

ФГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский
университет им.М.Горького» МЗ РФ

кафедра стоматологии детского возраста

ХИМИЧЕСКАЯ ТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

докладчик: к.мед.н., доцент Забышный А.А.
ассистент Плыс Т.Д.

Вступление

Увеличение количества химических бытовых средств, которые часто хранятся в легкодоступных местах, природное любопытство детей обусловили рост числа повреждений СОПР в результате ожогов химическими веществами. С другой стороны клинические проявления таких повреждений часто не имеют специфических черт. ЦЕЛЬЮ настоящей работы явилось оптимизация диагностики химических повреждений СОПР у детей различного возраста.

КОД ПО МКБ-10

T28.5 Химический ожог рта и глотки.

Этиология химических повреждений слизистой оболочки полости рта.

Химическое поражение слизистой оболочки полости рта возникает:

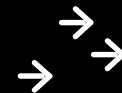
- ✓ при контакте с кислотами (преимущественно уксусная), и щелочами в повреждающей концентрации;
- ✓ хлорсодержащие соединения, калия перманганат, раствор аммиака;
- ✓ применении в стоматологической практике мышьяковистой пасты, фенола, формалина, нитрата серебра, резорцин-формалиновой смеси кислот для протравливания твёрдых тканей зубов или пероксида, используемые для профессионального отбеливания зубов.

В ряде случаев химические травмы
возникают **ятрогенно.**

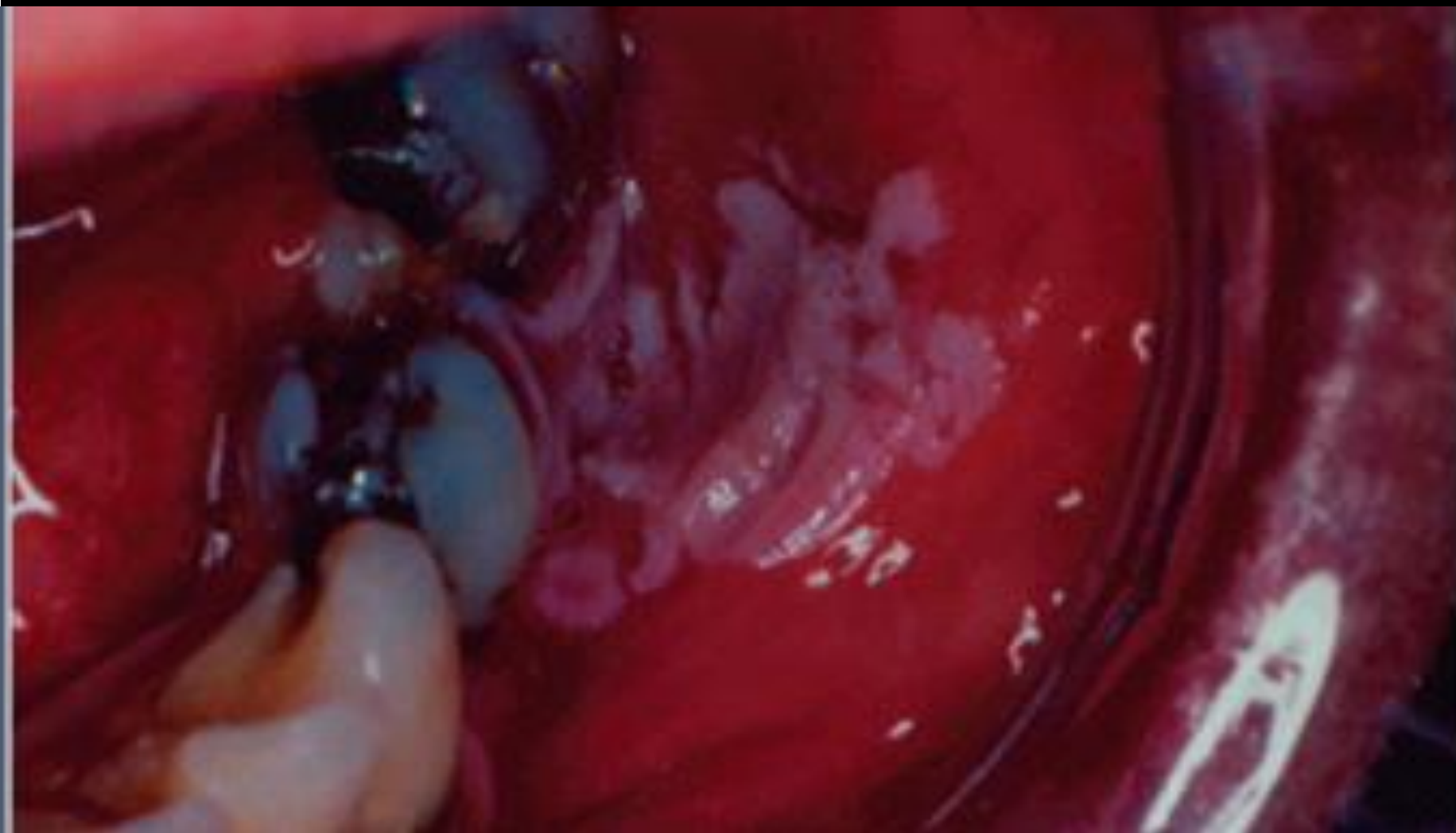
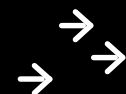
Химический ожог нитратом серебра.



Химический ожог гипохлоритом натрия.



**Классический «аспириновый» ожог СОПР
вызванный длительным удерживанием таблетки
аспирина в полости рта, чаще бывает у детей.**



Химический ожог уксусной кислотой.



Пациент регулярно использовал ополаскиватель для полости рта, содержащий **0,2% хлоргексидин**. В результате постоянного воздействия на слизистой оболочке образовался очаг поражения



Клиника химических повреждений слизистой оболочки полости рта.

Выделяют 3 степени химического ожога.

При **I степени** развивается катаральное воспаление, при **II** - выражены катаральные воспалительные изменения слизистой оболочки с очагами некроза, при **III** - слизистая оболочка становится резко гиперемированной, отечной, с обширными и глубокими некрозами. При ожогах **II и III степени поражаются нервные рецепторы**, поэтому как правило, ребенок не ощущает боли, заживают такие ожоги с образованием рубца и сужением пораженных отделов слизистой оболочки.

При ожоговой травме полости рта наблюдаются следующие типичные симптомы:

- ✓ Мучительные интенсивные боли при глотании;
- ✓ Жжение в области зева в состоянии покоя;
- ✓ Сильное выделение слюны, часто неконтролируемое;
- ✓ Отечность полости рта тошнота, часто переходящая в рвоту;
- ✓ Увеличение и болезненность лимфоузлов;
- ✓ Лихорадка и подъем температуры тела до 39-40 °С;
- ✓ Слабость и сонливость;
- ✓ Проявление удушья;
- ✓ При ожоге дыхательных путей клинические проявления дополняются кашлем, изменением голоса или его потерей. У больного появляется ощущение недостатка воздуха.

Клиника химических повреждений слизистой оболочки полости рта

- **Ожоги кислотами** приводят к возникновению на слизистой оболочке коагуляционного некроза: плотной пленки бурого (от серной кислоты), или желтого (от азотной кислоты), или бело-серого цвета (от других кислот). Пленки располагаются на воспаленной слизистой оболочке, плотно соединены с подлежащими тканями.
- **Ожог щелочами** проявляется колликвационным некрозом слизистой оболочки без образования плотной пленки, некротизированные ткани имеют студенистую консистенцию. Поражение более глубокое, чем при ожоге кислотами. Некроз может захватить все слои мягких тканей, особенно на деснах и твердом небе.

➤ Лечение

❑ Химический некроз требует неотложного интенсивного лечения. При химических ожогах, вызванных различными повреждающими агентами, самым универсальным и наиболее эффективным средством оказания скорой помощи является **длительное (около 1 ч) промывание обожженного участка обильным количеством проточной холодной воды.** Чем раньше удален химический агент, тем менее глубоким будет ожог. Исключение составляют негашеная известь и органические соединения алюминия, которые промывать водой нельзя.

❑ После промывания слизистой оболочки водой рекомендуется применение нейтрализующих растворов - специфической - **антидотной** терапии с учетом вида повреждающего химического агента.

Повреждающие агенты и специфические антидотные средства:

Кислота	Мыльная вода, 1% известковая вода, жженая магнезия с водой, 0,1% раствор нашатырного спирта (15 капель на 1 стакан воды), 2% раствор натрия гидрокарбоната
Щелочь	0,5-1% р-р уксусной кислоты, или лимонной кислоты (1/4 ч/ложки на 1 стакан воды), 0,1% р-р хлористоводородной кислоты (10 капель на 1 стакан воды), 0,5 - 3% р-р борной кислоты
Фенол	40-70% спирт этиловый, касторовое масло
AgNO_3	2-3% р-р NaCl (поваренной соли), р-р Люголя
Мышьяк	10% раствор унитиола, 1% раствор йодиола, раствор Люголя
Алюминий органические соединения	Нельзя промывать водой, следует применить бензин, керосин
Негашеная известь	Не промывать водой, применяется 20% р-р сахара (примочки)

Лечение

□ Дальнейшее лечение включает **обезболивание** (5 % раствор анестезина в облепиховом масле, 1 % раствор тримекаина, 2 - 5 % раствор лидокаина, 2 % раствор новокаина) и **энзимотерапию**: протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, террилитин) в 0,01 % растворе новокаина, микроцида, 0,01 % растворе фуразолидона, 5 % растворе димексида, 0,01 % растворе хлоргексидина. После **длительной аппликации** пораженных участков (в течение 5-15 мин) протеолитическими ферментами проводят **хирургическую обработку** пораженных участков с последующим применением витаминных **кератопластических** средств (1 % раствор цитраля на персиковом масле, каротолин, аевит, 10 % метилурациловая мазь, облепиховое масло, цигерол, солкосериловая мазь или желе)

Наши клинические наблюдения

- **18 детей**, получивших химическую травму СОПР. Возраст детей от 1 до 15 лет. **9** находились на стационарном лечении, **9** - на амбулаторном.
- Использовались клинические, цитологические, лабораторные (анализы крови, мочи) методы исследований.
- Выявлено, что местные повреждения СОПР носили характер химических ожогов разной степени тяжести. У **50%** детей диагностировали среднетяжёлые и тяжёлые степени (**II, III**), причём **6** детей были в возрасте от 1 до 3 лет). У остальных **50%** детей была лёгкая степень поражений (**I**), из них **2** ребенка в возрасте 5 и 10 лет, **7** – от 1 до 3 лет.

□ У старших детей (от 5 до 10 лет) часто поражённым оказывается **передний отдел** полости рта: губы, подбородок, кончик языка, уздечка языка. Это обусловлено тем, что дети этого возраста не держат долго во рту химическое вещество, а быстро его выплёвывают.

□ Дети 1 – 3-х лет быстро **проглатывают** его, поэтому у них страдает слизистая заднего отдела полости рта: корень языка, мягкое нёбо, дужки, надгортанник.

□ При проглатывании химических веществ было выражено их **общетоксическое действие**, что создает существенную угрозу отека верхних дыхательных путей и асфиксии, из-за чего такие дети подлежат немедленной госпитализации посредством бригады скорой помощи в реанимационное отделение

Выводы

□ Анализ клинической картины повреждений СОПР у детей подтвердил, что в клинике наблюдаются 3 периода:

□ 1) В **1-ый острый период** в результате воздействия химического агента на СО появляются изменения от малозаметного покраснения до выраженной гиперемии и отечности СОПР.

□ 2) Во **2-м периоде**, спустя 1-2 дня, отек и гиперемия слизистой оболочки нарастают и на их фоне появляются пузыри, эрозивные или некротические поражения не только на СОПР, но и на слизистой оболочке пищевода, при заглатывании химического вещества. Глубина поражения тканей при воздействии неорганических кислот бывает меньшей, чем при ожогах уксусной эссенцией и щелочами.

□ В **3-м периоде** в полости рта происходят процессы заживления с рубцовыми изменениями слизистой оболочки. Этот период при наличии глубоких и обширных поражений также может длиться в течение нескольких недель.

□ Легкая (I степень) тяжести диагностирована у половины детей

□ У 6 детей (33,3%) в возрасте 1 – 3 лет обнаружена II степень тяжести: катаральное воспаление СОПР и ограниченные очаги некроза СО.

□ У 3 детей (16,6 %) диагностирована III степень химического повреждения СОПР: обширные некротические поражения в сочетании с катаральным воспалением. Некротизированная ткань СО пропитывалась фибринозным экссудатом, вследствие чего образовывались толстые плёнки. Отторжение плёнок отмечено на 8 –12 день. После отторжения обнажались эрозивные и язвенные поверхности разной глубины.

□ Особенностью химических повреждений СОПР у детей при II и III степенях тяжести было отсутствие болей во рту в начальном периоде, что создавало впечатление благополучия в полости рта. Выявлено, что у **7 детей (38,8%)** с I степенью тяжести катаральное воспаление СОПР (при надлежащем местном лечении) купировалось через 3 дня, у **2 детей (11,1%)** – через 4 – 5 дней.

□ У детей со II – III степенями тяжести химического повреждения СОПР очаги некроза, эрозивные и язвенные поверхности заживали медленно (10 – 12 дней при II степени тяжести, 18 – 23 дня – при III степ.).

□ Образование рубцов, стягивающих обожженные ткани, наблюдалось только у 1 ребёнка.

□ Цитологические исследования в начале болезни показали резко выраженные процессы альтерации, деструкции СОПР (обилие разрушенных клеток эпителия, пласты клеток эпителия, нейтрофилы во II –III степени некробиоза, единичные лимфоциты) и признаки угнетения местного иммунитета. В процессе заживления ожогов СОПР появлялись молодые клетки эпителия, полибласты, нейтрофилы в состоянии фагоцитоза, увеличивалось число лимфоцитов (у детей со II –III степенями тяжести).

□ Знание клиники химических повреждений СОПР у детей различного возраста поможет врачам стоматологам избрать оптимальную врачебную тактику и избежать осложнений.