

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

**ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ДИФИРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология детская»
Новичихина Елизавета Васильевна
рецензент к.м.н., Левенец Оксана Анатольевна

Красноярск, 2019

Содержание.

1. Введение.....	2
2. Определение декубитальной язвы.....	3
3. Этиология и патогенез декубитальной язвы	4
4. Клиника декубитальной язвы.....	7
5. Дифференциальная диагностика декубитальной язвы.....	11
6. Лечение декубитальной язвы.....	13
7. Список литературы.....	18

Введение.

Среди различных патологических состояний СОПР у детей достаточно широко распространены травматические повреждения, которые могут быть следствием механического, термического, химического, электрического и лучевого воздействия. Диагностика травматического повреждения СОПР у детей нередко затруднена, что обусловлено многообразием их проявлений в полости рта и сходством клинической картины различных по этиологии и патогенезу заболеваний. Знания этиологии, патогенеза, особенностей клинического течения, возможностей профилактики и адекватного лечения необходимы врачу-стоматологу для проведения своевременной диагностики и оказания квалифицированной помощи детям с травматическими повреждениями СОПР.

Определение декубитальной язвы.

Механическая травма СОПР у детей чаще других встречается в практике детского стоматолога. Механическая травма может быть острой и хронической. У детей чаще диагностируется острая механическая травма, причинами которой являются: результат удара, прикусывания языка при падении, повреждение слизистой оболочки игрушками, карандашами или другими колющими или режущими предметами. Нередки травмы острыми краями разрушенных зубов или одним преждевременно прорезавшимся зубом. Острая механическая травма возникает в результате случайного прикусывания при приеме пищи, чистке зубов, зубоврачебных вмешательствах

Хроническая механическая травма – наиболее частая причина поражения слизистой оболочки полости рта. Травмирующими факторами могут быть острые края зубов, дефекты пломб, некачественно изготовленные или пришедшие в негодность одиночные коронки, несъемные и съемные протезы, ортодонтические аппараты. При воздействии механической травмы на слизистой оболочке полости рта в первую очередь возникают гиперемия, отек. Затем на этом месте может появиться эрозия, а в дальнейшем и декубитальная язва. Как правило, это единичная, болезненная язва, окруженная воспалительным инфильтратом: дно ее ровное, покрыто фибринозным налетом. Края язвы неровные, фестончатые, при длительном течении уплотняются. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Язва может озлокачиваться.

Этиология и патогенез декубитальной язвы.

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 или дентин этих зубов недоразвиты, режущий край истончен и во время сосания груди травмирует уздечку языка, что приводит к образованию язвы. В этих условиях язва может возникнуть и на альвеолярном отростке верхней челюсти. Декубитальная язва щеки или губы может появиться 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. Язва может быть у детей, имеющих разрушенные зубы с неровными, острыми краями, а также у детей с вредной привычкой прикусывать или засасывать между зубами язык, слизистую оболочку щек или губ. Привычное кусание или сосание щек, губ, реже языка - нередкое явление среди невропатов, преимущественно молодого возраста (школьники старших классов и студенты). Оно может не замечаться больными или быть сознательным. Привычка постоянно кусать слизистую оболочку приводит к хроническим повреждениям своеобразного вида, локализующимся по линии смыкания зубов и прилежащих участков, доступных прикусыванию. Слизистая оболочка набухает, имеет белесоватую, мацерированную, шелушащуюся поверхность в виде разлитых пятен или больших участков, нечетко ограниченных. Эпителий неравномерно слущен, имеет бахромчатый вид из-за множественных мелких лоскутков эпителия, придающих пораженной поверхности неровность (поверхность как бы изъедена молью). Этот измененный эпителий снимается при поскабливании. При обычном течении процесса болей нет. В тяжелых случаях могут

возникать болезненные эрозии. Патогистологически обнаруживаются явления паракератоза.

Процесс развивается месяцами, годами. Вначале в ткани возникают явления катарального воспаления (гиперемия, отечность, болезненность). Но при длительном течении процесса гиперемия из ярко - красной становится синюшной, края и основания поражения уплотняются не только за счет отека, но и в результате развития плотной соединительной ткани.

В течение хронической механической травмы можно выделить следующие стадии:

1. Катаральную стадию. Она характеризуется жжением, покалыванием, чувством саднения. Возможны глоссалгия. Объективно: на слизистой в местах соответственно действию травматического фактора развивается гиперемия, отек.
2. Нарушения целостности эпителия (эрозия, афта, язва). Чаще они локализованы на боковых поверхностях языка, щеках, твердом небе. Длительно протекающая язва может распространяться на мышечную ткань, а с неба перебраться на кость, вызывая ее перфорацию. Обычно края и дно язвы гиперемизированы, отечны, при пальпации плотные, слегка болезненные. Эпителий в норме регенерируется в течение 3 дней. Если эрозия, афта, язва не переходят в следующую стадию, а сохраняются в течение 14 дней, то происходит перерождение.

3. Стадия пролиферативных процессов. Это вегетация, папилломатоз.

Разновидностью хронического травматического повреждения слизистой является пролежневый или протезный стоматит. Под протезом вначале возникает катаральное воспаление, затем эрозия и даже язва, которые могут исчезнуть сразу после своевременной коррекции протеза. Длительное ношение такого протеза приводит к развитию хронического воспалительного процесса, который сопровождается разрастанием соединительной ткани в области травмы – возникает дольчатая фиброма или папилломатоз.

Из факторов, которые могут вызвать раздражение и повреждение слизистой оболочки рта, особо следует выделить протезы и ортодонтические конструкции, которые являются неадекватными раздражителями. Съемный протез передает жевательное давление на слизистую оболочку, задерживает самоочищение полости рта, что приводит к нарушению установившегося равновесия между различными видами микроорганизмов, изменяет анализаторную функцию рецепторов слизистой оболочки. Возникновение воспаления слизистой оболочки под протезом нельзя связывать с действием одного фактора. Их следует делить на две группы: травматические и аллергические.

Воспаление слизистой оболочки протезного ложа может быть очаговым в виде точечной гиперемии или больших гиперемизированных пятен и разлитым, часто занимающим всю поверхность протезного ложа. На фоне воспаленной и отечной слизистой оболочки могут возникать точечные кровоизлияния, эрозии, а также гиперплазия слизистой оболочки в виде ее зернистости, дольчатости.

Изменения слизистой оболочки могут наблюдаться также при пользовании несъемными протезами. Даже при идеально изготовленной коронке, края которой погружены в десневой карман, нарушается ее состояние - затрудняется самоочищение, создаются условия для ретенции пищевых остатков.

Клиника декубитальной язвы.

Наличие хронического травматического поражения СОПР без нарушения ее целостности (отек, гиперемия, кровоизлияния) может и не тревожить пациента, но при наличии язвы большинство из них жалуется на ощущение жжения, припухлости, дискомфорта, болезненности в определенном месте, усиливающееся при приеме пищи и разговоре. Клиническое течение у пожилых людей проходит тяжелее, чем у молодых. Локализуется такая язва чаще на языке, на губах, щеках по линии смыкания зубов, а также в пределах протезного поля. Как правило, она одиночная, болезненная, окружена воспалительным инфильтратом, дно ее покрыто фибринозным налетом. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, подвижны. Воспаление может быть очаговым и диффузным. Оно сопровождается отеком и гиперемией СО, на фоне которых возможны кровоизлияния, эрозии и гиперплазия СО в виде зернистости, что является прогностически неблагоприятным признаком. Кроме того, на месте травмирования слизистой оболочки краем протеза по переходной складке может возникнуть пролиферативный процесс и развитие дольчатой фибромы, которая имеет вид нескольких складок, параллельных краю протеза, а при плохо припасованном протезном ложе на верхней челюсти возникает папилломатоз неба. При привычке кусать или сосать губы, язык, щеки слизистая оболочка (в основном по линии смыкания зубов) приобретает своеобразный вид: набухает, имеет белую мацерированную поверхность в виде пятен или больших нечетко ограниченных участков или бахромчатый вид (словно поедена молью) из-за множества мелких лоскутков неравномерно скушенного эпителия. Поражение имеет бессимптомное течение, но при глубоком кусании образуются эрозии, болезненные при попадании химических раздражителей.

Часто язвенный процесс осложняется присоединением инфекции, которая всегда находится в полости рта. Особенно часто инфицирование декубитальной язвы происходит на фоне сниженного иммунитета. В этом случае из язвы может появиться гнойное выделение. Одновременно

воспаляются близлежащие лимфоузлы (подчелюстные, шейные), может страдать общее состояние больного, повышаться температура тела.

Декубитальную язву во рту обязательно нужно показать врачу, так как ее можно спутать с другими похожими заболеваниями, которые, тем не менее, требуют совершенно другого лечения.

Таблица 1. Данные физикального обследования больных

Хроническая механическая травма слизистой оболочки полости рта		
Данные обследования.	Симптомы.	Патогенетические обоснование.
Жалобы.	На незначительную болезненность, жжение при приеме пищи, особенно при кислой, горячей пищи, чувство неловкости, дискомфорта, припухлость	Постоянное травмирование слизистой оболочки приводит к хроническому воспалению с отеком и гиперемией слизистой оболочки и нарушением целостности эпителия.
Осмотр.	При осмотре в зависимости от характера раздражителя и особенности реактивности организма выявляется виде катарального воспаления, эрозии и язвы	Язва имеет неровные края и дно, покрытое легко снимающимся фиброзным либо некротическим налетом, вокруг нее слизистая отечна, гиперемирована.
Локализация.	Язвы чаще локализуется на слизистой языка ищеек по линии смыкания зубов. Язва обычно бывает одиночной.	Локализация язв объясняется тем, что в этих областях чаще происходит травмирование слизистой полости рта зубами или острыми краями зубов.
Пальпация.	При пальпации определяется мягкая	Хроническое очагово-гнойное воспаление слизистой

	консистенция у основании, болезненность.	оболочки. Боль в результате механического и химического действия продуктов воспаления на рецепторы и нервные волокна окружающих тканей.
Перенесенные и сопутствующие заболевания.	Хронические заболевания снижают реактивность организма, что ухудшает заживление травм слизистой оболочки рта.	Воспаление есть местная реакция, которая определяется состоянием больного.
Вредные привычки.	Привычное кусание слизистой оболочки рта, использование нестандартных средств для гигиены полости рта	Многократное травмирование может привести к хронической механической травме с развитием воспаления.
Развитие заболевания.	Хроническая механическая травма результат постоянного раздражения слизистой оболочки рта острыми краями зубов, протезов, зубными отложениями, зубами, расположенными вне дуги.	Клинические проявления заболеваний обусловлены видом, длительностью воздействия травмирующего фактора, состоянием слизистой оболочки рта ее резистентностью, общим состоянием больного
Пальпация регионарных лимфатических узлов.	Лимфатические узлы увеличены, болезненны. Выраженность изменений зависит от тяжести поражений.	Защитная барьерная реакция организма на хронические воспаление.
Осмотр зубных рядов.	Острые края зубов. Зубные отложения. Аномалия прикуса. Некачественные	Хроническое раздражение может привести к гиперкератинизации

	протезы. Ортодонтические конструкции.	слизистой оболочки в тех местах, где в норме слизистая оболочка не ороговеет. Повреждение слизистой оболочки с воспалением.
Цитологическое исследование соскоба с очага поражения (проводится при эрозии и язве).	При длительно существующих травматических язвах элементы воспаления резко преобладают над клетками плоского эпителия. При склонности эрозий и язв к заживлению цитологическая картина меняется. Кокки, палочки, лептотрихии, иногда единичные фузобактерии	Много нейтрофилов, часть которых находится в стадии фагоцитоза, некоторые разрушены; единичные лимфоциты, полибласты, макрофаги и элементы воспаления преобладают над клетками плоского эпителия. Увеличивается число нейтрофилов, преимущественно в стадии фагоцитоза, преобладают полибласты, макрофаги, появляются плазматические клетки. Обычная для полости рта микрофлора, картина неспецифического воспаления

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.

Таблица 2. Дифференциально – диагностические признаки язв различной этиологии

Язва	ТРАВМА- ТИЧЕСКА Я	ТУБЕРКУ- ЛЕЗНАЯ	СИФИЛИ- ТИЧЕСКАЯ	РАКОВАЯ	ТРОФИЧЕС- КАЯ
Клини- ческий признак					
Дно язвы.	Неровное с фибринозны м налетом.	Зернистое (зерна Треля), серо-желтое.	Гладкое, мясо- красного цвета с серым сальным налетом.	Плотное, бугристое.	Мягкое.
Края язвы.	Слегка уплотнены, инфильт- ративный вал.	Мягкие, подрытые, «ползучие».	Плотные, ровные, «хря- щевид-ные».	Плотные с разрастаниями в виде «цветной капусты», часто с ороговением.	Мягкие.
Пальпация в области язвы.	Болезненная	Болезненная.	Безболезненн ая.	Болезненность зависит от стадии. заболевания.	Слабо- или умеренно выраженная.
Пальпация регионарных лимфатичес-	Увеличены, болезнен- ные, не	Уплотнены, безболезнен- ные,	Уплотнены, увеличены, безболезнен-	Безболезнен- ные, спаянные между собой и	Могут быть незначительно увеличены и

ких узлов.	спаянные	«пакеты».	ные, склеро-аденит, «бубоны».	подлежащими тканями, конгломераты.	безболезненные.
Травмирующий фактор.	Присутствует всегда.	Присутствие не обязательно.	Присутствие не обязательно.	Присутствие не обязательно.	Присутствие не обязательно.
Заживление после устранения травмирующего фактора.	Наступает, как правило, через 3-6 дней.	Не влияет.	Не влияет.	Не влияет.	Не влияет.
Наиболее распространенная локализация.	В проекции травмирующего фактора.	Чаще в области СО щек, по линии смыкания зубов, боковая поверхность языка.	В месте первичного внедрения бледной трепонемы, в проекции травмирующего фактора.	В области СО щек, по линии смыкания зубов и боковой поверхности языка .	Чаще в области СО твердого неба и языка.

Лечение декубитальной язвы.

Лечение хронических травматических повреждений СОПР предусматривает обязательное устранение травмирующего агента, обработку язвы и полости рта растворами антисептиков. При наличии некротизированных тканей их

удаляют механически под анестезией или с помощью протеолитических ферментов. Чистые эрозии и язвы обрабатывают препаратами, которые усиливают эпителизации и выздоровление. Выбор метода лечения зависит от нозологической формы хронической механической травмы. При лечении больного следует соблюдать следующие принципы:

1. Устранение местного травмирующего фактора, удаление разрушенного зуба, лишенного функционально ценности.
2. Сошлифовывание острых краев зубов
3. Коррекция протеза
4. Удаление зубных отложений
5. Санация полости рта
6. Обезболивание
7. Очистка поверхности эрозии и язвы от некротического налета
8. Антисептическая обработка
9. Стимуляция эпителизации

Таблица 3. Этапы лечения.

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Устранение местного травмирующего фактора, удаление разрушенного зуба, лишенного функционально ценности.	Хирургический инструментарий		Устранить травму слизистой оболочки	Ликвидация очага хронического воспаления
Сошлифовывание острых краев зубов.	Карборундовые камни, диски алмазные, другие полировочные инструменты	Турбинный, механический наконечник	Устранить травму слизистой оболочки полости рта	Способствует устранению воспаления, стимулирует регенерацию
Коррекция протеза.	Ортопедическое отделение.	Коррекция или изготовление нового протеза.	Устранить хроническую травму.	Снижение или устранение воспаления слизистой оболочки.
Удаление зубных	Набор кюреток,	Механическое	Устранить	Снижается

отложении.	ультразвуковой скалер и др.	удаление зубных отложений, налета.	возможную травму и инфицирование.	механическое воздействие на слизистую оболочку, десну и инфицирование полости рта.
Санация полости рта.	Лечение кариеса, его осложнений, болезней пародонта и др		Предупредить возможные осложнения эрозии, язвы.	Снижается возможность вторичного инфицирования и травмы.
Обезболивание.	Лидокаин аэрозоль 10%.	Аэрозоль 1- 3 дозы.	Устранить или уменьшить боль во время приема пищи и дальнейшего лечения	Блокируют чувствительные окончания нервных волокон слизистой оболочки полости рта.
Антисептическая обработка.	0,06% раствор хлоргексидина, 1% раствор перекиси водорода и др.	Обработка ватными тампонами, ротовые ванночки.	Ослабить или устранить действие вторичной инфекции	Бактерицидное действие на микрофлору, денатурация белка бактериальной клетки, дезодорирующее действие.
Стимуляция эпителизации.	Ретинола ацетат, актовегин (желе, мазь), солкосерил (гель, мазь), масло шиповника и др.	Аппликации на 15-20 мин.	Ускорить эпителизацию эрозий и язв.	Стимулируют регенерацию, ускоряют заживление вследствие улучшения обменных процессов в слизистой оболочке, эпителии.

Местная медикаментозная терапия

1. Лидокаин аэрозоль 10%, 1-3 дозу аэрозоля на пораженный область слизистой полости рта с целью обезболивания перед обработкой раневой поверхности.
2. Трипсин по 0,005 и 0,01 г, 10 мг препарата растворяют в 15—20 мл дистиллированной воде в виде аппликаций на элемент поражения на 3-5 мин до полного удаления некротических масс.
3. 3% раствор перекиси водорода для антисептической обработки поверхности язвы 1 раз в день.
4. Хлоргексидина биглюконат, раствор, 0,05% для антисептической обработки поверхности язвы 3 раза в день перед наложением мази для аппликации.

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.

Для предотвращения возникновения декубитальной язвы следует предпринимать профилактические действия:

1. Устранение возможных причинных факторов возникновения заболеваний слизистой рта. (механических, химических, физических факторов, травмирующих слизистую).
2. Устранение вредного воздействия профессиональных факторов, которые неблагоприятно действуют на слизистую оболочку рта.
3. Санация полости рта. (зубного камня, кариозных зубов, разрушенных корней зубов, нерационально изготовленных протезов и др)
4. Щадящие методы лечения стоматологических заболеваний.
5. Лечение заболеваний внутренних органов и систем организма, санация всего организма человека. Следует обратить внимание на роль гиповитаминозов А, В1, В2, РР, С, Р в возникновении данной патологии.

6. Соблюдение рациональной индивидуальной гигиены полости рта

Список литературы.

1. Елизарова, В.М., С.Ю., Дроботко Л.Н. Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения / В.М. Елизарова, С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботко // Медицинская помощь. - 2007. - № 2.- С.41-43.
2. Курякина, Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста / Н.В. Курякина. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2001. С.523-528.
3. Стоматология детского возраста / под ред. А.А.Колесова. – М.: Медицина, 1991. – С. 251 – 255.
4. Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей: учеб.- метод.пособие / Т.Н.Терехова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2010. – 36 с.
5. Диагностика в терапевтической стоматологии: Учебное пособие / Т.Л.Рединова, Н.Р.Дмитракова, А.С.Япеев и др. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. -144с.
6. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Проф.Е.В.Боровского, проф.А.Л.Машкиллейсона. – М.:МЕДпресс, 2001. -320с.
7. Зазулевская Л.Я. Болезни слизистой оболочки полости рта. Учебник для студентов и практических врачей. – Алматы, 2010. – 297 с.
8. Луцкая И.К., Мартов В.Ю. Лекарственные средства в стоматологии. – М.: Мед.лит., 2007. -384с.