

# Особенности травмы слизистой оболочки полости рта у детей

Закиров Т.В., Пырьев А.А.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ»

## Резюме

Клиническое течение травматических повреждений слизистой оболочки полости рта у детей зависит от анатомических и физиологических возрастных особенностей. Целью исследования было оценить особенности травмы слизистой оболочки полости рта у детей. Было проведено ретроспективное исследование 67 историй болезни пациентов. Средний возраст составил  $11,8 \pm 3,7$  лет. Основной причиной травмы у детей являлись механические повреждения – 76%. Гораздо реже регистрировали термические (12%) и химические травмы (10,5%) слизистой оболочки полости рта. По характеру повреждений чаще всего выявлялись единичные эрозии – 28%, язвы – 18% и множественные эрозии – 15%. В 33% случаев травматическое поражение СОР у детей было связано со стоматологическим лечением.

*Ключевые слова:* слизистая оболочка полости рта, травма, язва, эрозия, ятрогенные поражения.

# Features of trauma of the oral mucosa in children

Zakirov T., Pyryev A.

Ural State Medical University, the Ministry of Health of the Russian Federation

## Summary

The clinical course of traumatic lesions of the oral mucosa in children depends on the anatomical and physiological age features. The aim of the study was to evaluate the characteristics of injuries of the oral mucosa in children. This was a retrospective study of 67 patient records. The mean age was  $11,8 \pm 3,7$  years. The main cause of injury in children is mechanical damage – 76%. Much less was recorded thermal (12%) and chemical injury (10,5%) of the oral mucosa. By the nature of injury most often identified individual erosion – 28%, ulcers – 18% and multiple erosions – 15%. In 33% of cases of traumatic injuries of the oral mucosa in children has been associated with dental treatment.

*Keywords:* the oral mucosa, trauma, ulcer, erosion, iatrogenic injury.

---

### Адрес для переписки:

Закиров Тарас Валерьевич  
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»  
620028, Екатеринбург, Репина, д. 3,  
Тел. 8 (343) 214-85-16.  
E-mail:

### Address for correspondence:

Zakirov Taras Valeryevich  
«The Ural State Medical University of Public Health  
Ministry of the Russian Federation»  
620028, Ekaterinburg, Repin Str. 3,  
Phone: +7 (343) 214-85-16.  
E-mail:

---

### Образец цитирования:

Закиров Т.В., Пырьев А.А.  
«Особенности травмы слизистой оболочки полости рта у детей»  
Проблемы стоматологии, 2015, Т. 11 № 5. С. 32-36.  
doi: 10.18481/2077-7566-2015-11-32-36.  
© Закиров Т.В. и соавт., 2015

### For citation:

Zakirov T., Pyryev A.  
"Features of trauma of the oral mucosa in children"  
The actual problems in dentistry,  
2015. Vol. 11 № 5 pp. 32-36.  
DOI: 10.18481/2077-7566-2015-11-32-36.

## Введение

Слизистая оболочка полости рта (СОР) 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. Степень повреждения и клинические проявления зависят от природы раздражителя, времени и силы воздействия и индивидуальных особенностей организма ребенка [1].

Большую роль в возникновении и течении травматических повреждений СОР у детей играют ее возрастные особенности. Так, у новорожденных отмечается низкая дифференцировка эпителия и соединительной ткани, эпителиальный покров тонкий и состоит только из двух слоев клеток, базальная мембрана во всех отделах полости рта тонкая и нежная. В ранний детский период оформляются регионарные отличия, однако волокна собственного слоя слизистой оболочки расположены рыхло и имеют тонкое и нежное строение. Эти особенности строения, несомненно, обуславливают повышенную ранимость слизистой оболочки полости рта у детей. У школьников повышается зрелость коллагеновых волокон, увеличивается количество белковых структур в эпителиальном пласте, слизистая оболочка становится более плотной и устойчивой к травматическому воздействию. Однако в период полового созревания нарастают изменения, происходящие под влиянием факторов гормональной регуляции, что влечет за собой повышенную реакцию на хроническую травму с выраженным сосудистым компонентом [1].

Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей вызываются физическими воздействиями, к которым относят механические, термические, химические, электрические и лучевые. Механические травматические повреждения также делят на острые и хронические [2]. При изучении данных литературы нами установлено, что сведения о распространенности таких повреждений немногочисленны, однако степень травматизма у детей, тем не менее, высока. Этим обусловлена актуальность данной темы [4].

## Цель исследования

Оценка особенностей возникновения травмы слизистой оболочки полости рта у детей.

## Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование по данным историй болезни пациентов детского возраста, обратившихся в многопрофильную стоматологическую поликлинику УГМУ по поводу травмы слизистой оболочки полости рта. Были проанализированы 67 историй болезни пациентов в возрасте от 2 до 17 лет. Средний возраст составил  $11,8 \pm 3,7$  лет. Из числа пациентов было 43 девочки (63,1%), что в 1,7 раза превышает численность мальчиков, которая составила 24 (36,9%). Среди пострадавших преобладают дети в возрасте 14 лет, общее количество которых составляет 10 человек ( $15 \pm 3,8\%$ ). Изучен характер элементов поражения СОР, роль отдельных факторов в возникновении травмы слизистой оболочки, локализация повреждений.

Вычисление и статистическая обработка результатов исследования выполнены с помощью программного пакета Microsoft Excel 2010 для Windows. При анализе возраста определяли средние арифметические значения и выборочное стандартное отклонение. Также рассчитывали процент, характеризующий долю детей с определенным признаком в выборке.

## Результаты и их обсуждение

У обследованных нами пациентов чаще всего выявлялись механические травматические повреждения 51 (76%). Это согласуется с данными литературы. При этом с острыми повреждениями в стоматологическую поликлинику обратилось 23 (45%) ребенка. Остальные 28 (55%) обратились с хронической механической травмой. Гораздо реже встречались термические – 8 (12%) и химические травмы – 7 (10,5%) слизистой оболочки полости рта. В одном случае развитие травматического повреждения СОР мы наблюдали на фоне химиотерапевтического лечения ребенка по поводу онкологического заболевания, поэтому оно было отнесено к отдельной группе (рис. 1).

Основным элементом поражения при обследовании детей с травмой СОР были множественные (15%) и единичные (28%) эрозии, общее число человек с эрозиями составило 29. Таким образом, повреждения слизистой оболочки



Рис. 1. Основные виды травм слизистой оболочки полости рта у детей



Рис. 2. Характеристика основных элементов поражения при травме СОПР у детей



Рис. 3. Локализация повреждений при травме СОПР у детей

полости рта у детей чаще носят поверхностный характер и локализуются в пределах эпителиального слоя. На втором месте по частоте встречаемости оказались язвы, выявленные у 12 (18%) детей. Реже встречались такие элементы повреждений, как раны – у 8 (12%) и очаги гиперкератоза – у 6 (9%) детей. Очаги десквамации эпителия были обнаружены в 4 случаях (6%), некрозы – в 3 (4,5%), афты, гематомы и пятна гиперемии – в 2 (по 3%) случаях. Пузырь был обнаружен у 1 (1,5%) человека. Более низкая встречаемость данных элементов связана с их более специфичной этиологией (рис. 2).

Наиболее часто травмы локализовались в области слизистой оболочки верхней и нижней губы – 17 (25%). Это связано с тем, что губы ограничивают преддверие полости рта и часто первыми встречаются с агрессивными факторами внешней среды. Достаточно часто поражения локализовались на слизистой оболочке щек – 12 (18%). Реже травматические повреждения выявляли в области твердого неба (13,5%), языка (12%), на альвеолярных отростках (12%), переходной складке (7,5%), десне (6%), уздечке верхней губы (3%) и на дне полости рта (3%) (рис. 3).

При изучении этиологии травматических поражений СОПР у детей в роли повреждающего фактора достаточно часто выступало хроническое прикусывание. Оно было выявлено у 11 детей (16,5%). Это явление в детском возрасте может быть связано с аномалией расположения зубов и патологией прикуса, разрушением коронок боковых зубов или дефектами пломбирования (острые края), а также носить характер вредной привычки, обусловленной психогенными факторами. Необходимо отметить, что длительное воздействие данного фактора приводит к значительным изменениям в слизистой оболочке и подлежащих тканях, сопровождается выраженными гиперпластическими процессами. Являясь факультативным предраком, такие поражения требуют незамедлительных действий врача по устранению этиологического фактора. В подавляющем большинстве случаев устранение причины приводит к быстрому выздоровлению, несмотря на выраженность морфологических изменений в тканях (рис. 4, 5).

Часто травма была связана с повреждением СОПР твердой пищей – 15%. Это может быть обусловлено тем, что эпителиальный слой неба в детском возрасте имеет меньший слой ороговевших клеток и неаккуратное и поспешное



Рис. 4. Гиперкератоз СО щеки при хроническом кусании в течение 3 лет



Рис. 5. Вид через 7 дней после устранения этиологического фактора

пережевывание твердой пищи приводит к травмированию слизистой оболочки. Реже в качестве этиологического фактора выступали термические травмы – ожоги и обморожения. Термические поражения возникают часто в результате поспешности при приеме пищи, а в случае с маленькими детьми – по недосмотру родителей (рис. 6-9).

Термические поражения нами были выявлены в 7 (10,5%) случаях, внешние травмы – в 6 (9%), травмирование острым краем зуба – в 5 (7,5%), после использования средств для индивидуальной гигиены полости рта – в 5 (7,5%). Одной из причин появления дефектов на слизистой оболочке полости рта выступало состояние организма после химиотерапии – 1 (1,5%), которое связано с тем, что многие химиотерапевтические вещества уменьшают степень роста раковых клеток и одновременно поражают нормальные, быстро делящиеся клетки желудочно-кишечного тракта (рис. 10).

Отдельно необходимо выделить такой этиологический фактор как ятрогения, который был выявлен у 22 пациентов (33%). Ятрогенные повреждения являлись неблагоприятными последствиями профилактических, диагностических и лечебных вмешательств во время приема у стоматолога или после него. Из всех ятрогений достаточно часто в роли травмирующего фактора выступали травмы ортодонтическими конструкциями – 6 (27%), последствия инъекционной анестезии – 5 (23%). Реже травматическое повреждение слизистой оболочки встречалось после профессиональной гигиены полости рта – 14%, применения лазера и использования девитализирующей пасты (по 9%) (рис. 11).

Весьма специфическим для детского возраста осложнением стоматологического лечения является анестезиофагия – значительное повреждение мягких тканей в результате кусания и жевания ребенком онемевшей слизистой оболочки после проведения местной анестезии. В основном это поражение встречается в области нижней губы, однако может локализоваться и на верхней губе и щеке (рис. 12, 13). Глубокие язвы, несомненно, вызывают беспокойство родителей и наносят хоть и временный, но значительный ущерб здоровью ребенка. Профилактикой данного осложнения является обоснованный выбор вида и дозы местного анестетика, предупреждение родителей о необходимости



Рис. 6. Ожог первой степени в области неба при приеме горячей пищи

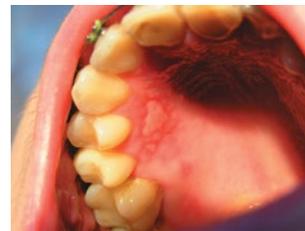


Рис. 7. Ожог второй степени с формированием пузыря у юноши 16 лет



Рис. 8. Ожог губы кипятком у девочки 3 лет (отсутствие лечения в течение 5 дней)



Рис. 9. Вид через 3 дня, эпителизация эрозий на фоне лечения



Рис. 10. Этиология травмы СОПР у детей



Рис. 11. Основные ятрогенные факторы при травме СОПР у детей



Рис. 12. Язва слизистой оболочки нижней губы у ребенка 3 лет после лечения у стоматолога



Рис. 13. Язва верхней губы у ребенка 5 лет в результате кусания слизистой оболочки после анестезии



Рис. 14. Рецидивирующий герпетический стоматит после проведения обезболивающей инъекции в области неба



Рис. 15. Язва слизистой оболочки верхней губы при травме ортодонтической аппаратурой

наблюдения за ребенком непосредственно после проведенного лечения.

Важно отметить, что непосредственная травма при стоматологическом лечении может косвенно влиять на возникновение повре-

ждений слизистой оболочки – например, приводит к активизации дремлющей в организме вирусной инфекции (рис. 14). Также частым случаем ятрогении является повреждение слизистой оболочки полости рта у детей элементами аппаратуры при ортодонтическом лечении (рис. 15).

## Выводы

Возраст детей с травмой СОР варьировал от 2 до 17 лет, в среднем составил 11,8 лет. Из них девочек было 63,1% и мальчиков 36,9%.

Основной причиной травмы СОР у детей являлись механические травматические повреждения – 76%, из которых 55% случаев приходилось на хроническую травму и 45% на острую травму.

По характеру повреждений чаще всего выявлялись единичные эрозии – 28%, язвы – 18% и множественные эрозии – 15%. Другие элементы повреждений выявлялись гораздо реже.

Наиболее часто травме подвергалась слизистая оболочка губ – 25% случаев, слизистая оболочка щек – 18%, область твердого неба – 13,5%, язык – 12%.

В 33% случаев травматическое поражение СОР у детей было связано со стоматологическим лечением (имело ятрогенный характер).

## Литература

1. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Мельниченко Э.М. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. М.: Медицина, 1983, 208 с., ил.
2. Елизарова В.М., Страхова С.Ю., Дроботко Л.Н. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. 2007. – 10 с.
3. Леонтьева В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 625 с.
4. Чижевский И.В. Механические травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей раннего и дошкольного возраста / Чижевский И.В., Ермакова И.Д., Забышный А.А., Журба О.О. // Збірник статей. – 2013. – №2 (17). – С. 325-328.

### Авторы:

**Закиров Т.В.**, к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ»

**Пырьев А.А.**, студент стоматологического факультета ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ»

### Autors:

**Zakirov T.V.**, candidate of medical sciences, associate professor at the Department of pediatric dentistry and orthodontics, Ural State Medical University, the Ministry of Health of the Russian Federation

**Pyryev A.A.**, student, Ural State Medical University, the Ministry of Health of the Russian Federation

Поступила 23.09.2015

Принята к печати 06.11.2015

Received 23.09.2015

Accepted 06.11.2015