

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

В.И. Урбанович, Л.В. Белясова, Л.В. Шебеко

Белорусский государственный медицинский университет

В настоящее время увеличилась распространенность заболеваний слизистой оболочки ротовой полости (СОРП). Это связано с ростом общих и местных неблагоприятных факторов, влияющих на организм, отсутствием четких представлений о причинах и развитии заболеваний слизистой оболочки рта, разноречивостью методов лечения и профилактики. Среди факторов, вызывающих повреждения слизистой оболочки рта, значительная роль отводится механической травме. Повреждения, вызванные хронической механической травмой, нередко подвергаются озлокачествлению. В связи с этим большое значение имеет своевременная диагностика и правильная тактика лечения механических повреждений слизистой оболочки.

Цель исследования: усовершенствование знаний и методических принципов диагностики, оказания неотложной помощи и лечения механических повреждений слизистой оболочки полости рта.

СОРП состоит из многослойного плоского эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки. Под СОРП имеется подслизистая основа, образованная рыхлой волокнистой соединительной тканью. Она обеспечивает подвижность СОРП, а в некоторых участках (твердое небо, альвеолярная десна, дорсальная поверхность языка) отсутствует. Границей между эпителием и собственной пластинкой слизистой оболочки является базальная мембрана. Базальная мембрана неровная, волнистая, а поскольку собственная пластинка слизистой оболочки вдается в эпителий, образуются выросты — сосочки. Между ними находятся эпителиальные сосочки. Данная особенность увеличивает прочность соединения слоев и способствует питанию эпителия, лишенного кровеносных сосудов.

Эпителий на большей части СОРП в норме не ороговеет. Нормальная физиологическая кератинизация существует в местах повышенной нагрузки на слизистую оболочку: на спинке языка (нитевидные сосочки), твердом небе, десневом крае. В области красной каймы губ (ККГ) неороговевающий эпителий СОРП переходит в ороговевающий эпителий кожи. Неороговевающий эпителий располагается на всех остальных участках СОРП (щеки, губы, нижняя поверхность языка, мягкое небо, переходные складки и т. д.) [1,2].

Под воздействием различных эндогенных или экзогенных факторов появляется целый ряд патологических процессов, протекающих в эпителии и собственной пластинке СОРП. Чаще всего данными процессами являются воспаление, местные расстройства микроциркуляции, отек, иммунопатологические реакции, нарушения ороговения.

Острая и хроническая механическая травма:

Механическая травма в челюстно-лицевой области является самой частой причиной развития травматических заболеваний СОРП.

Клиника острой механической травмы слизистой оболочки:

Жалобы на боль разной интенсивности в месте травмы.

Местный статус: определяются признаки острого повреждения (гематома, болезненная эрозия, язва, не покрытая налетом, рана). Травматические эрозии имеют неправильную форму, язва — неровные края и дно. Окружающая слизистая оболочка слабо или умеренно гиперемирована. Чаще страдает слизистая языка, губ, щек (по линии смыкания зубов).

Диагностика и дифференциальная диагностика, для проведения которых важны анамнез заболелания, результаты клинического осмотра.

Хроническая механическая травма (*trauma mechanicum chronicum*) слизистой оболочки встречается довольно часто. Она бывает вызвана острыми краями зубов (при поражении кариесом или патологическом истирании), отсутствием зубов и нарушением прикуса, некачественно изготовленными протезами, ортодонтическими аппаратами, зубным камнем, дурными привычками и др. На действие данных факторов слизистая оболочка может отреагировать изменением цвета (гиперемия, катаральное воспаление), нарушением ее целостности (эрозии, язвы), пролиферативными явлениями и разрастаниями (гипертрофия десневых сосочков, папилломатоз), повышенным ороговением (лейкоплакия) или их комбинациями. Данные нарушения могут иногда не тревожить больных, но большинство из них жалуются на ощущение дискомфорта, боль, припухлость, частое прикусывание или наличие давней язвы.

Патогенез хронической механической травмы. При хронической механической травме сначала возникают застойная гиперемия, отек, на месте которых может возникнуть эрозия, а потом язва, которую называют декубитальной. Локализуется такая язва чаще на языке, губах, щеках (по линии смыкания зубов), а также в пределах протезного ложа. Как правило, она одиночная, болезненная, края и дно неровные, окружена воспалительным инфильтратом, а дно ее покрыто фибринозным налетом. Воспалительные признаки зависят от характера микрофлоры и реактивности организма. При присоединении стрептококковой флоры язва может приобретать внешний вид твердого шанкра (шанкриформная пиодермия), а при ее инфицировании хламидиями могут появиться признаки аденопатии и регионального лимфаденита. При длительном течении края и основание язвы уплотняются, возможна малигнизация.

При травме слизистой оболочки длинными краями протезов в области переходных складок появляется язва. Вследствие длительного хронического раздражения ее краев происходит их гиперплазия в виде складок (дольчатая фиброма или протезная «гранулема»). Как известно, хроническое воздействие механической травмы ведет к стимуляции выработки факторов роста, активизации пролиферации клеток, а это, при наличии соматических мутаций в пролиферирующих клонах, повышает риск неоплазии. Подобная язва с гиперплазированными краями считается предраковым состоянием. Если травматические факторы не устраняются, довольно часто хроническая механическая травма приводит к появлению раковых язв.

Следует выделить особенности воспаления в ответ на механическую травму в области протезного ложа, в частности, на верхней челюсти. Если съемный протез очень хорошо фиксируется и больные редко его снимают для гигиенической обработки, то по линии контакта с базисом протеза появляются отек и яркая гиперемия диффузного характера. Данный феномен называют эффектом «медицинской банки». Если протез плохо фиксируется, то больной, удерживая его на месте, производит отсасывание воздуха. Тем самым создается отрицательное давление, что способствует хроническому раздражению, смешанной гиперемии и появлению папиллярной гиперплазии слизистой оболочки неба, что является предраковым состоянием.

При хронической механической травме СОРП протезами, зубами, корнями зубов нередко происходит травматизация с нарушением ороговения слизистой (паракератоз или гиперкератоз). В первом случае травматизация выражается в виде голубовато-перламутровых или беловатых ограниченных участков эпителия, напоминающих сетку плоского лишая — лихеноидная реакция слизистой оболочки на травму. При этом после устранения травмирующего фактора в течение одного месяца эпителий нормализуется и приобретает свой обычный вид. Однако если под воздействием хронической механической травмы появился участок с диффузным гиперкератозом беловато-серого цвета, возвышающийся над уровнем нормального эпителия, то говорят о появлении лейкоплакии. Лейкоплакия впоследствии почти в 4% случаях осложняется *cancer in situ*.

Механическая травма острыми краями зубов достаточно часто встречается при вредной привычке кусания слизистой оболочки щек и губ. При этом в местах, доступных прикусыванию, развивается клиническая картина мягкой лейкоплакии: появляется небольшой отек, слизистая оболочка становится белесоватой, мацерированной с появлением чешуек эпителия в виде бахромы (словно поедена молью). При этом патогенетически определяются явления паракератоза. В тяжелых случаях могут возникнуть болезненные эрозии. Следует учитывать, что такое состояние может провоцироваться глубоким прикусом, патологической горизонтальной стираемостью зубов и поддерживаться на фоне невроза.

Прикусывание щек и языка часто связано с их невоспалительным отеком. Одна из самых распространенных системных причин отека — латентный гипотиреоз, который весьма часто встречается в популяции. В районах геохимического йодного дефицита прикусывание языка и щек описано при йоддефицитном кретинизме.

Клиника хронической механической травмы слизистой оболочки рта.

Жалобы: боль ноющего характера в области травмы, при нарушении целостности слизистой кровоточивость при приеме пищи, разговоре, дискомфорт; отсутствие жалоб на боль, наличие шероховатости слизистой.

Местный статус: изменение цвета и рельефа слизистой оболочки рта, наличие декубитальной язвы, протезной гранулемы, папиллярной гиперплазии, лихеноидной реакции.

Диагностика. Для нее важны анамнез заболевания, объективные данные местного статуса:

- изменение цвета: застойная гиперемия, белесоватый цвет слизистой;
- нарушение целостности слизистой — эрозии, язвы, покрытые налетом, с уплотненными краями, регионарный лимфаденит;
- гиперплазия слизистой, папиллярная гиперплазия.

Прогноз острой механической травмы — благоприятный. Гематомы и поверхностные повреждения относительно быстро (за 1–3 сут) исчезают.

Прогноз хронической механической травмы — благоприятный. При устранении травмирующего фактора в течение месяца эпителий нормализуется и приобретает свой обычный вид. Однако в участках слизистой с диффузным гиперкератозом, декубитальной язвой, имеющей гиперплазированные края, возможна малигнизация.

Тактика стоматолога при планировании и проведении лечения травматических повреждений слизистой оболочки рта.

1. Неотложная помощь:

- антисептическая обработка рта;
- местное обезболивание;
- устранение травмирующего фактора (сошлифовывание острых краев зубов, протезов и др.);
- при острой травме на глубокие повреждения, не осложненные вторичной инфекцией, наложение швов.
- мотивация к тщательному уходу за ротовой полостью, подбор средств и методов гигиены.

2. Местное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Выбор средств зависит от степени тяжести повреждения, стадии воспалительного процесса и включает применение растворов антисептиков, протеолитических ферментов, нестероидных противовоспалительных препаратов, препаратов биенового ряда, средств, усиливающих регенерацию тканей, УФО, лазеротерапию, магнитотерапию, формирование привычек здорового образа жизни.

3. Оказание всех видов стоматологической помощи по показаниям (удаление зубных отложений, лечение кариеса зубов и апикального периодонтита, рациональное протезирование, хирургическое лечение).

4. Динамическое наблюдение [1,2].

Выводы.

В связи с участвовавшими случаями озлокачествления поражений челюстно-лицевой области, слизистой оболочки рта является важным своевременное выявление и устранение травмирующего фактора с восстановлением структуры слизистой.

THE CLINIC, DIAGNOSIS AND THE TREATMENT TACTICS MECHANICAL DAMAGE OF ORAL MUCOSA

V.I. Urbanovich, L.V. Belyasova, L.V. Shebeko

In the given work questions of diagnostics, feature of clinical displays of poisonings and damages on a mouth mucous membrane are considered. In each concrete situation principles of rendering of the urgent help are stated, given about-shchie principles of medicamentous therapy.

Литература.

1. Елизарова, В. М. Поражение слизистой оболочки полости травматического происхождения / В. М. Елизарова, С. Ю. Стрижова, Л. Н. Дроботько // Мед. помощь, 2007. – № 2. – С. 41–43.
2. Экстренная помощь в стоматологии : пер. с англ. / под ред. Д. А. Фэлэйса. М. : Мед. литература, 1999. – 456 с.