

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей



Молофеева В.А.
врач-стоматолог
детский, МУЗ Детская
стоматологическая
поликлиника №2 г. Барнаула,
lera.molofeeva@mail.ru



Луницына Ю.В.
к.м.н., ассистент кафедры
терапевтической
стоматологии
ГОУ ВПО АГМУ, г. Барнаул,
lunizynajulja@mail.ru

Резюме

Заболевания слизистой оболочки полости рта высоко распространены, что делает актуальной проблему их профилактики. К развитию патологии приводят различные причины и факторы, значительную часть которых можно устранить, а значит, предупредить заболевание. Профилактику необходимо начинать уже в детском возрасте. В статье описаны меры первичной и вторичной профилактики заболеваний полости рта у детей в различные возрастные периоды, связанные с особенностями строения слизистой оболочки.

Ключевые слова: профилактика, заболевания слизистой оболочки полости рта, детский возраст.

Oral Mucosa Diseases Prevention in Children
Molopheyeva V.A., Lunitsyna J.V.

The summary

Oral mucosa diseases are highly widespread, which actualizes the problem of their prevention. The development of pathology is produced by different causes and factors, many of them one can eliminate and prevent disease. One should begin prevention as early as in childhood. The article describes the measures of primary and secondary prevention of oral diseases in children at different ages related to the structural features of mucosa.

Keywords: prevention, oral mucosa diseases, childhood.

Полость рта — среда с высоким риском развития воспалительных процессов, стоматитов. Это обусловлено частой травматизацией, сообщением с окружающей средой и высокой обсемененностью микроорганизмами.

Актуальность профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) обусловлена высокой распространенностью данной патологии [2]. Выделяют первичную и вторичную профилактику. Под первичной профилактикой понимают комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и устранение факторов риска. Вторичная профилактика — это лечение возникших патологических процессов полости рта.

Профилактика заболевания слизистой оболочки полости рта требует активных мер, направленных на человека и среду обитания. В настоящее время эпидемиология заболеваний слизистой оболочки полости рта не изучена, однако их распространение находится в прямой зависимости от степени зрелости иммунокомпетентной системы человека.

Предупреждение развития патологии СОПР необходимо начинать еще в детском возрасте. Характер заболе-

ваний слизистой оболочки полости рта у детей во многом определяется и возрастными особенностями строения слизистой.

Меры профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта в различные возрастные периоды

I период

Первые 10 дней жизни ребенка называются периодом новорожденности. В этот период у ребенка еще не функционируют слюнные железы и слизистая оболочка полости рта очень ранимая, имеет много кровеносных сосудов. Любые, даже незначительные травмы (например, соской) могут вызвать нарушение целостности слизистой оболочки. У детей в возрасте от 10 дней до одного года эпителий слизистой оболочки имеет небольшую толщину. В грудной период начинают утрачиваться иммунные свойства ткани, приобретенные в антенатальном периоде, что отражается и на иммунобиологических возможностях слизистой оболочки в этот период. В этой связи следует упомянуть о диаплацитарной передаче материнских антител, гормонов, ферментов и др. Этим, вероятно, обуславливается достаточно высокая резистентность организма ребенка к возникновению вирусных и бактериальных стоматитов на первом году жизни и преимущественное развитие грибковых заболеваний слизистой оболочки полости рта [1], чему способствует также нейтральная или слабощелочная реакция слюны. Мерами первичной профилактики в этот период являются: предотвращение травмы путем тщательного подбора пустышки, сосок (небольшой длины), тщательный присмотр за ребенком; общеоздоровительные меры; наблюдение за развитием ребенка. Вторичная профилактика должна быть направлена на своевременное лечение травматических повреждений, устранение вызвавшей их причины, а также своевременного и эффективного лечения детей с кандидозом, направление на консультацию к педиатру, микологу.

II период

В возрасте 1–3 лет четко обозначаются морфологические особенности. В специализированном и покровном

типе слизистой оболочки обнаруживаются участки истончения эпителия, невысокий уровень содержания гликогена и РНК; базальная мембрана тонкая, обладает повышенной проницаемостью. Низкую дифференцировку имеет и соединительная ткань слизистой оболочки. Клеточные элементы располагаются преимущественно периваскулярно, количество их небольшое. Тучные клетки представлены молодыми незрелыми формами, регуляция сосудистой проницаемости еще несовершенная; плазматических клеток и гистиоцитов очень мало. Нарастают процессы кератинизации в участках нормального ороговения; падает уровень гликогена, использующегося в кератинизации. Указанные факторы обуславливают частоту острого герпетического стоматита в этом возрасте [1]. Острый герпетический стоматит у детей со сниженным иммунитетом обладает высокой контагиозностью. В период от 1 года до 3 лет первичная профилактика заключается в изоляции детей от контакта с больными, страдающими острой или рецидивирующей вирусной инфекцией; закаливании детей; применении противовирусных препаратов для ослабленных и часто болеющих детей; УФО-облучении с целью стимулирования выработки эндогенного интерферона. Задачами вторичной профилактики являются: уменьшение числа рецидивов герпетической инфекции полости рта у детей, перенесших острое заболевание. Своевременная диагностика педиатром, направление заболевшего ребенка к стоматологу и назначение противовирусных препаратов в ранние сроки заболевания позволит предотвратить дальнейшее развитие стоматита, сократить число высыпаний. Поэтому тесное сотрудничество с педиатрами является в этом отношении задачей детского стоматолога.

III период

В возрасте 4–12 лет отмечается увеличение толщины эпителия, уплотнение базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани. Несколько уменьшается содержание гликогена в эпителии. Появляются гистиоцитарно-лимфоидные скопления, уменьшается число тучных клеток, что может свидетельствовать о снижении проницаемости сосудов. Нарастает активность тучных клеток, что обуславливает накопление цитоплазматического гепарина, действующего как неспецифический фактор защиты. В этом возрасте образуются периваскулярные лимфоидно-гистиоцитарные инфильтраты, именуемые «круглоклеточными», что связано с формированием защитных механизмов и наличием уже в этом возрасте значительной средовой сенсibilизации организма. В этот период уменьшается склонность к диффузным реакциям при различных заболеваниях слизистой оболочки, понижается проницаемость сосудистых стенок; кроме того, резко нарастает активность тучных клеток, обусловленная накоплением в их цитоплазме гепарина. Выделяющийся гепарин действует как неспецифический фактор защиты, блокирует протеолитические и муколитические ферменты крови и тканей, нормализует патологическую проницаемость кровеносных капилляров и тем самым способствует восстановлению тканевого метаболизма. Указанными гистологическими и гистохимическими особенностями объясняется появление в возрасте 4–12 лет острых и хронических заболеваний, в основе которых лежат аллергические реакции [1]. В дошкольном

возрасте проявляются рецидивирующие афты полости рта, а также рецидивирующий герпетический стоматит. В этот период первичная профилактика в основном заключается в проведении общеукрепляющих мер, организации рационального сбалансированного питания. Методами вторичной профилактики являются: длительное применение противовирусных средств в период рецидива герпетической инфекции, до полной эпителизации элементов высыпаний; лечение и реабилитация детей с симптомами рецидивирующих афт полости рта с этапными эпикризами в процессе диспансерного наблюдения.

IV период

Возрастные гистологические и гистохимические отличия в возрасте после 12–14 лет характеризуются изменениями, происходящими под влиянием факторов гормональной регуляции и объясняющими преобладание юношеских гингивитов и мягкой лейкоплакии [1]. Для школьников также характерны болезни губ, рецидивирующие афты полости рта, многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий герпетический стоматит (обычно в средне- и тяжелых, иногда непрерывно рецидивирующих формах) с аллергическим компонентом. В школьном возрасте первичная профилактика также основана на общеоздоровительных мерах (режим дня, занятий, пребывания на свежем воздухе, спорт); организации сбалансированного питания; у детей с аномалиями конституции — на ограничении применения лекарственных препаратов, в особенности жаропонижающих, анальгезирующих, антибиотиков, сульфаниламидов; реабилитации после ОРЗ; обеспечении правильной архитектоники губ, носового дыхания. Методы вторичной профилактики сводятся к диспансеризации детей с многоформной экссудативной эритемой, болезнями губ и др.

Заключение

Факторами риска в развитии заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей являются следующие: с одной стороны: травма, вирусы, инфекция: грибковая, бактериальная, специфическая и т.д.; с другой стороны: низкая резистентность организма к различным инфекционным факторам, аномалии конституции, проявления аллергии, общие заболевания организма ребенка (в том числе инфекционные). Меры профилактики разные в различные возрастные периоды. Для каждого периода те или иные меры приобретают преимущественное значение, хотя полностью могут не утрачивать свою роль и в другие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык — «зеркало» организма. Клиническое руководство для врачей. М.: ЗАО «Бизнес Центр «Стоматология», 2000. — 408 с.
2. Дроботько Л. Н., Страхова С.Ю. Профилактика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта / Русский Медицинский Журнал, том 7, №19, 1999.