Науч.-практ. Конф. № 4 (22).